



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE MEDICINA

TESIS:

Discrepancia Clínico Patológico De Acuerdo A La Escala De Goldman En
Pacientes Con Cáncer Terminal En Cuidados Paliativos

PARA OBTENER EL TÍTULO EN:

“LICENCIATURA EN MEDICINA GENERAL”

PRESENTA:

DAVID TORRES VARGAS

DIRECTOR:

DRA. ANA MARÍA CANO VALDEZ

Co-DIRECTOR:

D.C. ENRIQUE TORRES RASGADO

PUEBLA, PUEBLA MAYO 2021

INDICE

1.	RESUMEN.....	4
2.	INTRODUCCIÓN.....	6
3.	ANTECEDENTES	7
3.1.	ANTECEDENTES GENERALES	7
3.2.	ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	11
4.	JUSTIFICACIÓN	16
5.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
6.	HIPÓTESIS CIENTÍFICA	18
7.	OBJETIVOS	18
7.1.	OBJETIVOS GENERALES	18
7.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
8.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
8.1.	DISEÑO DE ESTUDIO.....	19
8.2.	UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL.....	19
8.3.	ESTRATEGIA DE TRABAJO	19
8.4.	MUESTREO	20
8.4.1.	DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN	20
8.4.2.	SELECCIÓN DE MUESTRA.....	20
8.4.3.	CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTRA	20
8.4.4.	DISEÑO Y TIPO DE MUESTRA.....	20
8.4.5.	TAMAÑO DE MUESTRA	20
8.5.	DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	21
8.5.1.	DEPENDIENTES.....	21
8.5.2.	INDEPENDIENTES	21
8.6.	VALOR DE LA ESCALA DE GOLDMAN.....	21
8.7.	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	22
8.8.	TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	22
8.9.	ANÁLISIS DE DATOS.....	22
8.10.	DISEÑO ESTADÍSTICO	22
8.10.1.	HIPÓTESIS ESTADÍSTICA.....	22
8.10.2.	PRUEBAS DE ESTADÍSTICA	22
9.	RESULTADOS.....	23

10.	DISCUSIÓN.....	28
11.	CONCLUSIONES.....	30
12.	BIBLIOGRAFÍA.....	31
13.	ANEXOS	35

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La finalidad de la autopsia tiene como finalidad educativa médica y la evaluación de la calidad diagnóstica y terapéutica. El presente estudio permite determinar la concordancia entre los diagnósticos clínicos y de autopsia en el Instituto Nacional de Cancerología de México, como una herramienta para mejorar la calidad y atención médica.

OBJETIVO

Determinar la discrepancia clínico patológico de acuerdo a la escala de GOLDMAN en pacientes con cáncer terminal en cuidados paliativos y cuáles son las discrepancias más frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se analizaron las autopsias de pacientes oncológicos que se encontraron en cuidados paliativos del Instituto Nacional de Cancerología. Las variables estudiadas fueron las clases de acuerdo a la escala de GOLDMAN, causa de muerte, diagnóstico histopatológico primario, edad, género, estadio clínico.

RESULTADOS

En el período de estudio se analizaron 40 pacientes post mortem que estuvieron en promedio 93 días en cuidados paliativos en el Instituto Nacional de Cancerología. La causa de muerte con mayor porcentaje fue Insuficiencia respiratoria con 35% (n=14), Choque con 30% (n=12), Progresión de la Enfermedad con 30% (n=12), Tromboembolia con 5% (n=2). Nuestros resultados muestran que la escala de Goldman tuvo los siguientes resultados, la Clase I con 20% (n=8), Clase II con 40% (n=16), Clase III y IV con 0% (n=0), Clase V con 40% (n=16).

CONCLUSIÓN

Durante el estudio que sea realizado en el Instituto Nacional de Cancerología, se analizó la discrepancia clínico patológico de acuerdo a la escala de GOLDMAN en 40 pacientes post mortem que estuvieron en promedio 93 días en cuidados paliativos. En conclusión se encontró que el 60% de los pacientes estudiados no tuvo concordancia entre el diagnóstico clínico y patológico. Por lo que este estudio tiene como finalidad darle un valor importante a las autopsias en estancias hospitalarias para recabar información necesaria a un futuro y así ofrecer una mejor calidad diagnóstica y terapéutica.

2. INTRODUCCIÓN

La finalidad de la autopsia tiene como finalidad educativa médica y la evaluación de la calidad diagnóstica y terapéutica. El presente estudio permite determinar la concordancia entre los diagnósticos clínicos y de autopsia en el Instituto Nacional de Cancerología en México, como una herramienta para mejorar la calidad de atención médica. El objetivo es determinar la discrepancia clínico patológico de acuerdo a la escala de GOLDMAN en pacientes con cáncer terminal en cuidados paliativos y cuáles son las discrepancias más frecuentes. Actualmente no se cuentan con estudios de relación clínico patológica en pacientes con diagnóstico oncológico en cuidados paliativos en México. Se trata de un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, que tendrá como inicio en febrero del 2020 hasta febrero del 2021 en el área de post mortem del INCan. Además del objetivo principal determinaremos los hallazgos morfológicos post mortem que predominaron la muestra así como el sitio primario de la afectación, incidencia de género, tumor primario y órgano afectado.

3. ANTECEDENTES

3.1. ANTECEDENTES GENERALES

HISTORIA DE AUTOPSIA

En la historia de la autopsia (del griego - autopsia: es la acción de ver por los propios ojos) se ha demostrado como una herramienta útil en la enseñanza médica, diagnóstica y terapéutica. Con la autopsia se pueden encontrar una gran variedad de hallazgos y diagnósticos no previstos (1).

En las últimas 5 décadas, la tasa de autopsias ha disminuido considerablemente. En Estados Unidos de América la práctica de las autopsias ha disminuido de 50 a 10% de sus fallecimientos. De acuerdo a sus criterios incluyen el precio y el desarrollo de nuevas tecnologías para diagnosticar y así se ha convertido a la autopsia en algo innecesario, aunque efectivamente los procedimientos diagnósticos premortem han sido modernizados en los últimos 30 años, no hay información que avale una disminución en los errores diagnósticos clínicos evidenciados en la autopsia durante los últimos 30 años. El margen promedio de autopsias en los Institutos Nacionales de Salud en México varía entre 25 y 30%. El informe del Hospital General de México, correspondiente al año 2002, presenta 964 defunciones con 489 autopsias. En el semestre de enero a junio de 2003, se reportan 1 129 defunciones con 449 autopsias (1).

En Italia, durante el siglo VI, cuando la peste negra se estableció en Bizancio, fue que se realizaron las primeras autopsias, con la finalidad de buscar una relación clínica de la gallina con la muerte (2).

En 1360 en Europa se llevaron a cabo disecciones con los restos de delincuentes ejecutados. Pero en las antiguas religiones sus pensamientos no favorecieron al estudio. En 1410, Pietro D'Argelata realizó la autopsia del Papa Alejandro VI. En varias ocasiones la inconformidad de los pensamientos religiosos fue motivo de realizar autopsias (2).

En 1671, Juan Bautista Morgagni realizó más de 700 autopsias (1682-1772) publica su obra "De sedibus et causis morborum per anatomem indagatis" (Sitios y causas de enfermedad investigados por anatomía). Pero quien introduce un cambio

conceptual de la autopsia estudiando los órganos en forma ordenada y minuciosa, inclusive con el microscopio, fue Rodolfo Virchow (1821-1902) publicando “Die cellularpathologie in Ihrer Begründung auf Physiologische und Pathologische Gewebe” (La patología celular basada en la histología fisiológica y patológica) en 1858. Finalmente, en el siglo XIX, los cirujanos volvieron a utilizar “la autopsia”, dándole un valor importante para comprender la historia natural de la enfermedad. Un creador de esa patología como ciencia es Karl Rokitansky (1804-1878). (2).

En México Thomas Sydenham (1624–1689), médico inglés a quien se le asigna los principios de la medicina clínica. Fue él que inicio a mencionar los signos y síntomas mediante un estudio empírico y de observacional, y el primer médico en expresar los primeros síntomas de una enfermedad (lo que el paciente refiere) y los signos (lo que el médico observa) como una parte fundamental para el diagnóstico. Sydenham se enfocó en observar y dividir las enfermedades, con el fin de descubrir las lesiones de los órganos internos del paciente. La clínica nació y se desarrolló en relación a lo analizado y lo hallado en el cadáver. Se creó y se desarrolló, en lo que hoy conocemos correlación clínico anatómica (3).

PRINCIPIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

El origen etimológico de la palabra paliativo proviene del latín pallium, que significa manto o cubierta, haciendo referencia al hecho de curar síntomas o dolor. Los cuidados están enfocados en dar bienestar o tranquilidad al paciente y a sus familiares en las etapas finales de una enfermedad terminal oncológica o no oncológica. Los cuidados paliativos tratan de conseguir que los pacientes tengan días y momentos libres de dolor y conscientes de su padecimiento, esto quiere decir, tener los padecimientos en control, de tal manera que los últimos días de su vida puedan estar en su casa o en un lugar tranquilo y rodeado de sus seres queridos (4).

