

La procuración de la autopsia clínica: momentos difíciles del personal médico

Claudio Manuel Cruz Fierro *

RESUMEN

Experimentar la muerte de una persona conocida o querida representa para el médico un momento de reflexión y una oportunidad para valorar sus referentes. El presente trabajo ofrece algunas consideraciones en relación a la procuración de la autopsia clínica, procedimiento de gran valor académico en la formación del personal para la atención de la salud.

Palabras clave: Procuración, autopsia clínica.

ABSTRACT

Experiencing the death of a loved one is to the doctor a moment of reflection and an opportunity to assess their referents. This paper offers some considerations regarding the procurement of clinical autopsy, a procedure of great academic value in the training of personnel for health care.

Key words: Attorney, clinical autopsy.
Introducción

INTRODUCCIÓN

Durante la experiencia de perder a un ser querido o a un paciente¹ aprendemos a afrontar la muerte; al vivir esa experiencia reflexionamos sobre la importancia que le damos a la vida, ya que una pérdida no sólo nos roba nuestras posesiones, nuestras capacidades o nuestros seres queridos, sino también suele minar las creencias y presuposiciones que habían sido hasta ese momento los ladrillos que sustentaban nuestra filosofía de la vida,² y al exponernos a estos escenarios es como podremos desarrollar³ tanto competencias genéricas como específicas.

Por décadas, el médico ha protagonizado la interacción médico-paciente. Al paso del tiempo, el llamado «acto médico» se ha ido compartiendo con otros profesionales, pero siempre el otro actor ha sido «un paciente», pues durante la formación poco concientizamos el papel de la familia. Así, al momento de morir nuestro paciente en el hospital, si bien es rodeado de un grupo de personas, generalmente en todas ellas los lazos afectivos se limitan a una relación profesional o, cuando bien ocurre, a

la de cierta amistad que pudo darse durante la permanencia en el servicio tratante.

EL IMPACTO DE LA MUERTE EN LA FAMILIA

Cada familia con sus miedos, sus problemas, sus necesidades, afronta de manera diferente la posibilidad de muerte de uno de sus integrantes, bien se trate del padre, la madre, una hija o hijo, o alguien no tan cercano —primos, tíos, abuelos, etcétera—.

Por ello, cuando el estado de salud de un paciente se agrava es conveniente dejar participar a la familia en sus cuidados, tanto desde el diagnóstico como durante la enfermedad o al momento de su muerte, con lo que irán adaptándose y hasta cierto punto preparándose para lo que se aproxima, y con ello afrontar la muerte cuando ésta ocurra.

Se ha descrito que la actitud ante la muerte ha variado;⁴ en Occidente se pueden diferenciar dos momentos distintos en su manera de afrontarla: El primero, previo a su «institucionalización hospitalaria», en el que la muerte es aceptada como parte del proceso natural de la existencia; hasta mediados del siglo XX, la muerte solía esperarse en el domicilio familiar y esto hacía que hasta los niños la vivieran como algo normal dentro del proceso vital, como la parte terminal de la vida y no como algo amenazador y extraño. El otro momento inicia más o menos a partir de 1930, cuando debido al desarrollo y extensión

* Jefe de la Unidad de Educación e Investigación Médica del Centro Médico ISSEMYM.
Profesor de Asignatura de la Facultad de Medicina de la UAEM.

de las primeras estructuras hospitalarias comienza a ser una institución, siendo el hospital el lugar reservado para morir.

Este cambio también ha permeado los esquemas biomédicos; así, la consciencia e información sobre la propia muerte, donde hasta hace unas décadas el enfermo era el primero en saber que iba a morir, «sintiendo que el final se acercaba»... ha sido sustituido por el ocultamiento sobre la gravedad de su enfermedad y el no hablarle de su muerte ni por error.

