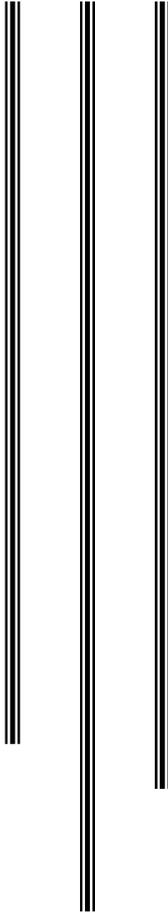




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ



TESIS
FACTORES ASOCIADOS A LA
AUTORIZACION DE AUTOPSIA EN UNA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATALES

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

NEONATOLOGIA

PRESENTA:

Dra. Alma Delia Juárez Díaz

ASESORA DE TESIS

Dra. María Esther Santillán Orgas



HOSPITAL INFANTIL *de* MÉXICO
FEDERICO GÓMEZ
Instituto Nacional de Salud

MÉXICO, D. F 01 MARZO 2008



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.

DEDICATORIA

En primer lugar a mis adorados, queridos, e idolatrados hijos *MARJANA* y *ANGEL*, sin olvidar nunca a mi querido esposo *MARJO* el cual ha sido y sigue siendo el único amor de mi vida.

Estas tres lindas personas que son la inspiración de mi vida, y que les prometo que en cuanto termine esta tarea tan importante como es titularme en Neonatología les dedicare más tiempo en calidad y duración.

También a mi Madre que sin ella no habría tenido a quien confiarle a mis hijos y que con su ejemplo de rectitud y honorabilidad me dio las bases para ser la mujer que soy ahora, también a mis hermanos.

A mi querida maestra la Dra. Maria Esther Santillán la cual me ha dedicado tiempo y esmero, el calor de su hogar y su familia para que lograrse un sueño que fue, el ser Subespecialista en Neonatología en el Hospital Infantil de México. También a las Dras. Murguía, Villa Nueva, Vázquez y Villa Guillen, Gracias....Gracias por su apoyo.

INDICE

1. Introducción.....	4
2. Resumen.....	5
3.-Planteamiento del Problema.....	7
4. Marco teórico.....	7
5. Objetivos.....	15
a) General.....	15
b)Objetivos Específicos.....	15
6) Hipótesis.....	16
7. Justificación.....	16
8.-Material y Método.....	17
a) Diseño.....	18
b) Criterios de Inclusión.....	19
c)Criterios de Exclusión.....	19
d) Método de Análisis	19

9)Resultados.....	20
8.Discusión.....	34
9.Conclusiones.....	37
10.Anexos.....	40
11.Bibliografía.....	44

INTRODUCCIÓN

La posibilidad de diseccionar el cuerpo humano y examinarlo después de la muerte, ha representado un triunfo sobre los tabúes sociales a lo largo de la historia de la Medicina. Hace unas décadas los hospitales requerían de una tasa anual de autopsias para ser acreditados como Hospital Escuela, sin embargo en los años 60' se observó una disminución importante en el número de autopsias realizadas en los hospitales de EUA, descendió de 41% en 1960 a 34.9% en 1972 y al 21.7% en 1975 y de 1981-1983 al 15%; en ese mismo año en otras ciudades de Europa, como Yugoslavia, se reportó un descenso de 21% en 1985 al 10% en 1996.

En México en la población general durante los años 80-90's alcanzaron solo el 1% en la realización de estudios postmortem, que a partir de 1993 aumentó al 6%; posteriormente sólo en algunos hospitales de la ciudad de México se alcanzaron los límites inferiores del 20%. (5) (4)

En nuestro país la muerte es un tópico de convivencia cotidiano, en el que la muerte se hace tan familiar que incluso se celebran fiestas especiales dedicadas a "celebrar y recordar a los difuntos", estos rasgos culturales han trascendido por generaciones, lo que en gran medida puede explicar las actitudes frente a la muerte, ritos funerarios, procedimientos quirúrgicos, etc. con lo que el análisis de la causa o factores que pueden asociarse a la autorización o negación del estudio postmortem puede ser más compleja. (5)

En la literatura mundial existen muy pocas referencias relacionadas a los motivos por los que al fallecer un paciente en un hospital se autoriza o rechaza la oportunidad de practicar un estudio postmortem. Con el rechazo de la autopsia, se pierden las posibilidades de obtener la valiosa información que puede ofrecernos y con ello las oportunidades de mejorar la calidad de atención en el ejercicio de la Medicina de alto nivel. El presente estudio marca el inicio de la exploración de los factores que se asocian al rechazo o aceptación del estudio postmortem, en el que hacemos una revisión de 5 años

en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Infantil de México Federico Gómez

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: En la literatura mundial existen muy pocas referencias relacionadas a los motivos por los que al fallecer un paciente en un hospital se autoriza o rechaza la oportunidad de practicar un estudio postmortem. Con el rechazo de la autopsia, se pierden las posibilidades de obtener la valiosa información que puede ofrecernos y con ello las oportunidades de mejorar la calidad de atención en el ejercicio de la Medicina de alto nivel. El presente estudio marca el inicio de la exploración de los factores que se asocian al rechazo o aceptación del estudio postmortem, en el que hacemos una revisión de 5 años en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

OBJETIVO: Conocer los factores Asociados a la autorización o rechazo de la autopsia de los neonatos fallecidos en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Infantil de México (HIM-FG).

MATERIAL Y METODO: se obtuvo el número total de pacientes fallecidos en UCIN de enero del 2003 a marzo 2007, de estos se. Se utilizó como fuente de información el expediente clínico, el formato diario de datos del paciente que contiene estudios paraclínicos, tipo de alimentación, ect. (Anexo 1), Se acudió al servicio de patología para corroborar diagnósticos y número de defunciones, posteriormente se realizó una revisión de los Formatos de Autorización de Autopsia en el Área de Comunicación Social, ya que es donde los padres dan la respuesta del por que No están aceptado el estudio de autopsia. Se desarrolla Base de datos de mortalidad de la UCIN en el periodo estudiado el cual se integro al Programa Estadístico de Cómputo S.P.S.S. versión 13. Tipo de Estudio: Retrospectivo, Longitudinal, Descriptivo. Análisis de frecuencias y medidas de asociación, regresión logística, y análisis multivariado. Las variables se agruparon en perinatales (edad materna, gestas, control prenatal), del recién nacido (peso al nacimiento, edad al momento de la defunción, género, tipo de tratamiento, dx de base y causa de defunción). Y Socioculturales (ocupación de la madre, religión, edo. civil, lugar de origen).

RESULTADOS Y ANALISIS: Ingresaron 1030 neonatos en 5 años, de estos fallecieron 111 pacientes de los cuales se tuvo que excluir a 4 por expediente incompleto, quedando 107 pacientes fallecidos con expediente completo. Se obtuvo un índice de mortalidad promedio anual del 10.3%. Así como un índice de autopsia promedio anual del 28%. Durante el este periodo el promedio de autopsias anual en nuestra unidad (UCIN- HIMFG) es del 28%, sin embargo

realizando el análisis por año 2003= 30.7%, 2004=50%, 2005=28%, 2006=20%, y hasta marzo 2007=7.6%, se observa una disminución importante la cual es similar a la reportada en diferentes estudios de otras unidades de cuidados intensivos de tercer nivel, se refiere en el artículo "La Autopsia: La Consulta Final" de la Revista Biomédica, que en la subespecialidad pediátrica y de neonatología, que sólo en 10 años la tasa de necropsias neonatales a declinado de 71.2% (1984-1988) a 47% (1989-1993) y la misma, en un hospital de tercer nivel pediátrico norteamericano durante el mismo periodo fue de 41%. (10) (4). Sin embargo hay que considerar que los reportes no son específicos de unidades de cuidados intensivos neonatales, y los que existen son escasos a nivel nacional e internacional. También es importante considerar que el índice de estudios de autopsia de acuerdo al índice de mortalidad de nuestra unidad, existen parámetros establecidos por la se considera aceptable "una tasa de autopsias del 25%, (para algunos autores mínimo 5% máximo 100% y medio 20%), en 1995 la Ponencia Oficial del Congreso de la Sociedad Española de Anatomía Patológica, proponía alcanzar en los siguientes años la tasa del 20%; Servicios con mortalidad inferior al 5%, el índice de necropsias debería ser superior al 75%. Servicios con mortalidad entre 5-10% el índice de necropsias debe ser superior al 50%. Servicios con mortalidad superior al 10%, el índice de necropsias debe ser superior al 20%. Por lo anterior nuestra unidad (UCIN HIMFG) esta dentro de los límites mínimos de lo aceptable con respecto a los estudios de necropsia. Con respecto al análisis, de variables el genero no fue estadísticamente significativo, la variable de peso al nacimiento se observo que hubo mayo frecuencia en la autorización de la autopsia en aquellos neonatos fallecidos que pesaron de 2000 a 3000gr y no así en aquellos con peso menor al nacimiento de 1000gr con un OR 9.3 para no autorizar la autopsia. la variable de edad al momento de la muerte se observo mayor autorización cuando el neonato tenia una edad cronológica al momento de la muerte entre 2-7 días(tardía), no así cuando se trataba de una muerte prematura(<24hrs). Tipo de tratamiento no fue significativo, diagnostico de base no fue significativo, con respecto al diagnostico de defunción se observo mayor aceptación de la autopsia cuando la causa de muerte fue choque séptico y acidosis refractaria con un OR 0.005. Las variables perinatales tenemos a la edad materna no control prenatal fueron significativas, La escolaridad materna fue controversial en este estudio ya que a pesar de que las madres que más aceptaron la autopsia fueron las que tenían educación media superior (bachillerato) fueron seguidas en frecuencia por las madres analfabetas, después madres con primaria, seguidas por las que tenían licenciatura y ultimo las de escolaridad secundaria. La ocupación y religión no pudieron ser significativas ya que contamos con un 90% de población católica y amas de casa en este estudio. Se recabaron las repuestas (de los archivos de comunicación social) de los padres de los pacientes fallecidos de UCIN al dar la negativa hacia el estudio de autopsia. Las respuestas a los motivos donde esta la explicación del por que no se autorizaba la autopsia, y las respuestas fueron las siguientes (n=107): a) No contestaron 30 (39%); b) "por motivos personales" 18 (23%); c) 9 (11.6%) por malformaciones y "no tener caso"; d)"no más procedimientos" 7 (9%); e) "no querer que su hijo sufra más" 5 (6.4%).%. El formato analizado de los motivos

por los que los padres o familiares no autorizaron el estudio de autopsia requiere de otro tipo de estudio para poder analizar de manera adecuada los factores psicológicos que se ven involucrados en la aceptación o rechazo de la autopsia, ya que seguramente es más por motivos emocionales y psicológicos el resultado que se refleja en que en 48 casos (62%) no se dio una respuesta clara. Y a diferencia de otras bibliografías que refieren que el factor religioso, familiar y de costumbres influye de forma importante en el rechazo de la autopsia.

