

Análisis de la mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital "Dr. Carlos J. Finlay". Ciudad de la Habana, Cuba. 2000 - 2003

Alberto García Gómez *
Carlos R Valdés Rigñack **
José Hurtado de Mendoza Amat ***
Luisa Gutiérrez Gutierrez****
Sergio Santamaría Fuentes *****
Juan Luis Coca Manchado *****

*Especialista de 1er Grado en Medicina Interna y 2do Grado en Medicina Intensiva y Emergencia, Profesor Auxiliar

**Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y en Medicina Intensiva y Emergencia

***Dr. C. Especialista de 2do Grado en Anatomía Patológica, Profesor Titular

**** Dra. C. Especialista de 1er Grado en Anestesia y 2do Grado en Medicina Intensiva y Emergencia, Profesor Auxiliar.

*****Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Diplomado en Medicina Intensiva y Emergencia, Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos

*****Especialista de 1er Grado en Cirugía General. Diplomado en Medicina Intensiva y Emergencia, Profesor Instructor

Institución: Hospital Clínico Quirúrgico "Dr. Carlos J. Finlay"

Resumen

Objetivo: Analizar las causas de la mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital "Dr. Carlos J. Finlay" durante el período 2000 - 2003.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los fallecimientos ocurridos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital "Dr. Carlos J. Finlay" en el período 2000 - 2003. El universo lo constituyeron 321 fallecidos con necropsia y que no fueron médico-legales. La mortalidad se caracterizó en relación con diferentes variables. Se obtuvieron los datos del Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica.

Resultados: Los rangos de edades más frecuente fueron de 65 a 74 y de 75 a 84 años. La mayor estadía hospitalaria estuvo entre uno a tres días para un 29%. La principal causa directa de muerte fue el tromboembolismo pulmonar (14%) y la principal causa básica de muerte la aterosclerosis coronaria (26,5%). La morbilidad asociada más frecuente fue la aterosclerosis. La discrepancia diagnóstica fue del 22,4% en la causa directa de muerte y de 26,5% en la causa básica.

Palabras clave: Autopsia, diagnóstico, mortalidad, morbilidad.

INTRODUCCIÓN

La utilización de indicadores asistenciales en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), evalúa la eficacia de la labor y la calidad en la prestación de los servicios y sus resultados los que han sido frecuentemente valorados por estu-

dios de morbilidad y mortalidad (1, 2).

Diferentes trabajos señalan que los índices de morbilidad y mortalidad se modifican según el tipo de unidad (3, 4). Sin embargo, a pesar que las UCI están dotadas de recursos y equipamiento dirigidos a la atención del paciente grave, la mortalidad sigue siendo elevada (2).

Se define la mortalidad como la acción de la muerte sobre la población, también como un fenómeno biológico que constituye uno de los componentes fundamentales y determinantes del tamaño y composición de una población dada (2).

En el mundo desarrollado y en Cuba, las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen la primera causa de muerte. Las más frecuentes son las enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares y las neoplasias malignas (5).

El surgimiento y el desarrollo de las UCI ha mejorado significativamente la atención a los pacientes graves. No obstante, muchos de ellos, pueden sufrir deterioro de la función de diferentes sistemas (Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica) y finalmente, el Síndrome de Disfunción Múltiple de Órganos reconocido como la principal causa de muerte en cuidados intensivos (6,7).

El análisis del proceso enfermo/enfermedad aporta mediante la autopsia una información más integral y completa de carácter retrospectivo y contribuye a establecer la verificación de las discrepancias diagnósticas. El Departamento de Estadística del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) informó que, aproximadamente, un 25% de los errores diagnósticos en la certificación de las defunciones fueron rectificadas por medio de este procedimiento en el decenio 1991-2000 (9).

