



Coincidencia diagnóstica de la mortalidad quirúrgica en unidades de atención al grave durante los años 2003-2004

Kety Madruga Vázquez *, Pablo Raúl de Posada Jiménez **, Victor Caraballosa Garcia ***, Caraballosa Garcia Liliette ***, Angela Maria Castañeda Muñoz *

* Especialista en Anatomía Patológica. Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas CUBA

** Especialista de primer grado en Cirugía General. Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas CUBA

*** Médico General Básico. Matanzas CUBA

Resumen

Introducción: La práctica de autopsias clínicas constituye uno de los métodos más efectivos de control de calidad de la atención médica y también una herramienta educacional para mejorar los diagnósticos.

Objetivos: Determinar la concordancia entre diagnósticos clínicos y patológicos de los pacientes quirúrgicos fallecidos en unidades de atención al grave en base a los resultados de necropsias.

Método: Se revisaron las historias clínicas de 27 pacientes fallecidos en unidades de atención al grave, pertenecientes a los servicios quirúrgicos, del Hospital Militar de Matanzas Dr. Mario Muñoz Monroy durante los años 2003 y 2004.

Resultados: El estudio representó 81.5% de las necropsias realizadas a los pacientes fallecidos. El 81.8% (18) eran mayores de 60 años. El sexo masculino representó el 63.6%. Las principales Causas Directas de Muertes (CDM) representaron el 47.5%, predominado en ellas la Peritonitis (27.5%) y el Daño Múltiple de Órganos (DMO) (17.5%). En las principales Causas Básicas de Muertes (CBM) predominaron las enfermedades neoplásicas con un 54.5%. Los porcentajes de coincidencias diagnóstica fue en la total de la CBM un 72.7% y en la CDM un 50%. En el 36.4% de las CDM no hubo coincidencia

Conclusión: El estudio post-mortem continúa siendo un arma de irrenunciable valor para el mejoramiento de la calidad médica.

Introducción

La práctica de autopsias clínicas constituye uno de los métodos más efectivos de control de calidad de la atención médica y también una herramienta educacional para mejorar los diagnósticos. Tiene un alto grado como indicador de calidad asistencial en muertes no esperadas o inexplicables, tras procedimientos diagnósticos terapéuticos o quirúrgicos; en las defunciones producidas por infecciones de alto riesgo y enfermedades infecciosas, y en las muertes ocurridas durante las primeras 24 horas del ingreso en el hospital, así como en aquellas que pudieran estar influidas por la estancia hospitalaria.

Su realización colabora en el avance de la medicina, al facilitar el descubrimiento de enfermedades nuevas, la frecuencia de hallazgos insospechados, el análisis de los efectos de los fármacos, la protección legal que proporciona a la profesión médica y, además, en muchos casos puede ser beneficiosa para los familiares. A pesar de estos excelentes datos, la autopsia continúa su marcha hacia la extinción¹ y en los últimos años ha disminuido considerablemente su realización en todo el mundo². En nuestro medio esto no constituye un problema ya que nuestro país está considerado dentro de los que mayor cantidad de autopsias realiza.

Aunque las técnicas de imagen han dado un enorme giro a las exploraciones patológicas, el estudio post-mortem es y seguirá siendo una gran herramienta de la investigación. Uno de los aspectos más interesantes es la correlación entre los signos y síntomas clínicos y los hallazgos encontrados, intervención que se convierte en un elemento trascendental para el control de la calidad asistencial de cualquier centro hospitalario. Algunos no dudan en catalogarlo como "la consulta final", cuyo informe debiera cerrar la historia clínica en todos los pacientes fallecidos, el que incluiría la discusión abierta entre todos los profesionales implicados, de la propia enfermedad, del proceso asistencial y de la concordancia entre los diagnósticos clínicos y anatomopatológicos⁴.

Con el incremento de la esperanza de vida en nuestro país los pacientes que ingresan por enfermedades quirúrgicas en las salas de atención al grave requieren de un mayor y mejor cuidado, si se tiene en cuenta que presentan estados co-mórbidos y su organismo ya no responde igual a las agresiones del medio, al tener potencialmente mayores probabilidades de fallecer cuando no se actúa adecuadamente sobre las agresiones que los afectan. Determinar la concordancia entre diagnósticos clínicos y patológicos de los que fallecen, de forma tal que favorezca una correcta y oportuna interpretación diagnóstica de los enfermos, valorando la oportunidad de mejorar diagnósticos y comprensión de la enfermedad, aún a expensas de reconocer nuestros propios errores, fue lo que motivó el presente estudio.

