

Funciones de la autopsia en la actualidad: percepciones y opiniones de los médicos residentes de especialidades oncológicas

**Marcos
Gutiérrez-de la Barrera**

Cirujano oncólogo,
jefe de la División
de Investigación,
Unidad Médica
de Alta Especialidad
Hospital de Oncología,
Centro Médico Nacional
Siglo XXI,
Instituto Mexicano
del Seguro Social,
México, D. F.

Comunicación con:
Marcos
Gutiérrez-de la Barrera.
Tel. y fax: 5627 6960.
Dirección electrónica:
margub@prodigy.net.mx

RESUMEN

Introducción: la posición en la que un médico ubica a la autopsia entre las herramientas para mejorar el desempeño clínico está relacionada con las probabilidades de que la solicite a los familiares y de que ellos la autoricen.

Objetivo: conocer percepciones y opiniones que los médicos residentes en especialidades oncológicas tienen de las potenciales funciones actuales de la autopsia.

Material y métodos: se aplicó un cuestionario semiestructurado con cuatro preguntas a residentes de Oncología quirúrgica, de Oncología médica y de Radiooncología.

Resultados: participaron los 34 residentes a quienes se invitó; todos tenían la expectativa de mejoría en la práctica profesional si se efectuaran más autopsias. Las razones más frecuentes para justificar esta expectativa fueron establecer el diagnóstico definitivo en casos con controversia o mal definidos (47 %) y el contraste de los diagnósticos clínico y por patología (38 %). La función de la autopsia como elemento para evaluar la calidad de los diagnósticos clínicos cotidianos quedó excluida por 59 % de los médicos.

Conclusiones: la autopsia es frecuentemente considerada por los médicos residentes como un procedimiento cuya utilidad está limitada a la solución de controversias diagnósticas en casos seleccionados, ubicación que la imposibilita como referente para la crítica de los diagnósticos clínicos y para la detección del error médico en los casos más comunes en un medio específico y cuyo diagnóstico no es controversial.

SUMMARY

Introduction: how the physician situates the autopsy among the elements to improve the clinical performance is related to the possibility that he or she requests it to the patient's family and that they authorize it.

Objective: to explore the perceptions and perspectives that medical post grade trainees on oncology specialties have of the potential current functions of the autopsy.

Material and methods: a semi-structured written questionnaire with four questions was applied to residents in surgical oncology, medical oncology and radio-oncology.

Results: 34 medical residents were invited and all of them participated. 100 % of the residents had an expectation of improvement in the clinical practice if more autopsies were done. The more frequent reasons to justify this expectation were: to establish the definitive diagnosis in controversial or poorly defined cases in 47 % and the contrast between clinical and necropsy diagnosis, in 38 %. The concept of the autopsy as a resource to evaluate the quality of the everyday clinical diagnosis was excluded by 59 % of the residents.

Conclusions: the autopsy is frequently visualized by the medical residents as a procedure which utility is limited to the solution of diagnostic discrepancies in selected cases. This situation could impede its function as a reference for the critique of clinical diagnoses and for the detection of medical errors in the more habitual cases in a specific setting and whose diagnosis is not controversial.

Palabras clave

- ✓ autopsia
- ✓ internado y residencia
- ✓ educación médica de posgrado
- ✓ cuerpo médico hospitalario

Key words

- ✓ autopsy
- ✓ internship and residency
- ✓ graduate medical education
- ✓ hospital medical staff

Evolución y función actual de la autopsia

La descripción y análisis de los hallazgos en la exploración del cuerpo humano después de la muerte han sido fundamentales en el conocimiento sobre el mismo y sobre las enfermedades. Los antecedentes más remotos de autopsias efectuadas en forma relativamente frecuente son de la civilización helenística, en Alejandría, con los médicos Erófilo y Esasístrato (siglo III a. C.), y más tarde con Galeno (siglo II d. C.), quien, además, inició formalmente la correlación clínico-patológica.

Posteriormente, desde el protorrenacimiento en Bologna y Padua en el siglo XIII y más claramente en el Renacimiento en el siglo XV, finalizada la prohibición religiosa cristiana para efectuar la autopsia, ésta pudo ser llevada

a cabo sistemáticamente. Así se dieron las condiciones para el desarrollo acelerado de diversos campos del conocimiento como la anatomía, la fisiología y la patología, y se cimentó el desarrollo de la medicina hacia una práctica fundamentada en conocimientos científicos.

