

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA



**ERRORES DIAGNOSTICOS
DESCUBIERTOS EN AUTOPSIA**

JUAN JOSE DEL CID GARCIA

GUATEMALA, JUNIO DE 1978

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
3. MATERIAL Y METODO
4. ANTECEDENTES
5. ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS
6. CONCLUSIONES
7. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La práctica de una medicina racional, inteligente y actualizada es una tarea árdua y tensa. La buena Medicina no es solamente el cumplir a cabalidad con los requisitos técnicos, ni solamente el trato amable, ni tampoco el diagnóstico certero, sino que es mucho más. Es la ciencia, pero primordialmente el arte de la Medicina.

El extraordinario progreso científico experimentado por la Medicina en estas últimas décadas, no ha disminuido el sentido humano y tradicional de la profesión médica. Pese a estos avances la práctica diagnóstica, desde el interrogatorio hasta la exploración y los análisis de laboratorio, conserva el mismo sentido hipocrático de antaño.

Los modernos planes de enseñanza de la Medicina van descuidando aquellas materias cuyos objetivos consisten en la metódica exploración de los pacientes. Para el médico es fundamental el saber recoger los síntomas y proceder a su agrupación sindrómica para elevarse al superior objetivo del diagnóstico etiológico.

Si bien es cierto que, como se menciona más arriba respecto de que, la práctica de una Medicina racional es una tarea árdua y tensa, y que no es solamente el cumplir con requisitos técnicos, ni un diagnóstico certero; también es cierto que para la resolución de una entidad patológica en un individuo, es necesario reconocer ésta en una forma definida y precisa. Pero para llegar al conocimiento de dicha entidad es necesario cumplir con una serie de requisitos, siendo los más importantes: el interrogatorio y la exploración física. La frase de que: "Una buena anamnesis representa la mitad del diagnós-

tico" (Korner), es casi siempre exacta. La anamnesis es la base fundamental e insustituible del diagnóstico. Es la parte del examen clínico a la que nunca se debe escatimar tiempo y la que exige mayor ciencia y experiencia del médico; complementándose esto desde luego con la exploración física y las pruebas de laboratorio pertinentes.

Con el presente trabajo, no se trata de establecer una "Auditoría Médica", sino más bien despertar una inquietud para que posteriormente sean efectuados trabajos más profundos en este campo de la Medicina, que resulta por lo demás bastante interesante.

Por último quiero mencionar que: "La mayor parte de los errores de los médicos proviene no de malos raciocinios basados en hechos bien estudiados, sino de raciocinios bien establecidos basados en hechos mal observados". (Pascal).

OBJETIVOS

1. Conocer los errores en el Diagnóstico Clínico, ocurridos en los Departamentos de Medicina de los Hospitales General "San Juan de Dios" y Roosevelt, descubiertos luego por autopsia.
2. Determinar las causas posibles, que intervienen en el mal Diagnóstico Clínico.
3. Establecer el porcentaje de error Diagnóstico, en forma global, durante el año de 1977 de los Departamentos de Medicina de los Hospitales General y Roosevelt.
4. Conocer experiencias extranjeras en lo relativo al Diagnóstico Clínico erróneo, que luego es descubierto en la sala de autopsias; y a la vez establecer una propia.

MATERIAL Y METODO

Para la elaboración del presente trabajo, se efectuó una revisión de los protocolos de autopsias del año de 1977, de los Hospitales: General "San Juan de Dios" y Roosevelt; de pacientes fallecidos durante ese año en los Departamentos de Medicina de los hospitales mencionados.

Se comparó el diagnóstico Post-mortem con el diagnóstico clínico. Al encontrarse discrepancia entre ambos, fue revisado el Registro Clínico que perteneció al caso, analizándose la Historia clínica, exploración física y análisis de laboratorio, así como la evolución del caso, con el objeto de tratar de determinar en qué parte del mismo radicaba el error; es decir, error de entrada o de seguimiento.

Los casos fueron divididos de acuerdo al diagnóstico en: 1. Casi Seguro: cuando la historia del caso, curso de la enfermedad y los exámenes de laboratorio dieron un soporte concluyente para el diagnóstico.

2. Probable: hubo evidencia en la historia del caso, curso de la enfermedad o exámenes de laboratorio compatibles con la causa registrada de muerte, pero se carecía de un criterio definitivo para el diagnóstico.

3. Desconocido: hubo insuficiente evidencia para registrar cualquier causa definitiva de la muerte.

Luego los errores fueron clasificados de acuerdo a la Clasifi-

cación Internacional de Enfermedades (ICD), de la OMS (4); como sigue: ERROR MAYOR: Cuando el diagnóstico revisado pertenece a un grupo principal diferente de enfermedades, listado de categorías de 3 dígitos (ICD). ERROR INTERMEDIO: El diagnóstico revisado clasificó en diferente subgrupo, pero dentro del mismo grupo principal de enfermedades (ICD). ERROR MENOR: El diagnóstico revisado pertenecía al mismo subgrupo de enfermedades (CD).

