

La autopsia clínica en la web: aspectos generales

La página web del Club de Autopsias

Ángel Estébanez Gallo¹, Fidel Fernández Fernández²

¹ Técnico Superior de Anatomía Patológica y Citología (TSAPC), responsable Web Club de Autopsias; ² Jefe de Sección de Anatomía Patológica (Patología), Hospital Universitario «Marqués de Valdecilla» (Santander) y Profesor Titular de Anatomía Patológica de la Universidad de Cantabria, Coordinador del Club de Autopsias de la Sociedad Española de Anatomía Patológica (SEAP).
apafff@humv.es

RESUMEN

La autopsia es una importante y necesaria prueba en la práctica clínica que necesita desensamblarse su relevancia. Y esta es la filosofía del Club de Autopsias de la Sociedad Española de Anatomía Patológica. Atendiendo a esto, continuando el trabajo desarrollado a través de la web del Club de Autopsias y amparado por la importancia que internet ha adquirido en el presente hemos hecho una revisión de los contenidos existentes en internet sobre el estudio post-mortem.

Palabras Clave: autopsia, estandarización, foro, web, Internet.

Clinical autopsies in the web: general aspects. The web of the Club of Autopsies of the Spanish Society of Pathology

SUMMARY

Autopsies are an important and necessary part of clinical practice and their relevance should be emphasized. Since this is the philosophy of the Club of Autopsies of the Spanish Society of Pathology and so as to continue the work carried out to date by the Web of this Club, we present a review of the data available in Internet regarding post-mortem examination.

Key Words: Autopsy, standarization, forum, web, Internet.

1. INTRODUCCIÓN

Etimológicamente, «autopsia» significa «ver uno mismo», es decir, «ver con los propios ojos». Al ser un procedimiento que se realiza después de la muerte, también recibe el nombre de examen postmortem o necropsia. Así pues, **autopsia** y **necropsia** son términos sinónimos (1).

La autopsia clínica es, pues, el **procedimiento postmortem** que estudia las alteraciones morfológicas de los órganos y tejidos como consecuencia de la enfermedad (2-6). Cualquier estudio anatomopatológico postmortem, independientemente del tamaño de la muestra (autopsia parcial o completa) o de la técnica morfológica empleada, tendrá la categoría de **autop-**

sia o necropsia. Sin embargo, según el art. 3.4. del Real Decreto 2230/1982, de 18 de junio, sobre autopsias clínicas, «no se entenderá formalmente como autopsia las tomas de muestras y las exploraciones realizadas dentro de las veinticuatro horas siguientes al fallecimiento, con la finalidad exclusiva de comprobar la causa de muerte» (7).

La filosofía de la autopsia viene perfectamente reflejada en el título de un magnífico trabajo, «**La autopsia: la consulta final**» (8).

Existen numerosas técnicas o procedimientos del estudio postmortem:

- a) Técnica de Virchow.
- b) Técnica de Ghon.
- c) Técnica de Letulle.
- d) Otras: PAAF, etc.

A las técnicas convencionales de autopsia habría que añadir otras que aprovechan las modernas técnicas de imagen. Este es el caso de la autopsia guiada por ecografía, también denominada **ecopsia** (9).

2. OBJETIVOS DE LA AUTOPSIA (2-6, 8,10-12)

Las finalidades de la autopsia clínica son, entre otras, las siguientes:

— Determina o corrobora la naturaleza de la enfermedad (causa básica, inicial o fundamental), así como su extensión. Aunque hoy día muchas enfermedades son diagnosticadas en vida por diferentes medios, algunos muy sofisticados (tomografía axial computerizada, resonancia magnética, biopsias estereotáxicas, isótopos radioactivos, etc), la autopsia corrobora, complementa o, en ocasiones, modifica los diagnósticos iniciales. Otras veces es en la autopsia donde se descubre el padecimiento fundamental. El **padecimiento fundamental** es sinónimo de **causa básica, o causa inicial o fundamental de defunción**, es decir, «la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal» (13,14). Revistas médicas de prestigio internacional reconocido han puesto de manifiesto la vigente utilidad de la autopsia clínica, a pesar de los avances tecnológicos comentados.

— Investiga la causa inmediata e intermedia de muerte y aquellos procesos contribuyentes (13,14). La **causa inmediata de defunción** es la enfermedad o condición que causó finalmente la muerte. La **causa intermedia de defunción** es la enfermedad o condición, si hay alguna, que ha contribuido a la causa inmediata. Pueden existir **otros procesos** que contribuyan a la muerte, no relacionados ni desencadenantes de la causa inicial o fundamental.