La observación directa de las alteraciones anatómicas en los procesos morbosos ha sido también considerada fundamental en la formación individual de cada médico; todavía hasta la primera mitad del siglo XX, en las escuelas de medicina se juzgaba a la autopsia como uno de los ejes fundamentales de los currículos académicos.¹

Por otro lado, a partir de la primera mitad del siglo XX diversas series de correlación anatomoclínica sistemática han ido ubicando a la autopsia como una herramienta para conocer y, por tanto, para estar en posibilidades de disminuir los errores en los diagnósticos clínicos;²⁻⁵ queda situada como una referencia privilegiada para criticar y mejorar los diagnósticos, así como los elementos en que se basan.¹ Por sí misma, esta perspectiva le confiere vigencia y una función muy precisa en la evaluación y mejora de la calidad del trabajo clínico.^{3,6-8}

Conceptuada como una herramienta clínica de gran importancia y probablemente insustituible, la presencia de la autopsia en un hospital específico (número de autopsias entre número de defunciones en un periodo determinado) ha figurado como uno de los índices con los que se evalúa y define si ese centro de atención cumple con requisitos mínimos de calidad en su actividad.^{1,3,9}

Sin embargo, a pesar de la evidencia de los múltiples beneficios^{7,10-12} que aporta a la construcción del conocimiento médico y a la mejora en el desempeño clínico, la autopsia se efectúa cada vez con menos frecuencia.¹²⁻¹⁴

La disminución en el índice de autopsias va en contra de las recomendaciones de múltiples cuerpos médicos y de estándares de calidad internacionales,^{1,3,9} y en buena medida es reflejo de la frecuente concepción errónea de que las aportaciones de esta herramienta a la formación y conocimiento médicos son ocasionales en la actualidad y que fundamentalmente constituyen sólo parte de la historia. En esencia se ha ido perdiendo la idea de que se puede generar

Cuadro I
Expectativas del beneficio que proporcionaría un mayor número de autopsias, expresadas por 34 residentes de especialidades oncológicas

Tema	n	%
Establecer diagnóstico definitivo en casos con controversia o mal definidos	16	47
Contraste de los diagnósticos clínico y por patología	13	38
Brinda enseñanza (inespecífico)	5	14
Se puede efectuar prácticas de anatomía	3	9
Se puede generar un registro epidemiológico	2	6
Se puede hacer estudios de extensión tumoral	1	3

Cuadro II
Razones de la poca realización de la autopsia, expresadas por 34 residentes de especialidades oncológicas

Tema	n	%
Falta de personal	19	56
Negativa familiar	16	47
No solicitada por residentes	10	29
Falta de insistencia de los médicos residentes	2	6
Falta de estimulación adecuada a familiares	1	3

conocimiento de la exploración directa del cuerpo después del fallecimiento.¹⁵

Dado que en ciertos hospitales el médico residente es quien por lo general comunica a los familiares la defunción y solicita la autopsia, sus percepciones y opiniones sobre este procedimiento desempeñan un papel determinante, junto con otros factores, en la posibilidad de que se lleve a cabo.¹⁵⁻¹⁷ Por ello, consideramos que en la medida en que se tenga información más clara en torno a esas percepciones y opiniones y a si la autopsia aparece como un recurso vigente real en el esquema de pensamiento de estos médicos, se estará en posibilidad de actuar en puntos específicos para propiciar la toma de conciencia de dicho grupo de profesionales sobre el potencial de este recurso, toma de conciencia que se delinea como un elemento esencial para romper el círculo vicioso que ha conducido a la ausencia de las autopsias en la actualidad.

De tal forma, hicimos una exploración en residentes de diferentes especialidades oncológicas, de algunos elementos que desde nuestro punto de vista son determinantes de la actitud de un médico ante la autopsia y, por lo tanto, están muy relacionados con la posibilidad de que se efectúe.

Material y métodos

Llevamos a cabo la exploración mediante un cuestionario escrito semiestructurado, el cual contenía cuatro preguntas:

1. ¿Considera que si se hiciera un mayor porcentaje de autopsias en este hospital, usted o su grupo se beneficiarían? Sí o no, y por qué.
2. ¿Por qué considera que se efectúan tan infrecuentemente?
3. ¿Qué lugar considera que tiene la autopsia en la medicina actual?
4. Ante una enfermedad terminal en su persona, ¿qué instruiría usted a sus familiares ante la opción de una autopsia?