MATERIAL FISICO

- 1.- Departamento de Patología Hospital General "San Juan de Dios".
- 2.- Departamento de Estadística Hospital General "San Juan de Dios".
3. Departamento de Patología Hospital Roosevelt.
4. Departamento de Estadística Hospital Roosevelt.
5. Biblioteca Facultad de Ciencias Médicas.

CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES* CATEGORIA DE 3 DIGITOS GRUPOS PRINCIPALES DE ENFERMEDADES

- I. ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS
- II. TUMORES (NEOPLASMAS)
- III. ENFERMEDADES DE LAS GLANDULAS ENDOCRINAS, DE LA NUTRICION Y DEL METABOLISMO

* Clasificación Internacional de Enfermedades, O.M.S. Revisión 1965, Vol. 1.
En esta lista no están incluidos los Sub-grupos de cada grupo principal, por resultar muy extenso.

- IV. ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS
- V. TRASTORNOS MENTALES
- VI. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS
- VII. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO
- VIII. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO
- IX. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO
- X. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITO-URINARIO
- XI. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, DEL PARTO Y DEL PUERPERIO
- XII. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO
- XIII. ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO
- XIV. ANOMALIAS CONGENITAS
- XV. CIERTAS CAUSAS DE LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD PERINATALES
- XVI. SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS
- XVII. ACCIDENTES, ENVENENAMIENTOS Y VIOLENCIAS (CAUSA EXTERNA)

ANTECEDENTES

En el año de 1970, fue realizado en Serafimerlasarettet Hospital Universitario de Estocolmo, Suecia, un estudio sobre "Errores Diagnóstico descubiertos en Autopsia", que cubrió un total de 400 muertes consecutivas en el período Enero 16, 1970 - Junio 16, 1971.

En todos los casos cuando los familiares no objetaron, fueron efectuadas autopsias ordinarias en el Departamento de Patología en Serafimerlasarettet. Un examen parcial Post-mortem fue efectuado en algunos casos, cuando los familiares consintieron solamente dicha limitada investigación.

Los resultados obtenidos en este estudio revelaron que, fueron efectuadas 383 autopsias de 400 casos, dando un promedio de autopsias del 96o/o. Dentro de las 383 autopsias el diagnóstico clínico fue confirmado como correcto en 220 (57o/o) y como erróneo en 113 (30o/o). Los errores consistieron en 28 mayores, 25 intermedios y 60 menores.

Los desórdenes Circulatorios predominaron como causa sobresaliente de muerte, abarcando el 67o/o de los casos. La segunda más común fueron las enfermedades neoplásicas, responsables del 17o/o de las muertes.

En otro estudio, efectuado en el Hospital Cooper de New Jersey, U.S.A. también Hospital escuela, se revisaron 252 protocolos de autopsia de pacientes adultos, del año de 1973. Todas las autopsias fueron realizadas por seis patólogos certificados por la Junta Americana de Patología, excepto por cerca de 20 autopsias realizadas por un Residente de Patología bajo la estrecha supervisión del Patólogo.

Como resultado de este estudio, se demostró que el diagnóstico

clínico fue correcto en 22 (88.1o/o) de los 252 casos; los diagnósticos clínicos fueron substancialmente diferentes en 30 casos (11.9o/o). La proporción más grande de pacientes tenían enfermedad cardiovascular (29.4o/o), mientras que la enfermedad Pulmonar (17.1o/o) y enfermedad Gastrointestinal (15.1o/o) fueron las siguientes condiciones más prevalentes.

COMENTARIO PREVIO

Una autopsia propiamente efectuada es un procedimiento que consume tiempo y caro, que sirve largamente como una herramienta educacional o como un mecanismo de control de calidad en la práctica de la Medicina.

Los avances en las técnicas de diagnóstico en años recientes han, presumiblemente, aumentado la exactitud del diagnóstico clínico y la propiedad de la terapia. Si ésta presunción es verdad, quizá la necesidad del examen post-mortem de "rutina" no esté justificado ya más. Entre Enero de 1970 y Junio de 1973, las tasas estimadas de autopsias en E.E.U.U. disminuyeron en más de una cuarta parte; esto puede ser un reflejo del valor decreciente de la autopsia.

Algunos patólogos han, recientemente, enfatizado el valor potencial de la autopsia por la mejora de la calidad del cuidado médico. La precaución aconsejó que la importancia no descansa en los números y que los patólogos deben dedicar menos tiempo a realizar autopsias de valor clínico, de investigación o educacional cuestionablemente, permitiendo más tiempo para el estudio completo de casos con mayor certeza de esfuerzo productivo.

