



Correlación clínico patológica en los fallecidos en el servicio de Caumatología en el período 1996-2002

Ela Maritza Olivares Louhau*, Jesús Debrok Aranda*, María del Carmen Franco Mora*, Prudencia Villalón Artires*

* Hospital infantil norte "Juan de la Cruz Martínez Maceira". Especialista de Primer Grado en Caumatología y Cirugía Plástica CUBA

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo de 11 fallecidos que recibieron tratamiento de terapia intensiva en el servicio de quemado del hospital infantil norte "Juan de la Cruz Martínez Maceira" de Santiago de Cuba en el período 1996-2002, con el objetivo de mostrar la correlación clínico patológica que hubo entre las causas básicas, intermedias y directas de muerte, así como otras variables de interés clínico demográficas. Se revisaron las historias clínicas y protocolos de necropsias.

. Las causas básicas de muerte tuvieron un 100% de coincidencia total, en las causas intermedias predominó el no establecimiento de diagnóstico, fundamentalmente anatomopatológico(54,5%). Las causas directas tuvieron un 72.7% de coincidencia total. No se constató error médico que influyera en el fallecimiento de los pacientes. Se planteó que la autopsia sigue siendo el método más completo y científico del enfermo y enfermedad y a su vez nos permite evaluar calidad del trabajo médico.

Introducción

Es importante lograr la máxima calidad en la evaluación de los diagnósticos pre-morten y compararlos con los diagnósticos post-morten para detectar los errores en el pensamiento médico y conductas terapéuticas inadecuadas que pudieran o no, repercutir en el fallecimiento del enfermo.

El error médico es todo acto médico de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico que no se corresponda con el real problema de salud del paciente y en el que no exista la mala fe, la negligencia, la indolencia, la incapacidad, ni la ignorancia profesional(1,2).

Numerosos trabajos recogen los errores de diagnósticos clínicos y certificado de defunción detectados por autopsia.

Algunos autores señalan que las cifras de errores en ocasiones sobrepasan el 60% y hasta más del 20% influyen en la muerte del paciente (3).

Según distintas fuentes en EU hay entre 48 000 y 98 000 fallecidos por errores médicos(4).

El manejo de pacientes con quemaduras críticas es extremadamente complejo por presentar alteraciones multisistémicas con afectación de diferentes parenquimas viscerales producto de la hipoxia, pudiendo acompañarse o no de manifestaciones clínicas, lo que puede conducir a errores diagnósticos en algunos casos(5).

El propósito de este trabajo es mostrar que grado de correlación clínica patológica hubo entre las causas básicas, intermedias y directas de muerte, así como el comportamiento de otras variables clínico demográficas de interés en los fallecidos por quemaduras críticas en el período de 1996-2002. Así como determinar si hubo terapéuticas inadecuadas atribuibles a errores médico.

Método

Se realizó un estudio descriptivo en la unidad de quemados del hospital infantil norte en el período 1996-2002.

El universo de trabajo estuvo constituido por 11 pacientes con quemaduras críticas en los 7 años estudiados. La unidad de análisis estuvo conformada por 11 historias clínicas y sus respectivos protocolos de necropsia. Las variables obtenidas fueron edad, sexo, mecanismo de producción, agentes etiológicos, pronóstico de vida y las causas de muerte básica, intermedia y directa.

Determinándose la correlación clínica patológica existente en cada una de ellas y dividiéndolas en:

Coincidencia total: Cuando se corresponde tanto clínica como anatomopatológicamente.

Coincidencia parcial: El diagnóstico coincide en lo general y discrepa en lo particular.

No coincidente: cuando no existe coincidencia diagnóstica.

No diagnóstico: Cuando no es reflejado el diagnóstico, ya sea clínico o anatomopatológico.

El pronóstico se calculó según lo establecido por la Clasificación Cubana de Pronóstico de Vida.(6).

La información fue procesada de forma manual, auxiliada por una computadora y los resultados se presentaron en tablas.

Resultados

Durante el período 1996- 2002 egresaron 614 pacientes del servicio de Caumatología, de los cuales fallecieron 11 con una tasa de mortalidad de 1,8.

Al mostrar el comportamiento de la edad y el sexo constatamos un franco predominio del sexo femenino(64%).El grupo de edades más afectadas fue de 1 a 4 años (45,4%) Tabla I.

TABLA 1: Distribución de pacientes según edad y sexo

Grupos de Edades	Masculino		Femenino		Total	
	Cant	%	Cant	%	Cant	%
1-4	4	80	1	20	5	45,4
5-9	-	-	3	100	3	27,3
10-14	-	-	3	100	3	27,3
Total:	4	36	7	64	11	100

Fuente: Historias Clínicas

Con relación al mecanismo de producción de las quemaduras predominaron los accidentes (81, 8 %) , seguidas del suicidio(18,2 %). No hubo fallecidos por homicidio.

