

Correlación entre diagnósticos clínicos y hallazgos necrósicos *Correlation between clinical diagnostics and necropsical findings*

Alberto José Piamo-Morales ^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-6913-4275>

Daisy Ferrer-Marrero ² <https://orcid.org/0000-0003-3682-9147>

José Hurtado-de-Mendoza-Amat ³ <https://orcid.org/0000-0002-6749-0986>

Digna Chávez-Jiménez ⁴ <https://orcid.org/0000-0002-0619-1253>

Isnerio Arzuaga-Anderson ⁴ <https://orcid.org/0000-0002-9200-1398>

Lourdes Palma-Machado ⁴ <https://orcid.org/0000-0003-3135-9625>

¹ Hospital Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán. Departamento de Anatomía Patológica. La Habana, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón. Departamento de Medios Diagnósticos. La Habana, Cuba.

³ Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Luis Díaz Soto. Hospital Clínico Quirúrgico Dr. Luis Díaz Soto. Departamento de Medios Diagnósticos. La Habana, Cuba.

⁴ Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón. Hospital Clínico Quirúrgico Joaquín Albarrán. Departamento de Anatomía Patológica. La Habana, Cuba.

* Autor por correspondencia (email): piamo@infomed.sld.cu

RESUMEN

Fundamento: 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.

Objetivo: determinar la relación entre diagnósticos clínicos y patológicos con base en los resultados de necropsias de pacientes que resultaron fallecidos en el periodo 2015-2017; con énfasis en los indicadores de atención hospitalaria.

Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal prospectivo, con una muestra de 1 164 necropsias; 89,1 % de la población. Se seleccionaron variables sociodemográficas, otras referidas a los diagnósticos clínicos y anatomopatológicos de las causas de muerte y su grado de concordancia relacionado con estadía hospitalaria, servicio de hospitalización y enfermedades diagnosticadas.

Resultados: en la causa directa de muerte la coincidencia fue mayor que la no coincidencia,

en la causa básica de muerte la no coincidencia fue similar a la coincidencia. La coincidencia para la causa directa de muerte según el sexo fue mayor en hombres y el grupo de edad, con mayor coincidencia fue el de 81-90. Existió un predominio de la coincidencia en los pacientes con ingresos de menos de 24 horas y de uno a tres días; así como en los que fallecieron en el servicio de terapia, seguido de las especialidades clínicas.

Conclusiones: existió mayor número de coincidencias diagnósticas para la causa directa de muerte y en la causa básica de muerte predominando las discrepancias.

DeCS: DIAGNÓSTICO CLÍNICO; AUTOPSIA; CAUSAS DE MUERTE; CAUSA BÁSICA DE MUERTE; EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA.

ABSTRACT

Background: the indices of discrepancy and coincidence of the causes of death between the clinical and morphological diagnosis constitute, indirectly, an indicator of the quality of medical care.

Objective: to determine the relationship between clinical and pathological diagnoses based on the results of necropsies of the dead patients in the 2015-2017 period; with emphasis on hospital care indicators.

Methods: an observational, descriptive, longitudinal prospective study was conducted with a sample of 1 164 autopsies; 89.1 % of the population. Socio-demographic variables and others referred to the clinical and pathological diagnoses of the causes of death and their degree of agreement related to hospital stay, hospitalization service and diagnosed diseases were selected.

Results: in the direct cause of death the coincidence was greater than the non-coincidence. In the basic cause of death the non-coincidence was similar to the coincidence. The coincidence for the direct cause of death according to sex was greater in men and the age group, with greater coincidence was that of 81-90. There was a predominance of coincidence in patients with incomes of less than 24 hours and 1 to 3 days; as well as those who died in the therapy service, followed by clinical specialties.

Conclusions: there was a greater number of diagnostic matches for the direct cause of death; and in the basic cause of death the discrepancies predominate.

DeCS: CLINICAL DIAGNOSIS; AUTOPSY; CAUSE OF DEATH; UNDERLYING CAUSE OF DEATH; EPIDEMIOLOGY, DESCRIPTIVE.

Recibido: 11/03/2020

Aprobado: 28/06/2020

Ronda: 1

INTRODUCCIÓN

En virtud de que la autopsia permite la comparación entre los hallazgos clínicos y los morfológicos, esta representa el complemento final de la investigación clínica. Visto así, la autopsia no es una medida simplemente correctiva de diagnósticos equivocados con fines estadísticos, sino una vigilante del procedimiento y de las técnicas de diagnóstico y de refinamiento del conocimiento.

