

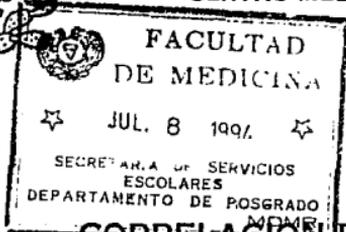
11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

209
205



**CORRELACION DE DIAGNOSTICO CLINICO
CON HALLAZGOS DE AUTOPSIA:**

**ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 100 CASOS
DE AUTOPSIA**

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :

DRA. GLORIA MA. CID DE LEON MORENO

ASESOR: DR. JUAN MIER Y DIAZ

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO D. F. 1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

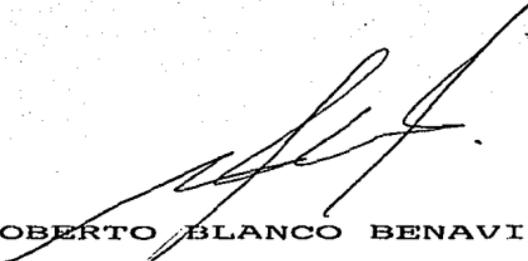
Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

CORRELACION DE DIAGNOSTICO
CLINICO CON HALLAZGOS
DE AUTOPSIA:

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 100 CASOS DE AUTOPSIA.

DRA. GLORIA MA. CID DE LEON MORENO.



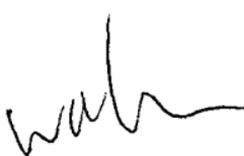
DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES

Jefe del Servicio de Gastro-Cirugía del Hospital de
Especialidades "Dr. Bernardo Sepulveda" C.M.N. Siglo
XXI y Profesor Titular del Curso de Postgrado.

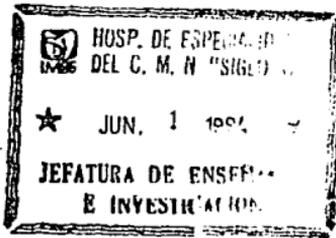
DR. JUAN MIER Y DIAZ

Director de Tesis

Médico Adscrito al Servicio de Gastro-Cirugía del -
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepulveda"
C.M.N. Siglo XXI.

DR. NIELS WACHER RODAR
Jefe de Enseñanza e Investigación
Hospital de Especialidades
"Dr. Bernardo Sepulveda" CMN Siglo XXI



Con profundo cariño y respeto a mis padres por su amor y apoyo, a mis hermanos por su cooperación, principalmente a tí, Lili.

De manera especial a todos mis maestros que de una u - otra manera me enseñaron lo grandioso de la Cirugía, donde sea que se encuentren, en especial:

Dr. Roberto Blanco
Dr. Alejandro Avila
Dr. Felipe Robledo
Dr. Luis Sigler
Dr. Ortiz Nieva

En particular mi agradecimiento al Dr. Juan Mier y -- Díaz, no solo por su apoyo en la elaboración de este trabajo, sino también por la enseñanza de todos estos años y -- por su notable ejemplo de entusiasmo y profesionalismo.

Mi agradecimiento también al Dr. Jesús Aguirre y Dr. Luis Butrón por su colaboración en la realización de este trabajo.

INDICE :

INTRODUCCION.....	6
OBJETIVOS.....	9
MATERIAL Y METODO.....	10
RESULTADOS.....	11
DISCURSION.....	16
BIBLIOGRAFIA.....	33

INTRODUCCION:

Desde su inicio y a través de su historia la practica de la autopsia ha permitido establecer las bases morfológicas, patogénicas y fisiopatológicas de la mayor parte de las enfermedades, y de esta forma establecer la naturaleza exacta de la misma, esto ha sido posible ya que por medio de la autopsia se obtiene material de gran valor para estudios de investigación básica y aplicada que contribuyen al avance de conocimientos en fisiología, bioquímica, biología celular, fisiopatología, etc.

Al principio la autopsia se limitaba a describir cambios en la anatomía normal de los órganos, posteriormente en tejidos, luego en células y recientemente alteraciones en organelos celulares y agregados macromoleculares, considerando actualmente a la autopsia como un procedimiento fundamental para el avance de la medicina y de importancia para el reconocimiento de nuevas entidades patológicas, ejerciendo de esta forma gran impacto en la medicina moderna.

