

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL CENTRO MÉDICO
NACIONAL "LA RAZA"
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD DR. ANTONIO FRAGA
MOURET**

**CONCORDANCIA DEL DIÁGNOSTICO CLÍNICO Y
ANATOMOPATOLOGICO EN ESTUDIOS DE
NECROPSIAS, EN EL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL
"LA RAZA"**

**T E S I S D E P O S G R A D O
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:**

A N A T O M Í A P A T O L Ó G I C A

P R E S E N T A :

INVESTIGADOR ASOCIADO

DRA. ELIA YADIRA PENICHE MORENO

ASESORES: DRA. MARIA EUGENIA GALINDO RUJANA *

DR. GUILLERMO GÓMEZ CAMPOS***

México D. F.

2007





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DR. JESÚS ARENAS OSUNA

JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. GUILLERMO GÓMEZ CAMPOS

TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN ANATOMÍA
PATOLÓGICA

DRA. MARIA EUGENIA GALINDO RUJANA

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

DRA. ELIA YADIRA PENICHE MORENO

MEDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

No. De Registro:
R-2007-3501-65

ÍNDICE

Resumen	4
Abstract	5
Antecedentes científicos	6
Planteamiento del problema	11
Justificación	12
Material y métodos	13-14
Resultados	15-27
Discusión	28-29
Conclusiones	30-31
Bibliografía	32-35
Anexos	36-40

RESUMEN

“CONCORDANCIA DEL DIAGNOSTICO CLÍNICO Y ANATOMOPATOLOGICO EN NECROPSIAS.”

OBJETIVO GENERAL: Evaluar los cambios en la exactitud diagnóstica de nuestro hospital en las últimas dos décadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron las autopsias del archivo de patología del HECMR de 1985 a 2004. Fueron realizadas un total 2923 en estos períodos y de estas se revisarán 150 protocolos del 1º. de enero de 1985 al 31 de diciembre de 1994 y 125 protocolos del periodo del 1º. de enero de 1995 al 31 de diciembre de 2004. Se registrarán los datos: No. de autopsia, edad, género, hospital y servicio que solicita la necropsia, los tres diagnósticos clínicos y anatomopatológicos principales y los diagnósticos concomitantes. Fueron analizadas, de manera independiente por dos médicos patólogos del HECMNR. Se clasificaron las discrepancias entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico, en mayores y menores, de acuerdo a los criterios de Goldman modificada por Battle.

RESULTADOS: El error mayor no disminuyó significativamente durante los períodos de tiempo analizados ($p= 0.007$), ni el error diagnóstico menor se incrementó significativamente.

Para las enfermedades neoplásicas, infecciosas y el servicio de medicina interna, se incrementó ligeramente la concordancia clínico-patológica pero no significativamente en la segunda década.

CONCLUSIONES:

Se observó una concordancia clínico patológico del 51 % la primera década y de 54 % durante la segunda década, menor a lo que reportan en la literatura revisada.

Las autopsias han disminuido notablemente, lo cual probablemente ha disminuido la oportunidad de enseñanza en esta área tanto para médicos clínicos como para patólogos en formación.

Palabras Claves: Autopsia, Necropsia, Estudio postmortem.

ABSTRACT

“DIAGNOSTIC ERRORS IN TWO ERAS: A NECROPSY STUDY.”

Background

Studies comparing the accuracy of clinical diagnosis in unselected patients who died in hospital in different medical eras have show on decline of errors in the main diagnosis.

Methods: We analysed retrospectively diagnostic errors, with use of necropsy as the gold standard for diagnosis. We randomly 275 patients who died in hospital ECMN “La Raza” -150 in of 1985-1995,125 of 1995-2004. Whe classified discrepancies between clinical diagnosis and necropsy findings as major and minor errors. We recorded age, sex days of stay.

Findings.

The overall necropsy rate at the hospital stayed at around 90 % for the whole period. During the study, the frequency of major discrepancies no declined significantly. The rate of minor diagnostic errors no increased significantly. The increase in overall diagnostic accuracy occurred mainly because of significant improvement in specificity for cardiovascular diseases and nonsignificantly improved sensitivity .Sensitivity and specificity for neoplastic diseases were high originally and did not change.

Interpretation.

The frequency of major diagnostic errors not change patients who died in hospital was halved over 10 years, of improved clinical skills and news diagnostic procedures.

Palabras Claves: Autopsia, Necropsy, Estudio postmortem.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Los cambios morfológicos ligados a las enfermedades se demostraron en el Siglo XVIII con el estudio de la autopsia por Morgagni. Su obra «De Sedibus et Causis morborum per anatomen indagatis» publicada en 1761, estableció el concepto anatómico de enfermedad racionalizada en la pregunta «Ubi est morbus». El entusiasmo por la práctica de la autopsia, fundamentada por Morgagni como búsqueda esencial de la causa mórbida, es continuado en la escuela de París por Corvisart y Laennec, quienes describiendo nuevas enfermedades orgánicas.(1)

En la actualidad el proceso diagnóstico es complejo, de interacción entre conocimientos médicos, estudios paraclínicos y de gabinete. La acertividad diagnóstica ha mejorado en los últimos 30 años, sin embargo, no hay información que demuestre la disminución en los errores en diagnósticos clínicos considerando a las necropsias, como el estándar de oro para confirmar el diagnóstico. (2,-8)

El examen postmortem, puede confirmar los diagnósticos clínicos, o revelar patologías que pasaron desapercibidas, por la clínica o por estudios de imagen' (3-9)

La autopsia continúa siendo o debería seguir siendo, un pilar vital en la educación médica, y un indicador de la calidad de la misma. (10); es importante para adquirir conocimientos en casos con dudas clínicas específicas.

En otras ocasiones es útil para replantear los diagnósticos en casos similares.

(11) Se debería considerar esencial tanto en la educación médica, como en el control de calidad de la atención hospitalaria. (11-14)

A pesar de las razones antes mencionadas en la importancia del estudio anatomopatológico de las necropsias, estas han disminuido en la mayoría de los centros hospitalarios, en todos los países.

Entre algunas de las razones que pueden explicarlo, se incluyen las siguientes:

1.- No existe una retribución económica que implique una labor que requiere de mucho tiempo, y mayor cantidad de material para su procesamiento.

2.-Temor de litigio por malas prácticas, de los clínicos. (15-16)

3.-Los avances tecnológicos en los equipos auxiliares de diagnóstico, tales, como la resonancia magnética. (12)

4.-Falta de reconocimiento de valor en la confirmación de diagnósticos clínicos. (17)

5.-Temor para la realización de necropsias; en casos como enfermedades infecciosas por el virus de la inmunodeficiencia adquirida y la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, que requieren equipo e información adicional por parte del personal médico y no médico que interviene en la realización de las autopsias.

6.-Los mismos patólogos ven las autopsias como una actividad no agradable 7.- El servicio de autopsias se ha vuelto un centro de costos, más que un centro rentable para los hospitales, ya que el costo de material por autopsia es elevado (6,11).

Algunos investigadores han examinado, la concordancia de los diagnóstico clínicos y los diagnóstico anatomopatológico de las necropsias utilizando diferentes clasificaciones.

La clasificación de Goldman modificada por Battle, utiliza el siguiente sistema para valorar la concordancia y discrepancia en los diagnósticos; las divide en discrepancias mayores (discrepancia clase I y II GOLDMAN) y en discrepancias menores (clase III y IV GOLDMAN) (.2, 3, 6,8-9, 12,14)

DISCREPANCIAS MAYORES

CLASE I

DISCREPANCIAS EN EL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL.

Es aquella en la que la discrepancia en el diagnóstico principal, es tan importante, que el conocimiento del diagnóstico antes de la muerte debería haber conducido al cambio del manejo y habría curado al paciente. Ejemplo: infarto pulmonar tratado como neumonía, ó neumonía micótica tratada como infección bacteriana.

CLASE II

DISCREPANCIAS EN EL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Son aquéllos errores que aunque hubieran sido detectados antes de la muerte, no habrían cambiado la sobrevida del paciente, incluso con la corrección del tratamiento. Por ejemplo: Insuficiencia cardiaca biventricular debida a estenosis aórtica severa con embolia pulmonar no detectada, ó sepsis bacteriana correctamente tratada con falla multiorgánica debida a osteomielitis cervical postoperatoria sin que se reconociera la causa , en un paciente con artritis reumatoide.

DISCREPANCIAS MENORES

CLASE III

Discrepancias en diagnósticos menores no relacionados directamente con la causa de la muerte, pero con síntomas que deberían haber sido tratados o podrían haber afectado eventualmente el pronóstico. Por ejemplo carcinoma pulmonar en un paciente con ruptura de aneurisma infrarrenal ártico.

CLASE IV

Discrepancias en diagnósticos ocultos menores. No diagnosticados, pero con posible importancia epidemiológica o genética .Ejemplo: cálculos biliares asintomáticos, bocio.