El proceso de comparación sistematizada de diagnósticos *pre* y *postmortem* data de principios del siglo XX y representa el estudio más destacado el publicado en 1912 por Cabot, médico internista de la ciudad de Boston, quien analizó 3 000 autopsias y observó que algunas enfermedades eran más difíciles de diagnosticar que otras. ⁽¹⁾

En Cuba, los antecedentes de este proceso datan del año 1994 con la investigación, Evaluación de la calidad de los diagnósticos *premortem* en autopsias, realizada en entre los años 1994 y 2003. ⁽²⁾

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. ⁽³⁾

Las discrepancias entre los diagnósticos clínicos (*premortem*) y anatomopatológicos (*postmortem*) se estima que oscilan del 10 al 40 %, el promedio más aceptado de discrepancia es del 20 al 30 %. ⁽⁴⁾

Por su parte, la tasa de errores diagnósticos se sitúa entre 0,6 y el 12 % con algunas estimaciones que llegan a 15 %; además, la tasa de efectos médicos indeseados, cuando se cometen estos errores, se sitúa entre 6,9 y 17 %. ⁽⁵⁾ Este planteamiento toma valor en la medida que se analizan datos tales como que, en los hospitales de los Estados Unidos, se estima que se producen entre 44 mil a 98 mil muertes debido a errores médicos, lo que supera las defunciones por sida y cáncer de mama. ⁽⁶⁾

El análisis sistemático de los errores y aciertos constituye un caudal inagotable de posibilidades para tratar mejor a cada nuevo paciente, ⁽⁷⁾ por lo cual en la investigación se planteó como objetivo determinar la relación entre diagnósticos clínicos y patológicos con base en los resultados de necropsias de pacientes atendidos en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente Joaquín Albarrán.

Desde la perspectiva de la novedad y pertinencia, la investigación adquiere notoriedad en la medida que aborda y analiza las variables relacionadas con elementos básicos y cruciales de la calidad de la atención hospitalaria, y en ese sentido, sus resultados generará la validación de proceder y conductas tanto diagnósticas, terapéuticas y administrativas o la revisión de las mismas.

MÉTODOS

Se desarrolló un estudio observacional, descriptivo, longitudinal prospectivo, en el que se analizaron 1 307 informes de necropsias, de los cuales se obtuvo una muestra de 1 164 necropsias (89,1 % de la población). Se establecieron como variables: edad, sexo, diagnósticos clínicos, diagnósticos anatomopatológicos, grado de concordancia, estadía hospitalaria, servicio de hospitalización y concordancia.

Los datos del Protocolo de Autopsia fueron introducidos en el Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica (SARCAP), el cual está diseñado para estudios multicausales, es decir, causas de muerte múltiples, lo cual permite además evaluar un diagnóstico que coincide en lo general

y no en lo particular o evaluar aquellos casos en que no se llegó a precisar el diagnóstico *premortem* o incluso *postmortem*.⁽⁸⁾ Este sistema clasifica la coincidencia diagnóstica de la siguiente manera: total: cuando coinciden los códigos de los diagnósticos *premortem* y *postmortem*; parcial: cuando el diagnóstico coincidió en lo general y discrepó en lo particular (ejemplo: diagnóstico clínico de cáncer de encéfalo que en el diagnóstico morfológico resultó cáncer broncogénico); no coincidente: cuando no existe coincidencia diagnóstica; e insuficiente el dato.

Una vez registrados los datos en el SARCAP, se extrajeron los datos estadísticos según las variables declaradas para generar con posterioridad las tablas, las cuales fueron exportadas a una hoja de cálculo en la que se determinaron porcentajes y se diseñaron gráficos. Adicionalmente a los cálculos realizados a través del SARCAP se empleó el paquete estadístico SPSS versión 20 para el cálculo de la significancia estadística (valor $p = 0,05$).

Al considerar la naturaleza de las variables estudiadas que, en su mayoría fueron nominales, y sólo dos de ellas ordinales, se optó por utilizar la dócima de *Chi* cuadrado (X^2).

RESULTADOS

Se procesaron en el SARCAP 1 307 informes de autopsias correspondientes a los años 2015 a 2017, de las cuales se obtuvo una muestra total de 1 164 necropsias, lo que representó el 89,1 % de la población.

El 52,5 % de la muestra correspondió a fallecidos del sexo masculino y el 47,5 % del femenino. En la distribución por grupos de edad, se evidenció que de un rango de 21 a 104 años, el promedio fue de 71 años; y la población mayor a 65 años fue de 70,3 %.

De los 1 164 informes de necropsias se buscó determinar la coincidencia clínico-patológica tanto para la causa directa (CDM) como para la causa básica de muerte (CBM), limitándose a 904 necropsias para la CDM y a 794 para la CBM, debido a resultar insuficientes los datos requeridos para su establecimiento.

El número de informe de necropsias que fueron clasificados como datos insuficientes por carecer de la declaración clínica de las causas de muerte fue de 22,3 % (260) para la CDM y de 31,8 % (370) para la CBM.

