

11201

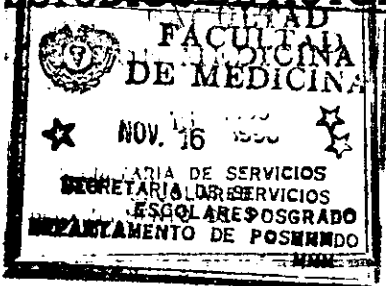
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

11
2ef

CORRELACION CLINICO-PATOLOGICA EN 1000 ESTUDIOS DE AUTOPSIA.



SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO



DIRECCION DE ENSEÑANZA

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
ANATOMIA PATOLOGICA
P R E S E N T A :
DRA. GEORGINA GUERRERO AMBRIZ



MEXICO, D. F.

267807

1998.

**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.



D E D I C A T O R I A

A mi Madre, por su incondicional cariño y apoyo durante mi vida.

A mis hermanas, mis mejores amigas: Angelina y Margarita.

A mi hermano Enrique.

A mis sobrinos: Miguel Agustín.
René Maximiliano.
María Angelina.
Alejandro.
Luis Fernando
Fernando Enrique
Eric Abel
Joaquín de Jesús.

A mi abuelita y toda mi familia.

A la familia Esparza, (Chihuahua) por su Testimonio, amistad y por ocupar un lugar muy especial en mi vida.

A Dulce, por los gratos momentos compartidos.

A mis maestros.

I N D I C E

Introducción	1
Planteamiento	5
Justificación	5
Objetivos	5
Material y métodos	6
Resultados	7
Discusión	9
Conclusiones	11
Bibliografía	12

INTRODUCCION:

ANTECEDENTES HISTORICOS:

La primera autopsia de un cadáver humano, bien documentada, se efectuó en 1302 por Bartolomeo de Varignana, Profesor de Medicina, por orden de los tribunales de Bolonia, debido a la muerte del noble Azzolino. El extenso protocolo de autopsia concluye: "Nosotros nos hemos asegurado por nosotros mismos de la condición, por la evidencia de nuestros propios sentidos y por la anatomización de las partes". Desde 1391, Valladolid y Lérida tenían privilegio real para hacer autopsias en cadáveres humanos y en 1488 ese privilegio fue concedido a Zaragoza por Fernando el Católico. En 1410, el Papa Alejandro murió súbitamente y fue autopsiado por Pietro D'Argelata. En la Edad Media, el Papa Sixto IV (1471-1484) concedió a las universidades de Bolonia y Padua permiso para abrir cadáveres humanos, confirmado posteriormente por Clemente VII (1523-1534). En 1556 fue autopsiado San Ignacio de Loyola y se le encontraron cálculos renales, vesicales y biliares. Lo anterior muestra que a partir del siglo XV la autopsia fue aceptada totalmente por la Iglesia Católica. Con las disposiciones judaicas ocurrieron hechos semejantes, un pasaje del Talmud establece que la autopsia podría permitirse si con ella pudiera salvarse la vida a un acusado de homicidio, lo que se extendió para permitir que se utilizara la autopsia para salvar la vida de otro paciente inmediatamente a la mano y no para casos futuros con problemas. En el siglo XV, Antonio Benivieni, cirujano florentino, reunió numerosos casos clínicos, quince de los cuales contaban con autopsia y trató de determinar la localización de la enfermedad y la causa de muerte. En el siglo XVI Vesalio publicó los resultados de sus disecciones de cadáveres humanos en su obra: "*De humanis corporis fábrica*", así como de las autopsias que fueron recopiladas por Boneto. Durante los siglos XVI y XVII la práctica de la autopsia anatomopatológica llegó a ser frecuente. Teófilo Bonetus (1620-1689) recopiló más de 3000 autopsias, efectuadas por más de 450 estudiosos, entre los que sobresalen Bartholin, Falopio, Fernell, Malpighi, Paracelso, Paré y Vesalio. Las publicó en el libro denominado "*Sepulchretum*".

La medicina avanzó considerablemente durante el siglo XVIII, adquirió mayor refinamiento y la Anatomía Patológica progresó considerablemente gracias a que la autopsia seguía teniendo un gran papel. Hermann Boerhaave hizo una meticulosa descripción del procedimiento de la autopsia e inició un enfoque racionalista de la misma, mientras que Giovanni Batista Morgagni (1682-1772), estableció la correlación clínico-patológica, considerando las lesiones como causantes de los síntomas y los signos clínicos en su obra "*De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*" y que lo consagró como fundador de la Anatomía Patológica como ciencia.

El siglo XIX se caracterizó por el espectacular incremento en la cantidad y calidad de las autopsias, que pasó de las alteraciones orgánicas al descubrimiento de las lesiones tisulares y celulares gracias a la labor de tres hombres: Rokitansky, Bichat y Virchow. Carl Freiherr Von Rokitansky efectuó

30,000 autopsias, se le considera como el patólogo con más experiencia en Anatomía Patológica Macroscópica en toda la historia de la medicina; Francois Xavier Bichat destacó entre notables clínicos, en un año efectuó 600 autopsias, describió 22 tejidos diferentes y su obra "*Traité des membranes*" lo consagró como el fundador de la histología; Rudolf Virchow aplicó la teoría celular de Schwann a la Anatomía Patológica y en 1858 fundó la Patología Celular.