El Boletín Estadístico de Defunción (BED) es el documento a partir del cual el Instituto Nacional de Estadística (INE) elabora el movimiento natural de la población (15). En él se recoge la causa básica, inicial o fundamental, la causa intermedia y la causa inmediata de fallecimiento desde el punto de vista clínico y sirve, entre otras cosas, de guía para orientar los planes de salud de la población (16-18). Estamos convencidos de que en la cumplimentación del Certificado de Defunción y del Boletín Estadístico de Defunción (19-21), que actualmente realiza el médico clínico, debería intervenir el médico anatomopatólogo, una vez realizada la autopsia. De esta manera, los datos consignados en el Certificado de Defunción y en el Boletín Estadístico de Defunción adquirirían mayor fiabilidad. Este es, por otra parte, el espíritu de la Ley 29/1980, de 21 de junio (22), y del Real Decreto 2230/1982 (7), de 18 de junio de autopsias clínicas, donde, en el art. 6.5, dice «el informe de la autopsia remitido por el Servicio de Anatomía Patológica al Médico de cabecera o en su caso, al Jefe del Servicio correspondiente, servirá para extender el certificado médico del fallecimiento, que deberá reunir los requisitos legalmente establecidos al efecto».

De las cuatro causas de defunción que pueden figurar informadas en el boletín de defunción (inmediata, intermedia, inicial y otros procesos) se selecciona, para ser codificada, la causa básica, según las reglas de selección establecidas por la 10 revisión de la CIE de la OMS (23,24). La fuente de información son los **boletines estadísticos de defunción**, en el caso de fallecidos con más de 24 horas de vida, y el **boletín estadístico de parto** para los nacidos vivos que han fallecido durante las primeras 24 horas. Estos boletines son remitidos mensualmente por los Registros a las Delegaciones Provinciales del INE (15).

— Estudia los procesos secundarios o asociados y los accesorios. Los procesos secundarios al padecimiento fundamental (causa básica o inicial), a veces, pero no siempre, son los que conducen finalmente a la muerte (causa intermedia o inmediata). En la autopsia, por otra parte, es habitual encontrar pequeñas lesiones que no han dado lugar a ningún tipo de manifestación clínica. En todas las autopsias, si se estudian cuidadosamente, aparecen varias lesiones de este tipo. Constituyen hallazgos accesorios, en tanto en cuanto no han repercutido en la evolución del paciente ni han modificado la historia natural de su enfermedad, pero muchas veces sí que tienen una extraordinaria importancia desde el punto de vista epidemiológico o patobiológico. Si no fuera por la autopsia, pasarían totalmente desapercibidos.

— Correlaciona signos y síntomas clínicos de la enfermedad con los hallazgos morfológicos terminales, ejercicio que cobra especial relevancia en las sesiones anatomoclínicas que realizan los diferentes Servicios del hospital con el de Anatomía Patológica. La autopsia se erige aquí en un elemento trascendental para el control de calidad asistencial, junto con las actividades del Comité de Mortalidad, uno de cuyos miembros debe ser un anatomopatólogo. El art. 4.2 de la Ley 29/1980 (22) y el art. 7.2 del Real Decreto 2230/1982 (7) sobre autopsias clínicas dice «Todo caso autopsiado será objeto de una evaluación final clínico patológica y el material científico que de él se derive será puesto a disposición de los médicos para su formación y educación continuada, y será incluido en las estadísticas que cada Centro habrá de llevar reglamentariamente». Para la formación del personal sanitario (médicos en el pre y postgrado, MIR, técnicos especialistas de grado superior en Anatomía Patológica, ...) y la educación continuada en prácticamente todas las especialidades médicas es preciso el concurso de la patología autopsica. El objetivo último es mejorar la asistencia sanitaria de la población.

— Comprueba los resultados de la terapéutica médica o quirúrgica. El arsenal terapéutico, tanto médico como quirúrgico, disponible en la medicina científica actual es muy variado y eficaz, no exento, sin embargo, de efectos colate-

rales o secundarios. Una manera de comprobar la eficacia de estos recursos terapéuticos y de ver sus posibles efectos secundarios es precisamente en la sala de autopsias.

— Investiga, en su caso, aquellas enfermedades contagiosas, hereditarias o transmisibles. A pesar de los avances de la medicina experimentados en los últimos años, queda todavía mucho camino por recorrer. Surgen, además, nuevas enfermedades, algunas de origen infeccioso, por ejemplo el SIDA. Otras, aún enigmáticas en determinados aspectos, como las encefalitis por virus lentos o priones. En fin, lesiones tumorales con determinada carga genética, transmisible de padres a hijos, que se ponen de manifiesto únicamente al realizar la autopsia. La investigación, pues, de todos estos aspectos permitirá a la ciencia médica seguir progresando como lo ha venido haciendo hasta ahora.

