



11201
4
20

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD
PEMEX**

**ANALISIS DEL MATERIAL DE AUTOPSIAS DEL
HOSPITAL CENTRAL SUR DE PEMEX EN UN
PERIODO DE 10 AÑOS (1985 - 1994)**

TESIS DE POSTGRADO
para obtener la Especialidad en
ANATOMIA PATOLOGICA
p r e s e n t a

DR. EDUARDO MAGALLANES GONZALEZ

Asesor: **DR. OSCAR LARRAZA HERNANDEZ**

MEXICO, D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado

HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD

PEMEX

ANALISIS DEL MATERIAL DE AUTOPSIAS DEL HOSPITAL CENTRAL SUR
DE PEMEX EN UN PERIODO DE 10 AÑOS (1985-1994)

Tesis de Postgrado
Para obtener la Especialidad en:
Anatomía Patológica

Presenta:
Dr. Eduardo Magallanes González.

Asesor:
Dr. Oscar Larraza Hernández.

HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD
PETROLEOS MEXICANOS

ANALISIS DEL MATERIAL DE AUTOPSIAS DEL HOSPITAL CENTRAL SUR
DE PEMEX EN UN PERIODO DE 10 AÑOS (1985-1994)

Autor de Tesis: Dr. Eduardo Magallanes González.

Residente de tercer año de la Especialidad
Anatomía Patológica.

Tutor y asesor de tesis: Dr. Oscar Larraza Hernández.

DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ JASSO Y SILVA

Director del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de
Petróleos Mexicanos



DR. OSCAR LARRAZA HERNANDEZ

Jefe del Servicio de Anatomía Potalógica

DRA. JUDITH LOPEZ TAPADA

Jefe del Departamento de Enseñanza

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Oscar Larraza Hernández;

Por su apoyo incondicional en la realización de este trabajo y a quien guarda gran respeto y admiración por su calidad profesional y humana.

I N D I C E

INTRODUCCION Y ANTECEDENTES	1
MATERIAL Y METODOS	4
RESULTADOS	6
DISCUSION	8
CONCLUSIONES	15
ANEXOS (tablas y gráficas)	16
BIBLIOGRAFIA	28

INTRODUCCION Y ANTECEDENTES

La autopsia siempre ha estado ligada al inicio de la anatomía patológica que acurrió entre los años 1400 y 1600 de nuestra era, y que corresponde al principio y al fin del renacimiento. Casi al mismo tiempo - que surgieron los anatomistas como Vesalio, quien publicó su famoso libro "De humani corpori fabrica", surgieron los primeros anatomopatólogos, entre ellos Antonio Benivieni quien escribió la obra titulada "De las causas ocultas y milagrosas de las enfermedades y su curación", en su libro se relatan 111 observaciones clínicas y 15 autopsias entre las que destaca un adenocarcinoma gástrico. Existen otros dos libros en donde se pone de manifiesto la importancia de la autopsia en el conocimiento de la enfermedad, uno es la obra de Morgagni, quien en 1760 publicó cinco volúmenes con el título "De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis", en donde se hacen correlaciones anatomoclínicas. Otra libro muy importante sobre anatomía patológica que revela la importancia de las autopsias, es el de Mathew Baillie, publicado en 1793 con el título "Morbid anatomy of the most important parts of the human body" en el que se relatan e ilustran diferentes enfermedades entre ellas en forma más detallada y preciso el aspecto macroscópico de la cirrosis hepática (28).

La autopsia sigue siendo el procedimiento por medio del cual se puede saber la naturaleza exacta de la enfermedad (28). Varias enfermedades que se han descrito o se han podido conocer mejor como consecuencia de los estudios postmórtem pueden enumerarse, ejemplos de éstas son: la enfermedad de Wilson, el síndrome de Reye, la enfermedad de Kawasaki, el síndrome de muerte súbita en la infancia, el angiosarcoma hepático que se desarrolla por la inhalación de vapores de cloruro de vinilo en la industria del plástico, la enfermedad de los legionarios, las infecciones oportunistas, el síndrome de choque tóxico y la encefalitis viral responsable de la demencia en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida, por señalar algunas (3). La autopsia ha permitido apreciar además, la variación en la frecuencia de diversas enfermedades en el transcurso del tiempo (23).

El estudio postmórtem permite, además, lograr numerosas metas adicionales: es un auxiliar útil en la educación médica continua a través de las conferencias clínico-patológicas (2); proporciona material valioso -

con propósitos de investigación (35); permite obtener información fidedigna sobre las causas de morbilidad y mortalidad (que incidentalmente no se refleja adecuadamente en los certificados de defunción) y, en consecuencia planear campañas de salud pública sobre bases objetivas (16); permite caracterizar la forma de enfermarse y morir de una comunidad (16). También es un mecanismo de retroalimentación familiar; al detectar padecimientos hereditarios o contagiosos sospechados o no durante la vida ofrece la oportunidad de una atención temprana para los miembros de alto riesgo (30). Todas estas bondades del estudio postmórtem y otras muchas más - desafortunadamente no son aprovechadas con frecuencia. En los últimos años, ha habido en la mayoría de los países desarrollados una disminución importante en el número de autopsias que se realizan en los hospitales - (24,3), esto parece coincidir con el momento en que el comité de acreditación de residencias en hospitales en los Estados Unidos dejó de reconocer un porcentaje mínimo indispensable de estudios postmórtem para avalar los estudios de especialización en medicina en los hospitales de la Unión Americana (16). La situación es tal que el promedio nacional de ese país ronda la cifra del 13% contra más del 50% que solía realizarse hasta la década de los 60 (36). Dos son los principales argumentos que se mencionan: 1) los adelantos técnicos de los últimos años y la cada vez mejor preparación de los médicos especialistas, permiten ahora establecer diagnósticos de certeza en la gran mayoría de los casos, de manera que la información que puede proporcionar la autopsia es mínima, y 2) los altos costos del procedimiento hacen injustificable continuar practicándola (22). En contraste en numerosas revistas médicas especializadas han aparecido numerosos artículos que argumentan la necesidad de incrementar los estudios postmórtem.

En México, la información sobre los estudios postmórtem es escasa y poco actualizado (3). Se estima que anualmente se realizan menos de 5,000 autopsias en los hospitales de concentración de la ciudad de México y otras ciudades grandes como Monterrey, Guadalajara, Puebla, Veracruz y Michoacán. Esta cifra representa menos del 6% de la mortalidad hospitalaria en las instituciones de salud aceptada en estadísticas oficiales (2).