En Francia a inicios de la edad media comenzó los cuidados paliativos donde los franceses cuidaban a las personas sin hogar, alimento y los llevaban a casas temporales (4).

En el siglo XIX lo principal era soportar los síntomas que pudiera generar la enfermedad. Un siglo después se estudiaron las diferentes causas, así como brindar una mejoría a los síntomas del enfermo, haciendo así que su vida sea más humana y cálida, a finales del siglo, el crecimiento de la ciencia médica y de los nuevos manejos terapéuticos para tratar dichas enfermedades que eran mortales, provocaron un cambio profesional en los médicos, pasando de un cuidador a asumir un papel autoritario y paternalista (4).

La asociación de medicina paliativa de Gran Bretaña e Irlanda se formó en 1985 y dos años más tarde el Reino Unido se convirtió en el primer país en reconocer a la medicina paliativa como una especialidad médica (4).

En México, en los años 1960 se creó la fundación de clínicas del dolor, guiadas por el Dr. Vicente García Olivera quien fue orientado en Estados Unidos por el Dr. John Bonica, a su llegada implemento sus conocimientos con la apertura de clínicas de dolor y comenzó con la enseñanza a nuevos médicos en el Hospital General de México (4).

En 1992 en el Hospital Civil de Guadalajara (Juan I Menchaca) se formó la primera Unidad de Cuidados Paliativos por el Dr. Montejo Rosas (4).

En México en 1992 la Dra. Allende formo la primera unidad de cuidados paliativos en el Instituto Nacional de Cancerología, siendo así la primera en su categoría en la República Mexicana; la siguieron otros hospitales de la Secretaría de Salud: Hospital General de México, Hospital Manuel Gea González. En el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE en el año 2015 se fundó la unidad de cuidados paliativos. Ahora diferentes centros de salud de la República Mexicana ya tienen centros de atención médica con cuidados paliativos (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) implemento el término de cuidados paliativos en 1980, la Organización Panamericana de la Salud lo hizo 15 años después. De acuerdo con la OMS: “Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas, proporcionando apoyo espiritual, psicológico, desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida, y durante el duelo.” (4).

En México, el ingreso del área de cuidados paliativos dentro de la Legislación Federal se presentó hasta el año 2009, estableciéndose en la Ley General de Salud un capítulo específico para el control y calidad en la atención, pues la misma legislación ya la indica como una actividad de atención médica, generando ciertas obligaciones para el personal de salud e instituciones, incluyendo derechos específicos para los pacientes que se encuentren esta situación terminal (4).

En el año 2014 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana, Nom-011 SSA3- 2014, Criterios para la atención de los enfermos en situación terminal a través de los cuidados paliativos, dando a entender hacer uso obligatorio los criterios en los medios hospitalarios (4).

En el siglo XIX, Tratar los síntomas fue el objetivo principal del tratamiento médico, ya que algunos padecimientos evolucionaron de acuerdo a su historia natural de la enfermedad Durante ese mismo siglo la medicina cambió de modelo dándole con enfoque más dirigido en expresar las causas y posibles tratamientos de las enfermedades. El manejo sintomático fue relegado a segundo plano e incluso despreciado por la comunidad médica. Es así como no es sorprendente que en la actualidad, la medicina está orientada fundamentalmente a prolongar las expectativas de vida de la población más que a velar por la calidad de esta. Por otra parte, las enfermedades crónicas son la causa actual del 60% de las muertes prematuras a nivel mundial. Entre ellas, las principales enfermedades relacionadas con el fallecimiento de la población son las enfermedades cardiovasculares y tumores malignos. El cáncer se ha demostrado que es un problema de salud pública. Anualmente aproximadamente 9 millones de personas se enferman de cáncer en el mundo. Lo cuales el 70% de ellos fallece por dicha enfermedad, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en 2007. Según la Organización Panamericana de la Salud en 2006, para el 2020 se esperan 840 000 defunciones por cáncer y una de las áreas más olvidadas por el sector salud es la de cuidados paliativos (5).

Se ha demostrado que en los últimos 20 años, a nivel mundial, los cuidados paliativos han tomado un papel importante en el medio hospitalario. Po lo cual diferentes países desarrollados, han obtenido un alto grado de especialización en

esta área; los conocimientos y conceptos científicos, bioéticos y organizacionales han influido notablemente en el desarrollo de políticas de salud, dirigidas principalmente a brindar los beneficios de la atención médica a través de cuidados paliativos para los enfermos en situación terminal, recibir cuidados paliativos no implica necesariamente que uno se esté muriendo (6).

3.2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

ESCALA DE GOLDMAN

Mort y Yeston evaluaron de forma retrospectiva la discrepancia diagnóstica en 1999, subdividiéndola de acuerdo al método de Goldman modificado por Battle. Estudiaron 149 pacientes, de éstos, 23% tuvieron errores clase I y 59% no tuvieron discordancia, encontraron discrepancia en 88 de 149 pacientes (59%).¹⁸⁻²⁰ En general, las discrepancias en las autopsias se presentan en una proporción considerable: errores clase I en 7 a 13% y errores clase II en 15 a 25% del total (1).

Muchos factores pueden condicionar diagnósticos premortem poco acuciosos. Se ha sugerido la naturaleza del diagnóstico como uno de ellos, ya que, mientras un émbolo pulmonar puede originar una discrepancia de hasta 47%, en leucemia casi nunca sucede. Un segundo factor puede ser la variabilidad en la calidad de la atención y en los conocimientos generales de una enfermedad, que dependerán de la zona o de la frecuencia del padecimiento. Un tercer factor podría dar un diagnóstico erróneo. Podría suponerse también que a mayor edad y experiencia del médico, menor discrepancia (1).

Es primordial que la autopsia retome su valor como una arma de evaluación del clínico, con un solo objetivo disminuir las muertes e incrementar el personal de salud, así como el conocimiento del área en todos los niveles de atención médica, así dándole una enseñanza para el estudiante como para el médico titular (1).

La discordancia entre el diagnóstico clínico y el patológico se clasificó de acuerdo a GOLDMAN et al (N Engl JMed: 1983) y posteriormente Battle la modifico dando así las 5 clases de discrepancias et al (JAMA: 1987). En la clase de

discrepancias mayores la sub divide en clase I Y II. "En la clase I menciona que el conocimiento del diagnóstico antes de la muerte pudo fluir con cambios en el manejo médico y que pudiera a largar la vida o aliviado al paciente, En la clase II el diagnóstico mayor cuya detección antes de la muerte probablemente no hubieran cambiado la supervivencia aun no con el tratamiento correcto" (1). En respecto a las discrepancias menores las sub divide en clase III cuyo el diagnostico menor no directamente relacionadas con la causa de la muerte, pero con síntomas que debieron haber sido tratados y que pudieron eventualmente afectar el pronóstico y en la clase IV la discrepancia en el diagnóstico menores ocultos (no diagnosticables) pero con implicaciones genéticas o epidemiológicas. "Finalmente la clase V que pertenece a la no discrepancia entre los diagnósticos (clínico y autopsia)" (1).

RELACIÓN CLÍNICO PATOLÓGICO

El medico selecciona casos importante para que el paciente se ha sometido a una autopsia y deferentes estudios han mostrado que el medico tiene poca habilidad para la selección pacientes. Se ha demostrado que las discrepancias con mayor frecuencia se tratan de: una estancia hospitalaria larga, menor edad, mayor número de ingresos, tumores malignos, estado crítico y enfermedades infecciosas (1).

Anatomo-clínica o más comúnmente conocida como CPC (de las siglas en inglés: Clinico-Pathologic Confrontation), la sesión clínico-patológica está presente desde los inicios de la medicina moderna (7).

Giovanni Battista Morgagni en el año 1761 (conocido como el padre de la patología moderna) publico una de sus más grandes descubrimientos a la medicina. *De Sedibus Et Causis Morborum Per Anatomen Indagatis* (Sobre el sitio y causas de las enfermedades según su indagación anatómica), Por lo cual fue traducida a varios idiomas y publicada en diferentes lugares, de acuerdo a los datos obtenidos en el estudio se puede argumentar las modificaciones que se obtienen durante una enfermedad y ver en donde está el daño (7).

La autopsia es de enorme valor en la auditoría de precisión diagnóstica y en educación médica. Sin embargo, las tasas de autopsia han mostrado una disminución progresiva, a nivel mundial, durante las últimas décadas. Anteriormente

se investigó las razones de la disminución de las autopsias, se encontró que las razones más comunes para que médicos no solicitaron autopsias estaban "seguros" de los diagnósticos clínicos "y" diagnósticos confirmados por radiología u otras investigaciones de laboratorio. Sin embargo, ha habido muchos estudios publicados que han mostrado altas tasas de discrepancia entre los diagnósticos clínicos y de autopsia, algunos han demostrado que la precisión del diagnóstico no ha mejorado en los últimos 30 años, a pesar de los avances en la medicina tecnología de investigación (8).

