

Valor actual de la autopsia clínica en los pacientes con infección por VIH

Sr. Editor: Actualmente se observa una tendencia a la disminución en el número de autopsias de adultos¹. Nos planteamos los siguientes objetivos: estudiar las características de los pacientes VIH(+) remitidos para estudio *post-mortem*, determinar el valor del mismo en estos pacientes y analizar el perfil de paciente VIH(+) en el que la autopsia ofrece mayor rentabilidad diagnóstica.

Se han revisado 35 autopsias totales (cerebro, tórax y abdomen) consecutivas realizadas a pacientes VIH(+) procedentes de diversos servicios del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla) en el período 1999-2005 (16,43% de todos los fallecidos con diagnóstico de infección por VIH en el período de estudio). El protocolo de recogida de datos incluía edad, sexo, días de ingreso hasta el fallecimiento, estadio de la enfermedad, grado de certeza diagnóstica clínica, sospecha clínica *pre-mortem* (CIE-10), diagnóstico *post-mortem* y grado de concordancia entre ellos según la graduación utilizada por Shojania et al¹ modificada: grado I si la autopsia aporta datos no sospechados de relevancia clínica mayor; grado II, si muestra hallazgos de relevancia menor, y grado III si la autopsia confirma las sospechas diagnósticas clínicas. Para el análisis estadístico hemos utilizado frecuencias absolutas y relativas con su intervalo de confianza (IC) del 95% (variables cualitativas) y media ± desviación estándar. Las comparaciones entre dos variables cualitativas se realizaron mediante test de chi cuadrado o el test exacto de Fisher cuando fue necesario.

Para comparar las variables cuantitativas en función de una variable de agrupación hemos usado la *t* de Student o ANOVA (según fue necesario).

Se trataba de 31 varones y 4 mujeres. Las mujeres eran significativamente más jóvenes, con una media de edad de $32,0 \pm 2,5$ años, que los varones con una edad media de $40,4 \pm 10,3$ años ($p < 0,05$). El 8,6% de los pacientes se encontraba en un estadio A, el 8,6% en un estadio B y el 82,9%, en un estadio C. En el 31,4% de los casos la sospecha diagnóstica era dudosa, en el 48,6%, probable y en el 20% de certeza. En 2 casos no existía diagnóstico claro *pre-mortem* (5,7%; IC 95%: 0,7-9,2). El diagnóstico de sospecha era enfermedad infecciosa en 15 casos (42,9%; IC 95%: 26,3-60,6), del aparato respiratorio en 7 casos (20%; IC 95%: 8,4-36,9), tumoral en 5 casos (IC 95%: 4,8-30,3), cardiovascular en 3 casos (8,6%; IC 95%: 1,8-23,1) y en los tres restantes se sospechaba enfermedad hematológica, endocrina y del aparato digestivo. En el 34,3% (IC 95%: 19,1-52,2) de los casos se observó un grado I de concordancia, en el 20% (IC 95%: 8,4-36,9) un grado II y en el 45,7% (IC 95%: 28,8-63,4) un grado III, sin diferencias por edad o sexo.

La relación entre la sospecha diagnóstica clínica y el diagnóstico *post-mortem* según el grado de concordancia se expresa en la tabla 1. El porcentaje de pacientes con grados de concordancia I, II y III, en aquéllos en los que existía una sospecha clínica *pre-mortem* de certeza fue del 0, 14,3 y 85,7%, respectivamente. En los pacientes con diagnóstico clínico probable fue del 23,5, 35,3 y 41,2%, respectivamente. En los pacientes con diagnóstico clínico dudoso fue del 72,7, 9,1 y 18,2%, respectivamente. Existe un incremento del tiempo medio de estancia (en días)

según el grado de concordancia (grado I: $11,2 \pm 14,6$; grado II: $21,7 \pm 19,3$; grado III: $27,4 \pm 29,8$; $p = 0,2$).

Existe una tendencia a la disminución en el número de autopsias¹ a pesar de que se reconoce su contribución al desarrollo del conocimiento de las enfermedades, la formación continua y el control de la calidad de la asistencia prestada en los hospitales². En los pacientes VIH(+), la introducción de las nuevas terapias está condicionando un cambio en las tasas y las causas de mortalidad³⁻⁵ que hace especialmente interesante el análisis del valor del estudio *post-mortem* en estos pacientes.

La autopsia clínica de los pacientes con VIH presenta una gran rentabilidad diagnóstica. Hemos encontrado un grado I de concordancia superior al observado en población general (24-34%)^{1,2} y similar a otras publicadas referidas a pacientes con sida⁶, aunque se han publicado grados I de concordancia mayores⁷. La mayoría de los pacientes presentaban un estadio avanzado de la enfermedad y una sospecha diagnóstica de carácter dudoso o probable. Es posible que se haya producido una selección a la hora de solicitar la autopsia, en función de aquellos casos en los que existían más dudas diagnósticas, lo que puede condicionar el grado de concordancia. Algunos autores han sugerido que el descenso en el número de autopsias puede conducir a un incremento en las tasas de discordancia^{1,8}. La tasa de autopsias realizadas a pacientes VIH(+) en nuestro hospital es relativamente baja, aunque similar a otras publicadas⁶. Encontramos mayor discordancia en los pacientes en los que existía una menor certeza diagnóstica *pre-mortem*.