Durante el presente siglo ocurrieron dos hechos: en la primera mitad, la autopsia alcanzó su clímax numérico y se enriqueció con novedosos descubrimientos científicos: la microscopía electrónica de transmisión y de barrido, la inmunohistoquímica, la citogenética, y el cultivo de tejidos. A este auge contribuyeron las modificaciones legislativas favorecedoras de la autopsia, como la avanzada ley emitida por Alvaro Figueroa de Torres, Conde de Romanos y Primer Ministro, jefe de la corte española, que establece: "El cadáver de toda persona fallecida en una institución de gobierno pertenece al jefe de la clínica durante las primeras 24 horas después del fallecimiento". Así la comisión conjunta de acreditación de hospitales exigió un mínimo de 20% de autopsias para permitir el funcionamiento hospitalario en los Estados Unidos de América, considerando que la autopsia es norma de calidad: A mayor número de autopsias, mejor calidad asistencial, docente y de investigación de la institución. Pero en la segunda mitad del siglo, de manera paradójica, la autopsia ha disminuido dramáticamente por las mismas razones que causaron su espectacular auge: los avances tecnológicos y el elevado costo, por lo que la Comisión Conjunta suprimió la autopsia para el reconocimiento en 1971. Con ello el porcentaje de las mismas descendió en casi todas las instituciones de 70 a 2%.

ANTECEDENTES HISTORICOS EN AMERICA Y MEXICO:

En América la primera autopsia se efectuó el 18 de julio de 1533 en la Isla La Hispaniola (Santo Domingo), por el Cirujano Juan Camacho, en presencia de los médicos Sepúlveda y Navarro. La primera autopsia en el continente se efectuó a finales del mes de agosto de 1576, en el Hospital Real de los Naturales de la Ciudad de México, por Alonso López, por orden de Don Martín Enríques Virrey de la Nueva España, para investigar las causas de la epidemia de la peste. Entre las autopsias importantes efectuadas en América se debe citar la de Simón Bolívar, en 1830, en la que se encontró una lesión tuberculosa calcificada.

En 1901 fue constituido oficialmente el Instituto Patológico Nacional, bajo la dirección del Dr. Manuel Carmona y Valle, quien falleció en 1902; posteriormente fue designado director el Dr. Manuel Toussaint Vargas, quien fue el primer anatomopatólogo mexicano con plena formación moderna ya que efectuó sus estudios en Alemania. En 1937 llegó a México el maestro Isaac Costero Tudanca, a quien se debe el progreso de la Anatomía Patológica en general, de las autopsias en particular y de la formación de numerosos anatomopatólogos.

CONTRIBUCIONES DEL ESTUDIO DE AUTOPSIA.

La autopsia sigue siendo el procedimiento por el cual se puede saber la naturaleza exacta de la enfermedad. Por ejemplo: En 1967 Kawasaki describió 50 casos de una enfermedad poco común en niños y que se caracterizaba por fiebre prolongada, erupciones cutáneas y linfadenopatías. El síndrome llamado linfadenopatía mucocutánea alcanzó proporciones epidémicas en Japón con más de 15,000 casos en quince años. En 1974 esta enfermedad se describió en Korea y Hawaii; llegó a tener una mortalidad del 2%. La mayoría de las muertes fueron súbitas y las autopsias revelaron aneurismas y trombosis oclusivas de las arterias coronarias. En la actualidad la mortalidad por la enfermedad de Kawasaki ha disminuido hasta el 0.3%, debido a medidas diagnósticas y terapéuticas implementadas gracias al conocimiento de su anatomía patológica.

La autopsia realizada con la metodología actual ha permitido esclarecer mecanismos etiopatogénicos, por ejemplo: Con el microscopio electrónico de barrido, equipado con espectrometría de rayos X, con el aprovechamiento de las imágenes obtenidas con electrones retrodispersados; es posible ver las lesiones del *globus pallidus* y sustancia *nigra* presentes en el síndrome de Hallervorden Spatz, que han revelado picos prominentes de calcio y fósforo, y no de hierro como alguna vez se postuló.

La utilidad del material obtenido de la autopsia para investigación es innegable. Los estudios con microscopía electrónica de las placas seniles en cerebros de pacientes con enfermedad de Alzheimer familiar y en adultos con síndrome de Down, muestran material amiloide en el centro de las placas.

La autopsia ha sido y seguirá siendo fuente inagotable de nuevos conocimientos. El ejercicio de una buena medicina no puede soslayar este procedimiento, ya que a través del mismo de manera directa o indirecta se afinarán los diagnósticos y ésto redundará en beneficio del paciente. El objetivo inicial de la autopsia fue fundamentalmente entender y aprender anatomía, pero posteriormente y en forma paulatina ha sido clave para los estudios de investigación básica y clínica. Así se han enriquecido notablemente los conocimientos en fisiología, bioquímica, biología celular, fisiopatología y la correlación anatomoclínica. La evaluación de procedimientos terapéuticos, médicos, quirúrgicos y quimioterapéuticos, así como la aportación de datos estadísticos confiables de mortalidad que de otra forma no podrían ser obtenidos, son otras de las aportaciones de la autopsia. Cuando una autopsia se efectúa correctamente, se interpreta de manera adecuada y se presenta ante todo el personal médico que intervino en la vida del enfermo autopsiado, se está ejerciendo una de las funciones más importantes de su razón de ser: la educación. De lo anterior se desprende que la autopsia se convierte en el mejor control de calidad del ejercicio de la medicina.

Otras aportaciones de la autopsia han sido; la identificación de enfermedades congénitas, procesos

infecciosos, enfermedades metabólicas, acciones tóxicas y carcinogénicas de sustancias. Por estas razones la correlación clínico-patológica que se logra a través de este procedimiento continúa aportando información valiosa y ejercitando cotidianamente al clínico y al patólogo en la práctica diaria de la profesión (1).

