

## Volver a la autopsia o seguir ignorando la verdad

Dr. Eduardo Schnitzler\*

En los tiempos modernos, el desarrollo tecnológico nos deslumbra cada día. A aquéllos que trabajamos en hospitales de alta complejidad no deja de asombrarnos la precisión y realismo de las nuevas imágenes u otros métodos diagnósticos. La continua carrera en busca de la mejor sensibilidad y especificidad se plasma cada día en nuevas publicaciones. A través de internet o por los medios de comunicación masiva se difunden cotidianamente nuevas alternativas diagnósticas o terapéuticas. Por cierto, nuestra vuelta a la realidad pesificada y la demanda sobre la contención del gasto enfrían algo el entusiasmo. Dudamos de todo, menos de nuestros diagnósticos operativos o del éxito de nuestra cirugía. Por supuesto, los médicos siempre publicamos nuestros éxitos, aunque sea en una Comunicación de un caso. Por otra parte, la cultura moderna niega la muerte, la oculta, trata de que pase desapercibida o al menos sugiere estar lejos de ella y mucho menos, se permite reflexionar sobre el tema.<sup>1</sup>

La sociedad alimenta también la ilusión de que la tecnología médica puede resolver todo o casi todo. El éxito de una cirugía o procedimiento complejo e infrecuente ganará la primera plana; sin embargo, su impacto social seguramente será discutible. La sociedad y muchos médicos se sorprenden ante la frecuencia del error en medicina. Es sin duda plausible que pongamos en evidencia nuestros errores y que la sociedad comprenda el problema.<sup>2</sup> Descubierta el error podremos intentar estrategias para resolverlo o atenuarlo. La autopsia es un medio excelente para evidenciarlo y conocer la verdad.

En cuidados intensivos muere una buena parte de los niños gravemente enfermos; por lo tanto, será el intensivista quien se enfrente al dilema de solicitar o no la

autopsia del paciente fallecido. Comprender el entorno laboral del intensivista y las sombras que dibujan el lado oscuro de su actividad puede aclarar el problema. La terapia intensiva pone en juego todos los medios para lograr que el niño en riesgo de muerte supere esta amenaza. Muchas veces, esos medios y otras razones ligadas al paciente y a otras causas no evidentes logran que el paciente se recupere. Otras, el niño recorre el camino de la agonía hasta morir. ¿Qué ocurre cuando el paciente fallece? Para cualquier persona, médico, enfermera o testigo, anunciar la muerte de un niño, es siempre un acto extremadamente doloroso. Las reacciones de padres y familiares, explosivas o silenciosas, quedan grabadas en su memoria afectiva. La actitud más frecuente es acompañar en silencio a la familia algún tiempo junto al cuerpo del niño fallecido. Luego de esos instantes, la vida continúa en la terapia intensiva, otros problemas,

otros pacientes, nuevos desafíos que ayudan a apagar el dolor ¿Por qué volver a enfrentarse con el mismo escenario? En el pensamiento de muchos médicos de guardia, en forma consciente o inconsciente, el deseo de evitarlo encuentra mil razones.

Para obtener el consentimiento de los padres para efectuar la autopsia se requiere, en primer término, estar firmemente convencido de que este procedimiento será de valor para la familia, para los médicos tratantes, para el hospital y para la práctica médica en general.<sup>3</sup> Si se tiene esta convicción y ésta es transmitida claramente a la familia, generalmente la autopsia es autorizada. El temor en relación con las repercusiones legales que puede tener la falta de concordancia con el diagnóstico clínico es sólo un prejuicio. No existen pruebas que avalen este temor. La solicitud de la autopsia supone la honestidad y el deseo de conocer la verdad

---

Ver artículo  
relacionado en  
la página 166

---

\* UCIP. Departamento de Pediatría, Hospital Italiano, Buenos Aires.

por parte del médico.

