



## Discrepancias clínico patológicas en un servicio de Medicina Interna

Clinico-pathological discrepancies in an Internal Medicine Service

Verónica del Carmen Mauri Álvarez<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-9023-7682>

Erik Rodríguez Bertot<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1051-3347>

Lisandra Sellén Fundora<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6358-3341>

Jorge Félix Salazar Rodríguez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-4646-4842>

<sup>1</sup>Hospital Universitario "General Calixto García", Departamento de Medicina interna. La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [veronica.mauri@infomed.sld.cu](mailto:veronica.mauri@infomed.sld.cu)

### Cómo citar este artículo

Mauri Álvarez V, Rodríguez Bertot E, Sellén Fundora L, Salazar Rodríguez J. Discrepancias clínico patológicas en un servicio de Medicina Interna. Arch Hosp Univ "Gen Calixto García". 2022;10(1):10-19. Acceso: dd/mm/aa. Disponible en: <http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/840>

### RESUMEN

**Introducción:** La discrepancia clínico patológica es un importante indicador en la calidad del proceso asistencial en una institución hospitalaria.

**Objetivo:** Determinar la discrepancia clínico patológica de pacientes fallecidos en el Servicio de Medicina Interna, del Hospital Universitario "General Calixto García".

**Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo en pacientes fallecidos en el Servicio de Medicina Interna. Muestra de 135 pacientes mayores de 39 años, de ambos sexos. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas y protocolo de autopsia. Se empleó la clasificación de Goldman y Battle. Se utilizaron técnicas de estadísticas descriptivas, como el promedio o media aritmética.

**Resultados:** El grupo de edades más frecuente fue 80-89 años en ambos sexos, n= 42 (31,1 %). En la causa básica de muerte predominó la ausencia de discrepancia clínico patológica (clase V) con n = 104, para un 77,0 %, mientras la discrepancia clínico patológica clase I fue de 19,2 % y la clase II de 3,7 %. En la causa directa de muerte, hubo un total de 111 pacientes fallecidos en la categoría clase V sin discrepancia (82,2 %). La discrepancia clínico patológica clase I representó el 17,0 % y la clase II el 0,7 %. El tromboembolismo pulmonar (17,7 %) fue el diagnóstico causante de mayor discrepancia.

**Discusión:** La discrepancia clínico patológica de estudios realizados en otras latitudes es frecuente en el sexo masculino y en edades medias entre 50 y 60 años. El tromboembolismo pulmonar es la causa básica de muerte que produjo mayor discrepancia clase I (17,7 %) y la insuficiencia respiratoria aguda (11,1 %) en la causa directa de muerte.

**Conclusiones:** El porcentaje de discrepancia clínico patológica del Servicio de Medicina Interna se encuentra dentro de los estándares de calidad establecidos para este indicador.

**Palabras clave:** Diagnóstico clínico; autopsia; mortalidad hospitalaria.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** The clinico-pathological discrepancy is an important indicator of the quality of the health care process in a healthcare institution.

**Objective:** To determine the clinico-pathological discrepancy in deceased patients who were admitted to the Internal Medicine Service of the General Calixto García University Hospital. Methods: Descriptive, cross-sectional, retrospective study conducted in deceased patients admitted to the Internal Medicine Service. The sample was composed of 135 patients of both sexes over 39 years of age. The data were obtained from the medical records and the autopsy protocol. The Goldman and Battle classification was used. Descriptive statistical techniques such as the average or arithmetic mean were used.

**Methods:** In both sexes, the most frequent age group was 80-89 years; n = 42 (31.1 %). Regarding the basic cause of death, there was a predominance of class V clinico-pathological non discrepancy; (n = 104; 77.0 %) whereas class I and II clinico-pathological discrepancies were 19.2 % and 3.7 %, respectively. Regarding the direct cause of death, there were a total of 111 deceased patients within the category of class V clinico-pathological non discrepancy (82.2 %). Class I and II clinico-pathological discrepancies represented 17.0 % and 0.7 %, respectively. Pulmonary embolism (17.7 %) was the diagnosis that caused the most discrepancy.