En Cuba, desde 1994, se recopila toda la información de las autopsias realizadas en el país con el objetivo de evaluar la calidad de los diagnósticos pre-mortem, utilizando el Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica (SARCAP) (10). Este facilita la introducción de los resultados de la autopsia, retrospectiva y prospectivamente, lo que ha permitido crear una base de datos, o Registro Nacional de Autopsias, que cuenta con más de 90 000 estudios (11).

El diagnóstico clínico se apoya en la información de la Historia Clínica, la exploración física del paciente y las pruebas del laboratorio, entre otras; sin embargo, estos pueden llevar a

conclusiones equívocas (12). A pesar de los avances tecnológicos en medios de diagnósticos, alcanzados en el campo de la medicina, la frecuencia de discrepancias entre el diagnóstico pre-mortem y post-mortem en las UCI, sigue siendo elevada (13). No obstante, los beneficios de la autopsia, la frecuencia de ésta ha descendido en la mayor parte de los hospitales del mundo (14).

En Cuba, se realiza un número relativamente elevado de necropsias con un índice anual nacional de un 40% que se elevó en la pasada década, a un 60% en los pacientes hospitalizados según informes de la Dirección Nacional de Estadísticas del MINSAP (9).

El Comité de Análisis de la Mortalidad Hospitalaria que funciona en el hospital "Dr. Carlos J. Finlay" de Ciudad de la Habana, realiza, habitualmente, un trabajo de revisión y discusión de todos los fallecidos lo cual contribuye a mejorar la calidad y la confiabilidad de nuestro sistema estadístico. Fue por ello que este trabajo tuvo como objetivo caracterizar la mortalidad en la UCI, determinando las causas directas y básicas de muerte según diferentes variables, la morbilidad asociada y las discrepancias diagnósticas según los resultados anatómo-patológicos obtenidos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. El universo estuvo constituido por 321 fallecidos en la UCI del Hospital "Dr. Carlos J. Finlay", a los que se les realizó necropsia, en el período comprendido desde enero 2000 a diciembre 2003. No se tuvieron en cuenta los casos médico-legales. Se recogió la información considerando las siguientes variables: sexo, grupo de edades, estadía, causas directas de muerte (CDM) y causas básicas de muerte (CBM) según diagnóstico anatómo-patológico, morbilidad asociada y correspondencia clínico-patológica.

Técnicas de obtención de la información: Se obtuvieron del SARCAP.

Técnicas de procesamiento de la información:

Tabla 1: Mortalidad según grupos de edad y sexo. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital "Dr. Carlos J. Finlay". 2000 - 2003.

Grupo de Edades (años)	Sexo masculino		Sexo femenino		Total de pacientes	
	No.	%	No.	%	No.	%
15 - 24	3	0,9	5	1,5	8	2,4
25 - 34	7	2,2	8	2,5	15	4,7
35 - 44	14	4,4	11	3,4	25	7,8
45 - 54	24	7,5	24	7,5	48	15,0
55 - 64	28	8,7	32	10,0	60	18,7
65 - 74	34	10,6	39	12,1	73	22,7
75 - 84	32	10,0	36	11,2	68	21,2
85 - 94	7	2,2	15	4,7	22	6,9
95 y más	1	0,3	1	0,3	2	0,6
Total	150	46,8	171	53,2	321	100,0

Fuente: Sistema Automatizado de Registol y Control de Anatomía Patológica (SARCAP).

Para mayor comprensión de los resultados se presentaron en forma de tablas y figuras utilizando el sistema Microsoft Word, como editor de textos.

La información se tabuló en una base de datos en el Sistema SPSS - Versión 10.0.

Se utilizaron como medidas estadísticas las frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS

-Sexo y tiempo de estadía en el servicio de cuidados intensivos

Durante el período en que transcurrió el estudio, predominó entre los fallecidos el sexo femenino (53,3%) para una relación femenino/masculino de 1,14. Los grupos etarios que predomina-

Tabla 2: Mortalidad según estadía del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital "Dr. Carlos J. Finlay". 2000 - 2003.

