UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

# "CORRELACION DE DIAGNOSTICOS CLINICOPATOLOGICOS"

Estudio de 6 meses en el período de primero de septiembre de 1983 a 29 de febrero de 1984

SERGIO ARMANDO PEREZ ROSALES

INDICE

I. INTRODUCCION.....

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA....

III. JUSTIFICACION.....

IV. OBJETIVOS.....

V. REVISION DE LITERATURA.....

VI. REVISION BIBLIOGRAFICA .....

VII. METODOLOGIA.....

VIII. RECURSOS.....

IX. RESULTADOS.....

X. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS....

XI. CONCLUSIONES.....

XII. RECOMENDACIONES.....

XIII. RESUMEN.....

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....

XV. APENDICE.....

## INTRODUCCION

Por todos los estudiosos de la Medicina es conocido que el principal problema con que se tropieza todos los días en la práctica médica es que en los casos menos felices, cuando el paciente fallece, obtener el permiso de la familia para poder efectuar la necropsia clínica con el fin de conocer la(s) causa(s) de la muerte y poder comprobar con el estudio postmorten las impresiones clínicas y diagnósticos clínicos de defunción, elaborando la correlación clinicopatológica con fines didácticos.

El presente estudio prospectivo se realizó en la Sección de Patología del Hospital Roosevelt, teniendo como base el análisis de los diagnósticos clínicos y postmorten de pacientes fallecidos en los diferentes servicios médicos de este hospital, en un período que comprendió del 1o. de septiembre de 1983 al 29 de febrero de 1984.

Una de las razones de haber decidido este tipo de investigación, es en parte para contribuir a los conocimientos de Medicina en nuestro medio, en lo que respecta a la correlación de diagnóstico clínico-patológico.

El objetivo principal, fue establecer los porcentajes de certeza y/o error en los diagnósticos de acuerdo a la correlación clínicopatológica, aplicando la metodología que se describe a continuación:

Estos se compararon con los diagnósticos anatomopatológicos postmorten, llamando la atención que el porcentaje global de adecuación de diagnósticos de ingreso fue de 39.54% el cual fue modificándose a 55.30% durante la estancia hospitalaria del paciente, y terminando en 60.48% con el diagnóstico clínico de defunción, lo cual demuestra mejoría en efectividad, a pesar de las limitaciones de métodos diagnósticos de nuestro hospital.

Además se tomó en consideración la estancia hospitalaria clasificando originalmente nuestra casuística en tres grupos, pero debido a que no hubo pacientes fallecidos que coincidieran en 72 horas exactas, quedó de la siguiente manera:

a) Pacientes con permanencia hospitalaria menor de 72 horas, cuyo porcentaje de adecuación fue de 45.29% (53 casos) al ingreso 57.26% (63 casos) con la estancia hospitalaria y 58.11% (68 casos) a la defunción.

b) Pacientes con permanencia hospitalaria mayor de 72 horas, cuyo porcentaje de adecuación fue de 33.80% (71 casos) al ingreso, 53.34% (112 casos) con la estancia hospitalaria y 62.85% (132 casos) a la defunción.

Es importante subrayar que se utilizó esta metodología ya que es por todos conocido que las impresiones clínicas con que algunos pacientes son ingresados pueden ser cambiadas en el transcurso de la hospitalización, al haber obtenido el resultado de análisis de laboratorio clínico, rayox X, electrocardiogramas y otros métodos de ayuda diagnóstica. Evaluaciones por Jefes de Sección y especialistas.

El número total de casos estudiados corresponde a 168 necropsias clínicas con papelería completa de un total de 232 necropsias realizadas.

Vale la pena aclarar que el número total de diagnósticos con los que se trabajó fue de 327 y sobre estos datos está efectuada la correlación estadística (certeza o error diagnóstico).



DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La necropsis clínica se efectúa con fines
tes en donde aprende el alumno y el maestro, p
neficio de la comunidad.

Debe establecerse en todo paciente fallec
proceso de muerte, es decir, analizar cada unc
fenómenos que se presentaron en vida y que ter
contraparte anatopatológica en el estudio post
para fines de enseñanza.

Con el presente estudio se establecerá e
de correlación entre:

a) Impresiones clínicas de ingreso relaciona
diagnósticos anatomopatológicos postmorte

b) Nuevas impresiones obtenidas en la evoluc
cionadas con diagnósticos anatomopatológi
morten.

c) Diagnósticos clínicos de defunción relac
con diagnósticos anatomopatológicos postr

Se tomó en consideración el período de
hospitalaria clasificándolos en tres grupos:

a) Pacientes con permanencia hospitalaria m
72 horas.

b) Pacientes con permanencia hospitalaria d
ras días inhábiles.

c) Pacientes con permanencia hospitalaria m
72 horas.

JUSTIFICACION

En mi experiencia como estudiante de Medicina, pude observar que en algunos pacientes fallecidos, las impresiones clínicas de ingreso y los diagnósticos de defunción no podían correlacionarse con los diagnósticos del estudio anatopatológico postmorten. Decidí que era importante conocer con qué frecuencia o porcentaje se daba esta situación, por lo que consideré que un trabajo de 6 meses sobre correlación diagnóstico clínicopatológico podría ser de ayuda. Es por esta razón que mi trabajo de tesis lo he titulado:

"CORRELACION DE DIAGNOSTICO CLINICOPATOLOGICO"

estudio de 6 meses, en el período del lo. de septiembre de 1983 al 29 de febrero de 1984, en pacientes fallecidos en los servicios médicos del Hospital Roosevelt y que se les efectúa necropsia clínica".

OBJETIVOS

1. Establecer el porcentaje de certeza en la correlación de los diagnósticos clínicos y patológicos de los pacientes fallecidos en los servicios médicos del Hospital Roosevelt, tomando como parámetros principales si el paciente falleció antes o después de 72 horas de ingreso.
2. Establecer si los diagnósticos que se efectúan al ingreso, mejoran efectivamente la hospitalización usando los medios de ayuda diagnóstica (laboratorios y evaluaciones por especialistas) que para el efecto existen en el Hospital Roosevelt.
3. Establecer la proporción de necropsias efectuadas por departamentos clínicos del Hospital.



4. Establecer las 10 primeras causas de muerte e
cha institución, en base al diagnóstico anato
tológico.

REVISION DE LITERATURA

La muerte siempre ha existido y ha sido una
incógnita para el hombre, porque éste siempre ha
do de darle una causa o descripción para lo que s
valido del estudio postmorten, la necropsia que s
pre se ha efectuado desde la antigüedad; el hombr
gó a observar lo que es la Anatomía, el convertir
carnívoro (19) luego los egipcios demostraron con
mientos de Anatomía pero las estructuras del cuer
tomaron parte importante en la descripción de la
medad (médica); porque creyeron que era debido a
gia, es así que a Hinotep lo consideraron Dios, e
antigua Grecia antes de Cristo.

En la época de Hipócrates, Aristóteles, desc
que las enfermedades provenían de los humores y n
sieron énfasis en los órganos sólidos, en la esti
ra anatómica, los cambios dentro de ellos. Luego
la teoría de las enfermedades tomaron en cuenta
cambios estructurales, pero la necropsia no tuvo
en la Medicina, debido a objeciones religiosas y
les.