CONCLUSIONES: Para obtener la autorización de un estudio postmortem, No solo es importante la actitud de los padres hacia el estudio de necropsia, y sus intenciones ante la posibilidad de un nuevo embarazo, sino también preparar a los padres cuando las condiciones de salud se encuentran comprometidas y el riesgo de muerte existe, así como mantener una relación médico-paciente óptima a través de ofrecer información veraz, oportuna, adecuada, y brindar todas las posibilidades de aclarar las dudas que pudieran existir en torno a la enfermedad. Como este estudio demuestra hay que individualizar cada caso y como personal de salud estar preparados con un abordaje psicológico hacia los padres pero también con nosotros mismos en prepararnos para solicitar una autopsia y lograr la autorización del estudio y así mismo lograr el objetivo de auto evaluación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuáles son los factores asociados a la autorización o rechazo de autopsia de los neonatos fallecidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Infantil de México Federico Gómez

MARCO TEORICO

En la cultura occidental la muerte se considera habitualmente como la separación del alma del cuerpo y prevalece la creencia de la reencarnación o resurrección, por lo que la costumbre de preservar el cuerpo integro e inhumarlo de alguna manera explica la poca aceptación de las mutilaciones, donaciones e incluso la incineración.

En los casos en los que en vida no se haya podido definir la causa de muerte, es menester recurrir a los estudios postmortem para su identificación anatómica. La aceptación del estudio anatómico del cuerpo humano está condicionada por factores culturales, sociales o religiosos, así el factor cultural está representado por el nivel educativo y el ambiente intelectual de una sociedad por lo tanto se esperaría que con un nivel educativo alto aceptaran con mayor facilidad la realización de un estudio postmortem.

La percepción que se tenga de la muerte es un factor que puede facilitar o dificultar la aceptación de la autopsia, la muerte puede ser tomada como designo divino, como problema personal de aquel que muere o ser causa de dolor familiar. El Cristianismo en su inicio no prohibió la autopsia, pero tampoco la favoreció, entre los años 1400-1500 se realizaron autopsias a personajes importantes de la iglesia (Papa Alejandro VI, y en 1533 se realizo la primer autopsia en el nuevo mundo en Republica Dominicana. (5)

La autopsia, también conocida como estudio postmortem, necropsia, necroscopia, o tanatopsia es el procedimiento médico - quirúrgico que se emplea para obtener información anatómica sobre la causa, naturaleza, extensión y complicaciones que presento en vida el paciente; si bien la motivación más común es conocer la causa de la muerte, también tienen otros objetivos no solo de índole científica, sino que a partir del análisis concienzudo de los hallazgos se favorezca el desarrollo de la buena praxis médica y con ello la posibilidad de garantizar una mejor calidad de atención.

La autopsia pediátrica consiste en el estudio médico o forense del cuerpo de un niño muerto. La autopsia perinatal abarca desde la fetal, óbito y muerte neonatal. La muerte en el periodo neonatal (que comprende desde el nacimiento hasta los 28 días de vida extrauterina) es un grave problema de salud pública, que se ha documentado de manera vasta en la literatura mundial; en los países en vías de desarrollo, el riesgo de muerte en el este periodo se eleva hasta seis veces comparado con la de países desarrollados, en contraste en aquellos países con mínimo desarrollo donde este riesgo se incrementa hasta ocho veces. En el continente africano con la pobreza extrema que le caracteriza, el riesgo de muerte neonatal reportado es hasta de 49 / 1000 nacimientos, en comparación con el continente americano, donde a pesar de que las condiciones generales de vida no son idóneas existe una diferencia en la calidad de vida y puede evidenciarse con un riesgo de muerte neonatal de 15 / 1000 nacimientos; de manera que es una necesidad imperiosa documentar los factores que nos llevan a la muerte con la finalidad de incidir en las acciones encaminadas a mejorar la salud. (1) (2) (7)

Un factor importante con respecto a la autorización de la autopsia se relaciona con la religión, según sea monoteísta o politeísta. Implica la existencia de una fuerza divina y de un alma que habita el cuerpo durante el transcurso de la vida terrenal, y el concepto de vida después de la muerte (vida eterna).

Con los avances en el desarrollo de nueva tecnología en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, ahora en los países donde se cuenta con estos recursos, la proporción de estudios de necropsia practicados ha declinando progresivamente. El exceso de confianza en los estudios diagnósticos actuales como la Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Magnética Nuclear, métodos de laboratorio sofisticados (estudios enzimáticos, radioinmunoensayo, etc.,) e incluso los avances en Medicina genómica, han condicionado que se cuente con diagnósticos de elevada certeza y confiabilidad, por lo que se ha llegado a pensar que pueden suplir el estudio de necropsia, e inconcientemente disminuyen la necesidad no solo del paciente y sus familiares, sino también del médico, de conocer el

diagnóstico definitivo, certero y preciso de la muerte al poderse obtener un resultado confiable hasta en el 80% de los estudios a través de lo que se ha denominado autopsia virtual. (11)

Otro problema que el médico debe atender se relaciona con la atención de los familiares del paciente con probabilidad de muerte eminente o cuando éste fallece. Hay que considerar que los deudos, familiares, sufren y habitualmente tienen rechazo o negación a la autopsia; incluso tienden a manifestar conductas o posturas inadecuadas, por lo que deben tenerse las consideraciones necesarias y proporcionar la información en forma ética y comprensible. (5) El 68 % de los profesionales opina que el hecho de que la familia conozca la posibilidad del fallecimiento del niño ayuda a la familia sin embargo, aunado a la condición de esta información, existen otras situaciones en que no se cuenta con condiciones materiales y personal capacitado para realizar estudios de necropsia, situación frecuente, otro extremo es el que se presenta con el personal de salud que evita el amargo momento de solicitar la autorización de la autopsia por diferentes circunstancias como pueden ser temor de haberse equivocado, falta de interés por mala relación médico-paciente e ignorancia entre otras. (10) (8)

Dentro de los objetivos mediatos de la autopsia se encuentran el brindar apoyo a los familiares, sociedad, estudiantes de Medicina, patólogos; a los familiares asistiéndolos en la liberación de culpas y penas por la muerte de su familiar, como fuente de información genética y alerta de posibles fuentes de contagio. Auxilia a la sociedad, ya que mejora las estadísticas vitales y es una fuente de órganos y tejidos de transplante, además de identificar nuevas enfermedades y asegurar la calidad de los diagnósticos clínicos, por lo tanto la atención hospitalaria; a los estudiantes que pueden contar con conceptos actualizados y los avances médicos para ofrecer desde el inicio de su ejercicio profesional mejores resultados a los pacientes que atiendan y a los patólogos por la retroalimentación y mayor experiencia que tendrán en la realización de estudios posteriores.(5)

Aunque la Autopsia representa un método adecuado para la investigación de diversas enfermedades, se ha cuestionado su verdadero papel como instrumento de estudios epidemiológicos, ya que se considera una muestra sesgada de los padecimientos que

afectan a la comunidad hospitalaria o a la población en general, el sesgo puede darse por la edad, peso y el sexo de la población estudiada, el sitio y las condiciones en que fallece (hospital, asilo, hogar, etc.) o porque los casos se seleccionan de acuerdo al diagnóstico premortem.

