

**CORRELACIÓN ANÁTOMO - CLÍNICO DE LOS FALLECIDOS EN LA
UNIDAD DE CUIDADOS EMERGENTES DEL HOSPITAL LUIS DÍAS
SOTO DURANTE EL PERÍODO 1999-2005.**

Autores

Dra. Danaidys Trueba Rodríguez.

Dr. Alberto Gómez Sánchez

Dr. Andrés Quiñones.

Dr. Amel García Montero.

Dra. Teresita Montero González

Dra. Mercedes López palomares

**Terapia intensiva de adultos,
Hospital Dr. Luis Díaz Soto, Ciudad Habana, Cuba.**

Teléfono: 95 4251 al 53

**Correo electrónico: ismmds@infomed.sld.cu
albertogomez@infomed.sld.cu**

INTRODUCCIÓN

Los índices de discrepancia y coincidencia de las causas de muerte entre el diagnóstico clínico y morfológico constituyen de forma indirecta un indicador de calidad de la atención médica prestada (1). La autopsia es el medio que permite el análisis de esta discrepancia (2,3). A escala internacional se reconoce la necesidad de su realización como medio de confirmación de los diagnósticos realizados en vida y para la conocer nuevos hallazgos que sólo por medio de ella se descubren (5,4, 6).

El análisis de grandes volúmenes de autopsias permite caracterizar las características de los servicios médicos brindados. La automatización de la información facilita este análisis (7).

La unidad de cuidados intensivos emergente (UCIE), insertada en la atención de urgencia tiene particularidades interesantes por la dinámica de los pacientes que atiende con muy corta estadía. De la prontitud de la asistencia médica que se brinde se podrán establecer medidas preventivas para disminuir la mortalidad y facilitar la recuperación de los pacientes.

El presente trabajo se propone analizar la correlación del diagnóstico anatómico-clínico de los fallecidos autopsiados de UCIE a través de la coincidencia y discrepancia en las causas de muerte y su relación con las estadísticas nacionales.

MÉTODO:

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de los casos fallecidos en la unidad de cuidados intensivos emergentes (UCIE) del servicio de urgencias del Hospital General "Luis Díaz Soto" en el periodo comprendido entre enero de 1999 hasta diciembre del 2005.

Se Incluyó en la muestra los fallecidos que se les realizó autopsia.

Criterios de exclusión:

Fallecidos a los que el diagnóstico clínico y/o morfológico no pudo precisarse.

A todos los fallecidos se le realizó la autopsia para determinar la causa directa de muerte (CDM) y causa básica de muerte (CBM) morfológica y se recogió a través de un análisis del certificado de defunción y la historia clínica del fallecido los diagnósticos clínicos que reflejan la CDM y CBM clínicas. Con estos resultados se determinó la coincidencia clínico-morfológica total, parcial y falta de coincidencia en la CDM y CBM de toda la muestra estudiada.

Coincidencia total: cuando los diagnósticos clínicos coinciden con la totalidad de los diagnósticos morfológicos.

Coincidencia parcial: cuando algunos de los diagnósticos morfológicos no fueron reflejados dentro de los diagnósticos clínicos.

No coincide: cuando ninguno de los diagnósticos morfológicos fue planteado como causa de muerte clínica. Esta categoría también fue denominada discrepancia (8).

Con los diagnósticos morfológicos se determinó las 10 primeras causas directas de muerte y se determinó la coincidencia clínica de las mismas.

La recolección de los datos se realizó y procesó mediante el sistema automatizado de registro y control de anatomía patológica (SARCAP) y los diagnósticos se codificaron por la Clasificación internacional de Enfermedades de la OMS (7,9).

Se empleó la fórmula del porcentaje, así como también se utilizó el paquete estadístico Microstat para el análisis de significación estadística, presentándose la información en tablas y gráficos. Se utilizó una computadora IBM compatible Pentium 166 MHz y la aplicación del paquete de programas Microsoft Office profesional 2000 para Windows.

ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

De las 261 autopsias realizadas fueron excluidos 20 fallecidos en las CDM en los cuales no fue posible precisar la misma y 50 fallecidos en la CBM por iguales causas.

Existió una coincidencia diagnóstica total en la CDM con respecto a la clínica de un 73,4 % y una discrepancia de un 18,3 % (tabla 1), que en comparación con los valores de discrepancia encontrados en el ámbito nacional (27,7%) es menor, lo cual creemos que está dado a que todos los fallecidos estudiados provienen de una sala de atención al grave donde se han creado mejores condiciones profesionales y materiales para lograr un diagnóstico correcto de las enfermedades de urgencias y donde lógicamente es mayor la relación y experiencia con la causa directa de muerte.