OBJETIVOS

1. Determinar la concordancia entre diagnósticos clínicos y patológicos de los pacientes quirúrgicos fallecidos en unidades de atención al grave en base a los resultados de necropsias.

2. Analizar la precisión diagnóstica considerada un indicador de la calidad de la asistencia médica.

3. Conocer las principales causas de muertes de los pacientes.

Material y Método

Se realizó un estudio retrospectivo donde se revisaron 27 protocolos de necropsia y expedientes clínicos de pacientes quirúrgicos fallecidos en unidades de atención al grave del Hospital Militar Dr. Mario Muñoz Monroy de Matanzas, durante los años 2003 y 2004. Fueron no valoradas 5 Historias clínicas de pacientes que no tenían realizadas la necropsia. Se determinó la coincidencia clínica patológica del resto mediante consenso entre cirujano y un patólogo de acuerdo a la clasificación que se recoge por el SARCAP (Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica). Esta lo hace en TOTAL (Coinciden los diagnósticos premortem y postmortem), PARCIAL (Cuando el diagnóstico coincide en lo general y discrepa en lo particular), NO COINCIDENTE (No existe coincidencia diagnóstica) e INSUFICIENTE (Cuando no se precisa el diagnóstico clínico o morfológico). Los datos y variables con los que se trabajó fueron llevados a tablas para su análisis y valoración posterior. El método estadístico utilizado fue el de porcentajes.

Resultados

Se revisaron un total de 27 historias clínicas de fallecidos en servicios quirúrgicos durante los años 2003 y 2004, de ellos no se tuvieron en cuenta 5 pacientes a los cuales no se les pudo realizar la necropsia por diferentes causas entre ellas 3 por dificultades con el departamento de Anatomía Patológica (Nevera rota), 1 por negativa familiar y la otra porque fue un caso de Medicina Legal. Esto representa el 81.5% de las necropsias realizadas a los pacientes fallecidos quirúrgicos.

En la Tabla 1 se aprecia la distribución etárea y por sexos de los 22 pacientes fallecidos estudiados, el 81.8% (18) eran mayores de 60 años. El sexo masculino representó el 63.6%.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN ETÁREA Y POR SEXOS DE LOS PACIENTES FALLECIDOS

SEXOS	GRUPOS DE EDADES (Años)							TOTAL (%)
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	>75	
MASCULINO	—	1	—	1	2	3	7	14 (63.6)
FEMENINO	—	—	—	—	2	2	4	8 (36.4)

FUENTE: Registro necropsia e historias clínicas.

Las principales Causas Directas de Muertes (CDM) se muestran en la Tabla 2, en ella se tienen en cuenta las Causas Intermedias de Muertes (CIM) por ser un estudio multi-causal, al apoyarse en la clasificación del Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica (SARCAP). Las 3 más frecuentes representaron el 47.5%, predominado en ellas la Peritonitis (27.5%) y el Daño Múltiple de Órganos (DMO) (17.5%).

TABLA 2
PRINCIPALES CAUSAS DIRECTAS DE MUERTES.

ENFERMEDADES	TOTAL	PORCIENTO
PERITONITIS	11	27.5
DMO	7	17.5
SHOCK	3	7.5
TEP	2	5
TROMBOSIS MESENTÉRICA	2	5

FUENTE: Registro necropsia e historias clínicas

La Tabla 3 muestra las principales Causas Básicas de Muertes (CBM) donde hay un predominio franco de las enfermedades neoplásicas con un 54.5%

TABLA 3
PRINCIPALES CAUSAS BÁSICAS DE MUERTES.

ENFERMEDADES	TOTAL	PORCIENTO
NEOPLÁSICAS	12	54.5
SANGRAMIENTO DIDESTIVO	2	9.09
ENFERMEDAD ATEROSCLERÓTICA	2	9.09
APENDICITIS AGUDA	1	4.54
HERNIA CRURAL ATASCADA	1	4.54

FUENTE: Registro necropsia e historias clínicas

Los porcentajes de coincidencias diagnósticas según la clasificación empleada por nosotros se puede ver en la Tabla 4. La total tuvo un valor elevado en la CBM con un 72.7%, así como también en la CDM con un 50%. En el 36.4% de las CDM no hubo coincidencia y si se tiene en cuenta la CBM se eleva a 45.4% En el 27.3% se clasificó como insuficiente.