NO DISCREPANCIAS

CLASE V

Diagnóstico clínico y anatomopatológico de necropsias concordantes

(2-4, 6, 9,18-19)

Goldman y colaboradores estudiaron las discrepancias diagnósticas en dos hospitales de Boston revisando la concordancia en tres décadas (1959-1960,1969-1970, y 1979-1980. Y sugirieron que la tecnología moderna no ha mejorado la certeza de diagnósticos clínicos. En las tres décadas se encontraron errores en los diagnósticos principales en el 8 al 12 % de las autopsias. Además 11.7 % de las autopsias, revelaron diagnósticos principales que revalorándose podrían haberse hecho clínicamente

(2,-4, 8, 18,19)

El estudio de Battlle, subsecuente al de Goldman de 2067 autopsias de 32 centros, encontró 33.8 % de discrepancias en los diagnósticos principales. (6) Britton en un estudio de 383 autopsias encontró diferencias significativas en proporción a los diagnósticos erróneos entre individuos que morían antes o después de los 70 años. Mientras que Heasman y Lipworth, en un estudio de 9501 casos, documentó un incremento progresivo de los errores en los diagnósticos principales relacionados con la edad, esto es un “nuevo hecho” descubierto con las autopsias, (6, 13,14)

El interés por el presente estudio, es por el desconocimiento que hay sobre la concordancia de diagnósticos clínico y anatomopatológico en estudios postmortem en nuestra población.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Algunos investigadores han examinado, la concordancia entre los diagnósticos clínico y anatomopatológico de las necropsias utilizando diferentes clasificaciones.

Goldman y colaboradores estudiaron las discrepancias diagnósticas en dos hospitales de Boston revisando la concordancia en tres décadas y encontraron errores en los diagnósticos principales en el 8 al 12 % de las necropsias. Battlle en 2067 autopsias de 32 centros, encontró discrepancias en los diagnósticos principales en el 33.8 %.

En el hospital de Especialidades del Centro Médico “La Raza” ,de la UMAE Dr. Antonio Fraga, se realizaron 2923 autopsias en veinte años y no se ha investigado la concordancia entre diagnóstico clínico y anatomopatológico. Siendo las autopsias un indicador importante de la calidad de los diagnósticos clínicos realizados en un hospital y el estándar de oro de los mismos, decidimos realizar este estudio; para valorar la concordancia del diagnostico, clínico-anatomopatológico en nuestro hospital.

1. ¿Cuál es la concordancia entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico en necropsias realizadas en el HECMN LA RAZA en el periodo de 1985 al 2004?
2. ¿Cuál es la diferencia de la concordancia entre los períodos de tiempo estudiados (1985 a 1994) y (1995 a 2004)?

JUSTIFICACION

En el HECMN "La Raza, de la UMAE Dr. Antonio Fraga Mouret, que es un centro de concentración, se realizaron 2923 autopsias en veinte años, en el período comprendido, de enero de 1985 a diciembre de 2004.

Se realizaron 2379 necropsias en la década de 1985 a 1994 y 538 de 1995 a 2004.

Por lo anterior, consideramos de importancia conocer la concordancia del diagnóstico clínico y anatomopatológico, en necropsias de los veinte años y compara la concordancia diagnóstica de las dos décadas. Dado que los nuevos recursos tecnológicos, proporcionan mayor información, pero también pueden contribuir a diagnósticos, falsos positivos y falsos negativos.^(3,6,11)

En nuestro hospital, creemos que habrá discrepancias en los diagnósticos principales, en el 20% de las necropsias, de los últimos veinte años.

Consideramos que la concordancia diagnóstica clínico- anatomopatológica en las necropsias, ha mejorado en la última década, comparada con el primer período de tiempo estudiado.

El objetivo fue conocer la concordancia del diagnóstico clínico y anatomopatológico en nuestro medio y de esta manera evaluar, la calidad y certeza de los diagnósticos clínicos

MATERIAL Y MÉTODOS.

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la concordancia entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico en estudios de necropsias realizados en los últimos veinte años en el hospital de Especialidades Centro Médico “La Raza”

DISEÑO:

RETROSPECTIVO, TRANSVERSAL, COMPARATIVO, DESCRIPITIVO, OBSERVACIONAL Y ABIERTO.

El estudio se llevó a cabo en el departamento de Anatomía Patológica del Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se revisarán los protocolos de autopsias del archivo de patología del HECMR del periodo comprendido, de 1985 a 2004. Se revisaran 150 protocolos del 1º. de enero de 1985 al 31 de diciembre de 1994 y 125 protocolos del periodo del 1º. de enero de 1995 al 31 de diciembre de 2004. Se registraran los datos en hoja Excel: No. de autopsia, edad, género, hospital y servicio que solicita la necropsia, los tres diagnósticos clínicos y anatomopatológicos principales y los diagnósticos concomitantes, no principales.

Los datos capturados se analizarán, de manera independiente por dos médicos patólogos del HECMNR. Se clasificaran las discrepancias entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico, en discrepancias mayores y menores, de acuerdo a los criterios de Goldman modificada por Battle.

Se obtuvo el porcentaje de concordancia y discrepancia diagnóstica, de los veinte años y también se calculará por separado, el porcentaje de las mismas,

en cada una de las décadas y determinar si la concordancia diagnóstica, ha aumentado en la última década.

Grupo I: 1ro de Enero de 1985 al 31 de diciembre de 1994.

Grupo II: 1 ro de Enero de 1995 al 31 de Diciembre de 2004.

Fueron registrados la edad, sexo, hospital y servicio solicitante del estudio de necropsia y se anotaran los tres diagnósticos clínicos y anatomopatológicos principales y los diagnósticos concomitantes no principales.

Se analizarón de manera independiente las discrepancias de los diagnósticos por dos patólogos y se discutirán de manera conjunta aquellos casos en los cuales no hubo acuerdo inicial.

Las discrepancias entre los diagnósticos clínico y anatomopatológico fueron clasificadas de acuerdo al método de Goldman y cols. y modificada por Battle, la cual considera discrepancias mayores clase I y II, menores clase III y IV y concordancia clase V.

Análisis estadístico.

Estadística descriptiva,, Se buscó la concordancia de Kappa y se comparó los dos períodos con prueba de Chi cuadrada.

RESULTADOS

Se seleccionó un total de 275 autopsias de las 2923 realizadas en el Hospital Centro Médico Nacional “La Raza” en el período comprendido entre 1985 al 2004.

Par fines de análisis se reagruparon las autopsias realizadas en la primera década comprendida entre 1985 – 1994 y las autopsias realizadas en la segunda década entre los años 1995 - 2004

Del total de 275 autopsias seleccionadas, 150 correspondieron a la primera década representando un 55 % y 125 fueron de la segunda década con un 45 % como se muestra en la Tabla No. 1

TABLA No. 1

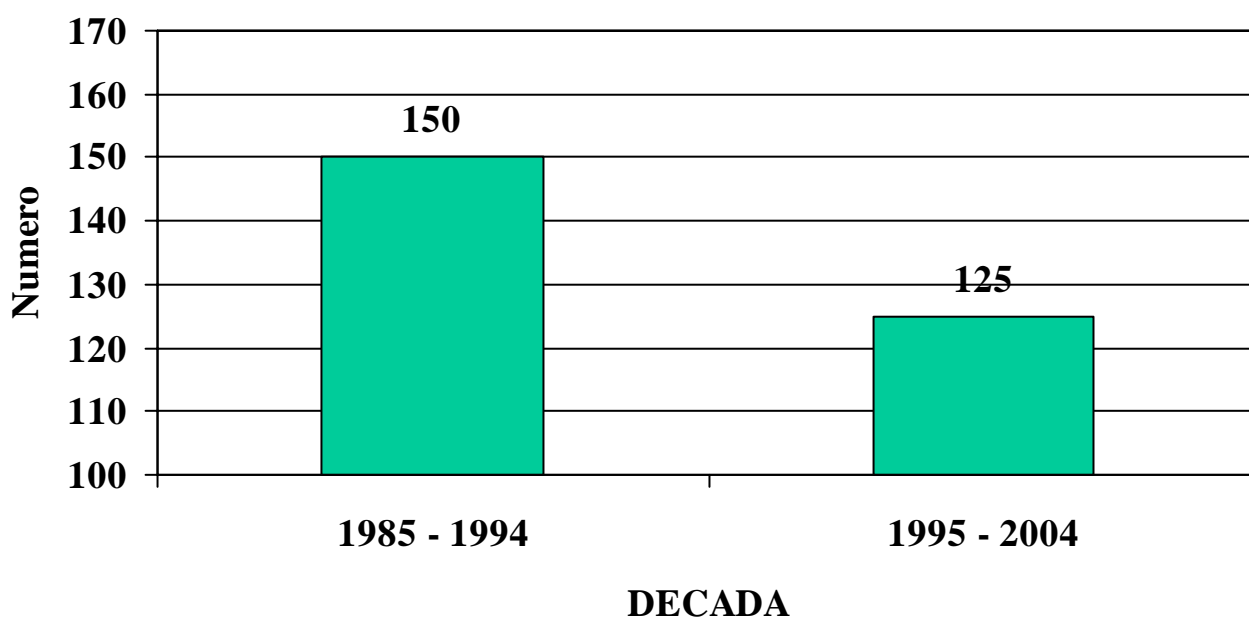
Autopsias realizadas 2923, se seleccionan 275 en el Hospital Centro Médico Nacional “La Raza”
En los períodos 1985 – 1994 y 1995 – 2004