Actualmente se cuenta con estudios que aportan elementos que sostienen a este procedimiento vigente y necesario. Con respecto a la discrepancia en las correlaciones clínico-patológicas hay gran variación en el porcentaje que va desde el 6% en la serie de Gruve (2), hasta el 40% de la serie de Stevanovic (3). Como causa de muerte, también existe variación en los estudios, ya que algunos presentan a las enfermedades pulmonares (3), otros a las cardiovasculares (4), neoplásicas (5), y otros más a las enfermedades infecciosas (6). En Estados Unidos ha descendido el número de autopsias de un 50 a un 20% en los últimos años (7). En otro estudio efectuado en la India se informa una disminución de 50% a 10%; (5). Por otra parte en nuestro país, en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán se estudió la concordancia diagnóstica clínico-patológica en 429 autopsias (1984-1988) (8); En el Centro Médico Nacional el Dr. Albores y colaboradores presentan los padecimientos principales y hallazgos en 1000 casos de autopsia consecutivas (9); En el Hospital General de México, el Dr. Albores Saavedra y el Dr. Manuel Altamirano (6), estudiaron 9,412 casos de autopsia realizadas en la Unidad de Patología en un periodo de 18 años (1953-1970) donde se efectúa el análisis de las principales enfermedades, el grupo de edad y sexo más afectado (las neoplasias malignas se presentaron con mayor frecuencia); Otro estudio fue el del Dr. Oscar Larraza y colaboradores donde se revisaron comparativamente las 1000 primeras autopsias efectuadas en la Unidad de Patología (1953-1956) y las 1000 autopsias comprendidas entre los años de 1982. El objetivo de este trabajo fue conocer los patrones de mortalidad en el Hospital General de México. Y se estableció una concordancia entre diagnósticos clínicos y anatómicos, del 30% en la primera serie y del 60% en la segunda. El análisis de las categorías y enfermedades por aparatos y sistemas mostró que no hubo cambios significativos en la mayoría de los padecimientos a pesar de los adelantos tecnológicos y científicos (10).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El grado de discrepancia entre los diagnósticos clínicos y anatomopatológicos es uno de los mejores controles para obtener la calidad de un hospital. En el Hospital General de México no hay un estudio al respecto.

JUSTIFICACION:

- 1.- Conocer el grado de discrepancia entre los diagnósticos clínicos y los anatomopatológicos en el material de autopsias de los archivos de la Unidad de Patología del Hospital General de México
- 2.- Conocer las enfermedades más frecuentes en el material de autopsias del Hospital General de México.
- 3.- Dar a conocer a la comunidad médica el valor de la autopsia como un método vigente.

OBJETIVOS:

- 1.- Conocer la frecuencia de discrepancia entre los diagnósticos anatomopatológicos y clínicos así como el grado de la misma en 1000 casos consecutivos de autopsia.
- 2.- Saber cuáles son las enfermedades más frecuentes entre los grupos de edad y sexo en la población del Hospital General de México en 1000 autopsias.

MATERIAL Y METODOS:

Se examinaron los protocolos de 1000 casos de autopsia consecutivos efectuados en la Unidad de Patología del Hospital General de México, en el período comprendido entre el 1º de enero de 1991 hasta el 27 de mayo de 1992. Se excluyeron los casos cuyos protocolos estuvieran incompletos. Los datos que se recabaron fueron: edad, sexo, servicio del que provenía, días de estancia hospitalaria, exámenes de laboratorio: biometría hemática, tiempos de coagulación, pruebas de funcionamiento hepático, enzimas séricas, electrolitos séricos, líquido cefalorraquídeo, química sanguínea, examen general de orina, cultivos de cualquier origen, citologías, biopsias, gasometrías arteriales, estudios de gabinete: radiografías, tomografía axial computada, resonancia magnética nuclear, ultrasonido y endoscopia.

Así mismo se recabó:

1).- Diagnósticos clínicos: son aquellos diagnósticos finales establecidos por el clínico como resultado de su atención hospitalaria hasta el momento del fallecimiento.

2).- Diagnósticos anatomo-patológicos: aquellos diagnósticos elaborados por el médico anatomopatólogo como producto de la integración del estudio y análisis de los datos aportados por la historia clínica y los exámenes macro y microscópicos. Los diagnósticos anatomopatológicos fueron divididos en: a) diagnóstico anatómico principal: designado así para la entidad primaria; b) diagnósticos anatomopatológicos secundarios: aquellas condiciones que antecedieron, diagnósticos relacionados y causas contribuyentes de la muerte.

Los diagnósticos clínicos fueron comparados con los anatomopatológicos. Dependiendo de la concordancia o discordancia entre ambos se clasificaron de la siguiente forma:

1)- Sin discrepancia: cuando no existió desacuerdo entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico;

2).- Discrepancia: donde se presentan dos grados:

a) importante: cuando el diagnóstico principal fue erróneo o adverso y con repercusión en la sobrevida del paciente;

b) leve: cuando los diagnósticos fueron erróneos pero no tuvieron relación directa con la causa de muerte.

Para la recopilación de la información se elaboraron hojas de vaciado de datos que fueron concentradas por el investigador, para ser analizadas en forma posterior por el equipo de trabajo. Se emplearon las siguientes pruebas estadísticas: medidas de tendencia central y de dispersión, T de Student no pareada y porcentajes.

RESULTADOS:

En el período comprendido entre el 1º de enero de 1990 al 31 de diciembre de 1990, hubo 1645 defunciones, de las cuales se efectuaron 781 autopsias (47.47%); en el año de 1991 hubo 1696 defunciones, de las cuales se efectuaron 673 autopsias (39.68%) (Tabla 1).

Se revisaron un total de 1000 protocolos de autopsia en forma consecutiva de los años ya mencionados. 499 casos fueron hombres y 488 mujeres, con un promedio de edad de 45 años (Gráfica 1).

Al comparar los diagnósticos clínicos y anatomopatológicos encontramos que: en 714 casos no existió discrepancia entre los diagnósticos y en 286 casos existió algún grado de discrepancia (29%) (Tabla 2).

Se encontró que en los casos concordantes el promedio de estancia hospitalaria fue de 12.8 días mientras que en los no concordantes fue de 10.5 días ($p < 0.05$). El resto de los datos fueron similares en ambos casos.

RESULTADOS EN LOS CASOS DISCREPANTES:

El promedio de edad fue de 46 años; promedio de días de estancia hospitalaria 10.5; contaron con 3 exámenes de laboratorio en promedio y los de gabinete no llegó a 1. En 38 casos (13.3%) no se efectuó ningún tipo de estudio. El estudio de laboratorio más frecuente fue la biometría hemática que se realizó en 218 casos, el examen general de orina en 162 y lípidos en 100 casos. Con respecto a los estudios de gabinete el estudio más efectuado fue la radiografía de tórax en 84 casos.