TABLA 4
COINCIDENCIAS DIAGNÓSTICAS

CAUSAS DE MUERTES	TOTAL (%)	PARCIAL (%)	NO COINC. (%)	INSUF. (%)
CAUSA DIRECTA	11 (50%)	—	8 (36.4)	3 (13.4)
				50 %
CAUSA BÁSICA	16 (72.7)	1 (4.5)	2 (9.0)	3 (13.4)
				22.7 %

FUENTE: Registro necropsia e historias clínica.

Gráfico 1

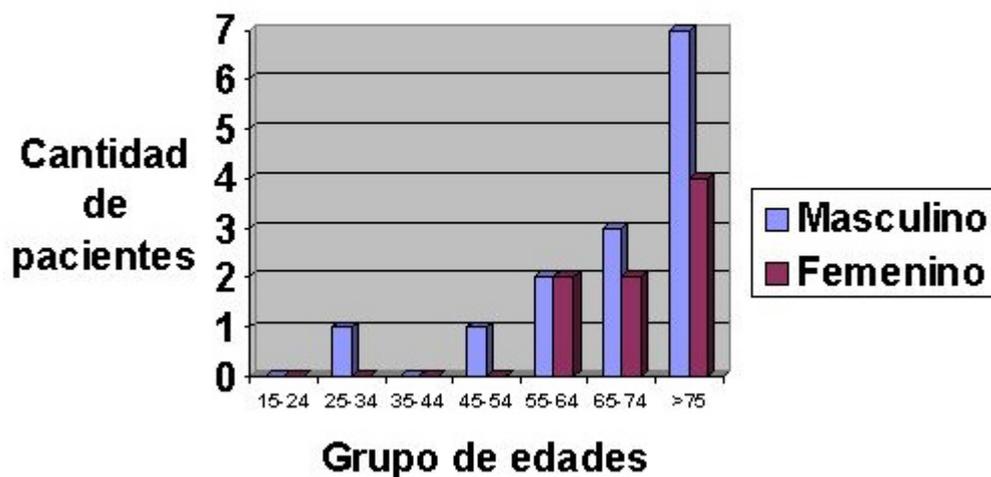


Gráfico 1.

Gráfico 2

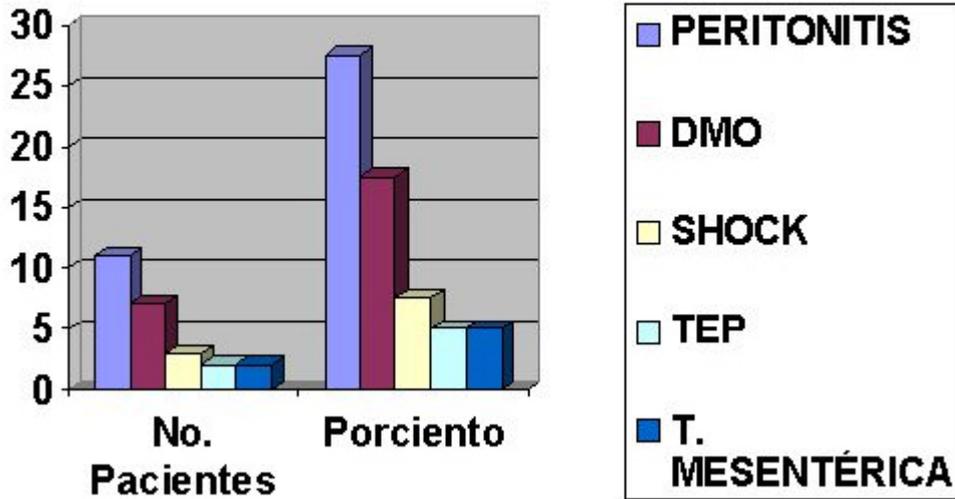


Gráfico 2.

