

José Hurtado de Mendoza Amat

Centro Nacional del SARCAP  
(Registro Nacional de Autopsias).

**Correspondencia:**

Hospital Universitario de  
Postgrado "Hnos Ameijeiras"  
San Lázaro y Belascoaín,  
Centro Habana  
Ciudad de La Habana, Cuba  
**E-mail:** apatol@hha.sld.cu

## La autopsia. Experiencia cubana.

Se exponen los resultados alcanzados en Cuba en el trabajo con las autopsias, basado en que la experiencia obtenida puede ser útil para confirmar el criterio de que la autopsia recuperará el lugar destacado que le corresponde. Se argumenta que la autopsia es el método que permite el estudio más completo del enfermo/enfermedad y garantía de la más elevada calidad del trabajo médico. Se enfatiza en las discrepancias diagnósticas detectadas por la autopsia y su importancia. La autopsia debe lograr sus objetivos y máximo aprovechamiento al realizarla con la mayor eficiencia: la más elevada calidad, los mínimos gastos y en el menor tiempo posible. Se destacan aspectos económicos: los costes de la autopsia disminuyen mientras más y mejor se realicen. Lo más económico no es dejar de hacer autopsias. Todo lo contrario. En conclusión, para salir de la crisis que atraviesa debe alcanzar su calidad total: la precisión y organización de todos los diagnósticos, los gastos más racionales y los menores plazos para hacer llegar a los interesados (clientes) la información útil y necesaria, a la vez que conservarla para finalmente, logrando su pleno aprovechamiento alargar en cantidad y calidad la vida del hombre.

The results that have been reached in Cuba concerning the work with autopsies are exposed in this research work, based on the experiences we have had, it can be very useful to confirm the criteria that the autopsy will recover the outstanding place it should have. It is explained that the autopsy is the method that permits the most complete study: sick/sickness, giving a guarantee of the highest quality of medical work. Special emphasis concerning disagreements found by the autopsy and its importance are made. The autopsy should achieve its objectives, taking into account its advantages, it should be done with efficiency: it means the highest quality and the minimum costs. Economic aspects are highlighted: costs of autopsies are less while more and better they are made. The most economic is not the idea of not doing autopsies. On the contrary, we should continue doing them in order to reach a significant quality in this work: the precision and organization of each diagnosis, the most appropriate economic costs and the less time use in order to let the customers know the necessary and useful information and at the same time to preserve it with the purpose of making a good use of it, making the life of human beings longer un quantity and quality.

**Keywords:** calidad, costes, informática.

## INTRODUCCIÓN

Hace miles de años se realiza la disección postmortem. Antes de nuestra era, en Egipto, Grecia, Roma y en la Europa del medioevo, las disecciones respondían a razones religiosas o al aprendizaje de la anatomía humana. No es hasta el siglo XVIII que comienza la real contribución de la autopsia a la medicina mediante la correlación clínico-patológica. Fue Giovanni Batista Morgagni (1682-1771) quien abrió el camino en la Universidad de Padua. Bichat en París y Baillie en Gran Bretaña fueron continuadores

destacados. En particular, Karl Rokitansky (1804-1878) en Viena supervisó 70 000 autopsias y realizó personalmente 30 000 en 45 años de activa práctica, lo que dio un gran impulso a la patología como ciencia. El siglo XIX tuvo otra gran figura, el alemán Rudolf Virchow (1821-1902) quien con su teoría celular marcó un hito en la historia de las ciencias (King and Meehan 1973; Hill and Anderson. 1988). En el siglo XX las figuras se multiplican y pierden luminosidad aislada. En su primera mitad la autopsia alcanza sus índices más elevados y mayor prestigio en la medicina moderna.

