

11237 2ej  
139



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO  
"FEDERICO GOMEZ"  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

**CONCORDANCIA DIAGNOSTICA  
CLINICO-PATOLOGICA  
EN POBLACION PEDIATRICA**

**TESIS DE POSTGRADO**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**PEDIATRA**

**MARIA EUGENIA LUNA CASILLAS**

DR. MIGUEL CASILLAS CRUZ



MEXICO, D.F.

SUBDIRECCION DE  
ENSEÑANZA

FEBRERO 1998

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1998

267350



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 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.

**COLABORADORES :**

**Dr. Stanislaw Sadowinski**

**Jefe del Departamento de Anatomía Patológica.**

**Dr. Pedro Valencia Mayoral**

**Subdirector de Servicios Auxiliares de Diagnóstico.**

**Dr. Carlos Avila Figueroa**

**Jefe del Departamento de Epidemiología y Medicina Preventiva.**

## INDICE

<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>5</b>
<b>OBJETIVO .....</b>	<b>18</b>
<b>MATERIAL Y METODOS .....</b>	<b>19</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>22</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>24</b>
<b>APENDICE A .....</b>	<b>26</b>
<b>APENDICE B .....</b>	<b>27</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>28</b>

## INTRODUCCION.

La autopsia se desarrolló por un grupo de médicos a partir del deseo de aprender comparando las impresiones premortem con los hallazgos de la necropsia. La finalidad de establecerla como un estudio integral detallado del cadáver era tomar experiencia de sus errores y mejorar su perspicacia diagnóstica.

La evaluación de las discrepancias entre los diagnósticos premortem y los diagnósticos postmortem, alcanzó el interés de patólogos y clínicos llegando a constituir la base para un número significativo de reportes publicados a este respecto (1).

Los primeros reportes de la evaluación de las discrepancias clinico-patológicas fueron digresivos, y no fue hasta 1900 que se realizaron comparaciones sistematizadas y detalladas de los diagnósticos premortem y postmortem. Uno de estos primeros estudios fue el de Richard Cabot (1), quien a principios de este siglo analizó 3000 autopsias realizadas en Boston y encontró una proporción significativa de discrepancias.

Se ha considerado entre las funciones de la autopsia, la de evaluar la perspicacia diagnóstica, por lo tanto la calidad de la atención al paciente, y al mismo tiempo al monitorizarla, contribuir a su mejoramiento (2).

La gama de estudios realizados a este respecto va desde evaluaciones panorámicas de las discrepancias encontradas en un hospital (2,3,4) hasta las diferencias detectadas entre varios hospitales tomando en cuenta sus diferentes características, como serían tamaño, nivel de atención que otorgan, si son considerados instituciones de enseñanza, etc. (5,6). Se han realizado investigaciones enfocadas a

determinar las discrepancias detectadas en pacientes con una enfermedad específica como SIDA (7), enfermedad de Alzheimer (8), postransplantados de corazón y pulmón (9), carcinoma basocelular (10), lepra. Otras se han enfocado a determinar las discrepancias en pacientes ancianos y unas más en niños. En cuanto a los estudios realizados en pacientes pediátricos encontramos uno realizado en pacientes que fallecieron en una terapia intensiva (11), otro realizado en niños de 20 semanas de gestación a 12 meses de edad (12), y uno más que se llevó a cabo en niños leucémicos (13).

Como parte integral de la práctica médica, la autopsia no es realizada con la frecuencia que se debiera en la actualidad. Estimaciones recientes reportan un porcentaje de autopsias de 15% con respecto al número de muertes, después de un pico de 50% observado en los años siguientes a la Segunda Guerra Mundial (14).

En 1969, en México se realizaba un 41% de autopsias, según Benítez Bribiesca (15); el porcentaje disminuyó a 38% en 1973 en el estudio realizado por Flores Barroeta (16). En 1984, Alonso (17) publicó una cifra de 26.1%, sin embargo en hospitales de provincia la cifra apenas alcanzó 13.5%. Esta disminución en el porcentaje de autopsias realizadas se ha atribuido a cuestiones económicas, a pérdida de interés por parte de clínicos y patólogos y a las dificultades para obtener el consentimiento para la realización del estudio de parte de los familiares del paciente.

Desde el punto de vista económico, por el elevado costo de una autopsia, es difícil su realización en un medio privado, y en muchas instituciones estos recursos son preferentemente desviados hacia áreas con necesidades más apremiantes.