Se obtuvo, en la CDM, una coincidencia total de 60,8 %, algo por encima del 50 % y, no coincidencia de 35,4 %. Sin embargo, en la CBM la no coincidencia (50,6 %) superó en seis puntos porcentuales a la coincidencia total, la cual fue de 46,1 % (Gráfico 1).

Al comparar el comportamiento de la coincidencia total para la CDM según el sexo, se evidenció que, ésta fue mayor en el sexo masculino (28,1 %), mientras en el sexo femenino fue de 25,1 %. Las no coincidencias tuvieron un comportamiento muy similar ya que fue de 17 % en hombres y de 14 % en mujeres; esta relación mostró ser no significativa ($p=0,443$). Para la CBM en el sexo femenino fue mayor la no coincidencia con una diferencia de 4,2 % con respecto a la coincidencia total; sin embargo, en los hombres la coincidencia fue similar a la no coincidencia (21 %), lo cual no fue estadísticamente significativa esta relación ($p=0,162$) (Tabla1).

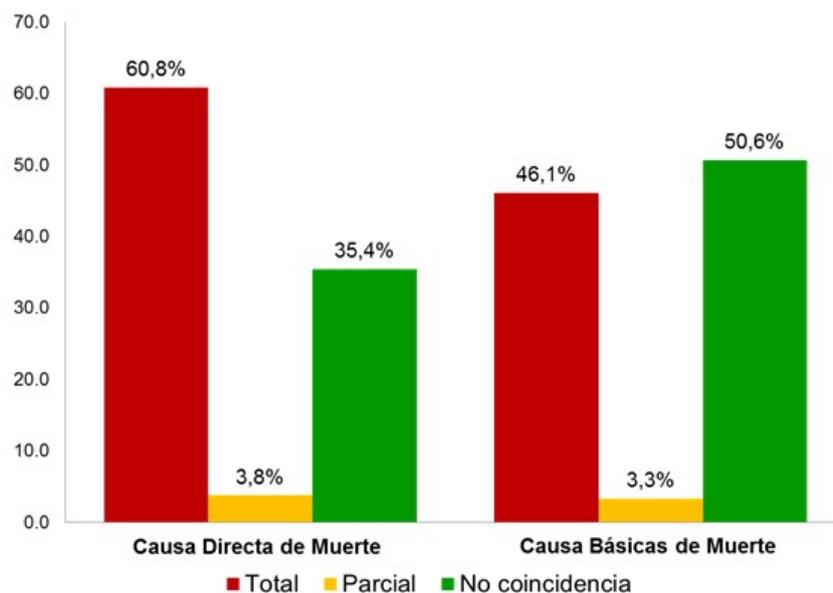


Gráfico 1. Distribución de coincidencia de causas directas y básicas de muerte.
Fuente: SARCAP-Hospital Clínico Quirúrgico Docente Joaquín Albarrán 2015-2017.

Tabla 1. Distribución de sexo y coincidencia de causas directas y básicas de muerte

Coincidencia	Femenino				Masculino			
	CDM		CBM		CDM		CBM	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	260	25,1	159	16,2	290	28,1	207	21,2
Parcial	20	1,9	16	1,6	14	1,4	10	1
No coincidencia	145	14	197	20	175	17	205	21
Total	425	41	372	37,8	479	46,4	422	43,3

Fuente: SARCAP-Hospital Clínico Quirúrgico Docente Joaquín Albarrán 2015-2017.

En la CDM los grupos de edad, donde se observó mayor coincidencia total fueron los de 81-90 (14,9 %); 71-80 (14,8 %) y 61-70 (12,3 %), con valores de no coincidencia de 7,5 %; 10,7 % y 8,4 %, respectivamente. En las edades extremas de la muestra estudiada el comportamiento fue similar, de tal manera que en el grupo de 21 a 30 años, donde hubo 10 necropsias, 70 % tuvo una coincidencia total y solo un 20 % fue no coincidente; sin embargo, los grupos de 91 a 100 y >100 años, donde hubo 59 necropsias, 72,9 % tuvieron una coincidencia total y solo un 25,4 % fue no coincidente ($p=0,095$).

Al analizar el comportamiento en la CBM se pudo apreciar que, en los grupos donde se encontraba la mayoría de las necropsias (61-70, 71-80, 81-90), predominó la no coincidencia con diferencias de 0,8; 2,8 y 3,8 respectivamente. El grupo de edad donde la coincidencia fue discretamente mayor con una diferencia de 1 % con respecto a las no coincidencias fueron 41-50 y 51-60 años; esta relación mostró una elevada significancia estadística ($p=0,009$) (Gráfico 2).