En Cuba se conoce la práctica de la autopsia desde el siglo XVIII. Las más grandes figuras de la medicina cubana en el siglo XIX y principios del XX tuvieron en la autopsia la fuente básica de sus conocimientos. Ejemplo de ello fue nuestro paradigma como médico y científico, el Dr. Carlos J. Finlay. Su colaborador y amigo el Dr. Juan Guiteras, se ha considerado uno de los primeros patólogos cubanos (López, 1987). Desde la segunda mitad del siglo XX la autopsia alcanza en Cuba el más elevado nivel científico, asistencial y docente. Puede calcularse que después de 1959 se han realizado en el país más de un millón de autopsias. Según datos suministrados por el Departamento de Estadísticas del MINSAP en el decenio 1991-2000 la cifra alcanzó 307.004 autopsias (tabla 1). Este trabajo se realiza con el objetivo de dar a conocer los resultados alcanzados en Cuba y basado en la hipótesis de que la experiencia obtenida puede ser útil para confirmar el criterio de que la autopsia, realizada con elevada calidad y aprovechado al máximo los beneficios que puede brindar, recuperará el lugar destacado que le corresponde dentro de la Medicina.

AÑOS	FALLECIDOS	AUTOPSIAS	ÍNDICES (%)
1991	71 709	28 672	39.98
1992	75 457	28 667	37.99
1993	78 531	30 840	39.27
1994	78 648	30 216	38.42
1995	77 937	30 651	39.33
1996	79 662	33165	41.63
1997	77 316	31 241	40.41
1998	77 565	29 803	38.42
1999	79 499	31 312	39.39
2000	76 463	32 437	42.42
<b>TOTAL</b>	<b>772 787</b>	<b>307 004</b>	<b>39.73</b>

**Tabla 1: Índice de Autopsias en Cuba (1991-2000).**

## OBJETIVOS DE LA AUTOPSIA

Los principales objetivos de la autopsia se consideran:

- Precisar las causas de muerte del paciente fallecido.
- Diagnosticar todos los otros trastornos que, asociados o no a la muerte, estaban presentes en el cadáver.
- Profundizar en el estudio del enfermo (fallecido) y las enfermedades que pudo haber padecido.
- Facilitar todos los beneficios que puedan obtenerse de la práctica de la autopsia.
- Informar a los niveles correspondientes los resultados del estudio para: Transmitir los conocimientos y experiencias (asistenciales, docentes y científicas) que puedan extraerse. Evaluar la calidad del trabajo médico premortem.

Mejorar la calidad de los documentos de registro y control de las estadísticas médicas. Permitir a los administradores de salud tomar las medidas necesarias para elevar la calidad del trabajo médico.

Mientras mayor sea el cumplimiento de estos objetivos mayor serán los beneficios que se obtengan de la autopsia. Estos han sido expuestos por numerosos autores. Hill y Anderson (1988) muestran un amplio cuadro que pueden resumirse en beneficios asistenciales, docentes e investigativos.

## EL ESTUDIO MÁS COMPLETO DEL ENFERMO Y LA ENFERMEDAD

Hill y Anderson (1988) enumeran un listado de enfermedades, descubiertas o aclaradas a través de la autopsia desde 1950 que agrupadas en 10 secciones suman 85 trastornos, e incluyen desde las cardiopatías hasta la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

El estudio del organismo humano, sistema por sistema, órgano por órgano, tanto macroscópica como microscópicamente e incluso subcelularmente con los avances en la Patología Molecular, pueden brindar el estudio más completo y directo de las lesiones producidas por determinada enfermedad en un paciente fallecido. Si el patólogo cuenta además para el estudio con la historia clínica y el certificado de defunción, es decir toda la información recogida por los médicos de asistencia, puede afirmarse que la autopsia constituye el estudio más completo del enfermo. Más aún, si se recopila ordenadamente la información de un elevado número de fallecidos con el mismo diagnóstico se realiza el estudio más completo de esa enfermedad. Ello puede extenderse a la medicina experimental con las autopsias de los animales utilizados.

En Cuba esta metódica empleada en la casi totalidad de los departamentos de Anatomía Patológica ha permitido el diagnóstico y estudio del Daño Múltiple de Órganos, como expresión morfológica del Síndrome de Disfunción Múltiple de Órganos (Hurtado de Mendoza et al. 1997; Cabrera et al. 2003). La correlación clínico-patológica realizada por el patólogo también se profundiza y enriquece en las diferentes reuniones científicas que se efectúan con los médicos de asistencia (reuniones "de reparo" de los certificados de defunción, de "piezas frescas" o del comité de análisis de la mortalidad) y las que se consideren necesarias para el esclarecimiento de las causas de muerte, objetivo fundamental de la autopsia; pero no el único, como ya se especificó.