El análisis se efectuó mediante la concentración temática de las respuestas y la descrip-

ción de frecuencias de algunas opiniones y percepciones que consideramos definen perspectivas comunes sobre la autopsia. Además, hicimos una revisión individual de las respuestas de cada médico buscando las argumentaciones que al condicionar la autopsia a los casos con duda diagnóstica, contradijeran el concepto de evaluación en la calidad de los diagnósticos médicos mediante su ejecución sistemática.

Marcos Gutiérrez-de la Barrera.
La autopsia: percepciones y opiniones de residentes

Cuadro III
Lugar de la autopsia en la práctica actual de la medicina, expresado por 34 residentes de especialidades oncológicas

Tema	n	%
Integración anatomoclínica	12	35
Importante (inespecífico)	7	20
Solución de problemas diagnósticos	6	18
Ninguno, pues no se hace	4	12
Desarrollo científico	3	9
Estudio de la progresión de la enfermedad	2	6

Resultados

Se invitó a participar a todos los residentes asistentes a una sesión de un seminario de investigación, el cual se lleva a cabo semanalmente. Aceptaron participar los 34 residentes a quienes se invitó: 13 de oncología médica, tres de radiooncología y 18 de oncología quirúrgica. El cuestionario fue aplicado en forma escrita, sin límite de tiempo para ser contestado; el primer cuestionario fue devuelto a los 15 minutos y el último a los 30.

A la primera pregunta, los 34 residentes contestaron que sí tenían la expectativa de un beneficio personal o de grupo si se efectuaran más autopsias; las razones están concentradas temáticamente en el cuadro I (en ocasiones más de una razón por participante).

A la pregunta 2 se argumentaron las razones concentradas temáticamente en el cuadro II (en ocasiones más de una razón por participante).

Las respuestas sobre la negativa familiar fueron múltiples, pero se concentraron en la presencia de una enfermedad terminal como factor que condiciona la futilidad de la autopsia, pero también incluyeron la aversión al “sufrimiento” o a la “mutilación que la autopsia produce”.

En relación con la pregunta 3, muy inespecífica a juzgar por las respuestas, las razones están concentradas temáticamente en el cuadro III. El tema de la correlación anatomoclínica vuelve a aparecer como importante, pero casi al mismo nivel que el de la solución de los problemas diagnósticos y que enunciados menos específicos, como se muestra en ese cuadro.

Cuadro IV
Instrucciones de autopsia ante una enfermedad terminal en la propia persona, expresadas por 34 residentes de especialidades oncológicas

Instrucción	n	%
Que sí se efectúe	19	56
Que no se efectúe	3	9
Que se efectúe sólo si hay duda diagnóstica	12	35

Cuadro V
Concepto de evaluación de la calidad de los diagnósticos clínicos mediante autopsia sistemática, en 34 residentes de especialidades oncológicas

	n	%
Presente o implícito	14	41
Excluido	20	59

Respecto a la pregunta 4 predominó contestar que instruirían afirmativamente para una autopsia en su persona, pero también fue numeroso el grupo que la autorizaría sólo condicionada a la existencia de problemas diagnósticos (cuadro IV).

Los resultados de la búsqueda del concepto de control de calidad de los diagnósticos clínicos mediante la autopsia sistemática se muestran en el cuadro V.

Discusión

En la percepción de los médicos residentes analizados, la autopsia constituye un recurso importante subutilizado; sin embargo, predominó la ausencia de la valoración de la autopsia como un recurso útil en la evaluación de la calidad de todos los diagnósticos clínicos, la cual es su función potencial probablemente más importante en la actualidad y no sólo de los diagnósticos difíciles o controvertidos.

El grupo de residentes percibió que la carencia de personal específicamente dedicado es el mayor impedimento para que se hagan más autopsias, pero 86 % de las razones argumentadas para explicar el bajo índice de autopsias señala como determinantes la negativa familiar y la falta de solicitud o del énfasis en la misma por parte del médico.