Una tasa muy alta de autopsias puede solamente desperdiciar recursos médicos, sin necesariamente crear una "atmósfera de enseñanza" o mecanismo de control de calidad.

El criterio para la selección de casos de autopsias puede variar

de un hospital a otro, dependiendo de las características del hospital y su personal clínico. La autopsia para determinar la extensión del tumor y causa de la muerte en el paciente con un neoplasma maligno previamente diagnosticado es relativamente no productivo.

El examen post-mortem, de pacientes seleccionados continúa siendo una necesidad científica, pero el trabajo involucrado en un programa de autopsias de "rutina" en todos los pacientes, puede resultar en una dilución de esfuerzo médico que no sirve propiamente al progreso del médico y es por ende tonto.

Tanto si los diagnósticos clínicos de la causa de la muerte son seguros o no, hay algún objeto en continuar descubriendo cuáles son erróneos por medio de autopsias de rutina?

Para los clínicos tiene un gran valor educacional post-gradual el tener diagnosis chequeada de cada caso de muerte. El descubrir los errores estimula el razonamiento crítico y aumenta el deseo de reconsideración, lo cual debiera a su tiempo mejorar el cuidado futuro del paciente.

El chequeo post-mortem del diagnóstico clínico es importante también por otras razones que la educación post-gradual de los doctores que ofrece. Si las autopsias no fueran efectuadas, el registro central de las causas de muerte para objetos individuales sería afectada. También para permitir estudios y rastreos de procesos de enfermedad en pacientes individuales es esencial que las causas de muerte estén correctas en cada caso. Para los parientes de los fallecidos, la importancia de saber la causa de muerte, en el presente o en el futuro, no debe ser subestimada.

Así se concluye que, los errores de diagnóstico son todavía descubiertos en autopsias de rutina, y que el continuo control y corrección de causas de la muerte obtenida en ellas es importante.

RESULTADOS

Durante el año de 1977 se registraron un total de 334 defunciones en el Departamento de Medicina del Hospital General "San Juan de Dios"; de las cuales 204 (61.07o/o) fueron masculinos y 130 (38.92o/o) del sexo femenino.

De estas 334 defunciones, se les efectuó autopsia a 252 (75.4o/o), que además representan el 30.8o/o del total de autopsias efectuadas en el Departamento de Patología durante el año de 1977, (816 autopsias en total).

En 26 casos no apareció protocolo de autopsia (10.31o/o); sin diagnóstico clínico anotado 5 casos (1.98o/o), sin diagnóstico Post-mortem anotado 5 casos también (1.98o/o). Además se encontró un total de 91 casos en los que el diagnóstico Post-mortem no coincidió con el diagnóstico clínico (36.1o/o) de los cuales fueron 58 (63.73o/o) masculinos y 33 (36.26o/o) femeninos. (Cuadro No. 1). De estos 91 casos, 31 (34.06o/o) se encontraban indocumentados, por haber fallecido antes de que el Departamento de admisión registrara su ingreso; y 60 (65.93o/o) sí tenían registro clínico, pero únicamente en 43 (71.66o/o) apareció dicho registro y en 17 (28.33o/o) no fue posible hallarlo a pesar de haber agotado los medios para localizarlo en los archivos del Hospital.

En cuanto al Hospital Roosevelt; ocurrieron un total de 495 defunciones en el Departamento de Medicina; correspondiendo 262 (52.92o/o) al sexo masculino y 233 (47.07o/o) al sexo femenino. Se efectuó un total de 319 autopsias de las cuales únicamente 77 (24.13o/o) fueron del Departamento de Medicina; o sea que del total de defunciones del Departamento sólo al 15.5o/o le fue practicada autopsia; esto debido a que en el resto de los casos, este procedimiento no fue permitido por los familiares, en su mayoría.

En 20 casos (25.9o/o) no apareció protocolo de autopsia; en 5 casos (6.49o/o) no había anotación del diagnóstico Post-mortem y en 2 casos (2.59o/o) no se encontró anotado el diagnóstico clínico. Se encontró un total de 16 casos (20.7o/o) en los que hubo desacuerdo entre el diagnóstico clínico y el Post-mortem; de los cuales 8 pertenecen al sexo masculino (50o/o) y 8 al sexo femenino (50o/o), (Cuadro No. 2).

En relación a la división de los casos según el diagnóstico clínico, es decir, si éste era considerado como: Casi seguro, Probable, o Desconocido (Cuadro No. 3); debido a que en la revisión del Hospital General, únicamente se contó con 43 registros clínicos a la vista, de los 61 casos que estaban documentados, en este cuadro se hace referencia de aquellos registros encontrados; estableciéndose un total con los casos del Hospital Roosevelt.