Durante el Renacimiento, Antonio Bieniventi
co de Florencia promovió la necropsia y el conoc
to de patología; y en el Siglo XIX, Francia fue
ca del mundo en la Medicina (11). Más tarde se
conocer Rokitanski el mejor patólogo macróspico
historia. A los pocos años Virchow creció con l
croscopia, y los consideraron el Padre de la Pat
(11). En el siglo XX el progreso médico dependió

examen del paciente en su cama y de la necropsia (10).

REVISION BIBLIOGRAFICA

Los estudios revisados generalmente son correlaciones de diagnósticos específicos y no engloban el universo del departamento de Patología (13, 25).

ESTUDIOS REALIZADOS EN GUATEMALA

En 1982, en un trabajo, efectuaron un estudio prospectivo de correlación entre diagnósticos de defunción y los diagnósticos de Patología en el Hospital San Juan de Dios, utilizando métodos de escogencia aleatoria sistemática; el porcentaje de adecuación de los diagnósticos fue de 37% (*)

En 1982, octubre y noviembre, trabajo de electivo, en el cual la metodología se planteó, ver que resultado era más válido, y demostraron que existe falta de adecuación entre los diagnósticos clínicos de defunción y los finales emitidos por el Departamento de Patología en 61% de los 42 casos estudiados. Notaron que las notas de defunción han sido elaborados por Externos, Internos, Residentes y encontraron otros aspectos que alteran la correlación de los diagnósticos. (*)

ESTUDIOS REALIZADOS EN EL EXTRANJERO

La correlación de los Clínicos y la Necropsia fue

(*) Cifuentes Morales, M. Correlación entre diagnósticos clínicos de defunción y diagnósticos de patología. Práctica de externado eléctivo. Hospital San Juan de Dios. 1982.



la mayor contribución y uno de los más grandes logros del Siglo XIX (11) y que se ha venido practicando hasta estos últimos días.

Richard Cabot en 1912, analizó 3,000 necropsias, en el Hospital General de Massachusetts, para determinar errores clínicos, un cuarto de siglo más tarde en la misma institución encontraron el mismo porcentaje de errores en 1000 casos (más del 40%), otro reporte de Francia de 1000 necropsias (55%) de los diagnósticos antemorten fueron correctos. Más tarde Robert H. Gruver y colaboradores, publicaron la metodología como se puede evaluar los casos de los pacientes que fallecieron. Los efectúó basándose en la historia, examen físico, exámenes de laboratorio y radiológico, notas de evolución de médicos y enfermería (14) en el Veterana y Administración Hospital en Washington D.C. Los factores que contribuyeron al error como la falta de historia adecuada (45%) alcoholismo y drogadicción (28%) existen errores de omisión como la falta de exámenes al ingreso (12%). falta de seguimiento del procedimiento indicado (30%), falta de síntomas y signos (28%), falta de buena interpretación de los exámenes de gabinete (25%), puntos de vista prejuiciosos (esto implica aceptar un diagnóstico previo) (16%). Luego el departamento de Patología en la Universidad de Edinburgh complementan la correlación citando en relación al tiempo hospitalario; el diagnóstico principal su confirmación fue alta (28 de 30) de los casos que murieron a los tres días de hospitalización fue baja (23/33) disminuyó en los que su estancia fue de más de cuatro semanas (25 sobre 33) en el diagnóstico principal acertaron 144 de 154 y fueron confirmados 127.

En el Departamento de Patología de la Universidad de Edinburgh se efectuó el 85% de las Necropsias solicitadas. Las causas de muerte fueron considera-

das acertadas o completamente acertadas en 119 casos - (77%) y fueron confirmados en 74 (62%) de los casos. En relación a la Unidad Clínica, la confirmación de los - diagnósticos fue más alta en Cirugía (93%) en Medicina (83%) (6).

Otro estudio de una buena correlación en el departamento de Patología. Cooper en hospital Camden, entre los diagnósticos clínicos mayores y los hallazgos post morten encontrados en las cuales la mayoría de las diferencias era de 30 (11.9%), de 252 adultos necropsiados (5%).

En los departamentos de Medicina y Patología del Hospital Universitario de Serafimerlasarettet, de 400 muertos consecutivos, sólo 383 fueron necropsiados o - sea 96%, las causas de muerte diagnosticadas antes de - la necropsia comparadas con medios establecidos por los mismos médicos después de la necropsia. Como causa primaria de muerte el diagnóstico fue así confirmado como correcto en 57% de los casos y como erróneo en 30% de los casos en los 13% restantes, no fue posible hacer - un diagnóstico definitivo después de la muerte (4).

Se publicó un Simposium sobre la necropsia, donde indica que para la realización de ésta se debe de cumplir con requisitos y fines de correlación, determinar causas o desórdenes de la muerte., función educativa (15) que sirve para los análisis estadísticos; para lograr avances en la Medicina, entrenamiento, publicaciones, de los órganos, obtener material para observación microscópica, cultivos. También se menciona los peligros de salud del Patólogo frente a las enfermedades infecto - contagiosas y llegar a convertirse en portador (sintomático o asintomático de enfermedades) (2, 3, 10, 17, 18). Se ha dicho que se necesita un requerimiento mínimo de tener un número de necropsias para acreditación, lo que



ha sido efectuado por el aumento de las biopsias post-morten (16).

La necropsia es el último centro de evaluación - del médito en su habilidad diagnóstica y terapéutica, (16). Aunque los grandes doctores encuentran gran placer si su diagnóstico se confirmó, y consideran -- muy interesante que surjan errores diagnósticos (23). Los Patólogos deben reportar lo más rápidamente las - congelaciones, reportar los cultivos a los médicos en general y a la familia; y al público reportar los resultados que a cada uno le corresponde y tomar en -- cuenta el medio ambiente en el cual el hombre está bajo su influencia como el caso de las epidemias. Se debe dar la notificación a la familia después del fallecimiento del paciente, sobre todo en las enfermedades que son de causas repentinas, las de origen genético, infecto contagiosas (10, 12, 22, 24), y en los últimos dos años se reportan correlaciones clínico patológicas en órganos específicos (13, 25).

Lo más importante es de que los datos de las correlaciones son indispensables para los hospitales y sus médicos, y su proyección a la sociedad y a las investigaciones máximo si son hospital/escuela (1, 23).

METODOLOGIA

El universo comprendió todas las necropsias que se efectuaron en la Sección de Patología del Hospital Roosevelt en el período de 1o. de septiembre del año 1983 a 29 de febrero de 1984. Se tomó del registro - clínico la impresión clínica de ingreso, nuevos diagnósticos en la evolución obtenida por métodos diagnósticos y el diagnóstico clínico de defunción dictaminado por el anatomopatólogo del departamento.

Se efectuó la necropsia clínica en la forma usual y posteriormente se interpretó con el Jefe de la Sección y los Residentes, se efectuó estudio microscópico en los caos que fue necesario confirmar el diagnóstico macroscópico y así poder obtener los diagnósticos finales.

Se analizó los casos de nuestro estudio en base al tiempo de estancia hospitalaria, en tres grupos:

a) Pacientes con 72 horas de ingreso, pero cuyo período de estancia fue en días inhábiles. En vista de que en estos es menor el número de personal médico, para médico y recursos de laboratorio.

b) Pacientes con menos de 72 horas de ingreso. En este grupo los pacientes ingresaron en días hábiles, considerando que el tiempo es corto para efectuar estudios de ayuda y comprobación de diagnóstico.

c) Pacientes con período de más de 72 horas de hospitalización.