En 1912 Cabot describe el valor de la autopsia en la detección de errores diagnósticos, posteriormente otros estudios (2,4,6,7,17,24), correlacionan el diagnóstico clínico con hallazgos de autopsia para establecer la im-

portancia del error diagnóstico y su posible repercusión en la sobrevida y pronóstico del paciente, de esta forma la autopsia también se utiliza como un elemento para establecer la calidad de atención médica.

Durante los últimos años surgen controversias acerca del valor y utilidad de la autopsia, esto ha condicionado una disminución en el número de autopsias que se realizan actualmente. Entre los factores que se han analizado se menciona la disposición tomada por la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (11), de suprimir el requisito de un porcentaje determinado de autopsias para otorgar el reconocimiento y calificación a un hospital universitario; por otra parte se ha cuestionado la utilidad de este estudio dada la sensibilidad y especificidad de nuevas técnicas de diagnóstico y su traducción en la exactitud del diagnóstico clínico, reduciendo de esta forma el valor de la autopsia como medio de enseñanza en la educación médica. Otro factor que se ha analizado es el desinterés por parte del grupo médico para realizar o solicitar el estudio; el temor a que se descubran errores de diagnóstico o tratamiento también se ha relacionado como causa de reducción en el número de autopsias que se realizan; otro aspecto es el nivel cultural que existe en algunos países que no permite aceptar la autopsia como un estudio complementario.

tario del paciente y es un factor frecuente para negar la autorización del estudio. El elevado costo financiero se - menciona como otra causa del bajo número de autopsias que se realizan actualmente.

OBJETIVOS:

Al contemplar la situación actual de la autopsia - y en base a los aspectos mencionados previamente nosotros realizamos la presente investigación con los siguientes - objetivos:

Determinar la frecuencia actual de autopsias en el Servicio de GastroCirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI (HECMN).

Establecer la proporción de certeza del diagnóstico - clínico.

Determinar el grado de concordancia o discrepancia --- entre el diagnóstico clínico y hallazgos de autopsia y si la omisión del diagnóstico clínico contribuyó a la muerte del enfermo o afectó el pronóstico.

MATERIAL Y METODO:

Se analizó en forma retrospectiva los protocolos de autopsia de todos los pacientes en quienes se realizó - este estudio de Enero de 1986 a Junio de 1991 (66 me -- ses), para cada paciente se registrarón los siguientes datos: edad, sexo, tiempo de estancia hospitalaria, diag nósticos clínicos enlistados sobre el certificado de de - función y los establecidos en el resumen de historia clí nica. Los diagnósticos postmortem que se tomarón en cuen ta incluyen los registrados en el reporte de autopsia: - enfermedad principal, alteraciones concomitantes, alte raciones independientes y la causa inmediata de muerte, así como resultados de estudios histopatologicos espe -- ciales. El diagnóstico clínico y patológico se incluyó - en tres principales categorías: 1) Diagnóstico mayor: co rresponde a la enfermedad principal del enfermo. 2) Diag nóstico menor: contempla los procesos que contribuirón a la muerte en la enfermedad principal del paciente, los diagnósticos secundarios que fuerón relacionados al diag nóstico mayor así como otras condiciones que pueden afec tar el pronóstico del paciente. 3) Causa inmediata de -- muerte: es la lesión o desorden funcional el cual fue la causa directa de muerte, excluye la enfermedad final.

Para determinar el grado de concordancia o discrepan

cia entre el diagnóstico clínico y los hallazgos de autopsia, y si la omisión del diagnóstico contribuyó a la muerte del enfermo, utilizamos los criterios que a continuación se describen:

Criterio I: para registrar los errores de diagnóstico, el diagnóstico clínico se dividió en cuatro categorías de acuerdo al grado de discrepancia con los hallazgos de autopsia (21):

Correcto: se establece cuando existe concordancia -- completa entre los diagnósticos clínicos y los hallazgos postmortem.

Parcialmente correcto: cuando uno de los diagnósticos principales o la causa inmediata de muerte fue desconocida clínicamente.

Erroneo: cuando los diagnósticos clínicos desconocidos fueron de mayor importancia clínica.