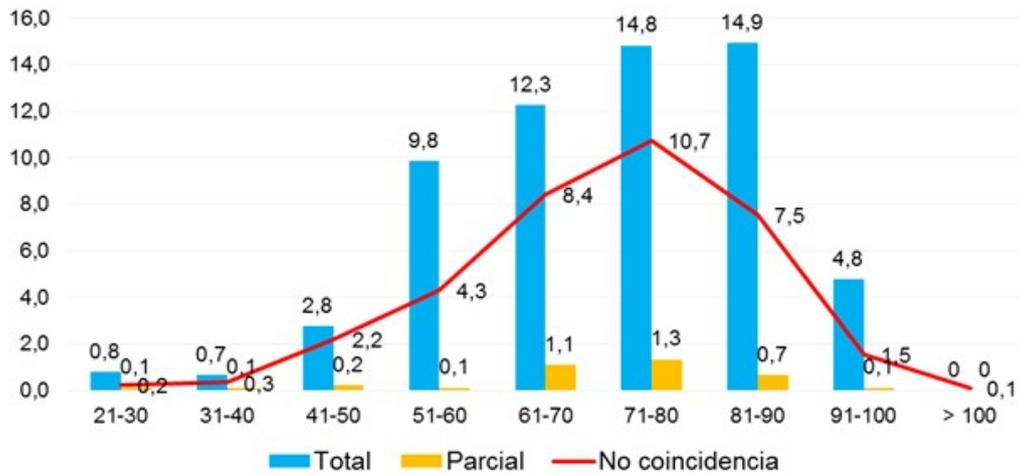


Gráfico 2. Distribución de edad y coincidencia de causas directas de muerte.

Fuente: SARCAP-Hospital Clínico Quirúrgico Docente Joaquín Albarrán 2015-2017.

Al contrastar la coincidencia con la estadía hospitalaria se observó que en la CDM existe una relación proporcional, de manera que, en la medida en que los periodos de hospitalización fueron menores, mayores fueron la coincidencia total de los diagnósticos *pre* y *postmortem*. En todos los casos, excepto en los individuos con periodos entre 22 a 30 días, existió un predominio de la coincidencia total, lo cual fue máxima en los pacientes con ingresos de menos de 24 horas y de uno a tres días. A pesar de los resultados antes descritos no existe una relación estadísticamente significativa ($p=0,922$).

En la CBM las coincidencias totales y las no coincidencias no mostraron el patrón observado en la CDM, de manera que, en la mayoría de los periodos de estadía hospitalaria predominaron las no coincidencias. Los ingresos menores de 24 horas mostraron valores iguales tanto para las coincidencias totales como para las no coincidencias de 9,1 % y los ingresos entre una a dos semanas (ocho a 14 días) revelaron una no coincidencia de 10,7 % mientras la coincidencia total solo fue de 7,7 %; mostrando no tener una relación estadísticamente significativa ($p=0,499$) (Gráfico 3).

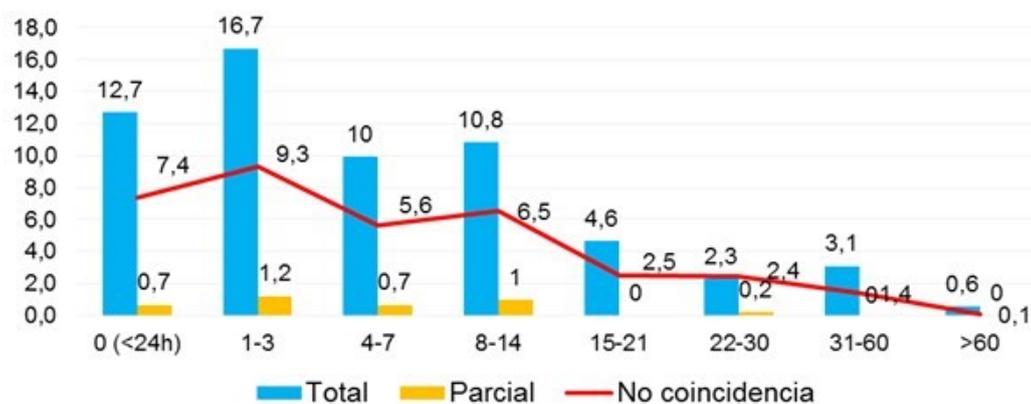


Gráfico 3. Distribución de estadía hospitalaria y coincidencia de CDM.

Fuente: SARCAP-Hospital Clínico Quirúrgico Docente Joaquín Albarrán 2015-2017.

Los diferentes servicios fueron agrupados en servicio de terapia (UCI y UCIE), de especialidades clínicas (medicina interna, geriatría, coronario y oncología), de urgencias (cuerpo de guardia y UCIM) y de especialidades quirúrgicas (Cirugía General, Angiología, Urología, y Otorrinolaringología).