Para que se logre la autorización de autopsia por los responsables de un neonato fallecido, es muy importante tomar en cuenta la actitud de los padres hacia el estudio de necropsia y además la intención de los padres de un futuro embarazo. (5) (6)

En la Revista Biomédica de “La Autopsia: La Consulta Final”, refiere que quien más estudios de autopsia solicita es el área de Neonatología, en el cual han obtenido beneficios de la correlación anatomo-clínica postmortem, así como de la comparación de los diagnósticos clínicos con los anatómicos, lo que ha permitido modificar ciertas estrategias de abordaje clínico, y como sabemos la autopsia también permite la ratificación o rectificación de los diagnósticos clínicos, incluso de aquellos obtenidos por métodos modernos; de ser verdad todo lo anterior: ¿Por qué este procedimiento ha disminuido en frecuencia a cifras trágicas? llama también la atención acerca del desinterés de clínicos y patólogos, la falta de información a la población en general y el desinterés de las facultades de medicina en promover la utilización de este procedimiento como instrumento de enseñanza, donde enfatiza el desinterés de los clínicos por recuperar los resultados del estudio patológico o la entrega tardía de estos. De igual manera menciona igual que con la disposición actual de nuevo y moderno equipo con el que cuenta y confía en extremo el clínico, otros autores han externado el temor de que se omitan errores diagnósticos que además podrían ser motivo de demanda, riesgo que podría disminuir con la existencia de un comité de mortalidad en toda unidad hospitalaria, para que internamente se tomen decisiones adecuadas. (5)

Provider Attitudes about Gaining Consent for Perinatal Autopsy. Obstetrics and Gynecology. Refiere que encontraron algunas actitudes de neonatólogos, obstetras, enfermeras neonatólogas, para

el consentimiento de la autopsia perinatal donde se percibió la influencia de las mujeres como la enfermera que estuvo durante el nacimiento del bebe y por ser mujer obtenían más la autorización de la autopsia. En la subespecialidad pediátrica de neonatología se refiere intencionalmente, que tan sólo en 10 años la tasa de necropsias neonatales a declinado de 71.2% (1984-1988) a 47% (1989-1993) y la misma, en un hospital de tercer nivel pediátrico norteamericano durante el mismo periodo fue de 61%. (10) (4)

Para la mayor parte del personal de salud es difícil solicitar la autorización de una autopsia, ya que somos parte de esta cultura en la cual nos formamos e incluso los médicos que estamos acostumbrados a vivir cerca de la muerte, tenemos que prepararnos para solicitar y obtener una respuesta favorable de los padres o familiar responsable del neonato fallecido para la autorización del estudio de autopsia, por otro lado no somos inmunes al dolor que sentimos cuando la relación médico-paciente se consolida a través del humanismo que debiera caracterizar a nuestra profesión y que inevitablemente puede influir de forma negativa cuando no hemos adquirido la madurez de separar las emociones del objetivo fundamental de estudio de nuestros pacientes.

En la revista Española Patología (2003), se presenta una solicitud de autorización de autopsia con un gran contenido, que demuestra un gran compromiso hacia los padres del paciente fallecido por parte de la institución, no solo por lograr las metas de investigación en salud, por lo que podría influir de manera muy positiva en la autorización la autopsia. (9)

“Información al familiar o representante legal que autoriza el examen postmortem”

La autopsia clínica consiste en estudiar las alteraciones morfológicas de los órganos y tejidos provocadas por la enfermedad. Determina, por tanto, la naturaleza y extensión de la misma, comprueba los resultados del tratamiento médico o quirúrgico e investiga el posible componente contagioso, hereditario o transmisible.

El hospital garantiza un trato correcto y respetuoso al cuerpo del fallecido, empleando, para realizar la autopsia, técnicas que no producen desfiguraciones externas.

Usted recibirá en su domicilio un informe completo y detallado del resultado de la autopsia con:

- a) El padecimiento fundamental.*
- b) Todos los hallazgos principales, secundarios y accesorios.*
- c) La causa de muerte.*

La autopsia clínica se realiza en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla", por médicos especialistas. Allí podrá recabar la información adicional que necesite (tiempo de autopsia, disponibilidad del cadáver, tiempo de emisión del informe definitivo, etc.).

Como norma, por motivos estéticos y funcionales, a todo paciente que se le practica la autopsia, se le pone un sudario. Excepcionalmente se le podrá vestir, para lo cual deberá ponerse en contacto con los celadores del mortuorio. No se contemplan excepciones en los pacientes "de alto riesgo".

(9)

El médico responsable del paciente es quien habitualmente solicita la autopsia; se requiere de su completa colaboración con los patólogos para llevar a buen término la autopsia ya que la entrevista final con los familiares debe ser conducida por él.

Solicitar una autopsia no es agradable tanto para el médico o la familia. ¿Qué pueden hacer los neonatólogos? La Dra. Bervely Dahms pediatra del Centro Médico de Cornel de recomienda que el estudio posmortem debe ser llevado por personas particularmente interesadas, entrenadas y con experiencia en este campo. (3)

Por lo anterior al solicitar un estudio postmortem, tenemos que estar seguros que ayudará a alguien, solicitar el estudio a los padres del fallecido de manera cuidadosa y de un modo sensible, no anticipar la resistencia de los padres cuando se tengan los resultados finales sino ofrecer el informe final a los padres en una reunión especialmente preparada para ellos. No hay que olvidar que tenemos la oportunidad de ayudar a que las familias encuentren algún sentido a una de las mayores crisis de la vida y la superen de la manera más adecuada posible. (5)

Es fundamental que el personal asignado para dar la información del dictamen final se integre en un comité que no solo esté capacitado y sensibilizado para ofrecer la información con todo el cuidado y sensibilidad necesarios e indispensables para alcanzar los objetivos integrales de la información de la magnitud que implica el reporte final de autopsia, en donde el médico tratante es pieza insustituible ya que fue la persona que atendió al paciente, a quien identifican los familiares y quien con gran interés y ahínco en su enseñanza continua participará de todo el procedimiento, lo guiará y emitirá las últimas indicaciones a los familiares que pueden abarcar el inicio o continuidad de apoyo psicológico, consejo genético, necesidad de estudios para otros miembros de la familia y cierra el círculo que se abre con la necesidad de atención médica inicial solicitada para el paciente.

En España existe el decreto de que "la realización del estudio de autopsia y el traslado del cadáver que sea necesario para la práctica de la autopsia no serán en ningún caso gravosos económicamente para la familia del fallecido" (art. 2.1 de la Ley 29/1980 y art. 4.1 del Real Decreto 2230/1982), por lo que el factor económico pierde su efecto negativo en contra de la realización de la autopsia; desafortunadamente en nuestro país este tipo de apoyos no existen de manera rutinaria, ni legisladas. (9)

Por último, es necesario reconocer que aún cuando ofrezcamos las condiciones ideales para la solicitud de un estudio postmortem, no todas las solicitudes serán aceptadas, entonces surge el cuestionamiento de ¿cómo podemos saber, medir, si nuestra labor clínica cumple con los cánones calidad? Si no es a través de la sobrevida y calidad de vida de nuestros pacientes y, en aquellos que fallecen ¿cómo saber si el manejo médico fue o no adecuado? Si hubo errores ¿cómo detectarlos?.

Existe una herramienta reconocida en la que de acuerdo al consenso realizado por el Club de Autopsias de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (2003) se considera aceptable “una tasa de autopsias del 25% , es aceptable (para algunos autores mínimo 5% máximo 100% y medio 20%), en 1985 la Ponencia Oficial del Congreso de la Sociedad Española de Anatomía Patológica, proponía alcanzar en los siguientes años la tasa del 20%; sin embargo como los fallecidos en cada servicio varían ampliamente, parecía indicado relacionar las cifras estándar con las de mortalidad del servicio, donde:

- Servicios con mortalidad inferior al 5%, el índice de necropsias debería ser superior al 75%
- Servicios con mortalidad entre 5-10% el índice de necropsias debe ser superior al 50%
- Servicios con mortalidad superior al 10%, el índice de necropsias debe ser superior al 20%

Lo que es muy importante para determinar el óptimo resultado en el presente estudio. (9)

La relevancia del estudio de autopsia está dada porque a través de este estudio, obtenemos la validación del diagnóstico clínico, el control de la calidad de la atención médico - hospitalaria, el control de calidad de las pruebas de laboratorio, la determinación de consejo genético, enseñanza del personal médico y paramédico y creación de nuevas líneas de investigación.

OBJETIVO GENERAL

Conocer los factores Asociados a la autorización o rechazo de la autopsia de los neonatos fallecidos en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Infantil de México (HIM-FG).

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Conocer la frecuencia de autorización de autopsias en UCIN del HIM-FG.
- 2) Determinar qué factores se asocian a la autorización de autopsia en los neonatos fallecidos en UCIN
- 3) Obtener el porcentaje de mortalidad
- 4) Documentar el porcentaje ideal de estudios postmortem de acuerdo al porcentaje de mortalidad de la UCIN del HIM-FG

HIPOTESIS

Al identificar los factores que intervienen en la autorización o negación de la autopsia en neonatos que fallecieron en una unidad de cuidados intensivos neonatales entonces podremos conocer como abordar a los padres para lograr la autorización del estudio de la autopsia.

JUSTIFICACION

Por razones no documentadas, la realización de estudios postmortem a nivel mundial ha declinado de manera alarmante, por lo que es menester detectar los problemas que se asocian a la autorización o rechazo de autopsia.

En nuestro país la mortalidad por grupos etarios en la etapa neonatal es la de mayor impacto en la tasa de mortalidad infantil por lo que el conocimiento de las causas que condicionan la autorización o rechazo de los estudios postmortem adquiere otra magnitud en cuanto a la posibilidad de mejorar este rubro e incidir en la calidad de atención.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de Estudio: Longitudinal, Retrospectivo, Descriptivo

Lugar: Área de Neonatología del Hospital de México Federico Gómez

Período de Estudio: Enero 2003 a Mayo 2007

Criterios de Inclusión:

* Se incluirá a todo neonato que haya sido ingresado a la UCIN del HIM-FG y fallecido durante su estancia hospitalaria.

Criterios de Exclusión:

* Se excluirá del estudio a todo recién nacido ingresado y fallecido en cualquier otra área del HIM.

* Pacientes que hayan ingresado a UCIN y fallecido en quirófano

* Que el expediente revisado se encuentre incompleto.

VARIABLES

VARIABLES Neonatales. Periodo de vida del nacimiento a 28 días postnatales, Edad de defunción, genero, peso al nacimiento, días de EIH, Genero, Días de vida al Ingreso, Malformaciones Congénitas, Días de estancia Hospitalaria, Dx Base, Dx defunción, Edad Cronológica.