DECADA	No.	%
1985 - 1994	150	55
1995 - 2004	125	45
TOTAL	275	100

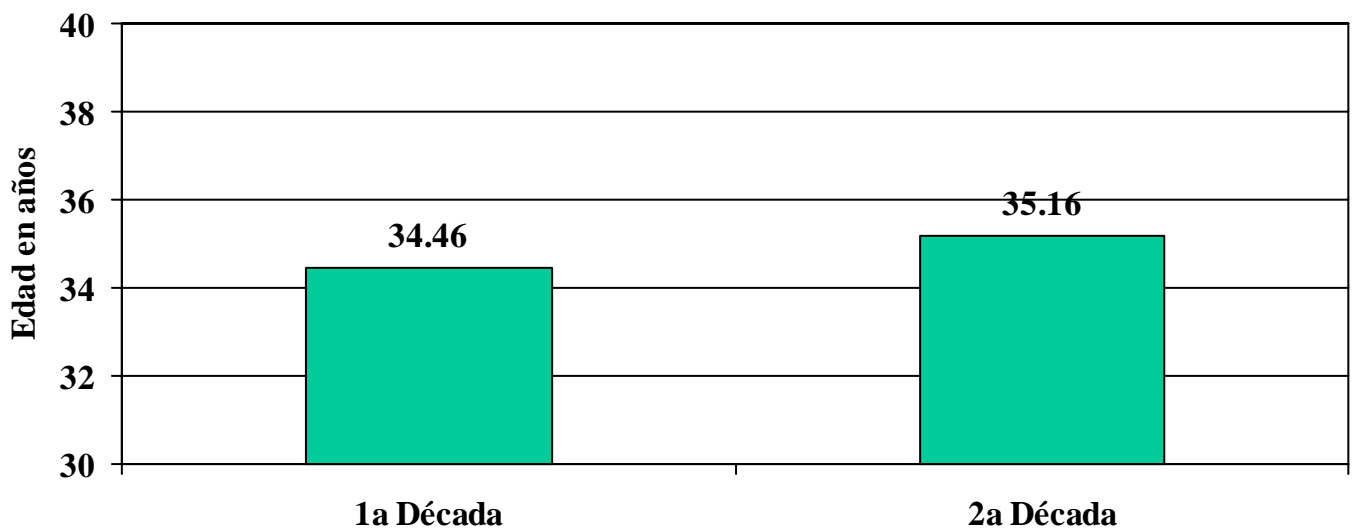
Fuente: Archivo del Servicio de Patología

Gráfica No. 1

“Autopsias realizadas en el Hospital C.M.N. “ La Raza” en los períodos 2923, seleccionadas 275 entre 1985 – 1994 y 1995 – 2004 “



Gráfica No. 1 - A
Media aritmética de la edad de las Autopsias reportadas
En los períodos 1985 – 1994 y 1995 – 2004
Hospital C.M.N. “La Raza”



Edad

Los 150 sujetos correspondientes a la primera década presentaron una media aritmética de 34.46 años, con una desviación estándar de 26.08.

Asimismo los 125 sujetos de la segunda década presentaron una media aritmética de 35.16 años, con una desviación estándar de 25.95

Las medias de los 2 subgrupos no presentaron una diferencia estadísticamente significativa ($Z = -0.222$; $p > 0.05$)

Género

En el subgrupo de la primera década, 94 correspondieron al género masculino y 56 al femenino.

En el subgrupo de la segunda década 77 y 48 correspondieron los géneros masculino y femenino respectivamente.

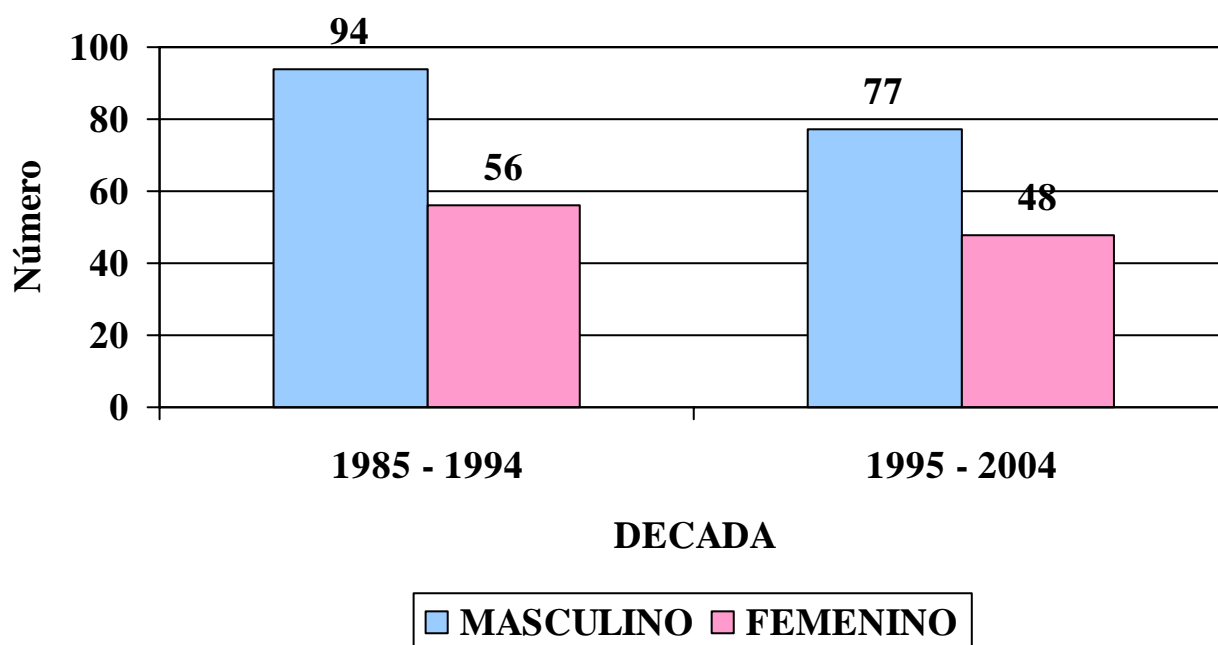
La distribución según género en los dos subgrupos no presentó una diferencia significativa ($\chi^2 = 0.003$; 1 gl; $p > 0.05$) ver Tabla No. 2

TABLA No. 2

Distribución según género de las Autopsias reportadas
En los períodos 1985 – 1994 y 1995 – 2004
Hospital C.M.N."La Raza".

GENERO	1985 - 1994	1995 - 2004	TOTAL
MASCULINO	94	77	171
FEMENINO	56	48	104
TOTAL	150	125	275

Fuente: Archivo del Servicio de Patología $\chi^2 = 0.003$; 1 gl; $p > 0.05$



Servicio

En cuanto al servicio de donde provenían se encontró que el servicio con más autopsias fue el de Medicina Interna con un total de 51 de las cuales 26 fueron de la primera década y 25 de la segunda década.

En segundo lugar se encontró el Servicio de Infectología, con un total de 37 de las cuales 21 fueron en la primera década y 16 en la segunda década.

En tercer lugar con 28 autopsias cada una se encontraron los Servicios de Terapia Intensiva y Terapia Intensiva de Neonatos.

Con 22 autopsias se encontró el Servicio de Neurocirugía de las cuales 10 y 12 correspondieron a la primera y segunda década respectivamente, ocupando el cuarto lugar.

El quinto lugar lo ocupó el Servicio de Hematología con 16 autopsias de las cuales 11 y 5 correspondieron a la primera y segunda década respectivamente.

En los servicios de Cirugía General, Terapia Pediatría, se registraron 9 y 8 autopsias respectivamente en ambas décadas.

En los servicios Cardiología, Gastroenterología y Neurología, presentaron un empate con 7 autopsias cada una en ambas décadas.

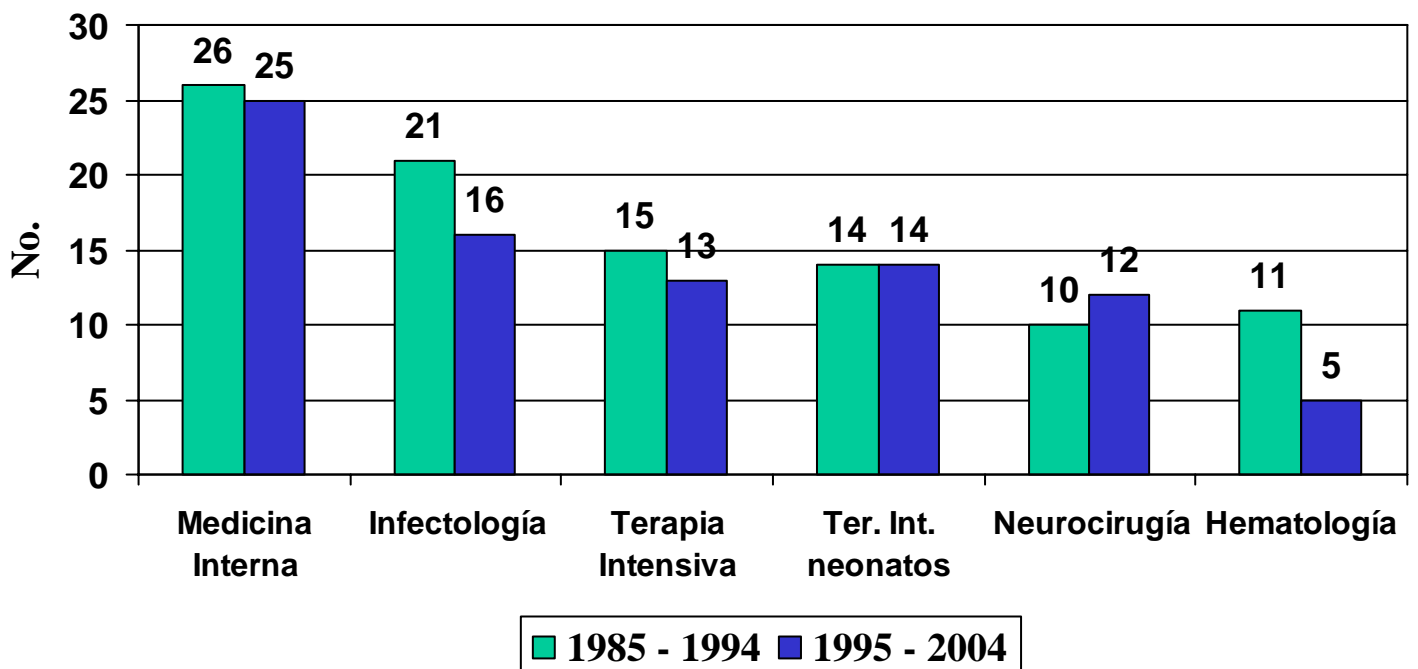
En el servicio de Admisión Continua se observaron 6 autopsias. En los Servicios de Cardiología Pediátrica, Infecto Pediatría y Urgencias Pediatría se empataron con 5 autopsias cada una en las dos décadas, como se muestra en la Tabla No. 3