Se realizaron 33,3 % de las necropsias que correspondieron a pacientes del servicio de terapia, representando las especialidades clínicas las segundas en aportar el mayor número de autopsias con 32,1 %; del servicio de urgencias solo se realizó un 32 % y del área quirúrgica 2,7 %.

En el análisis de la CDM, las diferencias entre las coincidencias totales y las no coincidencias, al relacionarlas con el servicio de egreso, mostraron un predominio de las primeras, de manera que, las mayores coincidencias se produjeron en el servicio de terapia 21,2 %, seguida por las especialidades clínicas con 18,1 %; la no coincidencia fue de 10,7 y 13,1 %, respectivamente (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de servicios de egreso y coincidencia de CDM

Servicios de egreso	Coincidencia CDM (n=904)							
	Total		Parcial		No coincidencia		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Terapia	192	21,2	12	1,3	97	10,7	301	33,3
Especialidades clínicas	164	18,1	8	0,9	118	13,1	290	32,1
Urgencias	182	20,1	13	1,4	94	10,4	289	32
Quirúrgico	12	1,3	1	0,1	11	1,2	24	2,7
Total	550	60,8	34	3,8	320	35,4	904	100

Fuente: SARCAP-Hospital Clínico Quirúrgico Docente Joaquín Albarrán 2015-2017.

DISCUSIÓN

A través de la historia se ha podido comprobar la vigencia, validez y utilidad de la autopsia por constituir el estudio más completo del enfermo/enfermedad y promover la garantía de calidad de los procesos médico-asistenciales. Los estudios de multicausalidad de la enfermedad y de la muerte permiten establecer y precisar en los diagnósticos de las causas de muerte el proceso que llevó al paciente a la muerte, a partir de los criterios establecidos por la OMS; así como elevar la calidad de la autopsia y a la vez unificar y facilitar la comparación y el análisis de esta valiosa información.

En la investigación la distribución por sexo fue similar a los datos de mortalidad a nivel nacional en el periodo 2015-2017, donde los hombres fallecieron más que las mujeres (8,7 % veces más); es decir, 54,4 % y 45,6 % respectivamente. ⁽⁹⁾

Montero González T et al. ⁽¹⁰⁾ en el análisis de 19 132 autopsias realizadas durante 54 años en el Hospital Militar Central Dr. Luis Díaz Soto de La Habana, describieron una distribución por sexo de 44,8 % femenino y 55,1 % masculino. Sin embargo, en el estudio de Sánchez Hernández E et al. ⁽¹¹⁾ prevaleció el sexo femenino (55 %) sobre los hombres.

Estos resultados difieren del estudio publicado por García Reyes A et al. ⁽¹²⁾ en Honduras, donde emplearon un rango de edad menor (32-97 años) al de esta investigación, describieron un predominio del sexo femenino sobre el masculino (2,96:1).

El grupo de edad donde se produjeron más muertes con necropsias realizadas difiere de las estadísticas nacionales que reportaron para ese mismo periodo 26,4 % de defunciones en el grupo de edad de 85 y más. ⁽⁹⁾ La investigación evidenció que la esperanza de vida al nacer en la población que atiende el hospital fue alta ya que se reportaron 70,3 % individuos mayores a 65 años y 55,5 % superó la edad de 79,74, la cual fue la esperanza de vida para el 2016 en Cuba. ⁽¹³⁾

La alta discrepancia obtenida en la CDM (35,4 %), y en la CBM (50,6 %), al ser comparados con resultados hallados por otros estudios, denotan un grave problema; ya que, a pesar de los avances en la tecnología médica es posible que se produzcan importantes tasas de discrepancia entre el diagnóstico clínico *premortem* y el diagnóstico del examen *postmortem* en pacientes que fallecen en el ámbito hospitalario.

Aproximadamente dos terceras partes de las causas no diagnosticadas de muerte han sido consideradas como condiciones posibles de tratamiento; esto sugiere que las autopsias pueden descubrir muchos diagnósticos importantes que no ve la medicina moderna de alta tecnología, es decir, a pesar de la utilización creciente de exámenes endoscópicos, de imagen y marcadores tumorales, la tasa de casos discrepantes se mantiene entre ocho y 37 %. ⁽¹⁴⁾

Se conoce que de cada cuatro autopsias una descubre discrepancias diagnósticas de causas de muerte, ⁽¹⁵⁾ lo cual hace necesario que un porcentaje variable de diagnósticos clínicos requieran la confirmación por autopsia. ⁽¹⁶⁾

Las discrepancias entre los diagnósticos clínicos (*premortem*) y anatomopatológicos (*postmortem*) se estima que oscilan del 10 al 40 %, el promedio más aceptado de discrepancia fue del 20 al 30 %. Se señala que las divergencias diagnósticas por debajo del 10 % son debidas a posibles faltas de exigencias en la calificación; mientras que las que se encuentren por encima del 40 % son secundarias a deficiencias o insuficiencias del trabajo médico. ⁽¹⁷⁾ Lo anterior, confirma la utilidad de esta práctica como control de calidad interno en las instituciones. Se ha planteado que, de cada cuatro autopsias, una descubre discrepancias diagnósticas de causas de muerte.

