

11224

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.
TERAPIA MEDICA INTENSIVA U. 202

COMPARACION DE LOS DIAGNOSTICOS CLINICOS PRE MORTEM EN PACIENTES CRITICAMENTE ENFERMOS Y LOS ENCONTRADOS EN AUTOPSIAS SUBSECUENTES.

EN LA TERAPIA MEDICA INTENSIVA UNIDAD 202 DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DESCENTRALIZADO



TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA DEL ENFERMO EN ESTADO CRITICO

P R E S E N T A :

DR. JUAN CARLOS MENDIETA TAPIA

ASESOR: DR. GUILLERMO FRANCO GUEVARA SANTILLAN
JEFE DE SERVICIO DE TERAPIA MEDICA INTENSIVA U. 202
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.



MEXICO, D.F.

286190

NOVIEMBRE 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO.

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.
TERAPIA MEDICA INTENSIVA U. 202

*Comparación de los diagnósticos
clínicos pre mortem en pacientes
críticamente enfermos y los
encontrados en autopsias
subsecuentes.*

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE:
Medicina del Enfermo en Estado Crítico

PRESENTA:

DR. JUAN CARLOS MENDIETA TAPIA.

ASESOR: Dr. Guillermo Franco Guevara Santillan
Jefe de Servicio de Terapia Médica Intensiva U. 202
Hospital General de México O.D

México, D.F Noviembre 2000

AUTOR



Dr. Juan Carlos Mendieta Tapia

FECHA DE ENTREGA

21 DE NOVIEMBRE DEL 2000

TUTOR DE TESIS



Dr. Guillermo Franco Guevara Santillan
Jefe de Servicio de Terapia Medica Intensiva y
Profesor Titular del Curso Universitario de
Medicina del Enfermo en Estado Crítico.

UNAM

SELLOS

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES: Que con el amor y apoyo que me brindaron lograron que culminara una de mis más grandes metas.

A MI ESPOSA E HIJOS: Ha quienes espero retribuirles con creces el tiempo que egoístamente he dedicado a la especialidad.

A MIS PROFESORES: Con eterno agradecimiento por su desinteresada colaboración en la realización de este trabajo.

INDICE

	PAGINA
TITULO.....	4
INTRODUCCION	6
MATERIAL Y METODOS	8
RESULTADOS	10
DISCUSION	13
GRAFICAS Y TABLAS	17
BIBLIOGRAFIA	26

**“COMPARACION DE LOS DIAGNOSTICOS
CLINICOS PRE MORTEM EN PACIENTES
CRITICAMENTE ENFERMOS Y LOS
ENCONTRADOS EN AUTOPSIA
SUBSECUENTE”**

**EN LA TERAPIA MEDICA INTENSIVA UNIDAD 202 DEL
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.**

INTRODUCCION

Diagnóstico. Derivado del verbo griego que significa "conocer mediante" Con este término se entiende en medicina el descubrimiento o reconocimiento de la enfermedad en la cabecera del enfermo mediante los síntomas de índole diversa con los que aquélla se manifiesta ³⁶

Diagnóstico clínico: Es el proceso científico del que disponen los médicos utilizando la técnica semiológica para llegar a un diagnóstico (inspección, palpación, percusión, auscultación, anamnesis previa) estudios de laboratorio y estudios de gabinete. ³⁶

Diagnóstico anatómico: Se deriva del estudio de tejidos obtenidos por autopsia. ³⁶

Autopsia o necropsia: también llamado estudio post mortem; es la abertura del cadáver que puede practicarse con 2 finalidades fundamentales. medico legal, al objeto de descubrir la verdadera causa de defunción en los casos de muerte sospechosa y siempre bajo el imperativo de la autoridad Judicial; por estudio, al objeto de comprobar la exactitud de un diagnóstico clínico que resultado difícil u oscuro en vida, o de practicar ciertas técnicas quirúrgicas en el cadáver para adquirir destreza y poder practicarlas después en el vivo. Para la ejecución de la autopsia es necesario el consentimiento de los parientes más cercanos del difunto, pero éstos no pueden negarse a que se ejecute la necropsia requerida por la autoridad judicial ³⁶

El proceso diagnóstico es una compleja interacción de habilidad y procedimientos técnicos en condiciones de incertidumbre. ³⁶ Estos procedimientos diagnósticos han mejorado en los últimos 30 años. Sin embargo no hay datos que demuestren la disminución de los errores.

El examen post mortem llamado autopsia o necropsia es la vía para valorar totalmente el diagnóstico clínico. Desde entonces los médicos clínicos pueden diagnosticar las enfermedades que han visto en conjunto con el patólogo. ³⁷ Dos estudios que comparan los diagnósticos clínicos con los estudios de necropsia en diferentes eras médicas no han demostrado mejoría en la exactitud diagnóstica. ³⁸ Además los estudios de autopsia han demostrado consistentemente que existen discrepancias entre el diagnóstico pre mortem y post mortem en un índice de variación desde el 6% al 40%, y varias enfermedades continúan escapándose de la detección pre mortem. ³

Cuando los pacientes fallecen y existen dudas, la autopsia es considerada por ser uno de los parámetros estándar y óptimos para confirmar los diagnósticos clínicos; por lo que la necropsia es la prueba de oro para el diagnóstico definitivo ^{1,4,37} La autopsia no solo permite al clínico verificar la exactitud del diagnóstico inicial, sino que las características patológicas post mortem también son relevantes para la educación médica, la calidad del cuidado de los pacientes, el diagnóstico y las estrategias terapéuticas. ^{4,8,17} A pesar del valor establecido y la evidencia científica en favor de la autopsia, la frecuencia de autopsias en general y en hospitales universitarios en particular parecen ir declinando desde niveles del 50% en 1940, hasta 22-35% en 1970 y al 10-25% en 1980. ^{1,11,17,23} Menos de la mitad de los programas de medicina interna revisan la acreditación en los Estados Unidos en realizar al menos el 15% de las muertes en un servicio médico ¹² Varias razones se han propuesto para explicar esta tendencia: costos, confianza en nuevas técnicas diagnósticas, renuencia de la familia para permitir realizar la autopsia, y duda en torno al valor del procedimiento. ^{4,9,13,14} En nuestro hospital la Dra. Lazos en 1997 publicó un estudio en donde reporta una discrepancia importante en 61.2% de los casos estudiados, y que los servicios en donde hubo mayor proporción de casos discrepantes fueron Terapia Médica Intensiva con 17 (44%) de los 39 casos autopsiados, seguidos por el servicio de urgencias en donde discreparon 44 (41%) de los 108 casos autopsiados.³⁴