La correlación clínico patológica favorece el acto médico, ya que al ubicar el problema da a conocer la causa de los errores y así poderlos manejar adecuadamente por el camino indicado de acuerdo a su padecimiento actual y con el paso del tiempo el médico tratante ganara habilidad y experiencia para los siguientes eventos . En estudios de algunos casos anteriores de autopsias se observó que, a pesar de las nuevas técnicas de imágenes y el avance en otras técnicas diagnósticas, la cantidad de diagnósticos clínicos no realizados y hallados en la autopsia se ha mantenido constante en los últimos 30 años. “Las discrepancias entre los diagnósticos clínicos (pre-morten) y anatomopatológicos (post-morten) varían entre un 6 % y un 40%”, (9). Por lo que se sugiere el uso de esta práctica como control de calidad y beneficio educativo en las instituciones (9).

CÁNCER

“El origen de la palabra cáncer se acredita al médico griego Hipócrates (460-370 aC), considerado el "padre de la medicina." Hipócrates utilizó los términos carcinos y carcinoma para describir los tumores que no formaban úlceras y para los tumores que formaban úlceras, respectivamente”. (10). En griego, estas palabras hacen referencia a un cangrejo. “El médico romano Celso (28-50 a. C.) Después de explicar el término griego en cáncer, la palabra latina para el cangrejo. Galeno (130-200 dC), otro médico romano, usó la palabra oncos (del griego, hinchazón) para describir los tumores” (10).

El termino cáncer es un nombre ambiguo que conforma una serie de enfermedades diferentes cuya idea principal es el crecimiento sin control de células anormales. Los cánceres que no reciben tratamiento pueden causar enfermedades graves y la muerte (11).

La enfermedad del cáncer, sigue siendo en México la tercera causa de muerte solo por detrás de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus. El número de casos en las unidades oncológicas va en aumento, por lo cual se requiere una alto volumen de médicos especialistas, enfermeras y paramédicos así como la estructura y herramientas para poder dar un diagnóstico, a veces los médicos hacen procedimientos invasivos y molestos para el paciente como tratamientos con cirugía, radioterapia, quimioterapia y otros manejos sistémicos hasta los cuidados paliativos (12).

La transformación de una célula normal en una célula tumoral es un proceso multifactorial y suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Esas modificaciones es el resultado de los cambios entre los factores genéticos del individuo y categorías de agentes externos, también llamadas como carcinógenos. En la actualidad hay diferentes tipos: Carcinógenos físicos, químicos y biológicos, como las infecciones causadas por algunos virus, bacterias o parásitos u hongos. La sobre cargar de factores de riesgos y la edad avanzada favorece la incidencia en generar el cáncer (13).

En el diagnóstico del cáncer y sus distintas etapas, la etapa mencionada como terminal o cáncer etapa IV, obtiene un significado difícil para el paciente y sus familiares. Es una etapa donde no existe un tratamiento y sólo se puede ofrecer un manejo paliativo de síntomas, con una muerte que va a suceder a corto o mediano plazo de tiempo (17).

El diagnóstico de etapa terminal requiere la existencia de un padecimiento avanzado, sin cura y progresivo (cáncer y otras enfermedades no oncológicas); por lo cual su esperanza de vida es menor a 6 meses; el cansancio de terapias curativas y la presencia de síntomas que afecta con gran impacto emocional al paciente y familiares. Es necesario mantener el cuidado continuo del paciente, esto debe ser

llevado a cabo por un grupo multidisciplinario de profesionales capacitados para esta labor (17).

El estudio que las autopsias de rutina revelaron importantes hallazgos inesperados que son de importancia clínica, y que es necesario un énfasis continuo en la evaluación de la autopsia para mejorar la calidad y la atención al paciente oncológico (27).

4. JUSTIFICACIÓN

Actualmente el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo siendo el cáncer de mama, próstata, colorectal, tiroides y cervicouterino los más frecuentes en México de los cuales el 70% recibirá cuidados paliativos. En México el 1992 la Dra. Silvia Allende instalo la primera Unidad de Cuidados paliativos en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) siendo así la primera en su categoría en la República Mexicana. En el Instituto Nacional de Cancerología en Departamento de Patología post mortem tiene como objetivo principal, a través del estudio post mortem (autopsia, necropsia), confirmar los diagnósticos clínicos, informar otras alteraciones que pudieron o no haber, influido en el resultado final y o desencadenado la muerte. En otras palabras, es el control de calidad de la atención médica más importante en el medio hospitalario. Sin embargo, en la actualidad no existen estudios que correlacionen los síntomas agónicos o desenlace con los hallazgos post mortem en pacientes con enfermedad oncológica que han sido atendidos por medio de cuidados paliativos al final de la vida, por lo que en el presente estudio se busca analizar la discrepancia clínico patológico.

La evaluación de la discrepancia clínico patológica con base a la escala de Goldman puede contribuir a identificar las posibles causas implicadas en el desarrollo y progresión de los síntomas previos a la muerte en los pacientes con cuidados paliativos. De esta manera al identificar estas condiciones será mucho más dirigido el manejo médico desde el momento en que el paciente oncológico ya no sea beneficiado por la terapia de intervención o progresión de la enfermedad, presente complicaciones durante el tratamiento paliativo al final de la vida. Por lo cual la autopsia sigue siendo una herramienta importante para la educación y el control de calidad.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente en México el cáncer se le atribuye como la segunda causa de muerte. Por lo cual es necesario actuar para modificar los porcentajes estadísticos. Para atacar el cáncer, primero debemos combatir con la desinformación. Aproximadamente nueve mexicanos mueren cada hora a causa del cáncer, 128,000 mexicanos son diagnosticados con cáncer cada año, Lo cual el 40% de los casos son diagnósticos en etapas avanzadas. Por lo tanto, la detención tardía del cáncer, genera que los pacientes requieran de cuidados paliativos. En la historia natural de las enfermedades crónico-degenerativas, se presenta una etapa clínica denominada terminal, en el cual se requiere que los prestadores de servicios de atención médica, lleven a cabo acciones específicas para tratar el dolor y sus problemas asociados a la enfermedad que implica el sufrimiento de los pacientes y familiares, por lo cual los cuidadores y el área de cuidados paliativos tiene como finalidad de mejorar su calidad de vida en esta etapa terminal.

Lamentablemente en el mundo, se ha notificado un incremento en el número de casos de enfermedades crónico degenerativas y México no es la excepción, ya que en los últimos 20 años las estadísticas de mortalidad, refieren que las muertes que se registran al año, se debieron a dichas enfermedades, por lo cual, los servicios de salud, tienen que hacer frente a los problemas y complicaciones de los enfermos en etapas terminales; es en este contexto en el que los cuidados paliativos obtienen un valor importante.

La detección de cáncer en una etapa avanzada, un falso diagnóstico y por ello un mal apego al tratamiento son problemas frecuentes. El diagnóstico clínico es un proceso sistemático propenso a errores, estos pueden tener repercusiones en el manejo del paciente, si éstas son leves, solamente traerá como consecuencia un paciente insatisfecho que ocasionará la solicitud de cambio de médico, pero a medida que el error aumenta en complejidad podría llevar al paciente hasta su muerte.

Exámenes post mortem siguen siendo una herramienta útil para confirmar la precisión del diagnóstico y deben considerarse en todos los pacientes que mueren y recibir cuidados paliativos no implica necesariamente que uno se esté muriendo.

El servicio de patología juega un papel importante la relación clínico-patológica postmortem. Se ha encontrado diferentes tipos de discrepancias en diagnósticos mayores. El conocimiento del diagnóstico antes de la muerte pudo contribuir con cambios en el manejo que pudieron haber prolongado la supervivencia o curado al paciente. Discrepancias en diagnósticos menores ocultos (no diagnosticables) pero con implicaciones genéticas o epidemiológicas. Por lo que en este trabajo nos preguntamos. **¿Existirá discrepancia clínico patológico de acuerdo con la escala de GOLDMAN en pacientes con cáncer terminal en cuidados paliativos?**

6. HIPÓTESIS CIENTÍFICA

Existirá discrepancia clínico patológico de acuerdo a la escala de GOLDMAN en pacientes con cáncer terminal en cuidados paliativos.

7. OBJETIVOS

7.1. OBJETIVOS GENERALES

Determinar la discrepancia clínico patológico de acuerdo a la escala de GOLDMAN en pacientes con cáncer terminal en cuidados paliativos.

7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 7.2.1. Determinar la concordancia entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico final por autopsia.
- 7.2.2. Determinar la incidencia de género.
- 7.2.3. Determinar la incidencia de tumor primario en diagnóstico histopatológico.
- 7.2.4. Determinar la incidencia del órgano afectado del tumor primario.
- 7.2.5. Determinar la incidencia de tratamiento en los pacientes.