Estadía (días)	Número	%
< de 24 horas	19	5,9
1-3	93	29,0
4-7	62	19,3
8-14	73	22,7
15-21	34	10,6
22-30	22	6,9
31-60	14	4,4
> 60	4	1,2
Total.	321	100,0

Fuente: Sistema Automatizado de Registol y Control de Anatomía Patológica (SARCAP).

Tabla 3. Causas directas de muerte. UCI Hospital "Dr Carlos J. Finlay". 2000 - 2003.

Causa directa de muerte	Total	%
Tromboembolismo pulmonar	45	14,0
Fallo multiórgano/disfunción multiórgano	42	13,1
Edema cerebral/encefalopatía hipóxica	41	12,8
Shock de cualquier etiología	38	11,8
Bronconeumonía bacteriana	33	10,3
Edema pulmonar	16	5,0
Arritmia cardíaca	15	4,7
Infarto agudo del miocardio	13	4,0
Sepsis generalizada	10	3,1
Insuficiencia respiratoria aguda	9	2,8
Otros	59	18,4
Total	321	100,0

Fuente: Sistema Automatizado de Registol y Control de Anatomía Patológica (SARCAP).

ron fueron los de 65 a 74 y 75 a 84 años (tabla 1).

En este trabajo, se valoró el tiempo de estadía de los pacientes en la UCI de forma general y no por edades o enfermedades, encontrándose que el 29% estuvieron ingresados de uno a tres días y el 22,7% entre ocho y 14 días (tabla 2).

-Causas directas y básicas de muerte y morbilidad asociada

En la tabla 3 se relacionan las CDM encontradas con mayor frecuencia. Se destacan entre las cinco primeras: el tromboembolismo pulmonar, el fallo multiorgánico/disfunción multiorgánica, el edema cerebral/encefalopatía hipóxica, el shock de cualquier etiología y la bronconeumonía bacteriana.

La aterosclerosis coronaria constituyó más de la cuarta parte del total de las CBM diagnosticadas (26,5%), seguida por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la hipertensión arterial esencial, la aterosclerosis cerebral y la diabetes mellitus (tabla 4).

La aterosclerosis de la aorta y sus ramas fue la principal causa de morbilidad asociada a las muertes, seguida por el edema cerebral, la ate-

rosclerosis coronaria y el enfisema pulmonar (tabla 5).

-Discrepancias diagnósticas según los resultados anátomo-patológicos

La coincidencia total fue mayor para las CDM (56,3%) que para las CBM (48,3%) mientras que, la coincidencia parcial y la no coincidencia, fueron mayores para las CBM (17,8% y 26,5% respectivamente) que para las CDM (11,2% y 22,4% respectivamente) (figuras 1 y 2).

DISCUSIÓN

Parte de los resultados obtenidos en este estudio coinciden con los encontrados en un trabajo realizado en el Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba; no obstante, no se corresponde con lo publicado por otros estudios en los que se expone una mayor frecuencia de muerte para el sexo masculino que para el femenino (16, 17).

Rocha *et al.* encontró en su investigación un tiempo de estadía prolongado en el servicio para

Tabla 4: Causas básicas de muerte de los pacientes en la UCI. 2000-2003. Hospital "Dr. Carlos J. Finlay".

Causa básica de muerte	Total	%
Aterosclerosis coronaria	85	26,5
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	20	6,2
Hipertensión arterial esencial	17	5,3
Aterosclerosis cerebral	16	5,0
Diabetes mellitus	13	4,0
Tumor maligno tráquea, bronquios y pulmón	11	3,4
Colelitiasis	7	2,2
Cirrosis y enfermedades crónicas del hígado	7	2,2
Asma bronquial	7	2,2
Aterosclerosis generalizada de la aorta y ramas	6	1,9
Otras	132	41,1
Total	321	100