En lo que se refiere al interés médico por la realización de las autopsias, es importante mencionar la situación de los patólogos, los cuales la consideran una tarea agobiante y desagradable, el concepto de que en la práctica privada la patología postmortem no tiene cabida, todo lo cual lleva a los patólogos en formación a enfocarse hacia áreas económicamente más remuneradas. Además, por lo general, es el residente de menor jerarquía el que lleva a cabo el estudio, a pesar de que la realización de la autopsia y su interpretación requieren de una amplia gama de conocimientos para establecer relaciones clínico patológicas adecuadas (3).

Por otro lado, el clínico es quien debe conseguir la autorización para que se realice el estudio, influyendo en este sentido :

- El estado de ánimo de la familia, usualmente adverso al médico, por el deceso reciente.
- El desconocimiento de que a través de la autopsia pueden aclararse dudas y generarse nuevos conocimientos.
- La idea de que la muerte del paciente representa la falla del médico tratante y el deseo ( a veces inconsciente) de querer olvidar cuanto antes el caso.
- Cierta temor a la crítica cuando en el estudio postmortem se identifican enfermedades que supuestamente el clínico debió haber diagnosticado en vida (3).

Generalmente, los médicos suelen ser más insistentes en conseguir el consentimiento para la realización de la autopsia en aquellos casos en los que existen dudas acerca de la enfermedad del paciente o de su curso clínico. Al contrario, su insistencia es menos cuando se sienten seguros en cuanto al diagnóstico. Es muy importante que los médicos expliquen cuidadosamente a la

familia los beneficios de la autopsia, ya que esto puede facilitar el consentimiento. El hecho de tener un diagnostico final "correcto" puede ayudar a la familia afligida a alejar sentimientos de culpabilidad e incluso servir para consejo en planificación familiar en caso de enfermedades genéticas (7,18).

En 1992, se realizó un estudio para determinar la concordancia clínico patológica en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, donde se encontró 46.6% de discrepancias, lo cual es similar a lo reportado en otros países (42-89%) (3). En un estudio comparativo llevado a cabo entre trabajos selectos de este tópico, realizados entre 1966 y 1987, se tomaron en cuenta sólo las discrepancias mayores o substanciales, reportándose entre 4 y 18.7% (19,20).

Los avances tecnológicos es otro factor que influye en la disminución del porcentaje de autopsias realizadas. Muchos médicos asumen que la evaluación premortem " hace el diagnostico " y la autopsia es obsoleta (3,17,21). Sin embargo, investigaciones recientes indican que esta afirmación es falsa, pues estudios realizados en poblaciones de adultos han encontrado una incidencia de aproximadamente 10% de errores diagnósticos importantes, que de haberse diagnosticado antes, probablemente habrían llevado a un cambio en el manejo que podría haber resultado en curación o una sobrevivencia prolongada (7).

No se han llevado a cabo investigaciones de este tipo en pacientes pediátricos que determinen el valor actual de la autopsia en las enfermedades causantes de la muerte en los niños. El valor de la autopsia en pacientes pediátricos puede ser mayor que en los adultos. Craft y Brazy (12), en un estudio de autopsias neonatales, encontraron que en 39% de los casos hubo hallazgos significativos. En un estudio en niños con leucemia, Nigro y cols. (13) encontraron que el estudio aportó nuevos



diagnósticos en 49% de los casos. Más significativo es aún el hecho de que en 16% de los casos se consideró que los " nuevos " diagnósticos contribuyeron a la muerte del paciente..

Se han realizado propuestas para la realización de un programa para evaluación de los médicos, basado en una comparación detallada de los diagnósticos clínicos con los diagnósticos patológicos. El modelo requiere que la autopsia sea sometida a un control de calidad que asegure la fidelidad de los hallazgos, incluyendo la calidad de los diagnósticos hechos postmortem y de los reportes de la autopsia. Los hallazgos realizados mediante este modelo serían invaluable en programas de mejoramiento de la calidad de la atención médica (21-23).

La *valoración de la calidad* es la evaluación de los resultados de un modo cuantitativo o por lo menos explícito, a fin de determinar si éstos caen dentro de un rango aceptable.

En relación a la autopsia y las discrepancias diagnósticas, significan lo siguiente:

1.Las diferencias entre los diagnósticos premortem y postmortem, deben ser cuantificadas o semicuantificadas, y se les debe otorgar un rango de importancia, ya que no todas las discrepancias son igualmente importantes. En la remota ocasión de que un error diagnóstico contribuya a la muerte de un paciente que de otro modo estaría sano, esta discrepancia se encuentra en una categoría muy diferente de aquel hallazgo no sospechado, clínicamente sin importancia, en un paciente de 80 años que fallece por un cáncer metastásico.

2.El nivel de discrepancia permitido deber ser determinado por la propia institución.