**Discussion:** The clinico-pathological discrepancy in studies conducted in other parts of the world is frequent in the male sex and in average ages of 50 and 60 years. Pulmonary embolism is the basic cause



of death that caused most class I pathological discrepancy (17.7 %), and the acute respiratory insufficiency (11.1 %) was the direct cause of death.

**Results:** Results.

**Discussion:** The clinico-pathological discrepancy in studies conducted in other parts of the world is frequent in the male sex and in average ages of 50 and 60 years. Pulmonary embolism is the basic cause of death that caused most class I pathological discrepancy (17.7 %), and the acute respiratory insufficiency (11.1 %) was the direct cause of death.

**Conclusions:** The percentage of clinico-pathological discrepancy in the Internal Medicine Service is within the quality standards established for this indicator.

**Keywords:** clinical diagnosis; autopsy; hospital mortality.

---

## INTRODUCCIÓN

La discrepancia clínico patológica es un importante indicador de la calidad del proceso asistencial de una institución hospitalaria. Detectar la discrepancia clínico patológica enriquece el acto médico, ya que conocer la causa de los errores es el primer paso para solucionarlos, y permite ganar la experiencia necesaria para evitar su repetición.<sup>(1,2,3,4)</sup>

En revisiones de casos de autopsias se observó que, a pesar de las nuevas técnicas de imágenes y el avance en otras técnicas diagnósticas, el número de diagnósticos clínicos no realizados y hallados en la autopsia, se ha mantenido constante en los últimos 20 a 30 años.<sup>(5)</sup>

Las discrepancias entre los diagnósticos clínicos y patológicos se estiman que oscilan del 10 al 40 %, el promedio más aceptado de discordancia está entre el 20 y 30 %. Las discrepancias por debajo del 10 % se deben a posibles faltas de exigencias en la calificación, mientras que las que se encuentran por encima del 40 % son secundarias a deficiencias o insuficiencias del trabajo médico. El índice de autopsias en una institución de salud no debe ser menor a 70 %.<sup>(6,7,8)</sup>

Existen diferentes métodos para determinar la discrepancia clínico patológica. Se ha utilizado la prueba Q, el índice de concordancia Kappa, el Sistema Automatizado de Registro y Control en Anatomía Patológica (SARCAP).<sup>(9)</sup> En este estudio se utilizó la clasificación de Goldman y otros, modificada por Battle, que es la más utilizada en la actualidad. En ella se establecen discrepancias mayores y menores y estas se dividen en clases. Estas clases hacen referencia al impacto en la evolución y pronóstico de la enfermedad si hubiera sido diagnosticada en otro momento o bajo otras circunstancias.<sup>(2)</sup>

El objetivo de la investigación fue determinar la discrepancia clínico patológica de pacientes fallecidos en el Servicio de Medicina Interna, del Hospital Universitario "General Calixto García".



## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, para determinar la discrepancia clínico patológica en pacientes fallecidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario "General Calixto García", durante el periodo enero 2017 - diciembre 2017.

El universo estuvo constituido por todas las personas fallecidas, a quienes se les realizó autopsia en el Servicio de Medicina Interna del hospital en el período (n=185). La muestra quedó conformada por 135 pacientes mayores de 39 años, de ambos sexos.

El criterio de inclusión adoptado abarcó a todos los pacientes fallecidos a quienes se les realizó autopsia. Como criterio de exclusión estuvieron las historias clínicas que no aportaran los datos requeridos para el estudio.

Las variables seleccionadas fueron: edad, sexo, causa directa de muerte clínica y por autopsia, causa básica de muerte clínica y por autopsia, así como discrepancias mayores y menores.

Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas y del protocolo de autopsia. Se empleó la clasificación de Goldman y Battle. Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva, como es el promedio o media aritmética y la desviación estándar.