No existieron dudas acerca de las dificultades que pudieron surgir para lograr el diagnóstico de algunos pacientes, aún con el mejor uso de la clínica y de los recursos tecnológicos. Hay un porcentaje variable de diagnósticos de enfermedades nosológicas que por diversas complejidades o asociación de factores a veces requieren confirmación por la autopsia. ⁽¹⁶⁾

El rango normal de discrepancias a nivel mundial suele variar de un 16 a un 57 %; en Latinoamérica varía entre 6-40 %. En Costa Rica, el porcentaje de discrepancia reportado es de 48 %. ⁽¹⁸⁾ En Honduras, la discrepancia diagnóstica detectada por García Reyes A et al. ⁽¹²⁾ es de 46 % de los casos estudiados.

Hurtado de Mendoza J et al. ⁽²⁾ en Cuba, en un estudio de corte nacional que incluyó 83,183 autopsias, determinaron una discrepancia para la CDM de 23,3 % y para la CBM de 25,3 %, estos resultados difieren considerablemente de los obtenidos en la investigación, ya que para la CBM las discrepancia fueron del 50 % de lo hallado por Hurtado de Mendoza J et al. ⁽²⁾

En el estudio de Ygualada Correa Y et al. ⁽¹⁹⁾ realizado en el Hospital Comandante Manuel Fajardo Rivero de Villa Clara, obtuvieron discrepancias diagnósticas (24,9 y 23 %, para CBM y CDM).

Pero al excluir los casos insuficientes para el análisis, estas cifras aumentaron a 26,8 y 23,9 %, respectivamente. En este mismo hospital, Ygualada Correa Y et al. ⁽²⁰⁾ en el año 2017, al analizar 68 autopsias, encontraron una discrepancia diagnóstica para la CBM; de 27,9 % y, para la CDM de 26,4 %.

Valladares Reyes D et al. ⁽²¹⁾ analizaron, por medio del SARCAP, un grupo de fallecidos, y hallaron que los errores diagnósticos se hicieron más evidentes en los pacientes del sexo femenino (58,5 %) y mayores de 65 años de edad (72,2 %), lo cual con respecto al sexo contraste con lo obtenido en la tabla tres, donde, tanto para la CDM como la CBM la mayor discrepancia se presentó en los hombres, sin embargo, en relación con la edad como se expresa en la tabla cuatro se presenta un comportamiento similar con Valladares Reyes D et al. ⁽²¹⁾ ya que el mayor número de no coincidencias se presentó en el rango de 61 a 90 años.

En la misma investigación de Valladares Reyes D et al. ⁽²¹⁾ se determinaron que los errores diagnósticos predominaron en pacientes que tuvieron una estadía hospitalaria menor de siete días (64,2 %), como se puede observar en el gráfico cuatro, este aspecto tuvo un comportamiento diferente; ya que, para la CDM, en todos los periodos de estadía hospitalaria predominaron las coincidencias totales, lo cual fueron máximas en pacientes con uno a tres días de ingresos, sin embargo, para la CBM la no coincidencia prevaleció en ese mismo periodo de tiempo.

La evaluación de la calidad de la asistencia médica, revela que el mayor número de fallecimientos ocurre en los servicios de cuidados especiales (terapias intermedias e intensivas), ya que representa un indicador indirecto de que la mayoría de los egresados recibieron la atención más especializada. ⁽²²⁾ Esta situación fue similar en la muestra de la investigación, ya que el servicio de terapia intensiva fue el que más necropsias aportó, con un 33,3 %; con una coincidencia para la CDM de 63,8 % y una discrepancia de 32,2 %, en la CBM la discrepancia fue mayor a coincidencia. Estos resultados fueron muy diferentes a los obtenidos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Carlos J. Finlay de La Habana, donde se estudiaron 224 fallecidos con autopsias, de las cuales se determinó una discrepancia diagnóstica de 26,1 % en la CBM, y de 29,9 % en la CDM. ⁽²³⁾

En el Hospital Provincial Docente Dr. Joaquín Castillo Duany de Santiago de Cuba, se realizó un estudio descriptivo y transversal de 89 pacientes fallecidos en los meses de septiembre a noviembre de 2016, con el objetivo de identificar, entre otros, la variabilidad en la coincidencia diagnóstica clínico-patológica, se observó un mayor número de muertes en los servicios clínicos (87 %), pero la coincidencia en los diagnósticos fue más aceptable en las especialidades quirúrgicas. ⁽¹¹⁾ Este comportamiento no se observó en la investigación ya que para la CDM las especialidades quirúrgicas mostraron una coincidencia (50 %) ligeramente mayor a la no coincidencias (45,8 %).