Específicamente en el sistema médico de Petróleos Mexicanos, la práctica de autopsias es casi inexistente. El Hospital Central Sur (HCS) es el único en el sistema en el que se realizan estudios postmórtem en forma significativa, sin embargo la cifra anual no es adecuada. El HCS es un hospital de concentración que recibe pacientes canalizados por otras instituciones médicas del sistema; la mortalidad que se observa en este lugar no necesariamente refleja las características de mortalidad de los derechohabientes de PEMEX.

En la literatura existen varias trabajos en los que se analizan los diagnósticos clínicos y los hallazgos de autopsia con el fin de determinar el grado de concordancia y discordancia entre éstos (4,5,10,11,12,13,17,25,32). El presente trabajo se basa en un análisis descriptivo de los estudios postmórtem realizados entre 1985 y 1994 para determinar las características generales de la población autopsiada, la frecuencia de enfermedades encontradas, la frecuencia con la que se realizan autopsias en función de la mortalidad global, las causas de muerte más frecuentes y la comparación entre los diagnósticos clínicos emitidos en el momento de la defunción y los diagnósticos anatómicos enunciados en los protocolos de autopsia con el objeto de conocer el grado de concordancia diagnóstica clínico-patológico en el Hospital Central Sur de Pemex.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los protocolos de autopsias realizadas en el servicio de patología del Hospital Central Sur de Pemex en un periodo comprendido de 1985 a 1994, en dicho periodo se realizaron 376 autopsias y de cada uno de los protocolos se obtuvieron los siguientes datos: edad, sexo, servicio que solicitó la autopsia, los tres primeros diagnósticos clínicos emitidos al momento del fallecimiento, los tres primeros diagnósticos anatómicos, la enfermedad principal y la causa de la muerte cuando esta pudo ser determinada. Debido a que en algunos protocolos en ocasiones se omitía la lista de diagnósticos clínicos finales hubo necesidad de leer el resumen de la historia clínica para poderlos establecer. Los diagnósticos anatómicos se tabularon con los siguientes criterios:

- 1) enfermedad o enfermedades que motivaron la consulta del paciente y que explicaron sus síntomas 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 (diabetes mellitus, etc);
- 4) se omitieron del análisis las lesiones que representaron una complicación habitual de las anteriores (ascitis y várices esofágicas en el caso de cirrosis hepática, congestión pasiva crónica del hígado en el caso de cardiopatías derechas, etc.), también se omitieron las lesiones que habitualmente representan eventos terminales en la evolución de numerosos padecimientos (úlceras gástricas agudas, neumonía, tromboembolias pulmonares, etc.) y únicamente se consideraron si se encontraban en el caso 1; - asimismo se omitieron aquellas lesiones que constituyeron hallazgos de autopsia y que no llenaron los criterios 1, 2 y 3 (leiomiomas uterinos, - colesterosis, etc.) y las variantes anatómicas sin traducción clínica.

Las enfermedades principales se agruparon en las siguientes categorías gnéricas: 1) infecciosas, 2) neoplásicas, 3) cardiovasculares y respiratorias, 4) del aparato digestivo, 5) misceláneas y 6) perinatales.

Esta agrupación es mutuamente excluyente y así los números 3, 4, 5 y 6 no

contemplan padecimientos infecciosos ni neoplásicos; en el grupo misceláneo se reunieron enfermedades de etiopatogenia diversa con localización anatómica difusa y el grupo perinatal reúne los óbitos fetales, los mortinatos y las muerres postnatales tempranas.

En cada caso se valoró la concordancia clínico-patológica para la enfermedad principal y se consideró discordancia clínico-patológica el caso en que la enfermedad desde el punto de vista anatómica no fué reconocida adecuadamente en el estudio clínico del paciente; el principal criterio empleado fué el de tipo condicional: si la enfermedad principal hubie se sido reconocida en vida, el pronóstico y el tratamiento se habrían modificado. La mayoría de los datos se expresó en frecuencias y porcentual.

Para conocer el panorama de mortalidad y la frecuencia de autopsias en el HCS se obtuvo la información de egresos hospitalarios en el lapso comprendido entre 1985 a 1994, el número total de muerres por año en ese periodo y el número de autopsias realizadas. Con objeto de saber la distribución de la mortalidad se consideró el servicio del hospital en que ésta acurrió, excepto en el grupo pediátrico, en el que se contabilizaron también óbitos, mortinatos y muerres posnatales tempranas. Los datos se graficaron en forma total y porcentual (total de egresos, total de fallecimientos, total de fallecimientos por servicio, total de autopsias, porcentaje de mortalidad en relación con egresos, porcentaje de autopsias en relación con mortalidad y porcentaje de autopsias en relación con mortalidad por servicio).

RESULTADOS

En el periodo comprendido de 1985 a 1994 fueron atendidos 67,062 - pacientes en los servicios de hospitalización del HCS, los límites fueron 5,893 (1993) y 7,542 (1988) y el promedio anual fué de 6,706. No hubieran diferencias estadísticamente significativas cuando se compararon los egresos hospitalarios por año (figura 1). Durante este mismo lapso ocurrieron 1,962 defunciones, con límites de 160 (1985 y 1993) y 227 (1994), lo que representó un promedio anual de 197 defunciones que equivale al 2.92% de los egresos (figura 2); tampoco en este rubro se encontraron diferencias significativas. En el lapso estudiado se realizaron 376 autopsias, con límites de 25 (1991) y 57 (1986), lo que significó una frecuencia anual de 19.16%. Cuando se compararon los límites se encontró una diferencia estadísticamente significativa con una $p < 0.05$ la que indica una tendencia decreciente que se expresa en la figura 3, tanto en las cifras totales como porcentuales. En la figura 4 se encuentran graficadas las defunciones, el número de autopsias y su relación porcentual por servicio. Nótese que el mayor número de defunciones ocurrió en la unidad de terapia intensiva, en donde la frecuencia de obtención de estudios postmórtem fué muy baja. Los servicios que obtuvieron más estudios postmórtem fueron pediatría y medicina interna; la cifra del primero se aproxima al 50%, pero debe interpretarse con cautela ya que el criterio de inclusión en el grupo pediátrico fué la edad y ahí se encuentran abonadas las óbitas, mortinatos y muertes perinatales tempranas, que no necesariamente ocurrieron en el servicio de pediatría.

En el lapso estudiado se realizaron 376 autopsias, de éstas fueron susceptibles de análisis 304 (80.8%), las 72 restantes (19.2%) fueron eliminadas por no encontrarse los protocolos de autopsia o bien por estar incompletos o aún no terminados. Del total de los casos 164 fueron hombres y 140 mujeres, las edades variaron de 0 días a 95 años con un promedio de 35.3 cuando se consideró a todo el grupo; al eliminar los menores de un año el promedio global fué de 47.5. La distribución de las edades se muestra en la figura 5.