## UN MÉTODO PARA GARANTIZAR LA MÁS ELEVADA CALIDAD DE LA ASISTENCIA MÉDICA

En el mundo actual y en el campo de la medicina cobra cada vez más importancia la calidad, tema de obligada referencia al evaluar la práctica de cualquier especialidad. Las acciones médicas premortem, en especial los diagnósticos, tienen en la autopsia el método idóneo para realizar el control de la calidad del trabajo realizado.

Los avances tecnológicos vinculados a la medicina son numerosos y se multiplican aceleradamente. Esto ha hecho pensar que los errores diagnósticos y la necesidad de la autopsia para su detección son mínimos. Por esta razón Goldman et al (1983) realizaron un trabajo de obligada referencia al tratar este tema. Compararon las discrepancias diagnósticas en "tres eras médicas", 59-60, 69-70 y 79-80 y encontraron 22%, 23% y 21% de discrepancias clases I y II (errores en diagnósticos mayores o de causas de muerte) para demostrar de este modo que "los avances en las tecnologías diagnósticas no han reducido el valor de la autopsia".

Estudios similares al anterior (Battle, 1987) brindan resultados que incluyen hasta el 33,8% de discrepancias desglosadas en 13,2% clase I y 20,6% clase II. Friederici y Sebastian (1984) exponen que en el 64% de 1601 autopsias, se descubrieron importantes e inesperados hallazgos. Autores británicos (Cameron and McGoogan, 1981), suizos (Laissue et al. 1992), suecos (Britton. 1974; Veress and Alafuzoff. 1994), australianos (McKelvie and Rode, 1992), españoles (Esteban and Fernández-Segoviano, 1999) y de otros países (Stevanovic et al. 1986; Barendregt et al. 1993, Ollé-Goig and Cannela-Soler. 1993; van den Tweel. 2000; Tai et al. 2001) muestran resultados similares. Trabajos más recientes, en diferentes países y condiciones, continúan brindando resultados parecidos (Coradazzi et al. 2003; Nadrous et al 2003; Ornelas-Aguirre, 2003).

En Cuba se realiza el control de calidad de los diagnósticos premortem de causas de muerte a través de las autopsias y es el objetivo de una investigación que tiene como objeto de estudio las autopsias realizadas en el país desde 1994 hasta el 2003.

Se utiliza como herramienta el Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica (SARCAP) (Hurtado de Mendoza et al. 1995) donde se codifican los diagnósticos según la CIE de la OMS (OPS/OMS, 1978) y como complementarios los ejes morfológicos y topográficos

del SNOMED (Cote, 1979). El Sistema incluye una clasificación para evaluar por separado la causa directa de muerte (CDM) y la causa básica de muerte (CBM).

En cada caso la coincidencia diagnóstica se clasifica como total (T), parcial (P), no existente (N) o insuficiente (I). Este sistema automatizado facilita comparar los diagnósticos de causas de muerte premortem y postmortem y, de ser necesario, todos los datos recogidos del modelo de autopsia (figura 1).