Perinatales. Periodo de vida comprendido desde las 28 SDG hasta la primera semana de vida. No Gesta, patologías durante la gestación y tratamientos, patologías maternas o perinatales y toxicomanías.

Socioculturales. Se ingresa los factores maternos Lugar de Origen, Religión, Nivel de educación, Estado civil, Ocupación.

MATERIAL

* Revisión de expedientes de los pacientes que fallecieron en UCIN durante los años Enero del 2003 a Mayo del 2007.

* Formato especial de llenado individual (Anexo 1)

* Formato de autorización de autopsia del Área de Comunicación Social.

* Formato de Concentrado Individual de hospitalización en el área de Neonatología

* Desarrollar Base de datos de mortalidad de la UCIN en el periodo estudiado

*Programa estadístico de cómputo S.P.S.S. versión 13

*Tasa de mortalidad = Número de fallecidos en el periodo/ total de ingresos en el periodo x 100. (10)

METODO

Se revisaron los expedientes (médico y de Trabajo Social) y concentrados individuales (Anexo 1) de todos los pacientes que ingresaron a UCIN y fallecieron en sala en el periodo de Enero del 2003 a Mayo del 2007.

Se solicito autorización y reviso la información documentada de estudios postmortem del Área de Patología, de los últimos 5 años.

Se solicitaron al área de comunicación social los formatos de solicitud de estudio postmortem (Anexo 2) y de Motivos de rechazo del estudio de autopsia (Anexo3) aplicados a los familiares de los pacientes finados en UCIN, y se vació la información recabada en la base de datos para su análisis.

Se diseñó un formato individual de llenado que se vació en la base de datos de S.P.S.S. versión 13 diseñada especialmente para el estudio.

Se calculó la tasa de mortalidad de la UCIN en los últimos 5 años e investigó la bibliografía para calcular el porcentaje esperado de estudios de autopsia.

ANALISIS ESTADISTICO

Se realizará el análisis estadístico con el paquete SPSS versión 13.0

- * Análisis de frecuencias y medidas de asociación
- * Análisis de Regresión logística
- * Análisis multivariado

RESULTADOS

Se realizó el análisis de los estudios de autopsia de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIM FG) en el periodo de tiempo de 5 años, que abarca de Enero del 2003 a Mayo del 2007 con la finalidad principal de investigar los factores que se asocian a la autorización del estudio de autopsia.

En el análisis de la Mortalidad anual (Tabla y gráfico 1), podemos observar los siguientes resultados:

Ingresaron 1030 neonatos en 5 años, el promedio de ingresos por año fue de 206 pacientes, con un rango de 188 a 282, llama la atención la diferencia que hay entre el número de ingresos en el 2004 (188) y 2006 (282) que fue del 34% más de pacientes.

Fallecieron (n=107 niños) 10.3% en promedio de los 5 años de estudio, de los que se realizó el estudio de autopsia en el (n=30) 28%.

La Tasa de Mortalidad calculada fue de 10.3 anual en 5 años, y el porcentaje de autopsias autorizadas y realizadas del 28% del total de defunciones (n=30) con un índice de autopsias esperado de acuerdo al número de defunciones de más del 20%.

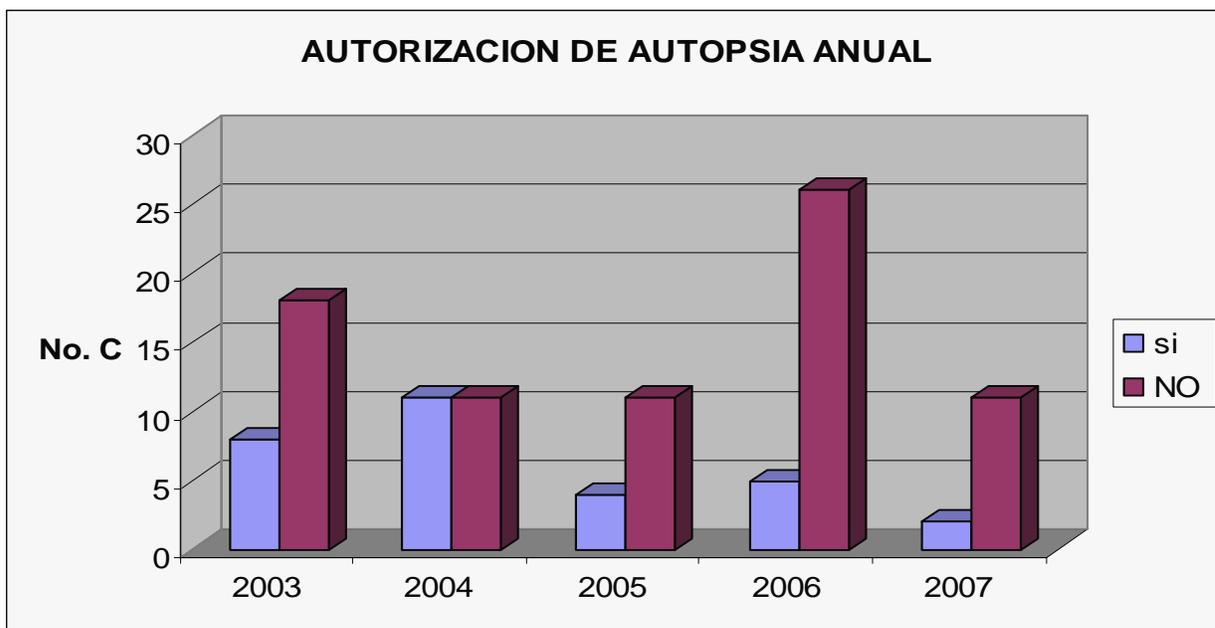
En el 2004 ocurrió el mayor porcentaje de defunción y se obtuvo el mayor porcentaje (50%) de estudios postmortem; de estos el 46% de las muertes se asociaron a procesos infecciosos; al siguiente año se documentó la menor mortalidad (6.1%) del grupo de estudio.

Existe una disminución progresiva en el porcentaje de autopsias realizadas a partir del 2004 a la fecha.

En el año 2007 la información es parcial, ya que faltan 7 meses para terminar el año, por lo que los resultados que se aprecian en la Tabla 1 no son concluyentes para el último año del estudio.

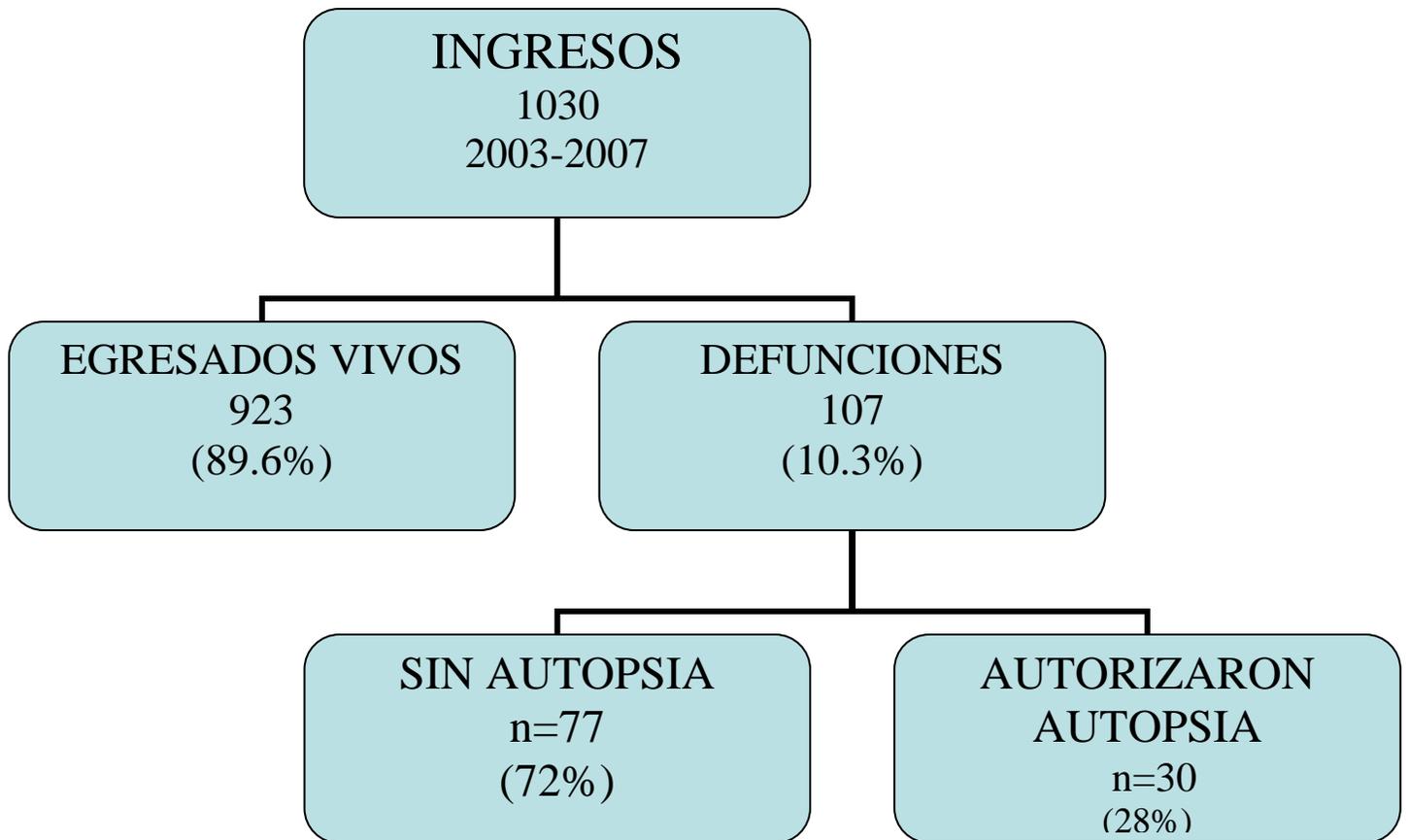
AÑO	2003	2004	2005	2006	2007 Mayo	Rango	Prome- dio	TOTAL
INGRESOS	243	188	242	282	75	188 - 282	206	1030
FALLECIDOS	26	22	16	30	13	16-30	21.4	107
MORTALIDAD %	10.6	11.7	6.1	10.6	17	6.1-11.7	11.2	10.8 %
TOTAL AUTOPSIAS	8	11	4	6	1	4-11	14	30
AUTOPSIAS %	30.7	50	28	20	7.6	20-50	22	28 %