En la Terapia Intensiva el paciente está expuesto a un amplio espectro de procedimientos invasivos, aparatos médicos, expuesto a desarrollar infecciones nosocomiales por bacterias, virus y hongos. ¹⁷ Subsecuentemente el diagnóstico final y la causa de muerte pueden diferir considerablemente del estado inicial de la enfermedad a su ingreso en la terapia intensiva ¹⁷

En este estudio nosotros investigamos si en la práctica continua en la terapia intensiva cual es el porcentaje de discrepancia entre los diagnósticos clínicos premortem y los diagnósticos subsecuentes por autopsia, y saber si el estudio tiene realmente relevancia en la terapia intensiva. Así como comparar nuestros resultados con los presentados en estudios previos.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó en la Terapia Medica Intensiva Unidad 202 del Hospital General de México O D

Fueron analizados retrospectivamente los expedientes de los pacientes que ingresaron desde el 1 de Marzo de 1999, hasta el 31 de Mayo del 2000.,

El criterio de inclusión fue seleccionando a aquellos que ingresaron y fallecieron en la terapia intensiva, que se les haya realizado estudio de autopsia.

El criterio de exclusión fue que no se haya realizado estudio de autopsia.

De los casos seleccionados se obtuvieron los siguientes datos. numero de autopsia, edad, sexo, Sistema de Calificación de la Severidad de la Enfermedad (APACHE II), días de estancia en la terapia intensiva, estudios de laboratorio y gabinete realizados, diagnósticos clínicos pre mortem, y de los protocolos de autopsia se obtuvieron los diagnósticos anatómicos o post mortem. Adicionalmente se buscaron datos de predisposición a Inmunosupresión y servicio de procedencia Considerando criterio para Inmunosupresión si a su ingreso a terapia intensiva se encontraba con uno o más de los siguientes datos: 1) Ingesta crónica de corticoesteroides durante más de 6 meses previos; 2) Si hubo tratamiento de quimioterapia en los 6 meses previos; 3) Ingesta de ciclosporina oral, metotrexate, o azatioprina.

Se compararon los diagnósticos clínicos con los diagnósticos anatómicos, y se valoró si existió discrepancia leve, grave, o coinciden.

Se consideró discrepancia leve cuando las diferencias resultadas de la comparación no repercutieron en la evolución del paciente.

Se consideró discrepancia grave cuando las diferencias resultadas de la comparación si tuvieron repercusión, y de haberse conocido los diagnósticos anatómicos pre mortem hubieran ameritado tratamiento específico y teóricamente se cambiaría favorablemente la evolución clínica.

Si en un paciente se encontraron más de un diagnóstico discrepante en el examen post mortem solamente el error más significativo fue tomado en cuenta.

Si lo encontrado en la autopsia fue una infección involucrando a varias clases de patógenos, y solamente una clase fue diagnosticada y tratada pre mortem, fue clasificada como discrepancia

Si lo encontrado en la autopsia al compararlo con los diagnósticos pre mortem no hubo diferencias se consideró sin discrepancia o coincidente

La selección de los pacientes para examen post mortem estuvo a cargo de un patólogo ajeno al estudio 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 basándose en lo emitido en el expediente clínico.

Cada expediente fue revisado y estudiado en 2 ocasiones, por un residente de terapia médica intensiva, y un médico intensivista certificado adscrito a terapia intensiva

Los datos fueron anotados en plantillas de vaciado hechas específicamente para este estudio. Posteriormente se analizaron en una computadora COMPAQ presario 5303, y se utilizó un programa de estadística SPSS V. 8.0 utilizando chi cuadrada para comparar frecuencias, la t student para variables cuantitativas, porcentajes, medidas de tendencia central, y de dispersión. Fue considerado un valor de $p < 0.05$ estadísticamente significativo.

RESULTADOS.

Se revisaron 186 expedientes de los cuales 35 (19%), cumplieron con los criterios de inclusión, de estos 24 (69%) fueron del sexo femenino, y 11 (31%) fueron del sexo masculino (gráfica 1). Así mismo 22 (63%) fueron casos médicos, y de éstos 9 (26%) se consideraron inmunosuprimidos, la procedencia de los casos estudiados fueron 12 de algún pabellón del hospital, 14 fueron del servicio de urgencias, 7 de recuperación post quirúrgica, y 2 de la terapia intensiva ginecológica. La edad en promedio fue de 47 años, con un rango de 18-90 años (Gráfica 2). La media en la puntuación de APACHE II fue de 23.7, y rango de 17-35 (Gráfica 3). El promedio de estancia en la Terapia Médica Intensiva fue de 4.7 días, con rango de 1-14 días. El 88.5%, así como todos los casos clasificados como discrepancia GRAVE fallecieron en la primera semana después de su ingreso a terapia intensiva, y el 17 % falleció en las primeras 24 horas (Gráfica 4 y 5).

La tabla 1 demuestra los diagnósticos clínicos premortem que fueron confirmados por estudio de autopsia, se observa que de 35 diagnósticos clínicos sólo 6 (17%) con $p=0.391$, coincidieron con el estudio post mortem, así mismo las enfermedades más frecuentemente diagnosticadas clínicamente son gastrointestinales 7 (21%) de estas la hemorragia de aparato digestivo alto y postoperados constituyen la mayoría, seguidas de las enfermedades pulmonares 4 (12%) la mayoría de ellas fueron neumonías de focos múltiples o hemorragias pulmonares masivas, las renales (10%) en su mayoría constituidas por insuficiencia renal crónica y nefropatía por actividad de lupus eritematoso sistémico, de las enfermedades cardiovasculares (9.5%) la insuficiencia cardiaca congestiva fue la más frecuente.