FIGURA 1: MODELO DE AUTOPSIA

DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA: INFORME DE AUTOPSIA: AUTOPSIA _____	
HOSPITAL: NOMBRE: HISTORIA CLÍNICA: FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: _____ AÑOS SEXO: M. _____ F. _____ COLOR RIEL: B. _____ N. _____ A. _____ MUNICIPIO: OCUPACION: T. _____ E. _____ AC. _____ J. _____ D. _____ ?	INGRESO (FECHA): EGRESO (FECHA): EGRESO (ESPECIALIDAD): SUBSCRIPCIÓN (FECHA): DIRECCIÓN (FECHA): DIAGNÓSTICO (FECHA): ESTUDIO: COMPLETO _____ MICRO _____
CDM: CIM: CIM: CBM: CC: CC:	DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS:  OTROS DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS (S/N):  INFARTO MIOCARDIO AGUDO: INFARTO MIOCARDIO ANTIGUO: HIPERTENSIÓN ARTERIAL: ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR: E.C.V. HEMORRÁGICA: E.C.V. OCLUSIVA: TUMOR MALIGNO: TROMBOEMBOLIA PULMONAR: DIABETES MELLITUS: CIRROSIS HEPÁTICA: FALLO MULTIORGÁNICO: INFECCIÓN: MIOCARDIOPATÍA: TUBERCULOSIS: OTRAS:
CDM: CIM: CIM: CBM: CC: CC:	FUENTE MATERNA: DIRECTA: INDIRECTA: ACCIDENTAL (NO OBSTÉTRICA): TARDÍA: MUERTE POR HECHO VIOLENTO: SUICIDIO: HOMICIDIOS MIA BRONQUIAL: ACCIDENTE DE TRANSPORTO: OTROS ACCIDENTES: TALASURIA: ALCOHOLISMO: TRASPLANTE: INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: OBESIDAD:
CDM: CIM: CIM: CBM: CC: CC:	DIAGNÓSTICOS ANATOMOPATOLÓGICOS:  OTROS DIAGNÓSTICOS ANATOMOPATOLÓGICOS:  (HASTA 30 DIAGNÓSTICOS) OBSERVACIONES:
	FIRMA DEL PATÓLOGO

Las coincidencias T se obtienen en la mayoría de los casos automáticamente al coincidir los códigos de los diagnósticos premortem y postmortem. De modo similar se obtienen las I cuando aparecen los códigos 7999C o 7999M que equivalen a "diagnóstico no precisado clínicamente" y "diagnóstico no precisado morfológicamente" respectivamente; es decir, en estos casos se considera el dato insuficiente y de igual forma la evaluación. Todas las evaluaciones P o N son realizadas por el operador, que idealmente deberá ser un patólogo y el médico de asistencia evaluado. Se considera P cuando el diagnóstico coincide en lo general y discrepa en lo particular (ejemplo: diagnóstico clínico de cáncer de encéfalo que en el diagnóstico morfológico resultó cáncer broncogénico). Por último cuando no hay coincidencia diagnóstica se evalúa N (discrepancia diagnóstica).

Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 2.

Coincidencia	Causa de muerte	
	Básica	Directa
	%	%
Total	60.5	66.6
Parcial	14.7	8.5
No coincidencia	24.8	24.9
<b>Total de casos</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

**Tabla 2. Coincidencias diagnósticas de causas de muerte.**

Al descontar los casos insuficientes (I) obtendríamos un 24.8% y 24.9% de no coincidencias (N), o sea, discrepancias diagnósticas de causas básicas y directas respectivamente en las autopsias evaluadas. Se exponen los resultados de las 81 010 de la BDA Nacional. En nuestra experiencia y coincidiendo en general con los resultados de otros autores antes expuestos, las cifras “adecuadas” varían entre un 20% y un 30%, o sea puede considerarse que cada 4 autopsias una detecta discrepancias diagnósticos de causas de muerte básicas o directas.

Las cifras citadas no pueden tomarse como patrones, pues establecer un índice de discrepancias diagnósticas es casi imposible y ningún país lo ha establecido. El gran número de variables: edad, sexo, estadía, tipo y características del hospital así como de las propias enfermedades a considerar, entre otras, hacen muy difícil establecer comparaciones y menos aún normar índices.

Otro factor fundamental sería la veracidad del diagnóstico premortem. Es un criterio generalizado las limitaciones de que adolece el certificado de defunción en ese aspecto y por otro lado, es el único documento oficial donde se registran los diagnósticos en forma precisa, organizada, sistemática y total. En los casos que se presentan se trató que los diagnósticos premortem reflejaran el real pensamiento médico y se tuvo en cuenta para ello tanto el certificado de defunción como la historia clínica del paciente.

La autopsia como método y el SARCAP como instrumento, permiten también obtener la sensibilidad, especificidad y otras pruebas de calidad.