Los beneficios de la autopsia son, pues, múltiples: determina la causa de muerte, detecta posibles errores diagnósticos, asegura la rentabilidad y validez de los nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, aporta información de las enfermedades nuevas y de las ya conocidas, y clarifica aspectos médico-legales en torno a la muerte, además de constituir una herramienta docente de vanguardia y una fuente inagotable de investigación.

De manera que, como se señala en el Libro Blanco de la SEAP 1997 («Aprovechamiento de la autopsia: su importancia en el control de calidad hospitalario. La autopsia en el siglo XXI»), la autopsia clínica sigue plenamente vigente (25).

3. LEGISLACIÓN SOBRE AUTOPSIAS (26)

La normativa legal vigente en España está recogida en la Ley de autopsias clínicas 29/1980 de 21 de junio (BOE 154 de 27 de junio de 1980) (22) y el Real Decreto del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre autopsias clínicas 2230/1982 (BOE 218 de 11 de septiembre de 1982) (7). A partir de que tuvieron lugar las transferencias en materia sanitaria, algunas CCAA han elaborado normas o recomendaciones complementarias (C/20 del 14 de septiembre de 1990 y C/4 del 6 de agosto de 1991, del Institut Català de la

Salut), particularmente en lo que concierne a política sanitaria mortuoria.

Algunos documentos legales que hacen referencia a las CCAA (policía sanitaria mortuoria sobre todo), se pueden consultar en el Foro Temático «Legislación en torno a la autopsia» del Club de Autopsias (27).

- Asturias (28).
- Cantabria (29).
- Extremadura (30).
- Murcia (31).
- Navarra (32).

Esto ha sido motivo de discusión por algunos autores en revistas especializadas, como por ejemplo Carnicero MA y Echevarría F, en «Legislación española vigente en materia de Policía Sanitaria Mortuoria. Algunas consideraciones entre las diferentes Comunidades Autónomas», *Cuadernos de Medicina Forense - Número 05, 1996* (33).

Algunos estudiosos del tema han recogido la legislación sobre tanatorios, crematorios y cementerios en sus páginas web (34).

La legislación en materia de salud laboral, de aplicación también en las salas de autopsias, tiene su máximo exponente en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y en los Reales Decretos que la desarrollan. Para facilitar su comprensión y aplicación, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales ha elaborado Guías Técnicas, Notas Técnicas y Fichas y Notas Prácticas. Una descripción más detallada de la normativa en materia de salud laboral se puede encontrar en el número 2 de la Revista Electrónica de Biomedicina (35) y en el Foro Temático «Salud Laboral y Autopsias», del Club de Autopsias (27).

4. TIPOS DE AUTOPSIAS

Existen tres categorías de autopsias y, por tanto, deben contabilizarse como tales en las estadísticas de actividad: autopsias clínicas, autopsias fetales y autopsias judiciales.

a) **Autopsias clínicas:** son las autopsias de pacientes que fallecen por «causas naturales» o por una enfermedad. La autopsia confirma o, en su caso, determina el padecimiento fundamental, las alteraciones secundarias al mismo y aquellas

otras derivadas del tratamiento, describe los hallazgos accesorios asintomáticos, silentes clínicamente, e investiga la causa de muerte. Este tipo de autopsias las realiza un médico anatómopatólogo (art. 1.3 de la Ley 29/1980 (22) y art. 3.1 del Real Decreto 2230/1982 (7), sobre autopsias clínicas).

Las autopsias clínicas, según su procedencia, pueden ser (36):

— **De pacientes ingresados en el propio hospital: autopsias clínicas hospitalarias,** desglosadas por **Unidades o Servicios.** A efectos de estadística hospitalaria, la autopsia clínica debe asignarse al Servicio de procedencia y al médico responsable, independientemente del médico que solicita la autopsia y del Servicio al que esté adscrito.

— **De pacientes no ingresados en el propio hospital** (Urgencias, Hospitalización Domiciliaria, Centros de Salud/domicilios) **o de pacientes provenientes de otros hospitales: autopsias clínicas extrahospitalarias.**

b) **Autopsias fetales** (37) las practicadas a los fetos fallecidos antes de nacer. Los criterios para establecer lo que es «autopsia fetal» no son homogéneos en los hospitales, lo cual dificulta, una vez más, comparar cuantitativamente la actividad de este tipo de autopsias. Sería deseable alcanzar un consenso para delimitar en los fetos lo que corresponde a biopsia y lo que es autopsia, aunque ambos campos se engloben dentro de una Unidad de Patología Fetal donde se estudien todas las muestras biológicas fetales por un **patólogo perinatal** dentro de un equipo multidisciplinar (38).