En el Hospital Provincial Arnaldo Milián Castro de Villa Clara se analizaron 661 fallecidos, de los cuales los tres servicios con mayor frecuencia de casos en orden descendente fueron, la UTI-2 con 345 fallecidos (52,2 % de la mitad del total de las muertes intrahospitalarias en el período estudiado, con autopsias realizadas; le siguen los servicios de medicina interna con 89 (13,5 %) y la UTI-1 con 60, para un 9,1 % del total.

En cuanto a la CBM por servicios, del total de 661 fallecidos, 328 presentaron coincidencia total (49,6 %) y en 333 (50,4 %) no existió esta coincidencia total en los diagnósticos para todos los servicios; es importante destacar que de éstos, el 80,5 % se informaron cómo no coincidentes. Todos los servicios, excepto Neurocirugía, tuvieron más del 69,2 % de diagnósticos no coincidentes. En la CDM existió coincidencia total en 348 casos (52,7 %); de los 313 restantes (47,3 %), el 75,1 % se informaron cómo no coincidentes; las coincidencias parciales fueron 78 para un 24,9 %. ⁽²⁴⁾

Los resultados de la investigación revelan el valor y fundamento del estudio necrópsico, con alto valor asistencial, investigativo, administrativo y docente que permite la elaboración, documentación y divulgación de la correlación anatomo-clínica, que permite profundizar, tanto en el conocimiento de la patogenia como en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las enfermedades.

CONCLUSIONES

No hay similar relación entre los diagnósticos clínicos y patológicos, para las causas de la muerte; llamando la atención la elevada frecuencia de discrepancias diagnósticas para las causas básicas de muerte; así como al asociarlas con variables tales como sexo, grupos de edades, estadía hospitalaria y servicios de asistencia médica.

La relación, de coincidencia diagnóstica, entre la edad, servicio hospitalario y tiempo de hospitalización con la causas de muerte revelan que estas situaciones funcionan en este estudio como referentes de calidad al realizar análisis de la gestión hospitalaria, por su mejor comportamiento entre variables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Batres Coronado E. Correlación clínica y anatopatológica en muertes perinatales [Tesis Maestría]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2015 [citado 28 Jul 2020]. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/2721/1/TESIS.pdf>
2. Hurtado de Mendoza Amat J, Álvarez Santana R, Borrajero Martínez I. Discrepancias diagnósticas en causas de muerte detectadas por autopsia. Cuba, 1994-2003. Segunda parte. Patol Rev Latinoam [Internet]. 2009 [citado 28 Jul 2020];47(2):81-89. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=26578#>
3. Aase S. Autopsy—still the gold standard? Tidsskr Nor Lægeforen. 2013;133(7):730-1.
4. Hurtado de Mendoza Amat J, Álvarez Santana R, Borrajero Martínez I. Discrepancias diagnósticas en las causas de muerte identificadas por autopsias. Cuba 1994-2003. Primera parte. Patol Rev Latinoam [Internet]. 2015 [citado 28 Jul 2020];46(2):85-95. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=19714>
5. Orjuela Ortiz LF, Hermannb Triviño SP, Salazar Monsalve L, Cifuentes Borrero R. Correlación Clínico Patológica: El error médico como causa de mortalidad materna. Rev Colomb Salud Libre [Internet]. 2015 [citado 28 Jul 2020];10(1):32-7. Disponible en: <http://revistasoj.s.unilibrecali.edu.co/index.php/rcslibre/article/view/32/162>