TABLA 1. Relación entre la sospecha *pre-mortem* y el grado de concordancia, según la causa fundamental del fallecimiento

| Sospecha <i>pre-mortem</i> | Distres respiratorio del adulto | | | Edema agudo de pulmón | | | Hemo-peritoneo | | | Hemorragia del SNC | | | Enfermedad infecciosa | | | Neoplasia hematológica | | | Neumonía masiva | | | Total | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|----------|----------|-----------------------|----------|----------|----------------|----------|----------|--------------------|----------|----------|-----------------------|----------|----------|------------------------|----------|----------|-----------------|----------|----------|-----------|----------|-----------|
| | I | II | III | I | II | III | I | II | III | I | II | III | I | II | III | I | II | III | I | II | III | I | II | III |
| Sin causa clara | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | 1 | - | - | 2 | - | - |
| Enfermedades infecciosas | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | 3 | 3 | 7 | - | - | - | 1 | - | - | 5 | 3 | 7 |
| Neoplasias hematológicas | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 2 | - | - | - | - | - | 3 | 2 |
| Enfermedades de la sangre | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | 1 | - |
| Enfermedades endocrinas y metabólicas | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | 1 | - | - |
| Sistema circulatorio | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | 2 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 2 | 1 | - |
| Aparato respiratorio | - | - | 2 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | 4 | 1 | - | 6 |
| Aparato digestivo | - | - | - | - | - | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - |
| Total | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 7 | 3 | 7 | 0 | 3 | 2 | 3 | 0 | 4 | 12 | 8 | 15 |

En las series de autopsias realizadas a la población general⁸ las enfermedades del aparato respiratorio y circulatorio se relacionan con mayores tasas de discordancia, sin embargo estas tasas son mucho menores en lo referente a las enfermedades infecciosas. Encontramos un significativo grado de discrepancia en los pacientes con una enfermedad infecciosa como causa desencadenante del fallecimiento, que ha sido descrita^{8,9}, lo que puede constituir un factor diferencial en los pacientes VIH(+) respecto a la población general.

Los ingresos de menor duración se relacionan con grados mayores de discordancia⁷. En los pacientes VIH(+) con menos días de ingreso o sospecha de muerte por causa de enfermedades infecciosas, cardiovasculares o sin causa clara, la autopsia debería ser solicitada pues en estos casos el estudio *post-mortem* resultaría especialmente relevante.

La autopsia clínica en los pacientes VIH sigue siendo, a pesar de los avances técnicos, de las reticencias de los familiares y de las trabas administrativas o legales, una herramienta eficaz a disposición del clínico. La información que aporta es relevante, lo que la convierte en un acto al que ningún hospital que reúna las condiciones necesarias de seguridad, debería renunciar.

*Manuel Vicente Salinas-Martín,
María Ángeles López-García
y Jorge Fernández-Alonso*

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España.

6. Bernicker EH, Atmar RL, Schafnner DL, Greenberg SB. Unanticipated diagnoses found at autopsy in an urban public teaching hospital. *Am J Med Sci.* 1996;311:215-20.
7. Gibson TN, Shirley SE, Escoffery CT, Reid M. Discrepancies between clinical and postmortem diagnoses in Jamaica: a study from the University Hospital of the West Indies. *J Clin Pathol.* 2004;57:980-5.
8. Sonderegger-Iseli K, Burguer S, Muntwyler J, Salomon F. Diagnostics errors in three medical eras: a necropsy study. *Lancet.* 2000;355: 2027-31.
9. Tang HJ, Liu YG, Yen MY, Chen YS, Wann SR, Lin HH, et al. Opportunistic infections in adults with acquired immunodeficiency syndrome: a comparison of clinical and autopsy findings. *J Microbiol Inmunol Infect.* 2006;39: 310-5.

Bibliografía

1. Shojania KG, Burton EC, McDonald KM, Goldman L. Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time: a systematic review. *JAMA.* 2003;289:2849-56.
2. Pritt BS, Hardin NJ, Richmond JA, Shapiro SL. Death certification errors at an academic institution. *Arch Pathol Lab Med.* 2005;129: 1476-9.
3. Krentz HB, Kliewer G, Gill MJ. Changing mortality rates and causes of death for HIV-infected individuals living in Southern Alberta, Canada from 1984 to 2003. *HIV Med.* 2005;6: 99-106.
4. Hofman P, Saint-Paul MC, Battaglione V, Michiels JF, Loubiere R. Autopsy findings in the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). A report of 395 cases from the south of France. *Pathol Res Pract.* 1999;195:209-17.
5. Sackoff JE, Hanna DB, Pfeiffer MR, Torian LV. Causes of death among persons with AIDS in the era of highly active antiretroviral therapy: New York City. *An Intern Med.* 2006;145: 397-406.