De las 304 autopsias, 281 fueron completas y 23 parciales, de éstas en 20 no se autorizó el estudio del encéfalo, en una sólo se tomaron muestras de la cavidad abdominal, en otro más sólo se autorizó el bloque cardiopulmonar y en 2 únicamente se autorizó el estudio del encéfalo.

El análisis de los casos de autopsia mostró los siguientes resultados:

1) Existió concordancia entre las diagnósticas clínicas y anatómicas en 232 casos (76.3%) y discordancia en 72 (23.7%) si se considera el grupo completo, incluyendo martiratos y óbitos; si se excluyen estas (9), la concordancia disminuye a 73.3% y la discordancia se eleva a 26.7%.

2) Agrupadas genéricamente las enfermedades principales (figura 6), con mucha, el grupo más numeroso estuvo representada por neoplasias malignas de localización diversa con 88 casos; destacan las hematológicas, las hepáticas, representadas principalmente por hepatocarcinomas asociadas en la mayoría con cirrosis, los pulmonares y bronquiales, del tubo digestivo, y en porcentaje menor neoplasias de la mama, SNC, renales y otras (tabla 1). El segundo grupo lo representa el cardiovascular y respiratoria con 62 casos encabezado por las cardiopatías congénitas, cardiopatías isquémicas, los aneurismas, las cardiopatías diversas y otras en frecuencia menor (tabla 2). En el grupo infeccioso hubo 46 casos, en donde predominaron las neumonías, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, septicemias e infecciones del sistema nervioso central (tabla 3). El misceláneo (45 casos) representado por la diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica terminal y lupus eritematoso sistémico (tabla 4). El perinatal con 44, en donde el mayor número fueran los prematuras, las malformaciones congénitas y los óbitos fetales (tabla 5). Finalmente el digestiva con 19 casos representado por la cirrosis hepática, plicolecistitis y úlceras pépticas (tabla 6).

3) Al analizar las causas directas de la muerte se encontró que predominaron los casos de septicemia, sangrados masivos y las tromboembolias pulmonares, sin embargo, la causa de la muerte no pudo ser determinada anatómicamente en 7 casos.

DISCUSION

En el Hospital Central Sur de Pemex al igual que en otros hospitales de México, de Estados Unidos y de Europa el número de autopsias es cada vez más bajo en números absolutos y proporcionalmente menor al número total de defunciones (19,2,8). Se refiere que en los Estados Unidos las porcentajes han descendido de 50 a 20% en los últimos 50 años (19) y en 1992 la media nacional fué de 13% (36). En México, de acuerdo con Benítez Bribiesca, del total de defunciones de un grupo representativa de hospitales, en 1969 se realizaba el 41% de las autopsias (6), en 1973, según Flores Barraeta el porcentaje era de 38% (16), y en 1984, de acuerdo con lo publicado por P. Alonso la cifra descendió a 26% (2). En un análisis que realizó la Academia Nacional de Medicina en 1995 con el fin de definir las causas del descenso en el número de autopsias en los Institutos Nacionales de Salud en el Distrito Federal, se refiere que en los últimos 5 años hubo una disminución en el número y porcentaje de autopsias, de tal manera que en 1994 en estos hospitales se realizaron 1,717 autopsias a diferencia de 2,334 en 1987 (1).

En el HCS el número de pacientes hospitalizados ha sido prácticamente el mismo en los 10 años analizadas y la defunciones no han sufrido una variación significativa. En el caso de las autopsias, éstas muestran una clara tendencia a disminuir. Para poder realizar una autopsia en el HCS se necesita la autorización por escrito de los familiares del paciente fallecido y la obtención de ésta depende del médico tratante y de los médicos residentes del servicio en que ocurrió la defunción, por lo tanto, si ellos no están interesados en el estudio postmórtem, no solicitan la autorización o su intento por obtenerla termina ante la más leve negativa de los familiares. Numerosas son las razones por las cuales se pretende explicar el desinterés de los clínicos por las autopsias, además de la señalada en la introducción de este trabajo se mencionan las siguientes: 1) El temor a la crítica cuando en el estudio postmórtem se identifican enfermedades que supuestamente el clínico debió haber diagnosticada en vida (17). 2) La idea de que la muerte del paciente representa la falla

del médico tratante y el deseo de querer olvidar cuanto antes el caso - (24,9). 3) La dificultad frecuente para conseguir la autorización de los familiares, dada el estado de ánimo, usualmente adverso al médico tratante, por haber ocurrida el deceso del paciente (14,33). 4) El desconocimiento de que a través de las autopsias pueden aclararse dudas y generarse nuevos conocimientos (37,21). 5) Falta de rotación de los médicos residentes por los servicios de patología, o si la hay, ésta es informal y por un corto periodo de tiempo durante el cual realizan más actividades en el servicio del que proceden (1). La rotación de los residentes clínicos por el servicio de patología no sucede en nuestro hospital y cuando se solicita un estudio postmórtem los residentes que lo consiguieran no acuden a la realización del estudio, así como tampoco a la sesión de revisión macroscópica aunque por norma ésta es una sesión interna del servicio de patología en la que deliberadamente no se permite el acceso a los médicos tratantes con la idea de mantener la información confidencial cuando el caso pudiera ser llevado a sesión general del hospital. La que sí es extraordinariamente rara, es ver que el médico residente o el médico tratante acudan al servicio a consultar la libreta de autopsias en donde se anotan las diagnósticas macroscópicas a bien el protocolo de autopsia, aún cuando el caso no haya sido llevado a sesión general.

Sin embargo las causas del escaso interés por las autopsias no solamente deben ser atribuidas a las clínicas, también existen otras causas dentro del grupo de los patólogos que hacen el área postmórtem poco atractiva, las causas que se mencionan son las siguientes: 1) En primer lugar realizar una autopsia es un trabajo agobiante y desagradable (8,24). 2) Es académicamente poco estimulante por el desinterés que el resto de los médicos muestran en ella; las sesiones de revisión macroscópica y las anatomaclínicas son frecuentemente casi desiertas (18). 3) Existe un mayor interés por otras ramas de la patología (patología exfoliativa, patología quirúrgica, patología experimental, etc.), a veces a tal grado que se considera que el tiempo invertido en las autopsias va en detrimento de las otras áreas (31). 4) Desde su etapa de adiestramiento, el residente se da cuenta de que en el ejercicio privado de la profe-

sión, la patología postmórtem prácticamente no tiene cabida, de manera - que desde esa época, se enfoca con mayor interés a otras áreas económica- mente más remunerativas de la patología (31). 5) Sin que ello implique que la patología postmórtem sea más difícil, la interpretación de una au- topsia requiere de una amplia información en muchas áreas de la patología así como de conocimientos clínicos que permitan establecer correlaciones clínico-patológicas adecuadas (34).

