

DISCREPANCIAS ENTRE DIAGNOSTICOS CLINICOS Y HALLAZGOS DE AUTOPSIA

MARIA VIRGINIA BÜRGESESSER¹, DIEGO CAMPS², PATRICIA CALAFAT¹, ANA DILLER¹¹Servicio de Patología, Hospital Privado de Córdoba, ²Cátedra de Química III, Facultad de Medicina, Universidad Católica de Córdoba

Resumen El objetivo principal del presente trabajo fue identificar las discrepancias clínico-patológicas en las autopsias realizadas en la institución. Se revisaron 53 autopsias de casos clínicos en adultos en el período comprendido entre enero de 2005 y junio de 2009, realizadas en el servicio de Anatomía Patológica del Hospital Privado de Córdoba, Argentina. Se excluyeron seis debido a información insuficiente. Se aplicó la clasificación de Goldman y col. para establecer las discrepancias clínico-patológicas entre los diagnósticos *pre* y *post-mortem*. Los diagnósticos clínicos más frecuentes fueron las infecciones respiratorias y el tromboembolismo pulmonar agudo. Los hallazgos de autopsia más frecuentes fueron las infecciones respiratorias y el infarto agudo de miocardio. Se detectaron 17 discrepancias mayores y 30 concordancias, no se detectaron discrepancias menores. Las infecciones respiratorias fueron la principal causa de error, seguidas por el infarto agudo de miocardio. Concluimos que en 17/47 (37%) de los casos se realizó un diagnóstico clínico diferente al *post-mortem*, y que las infecciones respiratorias constituyen el principal tipo de error. Se sugiere adoptar estrategias informativas y educativas, revalorizar la autopsia y las prácticas clínicas tradicionales.

Palabras clave: autopsia, clasificación de Goldman, discrepancias clínico-patológicas, control de calidad

Abstract *Discrepancies between clinical diagnoses and autopsy findings.* The main objective of this study was to identify the clinical-pathological discrepancies in autopsies performed in the institution. We reviewed autopsies of clinical cases in 53 adults in the period between January 2005 and June 2009, carried out in the Pathology Service at the *Hospital Privado de Córdoba*, Argentina. Six autopsies were excluded due to insufficient information. The Goldman et al. classification was applied to establish clinico-pathologic discrepancies between clinical diagnoses and autopsy findings. Frequently clinical diagnoses were respiratory infections and acute pulmonary embolism. The most frequently reported postmortem diagnoses were respiratory infections and acute myocardial infarction. There were 17 major discrepancies and 30 coincidences. No any minor discrepancy was detected. Respiratory infections were the main cause of error, followed by myocardial infarction. We conclude that in 17/47 (37%) of cases the pre-mortem and postmortem diagnoses were different, and that respiratory infections were the main cause of error. We suggest to adopt educational and informative strategies, to revalue the importance of autopsy, and traditional clinical practices.

Key words: autopsy, Goldman's classification, clinico-pathologic discrepancies, quality control

La autopsia constituye aún el método más útil para determinar la causa de muerte, además de tener un destacado papel en la formación médica. La función más importante de la autopsia es la de la correlación clínico-patológica, para evaluar la concordancia y estudiar los resultados y variaciones encontradas con fines científicos, asistenciales y docentes¹⁻⁴.

La correlación clínico patológica enriquece el acto médico, ya que conocer la causa de los errores es el

primer paso para solucionarlos, y permite ganar experiencia necesaria para evitar su repetición. En revisiones de casos de autopsias se observó que, a pesar de las nuevas técnicas de imágenes y el avance en otras técnicas diagnósticas, el número de diagnósticos clínicos no realizados y hallados en la autopsia se ha mantenido constante en los pasados 20 a 30 años. Las discrepancias entre los diagnósticos clínicos (*pre-mortem*) y anatomopatológicos (*post-mortem*) varían entre un 6 y un 40%, lo que confirma la utilidad de esta práctica como control de calidad interno en las instituciones⁵⁻⁷.

El objetivo principal del presente trabajo fue identificar las discrepancias clínico-patológicas en las autopsias realizadas en la institución, determinando el porcentaje de diagnósticos *post-mortem* que no fueron sospechados antes del fallecimiento del paciente.