No clasificado: contempla el diagnóstico clínico registrado como probable, incierto o pregunta abierta.

Criterio II: Para establecer la magnitud de error -- diagnóstico, y si la omisión de este tuvo repercusión en la sobrevida del paciente se establecen cuatro categorías:

Clase I: comprende la discrepancia del diagnóstico --

mayor con un impacto directo en la sobrevida del paciente, es decir cuando no se estableció el diagnóstico ante mortem de una lesión y esta omisión fue responsable de la muerte del paciente o de una menor sobrevivencia.

Clase II: incluye la omisión de un diagnóstico mayor pero sin tener impacto en la sobrevida del paciente.

Clase III: es la omisión de un diagnóstico secundario que no fue directamente relacionado a la causa inmediata de muerte pero que eventualmente pudo afectar el pronóstico y contribuir a la muerte.

Para cada categoría se registró el hallazgo de autopsia con relevancia clínica que se omitió y tiempo de estancia hospitalaria. Los pacientes con enfermedad neoplásica se incluyeron en el grupo de estudio general, y estos conformaron un subgrupo en donde se determinó la exactitud de diagnóstico, causa inmediata de muerte y localización primaria del tumor.

RESULTADOS:

En el periodo de tiempo señalado hubo 3256 defunciones en el HECMN, se efectuaron 553 autopsias (16.9%), de las cuales 100 (17.9%) autopsias corresponden al Servicio de GastroCirugía, fueron 46 hombres y 54 mujeres, la edad varía de 19 a 94 años con media de 56 años. El tiempo de estancia hospitalaria promedio fue de 15 días. El cuadro 1 muestra la frecuencia de autopsias realizadas en cada año de estudio. La enfermedad principal en este grupo de pacientes se enuncia en el cuadro 2. La causa inmediata de muerte según el informe de autopsia fue: infección sistémica en 49 pacientes, patología pulmonar en 27 y otras causas en 24. Cuadro 3.

El cuadro 4 muestra la clasificación del diagnóstico clínico de los casos estudiados de acuerdo al criterio I, encontramos que el diagnóstico fue correcto en 63% de los pacientes tratados, parcialmente correcto en 22%, erróneo ó incorrecto en 15%. En esta serie no hubo diagnósticos no clasificados. De los 22 casos con diagnóstico parcialmente correcto la entidad no reconocida clínicamente fue de tipo infeccioso en 6 casos, patología pulmonar 6 casos, patología gastrointestinal 4 casos, patología neoplásica 2 y otras causas 4 casos.

Para el diagnóstico erróneo el hallazgo postmortem de relevancia clínica en 5 casos se relaciona a sepsis, en 2 casos a patología pulmonar, en 2 casos a patología gastro intestinal y en 6 casos a patología neoplásica. El cuadro 5 muestra la enfermedad principal que se estableció antes de la muerte del paciente y el hallazgo de autopsia con relevancia clínica, se enuncia el tiempo de estancia hospitalaria.

La clasificación del diagnóstico clínico según el criterio II, revela 14 casos con error diagnóstico clase I - (omisión de un diagnóstico responsable de la muerte del enfermo o de una menor sobrevivencia), error diagnóstico clase II en 23 casos (omisión de un diagnóstico sin tener impacto directo en la supervivencia del paciente). Este estudio no incluyó el estudio del error diagnóstico clase III y IV. El cuadro 6 muestra el diagnóstico clínico y el hallazgo de autopsia de importancia que se omitió dentro -- del error diagnóstico clase I, se incluye también el tiempo de estancia hospitalaria. En el error diagnóstico clase II la patología no reconocida se relacionó a patología pulmonar en 8 casos, sepsis persistente en 6 casos, enfermedades gastrointestinales en 3 casos, patología neoplásica en 2 casos y otras causas en 4 pacientes.