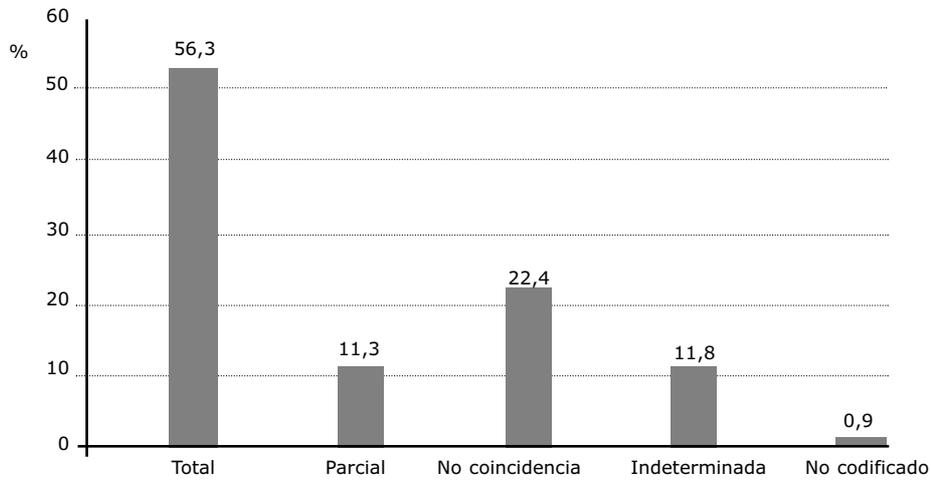
Fuente: Sistema Automatizado de Registol y Control de Anatomía Patológica (SARCAP).

Tabla 5: Morbilidad asociada a los pacientes en la UCI. 2000 - 2003. Hospital "Dr. Carlos J. Finlay".

Causas de Morbilidad	Número
Aterosclerosis	423
Edema cerebral	308
Aterosclerosis oronaria	235
Enfisema pulmonar	193
Aterosclerosis Cerebral	164
Nefroangiosclerosis	126
Cardioesclerosis	106
Bronconeumonía	101
Laringitis y traqueitis agudas	92
Cistitis	87

Fuente: Sistema Automatizado de Registol y Control de Anatomía Patológica (SARCAP).

Figura 1: Coincidencia clínico-patológica con la Causa Directa de Muerte. Hospital "Dr. Carlos J. Finlay". 2000 - 2003.

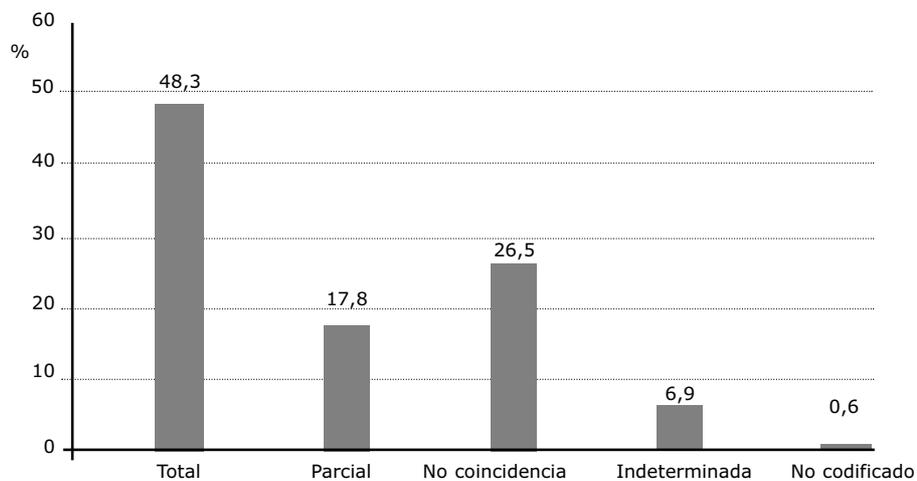


Fuente: Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica (SARCAP).

los pacientes jóvenes (18) mientras que Álvarez *et al.* informa un intervalo de estadía de 6,53 - 9,82 días. Resultados de trabajos que relacionan el tiempo de estancia en el servicio de cuidados intensivos con las enfermedades, informan hasta tres días por peritonitis y menos de cinco días para el tromboembolismo pulmonar en el mayor porcentaje de los casos (20).