TABLA No. 3
Numero de Autopsias reportadas por Servicio
En los períodos 1985 – 1994 y 1995 – 2004
Hospital C. M. N."La Raza".

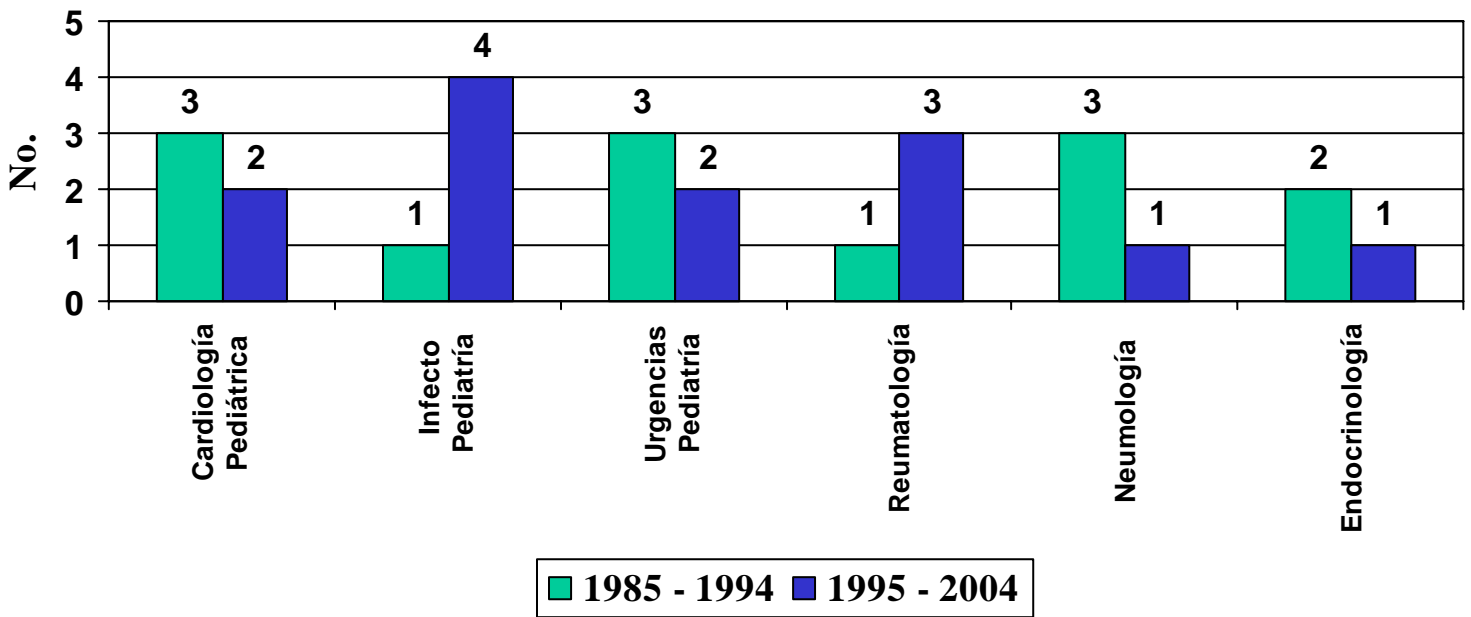
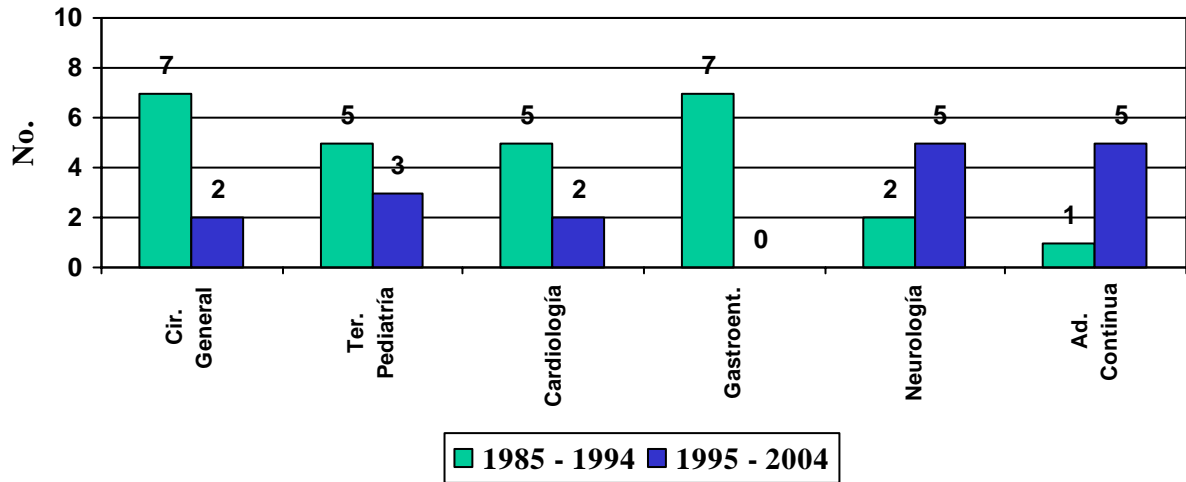
SERVICIO	1985 - 1994	1995 - 2004	TOTAL
Medicina Interna	26	25	51
Infectología	21	16	37
Terapia Intensiva	15	13	28
Terapia Intensiva neonatos	14	14	28
Neurocirugía	10	12	22
Hematología	11	5	16
Cirugía General	7	2	9
Terapia Pediatría	5	3	8