Recibido: 14-VI-2010

Aceptado: 2-XI-2010

Dirección postal: Dra. María Virginia Bürgesser, Hospital Privado de Córdoba, Naciones Unidas 346, Barrio Parque Vélez Sarsfield, 5016 Córdoba, Argentina
Fax: (54-0351) 4688826 e-mail: virburgesser@gmail.com

Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, de los protocolos e historias clínicas de 53 autopsias realizadas desde enero de 2005 a junio de 2009 en el servicio de Anatomía Patológica del Hospital Privado de Córdoba, Argentina. Se analizaron las autopsias de adultos, y se excluyeron las autopsias de niños y perinatales. Se excluyeron seis necropsias debido a información insuficiente, por lo que se analizaron 47 autopsias.

Se aplicó la clasificación de Goldman y col⁷ para establecer las discrepancias clínico-patológicas entre los diagnósticos clínicos y los hallazgos de autopsia en relación con la causal de muerte determinando: discrepancias mayores, si los errores fueron del tipo I y II; discrepancias menores, para errores de tipo III y IV; y concordancias o no discrepancias (ver Tabla 1).

Las variables consideradas fueron la edad, el sexo, los diagnósticos *pre-mortem* y *post-mortem* y los errores diagnósticos. Los datos fueron recogidos en una hoja de cálculo y se presentan en Resultados y Tablas 2 y 3.

Resultados

De las 47 autopsias incluidas, siete correspondieron a pacientes trasplantados (tres de riñón, dos de corazón, uno de médula ósea, uno de pulmón y uno de hígado).

Fueron 25 mujeres (53%) y 22 (47%) hombres. El promedio de edad fue de 64 años, con un rango de 32 a 97 años.

Los diagnósticos clínicos más frecuentes fueron las infecciones respiratorias y el tromboembolismo pulmonar agudo (Tabla 2). Los diagnósticos *post-mortem* más encontrados fueron las infecciones respiratorias y el infarto agudo de miocardio (Tabla 2).

Según la clasificación de Goldman y col. para valorar las discrepancias clínico-patológicas (Tabla 1) se detectaron 17 discrepancias mayores y 30 concordancias, no se detectaron discrepancias menores. El subdiagnóstico clínico predominó en las infecciones respiratorias (no se diagnosticaron 5 de las 19 detectadas en la autopsia), seguidas por el infarto agudo de miocardio (no se diagnosticaron 3 de los casos), en tanto que el tromboembolismo pulmonar y la sepsis fueron los diagnósticos clínicos erróneos más frecuentes. Los errores tipo I y II se muestran en la Tabla 3.

Discusión

En el presente trabajo se aplicó la clasificación de Goldman y col. (Tabla 1) para conocer los tipos de errores diagnósticos más frecuentes. En el período de estudio comprendido, las infecciones y en menor medida el infarto agudo de miocardio fueron las condiciones más frecuentemente relacionadas con errores diagnósticos mayores.

Roulson y col⁸ realizaron un meta-análisis de 18 artículos concluyendo que el tromboembolismo pulmonar agudo, el infarto agudo de miocardio y las infecciones pulmonares constituyen las causas más frecuentes de los errores diagnósticos mayores. Aparecen también las neoplasias, que en nuestra serie no han sido objeto de errores diagnósticos; esto se puede atribuir a que los médicos y familiares del paciente con cáncer atribuyen la muerte a la neoplasia, y se percibe que en esas circunstancias la autopsia no es necesaria y no la autorizan.

TABLA 1.- Clasificación de discrepancias según Goldman y col⁷.

Discrepancias mayores
Clase I: Discrepancias en diagnósticos mayores. El conocimiento del diagnóstico antes de la muerte pudo contribuir con cambios en el manejo que pudieron haber prolongado la vida o curado al paciente.
Clase II: Discrepancias en diagnósticos mayores cuya detección antes de la muerte probablemente no hubieran cambiado la supervivencia aun con el tratamiento correcto.
Discrepancias menores
Clase III: Discrepancias en diagnósticos menores no directamente relacionadas con la causa de muerte, pero con síntomas que debieron haber sido tratados y que pudieron eventualmente afectar el pronóstico.
Clase IV: Discrepancias en diagnósticos menores ocultos (no diagnosticables) pero con implicaciones genéticas o epidemiológicas.
Concordancias (sin discrepancia)
Clase V: Concordancia entre los diagnósticos