Como personal para la atención de la salud, nos resistimos a la muerte usando y abusando de tecnologías, aparatos, tubos, prótesis biomédicas, aunque muchas veces sólo logremos mantener vivo a un ser inconsciente, incurriendo en un encarnizamiento terapéutico. El propio moribundo ve reducido su derecho a **no saber** que va a morir y, si lo sabe, deberá comportarse como si no lo supiese.

En este cambio de actitud, tanto la ansiedad como el miedo son las respuestas formalmente asociadas a la muerte, cuya mayor o menor intensidad se relaciona si se trata de la muerte propia o la de otros, sea este familiar o amigo, pudiendo generar ansiedad tan sólo el hecho de imaginarla, pensarla o hablar de «ella».

La ansiedad y el miedo ante la muerte tienen cuatro componentes principales:

- a) Reacciones cognoscitivas y afectivas ante la muerte.
- b) Cambios físicos reales y/o imaginarios que se dan ante la muerte o enfermedades graves.
- c) El tener la noción del imparable paso del tiempo.
- d) El dolor y el estrés, real y/o anticipado, que se dan en la enfermedad crónica o terminal y en los miedos personales asociados.

Esta ansiedad ante la muerte está estrechamente relacionada con la historia personal y cultural, con nuestros estilos de afrontamiento ante las separaciones y los cambios.

Se han identificado etapas, formuladas por Kübler-Ross, observables en familiares y allegados, distintas en el paciente en quien las fases finalizan al terminar su vida, en tanto que en los familiares y allegados continúan más allá de este momento, generándose un proceso de duelo, con las siguientes etapas:

- 1) Embotamiento mental: caracterizado por la presencia de conductas automáticas y por la incapacidad de aceptar la realidad.
- 2) Anhelo y búsqueda del referente perdido: aquí suelen aparecer sentimientos de injusticia, depresión y culpa, con insomnio y ansiedad (si esto es muy intenso o crónico, hablamos de un duelo patológico).
- 3) Desorganización y desesperación: suele aparecer una tendencia a abandonarse y romper los esquemas del estilo de vida personal.

- 4) Reorganización: si se van superando las fases, poco a poco surge el afrontamiento y se reorganiza la propia existencia. Pero si no se llega a esta fase, el duelo se vuelve patológico (cuando la depresión/distimia supera el año tras la pérdida), aunque manifestaciones patológicas pueden ser la ausencia de aflicción consciente (exceso de autocontrol que pospone el duelo y no lo permite drenar) y la presencia de euforia, casi maníaca, unida a veces a una negación de la muerte.

PROCURACIÓN PARA LA AUTOPSIA CLÍNICA

Un aspecto difícil de manejar, ante el enfermo y su familia, es la procuración, sea con la finalidad de trasplante o de llevar a cabo la autopsia clínica.

La autopsia clínica históricamente ha sido considerada como un procedimiento de investigación⁵ y un gran auxiliar en la formación y capacitación del personal, no sólo médico, sino de enfermería y de otras categorías. Si bien en México se realizan desde 1576 en el Hospital de Jesús,⁶ el término **autopsia**, que deriva del griego *αυτοψια* y significa «ver por uno mismo»,⁷ es un procedimiento que consiste en el examen exhaustivo, tanto externo como interno y con ayuda de microscopía y diferentes tinciones, del cadáver y sus tejidos, para determinar la causa y la forma de la muerte, cuyo costo en el Hospital se estima entre \$ 15,000.00 y \$ 37,500.00⁸

Aunque en forma ciertamente arbitraria se considera que como indicador se realicen autopsias clínicas entre el 30 y 50% de las defunciones ocurridas en un hospital, se ha visto dificultada en años recientes, por lo que se ha reducido el número de este procedimiento. Si bien son numerosos los trabajos publicados tratando de explicar tal reducción,⁷ en cierto modo es determinante que no sea bien aceptada por los familiares⁹ a la muerte de los pacientes y no se promueva la procuración de parte del personal al momento de su atención.