Los pabellones en donde se encontró el mayor número de casos con discrepancia fue: Medicina Interna 48 casos (16.8%), Urgencias 44 casos (15%), Pediatría 43 casos (15%) y Neumología 31 casos (11%) (Tabla 8 y 9). La distribución por sexo fue de 145 casos del sexo femenino (50.70%) y 141 casos del sexo masculino (49.30%) (Tabla 6A).

La distribución por grupos de edad con el mayor número de sujetos se encontró en la séptima década de la vida con 44 casos, en la primera década 41 casos y en la sexta década 39 casos (Gráfica 2).

En cuanto al grado de discrepancia resultó que: Discreparon en forma leve 111 casos (Tabla 3), de los cuales las enfermedades no diagnosticadas pero sin trascendencia para el desenlace final fueron: en 39 casos (13.6%) neoplasias malignas donde no se diagnosticó el sitio primario real, 29 casos (10%) no diagnosticados de alteraciones pulmonares; 11 casos (3.8%) de enfermedades gastrointestinales y 10 casos (3.5%) de enfermedades infecciosas (Tabla 7).

Se encontró una discrepancia grave en 175 casos, (61.2%) (Tabla 3), de los cuales las enfermedades no diagnosticadas con repercusión sobre la vida del paciente fueron: 33 casos (19.5%) del grupo de infecciones bacterianas, 30 casos (17%) del grupo de enfermedades

pulmonares y 25 casos dentro del grupo de las neoplasias en general (14.2%).

En los 286 casos que discreparon se encontraron como enfermedades secundarias las siguientes: 106 enfermedades gastrointestinales, 94 casos de enfermedades pulmonares y 47 casos de infecciones bacterianas.

RESULTADOS EN LOS CASOS NO DISCREPANTES.

El promedio de edad fue de 44 años (Gráfica 3); el promedio de estancia hospitalaria fue de 12.8 días; se les hizo un promedio 3 análisis de laboratorio y de gabinete no llegó a 1. En 72 casos (10%) no se les efectuó ningún tipo de estudio de laboratorio o gabinete. Los estudios de laboratorio más efectuados fueron: biometría hemática 556 casos, examen general de orina 412 casos, electrolitos séricos 279 casos; en el caso de los estudios de gabinete la radiografía fue la más frecuente con 225 casos.

Los pabellones en donde se encontró concordancia en los diagnósticos clínico y anatomopatológico fueron: Medicina Interna 91 casos (13%), Pediatría 91 casos (13%), Oncología 82 casos (11.7%) y Urgencia 64 casos (9%) (Tabla 8). La distribución por sexo fue: 340 casos del sexo femenino (48.60%) y 360 masculino (51.40%) (Tabla 9A). Los grupos de edad se encuentra el mayor número de casos en la sexta década (109 casos), en la cuarta (86 casos) y la primera (86 casos) (Gráfica 3). Las enfermedades primarias que se encontraron fueron: neoplasias en general 218 casos, enfermedades gastrointestinales 76 casos, infecciones bacterianas 75 casos, enfermedades cerebrovasculares 38 casos y enfermedades endocrinológicas 33 casos, las enfermedades secundarias más frecuentes fueron: enfermedades gastrointestinales 232 casos, enfermedades cardiovasculares 230 casos y enfermedades pulmonares 159 casos.

DISCUSION

En nuestro Hospital, a diferencia de lo que sucede en otros Hospitales de México, de los Estados Unidos y de Europa, el número total de autopsias se ha mantenido, tanto el número absoluto como proporcional al número total de defunciones. En los Estados Unidos, por ejemplo, se refiere que los porcentajes han descendido de 50 a 20% en los últimos 20 años (1,11).

En México, de acuerdo a Benítez (7), del total de defunciones de un grupo representativo de Hospitales, en 1969 se realizaba el 41% de las autopsias, en 1973 según Flores (13), el porcentaje era de 38% y en 1984, de acuerdo a lo publicado por Alonso (14), la cifra descendió a 26.1%. En Hospitales privados prácticamente no se efectúan autopsias, y en los hospitales institucionales de la provincia en el año de 1984 la cifra fue de apenas 13.5%.

Las razones de estas diferencias pueden ser las siguientes: en nuestro Hospital al contrario de lo que sucede en otras instituciones, el patólogo es el encargado de firmar los certificados de defunción y de solicitar las autopsias en los casos de su interés o en los que la causa de la muerte no es lo suficientemente clara como para llenar el certificado de defunción en base a lo emitido en el expediente clínico, esto elimina que el escaso interés de los clínicos por las autopsias influya en el decremento de éstas; además en nuestro Hospital al ingresar un paciente se firma la autorización de la autopsia en caso de defunción con lo que disminuye la dificultad para conseguir la aceptación de los familiares dado el estado de ánimo de los mismos por haber ocurrido el deceso del paciente. Aunado a esto, el nuestro sigue siendo un Hospital escuela y es bien conocido que la autopsia es un excelente material docente tanto de pre como de posgrado por lo que el interés de los patólogos en la realización de las autopsias no ha decaído como ha sucedido en otras instituciones en las que no hay suficiente estímulo y si muchos obstáculos para la realización de las mismas.

El que en esta Institución los patólogos son los encargados de seleccionar los casos a los que se les practicará estudio de postmortem explica el porqué en esta serie las enfermedades más frecuentes fueron las neoplásicas y no las infecciosas como era de esperarse desde el punto de vista epidemiológico.