- 7.2.6. Determinar los hallazgos morfológicos post mortem que predominaron en la muestra.
- 7.2.7. Determinar la incidencia de causa de muerte.
- 7.2.8. Determinar la concordancia clínico patológico de acuerdo a la escala de GOLDMAN.
- 7.2.9. Disminuir el índice de errores en el diagnóstico clínico.
- 7.2.10. Determinar el promedio que estuvieron los pacientes en cuidados paliativos.

8. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1. DISEÑO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo.

8.2. UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL

El presente estudio se realizará en el Instituto Nacional de Cancerología en la Ciudad de México que tendrá como inicio en Febrero del 2020 y finalizará en Febrero del 2021, el cual cuenta con la supervisión de la Dra. Ana María Cano Valdez especialista en patológica oncológica y en Post mortem.

8.3. ESTRATEGIA DE TRABAJO

En el departamento de Patología post mortem del Instituto Nacional de Cancerología se realizará revisión de expedientes clínicos y de las laminillas de las autopsias de pacientes que se encontraron en cuidados paliativos por un diagnóstico oncológico de estadio avanzado. Para recabar información de los expedientes clínicos se usó el instrumento de recolección de muestras. Después se revisaran laminillas para correlacionar los hallazgos patológicos y clínicos. Posteriormente se recabara la información en una base de datos. Se graficara los resultados obtenidos para correlacionar los datos clínicos con los hallazgos post mortem.

8.4. MUESTREO

8.4.1. DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN

Se tomará como “N” a todos los pacientes finados mayores de 23 años con diagnóstico oncológicos tratados en el Instituto Nacional de Cancerología en la Ciudad de México.

8.4.2. SELECCIÓN DE MUESTRA

Se realizará un muestro de expedientes de pacientes que se realizó autopsia con diagnóstico oncológico y que haya estado en cuidados paliativos.

8.4.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTRA

8.4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes con cáncer y en cuidados paliativos que tengan un diagnóstico histológico y una causa de muerte con material de apoyo a su diagnóstico.

8.4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que no estuvieron en cuidados paliativos ni tienen diagnóstico de cáncer.

8.4.3.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Pacientes que no tienen un expediente clínico completo ni material de apoyo.

8.4.4. DISEÑO Y TIPO DE MUESTRA

El tipo de muestra será no probabilística intencional.

8.4.5. TAMAÑO DE MUESTRA

Pacientes oncológicos finados mayor a 23 años que se encontraban en cuidados paliativos afiliados al Instituto Nacional de Cancerología de la Ciudad de México en el periodo 2018-2020.

8.5. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

8.5.1. DEPENDIENTES

- Clase de acuerdo a la escala de GOLDMAN.
- Causa de la muerte.
- Diagnostico histopatológico primario.

8.5.2. INDEPENDIENTES

- Edad.
- Género.
- Estadio clínico.
- Tiempo en cuidados paliativos.

8.6. VALOR DE LA ESCALA DE GOLDMAN

TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE DISCREPANCIAS SEGÚN GOLDMAN Y COL.
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 supervivencia o curado al paciente.
CLASE II: Discrepancias en diagnósticos mayores cuya detección antes de la muertes probablemente no hubieran cambiado la supervivencia aun no con el tratamiento correcto.
DISCREPANCIAS MENORES.
CLASE III: Discrepancias en diagnósticos menores no directamente relacionadas con la causa de la muerte, pero con síntomas que debieron haber sido tratados y que pudieron eventualmente afectar el pronóstico.
CLASE IV: Discrepancias en diagnósticos menores ocultos (no diagnosticable) pero con implicaciones genéticas o epidemiológicas.
NO DISCREPANCIA.
CLASE V: No discrepancia entre los diagnósticos (clínico y autopsia).
CASOS NO CLASIFICABLES.
A) Los pacientes murieron inmediatamente después de la admisión hospitalaria, sin procedimientos diagnósticos o bien, se negaron a recibir tratamiento o a la realización de procedimientos.
B) La autopsia fue insatisfactoria por no lograr establecer un diagnostico después de la revisión clínica y los hallazgos en la misma.

Tabla 1. Collada DVRL. Discrepancia entre los diagnósticos clínicos y por autopsia en un hospital pediátrico de tercer nivel. Medicographic, 63,(240).2006.

8.7. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El método utilizado es la revisión de expedientes clínicos como revisión y reporte de laminillas y será evaluada en una escala específica (Goldman) y se recolectará la información en una base de datos.

8.8. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Se realizará un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo; a partir de una recopilación de expedientes correspondientes al periodo comprendido del año 2018 a 2020 de todos los pacientes finados del Instituto Nacional de Cancerología con diagnóstico oncológico que hayan estado en cuidados paliativos.

8.9. ANÁLISIS DE DATOS

Se generará una base electrónica, que contara con las variables de estudio: Género, Morfología, Órgano afectado, Tratamiento, Causa de muerte, Relación Clínico-Patológico, Escala de GOLDMAN, Hallazgos morfológicos. Todas estas serán vaciadas en Excel, el cual será analizado por medio de las herramientas estadísticas.

8.10. DISEÑO ESTADÍSTICO

8.10.1. HIPÓTESIS ESTADÍSTICA

La discrepancia con mayor frecuencia en los pacientes en cuidados paliativos fue la clase I clase V.

8.10.2. PRUEBAS DE ESTADÍSTICA

Medidas de tendencia central y dispersión.

9. RESULTADOS

En el período de estudio se analizaron 40 pacientes post mortem que estuvieron en promedio 93 días en cuidados paliativos en el Instituto Nacional de Cancerología. Los resultados fueron los siguientes: El 55% (n=22) fue femeninos y 45% (n=18) de la población fueron masculinos (Figura.1).

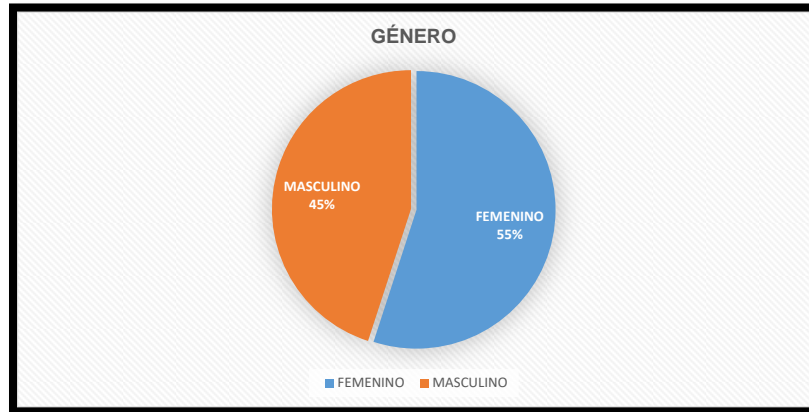


Figura.1. Frecuencia de la muestra de estudio por género.

El tumor histológico con mayor frecuencia fue el Carcinoma con 47% (n=19), Adenocarcinoma con 27% (n=11), Sarcoma 7% (n=3), Melanoma con 5% (n=2), Germinal con 2% (n=1), Mesotelioma con 2% (n=1), NIVA con alto grado con 2% (n=1), Pecoma con 2% (n=1), Seminomas con 2% (n=1) (Figura.2)

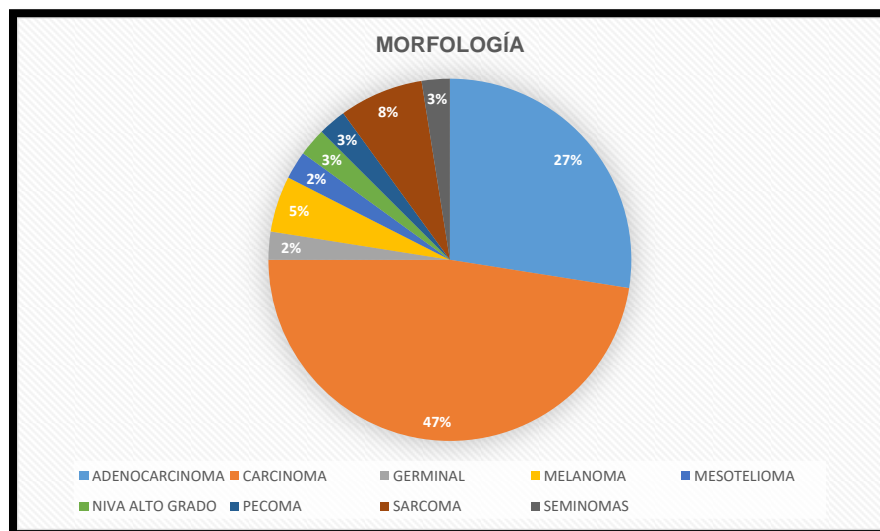


Figura.2. Frecuencia de tumores por los estudios histológicos.