Es necesario sistematizar la práctica de la autopsia con la información adecuada que permita la comparación de los diagnósticos premortem y postmortem para establecer con la mayor rigurosidad las coincidencias y discrepancias diagnósticas. De esta forma podrá obtenerse de la autopsia su mayor valor: método para garantizar la calidad del trabajo médico.

## EFICIENCIA EN LA AUTOPSIA

Para obtener la máxima eficiencia de las autopsias es necesario lograr: La más **elevada calidad**, con los **mínimos gastos** y en el **menor tiempo** posible.

La más elevada calidad significa que los objetivos expuestos anteriormente se cumplan fidedignamente. En este aspecto es necesario no sólo el estudio de la Historia Clínica y otros documentos del paciente fallecido sino la comunicación más estrecha con los médicos de asistencia. Para ello además del contacto directo son útiles las reuniones antes mencionadas y las internas, o sea de los patólogos del servicio. Todas con el propósito de aproximarse lo más posible a la verdad: los reales diagnósticos pre y postmortem.

Los gastos de la autopsia en USA analizados en diferentes trabajos han presentado un ascenso desde \$92.50 en la década del 30 hasta \$2 000 en los 80s (Hill and Anderson, 1988). Esto permite calcular que actualmente debe sobrepasar los \$3 000.

Los gastos pueden desglosarse según Yessner (1978) en salarios 75%, muebles e inmuebles 15% y 10% en material gastable y servicios. En Cuba, donde no se han realizado estudios científicos sobre los costes de la autopsia, éstas se hacen más costosas mientras menor sea el número que se realice y viceversa. Un hospital donde se realicen anualmente 1 000 autopsias a un costo hipotético de \$1000.00 cada una y al año siguiente por una política de "ahorro" sólo se realicen 500 autopsias, lejos de disminuir los costes aumentarían (tabla 3).

GASTOS POR AUTOPSIAS	Año Normal	Año de "ahorro"!
Salarios	\$ 75 000.00	\$ 75 000.00
Muebles e inmuebles	15 000.00	15 000.00
Material y Servicios	10 000.00	5 000.00
GASTO TOTAL	\$ 100 000.00	\$ 95 000.00
COSTO POR AUTOPSIA	\$ 100.00	\$ 190.00

**Tabla 3: Gastos por autopsias.**

La inversión en formación de personal técnico y profesional, construcciones y equipamiento de departamentos de Anatomía Patológica está hecha en los hospitales cubanos, es decir el 90% de los gastos necesarios. Si se pretendiera ahorrar el 10% de material gastable, sin hacer o haciendo menos autopsias, en vez de ahorrar se malgastarían enormes recursos ya invertidos. Esta situación no sería muy diferente en otros países.

Un correcto afán de ahorro debe estar encausado no a disminuir el número de autopsias sino a disminuir el consumo de material gastable innecesario.

Tradicionalmente se estima que se procesaban las autopsias con un promedio de 24 láminas (se toman las láminas por corresponderse generalmente con los bloques donde se incluye el tejido y servir de base para el consumo del material gastable fundamental).

En los Talleres que se realizan en Cuba periódicamente para elevar la calidad de la autopsia y controlar el desarrollo de la investigación citada se discute esta situación. Se ha analizado que un hospital que realice 1.000 autopsias consumiría en un año 24.000 láminas. Un ahorro indiscriminado puede llevar a la reducción irracional del estudio microscópico y así el gasto sería mínimo, pero también serían mínimos la calidad y los beneficios de la autopsia. En algunos hospitales se racionalizan los fragmentos de tejidos seleccionados para estudio microscópico, sobre la base del mejor estudio macroscópico y la mayor profundización en la correlación clínico-patológica y además lo tallan de pequeño tamaño para incluir varios en un bloque (lámina). De este modo, como se ha demostrado en el Hospital "Hnos Ameijeiras", con 1800 láminas se pueden estudiar con la mayor calidad 1000 autopsias. Las preparaciones tienen calidad similar a las tradicionales con las ventajas de un ahorro sustancial.