Este grupo fue el más estudiado con los recursos diagnósticos con que cuenta el hospital.

Se compraron las impresiones clínicas de ingreso, con los diagnósticos anatomopatológicos descritos por el patólogo, y se analizó el porcentaje de diagnósticos certeros, diagnósticos aproximados y errores diagnósticos.

También por este mismo método se efectuó otros dos tipos de análisis comparativos: los nuevos diagnósticos obtenidos en la evolución, comparándolos con los diagnósticos anatopatológicos y el diagnóstico clínico de defunción se comparó con el diagnóstico anatomopato-



lógico, para obtener nuevamente porcentajes de diagnóstico certero, diagnóstico de aproximación y errores diagnósticos. (El diagnóstico certero, es el que no va a cambiar desde el ingreso, y será confirmado por el diagnóstico anatopatológico. Diagnóstico de aproximación, es el que detecta el problema a nivel de sistema u órgano que únicamente es diagnosticado clínamente. Errores diagnósticos, son todos aquellos diagnósticos clínicos que no tienen comprobación en el estudio anatomopatológico postmorten estos diagnósticos no se correlacionan y no se aproximan en nada al diagnóstico anatopatológico.

Individualmente cada grupo mostró el porcentaje de certeza y/o error de los diagnósticos.

No se tomó en cuenta los hallazgos incidentales ni enfermedades asociadas que no tuvieron que ver con los diagnósticos principales que se supone causaron la muerte.

RECURSOS

1. Morgue, sección de Patología, departamento de Laboratorios Clínicos, Hospital Roosevelt.

2. Equipo de disección, sección de laboratorio de Histopatología.

3. Cuarto de diagnóstico anatomopatológico.

4. Cadáveres de pacientes fallecidos en Servicios Médicos con solicitud de necropsia clínica.

5. Personal médico, técnico, administrativo y auxiliares de la sección de Patología.

6. Registros clínicos de pacientes fallecidos y que se les efectuó necropsia en el período de septiembre 1983 - febrero 1984.

7. Protocolos de necropsia clínica.

8. Libros y trabajos escritos sobre el tema.(consultados).

-Biblioteca Facultad de Medicina
-Biblioteca Hospital Roosevelt
-Biblioteca Sección Patología
-Biblioteca INCAP
-Biblioteca IGSS



RESULTADOS

DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD
EN UN PERIODO DE ESTUDIO DEL
1o. de Septiembre de 1983, al 29 de febrero
de 1984.

| AÑOS | FEMENINO | MASCULINO | NUMERO DE CASOS |
|---|---|---|---|
| 0-10 | 40 | 43 | 83 |
| 11-20 | 2 | 2 | 4 |
| 21-30 | 7 | 3 | 10 |
| 31-40 | 6 | 4 | 10 |
| 41-50 | 7 | 3 | 10 |
| 51-60 | 8 | 13 | 21 |
| 61-70 | 3 | 11 | 14 |
| 71-80 | 5 | 7 | 12 |
| 81-90 | 2 | 2 | 4 |
| | 80 | 88 | 168 |

FUENTE: Archivo de Patología Hospital Roosevelt.



NECROPSIAS REALIZADAS SEGUN DEPARTAMENTO CLINICO
EN UN PERIODO DE ESTUDIO DEL PRIMERO DE SEPTIEM-
BRE DE 1983 AL 29 DE FEBRERO DE 1984.

| DEPTOS.CLINICOS | No.NECROPSIAS | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| Pediatría | 81 | 48.21 |
| Medicina | 60 | 35.72 |
| Cirugía | 27 | 16.07 |
| Obstetricia | 0 | 0.00 |
| T O T A L | 168 | 100.00% |

FUENTE: Archivo Patología, Hospital Roosevelt.

ENFERMEDADES MAS FRECUENTEMENTE DIAGNOSTICADAS QUE SE PRESENTARON EN EL POSTMORTEN DE LOS PACIENTES DEL PRESENTE ESTUDIO.

| | DIAGNOSTICO MACROSCOPICO | No.CASOS | PORCENTAJE |
|---|---|---|---|
| 1. | Neumonía | 65 | 39.88 |
| 2. | Peritonitis | 17 | 10.43 |
| 3. | Desnutrición Proteico-calórica | 17 | 10.43 |
| 4. | Sepsis | 11 | 6.75 |
| 5. | Tuberculosis miliar | 10 | 6.14 |
| 6. | Hemorragia sub-aracnoidea | 10 | 6.14 |
| 7. | Membrana Hialina | 10 | 6.14 |
| 8. | Tuberculosis meningea | 9 | 5.52 |
| 9. | Meningitis | 8 | 4.90 |
| 10. | Atelectasia | 6 | 3.68 |
| | T O T A L | 163 | 100.00% |

FUENTE: Archivo Patología, Hospital Roosevelt.



Correlación de diagnósticos clínicos y anatomopatológicos.

PACIENTE CON ESTANCIA HOSPITALARIA MENOR DE 72 HORAS

| DIAGNOSTICOS CLINICOS | % DX CERTERO | % DX APROXIMADO | % DX ERRONEO |
|---|---|---|---|
| Impres.clínica ingreso | 53(45.29) | 23(19.67) | 41(35.04) |
| Nuevos diagnósticos | 67(57-26) | 15(12.82) | 35(29.92) |
| Diagnósticos de defunción. | 68(48.11) | 17(14.54) | 32(27.35) |
| PROMEDIO | (53.55) | (15.67) | (30.77) |

FUENTE: Archivo Patología, Hospital Roosevelt.

Correlación de diagnósticos clínicos y anatomopatológicos.

PACIENTE CON ESTANCIA HOSPITALARIA MAYOR DE 72 HORAS

| DIAGNOSTICOS CLINICOS | % DX CERTERO | % DX APROXIMADO | % DX ERRONEO |
|---|---|---|---|
| Impres. clínica ingreso | 71(33.80) | 42(20.00) | 97(46.20) |
| Nuevos diagnósticos | 112(53.34) | 43(20.47) | 55(26.19) |
| Diagnósticos de defunción | 132(62.85) | 39(18.57) | 39(18.58) |
| PROMEDIO | (49.99) | (19.68) | (30.32) |

FUENTE: Archivo Patología, Hospital Roosevelt.

CORRELACION GLOBAL ENTRE DIAGNOSTICOS CLINICOS Y DIAGNOSTICOS ANATOMOPATOLOGICOS.

| DIAGNOSTICOS CLINICOS | DX CERTERO | DX APROXIMADO | DX ERRONEO |
|---|---|---|---|
| Impres. clínica de ing. | 34.54% | 19.83% | 40.62% |
| Nuevos diagnósticos | 55.30% | 16.64% | 28.05% |
| Diagnósticos defunción | 60.48% | 16.55% | 22.96% |
| PROMEDIO | 51.77% | 17.67% | 30.54% |

FUENTE: Archivo de Patología. Hospital Roosevelt.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Se efectuó revisión de protocolos de necropsias y registros médicos de cadáveres de pacientes fallecidos en el Hospital Roosevelt, en el período del 1o. de septiembre de 1983 al 29 de febrero de 1984, recabándose los siguientes datos, impresión clínica de ingreso tomada de la hoja rotulada como historia y examen físico, llenada por Internos y Residentes; los nuevos diagnósticos obtenidos por medio de los nuevos datos o sugerencias del Residente y/o Jefe de Sala, y los diagnósticos clínicos de defunción tomados de la hoja rotulada como Registro Médico de defunción la cual es llenada



por Residentes o Internos quienes certifican la defunción.