De los diagnósticos donde existió discrepancia en total fueron 29, clasificándose como discrepancia GRAVE a 10 (34%) $p=0.002$, y 19 como discrepancia LEVE (65%) $p=0.038$. En la tabla 2 se muestra la distribución de las discrepancias de acuerdo a tipos de enfermedad.

En las enfermedades gastrointestinales fue donde hubo mayor discrepancia tanto leve (5 casos) 2 Necrosis Isquémica hepática masivas de etiología no determinada, 1 Hemangioma hepático, 1 Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de vesícula biliar con metástasis en ganglios periaorticos, 1 úlceras pépticas pérforadas en la segunda porción del duodeno; así como 4 casos con discrepancia grave: 1 hematoma retroperitoneal reciente extenso de 1000 ml, 1 perforación de colon transverso, 1 peritonitis generalizada fibrinopurulenta; 1 perforación prepilórica penetrada a páncreas.

Las enfermedades cardiovasculares: 1 Endocarditis trombótica no infecciosa con pericarditis adhesiva fue discrepancia grave; 2 aterosclerosis coronaria, aortica y de válvula mitral con discrepancia leve

Las enfermedades renales abscesos perirrenales múltiples bilaterales como discrepancia grave, 2 glomeruloesclerosis difusa con discrepancia leve

De las enfermedades pulmonares en este rubro cabe señalar que la hemorragia pulmonar difusa estuvo en 1 paciente como discrepancia grave, y 2 casos de neumonía de focos múltiples con discrepancia leve

De las enfermedades endocrinas llama la atención que el diagnóstico post mortem más frecuente fue el bocio coloide nodular con discrepancia leve.

De las enfermedades cerebrovasculares se encontró discrepancia leve en 3 casos; 2 de ellos relacionados con hemorragia SNC, 1 con encefalopatía hipóxica

De las enfermedades reumatológicas/inmunológicas solo se detectó 1 discrepancia grave por lupus eritematoso sistémico, y 1 con discrepancia leve Sx anticuerpos antifosfolípidos + vasculitis leucocitoclastica por complejos inmunes.

Las enfermedades neoplásicas se encontró 1 caso en la clasificación de discrepancia leve por confundir un cáncer de vesícula con metástasis renales con un cáncer renal

Las enfermedades hematopoyéticas se comenta en el estudio post mortem como anemia aplásica sin embargo la paciente se encontraba en el nadir de la quimioterapia por presentar leucemia aguda mieloblástica M-6.

De las enfermedades gineco-obstétricas hubo una discrepancia grave debido a que se detectó en el estudio de autopsia sangrado intrauterino cuantificado en 1000 ml, no detectado ocasionando estado de choque por hipovolemia.

En cuanto a las enfermedades infecciosas se encontró 1 discrepancia grave debido a que el diagnóstico clínico fue de choque cardiogénico y encefalopatía metabólica, sin embargo en el estudio de autopsia se reporta como tuberculosis pulmonar, miliar y retroperitoneal con diseminación a trompa uterina izquierda, endometrio, hígado, bazo y riñones

De los pacientes con inmunocompromiso se encontraron 2 relacionados con discrepancia grave en sus diagnósticos, 5 con discrepancia leve, y otros 2 con diagnósticos que coinciden. La prueba de Chi cuadrada no reportó diferencias significativas por una $p = 2.03$.

La variable de días de estancia si influyó en la presencia de discrepancia grave debido a que 9 (de 10 pacientes en este rubro) murieron en los primeros 7 días después de su ingreso a terapia intensiva. $P = 0.028$.

DISCUSION

A pesar de que el número de autopsias ha disminuido considerablemente en la mayor parte del mundo, como menciona Welsh y Kleiner ^{4,6} el estudio post mortem es considerada la herramienta útil para mantener la calidad de atención, y la educación medica. Muchos estudios mencionan el valor que tiene en la práctica continua y sobre todo en los pacientes de la terapia intensiva ^{3,8,9,11,15,17}. En nuestro hospital como menciona la Dra. Lazos ³⁴ al contrario de otras instituciones, el patólogo es el que decide en realizar o no el estudio de autopsia, además se tiene la autorización por escrito desde el ingreso, así como por tratarse de un hospital escuela, en este trabajo la muestra obtenida de Terapia Intensiva fue de n=39.

Durante el periodo de estudio ocurrieron 186 defunciones, de estas al 19% se les realizó necropsia, por lo que estamos dentro del rango que se ha reportado en otros lugares, ^{1, 11, 17, 23}, sin embargo a diferencia de lo publicado por la Dra. Lazos donde menciona particularmente de Terapia Intensiva, que hubo discrepancia en el 44% de los casos; así como el 56% donde si existió concordancia de diagnósticos clínicos con las autopsias. ³⁴ En nuestro trabajo encontramos que el 83% de los diagnósticos fueron discrepantes; el 29% con discrepancia GRAVE, y 54% con discrepancia LEVE, así como un 17% de los diagnósticos fueron concordantes, el grupo de enfermedades gastrointestinales, seguidas de las cardiovasculares, renales, pulmonares y cerebrovasculares que fueron de los diagnósticos más frecuentes tanto por clínica como por autopsia, a diferencia de lo referido por Roosen; el cual en su grupo de estudio los diagnósticos no sospechados más frecuentes fueron las enfermedades infecciosas por hongo, tamponade cardiaco, infarto del miocardio, y la hemorragia retroperitoneal ²⁸ o lo encontrado por otros autores entre 1970 a 1990, fue la embolia pulmonar, el infarto agudo del miocardio, e infecciones bacterianas ^{3,7,9,18,21}

En estudios que incluyeron solamente pacientes en terapia intensiva, el diagnóstico no sospechado más frecuente fue la infección seguidos del infarto del miocardio y embolia pulmonar

^{15, 17, 19} Las razones de estas diferencias con nuestro estudio es que en los protocolos de autopsia revisados no se realizó una búsqueda intencionada para procesos infecciosos específicos, nuestra estadística mostró mayor incidencia de discrepancia en las enfermedades gastrointestinales y lo que posiblemente influye es que el 37% de la muestra obtenida fueron pacientes post quirúrgicos, por lo que una carga importante en la emisión de los diagnósticos se basa en los hallazgos durante la cirugía, ocasionando el error en cascada.