Todo lo anterior conduce a que en los departamentos de patología, - la sección menos atendida sea la postmórtem. Por lo general el residente de menor jerarquía es asignado a esta área (no es el caso en el HCS) y - desde entonces se empieza a mostrar cierta "opatia" por los estudios post mórtem a pesar de que éstas son fundamentales para la preparación del re- sidente en anatomía patológica puesto que da una visión integral de la - historio natural y modificada de la enfermedad. Esta "opatia" quizá esté dada porque el estudio postmórtem requiere de una gran inversión de tiem- po, e inicia desde la evisceración del cadáver, la disección en forma com- pleta de los aparatos, la fotografía de los mismos cuando la requieren, - leer el expediente clínico para realizar un resumen de la historia clínica con el cual se inicia el protocolo de autopsia, la descripción macras- cópica de los órganos, la presentación macrascópica a los miembros del - servicio, inclusión de cortes en parafina acompañada de una relación de - los mismos, la revisión microscópica de las laminillas por el residente - junto con el patólogo encargado con descripción de las mismas y finalmen- te la integración de los diagnósticos anatómicos finales. En ocasiones la elaboración de los protocolos se retrasa porque, por lo general existen otras actividades más apremiantes y la revisión por parte de los patólo- gos se pospone más de una vez.

A pesar de que en el HCS el número de autopsias es bajo, al reali- zar la revisión de los protocolos se encontró que un gran número de los mismos estaban incompletos y otro menor aún no estaban terminados. Para evitar la morosidad en la realización de los mismos y la omisión de algu- nas puntos importantes se creó un formato en el cual se marcan los puntos fundamentales a llenar sin omitir otros más que forman parte del mismo, - cuyos frutos se verán en el tiempo.

En México existe un estudio similar al presente con el fin de determinar la concordancia diagnóstica clínico-patológico en donde se obtuvo un 46% de concordancia (4). En otros países, principalmente en los Estados Unidos y Europa el porcentaje de concordancia diagnóstica clínico-patológica referido es muy variable. Por ejemplo, la serie de Brittan del Instituto Karolinska de Suecia, tuvo una concordancia de 57% (10), la de Goldman del Hospital Peter Bent Brigham de Boston mostró un porcentaje de 89 (20) y la de Cameron de Edinburgo, la cifra descendió a 42% (12). De tal manera que el 76.3% obtenido en nuestro análisis cae dentro del rango observado en otros países.

El análisis de esta serie permite llegar a varias conclusiones; los datos obtenidos solamente son aplicables a los sujetos autopsiados, sin embargo, queda la duda en relación con los pacientes fallecidos y no autopsiados. Una muestra del 20% que no es extrapolable nos permite al menos una visión de probabilidad de ocurrencia de un fenómeno. El HCS es un hospital de tercer nivel en donde la gran mayoría de los pacientes que ingresan son canalizados de otras instituciones del sistema médico de PEMEX y un buen número de éstas ya tienen un diagnóstico establecida el cual es corroborada con algunos estudios adicionales y se establece el tratamiento adecuado. El análisis de esta serie muestra que un gran número de los pacientes autopsiados ya tenían el diagnóstico clínico bien establecida, esta quiere decir que la eficiencia diagnóstica y terapéutica de la institución es buena, sin embargo hay un buen porcentaje de pacientes difíciles en los que no se pudo establecer un diagnóstico y que no fueron autopsiados, si estas hubieran llegado al estudio postmórtem probablemente el grado de discordancia hubiera sido diferente, pero sin dejar de tener un grado de concordancia similar al encontrado en los otros estudios anteriormente señalados. Por ello consideramos que el número de autopsias debe ser incrementada sustancialmente para poder tener una visión más clara de la eficiencia diagnóstica y terapéutica del HCS.

Por la misma razón enunciada, el HCS es un hospital de concentración; el perfil epidemiológico de la población analizada en esta serie difiere

de lo observado en otras instituciones de salud en México y de las estadísticas oficiales de mortalidad. De esta manera, no se documentaron casos de muerte por desnutrición o diarrea infecciosa en la población pediátrica y el número de enfermedades comunes, causantes de la muerte en la población de escasos recursos de México estuvo representado, pero o edades mayores.

Por categoría diagnóstica, ocuparon el primer lugar las neoplasias que, como ya se mencionó, estuvieron representadas principalmente por las hemotológicas, hepáticas y pulmonares, seguidas en menor frecuencia por otras de localización diversa, esto quizá se debe a que tanto el trabajador petrolero como su familia estén expuestos a productos químicos sintéticos y a la contaminación ambiental en las zonas petroleras. Esto no quiere decir que otras neoplasias comunes en la población general como el carcinoma cervico-uterino, carcinoma de mama, el carcinoma gástrico y otros no se vean en nuestra población, sino que son diagnosticados en forma temprana por las campañas sanitarias y preventivas, así como por los adelantos diagnósticos, y su tratamiento se realiza oportunamente. Los pacientes con enfermedad avanzada por lo general reciben tratamiento en forma ambulatoria (químico y radioterapia) y son canalizados a su lugar de origen o bien a su domicilio y por lo tanto fallecen fuera del hospital, motivo por el cual estas neoplasias se encuentran representadas en un porcentaje bajo en este análisis.

Dentro de la categoría cardiovascular y respiratorio fueron incluidas las cardiopatías congénitas por lo que éstas representan un número considerable y por ello el Hospital Central Sur debe ser considerada como cardiológica, como ya se mencionó en párrafos anteriores, el HCS recibe pacientes derivados de otras instituciones del sistema médico de PEMEX en donde no se cuenta con los recursos necesarios para atender este tipo de patologías cardiovasculares, además de que los servicios de cardiología pediátrica y cirugía cardiovascular siempre han tratado de conseguir las estudios postmórtem, sobre todo en los casos de cardiopatías congénitas complejas en donde el tratamiento quirúrgico muchas veces queda fuera de su alcance. La cardiopatía isquémica y los infartos agudos del

miocardio ocupan el segundo lugar en esta categoría seguidas de cardiopatías diversas (hipertensiva, miocarditis, etc.) y de los aneurismas como complicación de aterosclerosis e hipertensión arterial. Sin embargo en el periodo estudiado solo hay dos casos de cardiopatía reumática, lo que refleja que la patología cardíaca observada en este análisis es similar a la observada en los países del primer mundo. En lo que respecta a las enfermedades pulmonares solamente se encontró un caso de fibrosis pulmonar y otra más de hipertensión pulmonar primaria.