De esta manera aparecen como Diagnósticos Casi Seguros 11, de los cuales 10 (90.9o/o) pertenecen al Hospital General y 1 (9.09) al Hospital Roosevelt; 23 como probables, 17 del Hospital General (73.9o/o) y 6 del Hospital Roosevelt (26.09o/o); por último como Desconocido 25 casos, 16 del Hospital General (64o/o) y 9 del Hospital Roosevelt (36o/o).

En la revisión efectuada en el Hospital General, se encontró un total de 66 errores mayores (72.5o/o), errores intermedios 12 (13.1o/o) y errores menores 13 (14.2o/o), (Cuadro No. 4), para un total de 87 casos, de los 91 encontrados; en cuatro de estos casos debido a que se desconocía la edad no pudieron ser incluidos en el cuadro; correspondiendo a cuatro casos del sexo masculino (dos errores mayores y dos intermedios).

En el Hospital Roosevelt fueron encontrados 11 errores mayores (68.7o/o), 3 errores intermedios (18.7o/o) y 2 (12.5o/o) errores menores, (Cuadro No. 5).

Los dos Hospitales incluidos en el trabajo, obtuvieron un porcentaje de Error Diagnóstico en forma global del 32.50/o. En la Clasificación de errores de acuerdo a la ICD; el 71.90/o fueron errores mayores; errores intermedios 14.010/o y errores menores 14.010/o.

En el cuadro No. 6, se presentan los Organos y Sistemas afectados, de los casos encontrados errados en el Hospital General, al igual que en el cuadro No. 4 aparecen cuatro casos menos, que corresponden a aquellos en los que no se determinó la edad del paciente. Por consiguiente, en orden de frecuencia se encontró que: El sistema respiratorio ocupa el primer lugar con 53 casos (58.20/o), luego está el Sistema Digestivo con 14 casos (15.30/o) y por último en orden decreciente de frecuencia; Sistema circulatorio 9 casos (9.80/o), SNC y Organos de los Sentidos 8 casos (8.70/o), Enfermedades Generalizadas (TB miliar, Septicemias) 3 casos (3.20/o), Neoplasias 2 casos (2.10/o) y Sistema Genitourinario con 1 caso (1.090/o).

El mismo cuadro nos muestra también la frecuencia de órganos y sistemas afectados, encontrados en los 16 casos del Hospital Roosevelt; siendo los siguientes: en orden decreciente de frecuencia: Aparato Respiratorio 6 casos (37.50/o), Sistema Circulatorio 4 casos (250/o), SNC y Organos de los sentidos, Aparato Digestivo con 2 casos (12.50/o) respectivamente; y por último el Aparato Genito-Urinario y Enfermedades Generalizadas (TB miliar y Septicemias) con 1 caso (6.250/o). cada uno.

Como se puede observar, en cada uno de los dos Hospitales, los desórdenes del Aparato Respiratorio fueron las que tuvieron la más alta prevalencia sobre los desórdenes de los demás sistemas; y globalmente alcanzaron el 55.10/o.

En cuanto a los parámetros evaluados de los registros clínicos de los casos encontrados con error en el diagnóstico, (Interrogatorio, Examen físico, Exámenes complementarios y Seguimiento de cada

caso); los cuales fueron calificados como: Bueno, Regular y Malo, de acuerdo a la forma como éstos fueron manejados en cada caso en particular. Los datos obtenidos están sobre un total de 59 casos (43 del Hospital General y 16 del Hospital Roosevelt).

Se encontró, en forma global, en los dos Hospitales que: El interrogatorio fue Bueno en 34 casos, Regular en 20 y Malo en 5 casos. El examen físico fue hallado Bueno en 15 casos, Regular en 30 y Malo en 14; los exámenes complementarios fueron Buenos en 13 casos, Regulares en 27 y Malos en 19. Por último el seguimiento de cada caso fue Bueno en 14, Regular en 29 y Malo en 16 casos.

CUADRO No. 1

**DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN EDAD Y SEXO
HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS"**

Grupo Etario (Años)	SEXO			
	Masculino	o/o	Femenino	o/o
13 - 22	4	7.14	1	2.85
23 - 32	3	5.35	3	8.57
33 - 42	11	19.64	9	25.71
43 - 52	7	12.50	7	20.00
53 - 62	14	25.00	6	17.14
63 - 72	9	16.07	6	17.14
73 y más	54	99.98	33	99.98

*En cuatro pacientes del sexo masculino no aparece edad registrada.

COMENTARIO: En este cuadro se muestra la distribución de los pacientes según edad y sexo, en los que se encontró error en el diagnóstico (91 casos). Puede observarse que el mayor porcentaje, en el sexo masculino, corresponde al grupo de edad comprendido entre los 53 y 62 años con un 25.00%; no sucede lo mismo para el sexo femenino, en donde el mayor porcentaje le corresponde al grupo de los 33 a 42 años con el 25.71%.