Se ha demostrado que el ecocardiograma es una herramienta esencial para establecer un diagnóstico adecuado e implementar la conducta terapéutica apropiada, obteniendo los datos rápidamente, ²⁸ en nuestro trabajo se encontraron 3 casos de enfermedad cardiovascular en donde el estudio antes comentado nos puede auxiliar en la intervención al tratamiento oportuno, sin embargo en nuestro hospital que tiene como característica la de una distribución longitudinal, así como las carencias económicas propias y de familiares de pacientes, nos limita el servicio de Ecocardiografía y específicamente para realizar ecocardiograma sólo hay un aparato disponible para todo el hospital, siendo necesario adecuarse a las limitaciones del servicio. Otro inconveniente que tenemos en nuestro hospital es que no hay equipos portátiles y para realizar ultrasonidos o tomografías computadas, es necesario trasladar a los pacientes de la Terapia Intensiva hasta la Unidad de Radiología e Imagen, con un recorrido de aproximadamente 150 metros, con una camilla adaptada con un ventilador de volumen Bear ³³ y el riesgo de complicaciones por inadecuada ventilación o inestabilidad hemodinámica por la incómodidad de ajustar la infusión de aminas.

Se conoce que el diagnóstico de embolia pulmonar frecuentemente no se sospecha ^{3, 18, 19,} ²¹ En nuestro estudio las enfermedades pulmonares relacionadas a discrepancia fueron hemorragia pulmonar y neumonía de focos múltiples, la falta de incidencia de tromboembolia pulmonar puede ser atribuida al uso de heparina de bajo peso molecular en la gran mayoría de los pacientes ingresados a las terapias intensivas ^{3, 9, 25, 28}

Los días de estancia en hospitalización tiene repercusión en la exactitud de los diagnósticos pre mortem ^{21, 3, 22, 5} En nuestro trabajo todos los casos que se clasificaron como

discrepancia grave, estuvieron menos de 7 días en la Terapia Intensiva, por lo que las posibilidades de llegar a un diagnóstico más preciso disminuyen

Britton en 1974, reportó una concordancia del 57% ²¹ posteriormente Cameron en 1980; reportó 42%, luego Goldman en 1983; hace referencia a 89%. La Dra. Lazos en nuestro hospital reporta en 1997 que hubo 71.4% de diagnósticos no discordantes ³⁴, Roosen en Junio del 2000 hace mención del 81%, en nuestro estudio sólo hubo un 17% de diagnósticos clínicos que coinciden con los diagnósticos anatómicos, posiblemente como consecuencia de tomar como variable solo al diagnóstico principalmente relacionado con la causa de muerte. Dejando escapar otros diagnósticos que sí son compatibles.

CONCLUSIONES

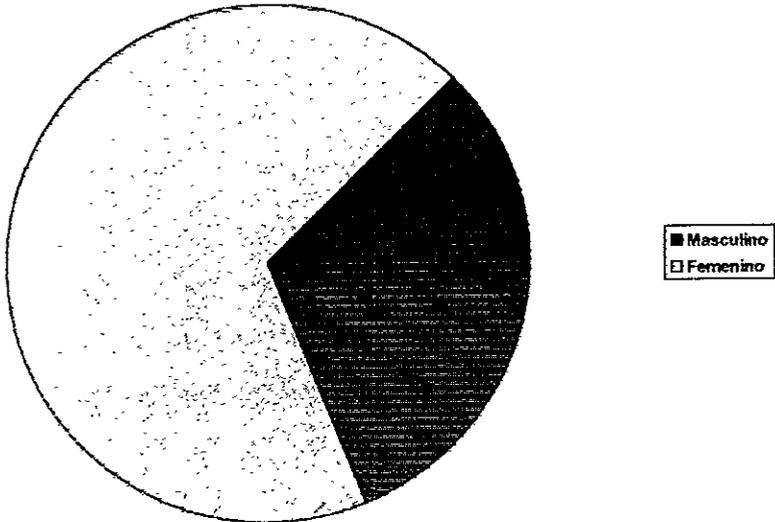
Es evidente que la autopsia es la prueba de oro para medir objetivamente la calidad tanto del personal médico como del hospital, por lo que el hecho de disminuir el número de estudios post mortem imposibilita realizar un análisis retrospectivo, con lo que se podrían corregir ciertos errores que cuestan vidas humanas.

El hecho de que existan tecnologías avanzadas para realizar el diagnóstico clínico no cambia la incidencia de diagnósticos discrepantes, por lo que el estudio de autopsia no sólo debe interesar al Patólogo, sino que debe involucrarse el clínico con la finalidad de recibir información acerca de sus errores, y tener una retroalimentación objetiva.

Proponemos que se realicen sesiones académicas mensuales en conjunto con el servicio de Anatomía Patológica, en donde se analicen los casos clínicos de los pacientes con la finalidad de aumentar los conocimientos sobre las enfermedades del paciente enfermo en estado crítico, y actuar específicamente en no cometer los mismo errores que por muchos años han persistido.

Gráfica 1.

35 Casos estudiados que cumplieron el criterio de inclusión divididos según el sexo.



Femenino 69%

Masculino 31%

Tabla 1.

Diagnósticos clínicos pre mortem principales y los confirmados por estudio post mortem sin discrepancia en la Terapia Intensiva U.
202

<i>Diagnósticos por el tipo de enfermedades.</i>	<i>Diagnósticos clínicos* (n= 35)</i>	<i>Diagnóstico clínico confirmado por autopsia (n= 6)</i>
GASTROINTESTINALES	7	1
CARDIOVASCULARES	3	0
RENALES	4	0
PULMONARES	4	1
ENDOCRINAS	2	0
CEREBROVASCULARES	2	0
REUMATOLOGICAS/ INMUNOLOGICAS	3	1
HEMATOPOYETICAS	1	0
NEOPLASICAS	1	1
INFECCIONES	3	2
GINECO-OBSTETRICAS	1	0
OTRAS	4	0
TOTAL	35	6

