

Medicent Electrón. 2019 ene.-mar.;23(1)

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

Correlación clínico-patológica en fallecidos del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Cmdte. Manuel Fajardo Rivero

Clinicopathological correlation in deceased people from "Cmdte. Manuel Fajardo Rivero" Clinico-Surgical Teaching Hospital

Ygnacio Ygualada Correa, María Obdulia Benítez Pérez, Jorge Alain Victores Moya

Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: mobdulia@infomed.sld.cu

RESUMEN

La correlación clínico-patológica permite conocer la causa de los errores en la vida común y en la práctica médica. Se realizó una investigación con el objetivo de establecer la correlación clínico-patológica con el uso de la clasificación propuesta en el Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica. Se empleó un enfoque multicausal de la muerte, con la Clase I y II de la clasificación de Goldman, modificada por Battle, para las discrepancias diagnósticas. El estudio fue descriptivo, transversal, y se evaluaron los diagnósticos premortem de 68 fallecidos con autopsias en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Cmdte. Manuel Fajardo Rivero, en el año 2017. Se destacó la importancia de los estudios multicausales y la utilidad de la correlación clínico-patológica en el mejoramiento de la calidad de los diagnósticos premortem.

DeCS: causas de muerte, autopsia.

ABSTRACT

Clinicopathological correlation makes it possible to know the cause of errors, both in common life and in medical practice. An investigation with the aim of establishing the clinicopathological correlation by using the classification proposed in the Automated System of Registration and Control of Pathological Anatomy, was carried out. A multi-causal approach to death, with class I and II of the Goldman classification modified by Battle for diagnostic discrepancies, was used. A descriptive and cross-sectional research was used and premortem diagnoses of 68 deceased with autopsies at the "Manuel Fajardo Rivero" Hospital in 2017, were evaluated. The importance of multicausal studies and the usefulness of the clinicopathological correlation in improving the quality of premortem diagnoses, were highlighted.

DeCS: cause of death, autopsy.

La correlación clínico-patológica enriquece el trabajo médico y permite conocer la causa de los errores de cualquier clase, ya sea, en la vida común o en la práctica médica. Es por ello que constituye el primer paso para dar soluciones a los problemas y permite ganar experiencias necesarias para evitar su repetición.¹ En el mundo existen diferentes métodos para comparar los diagnósticos clínicos y anatomopatológico:^{1,2}

I - Según las discrepancias diagnósticas:

- Mayores (Clase I y Clase II)
- Menores (Clase III y Clase IV)

Este método se conoce como clasificación de Goldman, el cual al ser modificado por Battle quedó de la siguiente forma:

- Clase I: Discrepancia en un diagnóstico primario o principal, cuyo diagnóstico correcto hubiera posibilitado un tratamiento que pudiera haber prolongado la vida del paciente.
- Clase II: Discrepancia de un diagnóstico principal o primario, cuyo diagnóstico en vida no hubiera modificado la supervivencia del paciente.
- Clase III: Discrepancia de un diagnóstico secundario o menor, no relacionado con la causa de muerte; síntomas que de haber sido tratados podrían haber afectado el pronóstico.
- Clase IV: Discrepancia en diagnósticos menores ocultos, no diagnosticables, de posible importancia epidemiológica o genética.
- Clase V: Diagnósticos no discrepantes.

Es el método más utilizado a nivel internacional, es monocausal, no define las discrepancias diagnósticas de forma multicausal.

II - Según el grado de coincidencia diagnóstica en las causas básicas, intermedias y directas de muerte.

Es el método propuesto en el Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica (SARCAP), creado en Cuba en 1985 en el Hospital «Luís Díaz Soto», en La Habana. Fue aprobado por el Centro Nacional de Autopsia de Cuba; consiste en evaluar aquellos diagnósticos premortem de forma multicausal, que resultan causas de muerte (básicas, intermedias y directas). Independientemente la causa básica y causa directa de muerte, incluida la causa intermedia de muerte, en cada caso las coincidencias diagnósticas con los diagnósticos premortem, se evaluarán como:

- Coincidencia total (T): Coinciden los diagnósticos premortem y postmortem.
- Coincidencia parcial (P): Coinciden los diagnósticos premortem y postmortem en lo general, y no en lo particular.
- No coincidencia (N): No coinciden los diagnósticos premortem y postmortem.
- Insuficiente (I): Cuando no se precisa el diagnóstico premortem o postmortem.