Los diagnósticos anatomopatológicos se obtuvieron de los protocolos de necropsias de la Sección de Anatomía Patológica.

El total de los casos estudiados fue de 168 necropsias clínicas y de las cuales se obtuvieron 327 diagnósticos y/o impresiones clínicas globales, que es básicamente la labor de este estudio; considero que el estudio es representativo ya que éste comprende la revisión de 168 protocolos de necropsias clínicas, (de un total de 652 pacientes fallecidos en el período de estudio) y que corresponden al 25.76% de necropsias en el período de tiempo del estudio. Se entiende que de este total están excluídos los casos Médico-Legales, abortos y mortinatos.

De los 168 casos estudiados, 80 correspondieron al sexo femenino y 88 al masculino, lo que no hace una diferencia significativa en cuanto a sexo. Las edades más frecuentemente comprometidas, son las de 0 a 10 años, y las de 51 a 60 años lo que marca los extremos de la vida de pacientes cubiertos por este centro hospitalario.

La cantidad de nectopsias efectuadas por departamentos fue la siguiente: Pediatría 48.21% (81 casos), Medicina 35.72% (60 casos), Cirugía 16.07% (27 casos) y para Obstetricia no se efectuó ningún caso; lo cual se correlaciona directamente con el número de pacientes fallecidos en cada departamento.

Las enfermedades más frecuentemente diagnosticadas que se presentaron en el postmorten de los pacientes del presente estudio son: Neumonía 39.88% (65 ca-

sos), Peritonitis 10.43% (17 casos) y Desnutrición 10.43% (17 casos).

Comparando los resultados de adecuación de diagnóstico con los diagnósticos de defunción y los postmorten, del presente estudio, con otros efectuados en Guatemala, se observa que para el Hospital General Sn. Juan de Dios, fue del 37% de una población de 42 casos estudiados en un trabajo del año de 1982(*), y de 53% para el mismo estudio con variantes metodológicas, encontrándose en este estudio un 60.48% de adecuación lo cual es superior a lo encontrado en el Hospital General de Massachussets, que fue de más del 40% y del otro reportado en Francia que fue del 55%. (14).

En nuestra casuística vemos que en relación al tiempo hospitalario establecido en la metodología de pacientes que fallecieron antes de 72 horas de hospitalización fue de 58.11% (68 casos) para diagnóstico de certeza, el cual mejoró con los que fallecieron después de 72 horas de estancia hospitalaria, que demostró un 62.85% (132 casos). Este resultado es similar a otros reportados (6). El reporte del Hospital Universitario de Serafimerlasarettet de 383 necropsias el 30% de los diagnósticos clínicos fueron erróneos y un 57% correctos (4), y en la presente serie tenemos un resultado global de 30.54% de diagnósticos erróneos.

(*) Cifuentes Morales M., Correlación entre diagnósticos clínicos de defunción y diagnósticos de patología. Práctica de externado colectivo. Hospital San Juan de Dios. 1982.



En una serie realizada en un hospital comunitario de 500 camas, se obtuvo un 54.4% de diagnósticos adecuados (26).

El aporte definitivo de la presente revisión es correlacionar la adecuación diagnóstica dependiendo de los parámetros tales como la impresión clínica de ingreso en la cual por factores como cantidad de pacientes atendidos, honorarios y personal, la adecuación hacia el diagnóstico correcto fue de un solo 45.29% (53 casos) para pacientes que fallecieron antes de 72 horas, lo que da a entender su estado de permanencia y con los pocos recursos diagnósticos con que cuenta el Hospital Roosevelt, mejoró la adecuación en un 57.26% (67 casos), durante la evolución y en el momento de la defunción se obtuvo el 58.11% (68 casos) de diagnóstico adecuado.

Para los pacientes que fallecieron después de las 72 horas de hospitalización, esto mejoró considerablemente ya que un 33.83% (71 casos) la adecuación al ingreso se elevó a 53.34% (112 casos) durante la permanencia hospitalaria y a 62.85% (132 casos) en el momento de la defunción. La cual era de esperar ya que se cuenta con más personal, y además se cuenta con más tiempo para poder llevar a cabo los análisis de diagnóstico (Laboratorio Clínico, Electrocardiograma, Rayox X, Ultrasonido, Tomografía axial computarizada), además de las evoluciones clínicas por residentes y Jefes de Sección, así como contando con un estado más satisfactorio de los pacientes. Lamentablemente en la revisión bibliográfica no se encontraron estudios que hayan evaluado estos parámetros, por lo que no se puede hacer comparación alguna.

CONCLUSIONES

1. La mortalidad más alta es en las edades de los extremos de la vida, y no existe una diferencia significativa en el sexo de las necropsias clínicas estudiadas.

2. La enfermedad que con mayor frecuencia se presentó en el postmorten de los pacientes del presente estudio es la Neumonía.

3. Al departamento de Pediatría es al que mayor número de necropsias clínicas se le efectúa.

4. No existe una marcada diferencia entre los porcentajes de adecuación de nuestra casuística, con el diagnóstico de otros estudios efectuados tanto en Guatemala como en países extranjeros (Francia, U.S.A.).

5. Para realizar un diagnóstico certero con mayor frecuencia es necesario un mayor tiempo de hospitalización.

6. No importando el tiempo de estancia hospitalaria, los diagnósticos al momento de la defunción fueron hechos más correctamente que al momento del ingreso.



RECOMENDACIONES

1. Que los diagnósticos que se escriben en la página de ingreso sea verificada y modificada si fuera necesario por el Residente.

2. Que durante la estancia hospitalaria de los pacientes al momento de la visita, de los comentarios o sugerencias que se hacen por residentes o Jefes de servicio y que es copiado por otra persona, sea revisado por los mismos porque existe el problema de que quien lo escribe algunas veces no escribe lo que se dicta, variando los resultados.

3. Cada vez que se anote una impresión clínica o diagnóstico es recomendable que estos vayan amparados por datos objetivos verdaderos escritos en las hojas de evolución.

4. Que la escritura sea legible y no utilizar abreviaturas.

5. Que la Sección de Anatomía Patológica confirme en el mayor número de los casos, con los cortes histológicos cuando sea necesario.

6. Que se aumente el número de necropsias.

7. Todos los protocolos que el Residente de patología supervise la entrega y su archivo.

8. Que el laboratorio clínico sea utilizado con el fin de confirmar diagnósticos y no se empleen como rutina.

9. Es importante que en las hojas de evolución se desarrollen los hallazgos objetivos y nuevos, las nuevas evaluaciones efectuadas a los pacientes y que éstas no sean repetitivas.

10. Que en los casos fallecidos se elabore un resumen de la ficha clínica que comprenda los datos más importantes de la misma, elaborándolo cronológicamente con las impresiones clínicas, nuevos diagnósticos, y la narración del momento antemorten.- Que estos resúmenes sean supervisados por Residentes del servicio y/o de turno.