COMUNICAR LA NECESIDAD DE ELABORAR LA AUTOPSIA CLÍNICA

Cuando se considere necesario elaborar una autopsia clínica es conveniente para el médico seguir las siguientes etapas que pueden facilitar la procuración, haciendo sentir siempre al paciente como persona¹⁰ y tomándole en cuenta en todo momento, pues de lo contrario sentirá perder su dignidad; así es recomendable:

Etapas 1: Preparar el entorno¹¹

Inicia con la revisión del expediente clínico para conocer la mayor parte de detalles del caso. Posterior a ello, uno debe presentarse con el paciente. En seguida se le pregunta si quiere estar acompañado, en cuyo caso se le pedirá seleccione con quién. El médico deberá manifes-

tarse calmado, no tener prisa y favorecer un ambiente de interés y respeto.

Etapa 2: Indagar qué sabe el paciente

Antes de informar, es necesario indagar, mediante preguntas sencillas y más o menos directas, qué sabe y qué sospecha, interrogándole sobre: ¿qué le han dicho?, ¿qué le preocupa? Ciertamente, es común que identifiquen el motivo de su preocupación o que no sean capaces de expresar, con palabras, el motivo de ésta, por lo que durante la entrevista se intentará, de manera paulatina, averiguar lo que el paciente sabe.

En esta etapa podremos evaluar cómo perciben, el paciente y su familia, el padecimiento y qué tanta carga emocional significa para ellos.

Etapa 3: Identificar qué y cuánto quiere/saber

Con preguntas sencillas y directas: ¿qué le gustaría saber?, ¿qué le interesa escuchar?, tratando de correlacionar lo que quiere saber el paciente y lo que sabemos acerca de su enfermedad.

Hay pacientes que asumen una actitud de negación y no desean ser informados, en cuyo caso es recomendable respetar su decisión y conveniente ofrecerle una nueva oportunidad para hablar del tema, intentando identificar si desea que informemos a sus familiares de lo que sabemos que ocurre de su padecimiento y las posibles complicaciones.

Etapa 4: Información

Una vez que nos enteramos de lo que sabe y qué y cuánto quiere saber, procederemos a darle información, utilizando lenguaje sencillo y conciso, evitando, en lo posible, el uso de términos médicos, intentando que comprenda lo mejor posible el mensaje, aclarando en lo posible sus dudas. Antes de dar alguna noticia no agradable, conviene parafrasear: «Me temo que su problema no está evolucionando totalmente como esperábamos», con lo que el paciente se preparará para escuchar otras noticias incluso menos agradables.

Como parte de una buena comunicación, es recomendable que a medida que se informa nos aseguremos que lo dicho está siendo entendido y comprendido; por ello, al final de la entrevista le pediremos al paciente, y en su caso a su familiar acompañante, que explique con sus propias palabras lo que ha escuchado. Gracias a esto último podremos percatarnos de lo que realmente se ha comprendido y si se percibe la magnitud de la gravedad de la situación.

Etapa 5: Apoyo al paciente/familia

Ante un corto pronóstico de vida o un diagnóstico funesto, las reacciones son muy diversas. Es importante detectar

la reacción que embarga al paciente tras escuchar la información; si después de otorgársela guarda silencio, se intentará animarlo a hablar y a expresarnos los sentimientos que está experimentando con algunas frases amables ya que, en esta etapa, es fundamental que el médico ayude a la resolución de los sentimientos de los individuos y que los miembros de la familia comprendan y acepten las reacciones de cada uno, pues no lo podemos hacer por ellos, y si requerimos asegurarnos de que el paciente y su familia tengan oportunidad de compartir su perspectiva con los demás integrantes de su núcleo familiar, para apoyarse e iniciar la elaboración del duelo.

Entonces, preguntas como: ¿qué es lo que exactamente pudo haber ocurrido?, ¿durante la atención se dejó pasar algo por alto?, ¿hay algo hereditario que se pudiera atender en los demás familiares? nos ayudarán a iniciar la procuración, llevadas en tono sereno y comentándole al paciente que es necesario realizar un estudio muy similar a una operación, aclarándole las dudas que nos refiera y dejarle ver que su autorización para la autopsia clínica será como un legado de vida en beneficio de los demás familiares.