El lugar donde un médico ubica a la autopsia entre las herramientas para mejorar el desempeño clínico y la importancia que le confiere, parecen ser determinantes en su actitud al solicitarla o no a los familiares,^{16,18} la cual a su vez está estrechamente relacionada con la reacción de la familia ante la solicitud y la probabilidad de que la autoricen.¹⁹

Las percepciones y opiniones del médico en torno a la autopsia están determinadas por la cercanía teórica y práctica con el procedimiento.²⁰⁻²² Las circunstancias actuales obviamente conducen a un círculo vicioso donde la baja frecuencia con que las autopsias se efectúan impide un contacto significativo con el procedimiento y con la integración clínica de la información derivada, y, por tanto, condiciona un distanciamiento con el procedimiento y con su utilidad. Aunado a esta lejanía respecto a la autopsia se encuentra con frecuencia lo que Kirch y Schaffi²³ ha descrito como “confianza acrítica en la información” que se puede obtener con los recursos diagnósticos imagenológicos y de laboratorio.

El uso de más y mejores métodos diagnósticos en la práctica médica actual se acompa-

ña de la percepción de que en general la identificación de la enfermedad que condujo a la muerte es completa y precisa.^{4,14} Sin embargo, la autopsia ha demostrado que los errores no están circunscritos a los casos donde hubo controversia o donde el clínico puede predecir “sorpresas diagnósticas”, sino también donde se siente seguro y confiado. Por lo tanto, la crítica y el consecuente desarrollo de los diagnósticos clínicos que la autopsia permite, sólo se pueden lograr cuando ésta y la revisión de sus resultados se hacen en forma sistemática y no condicionadas a la dificultad o grado de certeza diagnóstica.^{2,4,6-8,23-27}

La autopsia es conceptuada por los residentes como un recurso tal vez importante pero sin una función clara salvo en casos muy específicos con diagnóstico controversial. Tal perspectiva sitúa al error médico en los diagnósticos “normales” como inexistente o, al menos, inexplorable. Las evidencias disponibles apuntan a que la práctica de la correlación anatomopatológica *post mortem* es un referente indispensable en la crítica de la elaboración de los diagnósticos médicos en los grupos clínicos.^{3,5}

Ante tales circunstancias, parece necesario implementar prácticas para romper este círculo vicioso que priva a los equipos clínicos de un elemento sumamente útil en la mejora de su desempeño.^{9,28}

Las medidas dirigidas a cambiar el estado de las cosas deberían probablemente empezar por acercar al clínico a la autopsia, y específicamente a los médicos en capacitación, mediante su integración a la generación y discusión de la información que con ella se produzca.

Conclusiones

Si bien es muy común la expectativa de un beneficio general si se hicieran autopsias con más frecuencia, al parecer se considera un procedimiento cuya utilidad está limitada a la solución de controversias diagnósticas en casos seleccionados, ubicación que prácticamente lo anula para su principal función en la actualidad: la crítica cotidiana sobre el error médico en la integración de los diagnósticos clínicos.

Entre los múltiples elementos necesarios para reconstruir la cadena requerida para que se reintegre la autopsia al grupo de recursos vigentes para la labor clínica, están los trabajos teóricos y prácticos que permitan a los médicos especialistas en formación ponderar el juicio de que la realización de autopsias en forma sistemática y no condicionada es un elemento fundamental en la exploración y mejora para evitar el error médico, perspectiva que tiene repercusiones muy importantes en el desempeño de los equipos de atención a la salud.