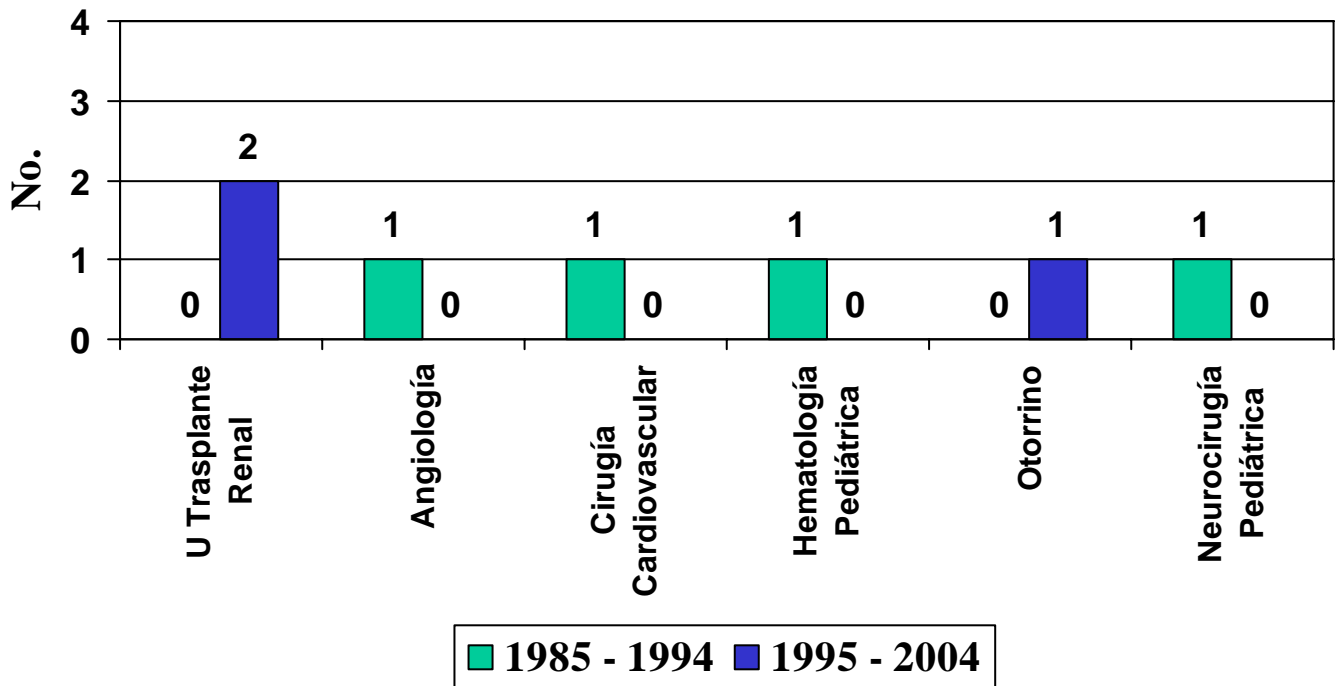
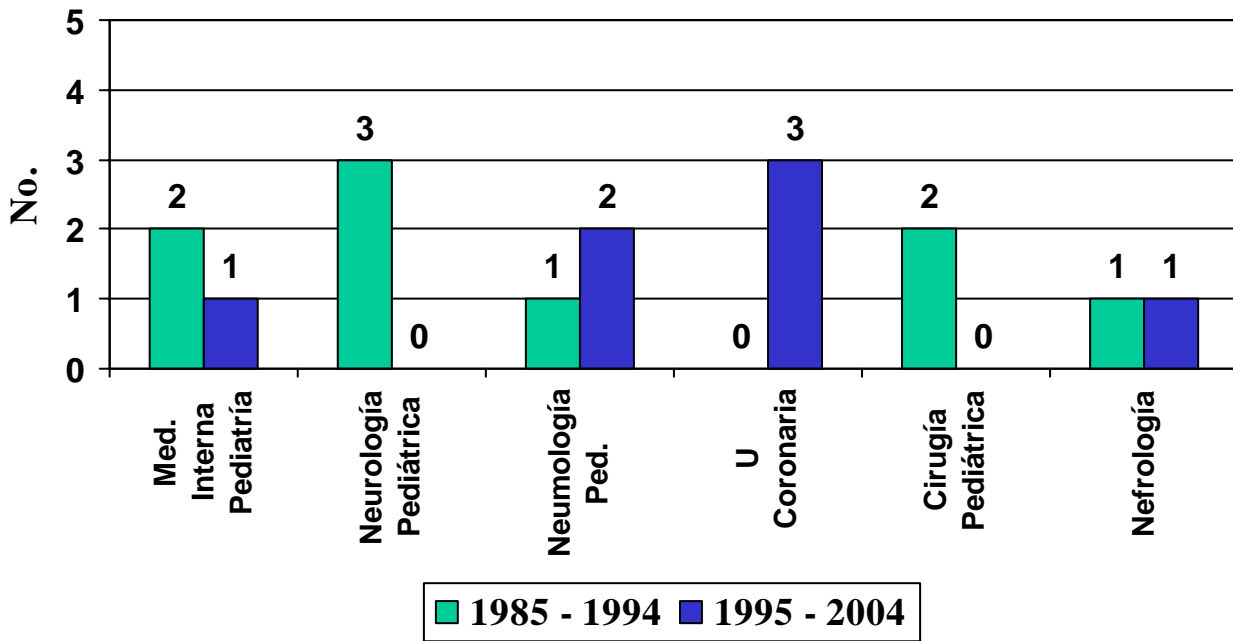
Cardiología	5	2	7
Gastroenterología	7	0	7
Neurología	2	5	7
Admisión Continua	1	5	6
Cardiología Pediátrica	3	2	5
Infecto Pediatría	1	4	5
Urgencias Pediatría	3	2	5
Reumatología	1	3	4
Neumología	3	1	4
Endocrinología	2	1	3
Medicina Interna Pediatría	2	1	3
Neurología Pediátrica	3	0	3
Neumología Pediátrica	1	2	3
U Coronaria	0	3	3
Cirugía Pediátrica	2	0	2
Nefrología	1	1	2
U Trasplante Renal	0	2	2
Angiología	1	0	1
Cirugía Cardiovascular	1	0	1
Hematología Pediátrica	1	0	1
Otorrino	0	1	1
Neurocirugía Pediátrica	1	0	1
TOTAL	150	125	275

Fuente: Archivo del Servicio de Patología



Gráfica No. 3 - B
 Numero de Autopsias reportadas por Servicio
 En los períodos 1985 – 1994 y 1995 – 2004
 Hospital C.M.N. “La Raza “





Clasificación de Goldman

En cada una de las autopsias seleccionadas se analizaron la concordancia clínica e histopatológica del estudio de necropsia, de acuerdo a la Clasificación de Goldman, modificada por Battle.

De las 150 autopsias correspondientes a la primera década, con la aplicación de la Clasificación de Goldman, modificada por Battle, 33 autopsias se clasificaron en la categoría I, 55 autopsias a la categoría II, 5 en la III, 6 autopsias en la IV y finalmente 51 en la clasificación V.

En cuanto a las 125 autopsias de la segunda década, 34 de ellas se clasificaron en la categoría I, asimismo se identificaron a 28, 6 y 3 en las categorías II, III, y IV respectivamente y finalmente 54 autopsias clasificadas con categoría V.

La distribución de las categorías según la Clasificación de Goldman, modificada por Battle en las dos décadas es muy semejante y al aplicar la técnica No paramétrica de Chi cuadrada se confirmó que no existe una diferencia estadísticamente significativa a un 95 % de confianza, como se muestra en la Tabla No. 4

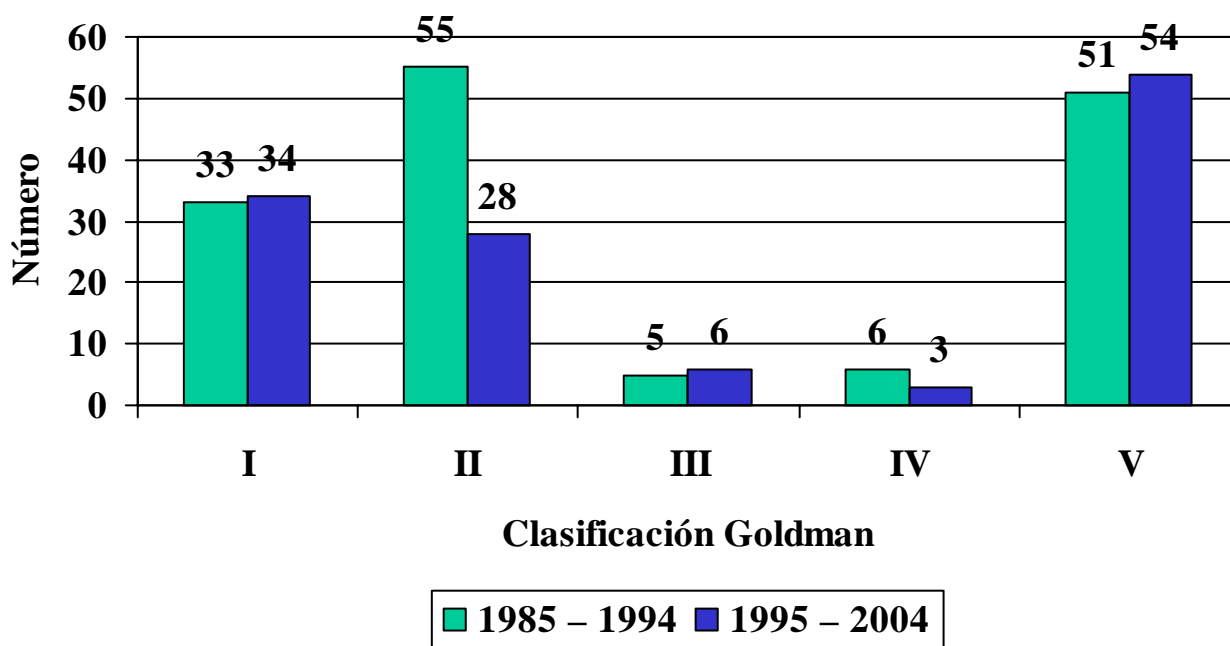
Tabla No. 4
Clasificación de Goldman, modificada por Battle de las
Autopsias distribuidas por década
Hospital C.M.N."La Raza".

PERIODO	Clasificación Goldman, mod. por Battle					TOTAL
	I	II	III	IV	V	
1985 – 1994	33	55	5	6	51	150
1995 – 2004	34	28	6	3	54	125
TOTAL	67	83	11	9	105	275

Fuente. Directa

$$X^2 = 7.776;$$

4 gl; $p > 0.05$



En cuanto al análisis de las autopsias del Servicio de Infectología, de las 21 de la primera década, según la Clasificación Goldman, modificada por Battle, quedaron en 2, 11 y 2 en las categorías I, II, y III respectivamente, y 6 autopsias con categoría V.

De las 16 autopsias de la segunda década en las categorías I, II y III se encontraron 2, 5 y 1 respectivamente y 8 en la categoría V.

Esta distribución por décadas no presentó una diferencia estadísticamente significativa, como se muestra en la Tabla No. 5

Tabla No. 5
Clasificación de Goldman, modificada por Battle de las Autopsias distribuidas por década Servicio De Infectología

PERIODO	Clasificación Goldman, mod. por Battle				TOTAL
	I	II	III	V	
1985 – 1994	2	11	2	6	21
1995 – 2004	2	5	1	8	16
TOTAL	4	16	3	14	37

Fuente. Directa

$X^2 = 2.234$; 3 gl; $p >$

0.05

En relación con las autopsias del Servicio de Neurocirugía, de las 10 de la primera década, según la Clasificación Goldman, modificada por Battle, quedaron en 2 y 4 en las categorías I y II, respectivamente, y 4 autopsias con categoría V.