RESUMEN

Para el presente estudio se utilizó los resultados de los protocolos de 168 necropsias clínicas efectuadas en el período del 1o. de septiembre de 1983 al 29 de febrero de 1984, en la Sección de Patología del Hospital Roosevelt; este número corresponde al 25.76% de los casos clínicos fallecidos en ese período en el Hospital Roosevelt en el desarrollo de la investigación se efectuó la correlación clínicopatológica con respecto a la adecuación de los diagnósticos clínicos y los obtenidos en el postmorten. Se efectuó la comparación entre certeza, aproximación y error diagnósticos existentes entre la impresión clínica de ingreso, nuevos diagnósticos obtenidos en la evolución y los diagnósticos del registro de defunción al relacionarlos con el diagnóstico anatomopatológico, habiendo tomado en cuenta dos grupos: permanencia hospitalaria menor de 72 horas y permanencia hospitalaria mayor de 72 horas.



Los resultados obtenidos se dan en porcentajes y se analizan en cuadros y gráficas, llamando la atención que son similares a los obtenidos por otros autores nacionales y extranjeros.

Guatemala, 28 de mayo de 1984.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Anderson, R.E. et al. La autopsia pasado, presente y futuro. JAMA en Centro América 1979, Nov; 2 (11): 975-979.

2. Angrist, A. What remedies for the ailing autopsy. JAMA, 1965 Sept. 6; 193(10);150-151.

3. Bohrod, M. G. Uses of the Autopsy. JAMA 1965, Sept. 6; 193 (10): 154-156.

4. Britton, M. Diagnostic errors discovered at autopsy. Acta Med Scand 1974 Sept: 196(3): 203 210.

5. Burrows, S. The postmorten examination, JAMA -- 1975, Aug 4; 223 (5): 441-443.

6. Cameron, H.M. Necropsy; a yardstick for clini-- cal diagnoses Br Med J 1980 Oct.11; 281 - (6246): 986-988.

7. Castro, H.F. y C. Rodas. Manual de técnicas de necropsia, Guatemala, Universitaria, 1981.77p.

8. Cid, J. del. Errores diagnósticos descubiertos en Autopsia. Tesis (Médico y Cirujano). Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 1978. 42 p.

9. Davidson, C.S. The autopsy in the age of molecular biology JAMA 1965 Sept 6; 193 (10): 157-158.

10. Derman, H. The contribution of the autopsy to hospitals. AM J Clin Pathol 1978, Feb; 69 (2 suppl) 226-227.



11. Dorsey, D.B. A perspectiva en the autopsy. Am J Clin Pathol, 1978 Feb. 69 (2suppl):217-219.

12. Goodale, F. The Future of the autopsy. Am J Clin Pathol 1978 Feb; 69( 2 suppl):260-262.

13. Grover, M.H. Correlation of intraventricular - pressures at catheterization with postmorten ventricular curvature-thickness indexes in human hearts with aortic valve dysfunction Hum Pathol 1982 Aug; 13 (8): 722-727.

14. Gruver, R. H. et al. A Study of diagnostic errors. Ann Intern Med 1956 Oct; 47 (1): 108-120.

15. Hartmann, W.H. Contributions of the autopsy to medical education. Am J Clin Pathol 1978,-- Feb; 69 (2 suppl); 228-229.

16. Hasson, J. The autopsy an quality assessment - of medical care Am J Med 1974 Feb;56(2): - 137-140.

17. Hazard, B. The autopsy. JAMA 1965 Sept.6; 193 (10): 156-157.

18. McManus, F.S. The autopsy as research. JAMA - 1965, Sept 6; 193 (10): 152-153.

19. Mez, L. Breve historia del medicamento. Basilea Roche, 1971. 26 pp.

20. Prutting, J. Autopsies-benefits for clinicians. Am J Clin Pathol 1978 Feb; 69 (2 suppl): - 223-225.

21. Quiroz, F. Introducción. En: Tratado de Anatomía humana. 13 ed. México.Porrua,1974. t.1. (p.ix).

22. Reynolds, R.C. Autopsies-benefits to the family. Am J Clin Pathol 1978 Feb; 69 (2 suppl): 220 222.

23. Saladino, A. J. et al. The problem oriented post morten examination. Am J Clin Pathol 1978, - Feb; 69 (2 suppl); 253-257.

24. Trump, B.F. The use and aplication of autopsy in research. Am J Clin Pathol 1978 Feb; 69 ( 2-Suppl): 230 -234.

25. Van Boguert, L. J. Clinicopathologic Hallmark of mammary tubular carcinoma. Hum Pathol 1982 - Jum; 13 (6); 558-562.

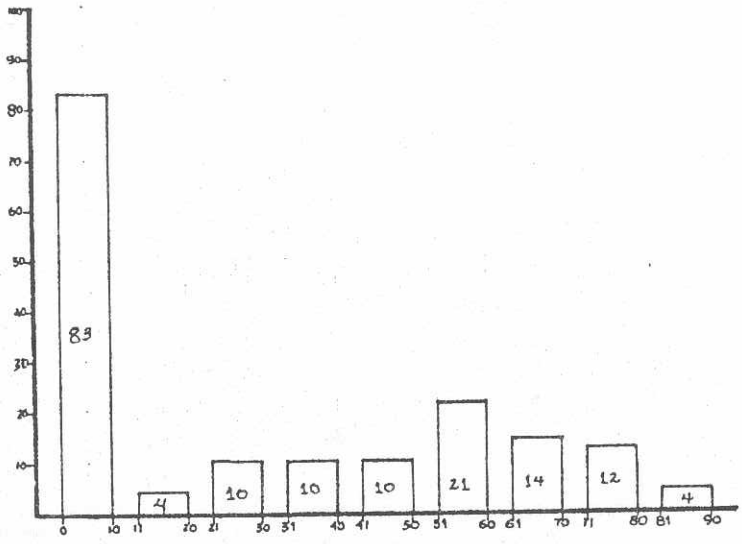
26. Vellios, F. Autopsy potencial is grusly under ut ilized. Am J Clin Pathol 1979 May; 71 (5):610 616.

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
OPCA — UNIDAD DE DOCUMENTACION



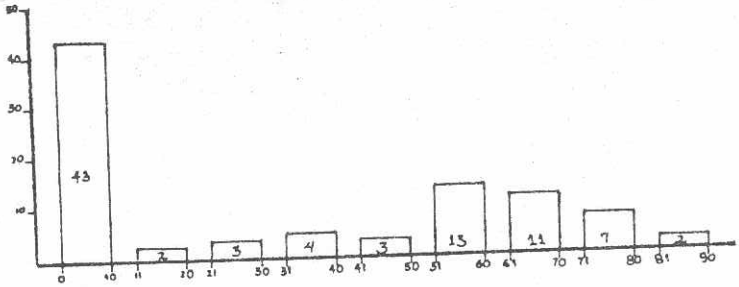
APENDICE

DISTRIBUCION ETARIA GLOBAL

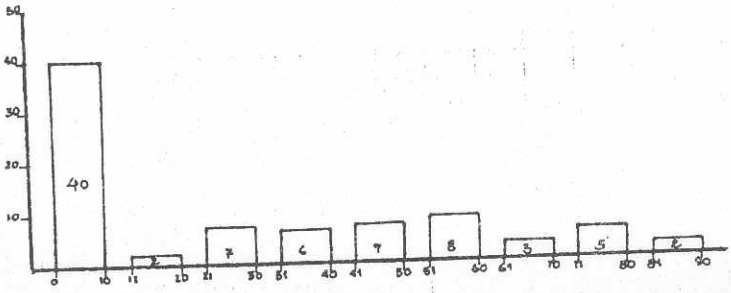



FUENTE: ARCHIVO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA, HOSPITAL ROOSEVELT