## RESULTADOS

En el estudio predominaron los grupos de edades de 70 - 79 (con un 26,7 %) y de 80 - 89 (con un 31,1 %). En relación al sexo, en el grupo de edades de 70 - 79 predominó el sexo femenino con un 29,3 %, en comparación con el 23,3 % del masculino. En el grupo de edades de 80 - 89 no hubo diferencias importantes entre ambos sexos, al observarse el 30,7 % para sexo femenino y un 13,7 % para el masculino. El promedio de edad de la muestra fue de 72,79 años. (Tabla 1)



**Tabla 1.** Distribución de los pacientes según edad y sexo

Grupos de edades	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
39 – 49	3	5,0	5	6,7	8	5,9
50 – 59	9	15,0	9	12,0	18	13,3
60 – 69	6	10,0	14	18,7	20	14,8
70 – 79	22	29,3	14	23,3	36	26,7
80 – 89	23	30,7	19	31,7	42	31,1
90 – 99	2	2,7	9	15,0	11	8,1
Edad promedio $\pm$ DE					72,79 $\pm$ 13,662	

Fuente: Modelo de recolección del dato primario.

De acuerdo a la clasificación de Goldman y Battle para valorar las discrepancias clínico patológicas, se detectaron en la causa básica de la muerte un total de 31 discrepancias mayores, de ellas 26 clase I, para un 19,2 % y 5 de clase II, para un 3,7 %. No hubo discrepancias menores, ni casos no clasificables. Sin discrepancia se detectaron 104 casos, para un 77,0 %.

En la causa directa de muerte se identificaron 24 discrepancias mayores. De ellas, 23 fueron clase I (17,0 %), mientras uno resultó clase II, para un 0,7 %. Sin discrepancias se identificaron 111, para un 82,2 %. (Tabla 2)

**Tabla 2.** Discrepancia clínico patológica según clasificación de Goldman y Battle

Discrepancia		Causa básica de muerte		Causa directa de muerte	
		No.	%	No.	%
Discrepancias mayores	Clase I	26	19,2	23	17,0
	Clase II	5	3,7	1	0,7
Discrepancias menores	Clase III	-	-	-	-
	Clase IV	-	-	-	-
Sin discrepancias	Clase V	104	77,0	111	82,2
Casos no clasificables	Clase VI	-	-	-	-

Fuente: Modelo de recolección del dato primario.

El tromboembolismo pulmonar es la causa básica de muerte que produjo mayor discrepancia clase I (17,7 %), mientras la insuficiencia respiratoria aguda (11,1 %) incidió en la causa directa de muerte. En la discrepancia clase II, resultó la bronconeumonía el diagnóstico causante de la discrepancia en ambas causas de muertes. (Tabla 3)

**Tabla 3.** Principales diagnósticos que causaron discrepancias mayores

Discrepancia mayores	Causa básica de la muerte	No.	%	Causa directa de la muerte	No.	%
Clase I	Tromboembolismo pulmonar	24	17,7	Insuficiencia respiratoria aguda	15	11,1
				Shock	3	2,2
	Infarto agudo de miocardio	1	0,7	Infarto agudo de miocardio	2	1,4
	Edema agudo del pulmón	1	0,7	Arritmia ventricular maligna	2	1,4
Clase II	Bronconeumonía	3	2,2	Bronconeumonía	1	0,7
	Edema agudo del pulmón	1	1			
	Shock	1	1			

Fuente: Modelo de recolección del dato primario.

## DISCUSIÓN

En esta investigación, la edad promedio fue de  $72,79 \pm 13,662$ , sin diferencia significativa entre ambos sexos. El grupo de edad de 80 - 89 años fue el más prevalente. Este resultado coincide con el de otras investigaciones realizadas en Cuba.<sup>(3,10,11)</sup> La discrepancia clínico patológica de estudios realizados en otras latitudes es frecuente en el sexo masculino y en edades medias entre 50 - 60 años.<sup>(12,13,14)</sup>