En relación a los tumores malignos se registrarán 22 ca

Los tumores observados fueron los siguientes: adenocarcinoma gástrico 5 casos, leiomiomas gástrico 1 caso, adenocarcinoma de vesícula biliar 3 casos, carcinoma de páncreas 2 casos, tumor carcinóide 3 casos, adenocarcinoma pulmonar 2 casos, linfoma intestinal 2 casos, carcinoma cervicouterino 1 caso, carcinoma de hígado 1 caso, carcinoma de hepático común 1 caso, adenocarcinoma de ampulla de Vater un caso. En 95.4% de los casos la patología neoplásica era la enfermedad principal. En 15 pacientes (68%) el diagnóstico se estableció correctamente, en 4 pacientes (18.1%) el tumor no se sospechó clínicamente y tenía relación directa con la patología principal, en 2 pacientes (9%) el tumor se sospechó clínicamente pero fue diferente al que reveló la autopsia y en un paciente (4.5%) el tumor no fue sospechado clínicamente y no tenía relación con la patología de base. Cuadro 8.

La causa inmediata de muerte para este grupo de pacientes en 7 (31.8%) no se determinó anatómicamente, en 5 (22.7%) fue por patología pulmonar, en 4 (18.1%) proceso séptico y otras condiciones en 6 (27%) casos. El cuadro 9 desglosa la causa inmediata de muerte en este grupo de pacientes.

DISCURSION:

En este estudio la frecuencia global de autopsias en el servicio GastroCirugía fue de 17.9% esta cifra fue similar en todos los años de estudio, en términos generales se considera que hay una declinación en la proporción de autopsias que se realizan en la actualidad, aunque existen pocas comunicaciones al respecto en nuestro país, Flores Barroeta (11) informa que en 1969 se realizaban el 41% de autopsias de las defunciones, en 1973 38% y en 1984 se realizaban un promedio de 20% de autopsias, lo que hace suponer que México participa de la misma tendencia que otros países de disminuir la proporción de autopsias realizadas (10).

En nuestro departamento por atender enfermedades del aparato digestivo el diagnóstico mayor estuvo relacionado con enfermedades gastrointestinales y la causa inmediata de muerte en la mitad de los casos fue por sepsis persistente, además el estado séptico se presentó como diagnóstico secundario en el 85% de los casos y fue la primera causa de diagnóstico clínico mayor no reconocido. Estos resultados son similares a los reportados por otras series. Gruver y Freis (27) estudiarón errores de diagnóstico en 1106 autopsias, encontrando que el diagnóstico que con mayor --

frecuencia se omite son procesos sépticos, otros estudios (5,8,22) informan que esta entidad se desconoce clinicamente hasta en un 67%. Las enfermedades pulmonares ocupan la segunda causa de muerte y la entidad no reconocida clínicamente, la forma más común es la neumonía que representa el 75%, estos datos están relacionados con lo informado en -- otros estudios (2,23).

El diagnóstico clínico exacto se estableció en 63% de los casos estudiados y diagnóstico erróneo en 15%, estas cifras fueron similares para cada año de estudio, en reportes de la literatura basados en análisis de estudios similares de exactitud clínica medida por hallazgos de autopsia (7,12,15,17), el rango de porcentaje de error diagnóstico varía de 4 a 68%, esta variación de uno a otro estudio puede reflejar la diferencia en la calidad de trabajo que se realiza en diversos hospitales, considerando que la mejor medida para establecer la calidad de atención médica es por medio de la autopsia, ya que por medio de este estudio se puede establecer el grado de exactitud diagnóstica y en caso de error diagnóstico presuponer hasta donde este error afectó el pronóstico y sobrevivencia del paciente.

En este estudio se detectaron errores diagnósticos clase I en 14% de los casos estudiados, sin embargo en este aspecto es importante mencionar algunas características de

nuestro hospital que pueden influir en esta cifra, es un hospital de tercer nivel, donde con frecuencia se trata a pacientes críticos, postoperados o complicados referidos de otros hospitales en busca de apoyo avanzado como terapia intensiva o nutrición parenteral, con sobrevida mínima que no permite llegar oportunamente a un diagnóstico correcto.

El subgrupo de patología neoplásica conformó el 22% de los casos, el diagnóstico correcto se estableció en 68% de los casos. La proporción de error diagnóstico aceptado para este grupo de pacientes es de 40% vs 60% de exactitud diagnóstica (25), lo cual es similar a los que se reporta en nuestro estudio.