El órgano que con mayor frecuencia se encontraba el tumor primario fue el pulmón con un 23% (n=9) y los órganos con menor frecuencia de afectación fueron Endometrio con 13% (n=5), Tejidos blandos con 10% (n=4), Cérvix con 8% (n=3), Mama con 8% (n=3), Páncreas con 8% (n=3), Ovario con 5% (n=2), Recto con 5% (n=2), Colon con 3% (n=1), Estomago con 3% (n=1), Hígado con 3% (n=1), Intestino Delgado con 3% (n=1), Mediastino con 3% (n=1), Próstata con 3% (n=1), Riñón con 3% (n=1), Retroperitoneo con 3% (n=1), Testículo con 3% (n=1) (Figura.3).

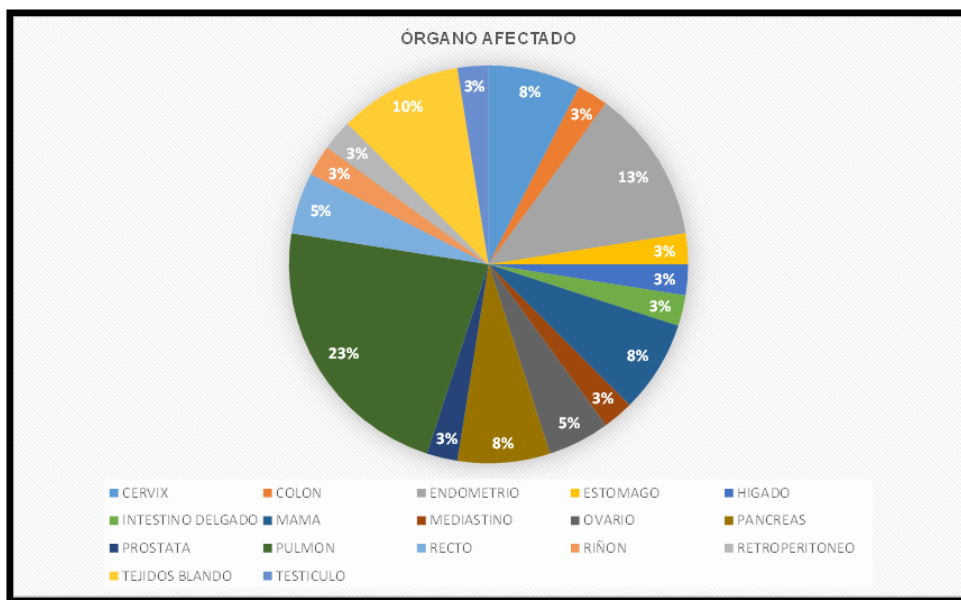


Figura. 3. Frecuencia de órgano afectado en la muestra de estudio.

El tratamiento con mayor porcentaje fue Quimioterapia con 82.50% (n=33), Radioterapia con 47.50% (n=19), Cirugía con 42% (n=17) (Figura.4).

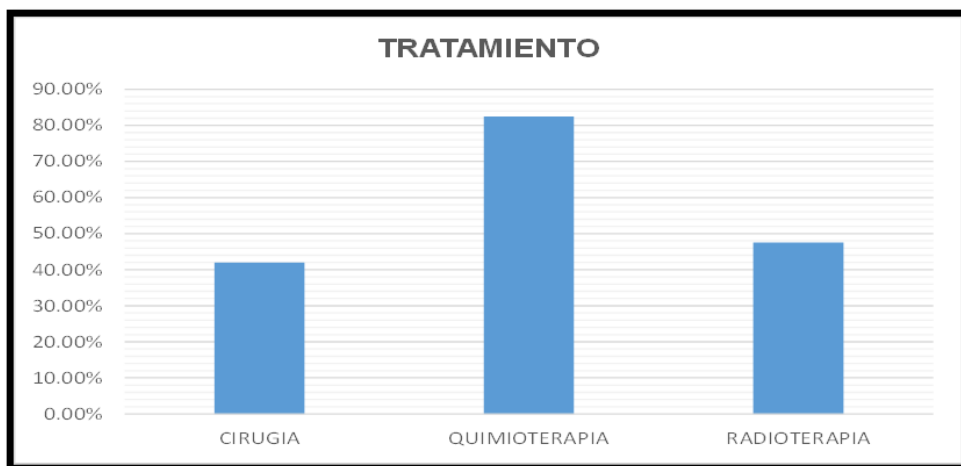


Figura. 4. Frecuencia de tipos de tratamiento de la muestra de estudio.

Los hallazgos morfológicos con mayor porcentaje fue Cambios por el tratamiento con 67.50% (n=27), Datos de inflamación con 47.50% (n=19), Aterosclerosis con 47.50% (n=19), Gastritis con 47.50% (n=19), Bocio con 42.50% (n=17), Esteatosis hepática con 42.50% (n=17), Necrosis tubular aguda 40% (n=16), Hemosiderina con 40% (n=16), Neumonía con 37.50% (n=15), Necrosis 37.50% (n=15), Hipoxia cerebral con 27% (n=11), Derrame pleural con 25% (n=10), Edema pulmonar con 15% (n=6), Cambios por envejecimiento con 10% (n=4), Fibrosis pulmonar con 7.50% (n=3) (Figura.5).

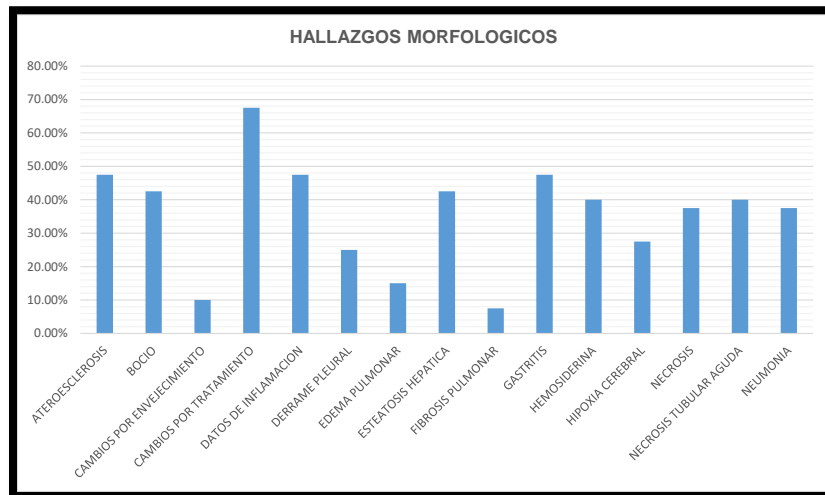


Figura.5. Hallazgos morfológicos de la muestra de estudio.

La causa de muerte con mayor porcentaje fue Insuficiencia respiratoria con 35% (n=14), Choque con 30% (n=12), Progresión de la Enfermedad con 30% (n=12), Tromboembolia con 5% (n=2) (Figura.6).

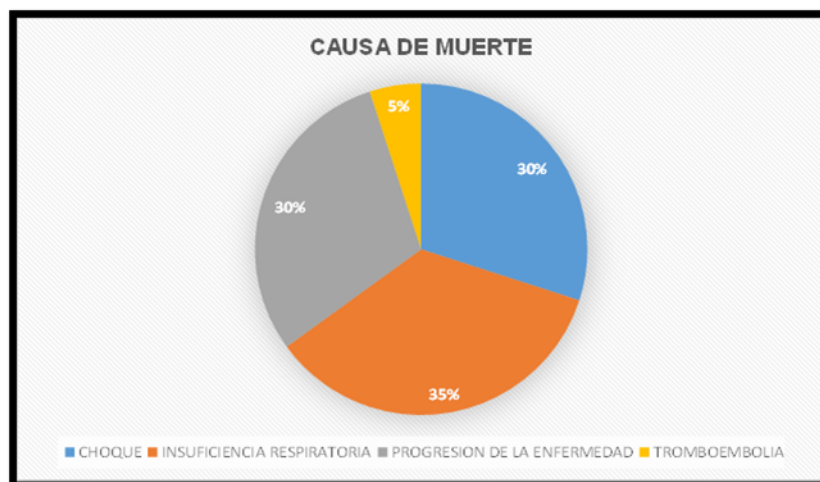


Figura. 6. Principales causa de muerte de la muestra de estudio.

La escala de Goldman tuvo los siguientes resultados, la Categoría I con 20% (n=8), Categoría II con 40% (n=16), Categoría III y IV con 0% (n=0), Categoría V con 40% (n=16) (Figura.7).