En Estados Unidos y Europa, el porcentaje de concordancia diagnóstica clínico-patológica referido es muy variable, por ejemplo, la serie de Britton del Instituto Karolinska de Suecia (15) tuvo una concordancia del 57%, la de Goldman del Peter Bent Brigham Hospital de Boston (16) mostró un porcentaje de 89%, en la de Cameron de Edimburgo (17) la cifra descendió a 42%. En la serie de Rumnong del Instituto de Educación e Investigación Médica de la India (18) tuvieron un porcentaje del 68%. En México la única serie conocida es la del Dr. Angeles del Instituto Nacional de Nutrición (8), quien obtuvo una concordancia del 46%. De manera que el porcentaje de 71% obtenido en este estudio cae dentro del rango observado en otras instituciones.

El hecho de que en el 29% de las autopsias se detecten discrepancias diagnósticas no significa que en la institución 3 de cada 10 diagnósticos sean erróneos. Debe considerarse que en la mayoría de

los casos los diagnósticos son correctos y los tratamientos adecuados, curan las enfermedades y los pacientes egresan sanos o controlados. Los pacientes que fallecen habitualmente son los más difíciles, tanto por la complejidad de sus enfermedades como por lo avanzado de las mismas y, en una buena parte de los que se hace la autopsia son los más complicados, en los que las dudas que persistieron hasta el final fueron las que motivaron la realización de la autopsia. Estos hechos explican también el que la mayor parte de las discrepancias fueran importantes.

Varios investigadores han examinado la relación entre la duración de la hospitalización y la exactitud de los diagnósticos premortem. (15,11,19,20). Las personas cuya hospitalización fue corta pudieron haber muerto sin que hubiera habido suficiente tiempo para establecer diagnósticos. En los servicios de Urgencias y TMI que incluso tuvieron menos días de hospitalización del promedio, se explica la alta frecuencia en la discrepancia por la poca duración de la hospitalización ya que atienden a los pacientes más graves y durante la estancia de los mismos el tratamiento está encaminado más a estabilizar sus condiciones generales y no a diagnosticar las enfermedades de base, por lo que probablemente el tipo y la gravedad de los padecimientos observados en estos servicios junto con la poca duración de la estancia hospitalaria sean los principales factores que influyen en la discrepancia. Esto no sucede así en servicios de Cirugía General y Medicina Interna cuya larga hospitalización rebasó tanto como a los casos discrepantes, como a los no discrepantes; una posible explicación es que generalmente las hospitalizaciones prolongadas suceden en casos en los que existen dilemas en el diagnóstico, o son los casos en que surgen complicaciones intrahospitalarias que generalmente son más graves que el padecimiento de base, aunque también es bien conocida la tendencia de los clínicos a apegarse a los diagnósticos del ingreso y que muchas veces pasan por alto la aparición de nuevos signos y síntomas (15,2). Estos hallazgos permiten concluir que el tiempo de hospitalización no es un parámetro absoluto que influya en la concordancia diagnóstica.

Nuestros resultados sugieren que la tendencia actual de muchos hospitales a tener un bajo número de autopsias es inadecuada ya que los estudios de postmortem siguen descubriendo muchas fallas en los diagnósticos clínicos a pesar del moderno equipo con el que se cuenta, siguen existiendo casos en que sólo la autopsia permite establecer el diagnóstico, por lo que es vital para asegurar la calidad de la atención de una institución médica tener un porcentaje de estudios postmortem adecuado.

CONCLUSIONES:

- 1.- La discrepancia entre los diagnósticos anatomopatológicos y clínicos fue del 29.7%.
- 2.- Las enfermedades más frecuentes fueron neoplasias, infecciones, enfermedades gastrointestinales cardiovasculares y pulmonares.
- 3.- Los diagnósticos anatómicos en los casos discrepantes fueron enfermedades: gastrointestinales, infecciosas, pulmonares y neoplasias malignas.
- 4.- El tiempo de estancia hospitalaria fue de 12 días para los no discrepantes y 10 para los discrepantes. ($p < 0.05$).
- 5.- En ambos grupos se efectuaron un promedio de 3 exámenes de laboratorio y 1 de gabinete.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Aguirre García J. Simposio. La Autopsia ¿Un procedimiento que ha pasado de moda? *Gac Med Mex* 1988; 124:339-57.
- 2.- Gruver RH, Freis ED. A Study of diagnostic errors. *Ann Intern Med* 1957; 47:108-120
- 3.- Stevanovic G, Gordana T, Rajko D, Kanjuh V: Correlation of clinical diagnoses with autopsy findings: A retrospective study of 2,145 consecutive autopsies. *Hum Pathol* 1986;17(129):1225-1230.
- 4.- Frederick W; Baver, Stanley L, Robbins: An autopsy study of cancer patient. *JAMA* 1972; 221(1):1471-1474.
- 5.- Venetia RS: Autopsy findings and clinical diagnoses: A review of 1000 cases. *Hum Pathol* 1993;24(2):194-198.
- 6.- Albores SJ, Altamirano D: Algunas consideraciones sobre 9,412 autopsias realizadas en el Hospital General de México. *Rev Invest Sal Púb* 1970;30(1):201-209.
- 7.- Benítez Bribiesca: Los departamentos de patología en México. Estudio estadístico. *Bol Asoc Med Patol* 1969;7:61-72.
- 8.- Angeles A, Quintanilla L, Muñoz L, et al: Concordancia diagnóstica clinico-patológica en 429 autopsias del Instituto de la Nutrición Salvador Zubirán. *Rev Inv Clin* 1992;44:13-20.
- 9.- Márquez: Hallazgos en el Hospital General, Centro Médico Nacional. *Rev Invest Sal Púb* 1970;31:208-215.
- 10.- Larraza HO: *Ciencia* 1983;248:110-21.
- 11.- Geller SA: Autopsy. *Scient AM* 1983;110-21.
- 12.- Boers M: The propects of autopsy: mortui vivos docuerunt? (Have the olead taunt the living?). *Am J Med* 1989; 86:322-4.
- 13.- Flores Barroeta F, Aguirre García J, Fernández J: La utilidad de los estudios post-mortem. *Patología (Méx)* 1975;13:17-35.
- 14.- Alonso P: Autopsias en los hospitales de enseñanza en México. *Gac Med Mex*, 1988;124:349-52.
- 15.- Briton M: Diagnostic errors discovered at autopsy. *Acta Med Scan* 1974;196:203-10.
- 16.- Goldman L, Sayson R, Robbins S, et al: The value of the autopsy in three medical areas. *New Eng J Med* 1983; 308:1000-4.
- 17.- Cameron HM, Mc Googan E: A prospective study of 11532 hospital autopsies. I. Innacuracies in death certification. *J Pathol* 1981;133:272-83.
- 18.- Rummong V, Datta B, Banerjee Ak, et al: Autopsy findings and clinical diagnoses: A review of 1000 cases *Hum Pathol* 1993;24:194-8.