Al analizar los factores que han contribuido a la disminución en el número de autopsias que se realizan, se menciona los avances tecnológicos en los procedimientos de diagnóstico, y el uso de métodos "no invasivos" que conllevan a una exactitud diagnóstica en alto porcentaje de los casos y dada su sensibilidad y especificidad, eliminan la necesidad de la autopsia y limita el valor de esta. Al respecto Cabot en 1912 enfatiza la importancia del valor de la autopsia en la detección de errores diagnósticos, un estudio actual representativo es el que llevo a cabo Goldamn y colaboradores, contempla tres décadas ---

1960, 1970 y 1980, compara en cada década. frecuencia de error diagnóstico, la importancia de este y los métodos de diagnóstico empleados en cada década, concluyó que la frecuencia de error diagnóstico clase I (omisión de una lesión responsable de la muerte del enfermo o de una menor sobrevivencia), fue de 8,12 y 11% respectivamente para cada década, lo que apoya que pese al uso de nuevos métodos de diagnóstico no se modifica significativamente el grado de error diagnóstico y por lo tanto la sensibilidad y especificidad de los métodos de diagnóstico no reduce el valor de la autopsia y ese porcentaje de error justifica la elaboración de esta. Resulta dramático que pese a la innovación de métodos de diagnóstico específicos, el grado de error persista semejante en las tres décadas, lo que sustenta que la autopsia no debe perder su valor.

Otros factores que se analizan como responsables de la reducción en el porcentaje de autopsias que se realizan es el elevado costo financiero, estimando que el costo de cada estudio es de 1500 dólares (27), algunas soluciones que se han propuesto a este problema es la realización de autopsias parciales o limitadas, de esta forma se reduce el costo de esta, al mismo tiempo se incrementa su calidad. La posibilidad de que este estudio descu ---

Algunos errores de diagnóstico o tratamiento se ha sugerido como otro factor responsable del descenso en el número de autopsias, es poco probable que en hospitales de enseñanza esto se una causa de dicho descenso.

Es difícil que una autopsia bien planeada o bien elaborada no contribuya al mejor conocimiento de los fenómenos clínicos, cuando se realiza una autopsia correctamente, se interprete de manera adecuada y se presente al personal médico que intervino en el manejo terapéutico del enfermo autopsiado, se ejerce una de las funciones más importantes de su razón de ser: la enseñanza en la educación médica. Como señala Sigler (18), en los servicios quirúrgicos que el cirujano acuda a la sala de autopsias y observe el estado final del paciente representa una enseñanza importante, resulta indispensable identificar la patología primaria, causa de cirugía, estado de los órganos y si hubo, causa de las complicaciones, por otra parte el hecho de observar junto con el patólogo permite intercambio de opiniones sobre el caso, aportara a los cirujanos en entrenamiento más elementos respecto al momento oportuno de intervenir, en cuanto al que hacer, y hasta donde limitar la radicalidad del procedimiento.

En enfermedad neoplásica el estudio postmortem permi-

te evaluar las condiciones del tumor primario, su tamaño, - extensión e invasión a otros organos, de esta forma se -- condiciona una gran enseñanza para el cirujano que participa en la atención de estos pacientes.

Como fue señalado al principio de este estudio, el material obtenido por autopsia proporciona una fuente inagotable de conocimientos y aportaciones invaluable para la investigación acerca del conocimiento de la enfermedad, - desde su inicio hasta nuestros días se ha podido constatar las innumerables aportaciones al conocimiento de la enfermedad, además de contribuir a otros aspectos como fue mencionado.

CONCLUSIONES:

- 1) La autopsia es, ha sido y seguirá siendo fuente inagotable de nuevos conocimientos.
- 2) El ejercer una buena medicina no puede desconocer este procedimiento, ya que a través del mismo, de manera directa o indirecta se afinarán -- diagnósticos, se aportarán conocimientos y se estimará la calidad de excelencia médica.
- 3) Como se señala a través de la historia de la autopsia, es indiscutible que este procedimiento es fundamental para el avance de la medicina y es material insustituible para la enseñanza médica.

CUADRO 1.