El análisis expuesto sirve de ejemplo de como enfocar los gastos en relación con la eficiencia. Otra situación es la de los estudios especiales que se indican para precisar un diagnóstico. Antes de ello debe asegurarse que: Es imprescindible para hacer el diagnóstico (quizás una revisión adecuada o una consultación evite el gasto innecesario). De los estudios especiales se escoja, en igualdad de condiciones, el menos costoso.

No se consideran por obvios, los gastos innecesarios por deficiente administración que encarecen considerablemente los costes.

El tiempo que media entre la evisceración del cadáver y el diagnóstico de la autopsia es excesivo y debe ser disminuido si se quieren rescatar los índices de autopsias.

El plazo diagnóstico de una autopsia no debe exceder de siete días y si no se realiza estudio microscópico del encéfalo, cuatro días deben ser suficientes. Casos especiales de diagnósticos complejos alargarán estos plazos tanto como sea necesario para garantizar la máxima calidad del diagnóstico. Generalmente las razones de las demoras obedecen a cuestiones totalmente subjetivas y, en especial, al poco interés que algunos patólogos prestan a la autopsia. El acortamiento de los plazos

diagnósticos a los realmente necesarios será un paso importante en el camino por elevar su vigencia.

## SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS

A partir de la segunda mitad del siglo XX los estudios postmortem sufrieron una disminución que en estos momentos se torna crítica. En USA los índices de autopsias han disminuido desde aproximadamente el 50% en la postguerra al 10% en la década de los 80s (Hill y Anderson, 1988). Otros países desarrollados siguen un camino similar y aún aquellos de Europa Oriental donde las cifras tradicionales eran elevadas ahora exhiben una gran disminución (Habeck and Waller, 1993). Japón (Murai, 2001) y los países del Medio Oriente, por razones fundamentalmente religiosas tienen cifras muy bajas. En los países subdesarrollados, además de estas influencias negativas, sus propias limitaciones en la salud pública, los coloca en situación casi excluyente.

En Cuba, a partir de la década del 60 se desarrolló la Anatomía Patológica a la par con la Salud Pública en general, y los índices de autopsias aumentaron. En los últimos años, según datos tomados de la Dirección Nacional de Estadística, las cifras totales de autopsias se mantienen y el índice de autopsias nacionalmente está cercano al 40%, durante el decenio 1991-2000 (tabla 1). En los años del presente decenio la cifra se mantiene de modo similar 38.7% y 38.6% en 2001 y 2002 respectivamente. Estas cifras en adultos promedia 36.2% y en pacientes hospitalizados el promedio asciende a 59.2%.

La crisis de la autopsia es motivo de honda preocupación y múltiples causas se invocan. Será muy difícil revertir una situación que, aunque el factor económico es predominante, es de causa multifactorial y su revitalización necesita un conjunto de medidas y no hechos aislados que no resolverían el problema.

Sería necesario en primer lugar, que patólogos, médicos asistenciales y administradores de salud den a la autopsia la importancia y jerarquía que merece. La realización debe ser responsabilidad, y por tanto, como mínimo supervisada por personal del más alto nivel para que el estudio tenga la mayor calidad posible. Es más importante un correcto estudio macroscópico y una profunda correlación clínico-patológica, con una selección racional de fragmentos para estudio microscópico que infinidad de preparaciones histológicas y estudios con tecnologías de avanzada (sólo en escasas ocasiones justificadas) que elevan los costes innecesariamente. Debe garantizarse que se diagnostiquen correctamente todos los trastornos presentes en el fallecido, se recojan en el protocolo y

se conserven, debidamente codificados, en un sistema automatizado.

La información debe llegar en el menor plazo posible a todos los interesados: médicos de asistencia, organizadores y familiares. A estos últimos, debe llegarles a través del médico de asistencia. Esto facilitaría la relación médico-paciente y evitaría múltiples complicaciones e incomprensiones que todos los que acumulan años en este trabajo conocen. Todos los casos deben ser mostrados en reuniones "de piezas en fresco" y discutidos colegiadamente en las de análisis de la mortalidad con el objetivo mayor de profundizar en la correlación clínico-patológica y evaluar la calidad del trabajo médico. Estas reuniones no deben convertirse en torneos oratorios ni en causa de represalias administrativas. Serán utilizadas científicamente para conocer los posibles errores cometidos en el manejo del paciente y tomar las medidas conducentes a su erradicación, precisar los reales índices de mortalidad y morbilidad asociada y de esta forma poder dirigir científicamente el trabajo médico asistencial para la disminución de estos índices. Las autopsias que puedan brindar enseñanzas deben discutirse en reuniones clínico-patológicas institucionales.