El *control de la calidad* incluye los ingredientes de la *valoración de la calidad*, pero requiere además del inicio de acciones cuando el resultado sale del rango aceptado. En relación a las autopsias esto significa que las discrepancias diagnósticas deberán ser evaluadas constantemente y se tomarán medidas correctivas si los resultados salen de los rangos previamente determinados.

La *valoración y el control de la calidad* requieren del conocimiento de las variables que influyen en las discrepancias diagnósticas. Existen tres posibilidades en los resultados de la comparación entre los diagnósticos clínicos y los patológicos:

- **Concordancia:** los diagnósticos hechos clínicamente son confirmados por la autopsia y los diagnósticos que no se realizaron clínicamente tampoco fueron detectados en la autopsia. Esto se conoce como verdaderos positivos y verdaderos negativos.

- **Discrepancias:** los diagnósticos hechos clínicamente no son confirmados por la autopsia, o bien, en la autopsia se descubren diagnósticos que no se sospecharon clínicamente. Esto se llama falsos positivos o falsos negativos.

- **Indeterminado:** Eventualmente la autopsia falla para determinar la naturaleza del desorden subyacente, por ejemplo en la determinación del sitio primario de una neoplasia metastásica (1).

Como se mencionó antes, no todas las discrepancias son de igual importancia para un paciente. Para valorar la magnitud de las discrepancias se ha sugerido relacionarlas con unidades funcionales, tales como años de vida productiva perdidos, número de síntomas que no se hubieran manifestado si el diagnóstico correcto se hubiera llevado a cabo, escalas de cero a diez según su severidad, etc.

Muchos estudios fallan al no tomar en cuenta los diagnósticos hechos durante la autopsia y omitidos clínicamente, refiriéndose sólo a los realizados clínicamente y no confirmados por el estudio postmortem. Los estudios sugieren que los diagnósticos falsos negativos son un problema mucho más significativo que los falsos positivos. De hecho es mas frecuente el no diagnosticar un problema, que el de sobrediagnosticarlo, en relación 2:1 aproximadamente (1,24,25).

En 1983, Goldman estableció una clasificación de las discrepancias clinico-patológicas:

**CLASE I:** Es la discrepancia en uno de los diagnósticos principales con un impacto adverso a la sobrevivencia del paciente. Un diagnóstico principal es tanto la causa inmediata de muerte, como la enfermedad subyacente que llevó al paciente a buscar atención médica inicialmente. Una discrepancia clase I indica que si el diagnóstico se hubiera hecho y se hubiera instituido la terapia adecuada, el paciente habría tenido expectativas de vida. Un ejemplo es la muerte de una persona a causa de una infección no reconocida, pero tratable.

**CLASE II:** Es la discrepancia en un diagnóstico principal, pero sin un impacto adverso a la sobrevivencia, como una embolia pulmonar en una persona con un infarto masivo del miocardio.

**CLASE III:** Es la discrepancia en un diagnóstico secundario que debió ser reconocido por el medico tratante, no relacionado con la causa de muerte, pero 1) era sintomático y debió haber recibido manejo , 2) habría modificado el pronóstico en caso de que el paciente hubiera sobrevivido.

**CLASE IV:** Discrepancia de un diagnóstico secundario que no pudo haberse realizado con base en la información disponible antes de la muerte. Puede tener importancia genética o epidemiológica.

**CLASE V:** No existe discrepancia.

Las clases I y II se consideran mayores y las clases III y IV, se consideran menores.

Aunque existe esta clasificación, cada autor tiende a desarrollar la propia, lo que dificulta comparar entre sí los diferentes estudios. En un intento por resumir los datos reportados en cada uno de estos trabajos, se aplicó la clasificación de Goldman a 12 trabajos realizados entre 1966 y 1987, donde en total se evaluaron 6000 autopsias. En dicha investigación se encontró un porcentaje de discrepancias substanciales entre 4 y 18% (1,26).

El índice de discrepancias entre los diagnósticos clínicos y los patológicos, depende de un gran número de variables según se ha visto en los estudios realizados. Entre éstas figuran la edad del paciente, su género, el tiempo que duró la hospitalización terminal, el tamaño y tipo de hospital donde fue atendido, el tipo de enfermedad que contribuyó a la muerte y el índice de autopsias en el hospital donde estuvo internado (1,27). Por ejemplo, en un estudio realizado en 1992 en pacientes con SIDA, se encontró que 47% de las enfermedades diagnosticadas en la autopsia no fueron diagnosticadas en vida, siendo las más frecuentes las infecciones por citomegalovirus, micosis, lesiones cerebrales específicas de VIH, linfomas en SNC y leucoencefalopatía multifocal progresiva (10).