La categoría infecciosa se encuentra encabezada por las neumonías bacterianas y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida; las primeras ocurrieron principalmente en la edad pediátrica, sin embargo el SIDA se encontró en adultos jóvenes de edad productiva, como se sabe, es el padecimiento infeccioso que ha tenido un aumento alarmante en la última década a nivel mundial. La tuberculosis que también ha tenido un aumento considerable en los últimos años solo fué encontrada en dos casos con afectación pulmonar, en una con afectación ósea y en otra en forma diseminada. El sistema nervioso central se encontró afectada tanto por infecciones bacterianas, hongos, cisticercas y un caso de neurosífilis. La endocarditis bacteriana, gastroenteritis infecciosa, hepatitis viral y otras infecciones comunes en la población general representaron un porcentaje bajo en este estudio.

El grupo de padecimientos misceláneos se encuentra representado principalmente por la diabetes mellitus, padecimiento común en la población general, el lupus eritematoso sistémico y la amiloidosis representaron un bajo porcentaje, sin embargo la insuficiencia renal crónica terminal de etiología diversa se presentó como un padecimiento que va en aumento.

En el grupo perinatal el mayor número de casos lo representan los prematuras, la mayoría de ellos con enfermedad de membranas hialinas, complicación común en la prematuridad. Fueron seguidas por las malformaciones congénitas, ábitas fetales y casos de broncoaspiración de líquido mecánico por sufrimiento fetal agudo. Además se encuentran otras alteraciones que representan defectos en el desarrollo como son la atresia esofágica,

gastrasquísis, anfalaceles, atresia de vías biliares, mielomeningocele y otras. Todas estas alteraciones no representan un número alarmante dentro de este grupo ya que éstas son igual de frecuentes en otros hospitales en donde se atiende a la población general.

En el grupo digestivo, el menor representada en esta serie, la cirrosis hepática psatalcohólica ocupa el mayor número de casos; este padecimiento es común en la población general, sin embargo en este estudio solo se encontraron 8 casos; posiblemente este bajo número esté dado porque las pacientes son bien diagnosticadas en vida y para el clínico la autopsia quizá no sea de interés. Otras enfermedades de este grupo son las úlceras pépticas y enfermedades de la vesícula biliar, seguidas de un caso de hepatitis tóxica y un quiste pancreática.

La causa anatómica de la muerte pudo ser determinada en el 97.7%; en el 2.3% restante no pudo ser determinada, entre estos casos se encuentran dos de diabetes mellitus, patología en la que son comunes las comas hiperasmales que pueden llevar a la muerte al paciente y no haber manifestaciones anatómicas. Otra corresponde a muerte súbita de la infancia en donde tampoco se encuentran alteraciones anatómicas que expliquen la muerte. Dos son de óbitos fetales en los cuales no hubo alteraciones morfológicas de la placenta y tampoco se encontraron alteraciones o malformaciones congénitas de los fetos. Finalmente hay un caso en el cual el paciente cursó con una coledocolitiasis y finalmente falleció, tampoco en este caso se encontraron alteraciones anatómicas que explicaran la muerte.

CONCLUSIONES

La autopsia siempre dá información relacionada con la (s) enfermedad (es) principal (es) y sus consecuencias, pero no necesariamente explica la razón de la muerte. Este es un fenómeno multifactorial y complejo que incluye alteraciones anatoma-funcionales, no todas expresadas en los órganos, con los instrumentos de análisis de los que disponemos. Los beneficios adicionales que el estudio postmórtem deja al Hospital Central Sur se encuentran las sesiones generales clínico-patológicas quincenales con educación médica continua, sesiones internas del servicio de patología y departamentales, la utilización del material como banca de enseñanza para la formación de los residentes en patología, además proporciona información a la familia y en el caso de enfermedades hereditarias o contagiosas se convierte en un instrumento de medicina preventiva. El estudio postmórtem permite un mejor control de calidad y una mejor definición del perfil epidemiológica.

Por todas las puntas anteriormente mencionadas insistimos en que el número de autopsias debe ser incrementada en el HCS, para que esto suceda proponemos la creación de un comité integrado por los médicos tratantes, la trabajadora social y los médicos patólogos, además de la educación al personal en relación con la manera de la obtención de la autopsia.

FIGURA 1

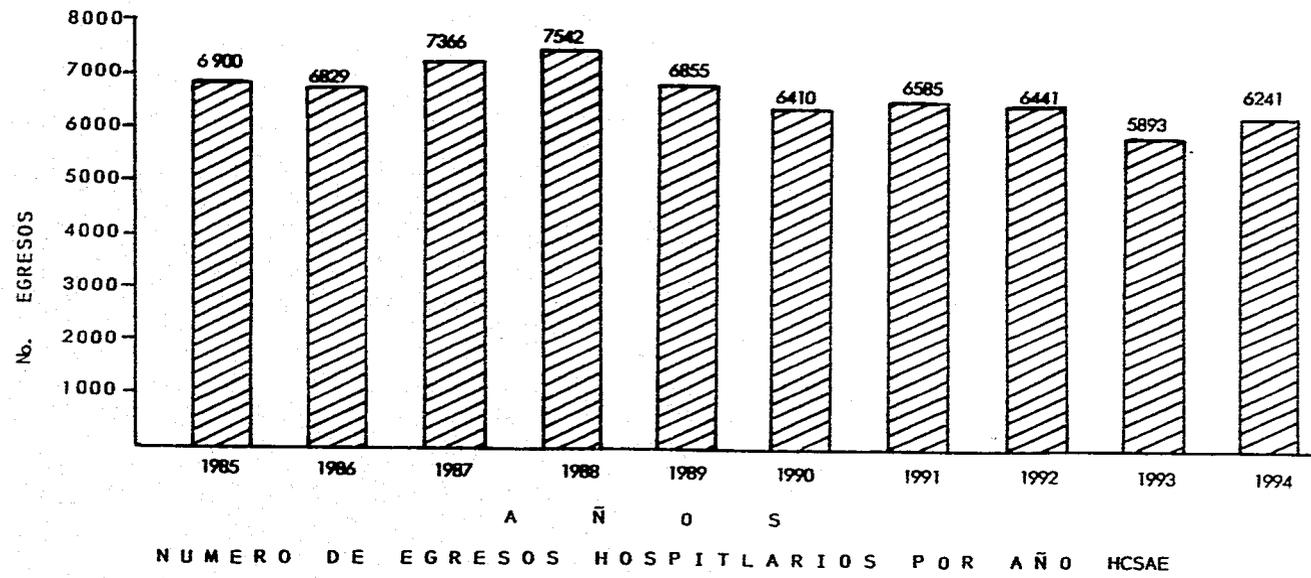
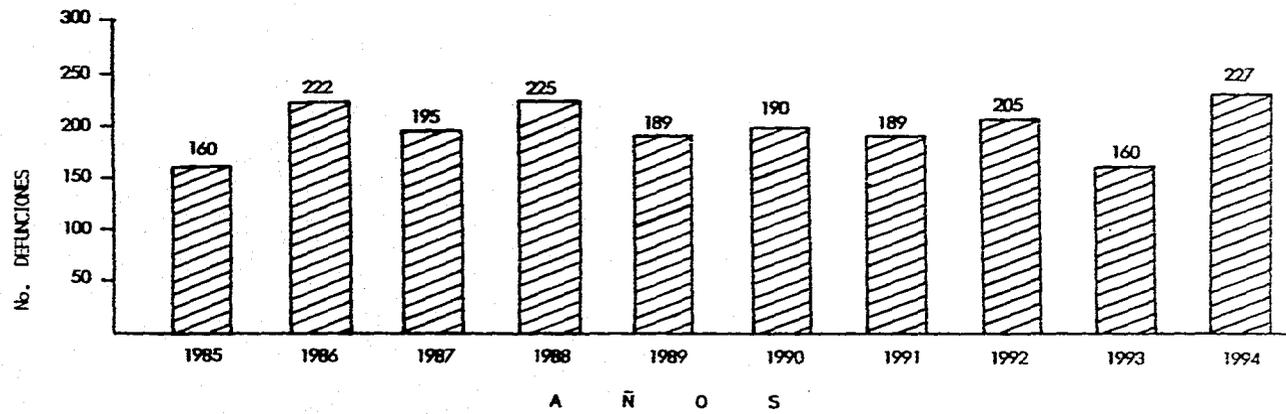