El diagnóstico de situación presentado por los doctores Cohen y Drut<sup>4</sup> pone en evidencia el bajo número de autopsias que se efectúan en nuestro medio. Los autores señalan que si bien ésta parece ser una tendencia mundial, la caída es particularmente abrupta en países en vías de desarrollo. Sin embargo, esta tendencia no es un hecho inevitable. Von Dessauer y col.<sup>5</sup> informaron una tasa cercana al 60 % entre los fallecidos en la unidad de cuidados intensivos de un hospital público de Santiago de Chile. Estos autores muestran cómo una política definida en una unidad de cuidados intensivos pediátricos, conjuntamente con un soporte apropiado de los patólogos, logra elevadas tasas de autopsias.

En las instituciones privadas muchas veces son mayores las dificultades. La falta de reembolso por los estudios postmortem es la regla, con las consiguientes pérdidas económicas en tiempos de crisis. Las dificultades prácticas en relación con la realización de la evisceración por el patólogo en horas de la noche o durante el fin de semana, sumadas al deseo familiar de retirar el cuerpo lo antes posible, agregan problemas que los intensivistas de guardia bien conocen. Es obvio que el interés del servicio de patología, en cuanto a la calidad y profundidad del estudio, y su exposición docente en ateneos anatomopatológicos puede ser un fuerte estímulo a la tasa de autopsias efectuadas.

Consideramos la situación, desde la posición del intensivista, pero todos los autores coinciden en relación con la mayor tasa de consentimiento obtenida por el médico de cabecera. En ocasiones, es el intensivista el que reúne esta condición, pero, otras veces, la familia identifica en este rol al pediatra, al cirujano o al especialista que trató al niño el último tiempo. Difícilmente comprenderá la familia la importancia del pedido si este profesional de cabecera no acompaña la solicitud.

Sobre las 100 autopsias realizadas, Cohen y Drut encuentran hallazgos clase A en la correlación clínico-patológica en más del 30%

de los casos. Es decir que, independientemente del grupo etario, se encontraron en el examen necrópsico, hallazgos que de haberse detectado antes de la muerte, hubieran supuesto un cambio en el tratamiento (11,1 %) o bien, que estos hallazgos tuvieron implicancia significativa para un consejo genético ulterior (19,5%). El hallazgo de otros procesos que, de haberse conocido, no hubieran cambiado la evolución no es un hecho intrascendente; éstos pueden explicar características presentes en vida del niño que no pudieron ser apropiadamente explicadas previamente. Comprender los procesos o las causas principales o contribuyentes a la muerte, enriquece el conocimiento específico sobre la efectividad y proporcionalidad de los cuidados intensivos.

Aun con los avances de la genética y la biología molecular, la autopsia continuará brindando información invaluable para verificar los diagnósticos clínicos, evaluar los efectos adversos de la terapéutica y contribuir al proceso de educación médica. En el campo específico de la Pediatría, donde existe un enorme capítulo de patologías poco definidas o infrecuentes, se hace obligatorio tener una política institucional sólida que aliente una alta tasa de autopsias. ■

## BIBLIOGRAFÍA

1. Schnitzler E. La medicina, los médicos y la autopsia. Simposio Latinoamericano sobre Síndrome de muerte súbita del lactante. Libro de resúmenes. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría, 1999.
2. Ceriani Cernadas JM. El error en medicina: reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión. Arch.argent.pediatr 2001; 99:521-529.
3. Bruce Beckwith J. The value of the pediatric postmortem examination. Selected topics in Pediatric Pathology. Pediatr Clin North Am 1989; 36:29-36
4. Cohen M y Drut R. La autopsia en pediatría. Diagnóstico de situación en un hospital de pediatría de referencia en Argentina. Arch.argent.pediatr 2003; 101:(3) 166-170.
5. Von Dessauer B, Benavente C, Veloso L et al. Autopsy in PICU patients, still an important diagnostic tool. Pediatr Crit Care Med 2003; 4 (suppl):A74-A75.