En 1957, Gruver y Freis (3) analizaron 1106 autopsias a fin de determinar los comunes denominadores y riesgos frecuentes en los errores diagnósticos. Ellos

concluyeron que la falta de atención por parte del médico durante el manejo, parece ser la causa más común de errores diagnósticos. En la mayoría de los casos se realizarían diagnósticos correctos de estar el médico alerta acerca del problema. Los autores consideraron dos categorías en los errores diagnósticos:

- Errores de omisión: falla en la obtención de exámenes de rutina al momento de la admisión y durante la hospitalización.

- Errores de juicio: falla al tomar o no tomar en cuenta algún síntoma, signo o resultado de laboratorio. En esta categoría el error más frecuente es no reconocer el desarrollo de una nueva enfermedad en una persona con una enfermedad crónica ya conocida. Otros errores de juicio comprenden el no revisar periódicamente el caso de manera integral, no repetir la exploración física, no revalorar la situación clínica, la falsa sensación de seguridad otorgada por falsos negativos erróneos reportados.

Britton (1,28), en su estudio relacionado a lo anterior, concluye que " las interpretaciones erróneas fueron debidas en muchos casos a la tendencia a apegarse a diagnósticos tempranos y pasar por alto el desarrollo de nuevos signos o síntomas". Es muy importante mencionar que los avances tecnológicos no influyen en el factor humano.

Un factor que parece tener poca influencia en los índices de discrepancia es la persona responsable de determinar el grado o la clase de éstas, según el estudio realizado por Battle (5), en el que se evaluó a los distintos grupos de médicos: los encargados del cuidado del paciente, el patólogo que realizó la autopsia, ambos trabajando juntos y un comité de mortalidad.

Por otro lado, se espera que los hospitales pequeños con acceso limitado a médicos especialistas y a tecnología sofisticada, tengan un mayor índice de discrepancias al compararlos con las grandes instituciones localizadas en áreas urbanas. Sin embargo, las diferencias observadas en este sentido parecen relacionarse más con el índice de autopsias realizadas, que con su acceso a altas tecnologías, según lo analizó Gough (1,29) en 1985.

Stevanovic (6), en su estudio realizado en 1986, encontró que por un 31% que disminuyó el índice de realización de autopsias, aumentó en 8.2% el índice de discrepancias clínico -patológicas.

Se ha observado un mayor índice de discrepancias diagnósticas en mujeres que en hombres en relación 1.2:1. Un anciano tiene más posibilidades de morir con discrepancias diagnósticas, ya que generalmente fallecen con más de una enfermedad severa (6). El tiempo que duró la última hospitalización es también un factor que influye en el índice de discrepancias. Se ha observado un aumento en el índice de discrepancias en aquellos pacientes que permanecieron hospitalizados por periodos menores de 24 horas antes de su muerte. En cambio en aquellos que estuvieron en el hospital por un periodo de 24 a 72 hrs, el índice de discrepancias fue menor. El índice aumenta nuevamente en aquellos pacientes con hospitalizaciones prolongadas. Todo esto refleja dos fenómenos: 1) la dificultad diagnóstica de algunas enfermedades crónicas, 2) el desarrollo de una segunda enfermedad grave en un paciente hospitalizado con un diagnóstico correcto (31-33). En otro estudio que se llevó a cabo entre los pacientes de la Unidad de Terapia Intensiva no existió correlación entre la incidencia de nuevos hallazgos en la autopsia y su tiempo de estancia en la terapia. Se concluyó que aunque es de

suponerse que estancias más cortas dieran menos tiempo para realizar diagnósticos, el uso de técnicas diagnósticas más agresivas y los cuidados intensivos ofrecidos a estos pacientes pueden compensar este aspecto (7).

El factor determinante más importante que contribuye a las discrepancias entre los diagnósticos clínicos y los diagnósticos patológicos, es la enfermedad responsable de la muerte del paciente. Algunas enfermedades son más difíciles de reconocer clínicamente que otras; las que se han asociado más frecuentemente con discrepancias clínico-patológicas son: embolia pulmonar, peritonitis, hemorragias e infecciones postoperatorias, insuficiencia vascular intestinal, abscesos pulmonares, infarto renal, carcinoma metastásico, enfermedad de Alzheimer, infarto agudo del miocardio, aneurisma aórtico (1,5).

En otros estudios se ha encontrado que el mayor índice de discrepancias ocurrió en las enfermedades infecciosas seguidas por las gastrointestinales y respiratorias, el menor número se reportó en las endocrinológicas y reumatológicas (3).