FIGURA 2

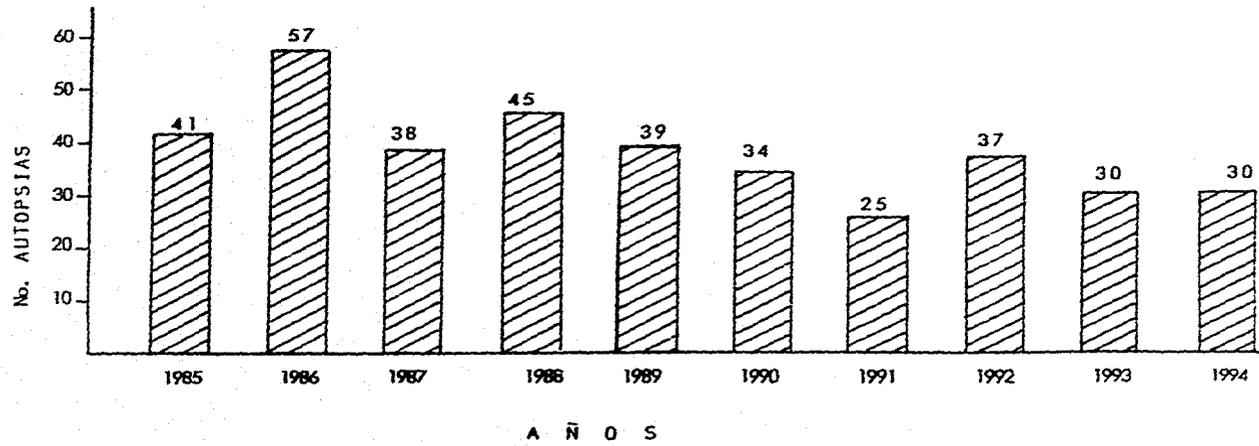
FRECUENCIA DE DEFUNCIONES POR AÑO HCSAE



# DEFUNCIONES	160	222	195	225	189	190	189	205	160	227
PORCENTAJE	2.3	3	2.6	2.9	2.7	2.9	2.8	3.1	2.7	3.6

FIGURA 3

FRECUENCIA DE AUTOPSIAS POR AÑO HCSAE



# AUTOPSIAS	41	57	38	45	39	34	25	37	30	30
PORCENTAJE	24	25	19	20	20	17	13	18	18	15

FIGURA 4

FRECUENCIA DE AUTOPSIAS POR SERVICIO
1985 - 1994

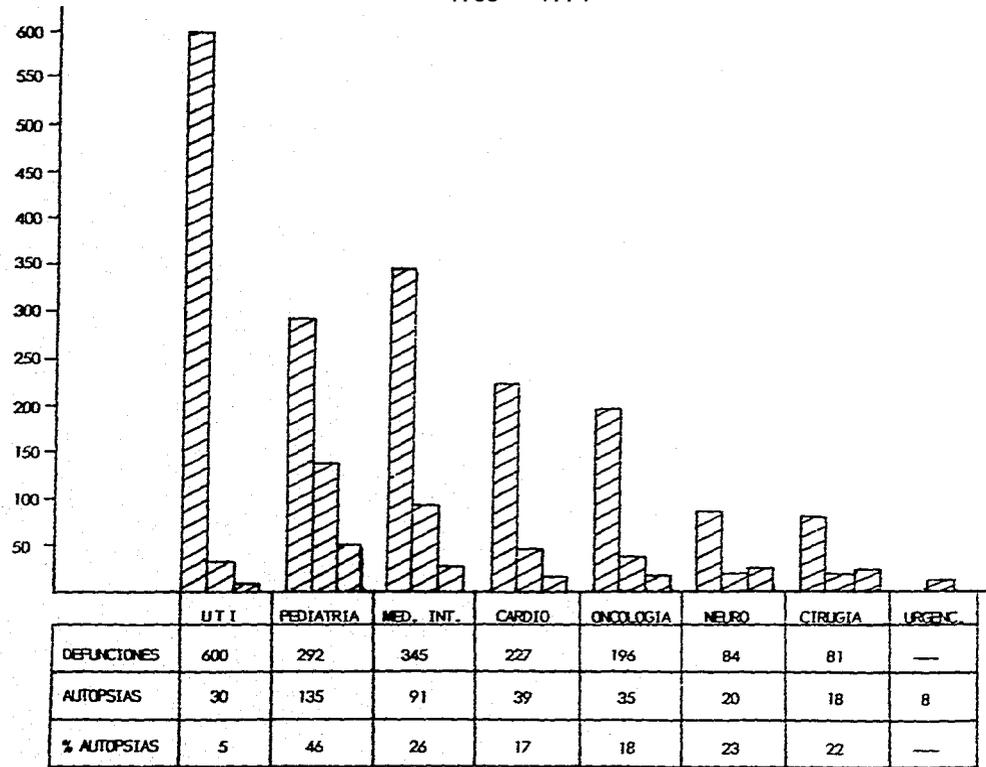


FIGURA 5

GRUPOS ETARIOS

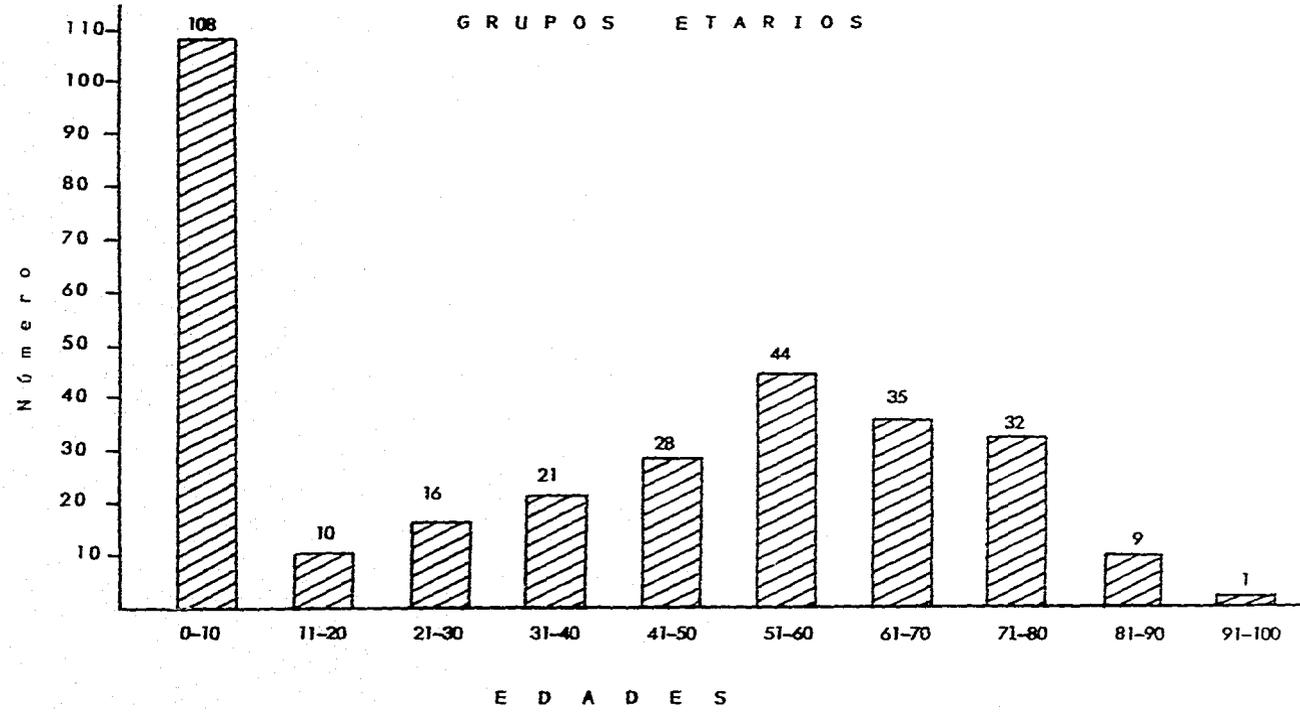
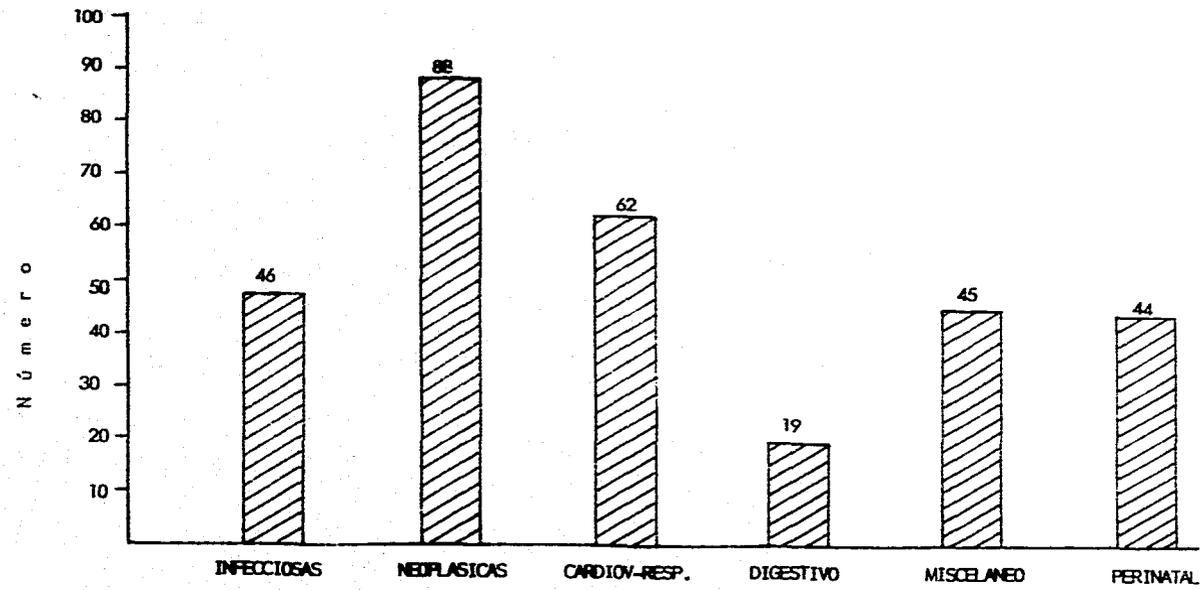


FIGURA 6



ENFERMEDADES PRINCIPALES POR CATEGORIAS GENERICAS

T A B L A No. 1

GRUPO NEOPLASICO

Hígado.....16	S.N.C.....2
Pulmán.....14	Suprarrenal.....2
Leucemias.....12	Retroperitoneo.....2
Linfomas.....8	Ovaria.....2
Mielomas.....2	Tejidos blandos.....1
Histiocitosis.....2	Cervico-uterino.....1
Mama.....5	Glándula salival.....1
Páncreas.....5	Mucosa oral.....1
Riñán.....4	Próstata.....1
Colon.....3	Esófago.....1
Estómago.....2	Testículo.....1

T A B L A N o . 2

C A R D I O V A S C U L A R Y R E S P I R A T O R I O

Cardiopatías congénitas.....	35
Cardiopatía isquémica (IAM).....	8
Aneurismas	6
Cardiopatías diversas.....	6
Malformación arteriovenosa.....	2
Cardiopatía reumática.....	2
Arteritis.....	1
Hipertensión pulmonar primaria....	1
Fibrosis pulmonar.....	1

T A B L A No. 3

GRUPO INFECCIOSO	
Neumonías.....8	Criptococosis meníngea....2
SIDA.....8	Nocardiosis cerebral.....1
Septicemias.....5	Neurosifilis.....1
Tuberculosis.....4	Absceso perirenal.....1
Hepatitis viral...3	Endocarditis micótica.....1
Osteomielitis....2	Endocarditis bacteriana...1
Meningitis.....2	Gastroenterítis.....1
Cisticercosis.....2	Absceso hepático piógeno...1
Peritonitis.....2	leishmaniasis.....1