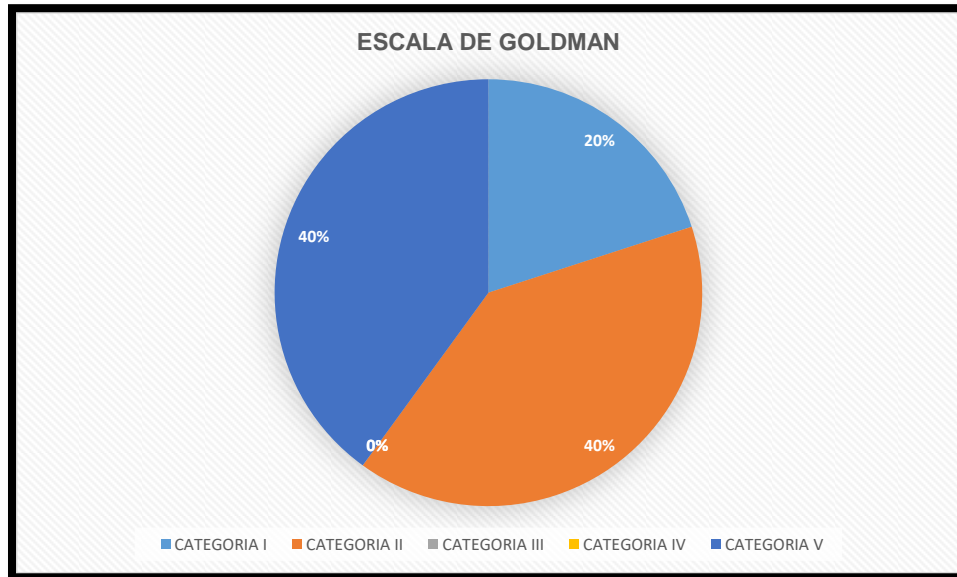


Figura. 7. Frecuencia de la concordancia por medio de la escala de GOLDAM de la muestra de estudio.

TABLA 2. RELACIÓN CLÍNICO PATOLÓGICO			
MORFOLOGIA		CAUSA DE MUERTES	ESCALA DE GOLDMAN
TIPO DE CANCER	ORGANO AFECTADO	TIPO	ESCALA
ADENOCARCINOMA	PULMON	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	V
SARCOMA	INTESTINO DELGADO	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	II
CARCINOMA	OVARIO	PROGRESION DE LA ENFERMEDAD	V
CARCINOMA	PULMON	CHOQUE	II
CARCINOMA	PANCREAS	TROMBOEMBOLIA	I
MELANOMA	TEJIDOS BLANDOS	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	V
ADENOCARCINOMA	ESTOMAGO	PROGRESION DE LA ENFERMEDAD	V
CARCINOMA	ENDOMETRIO	CHOQUE	II
CARCINOMA	MAMA	PROGRESION DE LA ENFERMEDAD	V
CARCINOMA	ENDOMETRIO	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	II
CARCINOMA	PULMON	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	II
CARCINOMA	CERVIX	CHOQUE	II
CARCINOMA	OVARIO	CHOQUE	II
ADENOCARCINOMA	PANCREAS	CHOQUE	II
ADENOCARCINOMA	PULMON	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	I
SARCOMA	TEJIDOS BLANDOS	PROGRESION DE LA ENFERMEDAD	V
MELANOMA	TEJIDOS BLANDOS	PROGRESION DE LA ENFERMEDAD	V
CARCINOMA	TEJIDOS BLANDOS	CHOQUE	II
CARCINOMA	CERVIX	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	V
ADENOCARCINOMA	PULMON	TROMBOEMBOLIA	I
CARCINOMA	PANCREAS	PROGRESION DE LA ENFERMEDAD	V
ADENOCARCINOMA	PROSTATA	CHOQUE	II
CARCINOMA	PULMON	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	I
CARCINOMA	ENDOMETRIO	CHOQUE	II
ADENOCARCINOMA	RECTO	PROGRESION DE LA ENFERMEDAD	V
CARCINOMA	MAMA	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	II
ADENOCARCINOMA	PULMON	CHOQUE	II
SARCOMA	ENDOMETRIO	CHOQUE	II
CARCINOMA	PULMON	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	V
MESOTELIOMA	PULMON	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	I
ADENOCARCINOMA	RECTO	CHOQUE	I
GERMINAL	MEDIASTINO	PROGRESION DE LA ENFERMEDAD	V
SEMINOMAS	TESTICULO	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	I
ADENOCARCINOMA	ENDOMETRIO	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	II
CARCINOMA	MAMA	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	V
NIVA ALTO GRADO	CERVIX	PROGRESION DE LA ENFERMEDAD	I
CARCINOMA	HIGADO	PROGRESION DE LA ENFERMEDAD	V
CARCINOMA	RENAL	PROGRESION DE LA ENFERMEDAD	V
ADENOCARCINOMA	COLON	PROGRESION DE LA ENFERMEDAD	V
PECOMA	RETROPERITONEAL	CHOQUE	II

TABLA 2. RELACIÓN CLÍNICO PATOLÓGICO DE ACUERDO A LA ESCALA DE GOLDMAN.

10. DISCUSIÓN

El presente estudio analizó la existencia en la discrepancia clínico patológico en base a la escala de GOLDMAN en pacientes con cáncer y en cuidados paliativos. Es importante la relación clínico patológico con la finalidad de disminuir el índice de errores en el diagnóstico clínico. Por lo tanto, nuestro estudio se basó en la siguiente premisa ¿Existirá discrepancia clínico patológico de acuerdo con la escala de GOLDMAN en pacientes con cáncer terminal en cuidados paliativos? De acuerdo a los resultados obtenidos se encontró que la discrepancia que se presentó con mayor frecuencia fue de Clase II con un 40% (16 casos) que representa discrepancia en diagnósticos menores no relacionados directamente con la causa de muerte, pero con síntomas que debieron haber sido tratados y que pudieron afectar el pronóstico y Clase I con un 20% (8 casos) que representa discrepancia en diagnósticos mayores con el conocimiento del diagnóstico antes de la muerte pudo contribuir cambios en el manejo que pudieron haber prolongado la supervivencia o curado al paciente. Estos resultados se pueden comparar con un estudio retrospectivo, observacional, comparativo y transversal realizado en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, realizado en el año 2004. El estudio se basó 62 autopsias y los resultados fueron lo siguiente: Se encontró discrepancia Clase I en 8.2% (5 casos) de los casos, Clase II 6.6% (4 casos) (1). Ambos estudios se demostró una discrepancia de Clase I y Clase II de acuerdo a la escala de GOLDMAN, Por lo tanto nuestra cifra de discrepancia son semejantes.

De acuerdo a las estadísticas de GLOBOCAN en México en 2020 hay una mayor prevalencia en mujeres, El órgano más afectado es el pulmón con un 23%. Conforme a las estadísticas de GLOBOCAN México en 2020 el órgano más afectado en hombres es la próstata con 29.9% y en mujeres fue mama con un 15.3% y en ambos sexos y en todas las edades fue mama con un 28.2% (16). El tratamiento con mayor frecuencia en nuestro estudio fue la quimioterapia con un 82.50% y la causa de muerte más frecuente de nuestro estudio fue la

insuficiencia respiratoria con un 35% de los casos. En la mayoría de los estudios realizados la principal causa de muerte fue por choque séptico pero en ninguno estudios está relacionado con nuestro tipo de población estudiada, El hallazgo morfológico más frecuente en nuestro estudio fue por cambios por tratamiento con un 67.50% de los casos. Con estos resultados confirmamos la importancia que tiene los estudios de autopsia para una buena relación clínico patológico, ya que nos puede dar un panorama más amplio de deficiencia del diagnóstico clínico de primer contacto. Dentro de las limitaciones del estudio que se realizó, se encontró que ha disminuido el número de autopsias por falta de autorización por los familiares. Por lo cual se sugiere que se realice un protocolo clínico en el Instituto Nacional de Cancerología que consista en realizar la escala de GOLDMAN en todos los pacientes que autoricen una autopsia, realizar una evaluación anual de la tasa de discrepancia entre los diagnósticos finales clínicos y los resultados post mortem, con la finalidad de disminuir la incidencia de errores clínico patológico.

11. CONCLUSIONES

Durante el estudio que se ha realizado en el Instituto Nacional de Cancerología, se analizó la discrepancia clínico patológico de acuerdo a la escala de GOLDMAN en 40 pacientes postmortem que estuvieron en promedio 93 días en cuidados paliativos.