Algunos criterios de autopsia fetal:

- **Criterio biológico:** el período fetal, según criterios biológicos, comienza a partir de la 10 semana de gestación, cuando finaliza, a su vez, el período embrionario.

- **Criterio temporal:** a partir del segundo trimestre de gestación. El segundo trimestre de gestación comienza a partir de la 12 semana de la fecha de fertilización, pero esta fecha corresponde a la 14 semana desde el primer día del último período menstrual normal (fecha menstrual), que es como se valora habitualmente la edad gestacional. Si se aplicara, pues, este criterio temporal, habría que considerar autopsias

fetales, a aquellas autopsias de **fetos a partir de la 14 semana de gestación**.

- **Criterio de viabilidad:** las muertes fetales tempranas (menos de 22 semanas de gestación, de 500 g o menos) corresponden a fetos que no son viables. Son, pues, **abortos**, siguiendo los criterios de la OMS y del Ministerio de Sanidad y Consumo, y deberían, por tanto, considerarse como biopsia o patología quirúrgica. La autopsia fetal haría referencia, según este criterio, a la practicada a un feto muerto en la fase fetal intermedia y en la fase fetal tardía.

La Ley 42/1988 regula la donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos (39).

Definiciones de la O.M.S. (40):

- **Muerte fetal** es la muerte anterior a la completa expulsión o extracción de su madre de un producto de concepción, con independencia de la duración del embarazo; la muerte es indicada por el hecho de que después de dicha separación, el feto no respira ni muestra ninguna otra evidencia de vida, tal como latido del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimiento apreciable de los músculos voluntarios.

- **Muerte fetal temprana (aborto):** todas las muertes de fetos de menos de 22 semanas de gestación (corresponden aproximadamente a un peso de 500 g o menos). La duración de la gestación se mide desde el primer día del último período menstrual normal. Se considera **feto viable** aquel que tiene un peso al nacer igual o superior a 500 g. Si tiene menos de 500 g, se considera **aborto**.

- **Muerte fetal intermedia:** fetos muertos con 22 o más semanas completas de gestación, pero menos de 28 (su peso suele estar comprendido entre 500 y 1.000 g).

- **Muerte fetal tardía:** muertes fetales con 28 semanas completas de gestación o más (el peso fetal es mayor de 1.000 g). El Ministerio de Sanidad y Consumo (Subdirección General de Epidemiología) considera fallecimiento fetal tardío la muerte de un feto con seis o más meses de gestación (24 semanas o más).

- **Aborto** es la expulsión o extracción de su madre de un feto o embrión de menos de 500 g de peso o 22 semanas de gestación (muerte fetal temprana) o cualquier otro producto de gestación

de cualquier peso y específicamente determinado (ejemplo: mola hidatidiforme), independientemente de la edad gestacional y si hay o no evidencia de vida o si fue espontáneo o provocado.

- **Nacido vivo** es la expulsión completa o la extracción de su madre de un producto de concepción, independientemente de la duración del embarazo, y, el cual, después de dicha separación, respira o muestra cualquier otra evidencia de vida, tal como, latido del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimiento apreciable de los músculos voluntarios, aparte de que se haya cortado o no el cordón umbilical o la placenta permanezca unida». Hay que tener en cuenta que, en España, para los efectos civiles, «sólo se reputará nacido el feto que tuviera figura humana y viviere veinticuatro horas enteramente desprendido del seno materno» (artículo 30 del Código Civil). A partir de 1975 el concepto estadístico de **defunción** ha incorporado a los nacidos con vida fallecidos durante las primeras 24 horas, adoptando el criterio de defunción recomendado por la OMS. Por tanto, por defunción se entiende el fallecimiento de todo ser humano nacido vivo. Además, los **nacidos vivos** son pacientes del hospital y pertenecen, por tanto, en caso de fallecimiento a la categoría de «**autopsias clínicas**». Por otra parte, cuando se trata de la expulsión de más de un producto de la concepción (nacimiento múltiple), cada uno constituye un acontecimiento separado, ya sea un nacimiento vivo o una defunción fetal.

En el traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a las Comunidades Autónomas en materia de Sanidad, se encuentran las derivadas de la Aplicación del Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria (véase referencias en la web en los apartados anteriores), regulado por el Decreto 2263/1974 de 20 de julio, que contempla:

- Toda clase de prácticas sanitarias sobre cadáveres, tales como obtención de piezas anatómicas, tejidos, órganos, así como la conservación temporal, embalsamamiento, prácticas de tanatopraxia, estética y modelado.

- Las condiciones técnico-sanitarias que deben reunir las empresas funerarias de carácter público o privado en los trabajos que realizan y medios que emplean para el transporte nacional

o internacional de cadáveres, féretros e incineraciones.