DISTRIBUCION HOSPITALARIA DE MUERTES Y AUTOPSIAS POR AÑO:

AÑO	Total de defun ciones HECMN	Total de autop sias HECMN	%	Autopsias Gas troCirugía	%
1986	325	17	5.2	7	41.0
1987	518	105	20.2	15	14.2
1988	552	98	17.1	16	16.3
1989	593	117	19.7	19	16.2
1990	595	110	18.4	24	20.8
1991	673	106	15.7	19	17.9
TOTAL	3256	553	16.9	100	17.9

ENFERMEDAD PRINCIPAL :

PATOLOGIA DE HIGADO Y VIA BILIAR:

Colecistitis crónica litiásica	3
Coledocolitiasis	5
Piocollecisto	4
Absceso hepático	4
Absceso colangiolar	3
Cirrosis hepática	3
Insuficiencia hepática	1
Colangitis	1

PATOLOGIA ESOFAGO GASTRODUODENAL:

Hernia hiatal	2
Úlcera gástrica	4
Úlcera duodenal	3
Úlcera gastroduodenal	2

PATOLOGIA COLORECTAL:

Divertículo perforado	2
Angiodisplasia	3
Volvulus	2
Apendicitis complicada	5

PATOLOGIA INTESTINAL:

Enfermedad vascular mesentérica	4
Enterocolitis aguda	1
Oclusión intestinal	1
Ileítis por salmonela	1
Síndrome de intestino corto	1
Hernia inguinal estrangulada	1
Fístula enterocutánea	2
Intususcepción intestinal	1

PATOLOGIA PANCREATICA:

Pancreatitis necrótico hemorrágica	5
Pancreatitis crónica	2
Síndrome de Zollinger Ellison	1

PATOLOGIA GINECOLOGICA:

3

PATOLOGIA NEOPLASICA:

22

OTRAS:

Quemaduras por caústicos	2
Pielonefritis	2
Absceso retroperitoneal	3
Endocarditis bacteriana	1

CUADRO 3.

CAUSA INMEDIATA DE MUERTE:

INFECCION SISTEMICA:	49 casos	
Sepsis - Falla orgánica múltiple		33
Peritonitis		13
Coagulación intravascular diseminada		1
Endocarditis bacteriana		1
Absceso retroperitoneal		1
ENFERMEDAD PULMONAR:	27 casos	
Neumonía		16
Insuficiencia respiratoria		6
Tromboembolia pulmonar		2
Daño alveolar difuso		1
Colapso pulmonar		1
Edema agudo pulmonar		1
VARIAS CAUSAS:	24 casos	
Choque hipovolemico		10
Insuficiencia renal		1
Insuficiencia hepática		1
Hemorragia cerebral		1
Pancreatitis postoperatoria		1
Causa de muerte no determinada anatómicamente		10
	Total 100 casos	

CUADRO 4.

CLASIFICACION DEL DIAGNOSTICO CLINICO							
Categoría del diagnóstico clínico	1986	1987	1988	1989	1990	1991	Total
Correcto	4	9	10	12	15	13	63
Parcialmente correcto	2	5	2	4	5	4	22
Erróneo	1	1	4	3	3	3	15
No clasificado	-	-	-	-	-	-	-
Total	7	15	16	19	23	20	100

CUADRO 5.

DIAGNOSTICO ERRONEO: 15 casos

Diagnóstico clínico	Diagnóstico patológico (Hallazgo de autopsia)	Estancia hos pitalaria
Sepsis abdominal	Endocarditis bacteriana	5 días
Trombosis mesentérica	Síndrome de choque séptico	6 días
Oclusión intestinal Falla orgánica múltiple	Pielonefritis aguda bila teral	72 horas
Dehiscencia de muñon duodenal	Colangitis	10 días
Síndrome febril prob. S.I.D.A.	Ileítis por salmonela	10 días
Pancreatitis grave	Colapso pulmonar	4 días
Isquemia intestinal P.O. Resección intestinal	Tromboembolia pulmonar	15 días
Colangitis- Falla orga- nica múltiple	Pancreatitis postopera toria	10 días
Ca de encrucijada bi- liopancreática	Pancreatitis crónica	33 días
Ca encrucijada bilio- pancreática	Adenocarcinoma de hepá tico común	3 días
Flemón pancreático	Histiocitoma maligno	48 horas
Fístula enterocutánea	Linfoma de células grandes	4 días
Metastasis intestinal de CaCu	Enteritis postradiación	5 días
Peritonitis plástica	Linfoma de células gran- des no tratado	122 días
Carcinoma duodenal	Adenocarcinoma de pan- creas	15 días

CUADRO 6.