Se encontró que el 60% de los pacientes estudiados no tuvo concordancia entre el diagnóstico clínico y patológico. Por lo que este estudio tiene como finalidad darle un valor importante a las autopsias en estancias hospitalarias para recabar información necesaria a un futuro y así ofrecer una calidad diagnóstica y terapéutica.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Collada DVRL. Discrepancia entre los diagnósticos clínicos y por autopsia en un hospital pediátrico de tercer nivel. *Medicgraphic*, 63,(240).2006.
2. Arco JNd. *La autopsia*. 2005.
3. Espinoza AG. Las sesiones anatomoclínicas en México en los albores del Siglo XXI.. *Temas de actualidad /Current Topics*. 1998; 4(6).
4. Marín ADD. *Cuidados Paliativos. Sus Orígenes y su Llegada a México*. Hospital Juarez de México. 2016; 83(3).
5. Salud Sd. *Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos, México*. Catalogo Maestro de Guías de Practica Clínica. 2010.
6. Federación DOdl. *Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014 Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos*. México; 2014.
7. Rodríguez ÁLP. *Casos de Correlación Clínico-Patológica*. *Annales Médicos*. 2009; 54(2).
8. T.N. G.). *Discrepancies between clinical and postmortem diagnoses in Jamaica: a study from the University Hospital of the West Indie*. *Journal of Clinical Pathology*. 2004; 57.
9. Bürgesser MV. *Discrepancias entre diagnosticos clínicos y hallazgos de autopsia*. *Medicina Buenos Aires*. 2011; 71(2).
10. Puebla UdlAd. UDLAP. [Online]; 2021. Acceso 09 de Marzode 2021. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lmr/freyre_s_jm/capitulo1.pdf.

11. Gomez AH. Manual de Oncología Procedimiento Médicos Quirurgicos. 6th ed. Ciudad México: Mc GrawHill; 2017.
12. Mendoza LA. Oncología General Para Profesionales de Salud de Primer Contacto México: Permanyer; 2017.
13. Menses DA. Guía Medica del Cancer. 1st ed. México: INCan; 2020.
14. Sánchez DVMP. Patología Postmortem. [Online]; 2013. Disponible en: http://incanmexico.org/incan//incan13.jsp?iu_p=/medicos/patologia-postmortem.xml.
15. Reyes AMG. Discrepancia entre el diagnóstico clínico y Anatom-Patológico en Hospital Escuela Universitario de Honduras. Revista Científica Médica. 2016; 19(2).
16. International Agency for Research on Cancer.IARC. The Global Cancer Observatory.[Online].;2021.<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheets.pdf>.
17. Velasco M V. Cáncer: cuidado continuo y manejo paliativo. Rev médica Clínica Las Condes. 2013; 24 (4): 668–76.
18. Castro AG, Llorca J, Fernández-Miret B, Cañas BS, Miñambres E. Discrepancias entre el diagnóstico clínico y el diagnóstico anatomopatológico en la mortalidad temprana del trasplante pulmonar. Med Intensiva. 2009;33(9):424–30.
19. Pastores SM, Dulu A, Voigt L, Raof N, Alicea M, Halpern NA. Premortem clinical diagnoses and postmortem autopsy findings: discrepancies in critically ill cancer patients. Crit Care. 2007;11(2):R48
20. Goldman L, Sayson R, Robbins S, Cohn LH, Bettmann M, Weisberg M. The value of the autopsy in three medical eras. N Engl J Med. 1983;308(17):1000–5.

21. Battle RM. Factors influencing discrepancies between premortem and postmortem diagnoses. *JAMA*. 1987;258(3):339–44.
22. Correa YY, Pérez MOB, Moya JAV. Correlación clínico-patológica en fallecidos del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. *Medicentro (Villa Cl)*. 2019;23(1):53–8.
23. García Arrigoni DP, Martinitto R, Nastri M, Althabe M, Boada N, Figueroa C, et al. Discrepancias clínicas anatómicas y patológicas de los niños fallecidos en el Hospital Juan P. Garrahan. 2009 (6).
24. Roosen J, Frans E, Wilmer A, Knockaert DC, Bobbaers H. Comparison of premortem clinical diagnoses in critically ill patients and subsequent autopsy findings. *Mayo Clin Proc*. 2000;75:562–7.
25. Tejerina EE, Padilla R, Abril E, Frutos-Vivar F, Ballen A, Rodríguez-Barbero JM, et al. Autopsy-detected diagnostic errors over time in the intensive care unit. *Hum Pathol*. 2018;76:85–90.
26. Zarbo RJ, Baker PB, Howanitz PJ. The autopsy as a performance measurement tool, diagnostic discrepancies and unresolved clinical questions. A college of American Pathologists Q-probes study of 2 479 autopsies from 248 institutions. *Arch Pathol Lab Med*. 1999; 123: 191-8.
27. Sarode VR, Datta BN, Banerjee AK, Banerjee CK, Joshi K, Bhusnurmath B, et al. Autopsy findings and clinical diagnoses: A review of 1 000 cases. *Hum Pathol*. 1993; 24: 194-8.
28. Perkins GD, McAuley DF, Davies S, Gao F. Discrepancies between clinical and postmortem diagnoses in critically ill patients: an observational study. *Crit Care*. 2003;7(6):R129-32.
29. Paliativos C. LIII/ of nursing research [Internet]. Nih.gov. [cited 2021 Jun 22]. Available from: <https://www.ninr.nih.gov/sites/files/docs/cuidadospaliativos.pdf>.
30. Lara et al, *Cancerología* 1 (2006): 283-295.

31. Wittschieber D, Klauschen F, Kimmritz A, Winterfeld M, Kamphues C, Scholman H et al. Who is at risk for diagnostic discrepancies? Comparison of pre and postmortal diagnoses in 1800 patients of 3 medical decades in east and west Berlin. PLoS ONE [Internet]. 2012 [consultado 17 Septiembre 2016];7(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3358345/>.
32. Capurro D, Roda G. **El Proceso Diagnóstico**. Rev. méd. Chile. [Internet]. 2007; [consultado 20 Septiembre 2016] 135(4):534-8 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000400018.
33. Valdez-Martínez E., Array-Lonagómez E., Lándero-López L. Concordancia entre el diagnóstico clínico y el patológico por necropsias. Salud Pública Mex [Internet]. 1998; [consultado 18 septiembre 2016] 40(1): 32-37. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400105.pdf>.
34. Runzer-Colmenares, F. M., Parodi, J. F., Pérez Agüero, C., Echegaray, K., & Samame, J. C. (2019). Las personas con enfermedad terminal y la necesidad de cuidados paliativos: una deuda pendiente de los servicios de salud. *Acta Médica Peruana*, 36(2), 134–144.
35. MINSAL. Guía Clínica Alivio del dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2011.

13. ANEXOS

13.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

CP	Cuidados Paliativos.
CPC	Clínico Pathological Conference.
CV	Calidad de Vida.
D.C	Doctorado en Ciencias.
DR	Doctor.
ENT	Enfermedades no Transmisibles.
GPC	Guía de Práctica Clínica.
INCan	Instituto Nacional de Cancerología.
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
NOM	Norma Oficial Mexicana.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PPS	Palliative Performance Scale.
WHO	World Health Organization.

13.2. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Autopsia: Estudio y examen de los órganos, tejidos o huesos de un cadáver para averiguar o investigar la causa de su muerte.

Cirugía: Es el método terapéutico a través de una técnica quirúrgica para tratar una lesión tumoral con la finalidad de curación o alivio de la patología.

Cuidados Paliativos: Especialidad médica que centra su atención en los enfermos terminales, es decir, aquellos cuya expectativa de vida es relativamente corta por causa de una enfermedad que no responde a los tratamientos curativos.

Discrepancia: Diferencia, desigualdad que resulta de la comparación de las cosas entre sí.

Finado: Fallecido o Muerto.

Oncología: Rama de la medicina especializada en el diagnóstico y tratamiento del cáncer.

Patología: Rama de la medicina encargada del estudio de las enfermedades.

Quimioterapia: Terapia empleada en el tratamiento del cáncer. Consiste en emplear diversos fármacos para destruir células cancerígenas y reducir o eliminar completamente la enfermedad.

Radioterapia: Es un tratamiento del cáncer que usa altas dosis de radiación para destruir células cancerosas y reducir tumores.

Tumor primario: Las células cancerosas de un tumor primario se pueden diseminar a otras partes del cuerpo y formar tumores nuevos o secundarios.

13.3. DESCRIPCIÓN DE LAS TÉCNICAS DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES RELEVANTES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	VALOR
EDAD	Años de vida desde el nacimiento hasta el momento de realizado el diagnóstico de malignidad metastásica en tiroides.	Número de años registrados en el reporte de anatomía patológica.	Numerica	<ul style="list-style-type: none"> • Años
SEXO	Características fenotípicas de los pacientes en estudio.	Género registrado en el reporte de anatomía patológica.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
LOCALIZACION DEL TUMOR	Lugar de lesión tumoral.	Origen registrado en el expediente clínico electrónico.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • CERVIX • COLON • ENDOMETRIO • ESTOMAGO • HIGADO • INTESTINO DELGADO • MAMA • MEDIASTINO • OVARIO • PANCREAS • PROSTATA • PULMÓN • RECTO • RIÑON • RETROPERITONEO • TEJIDOS BLANDO • TESTICULO
TRATAMIENTO QUIRURGICO:	Es el método terapéutico a través de una técnica	Tipo de Técnica quirúrgica empleada.	Ordinal.	<ul style="list-style-type: none"> • Sí. • No.

	quirúrgica para tratar una lesión tumoral con la finalidad de curación o alivio de la patología.			
TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA :	Es un tratamiento del cáncer que usa altas dosis de radiación para destruir células cancerosas y reducir tumores.	Tipo de radioterapia empleada.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Sí. • No.
TIEMPO EN CUIDADOS PALIATIVOS:	Se concentran en mejorar la calidad de la vida ayudando a pacientes y cuidadores a tratar los síntomas de enfermedades graves y los efectos secundarios de los tratamientos.	Expediente Clínico.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Días (Promedio).
ESCALA DE GOLDMAN:	Evalúa de forma retrospectiva la discrepancia diagnóstica.	Clase I: El conocimiento del diagnóstico antes de la muerte. Clase II: Diagnósticos mayores cuya detección antes de la muerte probablemente no hubieran cambiado la supervivencia. Clase III: Diagnósticos menores no directamente relacionadas con la causa de la muerte, pero con síntomas que debieron haber sido	Nominal.	<ul style="list-style-type: none"> • Si.