Tabla 1. MORTALIDAD ANUAL



GRAFICA 1

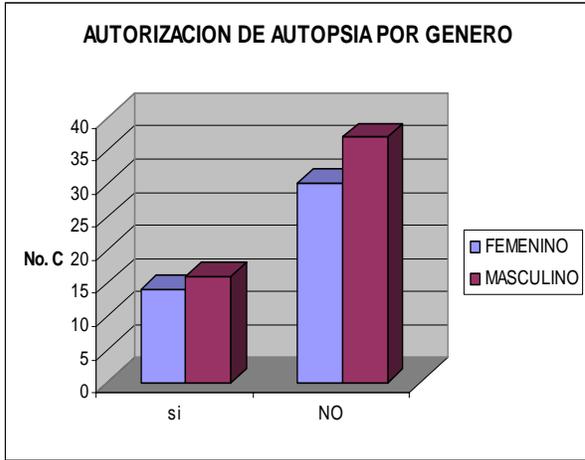
ORGANIGRAMA DE DEFUNCIONES Y AUTOPSIAS



Para el género, en el análisis de frecuencias encontramos, que los porcentajes de cada sexo en la población estudiada son similares por lo que no existe significancia estadística en la autopsia. (Tabla 2)

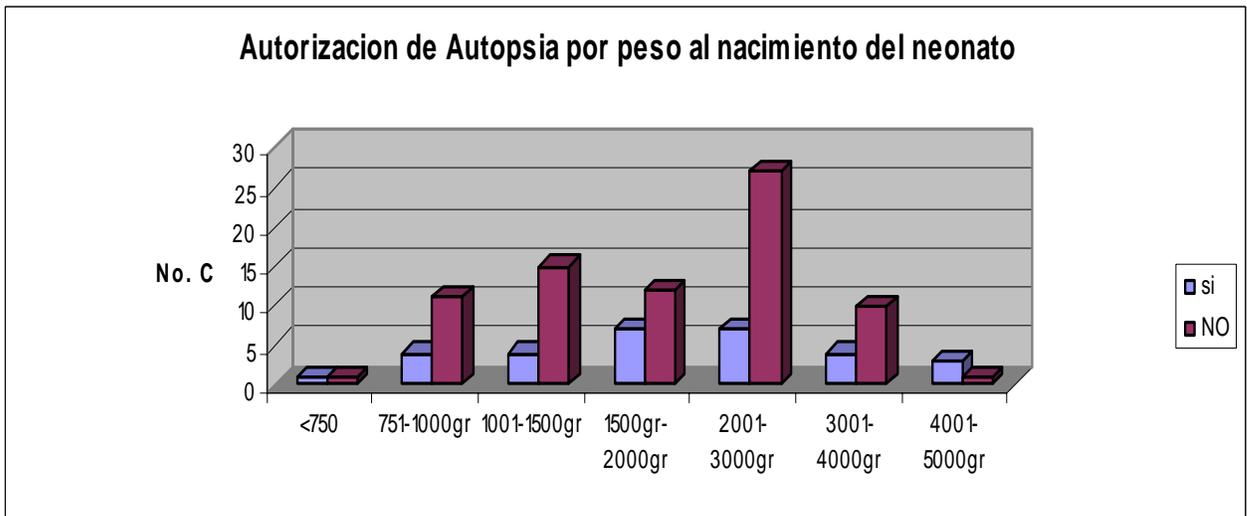
TABLA

GENERO	POBLACION	n	%
FEMENINO	53	14	26
MASCULINO	54	16	29
TOTAL	107	30	28



GRAFICA 2

En la tabla y grafico 3, relativas al PESO AL NACIMIENTO, por frecuencias (grafico 3) el mayor grupo de pacientes que fallecen corresponde a los neonatos que pesan al nacer entre 2000 -3000 g, pero el mayor porcentaje de autopsias es el autorizado en los que pesan de 1,500g a 2000g. En los RN con peso <1000g existe un riesgo 9 veces mayor de que al fallecer no se autorice la autopsia, de 1001g a 2000g no existe riesgo de que por el peso se niegue el estudio postmortem, 2000 a 3000g el valor de OR (tabla 4) es de 0.06 por lo que existe más probabilidad de que se acepte el estudio de autopsia como lo apreciamos en el análisis de frecuencias. La p no fue significativa para ningún grupo de peso. (grafico3)



GRAFICA 3

PESO AL NACIMIENTO	POBLACION	%	n	% autopsias
<1000gr	17	16	5	20
1001-1500gr	19	18	4	21
1500gr-2000gr	19	18	7	37
2001-3000gr	52	48.5	14	26
TOTAL	107	100.0	30	28

TABLA 3

PESO AL NACIMIENTO	OR
Peso	
<1000gr	9.167
1001-1500gr	2.386
1500gr-2000gr	1.091
2001-3000gr	0.068

TABLA 4

La siguiente variable valora el riesgo que existe para la autorización de la autopsia relacionada con la clasificación de la MUERTE POR EDAD CRONOLOGICA del paciente al momento de morir, como se puede observar tanto si se trata de una muerte prematura (menor de 24hrs) como cuando se trato de muertes tempranas (1-7 días) la edad no influyó en la autorización o negación de la autopsia pero en los casos de muerte tardía (8-28días) existió una mayor aceptación de autopsias (55%), aunque el valor de p no fue significativo. (Tabla 5). En el OR se logra observar que hay tendencia a autorizar autopsia en los pacientes que tienen una estancia hospitalaria de 8-28 días, sin embargo hay un riesgo 1.2 mas veces de que no acepten autopsia en los pacientes que tuvieron muerte temprana de 2- 7 días.

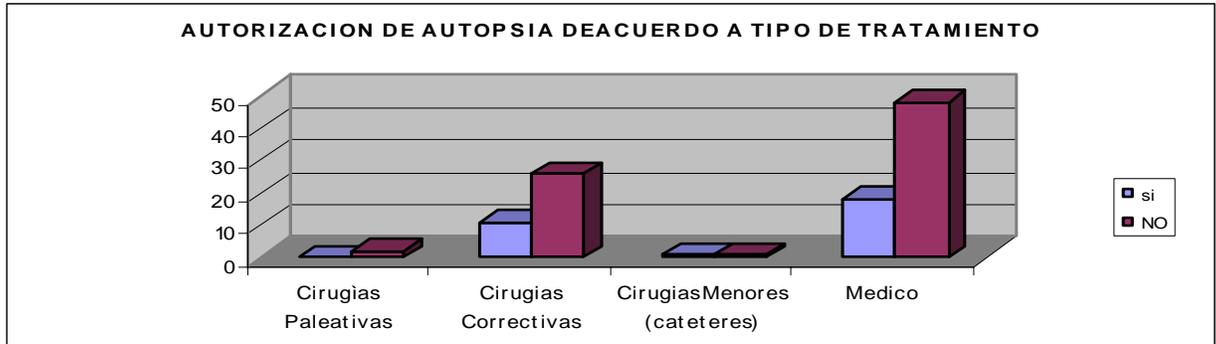
EDAD AL MOMENTO DE LA MUERTE	POBLACION	%	Autopsias n=30 Autorizadas	%
<24hrs Prematuras	6	6	0	0
1-7días Tempranas	30	28	2	7
8-28días Tardías	42	39	23	55
>28días	29	27	5	17
total	107	100	30	28

TABLA 5

Estancia Hospitalaria /Autorización de Autopsia.	OR
Días Estancia Intrahospitalaria	
-48hrs	.970
2-7días	1.238
8-28días	.310

TABLA 6

TRATAMIENTO quirúrgico paliativo, quirúrgico correctivo o médico no fueron significativos, por lo que no depende del tratamiento que reciba el paciente el que se autorice un estudio de autopsia. Por frecuencia a los pacientes que mas aceptaron la autopsia fueron los que recibieron tratamiento médico.