El agente etiológico que prevaleció fue el alcohol (63,6 %) Tabla II.

TABLA II: Distribución del paciente según agente etiológico

Agente	Pacientes	%
	Total	
Alcohol	7	63,6
Fuego	2	18,2
Queroseno	2	18,2
Total:	11	100

Fuentes: Historias Clínicas

Todos los fallecidos fueron catalogados críticos y críticos extremos (81,8 %), predominando estos últimos.

Con relación a la distribución de las causas clínicas de muerte (tabla III), las causas básicas estuvieron constituidas por quemaduras demohipodérmicas entre 40% y 90% de extensión .

TABLA III: Distribución de las causas clínicas de muerte

Causas	Diagnósticos clínicos	No.	%
--------	-----------------------	-----	---

Causas básicas de muerte	Quemaduras dermohipodérmicas de más de 40% a 90 % de superficie corporal quemada	11	100
Causas Intermedias de Muerte	Respuesta inflamatoria sistémica	3	27,2
	Desequilibrio ácido-básico	1	9,1
	Sepsis generalizada	1	9,1
	Bronconeumonía bacteriana	1	9,1
	Distres respiratorio	1	9,1
	Lesiones de vías respiratorias	1	9,1
	Desnutrición	1	9,1
	Insuficiencia respiratoria	1	9,1
	Coagulación Intravascular Diseminada	1	9,1
	Total:	11	100
Causas Directas de Muerte	Sepsis generalizada	6	54,5
	Shock hipovolémica	3	27,3
	Disfunción multiorgánica	1	9,1
	Sangramiento digestivo por posible Ulcera de Curling	1	9,1
	Total:	11	100
Fuentes: Historias Clínicas			

La causa intermedia de muerte más frecuente fue la Respuesta Inflamatoria Sistémicas (27.2 %).

Hubo un predominio de la sepsis grave (54,5 %) en las causas directas de muerte seguida por el shock hipovolémico (27.3%).

Desde el punto de vista anatomopatológico Tabla IV las causas básicas de muerte correspondieron a quemaduras dermohipodérmicas entre un 40% Y 90% de extensión.

TABLA IV: Distribución de las causas anatomopatológicas de muerte.

Causas	Diagnósticos anatomopatológicos	No.	%
Causas básicas de muerte	Quemaduras dermohipodérmicas de más de 40 % a 90% de superficie corporal quemada	11	100
Causas Intermedias de Muerte	No referidas	6	54,5
	Bronconeumonía	3	27,3
	Daño multiórgano	1	9,1
	Coagulación intravascular diseminada	1	9,1
	Total:	11	100
Causas Directas de Muerte	Sepsis generalizada	5	45,5
	Shock por quemaduras	3	27,3
	Daño multiórgano	2	18,1
	Distres respiratorio	1	9,1
	Total:	11	100
Encuesta: Protocolo de necropsia.			

Las causas intermedias no fueron diagnosticadas en un 54.5% seguida de la bronconeumonía 27.3%.

La sepsis generalizada 45.5% predominó en las causas directas de muerte, seguida por el shock hipovolémico por quemaduras (27.3%).

Con relación a la correlación clínico patológica Tabla V en las causas básicas de muerte hubo un 100% de coincidencia total.

TABLA V: Distribución de la correlación clínico anatomopatológica de muerte

Causas de muertes	Coincidencia total		Coincidencia parcial		No Coincidencia		No Diagnóstico		total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
	Básicas	11	100	-	-	-	-	-	-	11
Intermedia	1	9,1	3	27,3	1	9,1	6	54,5	11	100
Directa	8	72,7	3	27,3	-	-	-	-	11	100

Encuesta: Protocolos de necropsis, historias clínicas

En las causas intermedias de muerte no se pudo establecer correlación clínico anatomopatológica en un (54.5%) de los casos por falta de diagnósticos predominantemente anatomopatológicos

Hubo un 72.7% de coincidencia total en las causas directas de muerte, seguida de un 27.3% de coincidencia parcial.

No se constató error médico que influyera desfavorablemente en la evolución y fallecimiento de los paciente.