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD, SEXO MASCULINO



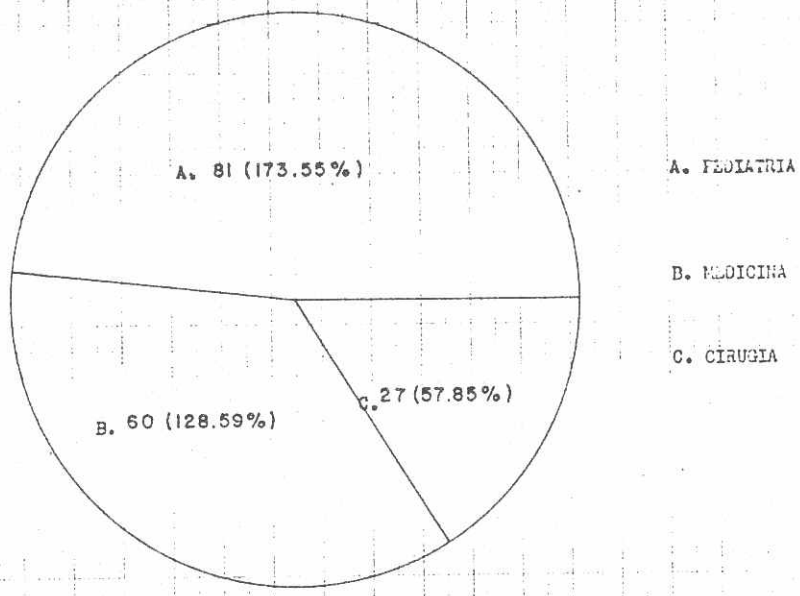

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD, SEXO FEMENINO




FUENTE: ARCHIVO DEL DEPART AMENTO DE PATOLOGIA HOSPITAL ROOSEVELT

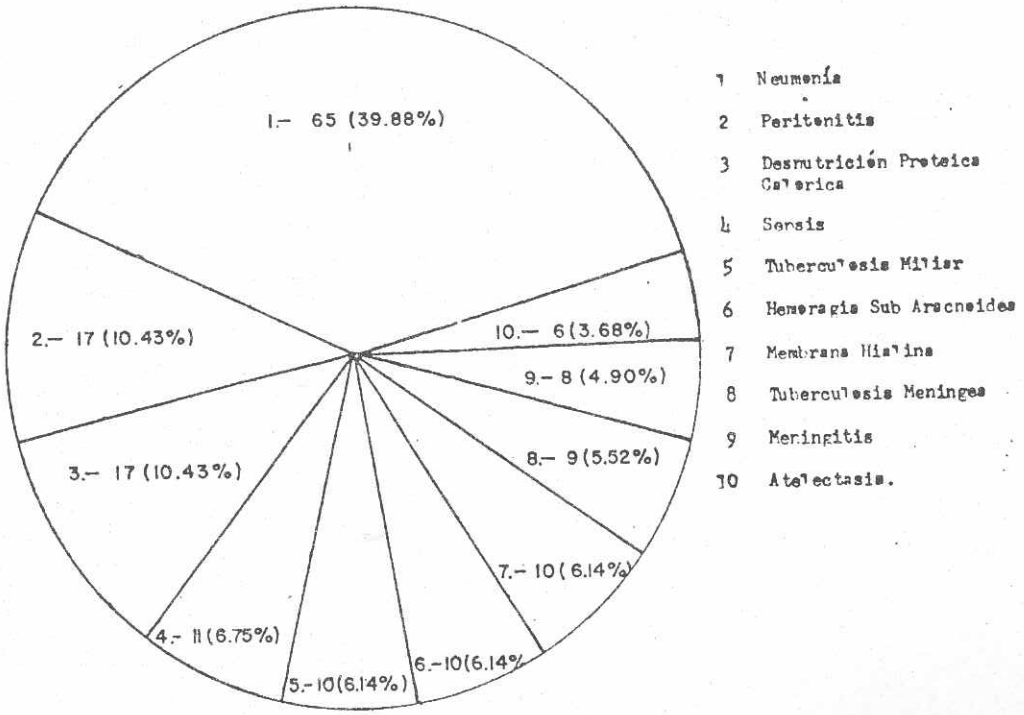
LA LECTURA 18 X 25 CM.

NUMERO DE NECROPSIAS EFECTUADAS
A CADA DEPARTAMENTO.




FUENTE: DE ARCHIVO: DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA HOSPITAL ROOSEVELT.

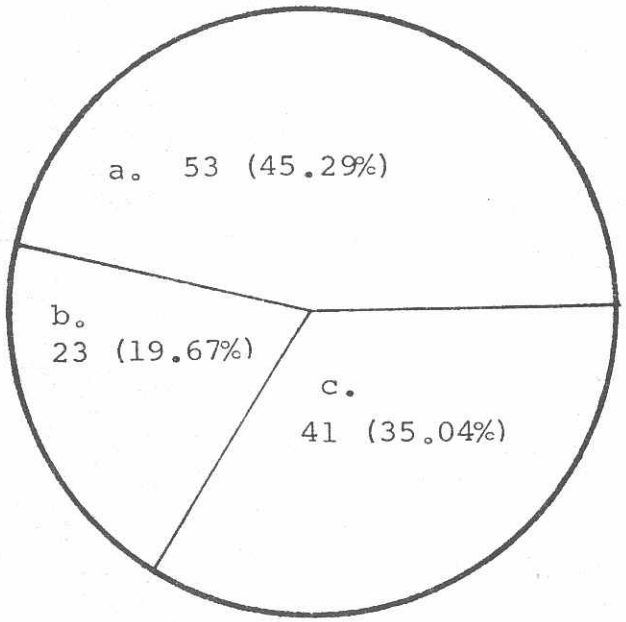
LAS ENFERMEDADES MAS FRECUENTEMENTE DIAGNOSTICADAS QUE SE PRESENTARON EN EL POSTMORTEN DE LOS PACIENTES DEL PRESENTE ESTUDIO.




FUENTE DE ARCHIVO: DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA HOSPITAL ROOSEVELT.