La cifra nacional planteada recoge los datos de todos los servicios y no solamente de las UCIE del país, pues no existe referencia de otro trabajo que aporte estos datos. No existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambas casuística ($p < 0.05$).

TABLA 1 COINCIDENCIA DIAGNOSTICA EN CDM DESDE EL AÑO 1999 AL 2005 EN UCIE.

Año	Total fallecidos	Coincidencia total	Coincidencia parcial	Discrepancia
1999	21	9	8	4
2000	13	10	1	2
2001	28	20	1	7
2002	25	21	3	1
2003	50	39	2	9
2004	52	42	2	8
2005	52	36	3	13
1999-2005	241	177	20	44
%	100	73,4	8,3	18,3

Fuente: Sistema automatizado de registro y control de anatomía patológica (SARCAP)

En la tabla 2 se muestra la coincidencia diagnóstica en la CBM donde existe una coincidencia total de 54,5%, la discrepancia fue de 21,8% inferior al valor nacional que es de un 27,9%, y similar al valor encontrado por Goldman (5) en su trabajo (22%), la coincidencia parcial fue 23,7%, de forma general ninguno de estos valores difiere significativamente de los valores encontrados en Cuba.

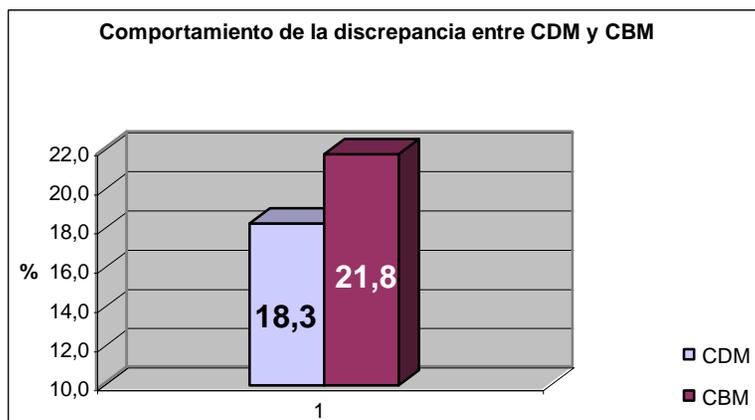
TABLA 2 COINCIDENCIA DIAGNOSTICA EN CBM DESDE EL AÑO 1999 AL 2005 EN UCIE.

Año	Total fallecidos	Coincidencia total	Coincidencia parcial	Discrepancia
1999	22	9	10	3
2000	11	3	4	4
2001	25	11	8	6
2002	18	11	5	2
2003	39	24	7	8
2004	46	27	9	10
2005	50	30	7	13
1999-2005	211	115	50	46
%	100	54,5	23,7	21,8

Fuente: SARCAP

Al comparar la discrepancia entre la CDM y la CBM como se observa en el gráfico 1 constatamos que es mayor la discrepancia diagnóstica en la CBM (21.8%) con respecto a la CDM (18,3%) a diferencia de los valores registrados en otras salas hospitalarias del mismo centro, que se comporta de forma inversa, aspecto explicado anteriormente.

Grafico 1



De las 10 primeras CDM morfológica de los fallecidos, la principal causa de muerte fue la bronconeumonía con 49 casos y una discrepancia de un 32,7% seguida en orden por el edema agudo del pulmón, el shock, el infarto agudo del miocardio, hemorragia intracerebral, Tromboembolismo Pulmonar, Edema Cerebral, Infarto Cerebral, Septicemia y Cáncer en estadio terminal como se observa en la tabla 3, comportándose de forma similar a la estadística nacional.

Existió una discrepancia general en estas 10 enfermedades de un 23,4% (tabla 3). Se observó que hubo valores de discrepancia aceptados dentro de límites normales para el infarto del miocardio, la bronconeumonía y el tromboembolismo pulmonar. En el shock, el cáncer en estadio terminal y la hemorragia cerebral existió sobrediagnóstico. No fueron planteados clínicamente como CDM el edema cerebral y la septicemia.