TABLA 2.— *Diagnósticos premortem y postmortem en las autopsias revisadas (n = 47).*

Diagnósticos clínicos pre-mortem (frecuencia)	Diagnósticos post-mortem (frecuencia)
<i>Infecciones</i> (21)	<i>Infecciones</i> (21)
Respiratorias (14)	Respiratorias (19)
Sepsis (4)	Endocarditis micótica (1)
Endocarditis bacteriana (1)	Endocarditis bacteriana (1)
Abdominal (1)	
Micosis generalizada (1)	
Eventos cardiovasculares (18)	Eventos cardiovasculares (17)
TEPA (10)	IAM (8)
IAM (5)	TEPA (5)
EAP (1)	Shock cardiogénico (2)
Disección aórtica (1)	Disección aórtica (1)
Shock cardiogénico (1)	EAP (1)
Hemorragias (4)	Hemorragias (6)
Pulmonar (2)	Pulmonar (3)
Cerebral (2)	Cerebral (2)
	Digestiva (1)
Misceláneas (4)	Misceláneas (3)
Insuficiencia hepática (2)	CID (1)
CID (1)	Perforación intestinal (1)
Perforación intestinal (1)	Isquemia intestinal (1)

TEPA: tromboembolismo pulmonar agudo, IAM: infarto agudo de miocardio, EAP: edema agudo de pulmón, CID: coagulación intravascular diseminada.

El 15% de los protocolos analizados en nuestra serie eran de pacientes trasplantados, lo que podría haber incrementado la incidencia de infecciones debido a la inmuno-supresión. Sin embargo, en otras series las causas infecciosas se presentan, son frecuente causa de errores^{15, 16} y, dentro de ellas, las de localización pulmonar^{5, 7, 9-10}. Nuestros hallazgos, y lo apreciado en la bibliografía, nos permiten destacar la dificultad que existe en el diagnóstico de las enfermedades infecciosas, por lo que se sugiere la incorporación de otros métodos de diagnóstico además de los cultivos, tales como test serológicos, métodos inmunohistoquímicos, reacción en cadena de la polimerasa u otras.

La dificultad, que hemos sugerido, para definir un diagnóstico clínico ya fue planteada en otros estudios; y se detectó que las fallas radican en una mala valorización de los síntomas, exámenes complementarios no planteados, interpretación errónea de exámenes complementarios, fallas semiológicas y una historia clínica incompleta¹⁷. Goldman y col.⁷ han expresado que la introducción de modernas técnicas de diagnóstico no mejora sustancialmente la calidad en los diagnósticos, porque los errores clínicos surgen en una inadecuada semiología.

En ese aspecto, si bien la frecuencia de errores diagnósticos tanto mayores como menores ha descendido a lo largo de los últimos 40 años, se mantiene en un nivel relativamente alto a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos^{9, 11-15}.

Las autopsias continúan teniendo un papel importante en el desempeño médico, y constituyen un aporte invaluable e irremplazable por los resultados de los métodos y técnicas de diagnóstico de alta complejidad. Se presentan como un control de calidad interno, necesario y crítico, para la evaluación del proceder médico diario^{8, 14}.

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo, debemos destacar que hubo un sesgo de selección, ya que las autopsias, en muchas ocasiones, se realizan sólo cuando existen dudas o inconvenientes diagnósticos que es necesario aclarar. No se evaluó la duración de la hospitalización ni se dividió a los pacientes según que su fallecimiento hubiera ocurrido en unidades de cuidados intensivos o en sala común.

Concluimos que, en 17/47 (37%) de los casos, se realizó un diagnóstico clínico *pre-mortem* diferente al *post-mortem*, y que las infecciones respiratorias fueron las de más frecuente subdiagnóstico. Se sugiere contri-

TABLA 3.– Discrepancias mayores entre los diagnósticos premortem y postmortem

Errores tipo I en los diagnósticos	
Diagnóstico <i>premortem</i>	Diagnóstico <i>postmortem</i>
Sepsis (foco abdominal)	IAM
TEPA	Isquemia intestinal
Sepsis (sin foco identificado)	HDA y HDB
Hemorragia pulmonar	Bronconeumonía
TEPA	Bronconeumonía
TEPA	Bronconeumonía
Endocarditis bacteriana	Endocarditis micótica
TEPA	IAM
Sepsis (sin foco identificado)	Endocarditis bacteriana
TEPA	Hemorragia pulmonar
Insuficiencia hepática	<i>Shock</i> cardiogénico
Insuficiencia hepática	IAM