Gráfico 3

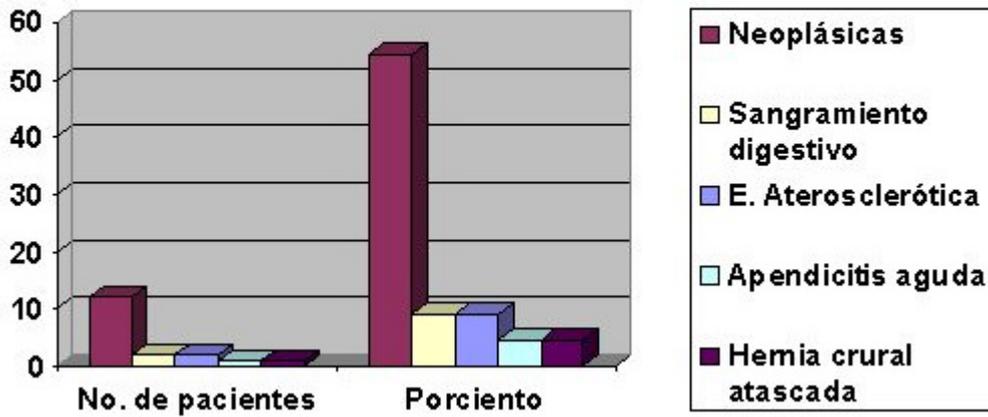


Gráfico 3.

Gráfico 4

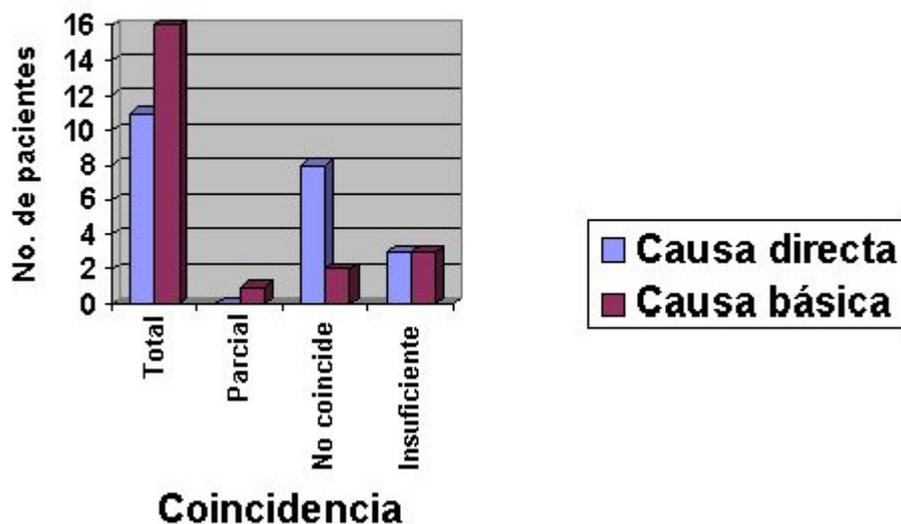


Gráfico 4

Discusión

Los resultados de nuestro trabajo reflejan que en nuestro país no existe "Crisis de la Autopsia"⁵ al considerarse elevado el número de ellas realizadas (81.5%), sin embargo pudiera ser mayor (85.2%) si agregamos las médico legales que al no hacerse en nuestro hospital carecemos de sus resultados lo cual nos sería muy beneficioso, sobretodo en los pacientes con lesiones complejas y que fallecen en las primeras horas como consecuencias de accidentes automovilísticos.

La literatura mundial revela un porcentaje de necropsias que oscila entre 22 y 38%;^{6,7,8} llegando al 46%², en algunos es más bajas como en Irlanda donde las cifras varían de 2 a 6%⁷, en México del 26.1% al 13.5%⁹. Incluso, hay lugares donde la mayor cantidad no se realiza porque no se solicita², obviando la importancia que tiene su realización al ser mejor medio para establecer, confirmar, aclarar y corregir errores diagnósticos^{10, 11} constituyendo un reto, a juicio de los expertos, vencer el desinterés de los médicos que no las solicitan por pensar que les va a portar poca información, o por miedo a que se pueda descubrir algún error. En nuestro país el índice de autopsias de todas las edades es del 40% y en fallecidos hospitalizados cerca del 60%, colocándonos dentro de los primeros en el mundo¹².

Nuestros resultados con relación al sexo tienen consistencia con lo publicado^{9, 13}, al coincidir la cifra de necropsias en mujeres menor que en el hombre. La inmensa mayoría de los pacientes sobrepasaba la tercera edad, lo cual enfatiza el hecho de la labilidad de esta edad para las enfermedades que los pueden conducir a la muerte.

