

Perspectivas futuras para la autopsia clínica en los pacientes procedentes de la unidad de cuidados críticos y urgencias

Sr. Director:

Hemos leído con interés el original publicado por Magret Iglesias et al¹ referente al valor de la autopsia clínica en la formación continuada y el control de calidad de la asistencia prestada en los hospitales y, en especial, en los servicios con alto nivel de sofisticación técnica, como son las unidades de cuidados críticos y urgencias¹⁻³. Nos planteamos analizar las características de los estudios post mórtem solicitados desde la unidad de cuidados críticos y urgencias, en especial de los correspondientes a pacientes con estancias menores.

Se han analizado de forma retrospectiva los informes correspondientes a 154 autopsias consecutivas realizadas en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Virgen del Rocío a pacientes procedentes de la Unidad de Cuidados Críticos y de Urgencias Generales entre 2001 y 2005 (el 10,4% de todas las muertes en estas unidades y durante este periodo). No se han considerado las autopsias de tipo judicial ni las procedentes del Servicio de Urgencias o UCI de Traumatología. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, días de ingreso hasta la muerte, diagnóstico post mórtem (CIE-10) y grado de certeza diagnóstica clínica pre mórtem (en función de los datos recogidos de la historia clínica y reflejados en el informe de autopsia). Para el análisis estadístico se utilizaron frecuencias absolutas y relativas, media \pm desviación estándar y los test de la t de Student, ANOVA o Kruskal-Wallis, χ^2 o exacto de Fisher.

Se trataba de 93 varones y 61 mujeres con una media de edad de $58,1 \pm 16,7$ años, sin diferencias entre sexos. La media \pm desviación estándar, la mediana y la moda de días de ingreso hasta la muerte fueron de $7,8 \pm 20,9$, 1 y 1 días, respectivamente. Las causas de muerte y el grado de certeza clínica de los pacientes con más o menos de 24 h de ingreso se expresan en la tabla 1.

La causa más frecuente de muerte en los pacientes procedentes de unidades de cuidados críticos sometidos a autopsia es la infecciosa^{1,2}. Encontramos que en nuestra serie fue la de origen cardiovascular, probablemente en relación con el elevado porcentaje de casos con ingresos de menos de 24 h que presentaba mayor frecuencia de muerte por esta causa.

El número de autopsias desciende, coincidiendo con una selección de pacientes en favor de los casos en los que hay menos certeza diagnóstica^{4,5}. Observamos un grado menor de certeza clínica en los pacientes con ingresos más cortos, lo que coincide, según diversas series¹⁻³, con un menor grado de concordancia clínico-patológica. Es previsible que en el futuro se produzca un aumento de la proporción de autopsias realizadas a pacientes con ingresos de corta duración, en relación con la mayor incertidumbre diagnóstica que hay en estos casos. Este tipo de autopsias supone un reto para los patólogos, por la escasez de datos clínicos previos que ayuden a orientarlas. En nuestra experiencia, coincidiendo con diversos trabajos publicados^{1,2}, la autopsia clínica de pacientes procedentes de unidades de cuidados críticos y urgencias y en especial la realizada a pacientes con estancias menores hasta la muerte, además de desempeñar un papel relevante en la mejora continuada de estas unidades de alto nivel tecnológico y competencial, puede ofrecer datos que contribuyan a mejorar el conocimiento de la epidemiología local, favoreciendo el desarrollo de planes de gestión sanitaria más eficientes.

TABLA 1. Causas de muerte y grado de certeza clínica según la duración de la estancia hospitalaria hasta la muerte

Causa de la muerte	Estancia		p
	< 1 día	> 1 día	
Aparato circulatorio	45 (55,6)	22 (30,1)	< 0,005
Enfermedades infecciosas	11 (13,6)	22 (30,1)	< 0,05
Aparato respiratorio	5 (6,2)	13 (17,8)	< 0,05
Aparato digestivo	4 (4,9)	7 (9,6)	NS
Tumores	4 (4,9)	3 (4,1)	NS
Enfermedades del metabolismo y del sistema endocrino	5 (6,2)	1 (1,4)	NS
Otras	6 (7,4)	5 (6,8)	NS
Sin expresión morfológica	1 (1,2)	0	NS
Diagnóstico clínico pre mórtem			< 0,001
Dudoso	34 (42)	11 (15,1)	
Probable	28 (34,6)	29 (39,7)	
De certeza	19 (23,5)	33 (45,2)	
Total	81	73	

M.V. SALINAS-MARTIN, D. HERNÁNDEZ-GONZALO, M. FONTILLON-ALBERDI Y J. FERNÁNDEZ-ALONSO
Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

BIBLIOGRAFÍA

- Magret Iglesias M, Vidaur Tello L, Fernández Olsina S, García Fontgivell JF, Blázquez Vilas S, Alonso Rubio S, et al. Discrepancias entre el diagnóstico clínico y el anatomopatológico en un Servicio de Cuidados Intensivos Polivalente. *Med Intensiva*. 2006;30:95-100.
- Twigg SJ, McCrerrick A, Sanderson PM. A comparison of post mortem findings with post hoc estimated clinical diagnoses of patients who die in a United Kingdom intensive care unit. *Intensive Care Med*. 2001;27:706-10.
- Combes A, Mokhtari M, Couvelard A, Trouillet JL, Baudot J, Henin D, et al. Clinical and autopsy diagnoses in the intensive care unit: a prospective study. *Arch Intern Med*. 2004;164:389-92.
- Pritt BS, Hardin NJ, Richmond JA, Shapiro SL. Death certification errors at an academic institution. *Arch Pathol Lab Med*. 2005;129:1476-9.
- Sonderregger-Iseli K, Burguer S, Muntwyler J, Salomon F. Diagnostics errors in three medical eras: a necropsy study. *Lancet*. 2000;355:2027-31.