19.- Cameron HM, Mc Googan E, Watson H: Necropsy: A yardstick for clinical diagnoses. *Br Med J* 1980;281:985-8.

20.- Scottolini AG, Weinstein SR: The autopsy in clinical quality control. *JAMA* 1983;1192-1194

TABLA 1. NUMERO DE DEFUNCIONES Y AUTOPSIAS

AÑO	Nº DE DEFUNCIONES	Nº DE AUTOPSIAS	%
1990	1645	781	47.47%
1991	1696	673	39.68%
TOTAL	3341	1454	43%

**TABLA 2. CASOS DISCREPANTES Y NO DISCREPANTES
EN 1000 AUTOPSIAS**

	Nº DE CASOS	%
DISCREPANTES	286	29
NO DISCREPANTES	714	71
TOTAL	1000	100

TABLA 3. 286 CASOS DISCREPANTES

GRADO	Nº DE CASOS	%
LEVE	111	38.8%
IMPORTANTE	175	61.2%
TOTAL	286	100

**TABLA 4 DIAGNOSTICOS EN 1000 CASOS
DE AUTOPSIA**

DIAGNOSTICO	TOTAL	PORCENTAJE
NEOPLASIAS	308	30.8
INFECCIONES	169	16.9
ENF. GASTROINTESTINALES	122	12.2
ENF. CARDIOVASCULARES	100	10
ENF. PULMONARES	84	8.4
ENF. CEREBROVASCULARES	58	5.8
ENF. PEDIATRICAS	41	4.1
ENF. ENDOCRINOLOGICAS	34	3.4
ENF. RENALES	29	2.9
ENF. REUMATOLOGICAS	19	1.9
ENF. HEMATOPOYETICAS	12	1.2
OTROS	25	2.5
TOTAL	1000	

**TÁBLA 5. DIAGNOSTICOS EN 1000 CASOS
DE AUTOPSIA**

DIAGNOSTICO	DISCREPANTES	NO DISCREPANTES	TOTAL
NEOPLASIAS	65	243	309
INFECCIONES	55	114	169
ENF. GASTROINTESTINALES	47	75	122
ENF. CARDIOVASCULARES	20	80	100
ENF. PULMONARES	60	24	84
ENF. CEREBROVASCULARES	13	45	58
ENF. PEDIATRICAS	6	35	41
ENF. ENDOCRINOLOGICAS	1	33	34
ENF. RENALES	13	15	28
ENF. REUMATOLOGICAS	1	18	19
ENF. HEMATOPOYETICAS	1	11	12
OTROS	3	22	25
TOTAL	286	714	1000

**TABLA 6. DIAGNOSTICOS EN CASOS CON
DISCREPANCIA IMPORTANTE**

DIAGNOSTICO ANATOMICO	DIAGNOSTICO CLINICO	FRECUENCIA
ENF. GASTROINTESTINALES		
36 CASOS		
	NEOPLASIAS MALIGNAS	11
	INFECCIONES	6
	OTRAS ENF. GASTROINTESTINALES	6
	OTROS	12
ENF. INFECCIOSAS		
33 CASOS		
	NEOPLASIAS MALIGNAS	9
	ENF. CEREBROVASCULARES	6
	ENF. PULMONARES	6
	OTROS	12
ENF. PULMONARES		
30 CASOS		
	INFECCIONES BACTERIANAS	8
	OTRAS ENF. PULMONARES	6
	ENF. CARDIOVASCULARES	5
	OTROS	11
NEOPLASIAS MALIGNAS		
26 CASOS		
	INFECCIONES	9
	NEOPLASIAS BENIGNAS	6
	ENF. GASTROINTESTINALES	4
	OTROS	12

**TABLA 6A. DISTRIBUCION POR SEXO
EN LOS 286 CASOS DISCREPANTES**

SEXO	Nº DE CASOS	%
FEMENINO	145	50.7%
MASCULINO	141	49.3%
TOTAL	286	100

**TABLA 7. DIAGNOSTICOS EN CASOS
CON DISCREPANCIA LEVE**

DIAGNOSTICO ANATOMICO	DIAGNOSTICO CLINICO	FRECUENCIA
NEOPLASIAS MALIGNAS 39 CASOS	NEOPLASIAS MALIGNAS DE DIFERENTE LOCALIZACION	38
ENF. PULMONARES 30 CASOS	INFECCIONES OTRAS ENF. PULMONARES	17 7
ENF. GASTROINTESTINALES 11 CASOS	OTRAS ENF. GASTROINTESTINALES	5
ENF. INFECCIOSAS 10 CASOS	ENF. PULMONARES OTRAS INFECCIONES	4 3

**ESTA TERCERA DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

TABLA 8. DISTRIBUICION POR SERVICIOS

PABELLON	NO DISCREPANTES	DISCREPANTES	TOTAL
MEDICINA INTERNA	91	48	139
PEDIATRIA	91	43	134
URGENCIAS	64	44	108
ONCOLOGIA	82	14	96
NEUMOLOGIA	53	31	84
NEUROLOGIA Y NEUROCIROLOGIA	61	12	73
CARDIOLOGIA	49	16	65
HEMATOLOGIA	43	10	53
INFECTOLOGIA	38	10	48
CIRUGIA GENERAL	27	18	45
TERAPIA INTERNA	22	17	39
UROLOGIA Y NEFROLOGIA	33	4	37
GASTROENTEROLOGIA	20	8	28
GINECOOBSTETRICA	7	3	10