Errores tipo II en los diagnósticos	
Diagnóstico <i>premortem</i>	Diagnóstico <i>postmortem</i>
Aspergilosis diseminada	Aspergilosis pulmonar
Sepsis (foco pulmonar)	Bronconeumonía
Sepsis (foco pulmonar)	Bronconeumonía
Sepsis (sin foco identificado)	Bronconeumonía
Sepsis (sin foco identificado)	Bronconeumonía

TEPA: tromboembolismo pulmonar agudo, IAM: infarto agudo de miocardio, HDA: hemorragia digestiva alta, HDB: hemorragia digestiva baja

buir al desarrollo de la medicina basada en la evidencia y desarrollar estrategias para la reforma de la enseñanza de la medicina y también las dirigidas a los médicos, principalmente en su formación, para revalorizar la autopsia y la práctica clínica tradicional¹⁸.

Bibliografía

- Hull MJ, Nazarian RM, Wheeler AE, Black-Schaffer WS, Mark EJ. Resident physician opinions on autopsy importance and procurement. *Hum Pathol* 2007; 38: 342-50.
- Loughrey MB, McCluggage WG, Toner PG. The declining autopsy rate and clinicians's attitudes. *Ulster Med J* 2000; 69: 83-9.
- Roberts WC. The autopsy: its decline and a suggestion for its revival. *N Engl J Med* 1978; 299: 332-8.
- Ribeiro Silva A. A high autopsy rate in a teaching hospital in Brazil. *Virchows Arch* 2005; 447: 522.
- Landefeld CS, Chren MM, Myers A, Geller R, Robbins S, Goldman L. Diagnostic yield of the autopsy in a university hospital and a community hospital. *N Eng J Med* 1988; 318: 1249-54.
- Scottolini AG, Weinstein SR. The autopsy in clinical quality control. *JAMA* 1983; 250: 1192-4.
- Goldman L, Sayson R, Robbins S, Cohn LH, Bettmann M, Weisberg M. The value of the autopsy in three medical eras. *N Eng J Med* 1983; 308: 1000-5.
- Roulson J, Benbow EW, Hasleton PS. Discrepancies between clinical and autopsy diagnosis and the value of post mortem histology; a meta-analysis and review. *Histopathology* 2005; 47: 551-9.
- Stevanovic G, Tucakovic G, Dotlic R, Kanjuh V. Correlation of clinical diagnoses with autopsy findings: a retrospective study of 2,145 consecutive autopsies. *Hum Pathol* 1986; 17: 1225-30.
- Thurlbeck WM. Accuracy of clinical diagnosis in a Canadian teaching hospital. *Can Med Assoc J* 1981; 125: 443-7.
- Shojania K, Burton E, McDonald K, Goldman L. Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time: a systematic review. *JAMA* 2003; 289: 2849-56.
- Spiliopoulou C, Papadodima S, Kotakidis N, Koutselinis A. Clinical diagnoses and autopsy findings: a retrospective analysis of 252 cases in Greece. *Arch Pathol Lab Med* 2005; 129: 210-4.
- Magret Iglesias M, et al. Discrepancias entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico en un Servicio de Cuidados Intensivos Polivalente. *Med Intensiva* 2006; 30: 95-100.
- Burton JL, Underwood J. Clinical, educational and epidemiological value of autopsy. *Lancet* 2007; 369: 1471-80.
- Cortés A, Botero MP, Carrascal E, Daza Y, Donado P. Concordancia entre el diagnóstico clínico y hallazgos de autopsia en dos períodos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. *Colomb Med* 2004; 35: 139-44.
- Pastores SM, Dulu A, Voigt L, Raoof N, Alicea M, Halpern NA. Premortem clinical diagnoses and postmortem autopsy findings: discrepancies in critically ill cancer patients. *Critical Care* 2007; 11: R48.
- Maxit MJ, Aporta L, Ruiz L, Paz RA. Errores de diagnóstico. Análisis retrospectivo de sus causas en 50 autopsias. *Medicina (Buenos Aires)* 1988; 48: 1-6.
- Camps D. Educación médico-científica en el pregrado (Editorial). *Médicas UIS* 2008; 21: 1-2.