En la causa básica de muerte predominó la ausencia de discrepancia clínico patológica (clase V), con  $n = 104$ , para un 77,0 %. La discrepancia clínico patológica clase I fue de 19,2 %, mientras la clase II resultó del 3,7 %. En la causa directa de muerte hubo una coincidencia diagnóstica (sin discrepancia clase V) en 111 personas fallecidas, para un 82,2 %. La discrepancia clínico patológica clase I representó el 17,0 %, y la clase II el 0,7 %. En estudios realizados en Cuba, el porcentaje de discrepancia diagnóstica ha oscilado entre 25,3 % y 23,3 %, con un promedio histórico de 25 %.<sup>(3)</sup> Múltiples investigaciones cubanas han encontrado discrepancias diagnósticas en una de cada cuatro muertes.<sup>(10,15,16,17)</sup>

El rango aceptado de discrepancias a nivel mundial en clase I y clase II -de la Clasificación de Goldman- suele variar de 16 a 57 %. Sin embargo, en Latinoamérica varía entre 6 y 40 %.<sup>(2)</sup>



El tromboembolismo pulmonar es la causa básica de muerte que produjo mayor discrepancia clase I (17,7 %) y la insuficiencia respiratoria aguda (11,1 %) en la causa directa de muerte. En la discrepancia clase II fue la bronconeumonía el diagnóstico que causó discrepancia en ambas causas de muertes.

En una investigación realizada en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay", se analizaron 403 protocolos de autopsia con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar. En dicho estudio se identificó una coincidencia total del 38,7 %, la parcial fue del 4,9 % y la discrepancia diagnóstica del 43,7 %, mientras que el diagnóstico resultó insuficiente en el 12,7 %.<sup>(19)</sup>

Vega Jiménez y Hurtado de Mendoza<sup>(3)</sup> comunicaron que las mayores discrepancias diagnósticas correspondieron al tromboembolismo pulmonar (39,0 %) y al infarto agudo de miocardio (34,0 %).

Estos resultados coinciden con los de otros estudios realizados que señalan al tromboembolismo pulmonar como la causa más frecuente de discrepancia clínico patológica.<sup>(20,21,22)</sup>

La realización de investigaciones de discrepancia clínico patológica evidencia la necesidad de la realización de la autopsia como medio valioso para conocer la evolución natural de las enfermedades. Además contribuye a la calidad del diagnóstico, así como en el descubrimiento de nuevas enfermedades, de peligros ambientales y de desórdenes genéticos. Es una herramienta eficaz para la educación médica y la evaluación de nuevas tecnologías.<sup>(15,23)</sup>

Se concluye que el porcentaje de discrepancia clínico patológica del Servicio de Medicina Interna se encuentra dentro de los estándares de calidad establecidos para este indicador. El tromboembolismo pulmonar fue diagnóstico que generó mayor número de discrepancia clínico patológica clase I, de acuerdo a la clasificación de Goldman.

## REFERENCIAS

1. Cortés Sierra D, Forero Durán NJ, Sarmiento Reyes EM, Espinosa Almanza CJ. Mortalidad en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de un Hospital Universitario en Bogotá. Acta Médica Colombiana. 2019;44(1):11-6. Acceso: 18/02/2020. Disponible en: <https://doi.org/10.36104/amc.2019.1050>
2. García Reyes AM, Alberty Murillo AG, Avila Matute AN, Seaman Peñalva DM, Espinoza Aguiriano IA, Zavala Carranza JC, et al. Discrepancias entre el diagnóstico clínico y anátomo-patológico en el Hospital Escuela Universitario de Honduras. Rev Cient Cienc Méd [internet]. 2016;19(2):7. Acceso: 18/02/2020. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-74332016000200004&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332016000200004&lng=es)
3. Vega Jiménez J, Hurtado de Mendoza Amat J. Relación clínico patológica de causas de muerte en el Hospital Militar de Matanzas. Rev Cubana Med Mil. 2019 Mar;48(1):e246. Acceso: 06/09/2021. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572019000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572019000100006&lng=es)