TABLA 9. SERVICIO Y GRADO DE DISCREPANCIA

SERVICIO	LEVE	IMPORTANTE	TOTAL
MEDICINA INTERNA	20	28	48
URGENCIAS	14	30	44
PEDIATRIA	15	28	43
NEUMOLOGIA	13	18	31
CIRUGIA GENERAL	10	8	18
TERAPIA INTENSIVA	6	11	17
CARDIOLOGIA	6	10	16
ONCOLOGIA	8	6	14
NEUROLOGIA Y NEUROCIROGIA	3	9	12
INFECTOLOGIA	0	10	10
HEMATOLOGIA	6	4	10
GASTROENTEROLOGIA	6	2	8
UROLOGIA Y NEFROLOGIA	0	4	4
GINECOOBSTETRICIA	1	2	3

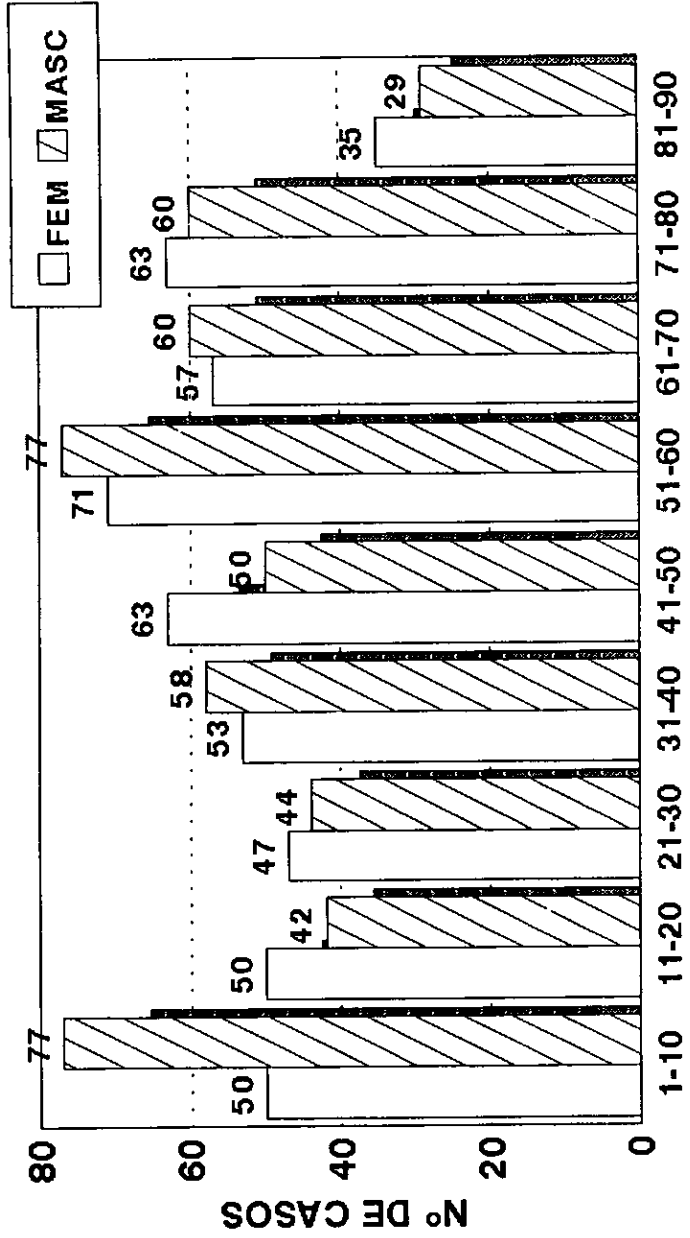
**TABLA 9A. DISTRIBUCION POR SEXO
CASOS NO DISCREPANTES**

SEXO	Nº DE CASOS	%
FEMENINO	340	48.6%
MASCULINO	360	51.4%
TOTAL	700	100

**TABLA 10. DIAS PROMEDIO DE ESTANCIA
EN CASOS CON DISCREPANCIA IMPORTANTE**

