

# Revista Médica Hondureña

OrganodelaAsociaciónMédicaHondureña

Director: DK.  
ANTONIO VIDAL

Redactores:

DH. MANUEL CACERES VIJIL

DR. CARLOS M. GALVEZ

DR. JUANA. MEJIA

Secretario:

DR. HUMBERTO DÍAZ

Administrador:

DR. MARTIN A. BULNES B.

---

Año XV | Tegucigalpa, D. C, Hond., C. A., Sep. y Octubre de 1945 1 No. 120

Editorial

## La Autopsia y el Diagnóstico

Hace algún tiempo sostuvimos una discusión sobre el presente tema, con un distinguido colega, quien nos aseguraba que él hacía en su servicio de Cirugía 100% de diagnósticos ciertos. Nosotros sosteníamos la tesis que ni en los Estados Unidos con los mejores métodos de exploración se pueden obtener semejantes cifras, pues habíamos leído mucho al respecto, pero no teniendo datos concretos a la mano, para probar la verdad de nuestras palabras, dispusimos escribir a un amigo a Washington, solicitándole datos al respecto. Del trabajo que este amigo nos ha enviado extractamos las notas del presente Editorial, con las cuales contestamos a nuestro colega. Reconocemos que el diagnóstico quirúrgico es más fácil que el diagnóstico médico, pero aun así debe existir un regular margen de diagnósticos clínicos falsos. Lo que sucede es que a menudo nos ilusionamos y creemos hacer un diagnóstico clínico cierto, porque el enfermo se mejora o se cura con nuestro tratamiento, sin recordar que estos mismos resultados podrían haberse obtenido aun sin tratamiento alguno. Queda por saber qué tanto por ciento de diagnóstico falso nos corresponde, el cual debe ser conforme mi opinión de un 40 a un 50%.

Desde hace tiempo se ha hecho hincapié en la medicina en el hecho de que la victoria contra la enfermedad se fundará, en gran parte, en mejorar la exactitud del diagnóstico, en lo cual pueden ayudar considerablemente los datos aportados por la autopsia.

La importancia del asunto en relación con la enseñanza de la medicina fue recalcada en los estudios de hospitales que realizó el Consejo de Enseñanza Médica y Hospitales de la Asociación Médica Americana, en 1913, 1915 y 1918. La primera **nómina** de principios esenciales del internado, publicada por dicho Consejo en 1919, ya exigía que hubiera en los hospitales medios

para autopsias y que los internos recibieran instrucciones en esa rama, bajo la dirección del patólogo del hospital. Después, el Consejo decidió que, a partir del 1° de enero de 1928, no aceptarían para el adiestramiento de internos, hospitales que no realizaran autopsias por lo menos en 10% de los fallecidos en la institución respectiva, estipulando que la proporción se elevaría a 15% el 1° de enero de 1929. El efecto de esa disposición se hizo sentir dentro de un poco, y para 1932, 93% de los hospitales aprobados ejecutaban más del 15% requerido, en comparación con 6.4% antes. El coeficiente siguió mejorando desde entonces hasta 1941, representando 38% en el quinquenio 1938-42. La guerra actual interrumpió la curva ascendente, de modo que en 1943, 100 y en 1944, 74 hospitales no pudieron cumplir el mínimo de 15%. Esa cifra, desde luego, es inferior a la que rige en muchas partes de Europa y varios de los principales hospitales de Estados Unidos, situados en los centros médicos más importantes, aún en 1944 verificaron de 70 a 95% de autopsias en sus casos. El adelanto logrado puede juzgarse por el hecho de que en la ciudad de Chicago, en 1943, en 65 hospitales con un total de 22.020 camas y con 20.864 defunciones, practicaron 5,984 autopsias. En ciertas instituciones particulares de Nueva Orleans las autopsias representan 60% de las muertes, pero las públicas no pueden mantener esas cifras y muchas veces en ellas la proporción no pasa de 5 a 6%.

Sin embargo, es un hecho general que todavía las autopsias se reservan para casos dudosos y muy difíciles, creyendo la mayoría de los médicos que esa clase de pesquisas es función de los hospitales universitarios que sólo vienen a constituir unos pocos centenares de entre los miles que hay en el país. El costo y trabajo también interviene no habiendo calculado hace un decenio el Director del Hospital de Mount Sinai, de Nueva York, que cada autopsia costaba \$ 92.40, sin contar el tiempo y esfuerzo de los individuos que intervenían para conseguir el permiso necesario y considerando que para ejecutarla debidamente se necesitaban unas 5 horas.

Una serie de estudios memorables acerca de las discrepancias entre el diagnóstico clínico y el anatómico fue publicada por Cabot de 1906 a 1915, mencionando acuerdo en 70% de los casos entre ambos, en una serie considerable de autopsias, subdividida así:

Cabeza y cerebro .....	70.0%
Pulmones y pleura .....	55.3%
Hígado y aparato biliar .....	29.5%
Corazón y pericardio .....	55.1%
Aparato digestivo .....	68.5%
Aparato urinario .....	45.3%

Wilson, en 1925, declaró: "El diagnóstico clínico en el cáncer **sólo** es certero en tres cuartas partes de los casos y en **la tuberculosis**

sis en menos de 50%, mientras que en las afecciones cardiovasculares el 68% actual es todavía muy superior a las cifras de 1915 en que menos de 40% eran diagnosticados acertadamente antes de la muerte".