El hecho de que en más de la mitad de los casos existan errores diagnósticos, no implica que sean más frecuentes los errores que los aciertos en la práctica médica. Debe considerarse que en buen número de casos, el diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado curan la enfermedad y los pacientes son dados de alta sanos o al menos controlados (34-36). Los pacientes que fallecen habitualmente son los más difíciles, tanto por la complejidad de sus enfermedades, como por lo avanzado de las mismas; y los casos en los que se realizan las autopsias son aquellos particularmente complicados, en los que las dudas que persistieron hasta el final motivaron a que se solicitara el estudio postmortem. De este modo, el alto

porcentaje de discrepancias detectado al principio , tiene una serie de atenuantes o sesgos que lo explican (1,37,38).

El hecho de que algunos autores hayan encontrado que el tiempo de hospitalización no influye en el índice de discrepancias diagnósticas, demuestra que a pesar del moderno armamento diagnóstico con el que se cuenta y todo el apoyo brindado por la superespecialización, sigue habiendo casos en los que sólo la autopsia, entendida como el examen físico más completo, permite establecer el diagnóstico (3,39,40).

Si fuera correcta la línea de pensamiento que sugiere que la autopsia es obsoleta, por las ventajas que ofrecen las modernas estrategias diagnósticas, encontraríamos que el índice de discrepancias hubiera disminuido con el tiempo. Goldman (1,40,41) y colaboradores evaluaron las discrepancias diagnósticas durante tres épocas diferentes y los resultados no indicaron disminución o diferencias en el índice de discrepancias. Lo que sí cambió en estas tres épocas (1959-1960, 1969-1970, 1979-1980) fueron las enfermedades específicas que constituían estas discrepancias.

Muchas de las discrepancias tipo I se han visto relacionadas con los resultados falsos negativos de los nuevos procedimientos diagnósticos (TAC, USG), con lo que se concluye que no se debe sobrevalorar a estos estudios al momento del diagnóstico (1,2,6).

Con lo anterior se concluye que los avances en la tecnología diagnóstica no han disminuido el valor de la autopsia y que ésta continua siendo un componente vital en la garantía de una buena atención médica (42).



Se espera que los aciertos médicos sean más que los errores, calculando el índice éxito: error en aproximadamente 9:1. Este 10% de error puede superarse, y esta superación ser mediada y documentada por los estudios de autopsia. (1). De aquí la importancia de la realización del estudio posmortem en nuestro hospital, como instrumento para conocer la situación de nuestra institución en lo referente a discrepancias y por lo tanto la calidad de la atención médica. Los estudios realizados en hospitales pediátricos de tercer nivel, se basan en hallazgos histopatológicos de especímenes de biopsias y no en estudios de autopsias (43,44).

## **OBJETIVO.**

**Determinar el índice de concordancia diagnóstica clínico-patológica en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez".**

## **MATERIAL Y METODOS.**

### **1. CARACTERISTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO.**

Se trata de un hospital de enseñanza, de tercer nivel, de concentración a nivel nacional, donde los pacientes llegan referidos de un segundo nivel, o por sus propios medios.

### **2. DISEÑO.**

Es un estudio observacional, descriptivo, retrolectivo.

### **3. GRUPOS DE ESTUDIO.**

a) Características de los casos: fallecimientos ocurridos en el Hospital Infantil de México " Federico Gómez " en el periodo comprendido entre 1 de Enero de 1991 y 31 de Diciembre de 1995, siempre que hayan contado con estudio de necropsia y que hayan fallecido estando internados en el hospital.

Se dividieron en grupos etarios: 0-28 días, 29 días a 1 año, 1 a 4 años, 5 a 9 años y mayores de 10 años. Además, se tuvo en cuenta el sexo, los días de estancia intrahospitalaria ( de 0 - 2 días, 3 a 7 días y más de 7 días ).

Se clasificó a la enfermedad de base y a la causa de muerte con las variables del apéndice A, correlacionando el tipo de enfermedad con el órgano o sistema afectado.

Mediante la clasificación de Goldman ( apéndice B), se clasificaron las discrepancias entre los diagnósticos clínicos y los diagnósticos finales de los protocolos de autopsias. La clasificación fue llevada a cabo por dos observadores de

manera independiente y en ciego, en los casos de discrepancia se consultó con un tercer observador.

b) Criterios de inclusión: todos los pacientes fallecidos en el periodo de tiempo ya mencionado, en el hospital y que cuenten con autopsia.

c) Criterios de exclusión: haber fallecido fuera del hospital ( por ejemplo, en su casa).

d) Criterios de eliminación: no contar con especificación de los diagnósticos finales en el expediente clínico y o protocolo de autopsia incompleto.

#### 4. DEFINICION DE LAS VARIABLES.

- EDAD: tiempo transcurrido entre el nacimiento y la fecha del último ingreso al hospital.