TABLA 3 PRINCIPALES CDM Y SU COINCIDENCIA CLÍNICA EN UCIE

Patologías:	Clínica	Morfológica	% de Coincidencia Clínica	Discrepancia
Bronconeumonía	33	49	67,3	32,7
Edema Agudo Del Pulmón	19	46	41,3	58,7
Shock	51	36	141,7	-41,7
Infarto Agudo del Miocardio	29	33	87,9	12,1
Hemorragia Intracerebral	16	13	123,1	-23,1
Tromboembolismo Pulmonar	9	13	69,2	30,8
Edema Cerebral	0	11	0,0	100,0
Infarto Cerebral	3	6	50,0	50,0
Septicemia	0	4	0,0	100,0
Cáncer (Estadio Terminal)	4	3	133,3	-33,3
	164	214	76,6	23,4

Fuente: SARCAP

En la tabla 4 se recogen los datos del comportamiento por sexo y edades de los pacientes fallecidos en nuestra UCIE donde se puede observar que el mayor número de autopsias se realizó en el grupo de edades comprendidas entre 65 y 94 años. Existió un ligero predominio del sexo masculino, siendo mayor en el grupo de edades entre 75 y 84 años lo cual no es estadísticamente significativo. Comportándose estos resultados diferentes a los valores en el ámbito nacional, donde el grupo en que se realizó el mayor número de autopsias estaba comprendido entre los 45 y 54 años, con un predominio discreto del sexo femenino. Todo esto pudiera estar fundamentado porque en la muestra no se incluyen casos que se recogen en la estadística nacional (niños, maternas, accidentados, fallecidos antes de llegar al hospital, otros).

TABLA 4 DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDADES EN AMBOS SEXOS

Sexo	No	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	>95
F	122	2	2	7	18	14	28	29	19	3
M	139	1	0	3	6	19	29	34	36	11
Total	261	3	2	10	24	33	57	63	55	14
%	100,0	1,1	0,8	3,8	9,2	12,6	21,8	24,1	21,1	5,4

Fuente: SARCAP

CONCLUSIONES

La correlación del diagnóstico anatómico-clínico en los fallecidos de la UCIE analizada se comportó de forma similar a estadísticas nacionales, con mejores resultados en la CDM. Las principales CDM fueron: bronconeumonía, edema agudo del pulmón, choque, infarto agudo del miocardio, hemorragia intracraneal, edema e infarto cerebral, septicemia y cáncer terminal con una discrepancia general de un 23,4%.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Van den Tweel JG. Autopsies as an important indicator for quality control. Ned Tijdschr Geneesk. 2000;144:54-5. Esteban A, Fernández-Segoviano P. The autopsy as a tool to monitor diagnostic error. Intensive Care Med. 1999;25:360-3.
2. Hurtado de Mendoza J. La Autopsia ¿método para el estudio de la muerte o para la prolongación de la vida? Rev Cubana Med Milit 1989; 3(4): 41-6.
3. Rodríguez LM, Sánchez MR, Medina G, Vega BE, Bolio AS, Valencia S, Sosa J, Echeverría M, Rivero J. La autopsia: la consulta final. Rev Biomed 1997; 8(3): 171-96.
4. Britton M. Diagnostic errors discovered at autopsy. Acta Med Scand 1974;196:203-10.
5. Goldman L et al. The value of autopsy in three medical eras. N Engl J Med 1983;308:1000-5.

6. Battle RM, Pathak D, Humble CG, Key CR, Vanatta PR, Hill RB, Anderson RE. Factors influencing discrepancies between pre- and post-mortem diagnoses. JAMA 1987;258:339-44.
7. Hurtado de Mendoza Amat J, Alvarez Santana R, Jiménez López A y Fernández Pérez LG. El SARCAP, Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica. Rev Cubana Med Militar 1995;24:123-30.
8. Hurtado de Mendoza JE, Álvarez R, Walwyn V, Montero T, Carriles R y Rodríguez J. Autopsias realizadas en el hospital "Dr. Luis Díaz Soto" de 1962 a 1995. Rev Cubana Med Milit 1997; 26(2): 122-8.
9. OPS/OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. Novena Revisión. Washington DC: 1978.
10. Hurtado de Mendoza Amat J, Montero González T, Walwyn Salaz V y Alvarez Santana R: El Daño Múltiple de Órganos en autopsias realizadas en Cuba en 1994. Rev Cubana Med Milit 1997;26(1):19-29.
11. Montero T, Hurtado de Mendoza J, Iglesias MM. Particularidades de fallecidos entre 15 y 49 años. Rev Cubana Med Milit 1999; 28(1): 9-16.