*solo se tomo en cuenta el diagnóstico principal

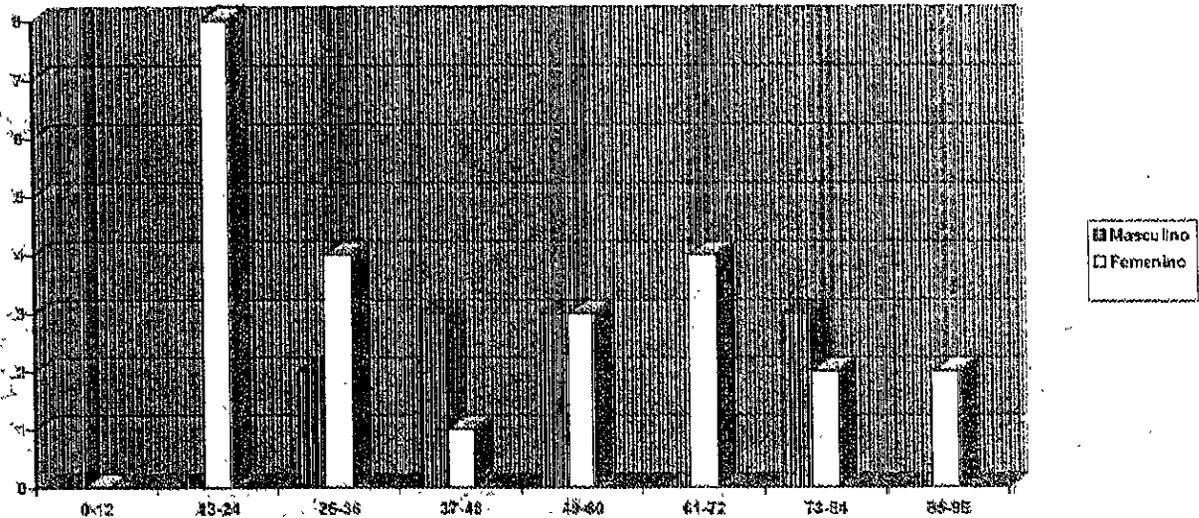
Tabla 2.

**Diagnósticos no sospechados según la
discrepancia grave o leve, en la Terapia
Intensiva U. 202**

Diagnósticos por el tipo de enfermedades	No. de diagnósticos en autopsias	Discrepancia	
		GRAVE (n= 10)	LEVE (n= 19)
	no sospechados (n= 29)		
GASTROINTESTINALES	9	4	5
CARDIOVASCULARES	3	1	2
RENALES	3	1	2
PULMONARES	3	1	2
ENDOCRINAS	2	0	2
CEREBROVASCULARES	3	0	3
REUMATOLOGICAS/ INMUNOLOGICAS	2	1	1
HEMATOPOYETICAS	1	0	1
NEOPLASICAS	1	0	1
INFECCIONES	1	1	0
GINECO-OBSTETRICAS	1	1	0
OTRAS	0	0	0
TOTAL	29	10	19

* Solo se tomó en cuenta el diagnóstico principal

Gráfica 2.
Distribución de 35 pacientes estudiados que cumplieron con los criterios de inclusión separados según el sexo y grupo etáreo.



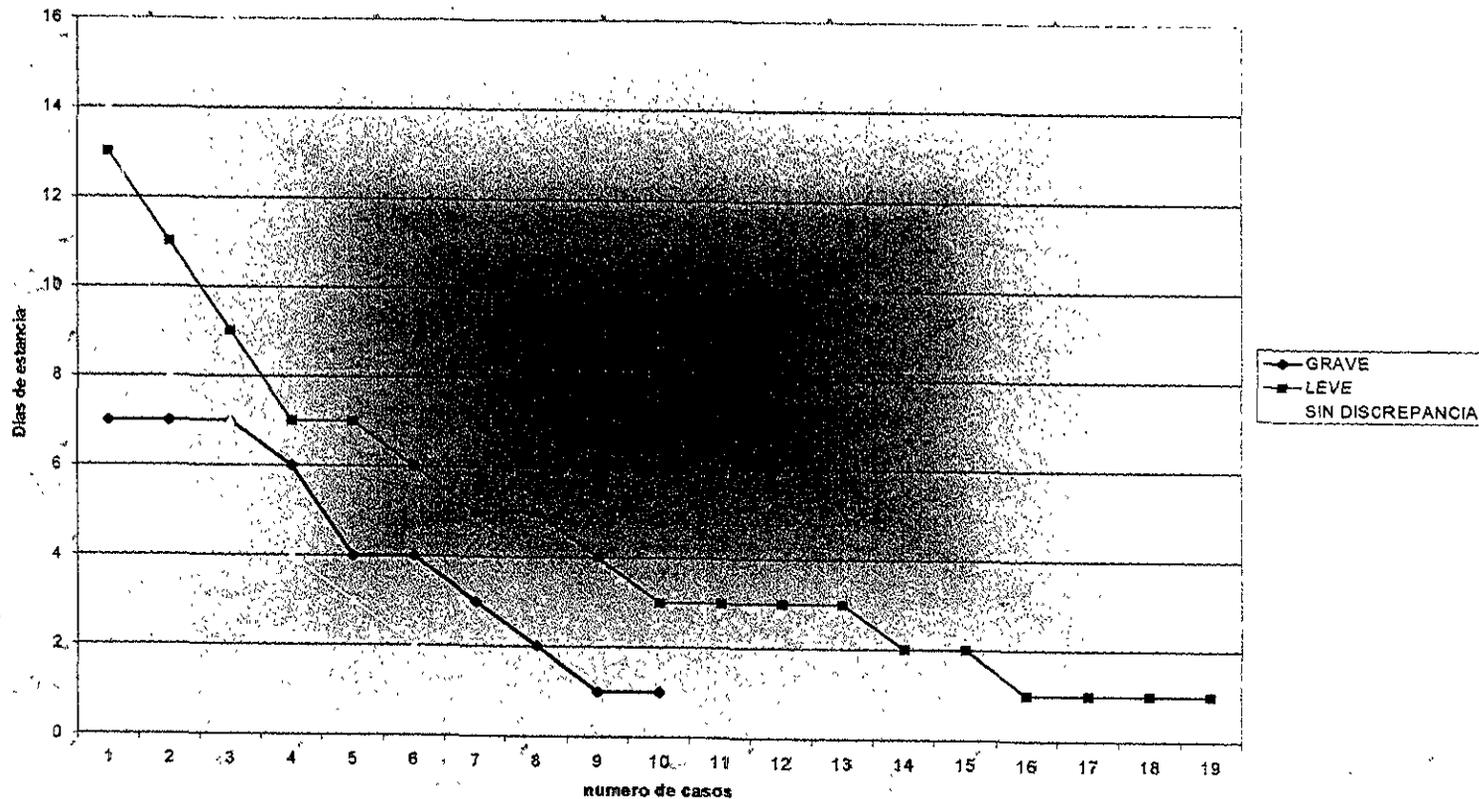
Gráfica 3

Puntuación de APACHE II en los 35 casos estudiados de la Terapia Intensiva.