CUADRO No. 2

**DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN EDAD Y SEXO
HOSPITAL ROOSEVELT**

Grupo Etario (Años)	SEXO			
	Masculino	o/o	Femenino	o/o
13 - 22	2	25.00	1	12.50
23 - 32	0	0.00	1	12.50
33 - 42	1	12.50	1	12.50
43 - 52	1	12.50	3	37.50
53 - 62	3	37.50	1	12.50
63 - 72	0	0.00	1	12.50
73 y más	1	12.50	0	0.00
TOTAL	8	100.00	8	100.00

COMENTARIO: Cuadro que muestra la distribución por edad y sexo de los 16 casos encontrados con error en el diagnóstico en el Hospital Roosevelt. Se puede apreciar que en el sexo masculino el mayor porcentaje corresponde al grupo de edad comprendido entre los 53 a 62 años con el 37.50%; con respecto al sexo femenino el mayor porcentaje se encuentra en el grupo de los 43 a 52 años, también con el 37.50%.

CUADRO No. 3

SEGURIDAD EN EL DIAGNOSTICO

HOSPITAL	CASI SEGURO		PROBABLE		DESCONOCIDO	
		o/o		o/o		o/o
General	10*	90.9	17*	73.9	16*	64
Roosevelt	1	9.09	6	26.09	9	36
TOTAL	11	99.99	23	99.99	25	100

*Únicamente de 43 Registros Clínicos.

COMENTARIO: En el Hospital General para establecer los datos con respecto a la seguridad en el diagnóstico, únicamente se tuvo a la vista 43 Registros Clínicos, que fueron los localizados de los 61 casos documentados. En este cuadro se presenta el total dado por los dos hospitales; obteniéndose los porcentajes con respecto a ese total en cada uno de los parámetros, es decir, que el porcentaje de 90.9o/o del Hospital General es con respecto a los 10 diagnósticos casi seguros de los 11 que completan con el Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 4

CLASIFICACION DE ERRORES SEGUN LA ICD*
Hospital General

TIPO DE ERROR	EDAD Y SEXO												TOTAL			
	13 -- 22		23 -- 32		33 -- 42		43 -- 52		53 -- 62		63 -- 72			73 y más		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		M	F	
MAYOR INTERMEDIO	3	0	1	1	3	8	5	4	6	11	3	5	6	7	2	64
INTERMEDIO	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	10
MENOR	0	1	1	0	2	1	1	0	2	2	2	3	0	0	0	13
TOTAL	5	6	6	6	18	12	12	19	16	11	11	16	11	11	11	87**

* ICD Clasificación Internacional de Enfermedades. O.M.S.

** En el cuadro no aparecen cuatro casos (2 Errores Mayores y 2 Errores Intermedios), por no haber sido registrada la edad de los pacientes.

COMENTARIO: Se demuestra aquí, el tipo de Error diagnóstico, tabulado de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD), de la O.M.S. Obteniéndose un total de 64 errores mayores, 10 intermedios y 13 menores. En este cuadro no se pudo determinar la edad de 4 pacientes del sexo masculino en quienes se encontró 2 errores mayores y 2 intermedios. Se puede observar además que el grupo etario que más se vio afectado por Errores diagnósticos en general son los comprendidos entre los 53 a 62 años con 19 casos y el de 33 a 42 con 18 casos.