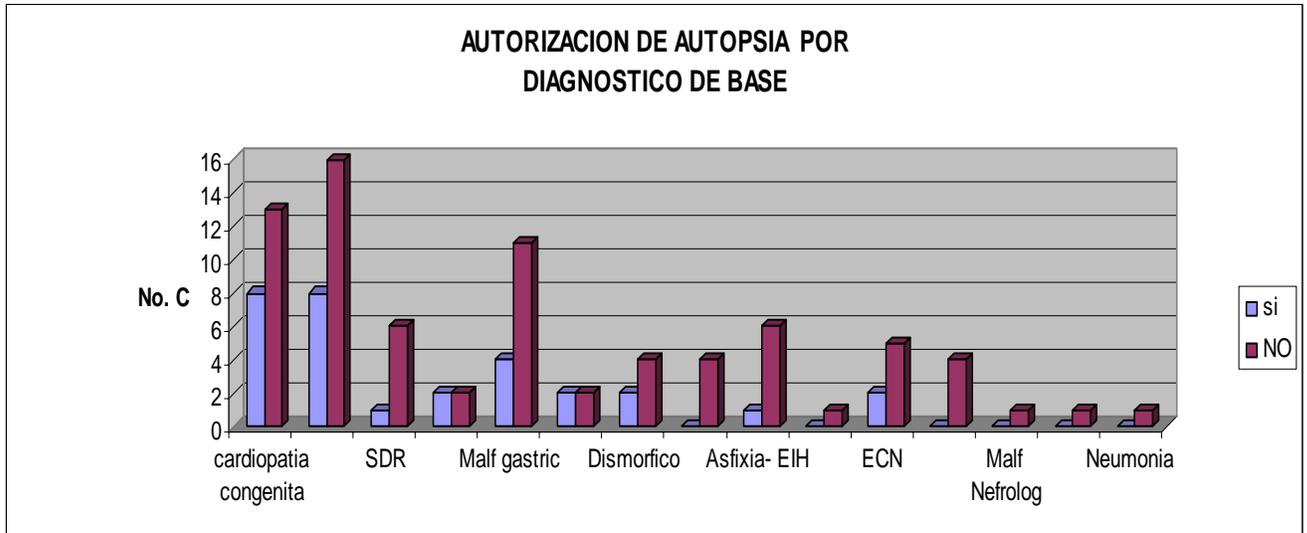


GRAFICA 4

TRATAMIENTO	POBLACION	%	n	%
Cirugía Paliativa	2	1.8	0	0
Cirugía Correctiva	37	34.5	11	37
Cirugía Menor	2	3.7	1	3
Tx MEDICO	66	62	18	60
TOTAL	107	100%	30	28.0

TABLA 5

El análisis de frecuencia del diagnóstico de base, muestra que hay una tendencia mayor a autorizar la autopsia cuando los diagnósticos fueron Cardiopatía congénita (26%) y prematuridad (26%) y en tercer malformaciones gastrointestinales (12%). El valor de OR no mostró asociación con alguna patología para la realización de autopsia.



GRAFICA 5

DX BASE	POBLACION	%	Autopsias N=30	%
Cardiopatía Congénita	21	19.6	8	26.
Prematuridad	24	22.4	8	26
Síndrome de Dificultad Respiratoria	7	6.5	1	3
SEPSIS	4	3.7	2	6
Malformaciones Gastrointestinales	15	14	4	12
Malformaciones Neurológicas	4	3.7	2	6
Síndrome Dismorfico	6	7.1	2	6
Hernia Diafragmática	4	3.7	0	0.
Asfixia- Encefalopatía Hipoxico Isquemica	7	6.5	1	3
Hiperbilirrubinemia Multifactorial	1	0.9	0	0.
Enterocolitis Necrosante	7	6.5	2	6
Neoplasias	4	3.7	0	0.
Malformaciones Renales	1	0.9	0	0.
Síndrome de Aspiración de Meconio	1	0.9	0	0.
Neumonía	1	0.9	0	0.
TOTAL	107	100	30	28.0

TABLA

En el DIAGNOSTICO DE DEFUNCION (diagnóstico principal), de choque séptico 31 pacientes fallecieron por esta causa, que son el 29% y con esto la principal causa de muerte, también en cuanto al total de autopsias la causa más asociada a su aceptación con el 30% del total de defunciones. (TABLA 8). Seguido de choque cardiogenico la cual fue la segunda causa de muerte en la que aceptaron la autopsia

(16%). Acidosis metabólica refractaria, falleció el 4.6% de la población total, con un porcentaje de aceptación de autopsia del 10%. La Perforación intestinal y Neumotórax se autorizó la autopsia en un 9% de las defunciones. Sin embargo en los pacientes con causas de muerte (HIV, CID, IR, HPPRN) más agresivas o crónicas no se autoriza la autopsia.

El OR (TABLA9) existe 1.6 veces mayor riesgo de no autorizar una autopsia en aquellos que fallecieron a causa de alguna cardiopatía o malformaciones. En comparación cuando fallecen por acidosis metabólica refractaria y choque séptico, existe mayor posibilidad de obtener la autorización de autopsia. En el resto de las causas de muerte.

DX DEFUNCION	POBLACION	%	n autopsias	%
Hemorragia Intraventricular	3	2.8	0	0
Malformaciones Neurológicas	2	1.8	2	6
Síndrome Dismorfico	3	2.8	0	0
Choque Séptico	31	29	9	30
Choque cardiogenico	13	12	5	16.6
Acidosis metabólica Refractaria	5	4.6	3	10
Coagulación intravascular Diseminada	3	2.8	0	0
Choque Hemodinámica	14	13	1	3
Neumotórax	3	2.8	3	9
Hemorragia Pulmonar	5	4.6	1	3
Perforación Intestinal	4	3.8	3	9
Hipertensión Pulmonar Persistente del RN	4	3.8	1	3
Insuficiencia Renal Aguda	3	2.8	0	0
TOTAL	107	100	30	28

TABLA 8

de Defunción	OR
Malformaciones Neurológicas	
Síndrome Dismorfico	.100
Choque Séptico	.005
Choque cardiogenico	.398
Acidosis metabólica Refractaria	.005
Coagulación intravascular Diseminada	.167
Choque Hemodinámico	.308
Neumotórax	.100

TABLA 9

Con respecto a las variables perinatales en primer lugar tenemos el número de gesta, es este estudio encontramos el grupo mayor de primigestas con un 29% y por lo tanto también un porcentaje mayor de aceptación de autopsias (TABLA10). Por medio del OR con 2.5 veces más riesgo de no autorizar cuando el neonato fallecido es producto de la segunda gesta. (TABLA 11)

No Gesta	POBLACION	%	Autopsias N=30	%
Primigesta	49	29	17	56.6
Secundigesta	28	26	4	13.
Multigesta	30	28	9	30
total	107	100	30	28.

TABLA 10

No DE GESTACIÓN	Exp(B)
Gestas	
(1) Primigesta	.677
(2) Secundigesta	2.571

TABLA 11

LA EDAD DE LA MADRE en los casos estudiados se observo una frecuencia del 47.5% de madres con edad entre 21-30 años También se observo que por frecuencia este mismo grupo fue quien más autorizo autopsias.(TABLA 12)Y el OR sin ninguna significancia. (TABLA13)

EDAD	POBLACION	%	Autopsia N =30	%
13-20 AÑOS	34	32.	10	33.
21-30 AÑOS	51	47.5	13	43
31-40 AÑOS	19	18	6	20
41-50 AÑOS	3	2.8	1	3
TOTAL	107	100	30	28.0%

TABLA 12

EDAD MATERNA	OR
13-20 AÑOS	
21-30 AÑOS	1.048
31-40 AÑOS	1.048
41-50 AÑOS	

TABLA 13

EL CONTROL PRENATAL como variable no fué estadísticamente significativa. (TABLA 14)

TABLA 11

Control Prenatal	OR
No. Consult	
No. Consult(1)	.000
No. Consult(2)	.000
No. Consult(3)	.000

TABLA 14

OCUPACION MATERNA en esta variable se observó que tenemos que el 85% (TABLA15) de las madres se dedican al hogar y el OR con

0.2 de aceptación de la autopsia el 90% son igual amas de casa. (Tabla 16)

OCUPACION	POBLACION	% defunciones	n	Aceptación de Autopsia n=30 %
HOGAR	91	85	27	90
EMPLEADA	3	3	0	0
COMERCIANTE	6	6	3	10
ESTUDIANTE	7	46	0	0
TOTAL	107	100	30	100

TABLA 15

OCUPACIÓN	OR
Hogar	.293
Comerciante	.208

TABLA 16

LUGAR DE ORIGEN por frecuencia la población más grande fué la procedente del Estado de México con un 48.5%, y la que mas acepto el estudio. (TABLA 17); y en la logística esta variable no fue significativa. Únicamente en la razón de momios (OR) los originarios del DF tienen mayor aceptación por el estudio de autopsia. (TABLA 18)

LUGAR DE ORIGEN	POBLACION	N	%
DF	34	10	33
EDO. MEX	52	14	46.6
OTRO EDO.	20	6	20
TOTAL	107	30	28

TABLA 17

LUGAR DE ORIGEN	OR
Procedenc	
DF	.935
EDO MEX	1.057
Constant	2.333

TABLA 18

ESTADO CIVIL, es un factor que no tuvo influencia sobre la autorización de autopsia, dentro del estudio la mayor población (43%) es de madres CASADAS (TABLA 18) y el OR con 0.8 veces mas para autorizar una autopsia.

Edo. civil	OR
EdoCivil	
soltera	.919
casada	.848
Constant UL	2.538

un factor que no tuvo influencia sobre la autorización de autopsia, dentro del estudio la mayor población (43%) es de madres CASADAS (TABLA 18) y el OR con 0.8 veces mas para autorizar una autopsia.

EDO CIVIL	POBLACION	N	%
SOLTERA	20	5	16.6
CASADA	41	13	43.3
U. LIBRE	46	12	40.
TOTAL	107	30	100

TABLA 19

TABLA 20

ESCOLARIDAD Por frecuencia se encuentra que las que más autorizan son las madres que se encuentran con escolaridad de primaria, y a si mismo son la población más grande en este estudio las madres con escolaridad primaria.(tabla 21)El OR para la autorización del estudio de autopsia, 0.21 veces más probabilidades cuando la madre ha cursado el nivel medio superior de escolaridad (bachillerato), seguidas por las madres analfabetas con de 0.37 más posibilidad de autorización de autopsia (OR), quienes menos aceptaron fueron las madres con escolaridad de secundaria.