- SEXO: género al que pertenece el paciente, femenino o masculino.

- DURACION DE LA ULTIMA HOSPITALIZACION: tiempo transcurrido desde el día de su ingreso hasta el día de su muerte, en días.

-TIPO DE ENFERMEDAD: grupo de enfermedades al que pertenece el padecimiento subyacente o la causa inmediata de muerte así como el órgano afectado, según el apéndice A.

- DIAGNOSTICOS CLINICOS: los emitidos por los médicos tratantes en la nota de defunción.

-DIAGNOSTICOS PATOLOGICOS: los realizados durante el estudio postmortem en forma definitiva ( diagnósticos finales).

## 5. ANALISIS DE DATOS:

Mediante el coeficiente de concordancia kappa.Utilización del paquete estadístico

Epi Info 6.0

## RESULTADOS.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

El índice de realización de autopsias ha disminuido en Hospital Infantil de México de 30% en 1991 a 22% en 1995, mientras que la tasa de mortalidad disminuyó de 5.2 a 4.2 en el mismo periodo de tiempo.

El grupo etario que presentó mayor incidencia de discrepancias sustanciales fue el de 1-12 meses, encontrando que 48 (71%) pacientes de dicho grupo tuvieron al menos una discrepancia clase 1. El grupo etario con menor porcentaje de discrepancias clase 1 fue el de neonatos con 53%. Dentro de este grupo, los pacientes que ingresaron al hospital en su primer día de vida fueron los que tuvieron mayor número de discrepancias sustanciales.

En cuanto al tiempo de estancia hospitalaria se encontró que 57% de los pacientes del grupo de 0-2 días, presentaron discrepancias clase 1, 67% de los pacientes del grupo de 3-7 días y 68% de los del grupo de más de 7 días. Estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Tomando en cuenta el sexo de los pacientes se encontró que en el 56% de los varones hubo discrepancias sustanciales, mientras que en el grupo de las mujeres el porcentaje fue de 43%.

En la enfermedad de base el diagnóstico clínico tuvo concordancia con el patológico en 89% de los pacientes, en la causa de muerte concordaron en 78% de los casos. Se calculó coeficiente kappa para la concordancia del diagnóstico clínico con el patológico en la enfermedad de base, resultando de 0.86 (casi perfecto, según los lineamientos de Landis y Koch), con una p de menor de 0.001. El coeficiente kappa para causa de muerte fue de 0.67 (excelente), con p menor de 0.001

Los padecimientos genéticos presentaron discrepancia clase I en el 100% de los casos, mientras que en los inmunológicos solo hubo en el 33%, siendo estos últimos los de menor discrepancia.

Al analizar la causa de muerte el mayor porcentaje de discrepancias clase I lo presentaron los pacientes con padecimientos infecciosos (72%) siendo los pacientes con enfermedades neoplásicas los de menor (37%).

La mayor frecuencia de discrepancias substanciales se encontró en los pacientes con afección del sistema nervioso y hematológico (76%).

Por otra parte, en el 63% de los pacientes de la serie se encontró algún tipo de sobrediagnóstico, y en el 94% omisiones.

## CONCLUSIONES.

En el periodo de estudio se ha observado una disminución en el índice de realización de autopsias, al igual que en otras instituciones. Atribuimos este fenómeno a la suposición de que los avances tecnológicos permiten realizar la casi totalidad de los diagnósticos de un paciente. Este hecho no es real, como se demostró en este estudio, el cual se llevó a cabo en un hospital de tercer nivel el cual cuenta con tecnología avanzada y aún así el porcentaje de pacientes con discrepancias substanciales fue elevado.

La autopsia, desde el punto de vista de enseñanza constituye una retroalimentación de la práctica médica, además de ser una indicadora de la calidad de atención al paciente; consideramos que es necesario sensibilizar a la población médica acerca de la importancia de realizar mayor número de estudios postmortem haciendo énfasis en la relación médico-paciente que nos llevará a obtener más autorizaciones por parte de los familiares.

El hecho de haber encontrado un alto porcentaje de discrepancia clase I, un gran número de omisiones y por otro lado, una concordancia excelente al valorar enfermedad de base y causa de muerte, nos hace pensar que falta supervisión en la elaboración del expediente clínico, ya que el mismo es manejado por el médico de menor experiencia, lo que dificulta una adecuada interpretación.

Al igual que en otras series hubo mayor número de omisiones que sobrediagnósticos. Entre estos últimos el más frecuente fue neumonía. El sexo y los días de estancia no fueron factores determinantes en el porcentaje de discrepancias a diferencia que en otras series consultadas, las cuales fueron realizadas en adultos, condición a la que podemos atribuir este hecho.