Algo que preocupa a los familiares es el aspecto físico al final de la autopsia clínica; por ello, es necesario explicarle, tanto al paciente como a sus familiares, que el aspecto físico después del estudio será muy parecido al normal, ya que las incisiones quirúrgicas del procedimiento serán poco notorias una vez colocada la ropa.

Etapa 6: Plan de manejo

Al llegar a esos momentos, el paciente suele sentirse confundido, abatido y preocupado por la información que ha recibido; por ello, es necesario demostrarle que estamos de su lado, que va a recibir apoyo durante todo el proceso.

Por esto, se considerarán en el plan de manejo las expectativas que se intentarán cumplir: aliviar síntomas y disipar miedos y preocupaciones.

Etapa 7: Autochequeo del médico

Así mismo, como médicos requerimos reflexionar sobre los sentimientos y actitudes que experimentamos durante el proceso: huida, angustia, ansiedad, miedo etc.; esta reflexión, además de ayudarnos a identificar tales sentimientos, nos permitirá mejorar en el desempeño profesional y, finalmente, es muy recomendable comentarlos ante el Comité de Bioética para que esa catarsis y apoyo de ese colectivo nos ayude al manejo del conflicto que significa el proceso y con ello mantener nuestra estabilidad emocional tan necesaria para evitar el síndrome del quemado (Burnout).

CONSIDERACIONES LEGALES

En relación al aspecto legal, es necesario considerar, a partir del título décimo cuarto de la Ley General de Salud,

lo dispuesto en los Artículos 9 y 11 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos:¹² En ningún caso se podrá disponer de órganos, tejidos y sus derivados, productos y cadáveres, en contra de la voluntad del disponente originario, quien es la persona con respecto a su propio cuerpo y los productos del mismo.

En este sentido, el capítulo V del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica¹³ es el mejor referente, pues además de iniciar con consideraciones éticas ofrece precisiones en cuanto a: manejo, traslado, inhumación y cremación de cadáveres; y en el Artículo 350 bis 2, anota a las personas que pueden autorizar la realización de una autopsia clínica, en tanto que el capítulo V del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos¹² en el Artículo 80 se determinan los datos que deberá contener el documento en el que el disponente originario manifieste su voluntad para que su cadáver sea utilizado con fines de investigación o docencia:

- I. Nombre completo del disponente originario;
- II. Domicilio;
- III. Edad;
- IV. Sexo;
- V. Estado civil;
- VI. Ocupación;
- VII. Nombre y domicilio del cónyuge, concubina o concubinario, si tuviere;
- VIII. Nombre y domicilio de los padres y en caso de haber fallecido, la mención de este hecho;
- IX. En caso de no tener cónyuge, concubina o concubinario, o padres, el señalamiento del nombre y domicilio de alguno de sus familiares más cercanos;
- X. El señalamiento de que por su propia voluntad y a título gratuito dispone que su cadáver sea empleado para investigación o docencia;
- XI. El nombre de la institución educativa beneficiaria del cadáver;
- XII. El señalamiento de haber recibido información a su satisfacción sobre el empleo que se dará a su cadáver y, en su caso, sobre su destino final;
- XIII. El nombre, domicilio y firma de los testigos cuando se trate de documento privado, y
- XIV. Fecha, lugar y firma del disponente originario.