- Las normas sanitarias que han de cumplir los cementerios municipales, supramunicipales y privados, y demás lugares de enterramientos autorizados.

- Las normas sanitarias en el tratamiento de los restos cadavéricos.

- La función inspectora sanitaria.

La interrupción voluntaria de embarazo (IVE) en España se encuentra despenalizada en los tres supuestos siguientes, según la Ley Orgánica 5 de julio 1985, núm. 9/85, de Reforma del Artículo 417-Bis del Código Penal (BOE 166, de 12 de julio de 1985) (41).

— Primer supuesto: «Riesgo para la salud física o psíquica de la embarazada».

— Segundo supuesto: «Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del artículo 429, siempre que el mencionado hecho hubiese sido denunciado».

— Tercer supuesto: «Presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas». En este tercer supuesto se incluyen los casos de madre VIH positiva.

c) **Autopsias judiciales o médico-legales**, las sometidas a la jurisdicción forense, independientemente de la procedencia (hospitalaria o extrahospitalaria). El principal objetivo de la autopsia judicial es establecer la causa de muerte, muchas veces en circunstancias violentas, extrañas o poco claras, sospechosas de criminalidad (Ley de Enjuiciamiento Criminal, art. 340, 343 y otros). Este tipo de autopsias las realiza un médico forense. El art. 343 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal dice que «en los sumarios a que se refiere el artículo 340 (por muerte violenta o sospecha de criminalidad), aun cuando por la inspección exterior pueda presumirse la causa de la muerte, se procederá a la autopsia del cadáver por los médicos forenses, o en su caso por los que el juez designe, los cuales, después de escribir exactamente dicha operación, informarán sobre el origen del fallecimiento y sus circunstancias».

Las autopsias médico-legales están reguladas por la Ley de Enjuiciamiento Criminal, el Reglamento Orgánico del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses y el Reglamento de los Institutos de Medicina Legal (42-47).

En la práctica es el «certificado de defunción» lo que delimita la «autopsia clínica» y la «autopsia médico-legal». Aunque legalmente, en las autopsias clínicas, «el informe de la autopsia, remitido por el Servicio de Anatomía Patológica al Médico de cabecera o, en su caso, al Jefe del Servicio correspondiente, servirá para extender el certificado médico del fallecimiento, que deberá reunir los requisitos legalmente establecidos al efecto» (Art. 3.1 de la Ley de Autopsias Clínicas (22) y 6.5 del RD sobre Autopsias Clínicas (7)), en la práctica esto no es así, de manera que a los fallecidos que no se les extiende el «certificado de defunción», se les practicará la autopsia médico-legal, a no ser que el médico forense intervenga como médico en funciones del Registro Civil extendiendo dicho certificado de defunción, o realice un informe, tras la apertura de diligencias judiciales, sin necesidad de practicar la autopsia.

5. INDICACIONES DE LA AUTOPSIA (2-6,12)

Según el Colegio Americano de Patólogos, y como punto de partida, los siguientes criterios podrían ser útiles para la realización de la autopsia:

— Muertes en las que la autopsia pueda ayudar a explicar las **complicaciones médicas** existentes.

— Todas las muertes en las que la **causa de muerte o el diagnóstico principal (padecimiento fundamental)** no sea conocido con razonable seguridad.

— Casos en los que la autopsia pueda aportar a la familia o al público en general **datos importantes**.

— **Muertes no esperadas o inexplicables tras procedimientos diagnósticos o terapéuticos, médicos o quirúrgicos.**

— Muertes de pacientes que han participado en **protocolos hospitalarios**.

— **Muertes aparentemente naturales** no esperadas o inexplicables, no sujetas a la jurisdicción forense.

— Muertes por **infecciones de alto riesgo** y enfermedades contagiosas.

— Todas las **muertes obstétricas**.

— Todas las **muertes perinatales y pediátricas**.

— Muertes por **enfermedad ambiental u ocupacional**.

— Muertes de **donantes de órganos** en los que se sospeche alguna enfermedad que pueda repercutir en el receptor.

— Muertes ocurridas **en las primeras 24 horas del ingreso** en el hospital y/o en aquellas que pudieran estar influidas por su estancia hospitalaria.

Algunos hospitales tienen puesta en la red las indicaciones de las autopsias en sus propios centros (48).

El Real Decreto 2230/1982 (7) recoge los siguientes supuestos:

a) Que un estudio clínico completo no haya bastado para caracterizar suficientemente la enfermedad.

b) Que un estudio clínico haya bastado para caracterizar la enfermedad suficientemente, pero exista un interés científico definido en conocer aspectos de la morfología o de la extensión del proceso.

c) Que un estudio clínico incompleto haga suponer la existencia de lesiones no demostradas que pudieran tener un interés social, familiar o científico.