PACIENTES CON ESTANCIA HOSPITALARIA MENOR
DE 72 HORAS

IMPRESION CLINICA DE INGRESO



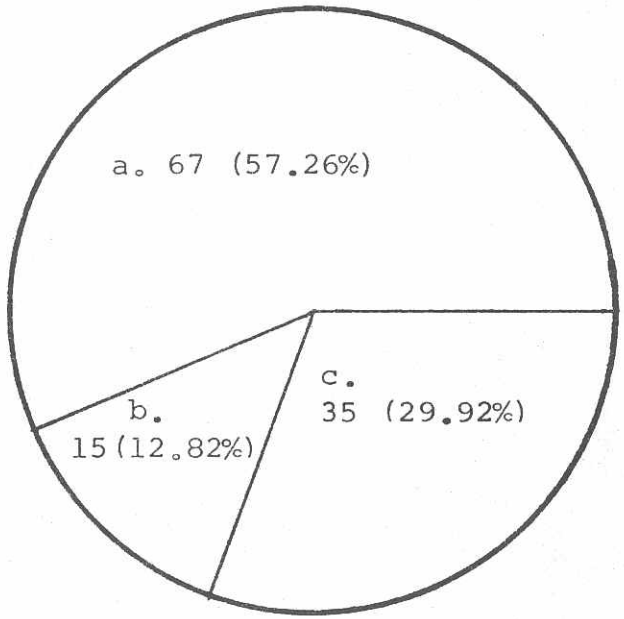

El Gráfico representa la relación existente entre la impresión clínica de ingreso y el diagnóstico de Post-Mortem

a. Certeza
b. Aproximado
c. Erróneo

FUENTE: Archivo Patología. Hospital Roosevelt.

PACIENTES CON ESTANCIA HOSPITALARIA MENOR
DE 72 HORAS

NUEVOS DIAGNOSTICOS



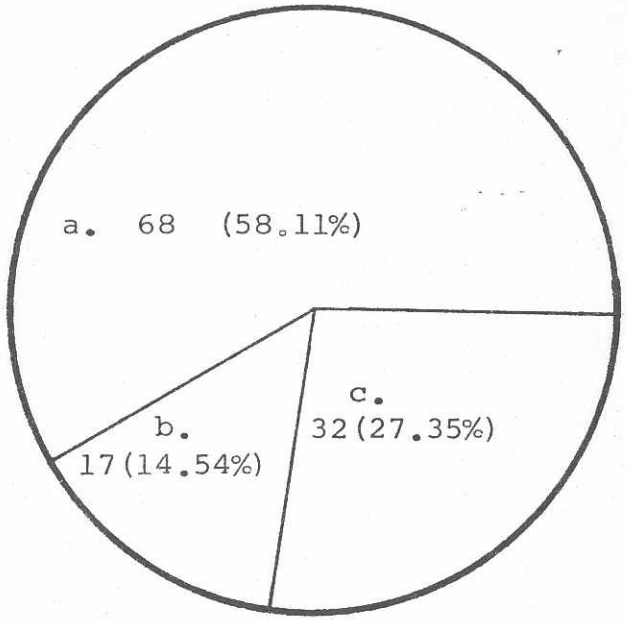

El Gráfico representa la relación entre los nuevos diagnósticos y el diagnóstico Post-mortem.

a. Certeza
b. Aproximado
c. Erróneo

FUENTE: Archivo Patología. Hospital Roosevelt.

PACIENTES CON ESTANCIA HOSPITALARIA MENOR
DE 72 HORAS

DIAGNOSTICOS DE DEFUNCION




El Gráfico representa la relación entre el diagnóstico de defunción y el diagnóstico Post-mortem.

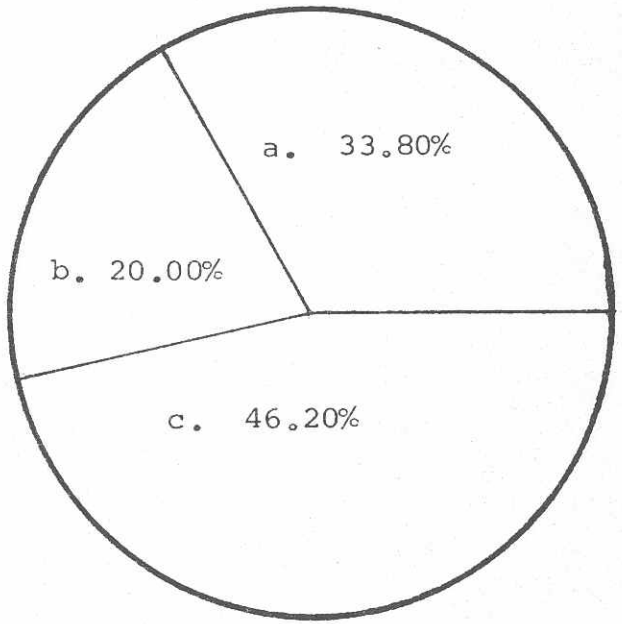
a. Certeza
b. Aproximado
c. Erróneo

FUENTE: Archivo Patología, Hospital Roosevelt.

PACIENTES CON ESTANCIA HOSPITALARIA

MAYOR DE 72 HORAS

IMPRESION CLINICA DEL INGRESO




El Gráfico representa la relación existente entre la impresión clínica de ingreso y el diagnóstico de Post-Mortem.

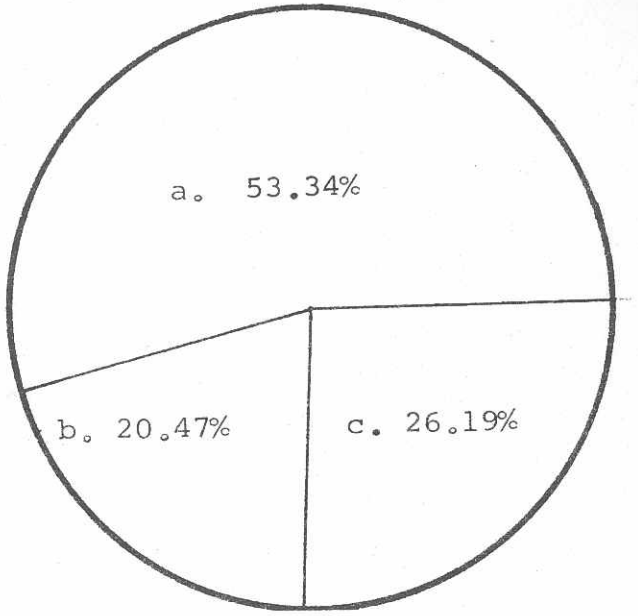
a. Certeza
b. Aproximado
c. Erróneo

FUENTE: Archivo Patología, Hospital Roosevelt

PACIENTES CON ESTANCIA HOSPITALARIA

MAYOR DE 72 HORAS

NUEVOS DIAGNOSTICOS




El Gráfico representa la relación existente entre los nuevos diagnósticos y el diagnóstico de Post-mortem.

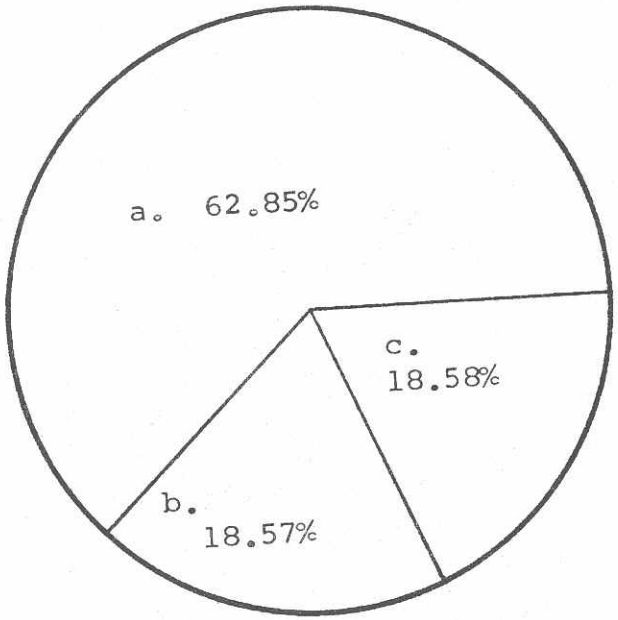
a. Certeza
b. Aproximado
c. Erróneo

FUENTE: Archivo Patología Hospital Roosevelt.