**Marcos
Gutiérrez-de la Barrera.
La autopsia: percepciones
y opiniones de residentes**

Referencias

1. Hill RB, Anderson RE. The autopsy in oncology. *CA Cancer J Clin* 1992;42(1):47-56.
2. Shojania KG, Burton EC, McDonald KM, Goldman L. Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time: a systematic review. *JAMA* 2003;289(21):2849-2856.
3. Agency for Healthcare Research and Quality. The autopsy as an outcome and performance measure. 2002. Disponible en <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/autopsy/autopsy.pdf>
4. Shojania KG, Burton EC, McDonald KM, Goldman L. Overestimation of clinical diagnostic performance caused by low necropsy rates. *Qual Saf Health Care* 2005;14(6):408-413.
5. Sonderegger-Iseli K, Burger S, Muntwyler J, Salomon F. Diagnostic errors in three medical eras: a necropsy study. *Lancet* 2000;355(9220):2027-2031.
6. Rastan AJ, Gummert JF, Lachmann N, et al. Significant value of autopsy for quality management in cardiac surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2005;129(6):1292-1300.
7. Durning S, Cation L. The educational value of autopsy in a residency training program. *Arch Intern Med* 2000;160(7):997-999.
8. Tai DYH, El-Bilbeisi H, Tewari S, Mascha EJ, Wiedemann HP, Arroliga AC. A study of consecutive autopsies in a medical ICU: a comparison of clinical cause of death and autopsy diagnosis. *Chest* 2001;119(2):530-536.
9. Burton EC. The autopsy: a professional responsibility in assuring quality of care. *Am J Med Qual* 2002;17(2):56-60.
10. Hanzlick R, Parrish RG. The role of medical examiners and coroners in public health surveillance and epidemiologic research. *Ann Rev Public Health* 1996;17(1):383-409.
11. McFarlane MJ, Feinstein AR, Wells CK, Chan CK. The ‘epidemiologic necropsy’. Unexpected

- detections, demographic selections, and changing rates of lung cancer. JAMA 1987;258(3):331-338.
12. O'Grady G. Death of the teaching autopsy. BMJ 2003;327(7418):802-803.
 13. Nemetz PN, Ballard DJ, Beard CM, et al. An anatomy of the autopsy, Olmsted County, 1935 through 1985. Mayo Clin Proc 1989;64(9): 1055-1064.
 14. Lundberg GD. Low-tech autopsies in the era of high-tech medicine: continued value for quality assurance and patient safety. JAMA 1998;280 (14):1273-1274.
 15. Hinchliffe SA, Godfrey HW, Hind CR. Attitudes of junior medical staff to requesting permission for autopsy. Postgrad Med J 1994;70(822):292-294.
 16. Grunberg SM, Sherrod A, Muellenbach R, Renshaw M, Zaretsky S, Levine AM. Analysis of physician attitudes concerning requests for autopsy. Cancer Invest 1994;12(5):463-468.
 17. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. Lancet 2004;363(9405):312-319.
 18. McPhee SJ, Bottles K, Lo B, Saika G, Crommie D. To redeem them from death. Reactions of family members to autopsy. Am J Med 1986;80 (4):665-671.
 19. Turner J, Raphael B. Requesting necropsies. BMJ 1997;314(7093):1499-1502
 20. Sanner MA. Medical students' attitudes toward autopsy. How does experience with autopsies influence opinion? Arch Pathol Lab Med 1995; 119(9):851-858.
 21. Botega NJ, Metz K, Marques E, et al. Attitudes of medical students to necropsy. J Clin Pathol 1997;50(1):64-66.
 22. Kamal IS, Forsyth DR, Jones JR. Does it matter who requests necropsies? Prospective study of effect of clinical audit on rate of requests. BMJ 1997;314(7096):1729-.
 23. Kirch W, Schafii C. Misdiagnosis at a university hospital in 4 medical eras. Medicine (Baltimore) 1996;75(1):29-40.
 24. Grade MHC, Zucoloto S, Kajiwarra JK, Fernandes MTP, Couto LGF, Garcia SB. Trends of accuracy of clinical diagnoses of the basic cause of death in a university hospital. J Clin Pathol 2004;57(4):369-373.
 25. Combes A, Mokhtari M, Couvelard A, et al. Clinical and autopsy diagnoses in the intensive care unit: a prospective study. Arch Intern Med 2004;164(4):389-392.
 26. Goldman L. Diagnostic advances and the value of the autopsy. 1912-1980. Arch Pathol Lab Med 1984;108(6):501-505.
 27. Esteban A, Fernández-Segoviano P, Frutos-Vivar F, et al. Comparison of clinical criteria for the acute respiratory distress syndrome with autopsy findings. Ann Intern 2004;141(6):440-445.
 28. Guly H. More necropsies will improve patient care: has the case been made? Qual Saf Health Care 2005;14(6):397-350. 

Nota aclaratoria

En los número 5 y 6, volumen 44, de esta *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, al final de cada una se incluyeron 12 páginas sin numeración con el escrito "Medicina basada en evidencia. Linfomas no Hodgkin", el cual corresponde a la sección de publicidad. El Comité Editorial se deslinda del contenido de dicho escrito.

El editor