Mientras que de las 12 autopsias de la segunda década en las categorías I, II y IV se encontraron 1, 7 y 1 autopsias respectivamente y 3 en la categoría V.

El análisis por décadas no presentó una diferencia estadísticamente significativa, a un 95 % de confianza, como se muestra en la Tabla No. 6

Tabla No. 6
Clasificación de Goldman, modificada por Battle de las
Autopsias distribuidas por década
Servicio de Neurocirugía

PERIODO	Clasificación Goldman, mod. por Battle				TOTAL
	I	II	IV	V	
1985 – 1994	2	4	0	4	10
1995 – 2004	1	7	1	3	12
TOTAL	3	11	1	7	22

Fuente. Directa

$X^2 = 2.13; 3 \text{ gl}; p > 0.05$

De acuerdo con las autopsias del Servicio de Hematología, de las 11 registradas en la primera década, según la Clasificación Goldman, modificada por Battle, se identificaron 3 y 6 en las categorías I y II, respectivamente, y solamente 2 autopsias con categoría V.

Por otro lado, de las 5 autopsias de la segunda década se encontraron 3, y 1 en las categorías I, II respectivamente y solo 1 en la categoría V.

Los valores en ambas décadas no presentaron una diferencia estadísticamente significativa, a un 95 % de confianza, como se muestra en la Tabla No. 7

Tabla No. 7
Clasificación de Goldman, modificada por Battle de las Autopsias distribuidas por década
Servicio de Hematología

PERIODO	Clasificación Goldman, mod. por Battle			TOTAL
	I	II	V	
1985 – 1994	3	6	2	11
1995 – 2004	3	1	1	5
TOTAL	6	7	3	16

Fuente. Directa

$$X^2 = 1.926; 2 \text{ gl}; p >$$

0.05

La distribución de las autopsias con la Clasificación de Goldman, modificada por Battle en ambas décadas en los servicios de Cirugía General, Cardiología, Medicina Interna, Terapia Intensiva Neonatos, y Terapia Intensiva no presentaron diferencias significativas ver Tablas Nos. 8, 9, 10, 11 y 12

Tabla No. 8
Clasificación de Goldman, modificada por Battle de las Autopsias distribuidas por década
Servicio de Cirugía General

PERIODO	Clasificación Goldman, mod. por Battle					TOTAL
	I	II	III	IV	V	
1985 – 1994	2	1	1	1	2	7
1995 – 2004	1	1	0	0	0	2
TOTAL	3	2	1	1	2	9

Fuente. Directa

$$X^2 = 2.25; 4 \text{ gl};$$

$p > 0.05$

Tabla No. 9
 Clasificación de Goldman, modificada por Battle de las
 Autopsias distribuidas por década
 Servicio de Cardiología

PERIODO	Clas. Goldman, mod. por Battle		TOTAL
	I	V	
1985 – 1994	2	3	5
1995 – 2004	1	1	2
TOTAL	3	4	7

Fuente. Directa

$X^2 = 0.365$; 1 gl; $p >$

0.05

Tabla No. 10
 Clasificación de Goldman, modificada por Battle de las
 Autopsias distribuidas por década
 Servicio de Medicina Interna

PERIODO	Clasificación Goldman, mod. por Battle					TOTAL
	I	II	III	IV	V	
1985 – 1994	7	10	1	2	6	26
1995 – 2004	10	4	2	0	9	25
TOTAL	17	14	3	2	15	51

Fuente. Directa

$X^2 = 6.017$; 4 gl; $p >$

0.05

Tabla No. 11
 Clasificación de Goldman, modificada por Battle de las
 Autopsias distribuidas por década
 Servicio Terapia Intensiva Neonatos

PERIODO	Clasificación Goldman, mod. por Battle				TOTAL
	I	II	III	V	
1985 – 1994	3	4	0	7	14
1995 – 2004	2	2	2	8	14
TOTAL	5	6	2	15	28

Fuente. Directa

$X^2 = 2.933$; 3 gl; $p >$

0.05

Tabla No. 12
 Clasificación de Goldman, modificada por Battle de las
 Autopsias distribuidas por década
 Servicio Terapia Intensiva

PERIODO	Clasificación Goldman, mod. por Battle				TOTAL
	I	II	IV	V	
1985 – 1994	4	3	1	7	15
1995 – 2004	5	2	0	6	13
TOTAL	9	5	1	13	28

Fuente. Directa

$X^2 = 1.252$; 3 gl; $p >$

0.05

Por lo que se puede afirmar que no existe la suficiente evidencia de que exista una disminución significativa o incremento en estos en las dos décadas estudiadas en los diagnósticos de los errores mayores, evaluados para ver su concordancia clínico-patológica con clasificación de Goldman, modificada por Battle.

La acertividad diagnóstica en nuestro hospital fue de 51 % en la primera década y de 54 % en la segunda década.

A pesar de los nuevos recursos diagnósticos utilizados, la certeza diagnóstica no ha mejorado, y las autopsias han disminuido notablemente, lo cual probablemente ha disminuido la oportunidad de enseñanza en esta área tanto para médicos clínicos como para patólogos en formación.

DISCUSION.

El entusiasmo por la práctica de la autopsia, fundamentado por Morgagni como búsqueda esencial de la causa morborum, es continuado en la escuela de París por Corvisart y Laennec, quienes describiendo nuevas enfermedades orgánicas.

En la actualidad el proceso diagnóstico es un proceso complejo de interacción entre conocimientos médicos, estudios paraclínicos y de gabinete. La actividad diagnóstica ha mejorado en los últimos 30 años, sin embargo no hay información que muestre la disminución en los errores diagnósticos con necropsia - como el estándar de oro para el diagnóstico.

El examen postmortem, puede confirmar los diagnósticos clínicos, o revelar patologías que pasaron desapercibidas, por clínica o por estudios de imagen. La autopsia continúa siendo o debería seguir siendo un pilar vital en la educación médica¹⁸, y un indicador de la calidad de la misma

Algunos investigadores han examinado, la correlación entre los diagnósticos clínicos y los diagnósticos anatomopatológicos de las necropsias utilizando diferentes clasificaciones.

La clasificación de Goldman modificada por Battle, divide en discrepancias mayores (discrepancia clase I y II GOLDMAN) y en discrepancias menores (clase III y IV GOLDMAN).

En el hospital HECMN "La Raza, de la UMAE Dr. Antonio Fraga Mouret, siendo un centro de concentración se realizaron 2923 autopsias en veinte años, en el período comprendido de enero de 1985 a diciembre de 2004, y no se ha investigado la correlación entre los diagnósticos clínicos y anatomopatológicos.

Se realizaron 2379 necropsias en la década de 1985 a 1994 y en los últimos 10 años se hicieron 538 de 1995 a 2004. Por lo anterior consideramos de importancia conocer la correlación de diagnósticos clínicos y anatomopatológicos en nuestro medio, comparando las dos décadas. Dado que los nuevos recursos tecnológicos proporcionan mayor información pero también pueden contribuir a diagnósticos falsos positivos y falsos negativos.

Se revisaron los protocolos de autopsias del archivo de patología del HE CMR del período comprendido de 1985 a 2004. Se dividieron en dos grupos en el primer se revisaran 150 protocolos de autopsia del período comprendido del 1ro de Enero de 1985 al 31 de Diciembre de 1994, y en el segundo se revisarán 125 protocolos comprendidos en el período de Enero de 1995 al 31 de Diciembre de 2004; se registrarán los siguientes datos : no de estudio, edad, género, hospital que solicita, servicio, tres diagnósticos clínicos principales, y el diagnóstico anatomopatológico principal, y alteraciones concomitantes. Se analizarán los diagnósticos en forma independiente por dos patólogos con base en los criterios de discrepancia mayor y menor de Goldman y modificados por Battle.⁶

Calculando por separado el porcentaje de las discrepancias mayores y menores de las dos décadas.

CONCLUSIONES

En la literatura revisada se encontraron los siguientes porcentajes de concordancia en los diagnósticos clínicos y anatomopatológicos.

Goldman y colaboradores estudiaron las discrepancias diagnósticas en dos hospitales de Boston revisando la concordancia en tres décadas (1959-1960, 1969-1970, y 1979-1980). Se encontraron errores en los diagnósticos principales en el 8 al 12 % de las autopsias. Además 11.7 % de las autopsias, revelaron diagnósticos principales que revalorándose podrían haberse hecho clínicamente

El estudio de Battle, de 2067 autopsias de 32 centros, encontró 33.8 % de discrepancias en los diagnósticos principales.

Britton en un estudio de 383 autopsias encontró diferencias significativas en proporción a los diagnósticos erróneos entre individuos que morían antes o después de los 70 años.

A pesar de lo que se reporta en la literatura en nuestro hospital, no hay disminución significativa en los errores mayores, entre las dos décadas en las autopsias evaluadas en concordancia clínico-patológica con clasificación de Goldman, modificada por Battle.