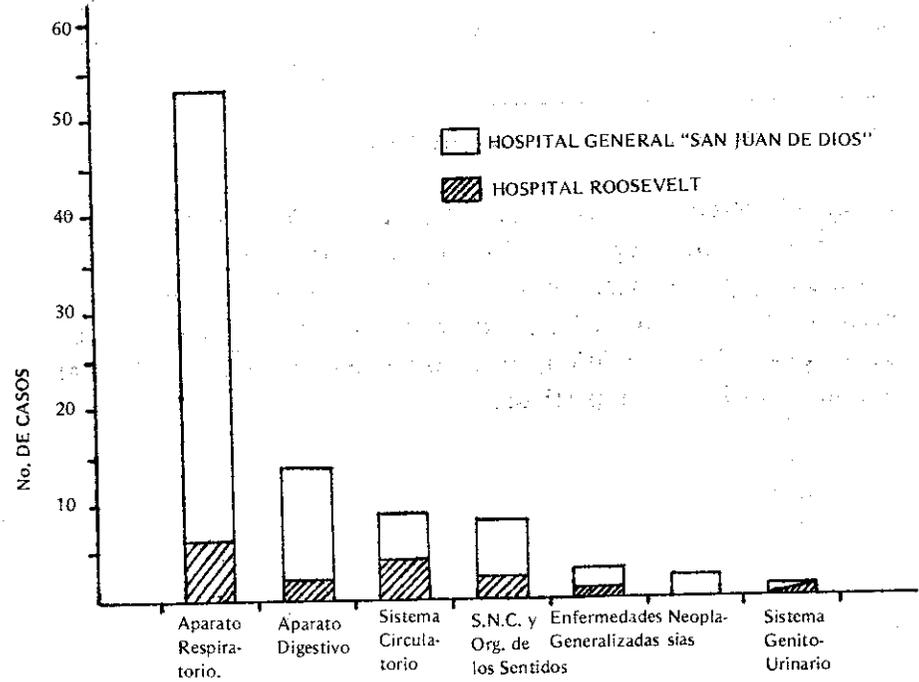
CUADRO No. 5

CLASIFICACION DE ERRORES SEGUN LA ICD
Hospital Roosevelt

TIPO DE ERROR	EDAD Y SEXO															
	13 - 22		23 - 32		33 - 42		43 - 52		53 - 62		63 - 72		73 y más		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
MAYOR	2	0	0	1	1	1	1	2	2	0	0	1	0	6	11	
INTERMEDIO	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	3	
MEJOR	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	
TOTAL	3	1	1	2	4	4	4	4	4	1	1	1	1	16		

COMENTARIO: Tipo de error en el diagnóstico encontrado en el Hospital Roosevelt; estableciéndose un total de 11 errores mayores, 3 intermedios y 2 menores. Aquí el grupo etario más afectado fue el comprendido de los 43 a los 62 años, (4 casos en el grupo de 43 a 52 años y 4 casos en el grupo de 53 a 64 años).

CUADRO No. 6
APARATOS Y SISTEMAS AFECTADOS



COMENTARIO: Este cuadro nos muestra el número de casos en los que se encontró desórdenes en los diversos órganos o sistemas; presentándose los casos del Hospital General en barras claras y los del Hospital Roosevelt en barras rayadas. Se puede observar que los desórdenes del aparato Respiratorio son los que tienen el mayor número de casos en ambos centros hospitalarios.

CUADRO No. 7

CALIDAD SEGUN 4 PARAMETROS
HOSPITALES GENERAL Y ROOSEVELT

CALIDAD	Interrogatorio	Examen	Exámenes	Seguimiento
		Físico	Complementarios	
BUENO	34	15	13	14
REGULAR	20	30	27	29
MALO	5	14	19	16
TOTAL*	59	59	59	59

* De 43 casos del Hospital General y 16 del Hospital Roosevelt.

COMENTARIO: Se muestra aquí, la calidad de los cuatro parámetros evaluados en 59 Registros clínicos entre los dos Hospitales del estudio. Se puede observar que el Interrogatorio fue Bueno en la mayoría de los casos (34), siendo regulares también en la mayoría de los casos: Examen físico, Exámenes complementarios y el Seguimiento de cada caso en particular.

CASOS CLINICOS

A continuación se presentan tres casos clínicos, los cuales son tanto del Hospital General como del Hospital Roosevelt; y que se incluyen en el trabajo, con el objeto de que el lector trate de analizarlos y se forme un juicio crítico acerca de los mismos.

Estos casos son bastante interesantes, ya que los tres pertenecen al grupo de Errores Mayores; y corresponden dos de ellos a desórdenes del sistema circulatorio y uno al aparato digestivo.

CASO CLINICO No. 1

M.T.O.S. de 25 años de edad sexo femenino quien consultó por: "Calentura y dolor de cabeza de 12 días de evolución y dolor en boca del estómago de 1 día de evolución".

Al examen físico: Temperatura 37°C. Pulso Radial 120 X'. Presión Arterial 120/80. Paciente orientada, palidez generalizada. Cardiopulmonar: Normal. Abdomen: blando, depresible, visceromegalia que protruye por orificio de hernia antigua incisional, ruidos normales. Impresión Clínica de Ingreso: Infección Urinaria. Hernia Incisional. Encefalitis.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS: Orina: densidad 1.018. Albúmina: Positiva. Glóbulos Blancos abundantes, Células epiteliales campos llenos. Bacterias abundantes. Hematología Hemoglobina: 12.9 Gr. Glóbulos Blancos 9800/mm³ Líquido Cefalorraquídeo: Citológico 2 células/mm³ Gram: Negativo. Ziehl-Neelsen: Negativo.

EVOLUCION: Paciente durante su primer día de hospitalización presentó dolor en hipogastrio y epigastrio, no se menciona característica del dolor. Paciente quien tuvo la impresión clínica de infección urinaria debido a temperatura posterior de 38.9°C; ese

mismo día la paciente presentó cuadro de cambios de conducta por lo que se le efectuó punción lumbar, cuyos resultados aparecen anotados arriba. Por la noche la paciente se mostró muy agitada presentando paro cardiorrespiratorio irreversible.

Diagnóstico Clínico Final: 1.- Infección Urinaria. 2.- Hernia Incisional.