PACIENTES CON ESTANCIA HOSPITALARIA

MAYOR DE 72 HORAS

DIAGNOSTICOS DE DEFUNCION

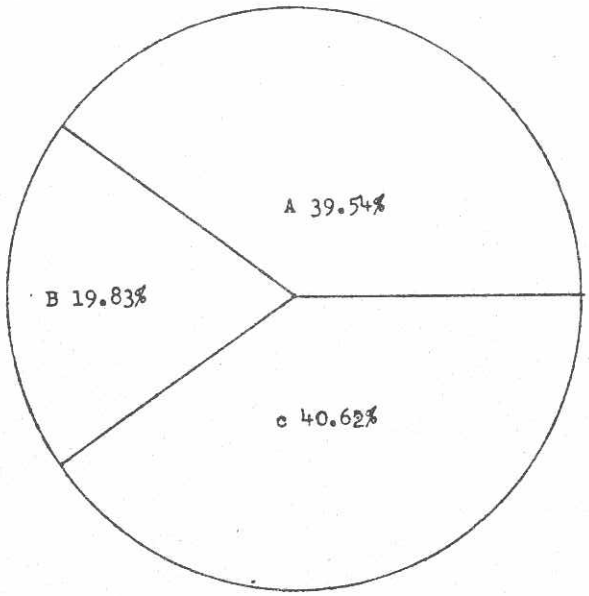



El Gráfico representa la relación existente entre el diagnóstico de defunción y el diagnóstico Post-Mortem.

a. Certeza
b. Aproximado
c. Erróneo

FUENTE: Archivo Patología. Hospital Roosevelt.

GRAFICO GLOBAL DE LA RELACION ENTRE DIAGNOSTICOS CLINICOS Y ANATOMOPATOLOGICOS




A. CERTEZA

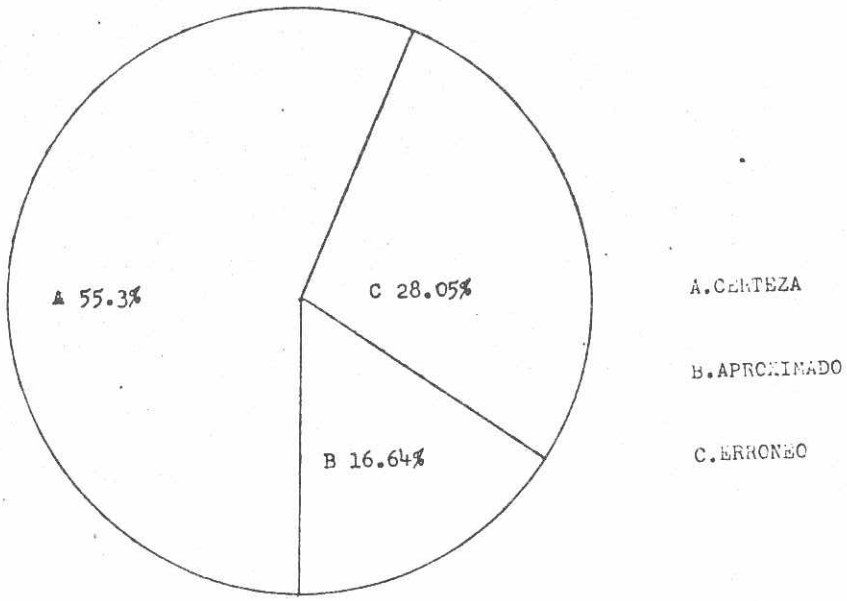
B. APROXIMADO

C. ERRONEO

EL GRAFICO REPRESENTA LA RELACION GLOBAL ENTRE LAS IMPRESIONES CLINICAS DE INGRESO Y EL DIAGNOSTICO POST-MORTEM

FUENTE: ARCHIVO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA, HOSPITAL ROOSEVELT

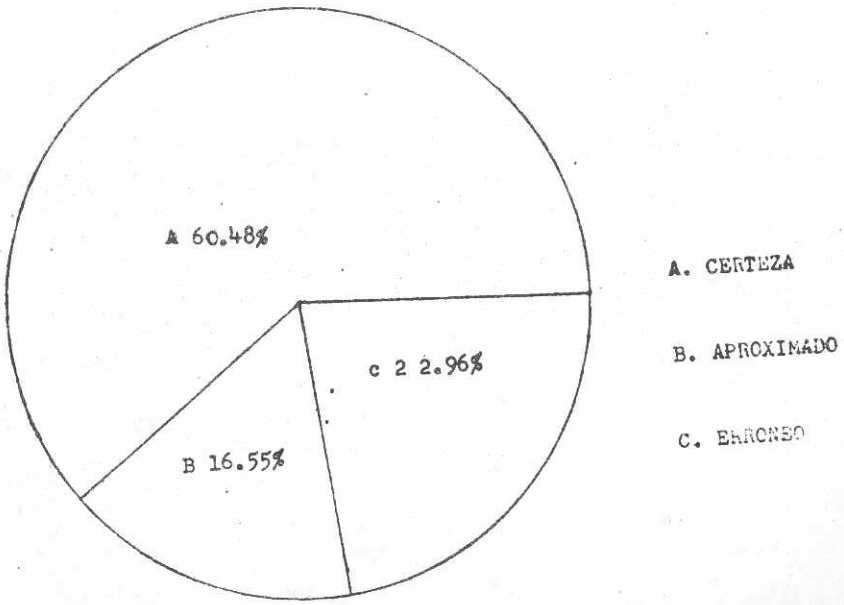
GRAFICO GLOBAL DE LA RELACION ENTRE NUEVOS DIAGNOSTICOS Y DIAGNOSTICOS ANATOMOPATOLOGICOS




FUENTE: ARCHIVO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT

EL GRAFICO REPRESENTA LA RELACION ENTRE LOS NUEVOS DIAGNOSTICOS Y LOS DIAGNOSTICOS POST-MORTEM.

GRAFICO GLOBAL DE LA RELACION ENTRE DIAGNOSTICO DE DEFUNCION Y ANATOMOPATOLOGICO




EL GRAFICO REPRESENTA LA RELACION GLOBAL ENTRE LOS DIAGNOSTICOS DE DEFUNCION Y EL DIAGNOSTICO POST-MORTEM

FUENTE: ARCHIVO DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA, HOSPITAL ROOSEVELT

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

( C I C S )

CONFORME:

Dr. WALTER OSWALDO GUERRA V.
ASESOR.

SATISFECHO:

Dr. OTTO RENE PEREZ Y PEREZ.
REVISOR.

APROBADO:

DIRECTOR DEL CICS.

IMPRIMASE:

Dr. María René Moreno Cámbara
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U S A C
Dr. María René Moreno Cámbara
GUATEMALA, C. A.

Guatemala, 6 de Junio de 1984.-

Los conceptos expresados en este trabajo
son responsabilidad únicamente del Autor.
(Reglamento de Tesis, Articulo 40.