		<p>tratados y que pudieron eventualmente afectar el pronóstico.</p> <p>Clase IV: Diagnósticos menores ocultos (no diagnosticable) pero con implicaciones genéticas o epidemiológicas .</p> <p>Clase V: No discrepancia entre los diagnósticos.</p>		
--	--	--	--	--

13.4. FORMATO DE CAPTURA DE DATOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE MUESTRAS.	
IC: EXPEDIENTE: EDAD:	ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

SEXO: ETAPA CLÍNICA: TIEMPO DE FALLECIMIENTO: TIEMPO EN CUIDADOS PALIATIVOS: CAUSA DE MUERTE: INMUNOHISTOQUÍMICA:	ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS: ALCOHOLISMO: TABAQUISMO: CIRUGÍA: QUIMIOTERAPIA: RADIOTERAPIA:
DIAGNOSTICO CLÍNICO: ENFERMEDAD PRINCIPAL: ALTERACIONES CONCOMITANTES: ALTERACIONES INDEPENDIENTES: METÁSTASIS:	
HALLAZGOS MORFOLÓGICOS	
ESTUDIOS ADICIONALES	
RESUMEN CLÍNICO	

13.5. **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Consentimiento y autorización para autopsia

Nombre del paciente _____ Expediente _____
Médico tratante _____
Servicio: _____
Diagnóstico: _____
Fecha de fallecimiento _____ Hora del fallecimiento _____

Yo, (nombre del familiar) _____, (relación o parentesco con el fallecido) _____ del difunto _____, autorizado (a) por la ley para disponer de los restos, solicito al Departamento de Patología del Instituto Nacional de Cancerología la realización de la autopsia en el cuerpo de mi familiar. Entiendo que cualquier información diagnóstica obtenida mediante el estudio formará parte del expediente clínico del fallecido y se sujetará a las leyes aplicables.

Conservación de órganos / tejidos:

Autorizo la extirpación, examen y retención de órganos, tejidos, prótesis, dispositivos implantables y líquidos de la manera que los patólogos consideren conveniente para el diagnóstico, educación, mejora de la calidad e investigación. También estoy de acuerdo con la eventual disposición de estos materiales como los patólogos o el hospital determinen o como lo requiera la ley.

Este consentimiento no incluye la eliminación o el uso de cualquiera de estos materiales para el trasplante o usos similares.

Entiendo que los órganos y tejidos no necesarios para el diagnóstico, la educación, la mejora de la calidad o investigación serán eliminados de forma adecuada.

He sido informado que puedo poner limitaciones tanto en la extensión de la autopsia como en la retención de los órganos, tejidos y dispositivos. De la misma manera, estoy consciente que cualquier limitación puede comprometer el valor diagnóstico de la autopsia y puede limitar la utilidad del estudio para la educación, la mejora de la calidad o la investigación. Se me ha dado la oportunidad de formular las preguntas que yo pueda tener sobre el alcance o el propósito de la autopsia.

Limitaciones

Ninguna. Se concede permiso para realizar una autopsia completa, con la remoción, examen y retención de materiales de la manera en que los patólogos consideren conveniente para los fines antes expuestos y para la disposición del material como el patólogo o el hospital determinen.

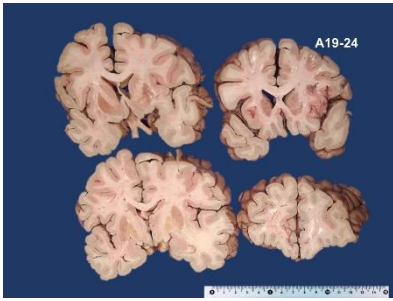
Se concede permiso para realizar una autopsia con las siguientes limitaciones y condiciones (especificar):

Firma de la persona que autoriza la autopsia _____ Fecha y hora _____

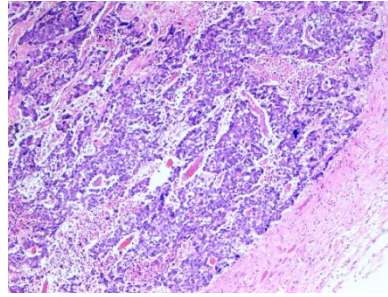
Nombre y firma de la persona que obtiene la autorización _____ Teléfono _____

Nombre y firma del testigo _____

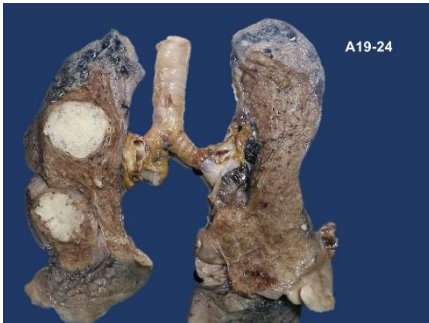
13.6. IMÁGENES ILUSTRATIVAS DE UN CASO



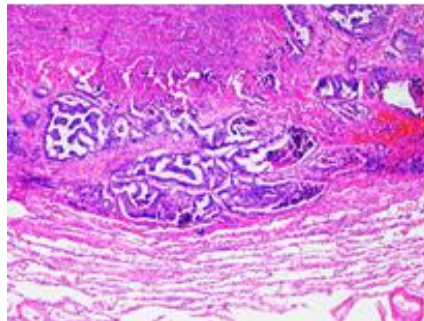
Macroscópica: Cerebro.



Microscópica. Cerebro se observa necrosis y edema.



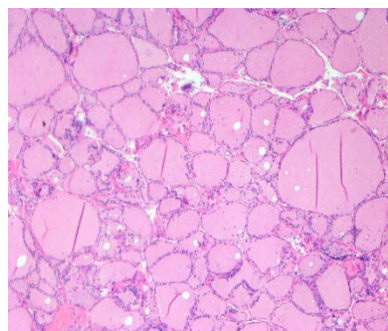
Macroscópicas: Pulmón con zona de tumor.



Microscópica: Pulmón con zona de necrosis 1 y tumor en la parte basal.



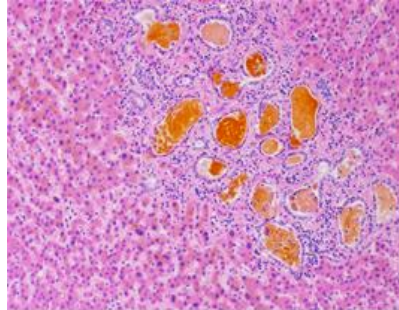
Macroscópica: Tiroides.



Microscópica: Tiroides con datos de bocio multinodular.



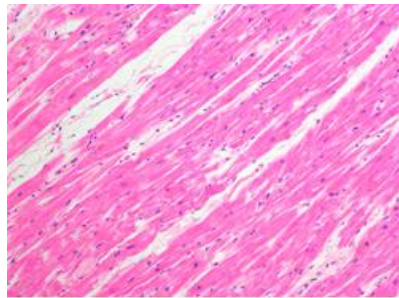
Macroscópica: Hígado con lesión multinodular..



Microscópica: Hígado con lesión nodular metastásica y datos de colestasis.



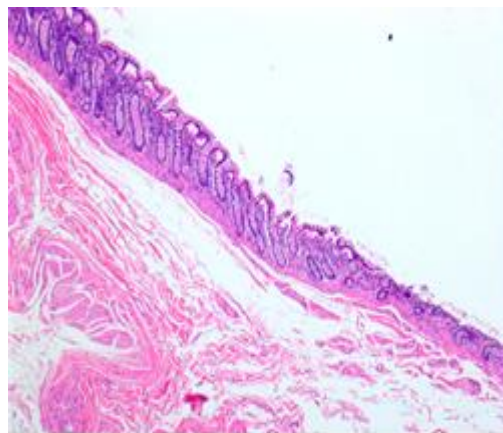
Macroscópica: Corazón: Se observar con bastante tejido adiposo.



Microscópica Ligeró crecimiento nuclear.



Macroscópica: Colon se observar un nódulo de gran tamaño y con zonas de necrosis.



Microscópica: Colon no se observa neoplasia residual.