El material utilizado en el estudio debe archivar, utilizarse en la docencia médica y ser fuente para trabajos científicos. Todas las experiencias útiles deben ser publicadas. Así se obtendrían de la autopsia todos los beneficios potenciales que brinda para elevar la calidad del trabajo médico y reducir la mortalidad y morbilidad asociada.

En Cuba al fallecido que no se le realiza autopsia se debe generalmente a la "negativa" de los familiares. Es excepcional la autopsia que deja de realizarse por desinterés de los patólogos.

Para elevar los índices de autopsias sería necesario trabajar en la disminución de las "negativas", lo que requiere la realización de una campaña educativa de la población que debe tener en cuenta lo complejo de este tema y ser extremadamente cuidadosa, pues herir sensibilidades podría significar un retroceso en lugar de un avance. Además, es bien conocido que muchas de las "negativas" se producen dentro del propio personal de la salud y de sus allegados. Parten del error de que la autopsia es una molestia inútil, cuando no irreverente, y consideran deben ser "privilegiados" como trabajadores del sector. Por lo tanto, donde la labor educativa es más necesaria es en el propio hospital. El médico de asistencia mediante una correcta relación médico-paciente es quien mejor puede realizar esta tarea, convencido de los beneficios

que reporta esta conducta. Los administradores de salud deben apoyarla con métodos que garanticen y estimulen más elevados índices de autopsias. No debe olvidarse que la mayoría de los que requieren atención médica prefieren ser atendidos en hospitales donde se realizan mayor número de autopsias.

Hill y Anderson (1988) plantean la necesidad de una política nacional que de modo oficial garantice el cumplimiento de todas las medidas que ayuden a revitalizar la autopsia. Cuba, cuya situación dista de ser crítica, quizás sea el primer país que logre tal propósito. Como continuación de la investigación "Evaluación de la calidad de los diagnósticos premortem en autopsias realizadas en Cuba entre 1994 y 2003", algunos de cuyos resultados parciales se han expuesto, está propuesto al MINSAP (Ministerio de Salud Pública) un Programa Nacional de Autopsias.

En conclusión la autopsia, el estudio más completo del enfermo/enfermedad y garantía de la máxima calidad del trabajo médico, para salir de la crisis que atraviesa debe alcanzar su calidad total (no basta saber y repetir sus beneficios hay que lograrlos realmente): la precisión y organización de todos los diagnósticos, los gastos más racionales y los menores plazos para hacer llegar a los interesados (clientes) la información útil y necesaria, a la vez que conservarla para finalmente, logrando su pleno aprovechamiento alargar en cantidad y calidad la vida del hombre.

**Agradecimientos:** Al Profesor Fidel Fernández Fernández por su ayuda en la publicación de este trabajo.

## REFERENCIAS

- Barendregt WB, Boer HHM y Kubat K. Quality control in fatally injured patients: The value of the necropsy. *Eur J Surg* 1993;159:9-13.
- Battle RM, Pathak D, Humble CG, Key CR, Vanatta PR, Hill RB y Anderson RE. Factors influencing discrepancies between premortem and postmortem diagnoses. *JAMA* 1987;258:339-44.
- Britton M. Diagnostic errors discovered at autopsy. *Acta Med Scand* 1974;196:203-10.
- Cabrera Rosell P, Montero González T, Hurtado de Mendoza Amat J, Pérez Bomboust I, Cabrejas Acuña MO, McCook Noa L, Almarales Acosta MR, Cabrejas Acuña OM. Utilidad de un sistema de puntuación del Daño Múltiple de Órganos. *Rev Cubana Med Milit.* 2003; 32. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32\\_1\\_03/mil04103.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32_1_03/mil04103.htm) 01/08/03, 42816 bytes