4. Vega Jiménez J, Hurtado de Mendoza Amat J, Vega Candelario R. La correlación clinicopatológica como indicador de calidad de la atención médica brindada al paciente geriátrico. Rev Arch Med Camagüey. 2017;21(4):448-51. Acceso: 29/12/2017. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552017000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
5. Domínguez Y A, Ruiz de León Y, Iglesias Marichal I, Martínez Morales MA, Mazorra Ramos V, Díaz Díaz O, et al. Discrepancia diagnóstica clínico-anatomopatológica de la diabetes mellitus como causa básica de muerte. Rev Cubana Endocrinol. 2017 ago;28(2):[aprox. 9 p.]. Acceso: 18/02/2019. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532017000200006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532017000200006&lng=es)
6. Vega Jiménez J, Vega Candelario R, García Cuervo D, Testar de Armas J, Arocha Molina Y. Correlación clínico-patológica: una simbiosis irremplazable entre internista y patólogo. Rev Med Electrón. 2018 abr;40(2):394-405. Acceso: 18/09/2019. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242018000200015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000200015&lng=es)
7. Piamo Morales A J, Ferrer Marrero D, Chávez Jiménez D, Arzuaga Anderson, Palma Machado L. La autopsia y la correlación clínico patológico: un ejercicio que fortalece a la medicina. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2020;24(5):9. Acceso: 18/02/2019. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6887>
8. Piamo Morales AJ, Ferrer Marrero D, Hurtado de Mendoza Amat J, Chávez Jiménez D, Arzuaga Anderson I, Palma Machado L. Correlación entre diagnósticos clínicos y hallazgos necrópsicos. Arch Méd Camagüey. 2020;24(5):e7446 Acceso: 18/02/2019. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7446>
9. Hurtado de Mendoza-Amat J. La autopsia como fortaleza del sistema de salud de Cuba. Rev Cubana Sal Públ. 2016;42(2):321-31. Acceso: 06/09/2021. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/714>
10. González K, Hernández D, Pedraza N. Compatibilidad entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico en los servicios del Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Revista Científica Villa Clara. 2014;18(4):163-70. Acceso: 18/02/2019. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v18n4/mdc04414.pdf>
11. Ygualada Correa Y, Hurtado de Mendoza Amat J, Montero González T. Autopsias realizadas en el Hospital "Comandante Manuel Fajardo Rivero". Rev Cubana Med Mil. 2015;44(2):170-8. Acceso: 14/07/2015. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572015000200005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200005)
12. Bürgesser M, Calafat P, Campos D, Diller A. Discrepancias entre diagnósticos clínicos y hallazgos de autopsia. Rev Medicina Buenos Aires. 2011;71(2):135-8. Acceso: 18/02/2019. Disponible en: [http://medicinabuenosaires.com/revistas/vol71-11/2/v71\\_n2\\_p.135-138.pdf](http://medicinabuenosaires.com/revistas/vol71-11/2/v71_n2_p.135-138.pdf)
13. García Reyes AM, Alberty Murillo AG, Avila Matute AN, Seaman Peñalva DM, Espinoza Aguiriano IA, Zavala Carranza JC, et al. Discrepancias entre el diagnóstico clínico y anátomo-patológico en el Hospital Escuela Universitario de Honduras. Rev Cient Cienc Méd. 2016;19(2):7. Acceso: 18/02/2019. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-74332016000200004&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332016000200004&lng=es)
14. Llombart Bosch A, Hurtado de Mendoza Amat J, Reynaldo ÁS, Fernández Izquierdo A, Borrajero Martínez I. Evaluación de la calidad de los diagnósticos premortem de causas de muerte en las autopsias del Hospital Clínico Universitario de Valencia (1985-1992). Rev Esp Patol. 2009 jul-sep;42(3):165-245.



Acceso: 18/02/2019. Disponible en: <http://www.patologia.es/volumen42/vol42-num3/pdf%20patologia%2042-3/42-03-04.pdf>

15. Montero González T, Hurtado de Mendoza Amat J. La autopsia en los 50 años del Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". Rev Cubana Med Mil. 2013;42(4):426-35. Acceso: 23/01/2017. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572013000400002&nrm=iso](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000400002&nrm=iso)

16. García Montero A, Quiñónez Zamora A, Gómez Sánchez A, Montero González T. Correlación anatómo-clínica de los fallecidos en Unidad de Cuidados Intensivos de Emergencias. Rev Cubana Med Int Emerg. 2003;2(2):9-14. Acceso: 12/05/2017. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2\\_2\\_03/mie03104.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_2_03/mie03104.htm)