Diagnóstico Post-mortem: 1.- Perforación Tífica. 2.- Peritonitis Secundaria.

CASO CLINICO No. 2

J.J.P.H. de 13 años de edad, sexo masculino, quien consultó por: "Palidez, astenia, decaimiento, malestar general y dolor óseo generalizado de más o menos 2 años de evolución".

Al Examen físico: S/V Temperatura 37.2°C. Pulso Radial 100 X'. Frecuencia Respiratoria 30 X'. Presión Arterial 90/60. Paciente caquético, pálido, decaído, alerta, microadenopatía anterior y posterior cervical e inguinal. Corazón: Taquicárdico con extrasístoles ocasionales sin soplos. Pulmones Ventilando bien. Abdomen Hepatomegalia de más o menos 3 Cms. por debajo del reborde costal derecho, poco dolorosa; área esplénica dolorosa a la palpación.

Impresión Clínica de ingreso: 1.- Anemia Severa. 2.- Proceso linfoproliferativo.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS: Hemoglobina 5.45 Gr. Glóbulos blancos: 11000/mm³, Velocidad de sedimentación 90 mm/Hora, Glicemia 130 Mlgrs. o/o. Una Hematología posterior Hemoglobina 6.2 Gr. Glóbulos Blancos: 11500/mm³, Velocidad de Sedimentación 56 mm/Hora. Otros exámenes posteriores: Albúminas 4.07 Gr o/o. Globulinas 2.25 Gr o/o. Heces: Huevos de T. Trichura.

FROTE PERIFERICO: Anemia Dimórfica con predominio ferropriva. TSp; 32 mU/ml. BIOPSIA DE GANGLIO: Hiperplasia ligera — Histológicamente normales.

EVOLUCION: Paciente en el servicio había referido dolor punzante paroxístico localizado unas veces en Hipocondrio derecho y otras en epigastrio; le fue colocada Sonda Nasogástrica por presentar distensión abdominal.

Ocho días después de su ingreso paciente presentó dolor en región dorso-lumbar y epigastrio al adoptar la posición sentada. Durante su estancia en el servicio, el paciente tuvo días en que se notaba mejorado, pero en términos generales la evolución del mismo fue insatisfactoria, presentando paro cardiorrespiratorio irreversible.

TRATAMIENTO: Inferrón 1 cc vía intramuscular c/24 hrs. Folvite 1 cc vía intramuscular c/24 hrs. Vitamina B-12 1 cc vía intramuscular c/24 hrs. Mintezol 1 cucharada vía oral c/24 hrs. durante 5 días. Dieta hiperprotéica por Sonda Nasogástrica.

Diagnóstico Clínico Final: 1.- Desnutrición Crónica tipo Marasmo. 2.- Emaciación Secundaria.

Diagnóstico Post-mortem: Aneurisma Gigante de Aorta Abdominal.

CASO CLINICO No. 3

M.R.P.C. de 61 años de edad, sexo masculino, quien fue llevado al Hospital por los Bomberos, al encontrarlo tirado en la calle.

Al examen físico: S/V Temperatura: 36.8°C. Frecuencia Cardíaca: 110 X'. Frecuencia Respiratoria: 26 X'. Presión Arterial: 110/50. Desviación de la comisura labial a la izquierda. Cuello con

leve dificultad a la movilización. Corazón: Rítmico, sin soplos. Pulmones: Hipoventilación basal izquierda. Extremidades: Hiperreflexia simétrica, disminución de fuerza y sensibilidad en miembros inferiores. Impresión Clínica de Ingreso: 1.- Secuelas de Accidente Cerebro-vascular. 2.- Descartar TB. 3.- Shock Hipoglucémico.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS: Hemoglobina: 16 Gr. Glóbulos Blancos $16300/\text{mm}^3$, Velocidad de Sedimentación: 45 mm/Hora, Glicemia: 71 Mlgrs. o/o, Líquido Cefalorraquídeo: Aspecto.incoloro, Límpido, Sedimento sangre, escaso; Proteínas 20 Mlgrs. o/o, Glucosa 78 Mlgrs. o/o, Cloruros 148 mEq/Lt. Citológico 100 hematíes/ mm^3 , 5 linfocitos/ mm^3 . Tiempo de Protrombina 14", TSP 14 mU/ml, TSO 20 mU/ml.

EVOLUCION: Paciente en su primer día de hospitalización presentó cero de excreta urinaria, por lo que se le forzó líquidos; a la auscultación pulmonar: estertores crepitantes en ambas bases y parte media. Rayos X de Tórax: Densidades parahiliares bilaterales.

En su 2o. día paciente mejoró excreta; corazón taquicárdico. Tórax: a la observación hiperpnéico con tiraje intercostal, percusión: matidez en ambos campos pulmonares; se observa respiración de Cheyne-Stokes; debido a placa de Tórax se decide dejar tratamiento con antibióticos.