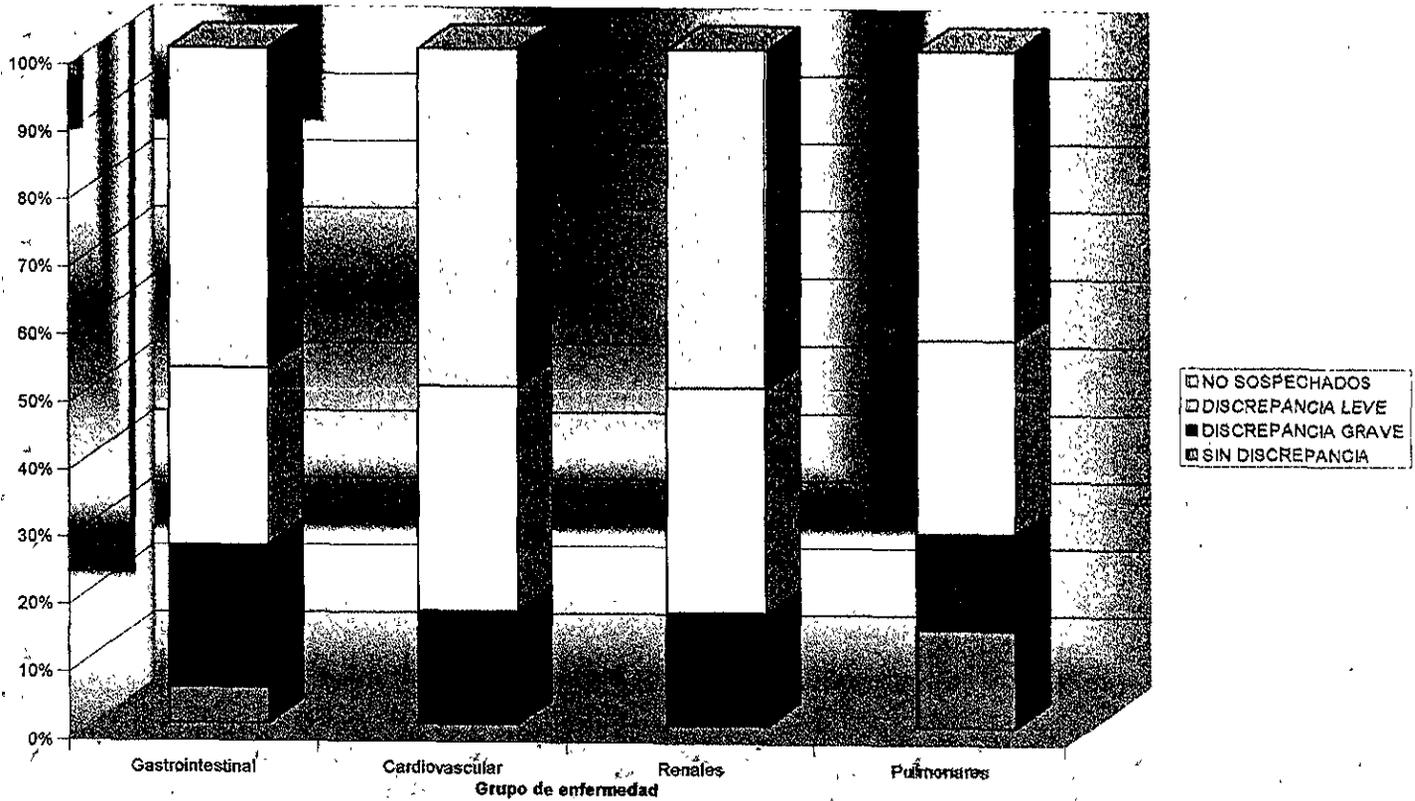
Gráfica 4

Días de estancia según la clasificación de discrepancia



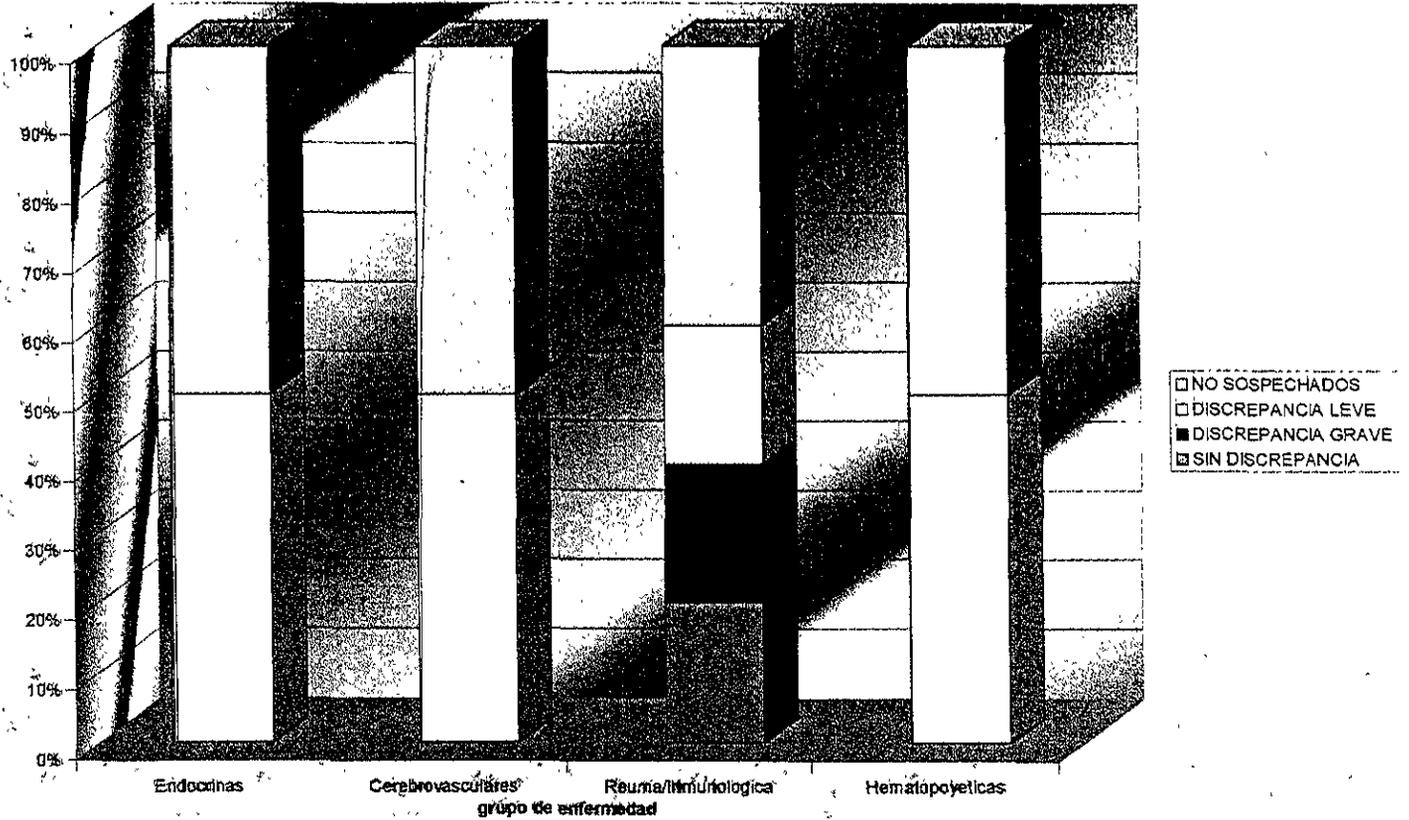