La vida es lo más preciado para el hombre; la muerte, aunque inevitable, resulta indeseada por la sociedad y los profesionales de la salud; por esa razón, solo la autopsia permite conocer las verdaderas causas de muerte y contribuye a la obtención de los conocimientos necesarios que eviten que ocurran sucesos similares.³⁻⁵

La autopsia facilita el estudio de un cadáver y es el método más completo del enfermo/enfermedad; garantiza la calidad en la labor médica pues permite hallar respuestas a preguntas clínicas aún no resueltas.⁵ La autopsia es un procedimiento en el cual se practica la disección del cadáver, con el fin de obtener causa, extensión y complicaciones de la Patología. Además, permite detectar

posibles errores diagnósticos o terapéuticos, aclarar la validez del procedimiento diagnóstico, aporta información sobre enfermedades nuevas y las conocidas, y contribuye a ejercer control sobre la calidad asistencial.⁶

Más del 50 % de los diagnósticos de certeza se pueden hacer tan solo por la clínica. Hoy se cuenta adicionalmente con la tecnología moderna, que pudiera asegurar otro número de diagnósticos; sin embargo, no sucede tal como se pensaba. Al analizar autopsias en distintas épocas no se detectaron cambios en errores de diagnóstico al introducir la tecnología moderna. Se puede aseverar que todos los métodos de exploración, incluida la clínica, están sujetos a error, lo que se considera un axioma o una ley.⁵ Es a partir del triunfo de la Revolución Cubana en 1959, que la autopsia obtiene el más elevado nivel científico, asistencial y docente, en cantidad y calidad; según la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública, entre los años 1991 y 2014, la cifra alcanzó 719 198 autopsias. Aunque la situación no es crítica, los índices de autopsias en algunos hospitales han disminuido y la calidad también se ha afectado.⁵ Se estima que las discrepancias entre los diagnósticos clínico y anatomopatológicos oscilan entre el 10- 40 %; este es el promedio más aceptado de discordancia entre el 20 y el 30 %. Por debajo del 10 %, se deben a posibles faltas de exigencias en la calificación; mientras que las que se encuentran por encima del 40 % se consideran deficiencias o insuficiencias del trabajo médico. El índice de autopsias en una institución de salud no debe ser menor a 70 %.⁷ La mayoría de los autores coinciden en el criterio de que la elevada frecuencia de autopsias, realizadas a fallecidos en las salas de cuidados intensivos y emergencias, es un indicador positivo y debe continuar elevándose. Es en este servicio donde se brinda la atención médica y tecnológica más avanzada.⁷ En el protocolo médico habitual el diagnóstico está sujeto a posibles equivocaciones, lo que ocasiona consecuencias que se extienden al tratamiento de la enfermedad. Por tanto, la tasa de errores diagnósticos se sitúa entre 0,6 % y 12 %, con estimaciones que llegan a un 15 %. En el proceso de autopsias es frecuente encontrar ciertas alteraciones físicas que no se habían reconocido durante la vida del paciente, a los cuales la Real Academia Nacional de Medicina denomina como «incidentalomas», que son hallazgos encontrados de forma casual en ausencia de signos clínicos o síntomas específicos, al realizar una exploración radiológica o física de un paciente.⁸ La calidad diagnóstica resulta de la integración del conocimiento médico y reconocimiento de los errores clínicos; se alcanza con la identificación de las causas de muerte y es la correlación clínico-patológica la principal herramienta para lograrla.⁶

La reunión clínico-patológica (RCP) en una institución hospitalaria es una de las actividades científicas más importantes que se realiza. Generalmente convoca a diversos profesionales de la salud de diferentes especialidades. Es una actividad docente e investigativa que requiere de un gran apoyo por parte de todos los factores que intervienen en la Dirección Institucional. Este análisis se complementa con la información anatomopatológica aportada por la autopsia sobre el proceso salud/enfermedad. Esto hace más objetiva la valoración sobre la calidad de la atención de salud,⁹ y denota el importante papel de la autopsia en la medicina, tanto asistencial, como en la enseñanza, en las investigaciones, la administración de salud y en la sociedad en general. En todos estos aspectos Cuba puede exhibir resultados meritorios obtenidos con la realización de autopsias.¹⁰

Se decidió realizar este estudio con el objetivo de establecer la correlación clínico-patológica con el uso de la clasificación propuesta en el SARCAP, con enfoque multicausal de la muerte, con la Clase I y II de la clasificación de Goldman, modificada por Battle para las discrepancias diagnósticas.

Se realizó una investigación en servicio de salud, descriptiva y transversal, en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Cmdte. «Manuel Fajardo Rivero», en el año 2017. Se procesaron 68 autopsias de adultos realizadas según la metodología convencional; el informe final se recogió en el protocolo de la autopsia y los datos fueron introducidos en el SARCAP. Los diagnósticos se codificaron por la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE/OMS) y los ejes morfológicos y topográficos del *Systematized Nomenclature of Medicine* (SNOMed). Los criterios de causas de muertes fueron los establecidos por la OMS.