Discusión

Al analizar la relación entre la edad y el sexo, (tabla I), observamos que el grupo de edades de 1 a 4 fue el más afectado y dentro del mismo el sexo masculino; este fue el grupo de edades que más lesionados presentó. No hubo diferencias en los grupos de edades restantes, que presentaron el mismo número de fallecidos, todos pertenecientes al sexo femenino, que en sentido general fue el de mayor afectación. Nuestros resultados son similares a los reportados por otros autores en el ámbito nacional e internacional (7-11). Con relación a los mecanismos de producción de las quemaduras predominaron los accidentes. Muchos autores coinciden en plantear (12,13) que los accidentes, fundamentalmente los domésticos, son las formas más frecuentes de producirse las quemaduras en la edad pediátrica. En dos pacientes femeninos, de 13 años de edad, 18,2% el mecanismo fue el suicidio, resultados similares a los reportados por autores foráneos (12).

Riera y colaboradores (14) señalan que los suicidios son más frecuentes en las mujeres, quienes para cometer este acto acuden preferentemente al fuego.

Los agentes etiológicos usados (tabla II) fueron agentes inflamables y fuego directo predominando el alcohol, lo que coincide con la gravedad de las lesiones y lo planteado por otros autores (5).

Al mostrar los resultados del pronóstico, todos los fallecidos fueron categorizados según la Clasificación Cubana de Pronóstico de Vida, críticos y críticos extremos, predominando estos últimos.

El pronóstico de vida predice la supervivencia de los pacientes quemados atendiendo a la extensión y profundidad de las quemaduras (6).

En el periodo de estudio ingresaron 22 pacientes categorizados críticos, 20 egresaron vivos para un 90,9 % de supervivencia.

Ingresaron 11 pacientes críticos extremos, 3 evolucionaron satisfactoriamente para el 27,3% de supervivencia. Estos resultados son superiores a lo planteado por Borges (6), donde el crítico tiene un 25 % de posibilidad de vida y los críticos extremos todos deben

fallecer.

Al mostrar el diagnóstico clínico (**tabla III**), los 11 fallecidos eran portadores de quemaduras extensas y profundas entre un 40% y un 90% de extensión, en la mayoría predominaron las quemaduras hipodérmicas, 2 de ellos presentaron áreas de carbonización con una extensión de 60 y 75%, siendo la causa básica de la muerte y coincidiendo con otros autores (6), quienes plantean que a mayor extensión y profundidad de las quemaduras, menor es la posibilidad de sobrevivir.

En la causa intermedia de muerte desde el punto de vista clínico la más frecuente fue la respuesta inflamatoria sistémica, proceso inflamatorio frecuente en el gran quemado, en 2 pacientes su etiología fue infecciosa dado por la sepsis severa y bronconeumonía a gérmenes Gram (-), pseudomona aeruginosa y enterobacter sp, en el otro fallecido la RIS fue secundaria a una destrucción tisular severa y rápida.

Al analizar la causa directa de muerte hubo un predominio de la sepsis generalizada, resultado similar al reportado por otros autores que la consideran como la primera causa de mortalidad en estos pacientes sometidos a la injuria térmica (15,16).

El shock hipovolémico fue la segunda causa directa de muerte desde el punto de vista clínico en nuestro estudio, complicación frecuente en los pacientes con quemaduras extensas y profundas y cuya reanimación con líquidos fue insuficiente por demora en su llegada al centro hospitalario, estos fallecidos tuvieron más de dos horas de retraso en la restitución de líquidos, independientemente que sus quemaduras eran incompatibles con la vida.

Las causas básicas de muerte desde el punto de vista anatomopatológicos (**tabla IV**) se correspondieron con quemaduras dermohipodérmicas que oscilaron entre 40 y 90 % de extensión

En las causas intermedias predominó el no establecimiento de diagnósticos, seguido de la bronconeumonía, complicación frecuente en las quemaduras graves, situándolas entre las principales causas de muerte directa o como inicio de otras complicaciones. En relación con la causa directa de muerte desde el punto de vista anatomopatológico predominó la sepsis generalizada, resultados que coinciden con otros investigadores quienes señalan a la sepsis como la principal causa directa de muerte y que en ocasiones evolucionan a la disfunción multiorgánica.

Al analizar la correlación diagnóstica clínico patológica (**Tabla V**) observamos que hubo un 100% de coincidencia total en la causa básica de muerte.

En la causa intermedia predominó el no establecimiento de diagnóstico anatomopatológico por lo que no se pudo establecer correlación con el diagnóstico clínico en 54,5% de los casos estudiados.

En la causa directa de muerte predominó la coincidencia total dado por la sepsis generalizada y el shock hipovolémico correspondiendo a un 72,7% seguido de la coincidencia parcial 27,3%; en esta última hubo 3 fallecidos diagnosticándose en el primer caso la CID como causa directa de muerte desde el punto de vista clínico, y desde el punto de vista anatomopatológico como causa intermedia, siendo el daño multiorgánico causa directa. En el segundo caso se diagnosticó clínicamente como causa directa, la sepsis, y como intermedia, lesiones de vías respiratorias. Desde el punto de vista anatomopatológico, se diagnosticó como causa directa de muerte el distress respiratorio y como causa intermedia de muerte la bronconeumonía bacteriana.