ERROR DIAGNÓSTICO CLASE I:

Diagnóstico clínico	Diagnóstico patológico	Estancia hospitalaria
Oclusión intestinal Tb intestinal	Carcinoide de ileon	4 días
Sepsis abdominal P.O. Coledocoduodenoanast. complicada	Endocarditis bacteriana	5 días
Carcinoide duodenal Bronconeumonia	Absceso retroperitoneal	80 días
Oclusión intestinal Falla orgánica múltiple	Pielonefritis aguda abscedada bilateral	48 horas
Fistula enterocutánea	Linfoma de células grandes no tratado	4 días
Pancreatitis grave	Colapso pulmonar	4 días
Peritonitis plástica	Linfoma de células grandes	122 días
Nefropatía terminal. domeo agudo prob. perforación intestinal	Absceso hepático	72 horas
Isquemia intestinal P.O. resección intestinal	Tromboembolia pulmonar	15 días
Ca encrucijada bilio pancreatica	Tromboembolia pulmonar	15 días
P.O. resección intestinal	Edema agudo pulmonar	48 horas
P.O. ulcera duodenal complicada	Intususcepción ileocolica con necrosis hemorragica. Absceso hepático	48 hrs
Síndrome febril prob. S.I.D.A.	Ileitis por salmonela	30 días
Ca de encrucijada biliopancreática	Pancreatitis crónica	33 días

CUADRO 7.

DIAGNOSTICO NO RECONOCIDO CLASE I Y II.

PATOLOGIA	CLASE I	CLASE II
Patología pulmonar	21.4%	34.4%
Sepsis	28.5%	25.8%
Patología gastro intestinal	21.4%	12.9%
Neoplasias	21.4%	8.6%
Otras causas	7.1%	17.2%

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO 8.

CLASIFICACION DEL DIAGNOSTICO DE ACUERDO A HALLAZGOS DE AUTOPSIA EN PACIENTES CON TUMORES MALIGNOS.

Categoría del diagnóstico clínico	No. de pacientes	%
Diagnóstico correcto	15	68
Tumor no sospechado clínicamente relacionado a la patología de base	4	18.1
Tumor sospechado clínicamente diferente al que reveló la autopsia	2	9.1
Tumor no sospechado clínicamente sin relación a la patología de base	1	4.5
Total	22	100

Cuadro 8. A

TUMOR NO SOSPECHADO CLINICAMENTE RELACIONADO
CON LA PATOLOGIA PRINCIPAL:

Carcinoide de ileón término obstructivo en 80% de
la luz intestinal

Linfoma de células grandes

Carcinoma pulmonar

Linfoma de células grandes

B

TUMOR SOSPECHADO CLINICAMENTE DIFERENTE AL QUE
REVELO LA AUTOPSIA:

Diagnóstico clínico

Diagnóstico patológico

Carcinoma de duodeno

Carcinoma de pancreas

Ca encrucijada bilio-
pancreática

Adenocarcinoma de hepáti-
co común

C

TUMOR NO SOSPECHADO CLINICAMENTE SIN RELACION
A LA ENFERMEDAD PRINCIPAL:

Adenocarcinoma pulmonar

CUADRO 9.

CAUSA INMEDIATA DE MUERTE EN PACIENTES CON PATOLOGIA NEOPLASICA

NO DETERMINADA ANATOMICAMENTE	7	31.8%
ENFERMEDAD PULMONAR	5	22.7%
Insuficiencia respiratoria	1	
Bronconeumonía	3	
Edema agudo pulmonar	1	
PROCESO SEPTICO	4	18.1%
Seticemia	2	
Absceso retroperitoneal	1	
Sepsis abdominal	1	
OTRAS	6	27.4%
S.T.D.A.	1	
Enteritis aguda	1	
Choque hipovolémico	2	
Infarto hepático	1	
Falla orgánica múltiple	1	

BIBLIOGRAFIA:

1. Cabot RC. Diagnostic pitfalls identified during a study of three thousand autopsies. JAMA 1912; 59: 2295.
2. Goldman L. Diagnostic advances vs the value of the autopsy. Arch Pathol Lab Med 1984; 108: 501.
3. Silverberg SG. The autopsy and cancer. Arch Pathol Lab Med 1984; 108: 476.
4. Dorsey DB. Limited Autopsies. Defined Benefits, Limited Costs. Arch Pathol Lab Med 1984; 108: 469.
5. Landefeld S, Chren M, Myers A, Gelle R, Robbins S, -- Goldman L. Diagnostic yield of the autopsy in a university hospital and community hospital. N Engl J Med 1988; 318: 1249.
6. Goldman L, Sayson R, Robbins S, Cohn LH, Bellman M, - Weisberg M. The value of the autopsy in three medical eras. N Engl J Med 1983; 308: 1000.
7. Kircher T, Nelson J, Burdo H. The autopsy as a measure of accuracy of the death certificate. N Engl J Med 1985; 313: 1263.
8. Gordana S, Gordana T, Rajko D, Vladimir K. Correlation of clinical diagnoses with autopsy findings: A retrospective study of 2145 consecutive autopsies. Hum Pathol 1986; 17: 1225.
9. Battle R, Pathak D, Humble C. Factors influencing discrepancies between premortem and postmortem diagnoses. JAMA 1987; 358: 339.
10. Aguirre Garcia J, Benitez Briviesca J, Contreras RR, Gonzaloz A, Alonso P. La autopsia: ¿ Un procedimiento que ha pasado de moda?. Gac Med Mex 1988; 124: 339.

11. Flores Barroeta F, Aguirre Garcia, Fernandez DJ, Jurado MJ, Velazco AF. La utilidad de los estudios post-mortem. *Patología* 1975; 13: 17.
12. Flores Barroeta F. La pfectica de la autopsia en la enseñanza de la Medicina. *Gac Med Mex* 1977; 113: 95.
13. Hernández VR. La primera autopsia en el Continente -- Americano. *Gac Med Mex* 1977; 113: 153.
14. Fernandez SP, Lazaro A, Esteban A, Rubio J, Iruretagoyena R. Autopsy as quality assurance in the intensive care unit. *Crit Care Med* 1988; 16: 683.
15. Yesner R, Robinson MJ, Goldman L, Reichert CM, Engel L. A Symposium on the Autopsy. *Pathology Annual* 1985. Parte I; 20: 441.
16. Kircher T. The autopsy and vital statistics. *Hum Pathol* 1990; 21: 166.
17. Middleton K, Clarke E, Hommann S. An autopsy based -- study of diagnostic errors in geriatric and non geriatric adult patients. *Arch Intern Med* 1989; 1809: 1812.
18. Sigler ML. Resucitar la autopsia: una necesidad de -- nuestro tiempo (editorial). *Cirujano General* 1991; -- 13: 38.
19. Nemetz PN, Ludwig J, Kurland T. Assesssing the Autopsy. *Am J Pathol* 1987; 128: 362.
20. Anderson Re, Fox RC, Hill RB. Medical uncertainty and the autopsy: Occult benefits for student. *Hum Pathol* 1990; 21: 128.
21. Anderson RE, Hill RB, Gurstein F. A model for the autopsy based quality assessment of medical diagnostic. *Hum Pathol* 1990; 21: 174.

22. Cameron HM, McGoogan E. A prospective study of 1152 - hospital autopsies. II Analysis of inaccuracies in -- clinical diagnoses and their significance. J Pathol - 1981; 133: 285.
23. Frederici HR, Sebastian M. Autopsies in a modern tea- ching hospital: a review of 2537 cases. Arch Pathol Lab Med 1984; 108: 518.
24. Anderson RE. The autopsy as an instrument of quality assessment: Classification of premortem and postmor-- tem diagnostic discrepancies. Arch Pathol Lab Med -- 1984; 108: 490.
25. Britton M. Diagnostic errors discoveret at autopsy. - Acta Med Scand 1974; 196: 203.
26. Goldman L. Diagnostic Advances vs the value of the -- autopsy. Arch Pathol Lab Med. 1984; 108: 501.
27. Gruver RH, Freis ED. A study of diagnostic errors. -- Ann Intern Med 1957; 47: 108.
28. Cameron HM, McGoogan E. A prospective study of 1152 - hospital autopsies. I Inaccurancies in death certifica- tion. J Pathol 1981; 133: 273.