El análisis fue multicausal y se tuvieron en cuenta:

Causa directa de muerte (CDM): Enfermedad o estado patológico que provocó la muerte directamente. Debido a, o como consecuencia de la CIM.

Causa intermedia de muerte (CIM): Causas, antecedentes o estados morbosos que provocaron la causa arriba consignada. Debido a, o como consecuencia de la CBM.

Causa básica de muerte (CBM): Es la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que provocaron directamente la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que condujeron a la lesión fatal.

Causa contribuyente (CC): Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estados morbosos que la produjeron.

A los trastornos que resultaron causas de muerte (básica, directa e intermedia), se les evaluó la coincidencia diagnóstica, para lo cual se analizaron independientemente la CBM y CDM, incluida la CIM. En cada caso, la coincidencia diagnóstica (con los diagnósticos premortem) se clasificó como: Total (T), Parcial (P), No coincidente o discrepancia (N) o Insuficiente el dato (I).

EL SARCAP permitió comparar todos los diagnósticos de causas de muertes premortem y posmortem, y cuando fue necesario, todos los datos recogidos del modelo de autopsia. La coincidencia T se obtuvo en la mayoría de los casos de forma automática, al coincidir los códigos de los diagnósticos premortem y postmortem. De modo similar se obtuvieron las insuficientes cuando aparecieron los códigos 7999C o 7999M, que equivalen a diagnósticos no precisados clínicamente y diagnósticos no precisados morfológicamente, respectivamente. Es decir, en estos casos se consideró el dato insuficiente y de igual forma la evaluación. Todas las evaluaciones P o N fueron realizadas por el patólogo participante en la investigación y analizadas en el Comité de Evaluación de la Mortalidad Hospitalaria. Se consideró P cuando el diagnóstico coincidía en lo general y discrepaba en lo particular, o cuando coincidía un diagnóstico de varios realizados. Por último, cuando no hubo coincidencia diagnóstica (discrepancia) se evaluó N. Se utilizó además la Clase I y II de la clasificación de Goldman modificada por Battle:

Discrepancia Clase I: Cuando la discrepancia diagnóstica tiene un impacto directo en la supervivencia del paciente.

Discrepancia Clase II: Cuando la discrepancia diagnóstica no tiene un impacto directo en la supervivencia del paciente.

La información fue procesada y presentada en forma de tablas, según permite el SARCAP. Se obtuvieron los principales datos de representación y características generales del universo estudiado, se precisaron los diagnósticos de causas de muertes finales y se compararon con los diagnósticos premortem, obtenidos por el patólogo, en la historia clínica y certificado médico de defunción.

En el año 2017, fallecieron en el hospital 83 pacientes y se les realizó autopsia a 68 (81,9 %); de estos fallecidos autopsiados el 95,5% corresponden al Servicio de Terapia Intensiva, a predominio del perfil clínico para el 73 %.

Se observó mayor porcentaje de coincidencia diagnóstica en la CDM con un 54,4 % y solo un 44,1% para la CBM. Las discrepancias diagnósticas Clase I y II mostraron mayor porcentaje en la CBM para el 27,9 % y para la CDM representó el 26,4 %. Las discrepancias diagnósticas Clase I fueron mayores en la CBM con un 7,3 %, mientras que las discrepancias diagnósticas Clase II tuvieron mayor porcentaje en la CDM con un 23,5 %. La coincidencia parcial tuvo mayor porcentaje en la CBM, con un 26,4 %, para un 50 % en el servicio de Medicina, seguido del perfil clínico de la Sala de Terapia Intensiva con un 31,2 %. Se evaluó un caso como insuficiente en la CBM, que representó el 1,4 %.

La bronconeumonía constituyó la primera causa de muerte con el 25 %, seguido del shock con el 20,5 %, predominó el shock séptico y cardiogénico (71,4 %). El daño múltiple de órganos, seguido del tromboembolismo pulmonar, el infarto miocárdico agudo, el edema cerebral grave y el edema pulmonar, completan las 7 primeras causas de muertes. La principal CDM la constituyen las infecciones con el 48,5 % (bronconeumonía, shock séptico, daño múltiple de órganos y sepsis). En los principales diagnósticos finales como CBM realizados, la enfermedad aterosclerótica, con un 44,1 %, ocupó el primer lugar, incluidas sus diferentes localizaciones. El cáncer es la segunda

CBM, representado por los tumores malignos del tubo digestivo con 57,1 %. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las colecistopatías, con predominio de las colecistitis litiasicas, la diabetes mellitus y la tuberculosis, completan las primeras CBM.