6. REQUISITOS PARA REALIZAR UNA AUTOPSIA CLÍNICA Y PROCESO ADMINISTRATIVO (8,13,14,49,50)

Algunas CCAA, como la Conselleria de Sanidad Valenciana, en la normalización de los documentos básicos de la historia clínica y su conservación, señalan los documentos mínimos requeridos para el estudio postmortem (50):

- Datos de identificación y ubicación o procedencia del paciente.

- Resumen de la historia clínica especificando tratamientos y/o técnicas quirúrgicas realizadas al paciente y diagnóstico clínico.

- Anotaciones sobre la posible causa de muerte.

- Riesgos especiales que obliguen al patólogo a tomar medidas de autoprotección.

Este documento podrá expurgarse si existe el informe del estudio post mortem. En caso contrario deberá conservarse indefinidamente utili-

zando el soporte más adecuado que garantice esta correcta conservación.

— «**Certificado de muerte cierta**» emitido por el médico que solicita la autopsia, en el que se hará constar el día y la hora de fallecimiento. La realización de la autopsia, obviamente, sólo podrá hacerse previa constatación y comprobación de la muerte. La Ley 29/1980 (22), en el art. 3.1 y el Real Decreto 2230/1982 (7), en el art. 6.1, señalan que «para poder iniciar estos estudios deberá extenderse un certificado médico especial, en el que sólo se consignará el hecho de la muerte cierta y que únicamente será válido a estos efectos», emitido por el médico que solicita la autopsia. En la práctica habitual, lo que el médico que solicita la autopsia extiende es el Certificado de Defunción y el Boletín Estadístico de Defunción.

Recientemente nosotros hemos incorporado este requisito en la «hoja de petición de estudio autopsico» con el siguiente tenor: «El médico abajo firmante certifica la constatación y comprobación de la **muerte cierta del paciente**, a efectos de la práctica de la autopsia tal como señala el artículo 2.1 de la Ley 29/1980 y el artículo 6.1 del Real Decreto de autopsias clínicas».

— **Certificado de autorización de estudio necrópsico (autorización)** según modelo normalizado, que incluye el **consentimiento informado** (49, 51-57). Aunque la Ley 29/1980 (22) y el Real Decreto 2230/1982 (7), sobre autopsias clínicas, permite a los hospitales que los pacientes que «...fallezcan en los mismos puedan ser autopsiados sin más requisitos, si por los servicios médicos se estima necesario...» y que «los pacientes fallecidos en dichos hospitales que, por sí mismos o a través de su cónyuge o de sus familiares en primer grado, no hubiesen manifestado su oposición al procedimiento, podrán ser sometidos a un estudio autopsico...», en la práctica, la autopsia clínica se realiza cuando el médico la solicita y los familiares o el representante legal del fallecido lo consienten. Es, pues, un criterio, en general, arbitrario del clínico, con el consentimiento del familiar más próximo.

Un modelo de consentimiento informado está publicado en los Foros Temáticos del Club de Autopsias (27).

La autorización de necropsia que nosotros utilizamos consta de tres hojas autocalcables: un ejemplar para la historia clínica, el segundo para Anatomía Patológica y el tercero para el familiar o representante legal que autoriza la autopsia. En el reverso de este último ejemplar está insertado el siguiente texto informativo

Información al familiar o representante legal que autoriza el examen postmortem

- La autopsia clínica consiste en estudiar las alteraciones morfológicas de los órganos y tejidos provocadas por la enfermedad. Determina, por tanto, la naturaleza y extensión de la misma, comprueba los resultados del tratamiento médico o quirúrgico e investiga el posible componente contagioso, hereditario o transmisible. El hospital garantiza un trato correcto y respetuoso al cuerpo del fallecido, empleando, para realizar la autopsia, técnicas que no producen desfiguraciones externas (art. 3.2 de la Ley 29/1980 de autopsias clínicas (22)).

- Usted recibirá en su domicilio un informe completo y detallado del resultado de la autopsia con:

- a) El padecimiento fundamental.

- b) Todos los hallazgos principales, secundarios y accesorios.

- c) La causa de muerte.

- La autopsia clínica se realiza en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Universitario «Marqués de Valdecilla» por médicos especialistas. Allí podrá recabar la información adicional que necesite (tiempo de autopsia, disponibilidad del cadáver, tiempo de emisión del informe definitivo, etc.).

- Como norma, por motivos estéticos y funcionales, a todo paciente que se le practica la autopsia, se le pone un sudario.

- La realización del estudio autópsico y el traslado del cadáver que sea necesario para la práctica de la autopsia no serán en ningún caso gravosos económicamente para la familia del fallecido (art. 2.1 de la Ley 29/1980 (22) y art. 4.1 del Real Decreto 2230/1982 (7)).