6. AHRQ. Medical Errors: The Scoop of the problem [Internet]. Estados Unidos de Norteamérica: Agency for Health Research and Quality; 2000 [citado 28 Jul 2020]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/errback.htm>
7. Tavora F, Crowder CD, Chen-Chi S, Burke AP. Discrepancies between clinical and autopsy diagnoses. A Comparison of university, community, and private autopsy practices. *Am J Clin Pathol*. 2008;129(1):102-9.
8. Hurtado de Mendoza Amat J. Evaluación de la Calidad de los Diagnósticos Premortem en Autopsias. Experiencias Sobre los Talleres y Entrenamientos del Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica (SARCAP). Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana; 2003.
9. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2017 [Internet]. La Habana: Minsap; 2018 [citado 28 Jul 2020]. Disponible en: <http://www.sld.cu/anuncio/2018/04/06/publicado-el-anuario-estadistico-de-salud-2017>
10. Montero González T, Hurtado de Mendoza Amat J. Experiencias en autopsias del servicio Anatomía Patológica del Hospital Militar Central Dr. Luis Díaz Soto. *Rev Cubana Med Mil* [Internet]. 2018 [citado 28 Jul 2020];47(4):356-368. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/186>
11. Sánchez Hernández E, Sánchez Barrero N, Borrero Neyra I, Lavalle Gómez L, Pérez Fouces F. Variabilidad en la coincidencia de los diagnósticos clínicos y patológicos de pacientes fallecidos en servicios hospitalarios. *MEDISAN* [Internet]. 2017 [citado 28 Jul 2020];21(9):1088-1094. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000900003&lng=es
12. García Reyes A, Alberty Murillo A, Ávila Matute A, Seaman Peñalva D, Espinoza Aguiriano I, Zavala Carranza J, et al. Discrepancias entre el diagnóstico Clínico y Anatómico-Patológico en el Hospital Escuela Universitario De Honduras. *Rev Cient Cienc Med* [Internet]. 2016 [citado 31 Jul 2020];19(2):20-26. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332016000200004&lng=es
13. Expansión. Datosmacro [Internet]. Cuba;2016 [citado 31 Jul 2020]. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/cuba>
14. Martín Polo R. La autopsia clínica como instrumento de calidad en el proceso asistencial y de investigación [tesis]. España: Universidad de Salamanca; 2008. [citado 31 Jul 2020]. Disponible en: https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/17904/DBCP_Autopsia%20clinica%20como%20instrumento%20de%20calidad.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Hurtado de Mendoza Amat J, Montero González TJ, Ygualada Correa I. Situación actual y perspectiva de la autopsia en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2013 [citado 31 Jul 2020];39(1):135-147. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2013/csp131l.pdf>
16. Rodríguez Rivera L. La clínica y su método. Reflexiones sobre dos épocas. 2ed. Madrid: Díaz de Santos; 2013.
17. Hurtado de Mendoza Amat J. Autopsia. Garantía de calidad en la Medicina. 2ed [Internet].

La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014 [citado 31 Jul 2020]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/scap/librocompleto.pdf>

18. Casco-Jarquín A, Mita-Albán L. Estudio de la discrepancia entre diagnóstico de defunción clínicos y los hallazgos de autopsia en el Hospital Calderón Guardia. Acta méd costarric [Internet]. 2003 [citado 31 Jul 2020];45(1):15-19. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022003000100004

19. Ygualada Correa Y, Hurtado de Mendoza Amat J, Montero González T. Autopsias realizadas en el Hospital Comandante Manuel Fajardo Rivero. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2015 [citado 31 Jul 2020];44(2):170-178. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedmil/cmm-2015/cmm152e.pdf>

20. Ygualada Correa Y, Benítez Pérez M, Victores Moya J. Correlación clínico-patológica en fallecidos del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. Medicent Electrón [Internet]. 2019 [citado 31 Jul 2020];23(1):53-58. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432019000100009

21. Valladares Reyes D, Hurtado de Mendoza Amat J, Méndez Rosabal A. Coincidencia clínico-patológica en 403 autopsias de pacientes fallecidos por tromboembolismo pulmonar. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2007 [citado 31 Jul 2020];36(3):[aprox. 5 p.]. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572007000300006&lng=es

22. 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 Cub Medic Inten Emerg [Internet]. 2017 [citado 31 Jul 2020];16(2):66-68. Disponible en: <http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/225>

23. López González J, Gutiérrez Gutiérrez L, Hurtado de Mendoza Amat J, Valladares Reyes D, García Gómez A. Principales causas de muertes y correlacionclinico-patologica en una Unidad de Cuidados Intensivos. Rev haban cienc méd [Internet]. 2008 [citado 31 Jul 2020];7(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300014&lng=es&nrm=iso

24. González Valcárcel K, Hernández Díaz D, Pedraza Alonso N. Compatibilidad entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico en los servicios del Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Medicentro Electrónica [Internet]. 2014 [citado 31 Jul 2020];18(4):163-170. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000400004&lng=es

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflictos de interés.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

- I. Alberto José Piamo-Morales (conceptualización, diseño, revisión bibliográfica, recolección de datos, análisis estadístico, preparación de figuras y tablas, redacción, edición).
- II. Daisy Ferrer-Marrero (análisis estadístico, preparación de figuras y tablas, redacción, edición).
- III. José Hurtado-de-Mendoza-Amat (análisis estadístico, redacción, edición, revisión crítica).
- IV. Digna Chávez-Jiménez (redacción, edición, revisión crítica).
- V. Isnerio Arzuaga-Anderson (redacción, edición, revisión crítica).
- VI. Lourdes Palma-Machado (redacción, edición, revisión crítica).