La correlación clínico-patológica en las enfermedades consideradas como causas de muertes, muestran para la CDM, el mayor porcentaje de coincidencia diagnóstica con el infarto miocárdico agudo (75 %). La enfermedad que mayor porcentaje de discrepancia diagnóstica tuvo fue el tromboembolismo pulmonar (44,4 %). En la CBM el mayor porcentaje de coincidencia diagnóstica corresponde a la diabetes mellitus (66,6 %) y el mayor porcentaje de discrepancia diagnóstica se observó en la tuberculosis (100 %), seguido de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (60 %). La coincidencia parcial tiene su mayor porcentaje en el shock como CDM con el 21,4 % y en la CBM las colecistopatías con el 40 %, seguida de la enfermedad aterosclerótica con el 33,3 %. Un caso fue evaluado de insuficiente en la enfermedad aterosclerótica, para un 3,3 %.

Se corroboró la utilidad de la autopsia para contribuir a mejorar la calidad de los diagnósticos premortem a través de la correlación clínico-patológica. Se demostró la importancia de los estudios multicausales de la muerte, para evaluar los diagnósticos premortem. Las discrepancias diagnósticas están por encima de la media nacional; predominan las no coincidencias Clase II en las principales causas de muerte. Existe mayor porcentaje de discrepancias diagnósticas en la CBM, estadía hospitalaria y edades avanzadas, así como en el Servicio de Cuidados Intensivos Polivalentes. Las autopsias realizadas, según la metodología establecida, permitieron, además de la uniformidad de la información, elevar la calidad de estas al establecer en el hospital el análisis del proceso de la muerte y precisar sus diagnósticos de forma multicausal (CDM, CIM, CBM y CC).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hurtado de Mendoza Amat J. La autopsia como garantía de calidad en la medicina. Rev Cubana Salud Pública [internet]. jul.-sep. 2017 [citado 25 sep. 2018];43(3):[aprox. 2 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000300015&lng=es
2. Fernández Fernández F, Estébanez Gallo A, Mayorga Fernández M, Guerra Merino I. Objetivos e indicaciones de la autopsia clínica. 4.^a ed. Perú: REMI; 2004.
3. Hurtado de Mendoza Amat J. Autopsia. Garantía de calidad en la Medicina [internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009 [citado 25 sep. 2018]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/scap/librocompleto.pdf>
4. Arango Astorga P, Cabrera Nicolau L, Hurtado de Mendoza Amat J. Necesidad de un sistema informático de registro y control en Anatomía Patológica para la red hospitalaria en Cuba. Rev Cubana Informát Méd [internet]. 2015 [citado 25 sep. 2018];7(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://www.rcim.sld.cu/revista_31/articulo_pdf/necesidadsisistema.pdf
5. Vega Jiménez J, Vega Candelario R, García Cuervo D, Testar de Armas J, Arocha Molina Y. Correlación clínico-patológica: una simbiosis irremplazable entre internista y patólogo. Rev Méd Electrón [internet]. mar.-abr. 2018 [citado 25 sep. 2018];40(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000200015&lng=es
6. García Reyes AM, Alberty Murillo AG, Avila Matute AN, Seaman Peñalva DM, Espinoza Aguiriano IA, Zavala Carranza JC, *et al*. Discrepancias entre el diagnóstico clínico y anatómo-patológico en el Hospital Escuela Universitario de Honduras. Rev Cient Cienc Méd [internet]. 2016 [citado 25 sep. 2018];19(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332016000200004&lng=es
7. Vega Jiménez J, Hurtado de Mendoza Amat J, Vega Candelario R. ¿La correlación clínico-patológica es un indicador útil en las unidades de atención al grave? Rev Cubana Med Intensiva Emerg [internet]. 2017 abr.-jun. [citado 25 sep. 2018];16(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2017/cie172i.pdf>
8. Orjuela Ortiz LF, Hermann Triviño S, Salazar Monsalve L, Cifuentes Borrero R. Correlación clínico-patológica: El error médico como causa de mortalidad materna. Rev Colombiana Salud Libre [internet]. ene.-jun. 2015 [citado 25 sep. 2018];10(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://revistasojs.unilibrecali.edu.co/index.php/rcslibre/article/view/32>

9. Martínez Navarro J. La reunión clínico-patológica: una actividad necesaria. Medisur [internet]. abr. 2017 [citado 25 sep. 2018];15(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3450/2293>
10. Hurtado de Mendoza Amat J. La autopsia como fortaleza del sistema de salud de Cuba. Rev Cubana Salud Pública [internet]. abr. 2016 [citado 25 sep. 2018];42(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/714/762>

Recibido: 30 de octubre de 2018

Aprobado: 25 de noviembre de 2018

Ygnacio Ygualada Correa. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: mobdulia@infomed.sld.cu