- Le agradeceríamos que cualquier queja o sugerencia la haga llegar a:

Dpto. de Anatomía Patológica
Sección de Autopsias

Hospital Universitario «Marqués de Valdecilla»
Avda. de Valdecilla s/n
39008 SANTANDER

— **Hoja de petición de estudio autópsico** con las normas para su cumplimentación que incluye:

- Identificación del paciente, médico que pide la autopsia y Servicio(s) implicado(s).

- Riesgo biológico de sospecha, en su caso, y tipo.

- Resumen de la historia clínica.

- Análisis de problemas, es decir, relación de problemas clínicos que espera sean resueltos con la autopsia.

- Causa inmediata de muerte (de sospecha).

- Causa intermedia de muerte (de sospecha), en caso de que la hubiere.

- Causa básica, inicial o fundamental (de sospecha).

- Procesos contribuyentes (de sospecha).

- Datos relevantes de la historia clínica extraídos de la misma por el patólogo y que complementan a los anteriores.

- Al final, constatación de muerte cierta por parte del médico que solicita la autopsia.

La petición de estudio anatomopatológico de autopsias fetales suele ser específico (58).

El «análisis de problemas» permitirá dirigir la autopsia a los problemas fundamentales (autopsia dirigida), mientras que la confrontación de las causas básica, intermedia e inmediata de muerte, clínicas y anatomopatológicas, permitirá cuantificar la concordancia o discordancia entre los diagnósticos morfológicos y clínicos.

— Traslado del cadáver al Servicio o Dpto. de Anatomía Patológica (Anexo IV). El traslado del cadáver, cuando éste proceda de su domicilio o de otro hospital, no será en ningún caso gravoso para los familiares (art. 2.1 de la Ley 29/1980 (22) y art. 4.1 del Real Decreto 2230/1982 (7)).

7. CARTERA DE SERVICIOS (2-6,14)

a) Al médico y Servicio de donde procede la autopsia:

El médico que solicita la autopsia debe conocer con detalle la cartera de servicios que se le

ofrece, así como el proceso administrativo a la hora de solicitar una autopsia.

— **Información** (número de registro de la autopsia, MIR y patólogos responsables, ofertas de sesión, datos estadísticos de autopsias (36), ...).

— **Presentación macroscópica** de la autopsia: los médicos que solicitan la autopsia deben tener la posibilidad de participar en la presentación macroscópica de los órganos en la Sala de Autopsias.

— **Informe provisional** de los hallazgos macroscópicos en un plazo de tiempo aproximado de 48 horas. En el informe provisional debe figurar, en orden sucesivo, el padecimiento fundamental (causa básica), la patología secundaria al padecimiento fundamental, la patología accesoria y la causa inmediata de muerte (art. 6.4 del Real Decreto 2230/1982 (7)).

— **Informe definitivo** (13,14) (art. 4.1. de la Ley 29/1980 (22) y art. 7.1 del Real Decreto 2230/1982 (7)) en un plazo máximo de 30 días, como aconseja el Colegio Americano de Patólogos. En el informe definitivo debe figurar:

- Causa básica de muerte.
- Causa intermedia de muerte, en su caso.
- Causa inmediata de muerte.
- Procesos contribuyentes.
- Concordancia clínicopatológica.
- Epicrisis o comentario clínico-patológico basado fundamentalmente en la «solución de problemas».
- Bibliografía.

Se debe intentar diferenciar la causa y el mecanismo de muerte (59).

En otros modelos se ofrece una detallada descripción macro y microscópica, con diagnósticos finales (60)

— **Sesiones clínico-patológicas** (60-62).

— **Otros:** Boletín Informativo, Cursos-Seminarios, CD-ROM, Internet,...

b) Al familiar o representante legal del fallecido (2-6, 65-69)

— **Información:** en el reverso del ejemplar de solicitud de autopsia que se entrega al familiar o representante legal del fallecido se puede leer qué es la autopsia, dónde se realiza, quién la realiza, buzón de sugerencias o quejas, etc.

— Envío por correo del **informe anatomopatológico final** (excluida la epicrisis): Aunque el

art. 2.4 de la Ley 29/1980 (22) y el art. 6.6 del Real Decreto 2230/1982 (7) señalan que «cuando los familiares lo soliciten expresamente tendrán derecho a un informe del resultado de la autopsia emitido asimismo por el Servicio de Anatomía Patológica que lo haya practicado», nosotros enviamos sistemáticamente una copia del informe anatomopatológico final a la persona que firmó la autorización, siempre y cuando en la solicitud de necropsia se haya cumplimentado correctamente los datos de filiación y la dirección postal.

c) Otros:

— **Comisión de mortalidad** hospitalario (36).