Desde el año 1985 se utiliza el SARCAP para aprovechar al máximo los datos que aportan las biopsias y las autopsias¹⁴, el mismo facilita comparar todos los diagnósticos de causas de muerte premortem y postmortem. Para lograr estos objetivos es necesario conocer las principales causas de muertes, tanto directas, intermedias como básicas, lográndose un estudio multicausal lo cual permite y garantiza un estudio más completo y preciso de los acontecimientos que llevaron al paciente a la muerte y por tanto conducen a profundizar en estos fenómenos¹². En nuestro trabajo se presentan las principales CDM así como también las CBM, de manera que pueda llegar a establecerse la correlación clínico- patológica y utilizarla para la evaluación del diagnóstico premortem, lo cual resulta ser de gran valor no sólo para determinar la causa de muerte y proyectar estadísticas de mortalidad confiables^{11, 15} sino que, además, permite evaluar la calidad de la atención médica¹⁶ y, sobre todo, su trascendencia en la educación médica continua de pre y postgrado^{10, 16}.

Existen diferentes métodos para comparar los diagnósticos clínicos y anatomopatológicos⁴:

- Según las discrepancias en los diagnósticos, mayores (Clase I y II) o menores (Clase III y IV)
- Según el grado de coincidencia en las causas básica, intermedia y directa de muerte
- Según la sensibilidad, especificidad y exactitud diagnóstica (diagnóstico positivo o negativo)

En cualquiera de los casos, un hecho relevante es la persistencia de los errores diagnósticos a lo largo del tiempo a pesar de los avances tecnológicos¹⁷.

En nuestro estudio se utilizó la que se reporta en el SARCAP, donde la causa de muerte según los resultados de la autopsia analizadas fue diferente al diagnóstico clínico en un 36.4% de los casos para la CDM y con la CBM fue incorrecta en el 9% de los pacientes, aunque en sentido general fue 45.4%, enmarcado dentro de los valores que reporta la literatura consultada^{8, 10, 18}. Ahora bien, el 27.3% fueron diagnósticos no precisados clínicamente o morfológicamente, que si se sumaran a los no coincidencias elevarían vertiginosamente los resultados valores más elevados. Consideramos que esto se deba a que en ocasiones no se llenan

correctamente todos los datos que nos solicitan en el cierre de la historia clínica, ya que en todos los casos revisados esto se constató en el diagnóstico premortem.

Algunos investigadores consideran que la certidumbre absoluta en el diagnóstico clínico es casi inalcanzable⁶. Se sabe que aun en los hospitales de gran prestigio ocurre un porcentaje grande de errores, a juzgar por la falta de coincidencia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico definitivo proporcionado por la necropsia; las cifras varían de 20 a 60%, incluso en los casos de enfermedades comunes^{7, 11}. Otros señalan que los errores diagnósticos sus cifras oscilan entre 6 y 68%^{8, 18}.

La alta cantidad de errores diagnósticos^{19, 20} y, por consecuencia, el mínimo acuerdo clínico-patológico, aunados al antecedente de algunos días de estancia intrahospitalaria, ponen de manifiesto una vez más¹⁸ que la interconsulta con los especialistas y la tecnología diagnóstica moderna no siempre mejora en mucho la certeza del diagnóstico¹⁵. Por lo tanto, el ejercicio de una buena medicina no puede soslayar este procedimiento²¹, ya que a través del mismo, de manera directa e indirecta, se afinan los diagnósticos, y esto redundará en beneficio del paciente y en el aprendizaje para el médico. La discusión de los resultados permite la identificación de los errores y contribuye a encontrar soluciones para su corrección ulterior^{5, 22, 23}.

La probabilidad de descubrir en una necropsia un diagnóstico importante no sospechado clínicamente ha disminuido, pero sigue siendo lo suficientemente alta como para obviar la práctica de esta actividad. Schnitzler lo resume con el título de una editorial "Volver a la autopsia o seguir ignorando la verdad"⁶.

Conclusiones

La concordancia diagnóstica total es elevada a pesar que la no coincidencia sería mayor si se excluyen los no suficientes.

La precisión diagnóstica en el estudio sería mayor si se disminuyen los casos no suficientes, los cuales son perfectamente evitables.

La aún elevada falta de coincidencia clínica patológica apoya el criterio de que el estudio post-mortem continúa siendo un arma de irrenunciable valor para el mejoramiento de la calidad médica.