ESCOLARIDAD	POBLACION	N=30	%
Analfabeta	5	2	6
Primaria	51	14	46
secundaria	33	6	20
Bachillerato	13	7	23
Licenciatura	5	1	3
Total	107	30	100

TABLA 21

ESCOLARIDAD	OR
Step 1(a)	
Escolaridad analfabeta	.375
primria	.600
secundaria	.929
bachillerato	.002

TABLA 22

Con respecto a la Variable de la RELIGION, encontramos que dentro de nuestra muestra hay una población de 88% de católicos, por lo tanto también fue la religión que mas acepto autopsias. Por estas razones no es posible que se obtenga una alguna significancia estadística. (TABLA 23)

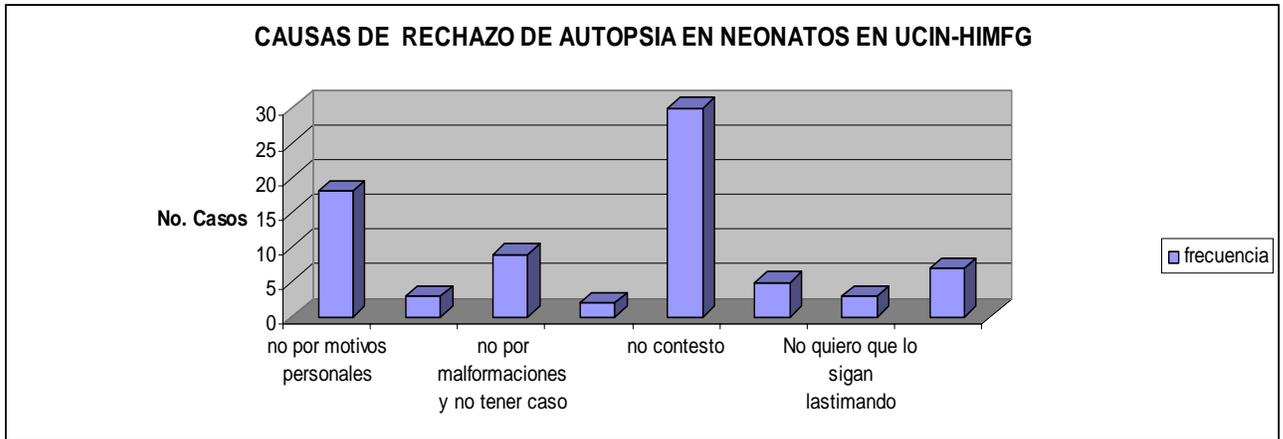
RELIGION	POBLACION	%	N=30	%
Católica	94	88%	27	90
Evangelista	6	5.6	1	3
Testigo de Jehová	7	6	2	6
TOTAL	107	100%	30	100

TABLA 23

Se recabaron las repuestas (de los archivos de comunicación social) los padres de los pacientes fallecidos de UCIN al dar la negativa hacia el estudio de autopsia.

Las respuestas a los motivos por los que no se autorizaba la autopsia fueron las siguientes: del total de 107 defunciones, en 77 (72%) de los casos se rechazó el estudio de autopsia, No contestaron 30 (39%), por motivos personales 18 (23%), 9 (11.6%) por malformaciones y no tener caso, no más procedimientos en 7 (9%), 5 (6.4%) por no querer que su hijo sufra más.

RESPUESTAS DE LOS PADRES CUANDO NIEGAN UNA AUTOPSIA	2003	2004	2005	2006	2007	Total	%
Si	8	11	4	5	2	30	28
No por motivos personales	4	3	1	6	4	18	23
No por religión	0	0	0	2	1	3	4
No por malformaciones y no tener caso	1	3	1	3	1	9	11.6
No por familiares	0	0	1	0	1	2	2.5
No contesto	13	5	4	6	2	30	39
No, ya no quiero que sufra	0	0	2	3	0	5	6.4
No quiero que lo sigan lastimando	0	0	0	2	1	3	4
No más procedimientos	0	0	2	4	1	7	9
TOTAL	26	22	15	31	13	107	100



GRAFICA 6

DISCUSIÓN

De acuerdo al estudio publicado en la Revista Española de Patología (9) para la tasa de mortalidad en nuestra unidad que es del 10.3%, deberíamos tener un índice de necropsias superior al 20%, de acuerdo a los resultados obtenidos en nuestra unidad, fallecieron (n=107 niños) 10.3% en promedio de 5 años, de los que se realizó el estudio de autopsia en (n=30) 28%, con lo que podemos decir que se cumple con los criterios internacionales mencionados.

Ingresaron 1030 neonatos en 5 años, el promedio de ingresos por año fue de 206 pacientes, con un rango de 188 a 282, llama la atención la diferencia que hay entre el número de ingresos en el 2004 (188) y 2006 (282) que fue del 34% más de pacientes, lo que se relaciona probablemente con los cierres de sala que coincide con la mayor mortalidad reportada

en estos 5 últimos años a causa de brotes de infecciones, (Tesis de Infecciones nosocomiales, UCIN-HIM, 2007).

Curiosamente a pesar de que en el 2004 ocurrió el mayor porcentaje de defunción, es de llamar la atención que se obtuvo el 50% de estudios postmortem, de acuerdo a lo esperado debía ser mayor del 20% y precisamente con los hallazgos de los estudios anatomopatológicos se confirmó que el 46% de las muertes se asociaron a procesos infecciosos y la vigilancia epidemiológica, se apoya la toma de decisiones que se reflejan al siguiente año con la disminución de la mortalidad. Llama la atención que el menor porcentaje de defunciones ocurrió en el 2005, y fue del 6.1%. También apreciamos que en el 2005 se documentó el menor porcentaje de defunciones; no obstante que el porcentaje de defunciones se ha mantenido casi sin cambios en estos últimos cinco años, el porcentaje de autopsias refleja una tendencia a ser menor a través del tiempo como se reporta en la literatura mundial, lo que refuerza la importancia de este estudio, y la relevancia de conocer los factores que se asocian a la autorización o rechazo de la realización del estudio postmortem.

De acuerdo al estudio publicado en la Revista Española de Patología (9) para la tasa de mortalidad en nuestra unidad que es del 10.3%, deberíamos tener un índice de necropsias superior al 20%, de acuerdo a los resultados obtenidos en nuestra unidad, fallecieron (n=107 niños) 10.3% en promedio de 5 años, de los que se realizó el estudio de autopsia en (n=30) 28%, con lo que podemos decir que se cumple con los criterios internacionales mencionados.

Ingresaron 1030 neonatos en 5 años, el promedio de ingresos por año fue de 206 pacientes, con un rango de 188 a 282, llama la atención la diferencia que hay entre el número de ingresos en el 2004 (188) y 2006 (282) que fue del 34% más de pacientes, lo que se relaciona probablemente con los cierres de sala que coincide con la mayor mortalidad reportada en estos 5 últimos años a causa de brotes de infecciones, (Tesis de Infecciones nosocomiales, UCIN-HIM, 2007).

A pesar de que en el 2004 ocurrió el mayor porcentaje de defunción, es de llamar la atención que se obtuvo el 50% de estudios

postmortem, de acuerdo a lo esperado debía ser mayor del 20% y precisamente con los hallazgos de los estudios anatomopatológicos se confirmó que el 46% de las muertes se asociaron a procesos infecciosos y la vigilancia epidemiológica, se apoya la toma de decisiones que se reflejan al siguiente año con la disminución de la mortalidad. Llama la atención que el menor porcentaje de defunciones ocurrió en el 2005, y fue del 6.1%. También apreciamos que en el 2005 se documentó el menor porcentaje de defunciones; no obstante que el porcentaje de defunciones se ha mantenido casi sin cambios en estos últimos cinco años, el porcentaje de autopsias refleja una tendencia a ser menor a través del tiempo como se reporta en la literatura mundial, lo que refuerza la importancia de este estudio, y la relevancia de conocer los factores que se asocian a la autorización o rechazo de la realización del estudio postmortem.

Por peso es mayor el porcentaje de defunciones en los niños de 2000g a 3000g, pero no el de realización de estudios postmortem, para lo que no tenemos una explicación válida, ya que cuando analizamos los motivos de rechazo el estudio uno de los principales motivos de no autorización fue porque eran muy pequeños, y no se aclara si por edad cronológica o peso al nacimiento.

El estudio de autopsia se autoriza más cuando la clasificación por edad a la defunción se encuentra en el grupo de muerte tardía, es probable que esto se correlacione con el tiempo de estancia hospitalaria, (aunque no se estudio esta asociación) ya que permite mayor contacto con los padres y por lo tanto mayor oportunidad de estudio del paciente y explicación informada diaria de su estado de salud, de manera que cuando existe una buena relación médico – paciente, la posibilidad de lograr la autorización de un estudio postmortem es mayor.

No hay una explicación clara en relación a la autorización de autopsia relacionada con la patología de base motivo de la muerte, el comportamiento de la autorización probablemente requiere de una muestra mayor. El análisis de asociación no mostró ninguna tendencia hacia la patología de base como factor determinante de autorización o no de la autopsia.

En el caso de las muertes secundarias a cardiopatías, es probable que por conocerse el diagnóstico a través de los estudios al ingreso los padres no consideren la necesidad del estudio postmortem (autopsia virtual), pero aún cuando la principal causa de muerte en nuestra población es la de choque séptico, la probabilidad de autorización es muy baja, este efecto podría relacionarse con la idea de la imposibilidad de obtener mayor información con la autopsia, aunque en la muerte por Coagulación intravascular diseminada, parece haber mayor aceptación; lo que no puede aclararse con este estudio.