Se realizaron un total de 2379 necropsias en la primera década de 1985 a 1994 y 538 de 1995 a 2004 disminuyendo importantemente con respecto a la década anterior., la edad promedio fue 34.46 años.

La concordancia diagnóstica fue de 51 % durante la primera década estudiada y de 54 % durante la segunda.

No hubo mejoría significativa entre ambas décadas a pesar de los nuevos recursos tecnológicos empleados para mayor actividad en el diagnóstico, esta no ha mejorado, proporcionan mayor información, pero también pueden contribuir a diagnósticos, falsos positivos y falsos negativos.^(3,6,11) |

Las autopsias han disminuido notablemente, lo cual probablemente ha disminuido la oportunidad de enseñanza en esta área tanto para médicos clínicos como para patólogos en formación.

Para las enfermedades neoplásicas, y el servicio de medicina interna la sensibilidad y la especificidad fue alta en la primera década y se incrementó ligeramente pero no significativamente en la segunda década

La mayoría de las autopsias realizadas en nuestra población fueron con fines académicos, y el servicio que más solicitó fue el de medicina interna

BIBLIOGRAFIA

1. Gutiérrez A.H.Rev.Mex.Patol.2004;37 no.3;18-27
2. Sonderegger-Iseli, Burger S., Muntwyler J., Salomon F. Diagnostic errors a three necropsy study. Lancet. 2000; 355:2027-31.
3. Goldman L, Sayson R, Robbins, Cohn LH, Bettmann M, Weisberh M.
The value of the autopsy in three medical eras .N Engl J Med
1983;308:1000-05
4. Graber, M.L., Franklin N. Gordon. Diagnostic Error in Internal Medicine.
Arch Intern Med.2005.165; 1493-1499.
5. Llenc Bayer, Garner, MD.Louis Fink, Laura Lamps. Pathologists in a
Teaching Institution Assess the value of the Autopsy.2002
6. Battle M, Pathak D,humble CG, et al. Factors influencing discrepancies
between premortem and post-mortem diagnoses. J AMA 1987; 258:339-44.
7. Lucian L. Leape, M.D, Error in Medicine. JAMA, 1994, 21, vol 273 no.23
1851-1857.
8. Shojania ,KG. Burton, E.Mc Donald, KM Goldman. Overestimation of
clinical diagnostic performance caused by low necropsy rates.2004 Qual saf
Health Care, 14,408-413.
9. Gibson, T.N. Shirley.S.E, Escoffery ,Reid Discrepancies between clinical
and postmortem diagnoses in Jamaica.J.Clin.Pathol.2005,57;980-985

10. Anderson R.E. Fox. R, C. Hill R.B, Medical uncertainty and the autopsy. Occult benefits for students. Hum Pathol 1990; 21:128-35.
11. Nemetz Pn, Tangalos Eg, Belau Pg, Resurrecting the autopsy: benefits and recommendations .Mayo clin Proc 1989; 64:1065-1076.
12. Fruhbeck F. Death of teaching autopsy: Advances in technology have not reduced the value of the autopsy. BMJ. 2004 328, 165-166.
13. Sington J.D. Cotrell, BJ Analysis of the sensitivity of death certificates in 440 hospital deaths; a comparison with necropsy findings. J. Cli. Pathol. 2002.55:499-502.
14. O Connor. A., Parry E.J. Richardson, D.B. Jain, A comparison of the antemortem clinical Diagnosis and autopsy findings for patients who die in the emergency department. Acad .Emerg. Med 2002, 9:957-959.
15. Burton E, Neuman. Autopsy diagnoses of malignant neoplasm's: how often is clinical diagnoses incorrect. JAMA. 1998, 280:1245- 1248.
16. Manzini V.D. Regugnas M.G. Brollo Diagnosis of malignant tumor: comparison between clinical and autopsy diagnosis. Hum. Pathol. 1995, 26; 280-283.
17. Mc Phee S.J. The autopsy: an antidote to misdiagnosis Medicine 1996; 76:4-43.
18. Kirch W. Schaffi . Misdiagnosis at a university hospital in 4 medical eras, report of 400 cases Medicine 1996; 75:29-39.
19. Zarbo R.J. Baker P.B. Humanitz P. The autopsy as performance measurement tool-diagnostic discrepancies and unresolved clinical questions: a collage of American Pathologist Probes study of 2479 autopsies. Arch Pathol Lab Med 1999; 123:191-198.
20. Gutiérrez A.H. Rev. Mex. Patol. 2004; 37 no. 3; 18-27

21. Sonderegger-Iseli, Burger S., Muntwyler J., Salomon F. Diagnostic errors a three necropsy study. *Lancet*. 2000; 355:2027-31.
22. Goldman L, Sayson R, Robbins, Cohn LH, Bettmann M, Weisberh M.
The value of the autopsy in three medical eras. *N Engl J Med*
1983;308:1000-05
23. Graber, M.L., Franklin N. Gordon. Diagnostic Error in Internal Medicine. *Arch Intern Med*.2005.165; 1493-1499.
24. Llène Bayer, Garner, MD.Louis Fink, Laura Lamps. Pathologists in a Teaching Institution Assess the value of the Autopsy.2002
25. Battle M, Pathak D,humble CG, et al. Factors influencing discrepancies between premortem and post-mortem diagnoses. *J AMA* 1987; 258:339-44.
26. Lucian L. Leape, M.D, Error in Medicine. *JAMA*, 1994, 21, vol 273 no.23 1851-1857.
27. Shojania ,KG. Burton, E.Mc Donald, KM Goldman. Overestimation of clinical diagnostic performance caused by low necropsy rates.2004 *Qual saf Health Care*, 14,408-413.
28. Gibson, T.N. Shirley.S.E, Escoffery ,Reid Discrepancies between clinical and postmortem diagnoses in Jamaica.*J.Clin.Pathol*.2005,57;980-985
29. Anderson R.E. Fox. R, C. Hill R.B, Medical uncertainty and the autopsy. Occult benefits for students. *Hum Pahol* 1990; 21:128-35.
30. Nemetz Pn, Tangalos Eg, Belau Pg, Resurrecting the autopsy: benefits and recommendations. *Mayo clin Proc* 1989; 64:1065-1076.
31. Fruhbeck F.Death of teaching autopsy: Advances in technology have no reduced the value of the autopsy.*BMJ*.2004 328,165-166.

32. Sington J.D.Cotrell, BJ Analysis of the sensitivity of death certificates in 440 hospital deaths; a comparison with necropsy findings. J. Cli. Pathol. 2002.55:499-502.
33. O Connor. A., Parry E.J. Richardson, D.B.Jain, A comparison of the antemortem clinical Diagnosis and autopsy findings for patients who die in the emergency department. Acad .Emerg. Med2002, 9:957-959.
34. Burton E, Neuman. Autopsy diagnoses of malignant neoplasm's: how often is clinical diagnoses incorrect.JAMA.1998, 280:1245- 1248.
35. Manzini V.D. Regugnas M.G.Brollo Diagnosis of malignant tumor: comparison between clinical and autopsy diagnosis. Hum. Pathol. 1995, 26; 280-283.
36. Mc Phee S.J. The autopsy: an antidote to misdiagnosis Medicine 1996; 76:4-43.
37. Kirch W.Schaffi .Misdiagnosis at a university hospital in 4 medical eras, report of 400 cases Medicine 1996; 75:29-39.
38. Zarbo R.J.Baker P.B. Humanitz P. The autopsy as performance measurement tool-diagnostic discrepancies and un resolved clinical questions: a collage of American Pathologist Probes study of 2479 autopsies. Arch Pahol Lab Med 1999; 123:191-198.

HOJA DE CAPTACIÓN DE DATOS

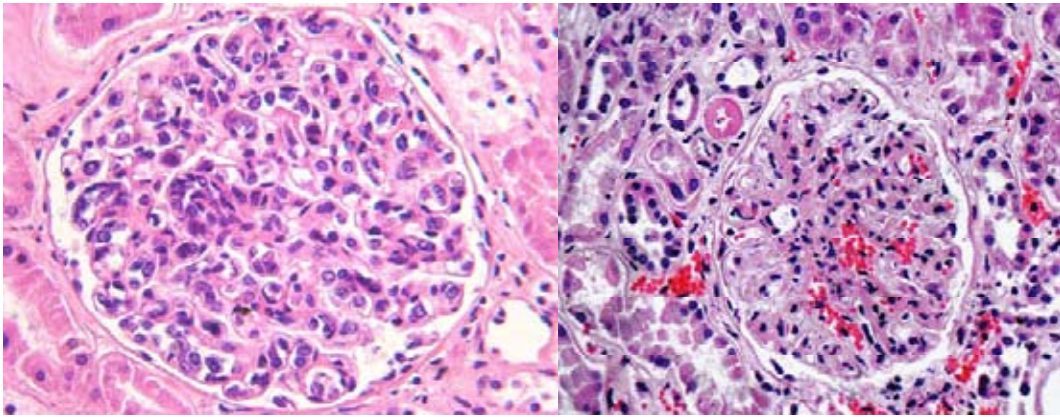
**“NECROPSIAS DEL HE CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”
EN 20 AÑOS (De Enero de 1985 a Diciembre de 2004)
ANEXO 1**

N o.	No. AUTO PSIA	EDA D	SEXO	Dx.Clínicos principales (3)	DX. Anatomopat.pricipal y concomitantes	CLASE DISCREPANCIA GOLDMAN MOD.POR BATTLE	NOTA S