T A B L A No. 4

GRUPO MISCELANEO

Diabetes mellitus	17	Amiloidosis.....	1
Insuf. Renal Crónica Terminal....	7	Esferocitosis gralizada.....	1
RIÑONES POLIQUISTICOS	4	Neurofibromatosis gralizada....	1
Lupus eritematosa.....	3	Paraplejia postraumática.....	1
Enf. injerto contra huésped.....	1	espina bífida/hidronefrásis....	1
Hiperlipidemia.....	1	quemaduras de 2do. grado.....	1
Sind. Hipercoagulabilidad sang....	1	Embala gaseosa	1
Muerte súbita	1	paraálisis cerebral infantil....	1
Poliserosítis paroxística fem.....	1	Agenesia de tiroides.....	1

T A B L A N o . 5

G R U P O P E R I N A T A L

Obitos.....	7
Prematurez	15
Broncoasp. de líquido amniótico.....	3
Malformaciones cong.....	9
Atresia esofágica.....	2
Gastrosquisis.....	2
Onfalocela.....	2
Hidranencefalia	1
Atresia vías biliares.....	2
Mielomeningocele.....	1

T A B L A No. 6

A P A R A T O D I G E S T I V O

Úlcera péptica.....	3
Cirrosis hepática.....	8
Piocolécisto	4
Enf. de Hirsprung.....	1
Hepatitis tóxica.....	1

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Academia Nacional de Medicina, Análisis de la evaluación de la frecuencia de estudios de autopsia en los institutos nacionales de salud. Boletín S/N Sept. 1995.
- 2.- Alonso P., Autopsias en los hospitales de enseñanza en México. - Gac Med Mex 1988;124:349-352.
- 3.- Aguirre García J., Simposio, La autopsia un procedimiento que ha pasado de moda ?. Gac Med Mex 1988;124:339-357.
- 4.- Angeles A.A., Quintanillo M.L., Concordancia diagnóstica clínico-patológica en 429 autopsias del INNSZ, Rev Inv Clin 1992;44:13-20.
- 5.- Battle Ron M., Pathok D., Factors in influency discrepancies between premortem and postmortem diagnoses. JAMA 1987;258:339-344.
- 6.- Benítez Bribiesca L., Los departamentos de patología en México. Estudio estadístico. Bol Asoc Med Patal 1969;7:61-72.
- 7.- Berthrong Margan, The autopsy as a vehicle for the lifetime education of pathologists. Arch Lab Med 1984;108:506-509.
- 8.- Boers M., The prospects of autopsy: Martui vivos document ? (have the dead taught the living?) Am J Med 1989;86:322-324.
- 9.- Bawon H.E., Williams M.J., Reevaluating the ultimate medical consultation. Arch Pathol Lab Med 1984;108:437-438.
- 10.- Britton M., Diagnostic errors discovered at autopsy. Act Med Scand 1974;196:203-210.
- 11.- Britton M., Clinical diagnostics; experience from 383 autopsied cases. Acta Med Scand 1974;196:211-219.
- 12.- Cameron H.M., Mc Googan E., A prospective study of 1,152 hospital autopsies. I.- Inacuracies in death certification. J. Pathol 1981;133:273-283.
- 13.- Cameron H.M., Mc Googan E., A prospective study of 1,152 hospital autopsies. II.- Analisis of inaccuracies in clinical diagnoses and their significance. J. Pathol 1981;133:285-300.
- 14.- Creek L.V., How to tell the family that the patient has died. Postgrad Med 1980;68:207-209.
- 15.- Dorsey D., Limited autopsies, defined benefits, limited costs. Arch Pathol Lab Med 1984;108:469-472.
- 16.- Flores Barraeta F., Aguirre G.J., La utilidad de los estudios post mortem. Patología (Mex) 1985;13:17-35.
- 17.- Friederici H.H.R., Sebastian M., The concordance score, correlation of clinical and autopsy findings. Arch Pathol Lab Med 1984;108:515
- 18.- Friederici H.H.R., Sebastian M., An argument for the attendance of clinicians at autopsy. Arch Pathol Lab Med 1984;108:252-253.
- 19.- Geller S.A., Autopsy., Scient Am 1983;248:110-121.
- 20.- Golman L., Syson R., Robbins S., The value of the autopsy in three medical eras., N Engl Med 1983;308:1000-1004.
- 21.- Hartman W.H., Contributions of the autopsy to medical education. - Am J Clin Pathol 1978;69 (suppl 2):228-229.
- 22.- Landefeld C. S. Chren M., Myers A., Diagnostic yield of the autopsy in a university hospital. N Engl J Med 1988;318:1249-1254.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 23.- Larraza H.O., Patología del subdesarrollo; análisis comparativo - de la mortalidad en el Hospital General, Ciencia 1983;34:201-220.
- 24.-Mc Phee S.J., Battle K., Autopsy maribund art o vital science. Am J Med 1985;78:107-113.
- 25.-Nemetz P.N., Ludwig J., Kurland L.T., Assesing the autopsy. Am J. Pathol 1987;128:362-379.
- 26.-Peacock S.J., Machin D., Dobauly C., The autopsy: a useful tool or an old relic?, J Pathol 1988;156:9-14.
- 27.-Penner D.W., Cast effectiveness of the autopsy in Maintaining and improving the standart of patient care. Am J Clin Pathol 1978;69 - (suppl 2):250-252.
- 28.- Pérez Tamayo R., Sobre los orígenes de la anatomía Patológica. Patología (Mex) 1985;23:77-92.
- 29.-Pontiurs E.E., Financing mechanisms far autopsy. Am J Clin Pathol 1978;69 (suppl 2):245-247.
- 30.-Reynolds R. Autopsies benefits to the family. Am J Clin Pathol 1978;69 (suppl 2):220-222.
- 31.-Roberts W.C., The autopsy; its decline and suggstion for its revival. N. Engl J Med 1978;229:332-338.
- 32.-Rossi S., Reale D., Grondi E., Correlation of clinical diagnosis - with autopsy findings. Autopsy in epidemiology an medical research pp 999-108;IARC 1991.
- 33.-Scheirderman H., Gruhn J., How and why to request an autopsy. Postgrad Med 1985;77:153-164.
- 34.-Smith C., Distinguishing fact fram opinion in the autopsy examination. Arch Pathol Lab Med 1974;97:189.
- 35.-Trump Benjamin, Mergner W., The use and application of autopsy in research. Am J Clin Pathol 1978;69 (suppl 2);230.
- 36.-Vance P. Richard., Autopsies and attitudes, Path ond Lab Med 1992; 116:1111-1119.
- 37.-Webster J.R., Dermon D., Kopin J., Otenaining permission for an autopsy: its importance for patients and phisicians. Am J Med 1989; 86:235-326.