Aunque el índice de concordancia fue de excelencia, consideramos necesario realizar estudios más específicos para cada tipo de enfermedades, que sean un reflejo más fidedigno de nuestras deficiencias diagnósticas en las diferentes áreas.

## APENDICE A

### TIPO DE ENFERMEDAD

- Infecciosa
- Neoplásica
- Congénita ( malformación )
- Metabólica
- Degenerativa
- Inmunológico

### LOCALIZACION

Neurológico  
Cardiovascular  
Endocrinológico  
Gastrointestinal  
Genitourinario  
Neumológico  
Otorrinolaringológico  
Oftalmológico  
Músculo-esquelético  
Dermatológico.

## **APENDICE B**

### **CLASIFICACION DE GOLDMAN PARA DISCREPANCIA CLINICO PATOLOGICA**

**CLASE I :** Discrepancia en uno de los diagnósticos principales con un impacto adverso a la sobrevivencia del paciente. Un diagnóstico principal es tanto la causa inmediata de muerte, como la enfermedad subyacente que llevó al paciente a buscar atención médica inicialmente. Una discrepancia clase I indica que si el diagnóstico se hubiera hecho y se hubiera instituido la terapia adecuada, el paciente habría tenido expectativas de vida. Un ejemplo es la muerte de una persona a causa de una infección no reconocida, pero tratable.

**CLASE II :** Es la discrepancia en un diagnóstico principal, pero sin un impacto adverso a la sobrevivencia, como una embolia pulmonar en un infarto masivo del miocardio.

**CLASE III :** Es la discrepancia en un diagnóstico secundario que debió ser reconocido por el médico tratante, no relacionado con la causa de muerte, pero 1) era sintomático y debió haber recibido manejo, 2) habría modificado el pronóstico en caso de que el paciente hubiera sobrevivido .

**CLASE IV :** Discrepancia en un diagnóstico secundario que no pudo haberse realizado con base en la información disponible antes de la muerte. Puede tener importancia genética o epidemiológica.

**CLASE V :** No existe discrepancia.

## **BIBLIOGRAFIA.**

1. Hill RB, Anderson R. *The Autopsy: Medical Practice and Public Policy*. Ed Butterwoths, Boston 1988, 68-90.
2. Pujol F, Bernet V, et al. Correlation between clinical and autopsy diagnoses at a general hospital. *An Med Int* 1994;11(8):372-6.
3. Angeles-Angeles A, Quintanilla L, et al. Concordancia diagnóstica clínico patológica en 429 autopsias del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. *Rev Inv Clin* ;44(1): 13-20.
4. Mckelvie PA, Rode J. Autopsy rate and a clinicopathological in an Australian metropolitan hospital - cause for concern? *Med J Aus* 1992; 158(7): 456-62.
5. Battle RM, Pathak D, et al. Factors influencing discrepancies between premortem and postmortem diagnoses. *JAMA* 1987;258(3):339-344.
6. Stevanovic G, Tucacovic G, et al. Correlation of clinical diagnoses with autopsy findings, a retrospective study of 2145 consecutive autopsies. *HUM Pathol* 1986; 17(21): 1225-1230.
7. D'Arminio MA, Vago L , et al. AIDS defining diseases in 250 HIV infected patients; a comparative study of clinical and autopsy diagnoses. *AIDS* 1992; 6(10): 1159-64.
8. Klatka LA, Schiffer RB, et al. Incorrect diagnoses of Alzheimer's disease. A clinico-pathologic study(review). *Arch Neurol* 1996; 53(1): 35-42.
9. Pomerance A, Madden B, et al. Transbronchial biopsy in heart and lung transpalntation: clinicopathologic correlaction. *Journal of Heart and Lung Transplantation* 1995;14(4): 761-73.

10. Adamicova K, Fetisovova Z, et al. Pathologic Interpretation and clinical aspects of invasive basalioma. Bratislavske Lekarske Listy 1995;96(3): 148-51.
11. Stambouly J, Kahn E, et al. Correlation between clinical diagnoses and autopsy findings in critically ill children. Pediatrics 1993; 92(2): 248-251.
12. Cartlidge PH, Dawson AT, et al. Value and quality of perinatal and infant postmortem examinations: cohort analysis of 400 consecutive deaths. BMJ 1995; 310(6973): 155-8.
13. Nigro J. Value of postmortem examinations in a pediatric population with leukemia. J Pediatr 1990;116: 350-4.
14. Scottolini AG, Weinstein SR. The autopsy in clinical quality control. JAMA 1983;250: 1192-4.
15. Flores Barroeta F, Aguirre García J, et al. La utilidad de los estudios postmortem. Patol 1975; 13: 17-35.
16. Alonso P. Autopsias en los hospitales de enseñanza en México. Gac Med Mex 1988; 124: 349-52.
17. Aguirre J. Simposio: La autopsia ¿un procedimiento que ha pasado de moda? Gac Med Mex 1988, 124: 339-57.
18. Hill RB, Anderson RE. An autopsy based quality assessment program for improvement of diagnostic accuracy. Quality Assurance in Health Care 1993; 5 (4): 351-9.
19. Anderson RE. The autopsy as an instrument of quality assessment: clasification of premortem and postmortem diagnostic discrepancies. Arch Pathol Lab Med 1984; 108: 490-3.