SERVICIO	DIAS PROMEDIO
MEDICINA INTERNA	14
CIRUGIA GENERAL	14
PEDIATRIA	11
NEUMOLOGIA	8
TERAPIA INTENSIVA	6
URGENCIAS	5

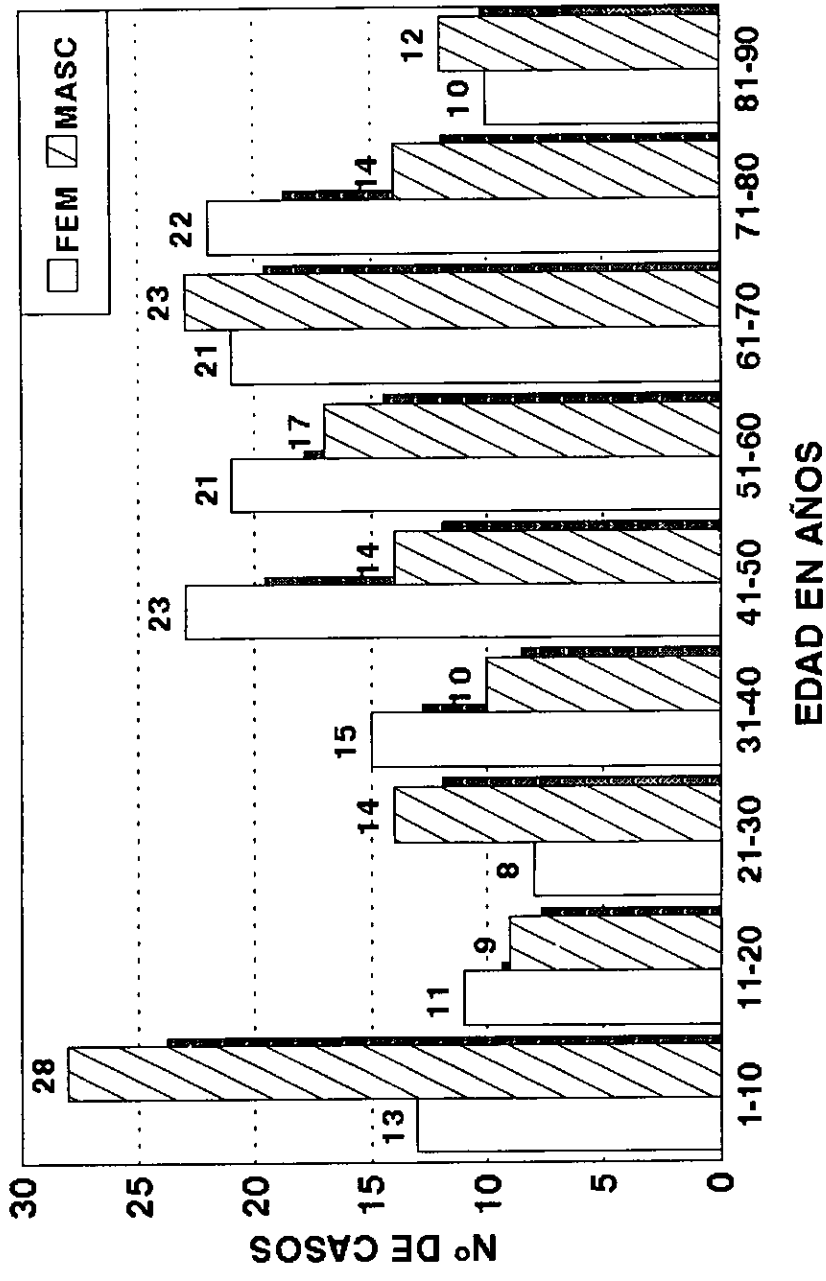
DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN 1000 AUTOPSIAS



EDAD EN AÑOS

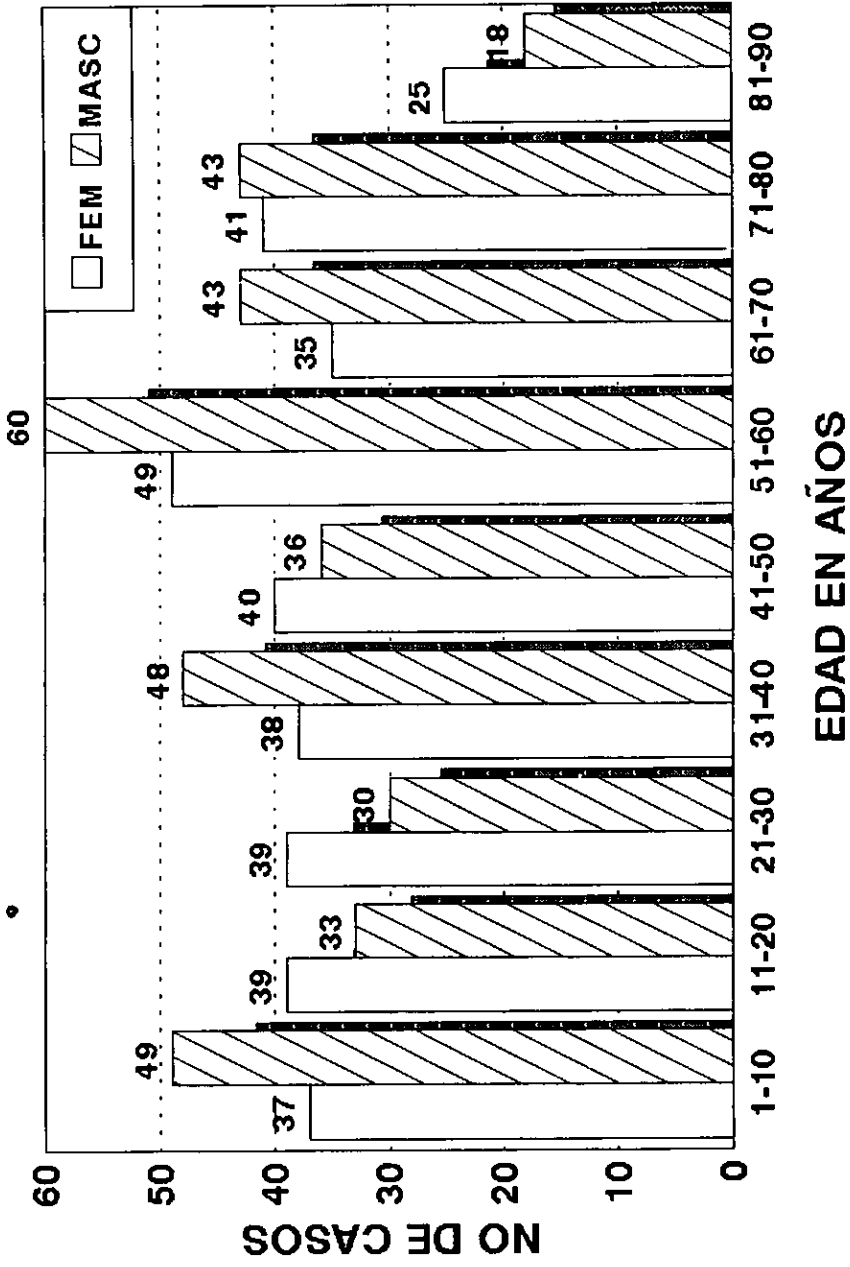
GRAFICA 1
PROMEDIO DE EDAD 45 AÑOS ± 20

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN 286 AUTOPSIAS DISCREPANTES



GRAFICA 2
PROMEDIO DE EDAD 46 AÑOS ± 20

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN 714 AUTOPSIAS NO DISCREPANTES



GRAFICA 3
PROMEDIO DE EDAD 44 AÑOS ± 20