En el caso número 3 se diagnosticó clínicamente como causa directa de muerte sangramiento digestivo por posible úlcera de Curling, y como causa intermedia una insuficiencia respiratoria. Desde el punto de vista anatomopatológico se diagnosticó como causa directa daño multiorgánico y como causa intermedia bronconeumonía; encontrándose en los hallazgos varices esofágicas del tercio inferior y medio, esofagitis y gastritis aguda, que explican el sangramiento digestivo presentado por el paciente.

No encontramos estudios en la edad pediátrica sobre este tema para establecer comparaciones. El Sarcap (3) (sistema automatizado de registro y control de anatomía patológica) es un estudio sobre este tema realizado en adultos y que abarca todos los fallecidos autopsiados del hospital Dr. Luis Díaz Soto, el cual señala en la causa básica un 39,6% de coincidencia total, no se hace referencia a la causa intermedia, y en la causa directa de muerte se plantea un 52,8% de coincidencia total, un 7,3% de coincidencia parcial, no existiendo coincidencia en un 18,9%.

Conclusiones

Consideramos que la autopsia sigue siendo el estudio más completo del enfermo y enfermedad, que nos permite evaluar la calidad del trabajo médico.

Señalamos la importancia de realizar los diagnósticos premortem y postmortem de la causa intermedia de muerte ya que constituye el eslabón entre la causa de muerte básica y directa en la cadena de acontecimientos que conducen al fallecimiento del enfermo.

Se obtuvo resultado satisfactorio en la correlación clínica patológica en la causa básica y directa de muerte.

Recomendamos mejorar la calidad del llenado de la hoja de egreso ya que constatamos que en dos casos se obviaron diagnósticos que estaban previamente establecidos en la historia clínica.

Bibliografía

- 1.- Galves Cabrera E, González Cabrera M, Santiesteban Díaz M, Morales Ponte C. Criterio Profesional acerca del error médico. Rev. Cubana. Medicina General Integral, 1998;14(1: 32-7)
- 2.- MINSAP. Dpto. de Psicología del ISCM. Temas de Etica Medica. La Habana: ISCM, 1994: 51-64.
- 3.- Hurtado Mendoza J. Departamento de Anatomía Patológica del ISCM-H. Evaluación de las causas de los diagnósticos a pacientes pre-mortem en autopsias (SARCAP) , La Habana. 2001: 1 -5, 26.
- 4.- Selman E, Eusein A. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. La Habana: Científico Técnica 2000: 5-6.
- 5.- Kirschbaum MS. Quemaduras y Cirugía Plástica de sus Secuelas.2 ed. La Habana: Científico Técnica, 1987: 80-92.
- 6.- Borges Munio H. Manual de procedimiento de diagnostico y tratamiento en Caumatología y Cirugía Plástica. La Habana: Pueblo y Educación, 1984: 28 - 33.
- 7.- Cabauos GL. Quemaduras no intencionales en los niños. Un modelo de programa Comunitario de prevención.venezuela. 6to Congreso de Quemaduras, 1996: 139-43.
- 8.- MINSAP. Dirección Manual de Estadística. Anuario 2000. La Habana, 2002.
- 9.- MINSAP. Dirección Manual de Estadística. Anuario 2001. La Habana, 2001.
- 10.- Canales RP. Asistencia Nutricional en pacientes pediátricos quemados. Pediat 2000,16(2): 116-9.
- 11.- Hous Y. An Epidemiological study of 1063 hospitalized burn patient in tertiary burns center in Hon Kong Burns 2001, 27(82): 119-23.
- 12.- Boredrek C. Child Injuries in Bergen. Noreway Injury 2000, 31(10): 761-7.
- 13.- Mukerji G, Chamania S, Partidar GA, Grupta S. Epidemiology of Pediatric Burns in Indore. India 2001; 27(1): 33-8.
- 14.- Riera Betancour C, Alonso Betancour A, Oramas E. La conducta suicida. Su prevención. La Habana: MINSAP, 1984: 4-5.
- 15.- Barreto MX, Leonardo DR, Silma MH. Inreccao de quemaduras do hospital Pronto- Socorro de Porto Alegre. Rev Bras Int 1998, 10(4): 177-80.
- 16.- Rodgers GL, Montesin J, Fisher MC. Predictos of infection complications after burn injuries in children. Ped Infec Dist 2000, 19 (10): 990-5.

Web mantenido y actualizado por el [Servicio de informática](#) uclm. Modificado: 29/09/2005 21:56:28