Bibliografía

- 1.- HILL RB, ANDERSON RE. The Autopsy-Medical Practice and Public Policy. Butterworths, Boston, 1988.
- 2.- Fernández Fernández, A. Rodríguez, S. Mercado Guemí, C. Grela, C. Gutiérrez y M. Alberti Campiglia El valor de la necropsia en cuidados intensivos pediátricos A M. An Pediatr (Barc) 2004; 60: 388 - 401
- 3.- Martínez Hernández A. La crisis de la autopsia. Rev. méd. Chile 2000 may; 128 (5): 457-59
- 4.- Fernández Fernández F, Estébanez Gallo A, Mayorga Fernández M, Guerra Merino I Objetivos e indicaciones de la autopsia clínica. Rev. Elect. de Med. Int. Artículo. 2004 ene; (Art Esp 11).
- 5.- Sergio González B. LA CRISIS DE LA AUTOPSIA Reflexiones sobre la práctica actual de la Anatomía Patológica en Chile. Rev. Med. Chile. 2000 may; 128 (5): 533-8
- 6.- Valdez-Martínez E, Ernesto Arroyo-Lunagómez E, Landero-López L. Concordancia entre el diagnóstico clínico y el patológico por necropsias. Salud Pública Mex 1998; 40:32-37.
- 7.- Anderson NH, Shanks JH, McCluggage GWG, Toner PG. Necropsies in clinical audit. J Clin Pathol 1989; 42: 897-901.
- 8.- Goldman L, Sayson R, Robbins S, Cohn LH, Bettmann M, Weisberg M. The value of the autopsy in three medical areas. N Engl J Med 1983; 308: 1000-1005.
- 9.- Alonso P. Autopsias en los hospitales de enseñanza en México. Gac Med Mex 1988; 124: 349-352.
- 10.- Aguirre GJ. Simposio. La autopsia: ¿un procedimiento que ha pasado de moda? Gac Med Mex 1988; 124: 339-357.
- 11.- Ángeles AA, Quintanilla ML, Muñoz FL, Espinosa VB, Victoria PP. Concordancia diagnóstica clínico-patológica en 429 autopsias del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. Rev. Invest Clin 1992; 44: 13-20. El 12 del 12np
- 12.- Hurtado de Mendoza Amat J. Evaluación de la calidad de los diagnósticos premortem en autopsias. Experiencias sobre los talleres y entrenamientos del Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica (SARCAP). LA Habana 2003.
- 13.- Aguirre GJ. Panorama actual de las autopsias. Gac Med Mex 1988; 124: 347-349.
- 14.- Hurtado de Mendoza Amat J, Álvarez Santana R, Jiménez López A, Fernández Pérez LG. El SARCAP Sistema de Registro y Control de Anatomía Patológica. Rev. Cub Med. 1995; 24: 123-30.
- 15.- Szende B, Kendrey G, Lapis K, Lee PN, Roe FJC. Accuracy of admission and preautopsy clinical diagnoses in the light of autopsy findings: A study conducted in Budapest. Hum Exp Toxicol 1994; 13: 671-680.
- 16.- Start RD, Underwood JCE. Funding the clinical autopsy. J Pathol 1995; 177: 5-9.
- 17.- Bombí JA. Número de autopsias clínicas y correlación clínico-patológica. Aceptado en Rev. Esp Patol.
- 18.- Britton M. Diagnostic errors discovered at autopsy. Acta Med Scand 1974; 196: 203-210.
- 19.- Goldman L, Sayson Mph, Robbins S, Cohn LH Bettmann M, Weisberg M. The value of the autopsy in three medical eras. N Engl J Med 1983; 308: 1000-5.
- 20.- Stevanovic G, Tucakovic G, Dotlic R, Kanjuh V. Correlation of clinical diagnosis with autopsy findings. A retrospective study of 2,145 consecutive autopsies. Hum Pathol 1986; 17: 1225-30.
- 21.- Pujol Farriols, R, Bernet Vidal, M, Castellsague, J, Esquius Soriguera, J, Raguer Sanz, Yetano Laguna, V. Análisis de concordancia entre diagnósticos clínicos y de autopsia en un hospital general. An Med Int. 1994; 11(8): 372-376.
- 22.- Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica. 2a. edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Panamericana, 1994: 35-61, 87-118.
- 23.- Kassirer JP. Diagnostic reasoning. Ann Intern Med 1989; 110: 893-900