Gráfica 5

Porcentajes de discrepancia en los diagnósticos por grupo de enfermedad



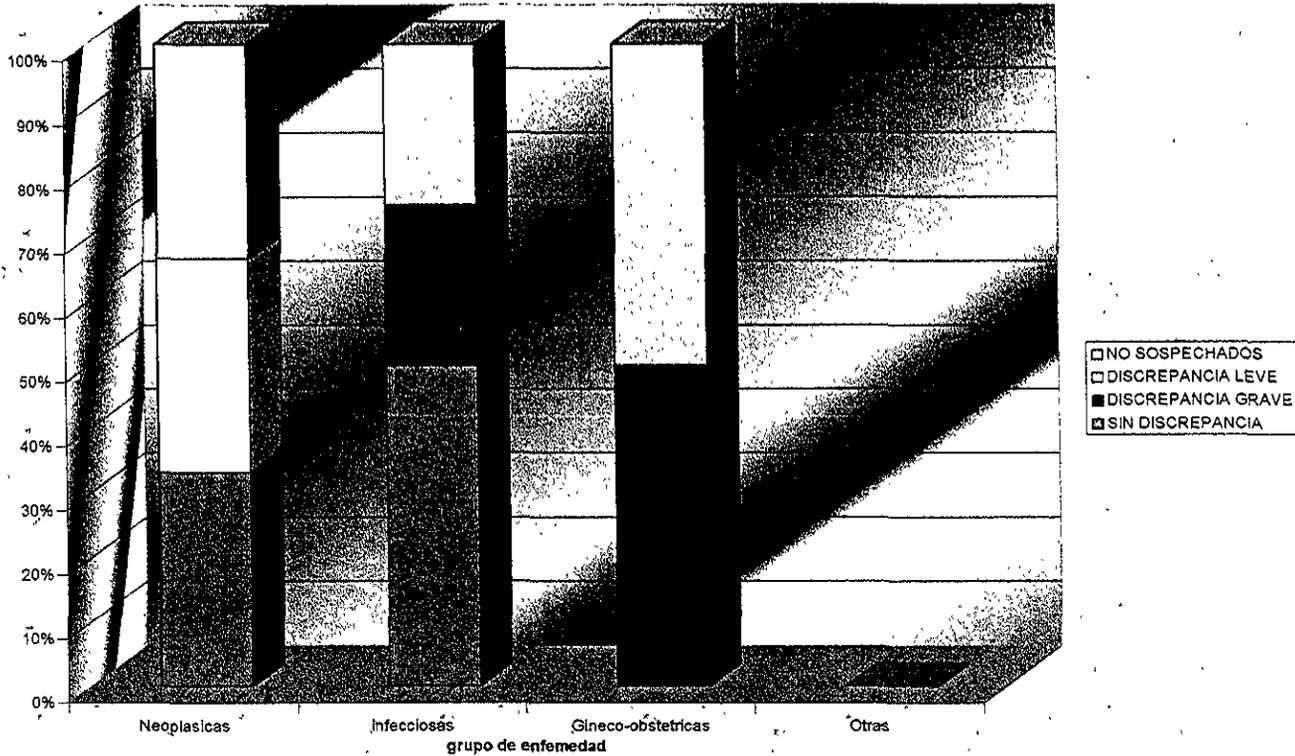
GRAFICA 6.