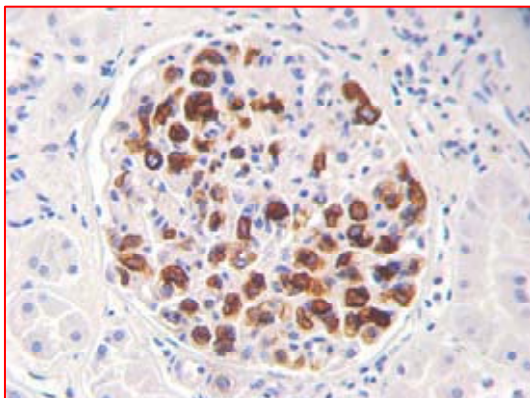
ANEXO 2

CLASE DE DISCREPANCIA	ERROR DIAGNOSTICO	HABRÍA MEJORADO LA SOBREVIDA
I	MAYOR	SI
II	MAYOR	NO, AÚN CON TRATAMIENTO
III	MENOR	AFECTA EVENTUALMENTE EL PRONÓSTICO
IV	MENOR	SOLO IMPORTANCIA EPIDEMIOLOGICA O GENÉTICA
V	CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA	

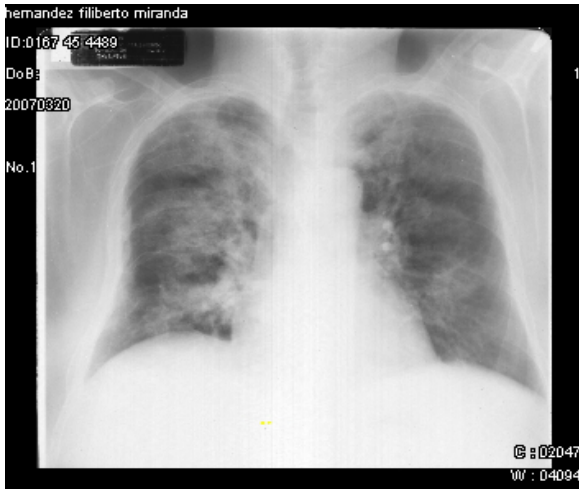
CLASIFICACIÓN DE GOLDMAN MODIFICADA POR BATTLE



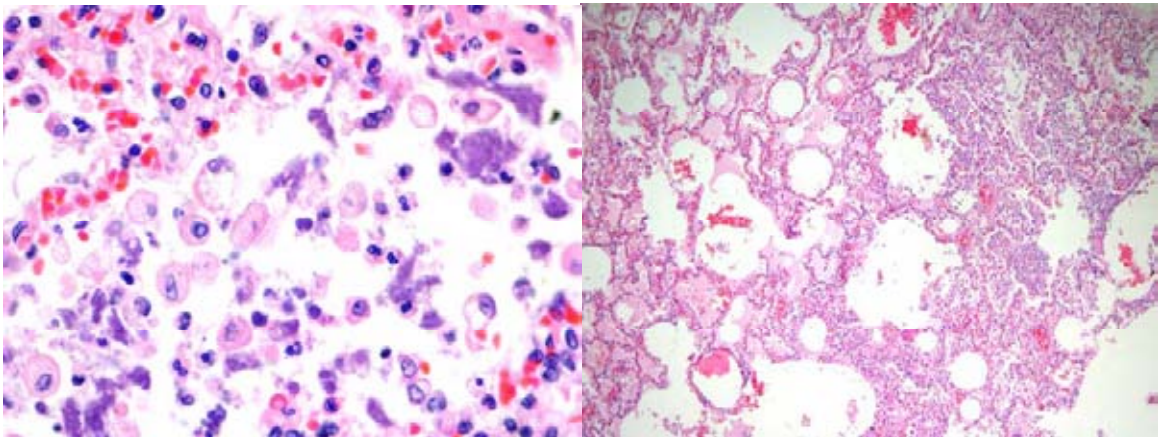
- A4-07 Nefropatía diabética con glomeruloesclerosis difusa y arterioesclerosis hialina



A-33-02 Linfoma intravascular que afecta piel, riñón, testículo, suprarrenales, sistema nervioso central



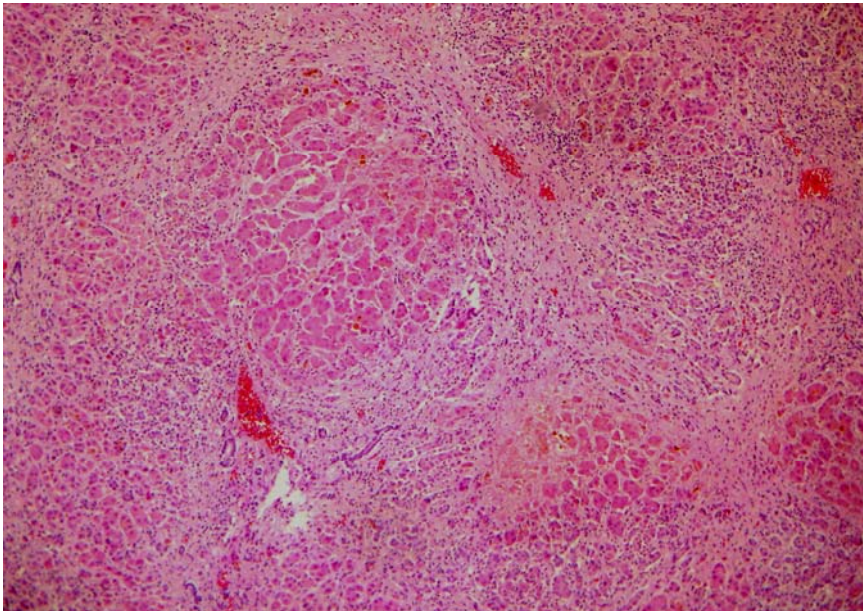
A-04-07 Neumonía de focos múltiples.



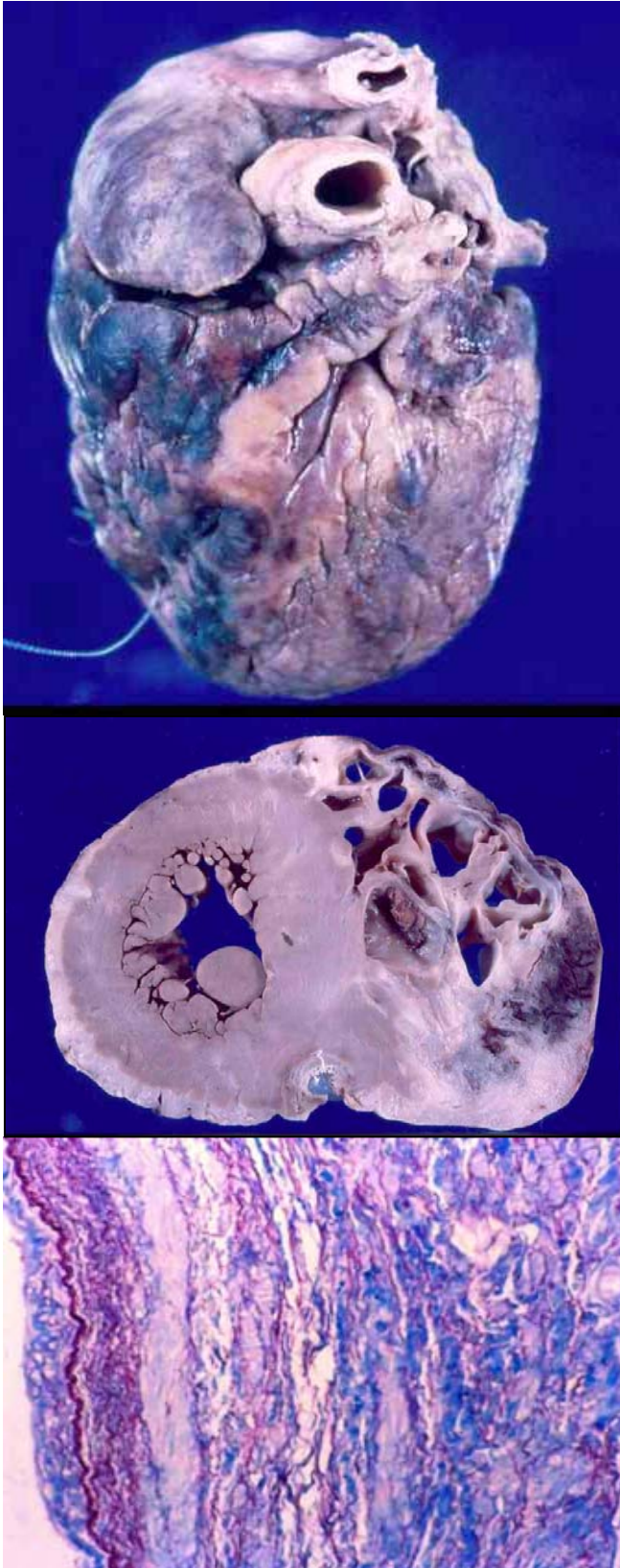
Cortes histológicos de pulmón.



A-17-06 CIRROSIS MICRONODULAR



Cortes histológicos.



A-2-06 Cardiopatía compleja, arritmogénica , hipertrófica y dilatada.