Kartmer, Rothschild y Crump encontraron (1919) 8% de error en 600 casos. Hellwin, en 1935, encontró acuerdo entre el diagnóstico clínico y anatómico en 60.7% de 550 casos, subdivididos así:

Cabeza y cerebro .....	65.5%
Cuello .....	41.7%
Tórax .....	45.8%
Abdomen .....	64.8%
Infecciones generales.....	59.7%
Enfermedades constitucionales .....	81.8%

En una serie de 27 autopsias postoperatorias de Hellwig que correspondían a casos dudosos, la proporción de factores desconocidos fue mayor: 74.1%<sup>1</sup>

Friedrichs, al repasar una considerable porción de protocolos de unas 1,350 autopsias, declaró que 'sólo se había verificado el diagnóstico clínico certero en 40% de los casos y parcialmente certero en 50%. Bean (1941) menciona que en 500 enfermos, el hospital encontró 18% de errores en el diagnóstico privado. Soper (1937), en los protocolos de 224 autopsias de los Angeles, observó que en 18 no coincidía el diagnóstico patológico con el clínico, y que había coincidencia exacta en menos del 60% de los casos. En lo que se refiere al diagnóstico previo de cáncer, son ya pocas las sorpresas que aportan el anfiteatro, aun cuando parece existir alguna discrepancia en cuanto a la localización exacta. Dorn y Horn (1941), analizaron 13,524 casos de cáncer, encontrando que en 84.5% el diagnóstico del médico correspondía con el del certificado de defunción. La mayor concordancia se observó en el cáncer del tubo digestivo, 92.6%, y la menor en los de la piel, 42.6%, cerebro 46.3% y huesos 51.5%. En 4.8% de los casos la causa de muerte no era cáncer y en 3.390 casos el examen histopatológico confirmó el diagnóstico. Lampert (1936-37) entre 309 autopsias de casos quirúrgicos en el Charity Hospital de Nueva Orleans, señaló que en 141 se había dado como causa previa de muerte, embolia, revelando la autopsia 119 estados cancerosos. (No deja de ser interesante señalar que en un hospital de Australia, Cleland (1942) en 2,500 casos, encontró: 1,697 (67.8%) correctamente diagnosticados antes de la muerte; 310 (12.4%) parcialmente correctos; 262 (14.6%) errores; y 131 (5.2% en que no se hizo diagnóstico o en que permaneció incierto aun después de la autopsia). En ciertas enfermedades específicas, dichas discrepancias arrojan este resultado: Tumores malignos, correctamente diagnosticados en 156 casos, más en 10 *en* que no se localizaron, exactamente, es decir, 86% en total; en 27(1%) de los 2,500 casos se encontró neoplasia sospechada anteriormente y en 22 se. sospechó o diagnosticó,

sin existir. **Infarto** cardíaco: diagnóstico exacto en 48 casos más dos rotulados "síncopa cardíaco congestivo", o sean 50 casos correctamente diagnosticados; 9 diagnosticados erróneamente; 9 no diagnosticados y entre 21 casos sin diagnóstico alguno, resultó 1 positivo. Excluyendo casos de afección coronaria asociada con trombosis, hubo 60 casos de infarto; en 48 (80%) el diagnóstico fue correcto.

**Accidentes vasculocerebrales:** 84 casos de hemorragia cerebral con diagnóstico correcto; en 4 presente, pero no diagnosticada; y 11 de diagnóstico erróneo. Se encontraron además 52 casos de reblandecimiento cerebral con diagnóstico correcto, 7 con diagnóstico erróneo y en 9 no existía diagnóstico previo. En resumen, de 2,500 autopsias, el diagnóstico previo había sido correcto en 67.8%; parcialmente correcto en 12.4%; equivocado en 14.6% y no se había hecho en 5.2%.

Los errores de diagnóstico constituyen un tema que ha recibido mucha atención en la literatura americana, y la cual, en años pasados, se le dedicaron libros en Alemania, como son los siguientes: Erb, K.: "Die rechtliche Bedeutung der Fehldiagnose", (Heidelber), 15 p., 8°, Kaiserslautern, 1935. Schwalbe, J.: "Irrtumer der allgemeinen Diagnostik und Therapie sowie deren Verhütung", Leipzig, Heft, 1 1923 "Diagnostische und Therapeutische Irrtumer und deren Verhütung" 5 tomos, -Leipzig, 1920-28

*CON USTED LECTOR:*

Le recomendamos con toda confianza, **que** consuma los bien reputados productos del

**Laboratorio "IDEAL"**

con su distintivo

"LA HERRADURA"



pues son de alta calidad, y sus efectos, para lo que están recomendados, efectivos.