Porcentaje de discrepancia de diagnósticos según grupo de enfermedad



GRAFICA 7

Porcentaje de discrepancia de diagnósticos según grupo de enfermedad



BIBLIOGRAFIA

- 1 Cabot RC, Diagnostic pitfalls identified during a study of three thousand autopsies. *JAMA*, 1912, 59 2295-2298
- 2 Roberts WC. The autopsy. its decline and a suggestion for its revival. *N Engl J Med*. 1978;299 332-338.
- 3 Goldman L, Sayson R, Robbins S, Cohn LH, Bettmann M, Weisberg M. The value of the autopsy in three medical eras. *N Engl J Med* 1983; 308:1000-1005
- 4 Welsh TS, Caplan J. The role of postmortem examination in medical education. *Mayo Clin Proc*. 1998;73:802-805
- 5 Scottolini AG, Weinstein SR. The autopsy in clinical quality control. *JAMA*, 1983;250:1192-1194.
- 6 Kleiner DE, Emmert-Buck MR, Liotta LA. Necropsy as a research method in the age of molecular pathology. *Lancet*, 1995;346:945-948
- 7 Cameron HM, McGoogan E. A prospective study of 1152 hospital autopsies, II: analysis of inaccuracies in clinical diagnoses and their significance. *J Pathol*. 1981; 133:285-300
- 8 Battle RM, Pathak D, Humble C et al. Factors influencing discrepancies between pre-mortem and post-mortem diagnoses. *JAMA*, 1987; 258:339-344
9. Stevanovic G, Tucakovic G, Dotlic R, Kanjuh V. Correlation of clinical diagnoses with autopsy findings: a retrospective study of 2,145 consecutive autopsies. *Hum Pathol*, 1986; 17:1225-1230.
- 10 Kircher T, Nelson J, Burdo H. The autopsy as a measure of accuracy of the death certificate. *N Engl J Med*. 1985;313:1263-1269.
- 11 Veress B, Alafuzoff Y. A retrospective analysis of clinical diagnoses and autopsy findings in 3042 cases during two different time periods. *Hum Pathol*. 1994; 25:140-145.
- 12 Schatz IJ. Internal medicine residency program violations of the minimum autopsy rate (letter). *JAMA*, 1995;273:1092.
- 13 McPhee SJ, Bottles K. autopsy: moribund art or vital science? *Am J Med*, 1985; 78:107-113

- 14 Landefeld CS, Goldman L. The autopsy in clinical medicine (editorial). *Mayo Clin Proc*. 1989;64:1185-1189.
- 15 Sarode VR, Datta BN, Banerjee AK, et al. Autopsy findings and diagnoses: a review of 1000 cases. *Hum Pathol*. 1993;24:194-198.
- 16 Blosser SA, Zimmerman HE, Stauffer JL. Do autopsies of critically ill patients reveal important findings that were clinically undetected? *Crit Care Med*. 1998; 26:1332-1336.
- 17 Mori TC, Yeston NS. The relationship of pre mortem diagnoses and post mortem findings in a surgical intensive care unit. *Crit Care Med*. 1999; 27:299-303.
- 18 Landefeld CS, Chren MM, Myers A, Giller R, Robbins S, Goldman L. Diagnostic yield of the autopsy in a university hospital and a community hospital. *N Engl J Med*. 1988; 318:1249-1254.
19. Fernandez-Segoviano P, Lazaro A, Esteban A, Rubio JM, Iruetagoiena JR. Autopsy as quality assurance in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 1988; 16:683-685.
20. Gut AL, Ferreira AL, Montenegro MR. Autopsy: quality assurance in the ICU. *Intensive Care Med*. 1999; 25:360-363.
21. Britton M. Diagnostic errors discovered at autopsy. *Acta Med Scand*. 1974; 196:203-210.
22. Cameron HM, McGoogan E, Watson H. Necropsy: a yardstick for clinical diagnoses. *BMJ*. 1980; 281:985-988.
23. Anderson RE. The autopsy as an instrument of quality assessment: classification of premortem and postmortem diagnostic discrepancies. *Arch Pathol Lab Med*. 1984; 108:490-493.
24. Denning DW. Invasive aspergillosis. *Clin Infect Dis*. 1998; 26:781-803.
25. Bauer FW, Robbins SL. An autopsy study of cancer patients: accuracy of the clinical diagnoses (1955 to 1965) Boston City Hospital. *JAMA*. 1972; 221:1471-1474.
26. Friederici HR, Sebastian M. Autopsies in a modern teaching hospital: a review of 2,537 cases. *Arch Patol Lab Med*. 1984; 108:518-521.
27. Clark MA. The value of hospital autopsy: is it worth the cost? *Am J Forensic Med Pathol*. 1981; 2:231-237.

28. Roosen J, Frans E, Wilmer A, Knockaert DC, Bobbaers H. Comparison of premortem clinical diagnoses in critically ill patients and subsequent autopsy findings. *Mayo Clin Proc*. 2000; 75:562-567.
29. Weinstein MH, Greenspan DL, Epstein JI. Diagnoses rendered on prostate needle biopsy in community hospitals. *Prostate*. 1998; 35:50-55.
30. Berman JJ, Moore GW, Hutchins GM. Maintaining patient confidentiality in the public domain Internet Autopsy Database (IAD) Proc AMIA Annu Fall Symp 1996:328-332
31. Moore GW, Hutchins GM, Miller RE. Token swap test of significance for serial medical data bases. *Am J Med*. 1986; 80:182-190.
32. Sonderegger IK, Burger S, Muntwyler J, Salomon F. Diagnostic errors in three medical eras: a necropsy study. *Lancet*, 2000, 355 (10):2027-2031.
33. William MG. The persistent importance of autopsies. *Mayo Clin Proc*, 2000, 75(6):557-558.
34. Lazos M, Arroyo A, Guerrero L, Hernández M. Discrepancia diagnóstica clínico patológica: revisión de 1000 casos de autopsia del Hospital General de México, 1997, 60(1):6-12.
35. Roosen J, Frans E, Alexander W, et al. Comparison of premortem clinical diagnoses in critically ill patients and subsequent autopsy findings. *Mayo Clin Proc*. 2000. 75:562-567.
36. Kassir JP. Teaching problem-solving-how are we doing? *N Engl J Med* 1995;332:1507-1509.
37. Pelletier LL Jr, Klutzow F, Lancaster H. The autopsy: its role in the evaluation of patient care. *J Gen Intern Med*, 1989;4:300-303.
38. Kirch W, Schaffi C. Misdiagnosis at a university hospital in 4 medical eras: report on 400 cases. *Medicine* 1986; 75:29-40.
39. Segatore L, Poli G. "Diccionario médico". 1980, Ed. *Terde*, 5ª edición, páginas 1281.