Las CDM encontradas en este trabajo fueron similares a las identificadas en otros estudios aunque en diferente orden de frecuencia (16, 20, 21, 22). El tromboembolismo pulmonar fue la CDM más frecuente en los fallecidos y la que más elevó el porcentaje de discrepancias diagnósticas, resultado que también coincide con lo informado en otras investigaciones (23, 24). Las autopsias mostraron,

Figura 2. Coincidencia clínico-patológica con la Causa Básica de Muerte. Hospital "Dr. Carlos J. Finlay". 2000 - 2003.



Fuente: Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica (SARCAP).

en este estudio, una frecuencia más alta de embolias pulmonares que las diagnosticadas en vida. Generalmente, en los estudios de fallecidos, estas constituyen del 10 al 15% de las muertes hospitalarias (25). No obstante, un trabajo realizado en el Hospital "Abel Santamaría Cuadrado" encuentra que el tromboembolismo pulmonar fue la CDM encontrada en el 66,6% de los fallecidos (26).

Las CBM se comportaron de forma similar a los resultados obtenidos por otros autores quienes, como en este estudio, destacan a la aterosclerosis como la variante más importante de la arteriosclerosis, desde el punto de vista clínico y morfológico (27, 28).

La morbilidad se comportó de forma similar a lo encontrado por otros autores (16). Asimismo, las discrepancias diagnósticas encontradas en este trabajo, se ubicaron en el rango de las cifras reportadas por la literatura consultada (aproximadamente entre el 20 y el 40%) (20, 27, 29-33).

CONCLUSIONES

El sexo femenino, los grupos de edades de 65-74 y 75-84 años, la aterosclerosis coronaria como causa básica de muerte y el tromboembolismo pulmonar como causa directa de muerte, tuvieron la mayor frecuencia entre los fallecidos. El 29% de los pacientes estuvieron ingresados de 1 a 3 días y el 22,7% entre 8 y 14 días. La aterosclerosis de la aorta y sus ramas, ocupó el primer lugar en la morbilidad asociada a la mortalidad, seguido del edema cerebral, la aterosclerosis coronaria y el enfisema pulmonar. Las discrepancias diagnósticas encontradas para las causas directas y básicas de muerte fueron del 22,4% y 26,5%; respectivamente. El Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica (SARCAP), demostró ser útil para el estudio de la morbimortalidad. 