En caso de duda y cuando el disponente originario, es decir el paciente, haya otorgado para fines de disposición sus órganos, tejidos y sus derivados, productos o de su propio cadáver, de no haber revocado su consentimiento en vida, conforme al Artículo 12 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, **no tendrá validez la revocación** que, en su

caso, hagan los disponentes secundarios, quienes en orden de preferencia, atendiendo al parentesco, se enumeran en el Artículo 13:

- I. El cónyuge, el concubinario, la concubina, los ascendientes, descendientes y los parientes colaterales hasta el segundo grado del disponente originario;
- II. La autoridad sanitaria competente;
- III. El Ministerio Público, en relación a los órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos que se encuentren bajo su responsabilidad con motivo del ejercicio de sus funciones;
- IV. La autoridad judicial;
- V. Los representantes legales de menores e incapaces, únicamente en relación a la disposición de cadáveres.

Sin embargo, y de no existir disposición legal en contra, los disponentes legales sí pueden, conforme al Artículo 14, otorgar su consentimiento para la disposición del cadáver.

CONCLUSIÓN

La autopsia clínica, como procedimiento, representa una valiosa herramienta para el desarrollo de competencias clínicas, tanto genéricas como específicas, pues evoca diversos escenarios: el educativo —cuando en el aula el profesor comenta con los alumnos el procedimiento—, el profesional y laboral —cuando el médico se enfrenta al momento con el paciente y su familia—, el vinculado a la comunidad —cuando ocurre la muerte de algún integrante de su comunidad— y el personal —cuando la muerte es de algún ser querido—.

En este trabajo se han expuesto algunos aspectos, tanto éticos como económicos y legales, pretendiendo evocar ideas para la reflexión que ayuden a generar estrategias para abordar la difícil realidad de la muerte y para facilitar el problema de la procuración de la autopsia clínica y con ello conocer más acerca del padecimiento que desencadenó la muerte.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez AF. La familia y la muerte en: Soberón G, Feinholz D. *Muerte digna: Una oportunidad real*, México: Comisión Nacional de Bioética, 2008: 101-106.
2. Neimeyer RA. *Aprender de la pérdida: Una guía para afrontar el duelo*, Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A., 2002.
3. Roa VA. *Universidad, mercado laboral y competencias: ¿con qué nos quedamos?* Cabrera DK, Gonzáles FLE. Currículo universitario basado en competencias. Barranquilla: Ediciones Uninorte 2006; 67-89.
4. Gala LFJ, Lupiani JM, Raja HR, Guillén GC, González IJM, Villaverde GMC, Alba SI. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual, *Cuadernos de Medicina Forense* 2002; 30: 39-50.
5. Brown HG. Perceptions of the autopsy: Views from the lay public and program proposals, *Human Pathology* 1990; 21 (2): 154-158.

6. Garduño EA, Heshiki NL, Ridaura SC. Las sesiones anatómicas en México en los albores del siglo XXI, *Rev Panam Salud Publica* 1998; 4 (6): 424-428.
7. Alvarado-Cabrero I. La autopsia: ¿Ha muerto? *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (1): 1-2.
8. Wood MJ, Guja AK. Declining clinical autopsy rates versus increasing medicolegal autopsy rates in Halifax, Nova Scotia. Why the difference? A historical perspective, *Arch Pathol Lab Med* 2001; 125: 924-930.
9. Oppewal F, Meyboom-de Jong B. Family member's experiences of autopsies, *Fam Pract* 2001; 18 (3): 304-308.
10. Cortez GJ. Aspectos bioéticos del final de la vida: El derecho a morir con dignidad, *Revista Cuadernos* 2006; 51 (2): 102.
11. Villa LB. Recomendaciones sobre cómo comunicar malas noticias, *Nure Investigación* 2007; 31. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/pdf_protocolo_31.pdf. Consultado el 15/09/2011.
12. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos D.O.F. 20 de febrero de 1985 y Fe de erratas el 9 de julio de 1985.
13. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. México: Secretaría de Salud. D.O.F. el día 14 de mayo de 1986.

Correspondencia:
Claudio Manuel Cruz Fierro
Av. Baja Velocidad Núm. 284, 5º piso
San Jerónimo Chicahualco,
Metepéc 52170, Méx.
Fax: 722-275 6328
E-mail: manuel.cruz@edomex.gob.mx