- Cameron HM y McGoogan E. A prospective study of 1152 hospital autopsies: II. Analysis of inaccuracies in clinical diagnoses and their significance. *J Pathol* 1981;133:285-300.
- Coradazzi AL, Morganti AL, Montenegro MR. Discrepancies between clinical diagnoses and autopsy findings. *Braz J Med Biol Res* 2003;36:385-91.
- Cote R. Systematized Nomenclature of Medicine (SNOMed). 2 ed. Skokie: College of American Pathologists, 1979.
- Esteban A, Fernández-Segoviano P. The autopsy as a tool to monitor diagnostic error. *Intensive Care Med.* 1999;25:360-3.
- Friederici HHR y Sebastian M. Autopsies in a modern teaching hospital. A review of 2537 cases. *Arch Pathol Lab Med* 1984;108:518-21.
- Goldman L, Sayson R, Robbins S, Cohn LH, Bettmann M y Weisberg M. The value of the autopsy in three medical eras. *N Engl J Med* 1983;308:1000-5.
- Habeck JO y Waller H. Die anzahl der obduktionen im institut fur pathologie Chemnitz vor und nach der wiedervereinigung (1987-1992). *Pathologie* 1993;14:188-92.
- Hill RB y Anderson RE. The autopsy. Medical practice and public policy. Boston: Butterworths. 1988.
- Hurtado de Mendoza Amat J, Alvarez Santana R, Jiménez López A y Fernández Pérez LG. El SARCAP, Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica. *Rev Cubana Med Milit.* 1995; 24:123-30.
- Hurtado de Mendoza Amat J, Montero González T, Walwyn Salas V, Alvarez Santana R: El Daño Múltiple de Órganos en autopsias realizadas en Cuba en 1994. *Rev Cubana Med Milit* 1997;26:19-29.
- King LS y Meehan MC. A history of the autopsy. A review. *Am J Pathol* 1973;73:514-44.
- Laissue JA, Altermatt HJ, Schaffner TH, Loosli H, Gebbers JO y Truniger B. Le role de l'autopsie en clinique et en pathologie. *Rev Med Suis Rom* 1992;112:841-5.
- López Sánchez J. Finlay. El hombre y la verdad científica. La Habana: Editorial Científico-Técnica. 1987.
- Nadrous HF, Afessa B, Pfeifer EA, Peters SG. The role of autopsy in the intensive care unit. *Mayo Clin Proc.* 2003;78:947-50.
- McKelvie PA y Rode J. Autopsy rate and a clinicopathological audit in an Australian metropolitan hospital - cause for concern? *Med J Aust* 1992;156:456-62.
- Murai Y. Malignant mesothelioma in Japan: analysis of registered autopsy cases. *Arch Environ Health* 2001;56:84-8.
- Ollé-Goig J y Cannela-Soler J. The value of the autopsy in a rural hospital of Haiti. *Tropical Doctor* 1993;23:52-4.
- OPS/OMS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción. Novena Revisión. Washington DC: 1978.
- Ornelas-Aguirre JM, Vazquez-Camacho G, Gonzalez-Lopez L, Garcia-Gonzalez A, Gamez-Nava JJ. Concordance between premortem and postmortem diagnosis in the autopsy: Results of a 10-year study in a tertiary care center. *Ann Diagn Pathol.* 2003;7:223-30.
- Stevanovic G, Tucakovic G, Dotlic R y Kanjuc V. Correlation of clinical diagnoses with autopsy findings: A retrospective study of 2,145 consecutive autopsies. *Hum Pathol* 1986;17:1225-30.
- Tai DY, 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;119:530-6.
- van den Tweel JG. Autopsies as an important indicator for quality control. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2000;144:54-5.
- Veress B y Alafuzoff I. A retrospective analysis of clinical diagnoses and autopsy findings in 3,042 cases during two different time periods. *Hum Pathol* 1994;25:140-5.
- Yesner R. Medical center autopsy costs. *Am J Clin Pathol* 1978;69:242-4.