BIBLIOGRAFÍA

1. Marruecos L, Pérez M, Betsibé AJ, Riol G, Maret J, Net A. Traumatismo cráneo encefálico del adulto, aspectos clínicos y radiológicos. *Med Clin Barc* 1996;107:405-9.
2. Álvarez FZ, Iraola FMD, Molina DF, Barco DV. Caracterización de la mortalidad en la unidad de cuidados intensivos. 1998. *Rev Cubana Med* 2000;39:222-7. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol39_4_00/med04400.htm, [Citado 5 de diciembre 2005].
3. Leyva CCA; Salas GM. Morbilidad y mortalidad de los pacientes politraumatizados atendidos en el hospital "V.I. Lenin" de Holguín. Enero - Noviembre de 1998. Habana 2002. Disponible en CD: ISBN 959-7164 -07-8.
4. Gómez TJM. Morbimortalidad por trauma en la UCI. Habana 2002. Disponible en CD: ISBN 958-7164-07-8.
5. Espinosa AD, Padrón LM, Orduñez PO, Álvarez O, González E, Pino R, et al. Atención primaria de salud: guías y procedimientos para la prevención y la atención médica: marcadores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles. *Rev Finlay* 1994;8:19-32.
6. Hurt JP, Meyer AA. Predicting survival in the intensive care unit. *Current problems in surgery* 1997;34:535-9.
7. Pérez AA, Cid RF, Gómez PRF, Naranjo IS, Calixto AD. Comportamiento y pronóstico del síndrome de disfunción múltiple de órganos. *MAPFRE Medicina* 2002;13:165-9.
8. Hurtado de Mendoza AJ. Evaluación de la calidad de los diagnósticos premortem en autopsias. Experiencias sobre talleres y mantenimiento del Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica (SARCAP). Folleto. La Habana. 2003.
9. Hurtado de MAJ. La autopsia. Experiencia cubana. *EJ Autopsy* 2003;1:3-9.
10. Hurtado de MAJ, Álvarez SR, Jiménez LA, Fernández PLG. El SARCAP. Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica. *Rev Cubana Med* 1995;24:123-30.
11. Hurtado de MAJ, Álvarez SR. Registro nacional de autopsias en Cuba. Utilización del SARCAP. *Rev Esp Patol* 2004;37:1-6.
12. Sandler G. Importance of the history in the medical clinic the cost of unnecessary tests. *Am Heart J* 1980;100:928-31.

13. Blosser AS, Zimmerman HE, Stanffer JL. Do Autopsies of critically ill patients reveal important findings that were clinically undetected?. *Crit Care Med* 1998;26:1332-6.
14. OPS/OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. Novena Revisión. Washington DC. 1978.
15. Márquez CE, Ferrer TD, Piñera MM, Verdecia RM. EL Paciente Geriátrico en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Provincial Docente Saturnino Lora. *MEDISAN* 2001;5:41-8. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol5_4_01/san06401.htm, [Citado 5 de diciembre 2005].
16. Martínez RWM, Forteza TO, González GLM, Rúa MR, Pérez RAG. Hallazgos autópsicos en la tercera edad. Estudio en 1055 autopsias. Provincia de Pinar del Río. 1996-2002, Cuba. *EJ Autopsia* 2003;10-20.
17. López I, Alan D. Mortalidad Mundial en el 2000; Tablas de Mortalidad en 1991 países. WHO. 2002.
18. Rocha HJF, Quintana GML, Rivero RR. Morbimortalidad en cuidados intensivos. Estudio de dos años. *Rev Cubana Med* 1990;29:323-6.
19. Batista OIM, Medrano ME, Terrero de la CJ, González M A. Mortalidad por peritonitis secundaria. UCI. Hospital V. I. Lenin de Holguín. 2000-2001. *Correo Científico médico de Holguín*. 2002;6. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no63/n63ori5.htm> [Citado 5 diciembre 2005].
20. Del Pozo HC, Pérez EC, Godo SC, Torres RJA. Confirmación post mortem de tromboembolismo pulmonar en el departamento de Cuidados Intensivos del Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora" *MEDISAN* 2001;5:32-40. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol5_4_01/san05401.htm, [Citado 5 de diciembre 2005].
21. Larrondo MH, Alvarez SR, León PD, Rivero AE, González SM. Estudio de 2 468 autopsias de pacientes fallecidos en la unidad de cuidados intermedios polivalente. Hospital Clínico-Quirúrgico Docente "Hermanos Amejeiras". 1994-2004. VII Congreso virtual hispanoamericano de Anatomía Patológica y I Congreso de preparaciones virtuales por Internet. Octubre 2005. Disponible en: <http://www.CongresodeAnatomíaPatológica.htm>, [Citado 5 de diciembre 2005].
22. Jiménez GSD. Morbilidad, mortalidad y letalidad en una unidad de cuidados intensivos polivalentes. *Rev Med Int Emerg* 2003;22:1-5. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/vol2_4_03/mie08403.htm, [Citado el 5 diciembre 2005].
23. Coradozzi AL, Margarti AL, Montenegro MR. Discrepancies between clinician diagnosis and autopsy findings. *Braz J Med Biol Res* 2003;36:385-391.
24. Kurkciyan I, Meron G, Sterz F, Janata K, Domanonts H, Holzer M, et al. Pulmonary embolism as a cause of cardiac arrest. Presentation and out come. *Arch Intern Med* 2000;160:1529-35.
25. Senior RM. Embolia Pulmonar. En: Bennett JC, Plum F. Eds. *Cecil. Tratado de Medicina Interna*, 20 Ed, Philadelphia, MB Saunders, 1996:480-8.
26. Lemus SMV, Lemus SA, Hernández CO, Valdés SAA. Mortalidad por tromboembolismo pulmonar en el Hospital "Abel Santamaría Cuadrado" 2002. Tomado del VI Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica 2004. 1-31. Disponible en: <http://www.CongresodeAnatomíaPatológica.htm>, [Citado 5 de diciembre 2005].
27. Fernández-Britto JE. Atherosclerotic Lesion: a Morphometric study applying a biometric system. (Thesis of Doctor in Medical Sciences Promotion B). Humboldt University of Berlin, 1987.
28. Stein B; Israel DH; Cohen M, Fuster V. Ischemia and infarction III. Pathogenesis of coronary occlusion. *Hosp Pract* 1998;15:87-99.
29. Martín JL. Cardiopatía isquémica. La Habana. Ed. Científico Técnica. 1985.p.1-31.
30. San Derengger IK, Burger S, Muntwyler J, Salomon F. Diagnostic errors in the medical eras: a necropsy study. *Lancet* 2000;355:2027-31.
31. Tai DY, El-Bilbeisi H, Tewari S, Masha EJ, Wiedemann HP, Anolign AC. A study of consecutive autopsies in a medical ICU: a composition of clinical cause of death and autopsy diagnosis. *Chest* 2001;119:580-6.
32. González LF, Campos RP, Mendoza HA. Atherosclerosis cerebral. Evaluación de los diagnósticos