TRATAMIENTO: Penicilina Cristalina 1 millón de unidades I.V. c/3 Hrs. Al 3er. día de hospitalización paciente luce en muy malas condiciones, y presenta paro cardiorrespiratorio; al intubarlo se aprecia material alimenticio por lo que se pretende que aspiró.

Diagnóstico Clínico Final: 1.- Aspiración de Vómito. 2.- Bronconeumonía Secundaria.

DIAGNOSTICO POST-MORTEM: 1.- Infarto Extenso Cara Anterior del Miocardio.

CONCLUSIONES

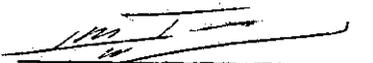
1. Durante el año de 1977, se registraron un total de 334 defunciones en el Departamento de Medicina del Hospital General; y en el Hospital Roosevelt ocurrieron un total de 495 defunciones en el mismo Departamento.
2. Se efectuó autopsia en el Hospital General a 252 pacientes, con un promedio de autopsias del 75.4o/o; efectuándose dicho procedimiento en el Hospital Roosevelt a 77 pacientes, o sea un promedio de autopsia del 24.13o/o.
3. La mayoría de las autopsias omitidas en los pacientes fallecidos del Hospital Roosevelt, fue debido a oposición de los familiares para efectuar dicho procedimiento.
4. En el Hospital General se encontró un total de 91 casos con error diagnóstico, para un 36.1o/o; siendo en el Hospital Roosevelt el número de 16 diagnósticos erróneos, o sea el 20.7o/o.
5. En la revisión efectuada en el Hospital General, se encontraron 66 errores mayores, 12 errores intermedios y 13 errores menores; en el Hospital Roosevelt: 11 errores mayores, 3 intermedios y 2 errores menores.
6. El porcentaje de error diagnóstico para los dos Hospitales es del 32.5o/o para el año de 1977 que fue el que se comprendió en el trabajo.

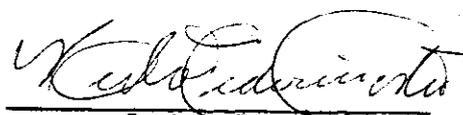
7. El aparato Respiratorio fue el que alcanzó la más alta prevalencia sobre los desórdenes de los demás sistemas, en forma global para los dos Hospitales, correspondiéndole el 55.1o/o.
8. Como probable causa de error nuestra casuística y únicamente de 59 Registros Clínicos, tenemos que los exámenes complementarios fueron calificados como Malos en 19 casos (32.2o/o); siguiéndole en orden de frecuencia: el seguimiento de casos con 16 casos (27.71/o) y el examen físico con 14 casos (23.7o/o).
9. Los errores diagnósticos son todavía descubiertos en autopsias de rutina, y el continuo control y corrección de causas de la muerte obtenida en ellas, es importante.

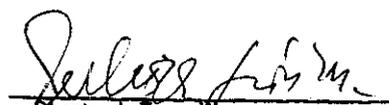
BIBLIOGRAFIA

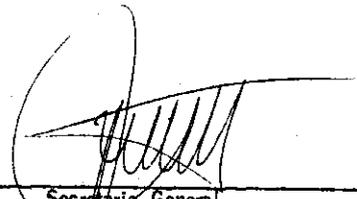
1. Burrows Stanley. El Examen Post-mortem. Necesidad Científica o necesidad. JAMA 233(5): 441-3. 4 Agosto de 1975.
2. British Medical Journal. Reducing Doctors' Errors (Editorial). 1(6070): 1178-9. 7 Mayo de 1977.
3. Britton Mona. Errores diagnósticos descubiertos en Autopsia. Acta Médica Scandinava. 196(3): 203-10. Septiembre 1974.
4. Britton Mona. Diagnósticos Clínicos: Experiencia de 383 casos Autopsiados. Acta Médica Scandinava. 196(3): 211-9. Septiembre 1974.
5. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades. Revisión 1961. Volumen 1 pp. 3-40.
6. Owens, Thomas P. Sesenta Errores en la Práctica de la Medicina En el Seguro Social de Panamá. I.G.S.S. Boletín Médico. Vol. IV No. 10. 30 Mayo 1974. pp. 2.
7. Suros J. Semiología Médica y Técnica Exploratoria. Salvat 1973. pp. 1-2.


Br. Juan José del Cid García

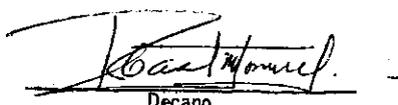

Asesor
Dr. Mario Andrés Gonzales


Revisor
Dr. H. Federico Castro


Director de Fase VI
Dr. Julio de León


Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo.Bo.


Decano
Dr. Relando Castillo Montalvo.