20. Schneidermann H, Gruhn J. How and why to request an autopsy. *Postgrad Med* 1985; 77: 153-84.
21. Mc Phee SJ, Bottles K. Autopsy: moribund art or vital science. *Am J Med* 1985; 78: 107-13.
22. Hjorth L, Jensen HS, et al. Survey of clinical diagnoses and autopsy findings. Autopsy findings and sensitivity, specificity and predictive values for clinical diagnoses during the periods 1 Jul 1980 - 30 Jun 1981 and 1 Jul 1990 - 30 Jun 1993. *Ugeskrift for Læger* 1995; 157(21): 3055-8.
23. Britton M. Diagnostic errors discovered at autopsy. *Act Med Scand* 1974; 196: 203-10.
24. Grver RH, Freis ED. A study of diagnostic errors. *Ann Intern Med*; 47: 108-120.
25. Thurlbeck WM. Accuracy of clinical diagnoses in a Canadian Teaching hospital. *Can Med Assoc J* 1981; 125: 443-7.
26. Goldmann L. Diagnostic advances vs the value of the autopsy: 1912-1980. *Arch Pathol Lab Med* 1984; 108: 501-5.
27. Nemetz PN, Ludwig J, et al. Assessing the Autopsy. *Am J Pathol* ; 128: 362-79.
28. Sarode VR, Datta BN, et al. Autopsy findings and clinical diagnoses, a review of 1000 cases. *Human Pathol* 1993; 24(2): 194-5.
29. Rossi S, Reale D, et al. Correlation of clinical diagnoses with autopsy findings. *IARC-Sci- Publ*; 1991(112): 99-108.
30. Roberts W et al. The autopsy: its decline and suggestion for its revival. *N Engl J Med* 1978; 133: 273-83.

31. Goldhaber SZ et al. Factors associated with correct antemortem diagnoses of major pulmonary embolism. *Am J Med* 1982; 73: 822-6.
32. Geller SA. Autopsy. *Scient Am* 1983; 248: 110-21.
33. Poli L, Pich A. Autopsy and multiple pathology in the elderly. *Gerontology* 1993; 39(1): 55-63.
34. Paterson DA, Dorovitch MI. Prospective study of necropsy audit of geriatric inpatients deaths. *Journal of clinical pathology* 1992; 45(7): 575-8.
35. Cameron HM, Mc Googan . A prospective study of 1152 hospital autopsies. II Analysis of inaccuracies in clinical diagnoses and their significance. *J Pathol* 1989; 133: 285-300.
36. Bowman HE, Williams MJ. Reevaluating the ultimate medical consultation. *Arch Pathol Lab Med* 1984; 108: 437-8.
37. Gibinki K, Hartleb M , et al. Comparison between pre and postmortem diagnoses in a consecutive serie of patients. *Scand J Gastroenterol* 1985; 20:370-2.
38. Peacock SJ, Machin D, et al. The Autopsy: an useful tool or an old relic? *J Pathol* 1988; 156: 9-14.
39. Penner DW. Cost effectiveness of the autopsy in maintaining and improving the standard of patient care. *Am J Clin Pathol* 1978; 69(suppl): 250-2.
40. Goldman et al. The value of the autopsy in three medical eras. *N Eng J Med* 1983; 308: 1000-5.
41. Kaplan RA. The Autopsy- to be or not to be. *Hum Pathol* 1978; 9: 127.
42. Williams MJ, Perry TM. The Autopsy: a beginnig not an end. *Am J Clin Pathol* 1978; 69 (suppl): 215.

43. Alemán-Velázquez, Garduño-Espinoza. Grado de concordancia del diagnóstico con el histopatológico en un hospital pediátrico de tercer nivel de atención médica. *Bol Med Hosp Inf Mex* 1992; 49(8):492-6.
44. Villafañá-Guiza, Ramírez-Velasco. Discordancias clínico-patológicas como índice para evaluar y vigilar la calidad de la atención médica de un hospital. *Bol Med Hosp Inf Mex* 1996; 53(9): 447-51.