pre-mortem. Departamento de Anatomía Patológica HMC "Dr. Carlos J. Finlay". Disponible en: <http://congat.sld.cu/autores/trabajos/T256/index.html>, [Citado 5 de diciembre 2005].

33. Montero GT, Hurtado de Mendoza AJ, Iglesia DM. Particularidades de fallecidos entre 15 y 49 años. Rev Cubana Med Militar 1999;28:9-16. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol28_1_1_99/mil/vol28_1_99/mil02199.htm, [Citado 5 de diciembre 2005].

Mortality analysis at "Dr. Carlos J. Finlay" Hospital Intensive-Care Unit, Havana, Cuba, from 2000 to 2003.

Abstract

Objective: To analyze causes of the mortality in the Hospital Intensive-Care Unit from 2000-2003.

Method: An observant, descriptive and retrospective study regarding the deaths occurred in this hospital Intensive-Care Unit has been carried out from January 2000 to December 2003. Three hundred twenty-one non legal-medical necropsy dead bodies were the sample taken. The mortality was characterized taking into account different variable. Some data was obtained from the Automated Pathological Anatomy Registry and Control System (APARCS)

Results: The most frequent averages ages were from 65 to 74 and from 75 to 84 years old. The largest staying in the hospital was 3 days (28,9%). The main direct death cause was pulmonary thrombosis (14%), and the main basic death cause was coronary arteriosclerosis (26,5%). The most frequent associated morbidity was arteriosclerosis. The discrepancy in diagnosis was 22,4% in the direct death cause and 26,5% in the basic death cause.

Key words: Autopsy, diagnostic, mortality, morbidity.

Dirección para la correspondencia:

Dr. Alberto García Gómez, Calle 180 #8314 % 83 y 89. La Lisa.
Ciudad de la Habana. CP 11500.

E-mail: albertogarcia@infomed.sld.cu

Teléfono: 261 31 84