17. Vega Jiménez J, Montero González T. Producción científica referente a la relación clínico patológica de causas de muerte en revistas médicas cubanas. Rev Cubana Med Mil. 2018;47(3):251-64. Acceso: 18/02/2019. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/126>

18. Palomo Rando JL, Ramos Medina V, Palomo Gómez I. Bautista Ojeda MD, Blanes Berenguel A. Abordaje del tromboembolismo pulmonar en la sala de autopsias. Cuad Med Forense. 2013 jun;19(1-2):33-8. Acceso: 18/02/2019. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-76062013000100006&lng=es\\_17](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062013000100006&lng=es_17)

19. Valladares Reyes D, Hurtado de Mendoza Amat J, Méndez Rosabal A. Coincidencia clínico - patológica en 403 autopsias de pacientes fallecidos por tromboembolismo pulmonar. Rev Cubana Med Mil. 2007;36(3):[aprox. 5 p.]. Acceso: 18/02/2020. Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572007000300006&nrm=iso](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572007000300006&nrm=iso)

20. Coradazzi AL, Morganti ALC, Montenegro MRG. Discrepancies between clinical diagnoses and autopsy findings. Braz J Med Biol. 2003;36(3):385-91. Access: 18/02/2020. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-879X2003000300014&script=sci>

21. Córtes A, Botero M, Carrascal E, Daza Y, Donado P. Concordancia entre el diagnóstico clínico y hallazgos de autopsia en dos períodos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. Colombia Médica [Internet]. 2004;35(3):139-44. Acceso: 18/02/2020. Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/6723/1/Concordancia%20entre%20el%20diagnostico.pdf>

22. Casco A, Mita L. Estudio de la discrepancia entre diagnóstico de defunción clínicos y los hallazgos de autopsia en el Hospital Calderón Guardia. Acta Méd Costarric. 2003 mar;45(1):15-9. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022003000100004&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022003000100004&lng=en)

23. Montero González T, Hurtado de Mendoza Amat J. Experiencias en autopsia del servicio de Anatomía Patológica del Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". Rev Cubana Med Mil. 2018;47(4):356-68. Disponible en: <http://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/186/227>

## ANEXO 1

Clasificación de Goldman y otros, modificada por Battle.

1. Discrepancias Mayores:



- a. Clase I: Discrepancias en diagnósticos mayores, los cuales conocidos antemortem hubiesen conllevado a un cambio de la terapéutica que hubiese podido prolongar la vida del paciente o incluso la cura.
  - b. Clase II: Discrepancias en diagnóstico mayores cuyo conocimiento antes de la muerte no hubiese cambiado el curso clínico, incluso aplicando la terapéutica adecuada.
2. Discrepancias Menores:
- a. Clase III: Discrepancias en diagnósticos menores, los cuales no están relacionados directamente con la causa inmediata de muerte, pero si con síntomas que debieron ser tratados o bien pudieron haber afectado la evolución clínica del cuadro clínico.
  - b. Clase IV: Discrepancias en diagnósticos menores no diagnosticables clínicamente pero con importancia epidemiológica o genética.
3. Sin discrepancias:
- a. Clase V: No se observan diagnósticos discrepantes.
4. Casos no clasificables:
- a. Clase VI: Pacientes fallecidos inmediatamente después de su ingreso sin procedimientos diagnósticos o tratamiento, sin resultados concluyentes en la autopsia, después de revisar datos clínicos y anatomopatológicos.

### Conflicto de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

### Contribuciones de los autores

Verónica del Carmen Mauri Álvarez: Conceptualización, curación de datos, metodología, supervisión, redacción-revisión y edición.

Erick Rodríguez Bertot: Conceptualización, investigación, redacción-borrador original.

Lisandra Sellen Fundora: Recursos, software, validación, visualización, redacción-borrador original.

Jorge Félix Salazar Rodríguez: Adquisición de fondos, administración del proyecto, supervisión.

Recibido: 09/01/2022.

Aprobado: 27/02/2022.