En relación al estado civil hay que tomar en cuenta que es muy probable que influya la opinión del padre del paciente fallecido, ya que en las parejas casadas el porcentaje de aceptación del estudio postmortem fue el mayor con 32%. El formato analizado de los motivos por los que los padres o familiares no autorizaron el estudio de autopsia requiere de otro tipo de estudio para poder analizar de manera adecuada los factores psicológicos que se ven involucrados en la aceptación o rechazo de la autopsia, ya que seguramente es más por motivos emocionales y psicológicos el resultado que se refleja en que en 48 casos (62%) no se dio una respuesta clara.

Las variables que no tuvieron asociación con la autorización de autopsia fueron: edad de la madre, lugar de origen, número de gestación, religión.

CONCLUSIONES

1.- La tasa de mortalidad del Área de Neonatología es aún alta comparada con países desarrollados.

2.- Nuestro estudio demostró que el porcentaje de estudios de autopsia de la UCIN del HIM-FG cumple con los criterios establecidos a nivel internacional.

3.- Tanto la tasa de mortalidad como el porcentaje de estudios posmortem son indicadores de productividad que reflejan la calidad de atención y pueden ser utilizados para fines de certificación hospitalaria en nuestra unidad.

4.- El Choque séptico fue la principal causa de defunción, así como la principal causa relacionada con autorización de estudios posmortem.

5.- Las variables analizadas constituyen una población homogénea lo cual podría ser una limitante al análisis estadístico.

6.- La muestra estudiada es pequeña, por lo que es necesario continuar este estudio para que tenga mayor significancia estadística.

7.- Este estudio es pionero en el análisis de factores que favorecen la autorización de los estudios de autopsia, en la literatura mundial a la fecha no encontramos publicada información relativa a la etapa neonatal, lo que hace que este estudio sea original.

8.- La posibilidad de que en el HIM – FG tengamos acceso a estudios diagnósticos con tecnología de punta, puede en muchos casos hacer valer el concepto de la autopsia virtual, lo que podemos suponer por los hallazgos en los casos de muerte por cardiopatías.

9.- Al existir una dinámica de relación médico – paciente adecuada, en los casos e muerte por choque séptico no parece existir mayor duda de los familiares, a pesar de ser la principal causa de muerte.

10.- En el caso de las muertes secundarias a cardiopatías, es probable que por conocerse el diagnóstico a través de los estudios al ingreso los padres no consideren la necesidad del estudio postmortem (autopsia virtual), pero aún cuando la principal causa de muerte en nuestra población es la de choque séptico, la probabilidad de autorización es muy baja, este efecto podría relacionarse con la idea de la imposibilidad de obtener mayor información con la autopsia, aunque en la muerte por Coagulación intravascular diseminada, parece haber mayor aceptación; lo que no puede aclararse con este estudio.

11.- Desconocemos el efecto que pueda tener el momento de solicitud de la autopsia, por que los padres se encuentran en quizá la mayor crisis de dolor emocional del ser humano que podría ser la pérdida de un hijo; se requiere otro tipo de estudio para que la información sea clara y poder aplicar un análisis estadístico apropiado para estas variables que son más de índole psicológico y emocional.

12.- Se refiere en la bibliografía que las madres con mayor escolaridad tienen una mayor disposición a autorizar una autopsia sin embargo en este estudio no fue concluyente.

Para obtener la autorización de un estudio postmortem, No solo es importante la actitud de los padres hacia el estudio de necropsia, y sus intenciones ante la posibilidad de un nuevo embarazo, sino también preparar a los padres cuando las condiciones de salud se encuentran comprometidas y el riesgo de muerte existe, así como mantener una relación médico-paciente óptima a través de ofrecer información veraz, oportuna, adecuada, y brindar todas las posibilidades de aclarar las dudas que pudieran existir en torno a la enfermedad, así como mantener claro el abordaje diagnóstico y terapéutico sin dejar de resaltar aquellas condiciones que por la gravedad del paciente o falta de recursos (ej. Estudios que sólo se realizan en algunos centros especializados nacionales y/o extranjeros), de tal manera que cuando se presenta el fallecimiento los padres o tutores están concientes de la importancia de terminar los estudios del paciente y puedan sentir el apoyo continuo e interés genuino en el bienestar de su hijo(a) y de su familia.

Los estudios de autopsia son importantes indicadores de la productividad hospitalaria, por lo que se deben promover y facilitar las acciones dirigidas a mejorar la aceptación de este recurso con los familiares de los pacientes, con lo que se podrán planear estrategias de mejora en la calidad de atención.

1. No, por motivos personales, 2. No por religión, 3. No por malformaciones y no tener caso, 4. No por familiares, 5. No contesto, 6. No, Ya no quiero que sufra, 7.- No quiero que lo sigan lastimando, 8.- No más procedimientos.

ANEXO 2

Ficha de Identificación

Nombre _____ Registro: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Ingreso: _____ Fecha de Egreso: _____ Sexo: M _ F _ I _
 Peso/Talla/PC al Nacimiento: / / Al Ingreso: / / Al Egreso: / /
 Edad Gestacional al Nacimiento: _____ Al Ingreso: _____ Al Egreso: _____
 Días de vida: _____

Antecedentes:

Ant.HeredoFamiliares: Malformaciones Si ___ No ___ Pérdidas Fetales Si ___ No ___ # ___ Muerte Neonatal Si ___ No ___ # ___
 Ictericia: Si ___ No ___ Antecedente de Hipoacusia: Si ___ No ___ Otros: _____
 Ant. Maternos: Edad Materna: _____ G: _____ P: _____ C: _____ A: _____ O: _____ Hijos vivos: _____
 I: _____ Edad de los hijos _____
 II: _____ Edad de los hijos _____
 III: _____ Edad de los hijos _____
 IV: _____ Edad de los hijos _____
 Control prenatal No ___ Si ___ # de consultas _____ Acudió acompañada No ___ Si ___
 USG: _____ Incremento ponderal durante el embarazo _____
 Patología materna previa al embarazo: No ___ Si _____
 Patología durante el embarazo: No ___ Si _____ Especificar _____
 Uso de esteroides prenatales: No ___ Si ___ Tipo: _____ Dosis: _____
 Uso de drogas No ___ Si ___ Iertrim ___ 2dotrim ___ 3ertrim ___ Tipo _____
 Tabaquismo No ___ Si ___ Antes ___ Durante ___ Después ___
 Parto: _____ Apgar: ___/___ Alimentación: 1- Ayuno 2- Soluciones base 3- Enteral 4- Parenteral

Traslado

Lugar de Procedencia: 1. DF Delegación _____ 2. Edo. De México _____ 3. Provincia _____
 Domicilio _____ Urgencias _____ Sector Salud _____ Privado _____
 Médico que refiere: 1.General 2.Pediatra 3.Neonatólogo 4. Otro 5.No médico
 Lugar de Nacimiento: 1. Hospital 2. Clínica 3. Domicilio 4. Otro
 Atendió el parto: 1. Médico General 2. Pediatra 3. Neonatólogo 4. Partera 5. Otro
 Procedencia: 1. D.F. Delegación _____ 2. Estado de México _____ 3. Provincia _____

	HOSPITAL	AL INGRESO
Intubado		
RCP PPI (tiempo)		
Masaje cardíaco		
Medicamentos		
Glucemia		
SIGNOS VITALES		
Frecuencia Cardíaca		
Frecuencia Respiratoria		
Temperatura		
Llenado capilar		
Tensión arterial media		
SaO ₂		
Ventilación asistida: O ₂ Mlx		
O ₂ Mlx		
CPAP		
MVI		
Otro		
Estado neurológica:		
Malformaciones congénitas		
Catéter:		

BIBLIOGRAFIA

1.-Department of Making Pregnancy Safer, World Health Organization, 2006.

2.-Análisis de La Mortalidad Neonatal Precoz en el Instituto Nacional de Perinatología (1999-2001) Perinatal Reprod Hum 2005; 19:13-21.

3.-Changes in Mortality for Extremely Low Birth Weight Infants in the 1990s: Implications for Treatment Decisions and Resource Use. PEDIATRICS Vol. 113 No. 5 May 2004.

4. Provider Attitudes about Gaining Consent for Perinatal Autopsy. Obstetrics and Gynecology. Vol. 97; No6, June 2001.994-998.

5.-La Autopsia: la consulta final. Simposio, REV. BIOMED. 1977; 8: 171-196 Dra. Leticia Rodríguez Moguer, Hospital de especialidades del CMN "Ignacio Téllez" IMSS.

6.-Autopsia Espejo de la mortalidad intrahospitalaria Salud Púb. 1991; 33:259-265.

7.-Ministerio de Salud Publica Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa Cuba. Mortalidad Neonatal Precoz, Análisis de 15 años, Rev. Cubana Obstet Ginecol 2005; 31(3).

8.- Actitudes y necesidades de los intensivistas pediátricos ante la muerte de sus pacientes. An Pediatr (Barc). 2007; 66(4):351-6.

9.- Revista Española de **PATOLOGÍA** Vol 36 No 3, 2003, pag. 1-12

10.- Correlación Entre Diagnostico Clínico y Anatomopatológico en Muertes Neonatales en el Hospital Nacional Callao 1999.

11.- VIRTOPSISIA, Club de Autopsias de la SEAP (Sociedad Española de Anatomía Patológica) a 50 hospitales públicos reveló que sólo se practicaban necropsias en el 5%