• Divulgación-formación.

• **Docencia pre y postgrado** y CONTINUADA.

— **Investigación.**

8. ESTADÍSTICA DE AUTOPSIAS. INDICADORES (3,4,27,36,70)

Se debe registrar periódicamente los principales indicadores de actividad. Estos registros permitirían valorar la evolución de las autopsias dentro del propio hospital y comparar los resultados con otros hospitales:

— Número de **autopsias clínicas hospitalarias**, por Servicios y totales.

— Número de **autopsias clínicas extrahospitalarias**, desglosadas (urgencias, hospitalización domiciliaria, otros).

— Número de **autopsias clínicas totales** (autopsias clínicas hospitalarias + autopsias clínicas extrahospitalarias).

— Número de **autopsias judiciales**.

— Número de **autopsias fetales**.

— Número de **autopsias parciales y completas**.

— Número de **autopsias perinatales:**

a) Del Período Perinatal I (estándar o básico): autopsias de fetos desde la 28 semana (24 según el Ministerio de Sanidad y Consumo) completa de gestación (el peso fetal considerado debe estar por encima de los 1.000 g) y las defunciones de recién nacidos vivos, cualquiera que fuese el peso al nacer, que ocurrieran durante los primeros siete días completos de vida (168 horas). Es la suma de autopsias realizadas a las muertes feta-

les tardias y neonatales precoces. En ausencia de peso conocido, se estima que una longitud de 35 cm vértex-talón equivale a 1.000 g.

b) Del Período Perinatal II (perinatal ampliado): autopsias de fetos desde la 22 semana completa de gestación (el peso fetal considerado debe estar por encima de los 500 g) y las defunciones de recién nacidos vivos, cualquiera que fuese el peso al nacer, que ocurrieran durante los primeros siete días de vida. Es la suma de autopsias realizadas a las muertes fetales tempranas y tardias y neonatales precoces.

— Número de **autopsias neonatales precoces** (autopsias realizadas a los recién nacidos vivos que hayan fallecido durante la primera semana de vida, menos de 168 horas).

— Número de **autopsias neonatales tardias** (autopsias realizadas a los neonatos muertos después del 7.º día postnatal cumplido y antes de los 28 días postnatales).

— Número de **autopsias neonatales** (autopsias neonatales precoces + neonatales tardias).

— Número de **autopsias post-neonatales** (autopsias realizadas a los neonatos de más de 1.000 g muertos después de los 28 días completos hasta el año de vida).

— Número de **autopsias infantiles** (autopsias realizadas a los fallecidos durante el primer año de vida).

— **Número de Servicios con autopsia.**

— **Número de Servicios con mortalidad sin autopsia.**

— **Número de Servicios con autopsias/ Número de Servicios con mortalidad >0.**

— **Tasa de autopsias clínicas hospitalarias**, por Servicios y global. La tasa de autopsias es el número de autopsias realizadas en el período partido por el número de fallecidos en el período y por 100.

— **Número de Servicios con tasa de autopsias igual o mayor al 20%.**

— **Número de Servicios con tasa de autopsias igual o mayor al 20%/Servicios con mortalidad >0.**

— **Índice ajustado.** Se obtiene dividiendo la tasa anual (período de estudio) por la tasa del año base y multiplicado por 100.

— **Número estándar de autopsias clínicas hospitalarias**, global y por Servicios (para el

cálculo del número estándar de autopsias, véase apartado C).

— **Tasa estándar de autopsias clínicas hospitalarias**, global y por Servicios (para el cálculo de la tasa estándar de autopsias, véase apartado C).

— **Evolución de los diversos indicadores.**

Globalmente, parece ser que una tasa de autopsias del 25% es aceptable (para algunos autores mínimo, 5%; máximo 100%; medio, 20%). Ya en 1985, la Ponencia Oficial del Congreso de la Sociedad Española de Anatomía Patológica proponía alcanzar en los próximos años la tasa del 20%. Sin embargo, como los fallecidos en cada Servicio varían ampliamente, parece indicado relacionar las cifras estándar con las de mortalidad del Servicio (la tasa de mortalidad es igual al número de fallecidos en el período partido por el total de ingresos en el período y por 100). Y así:

— Servicios con mortalidad inferior al 5%, el índice de necropsias debería ser superior al 75%.

— Servicios con mortalidad entre 5 y 10%, el índice de necropsias debería ser superior al 50%.

— Servicios con mortalidad mayor del 10%, el índice de necropsias debería ser superior al 20%.

Se han propuesto fórmulas sencillas para calcular la tasa de autopsias estándar, según criterios de mortalidad (36,71).

9. PÁGINA WEB DEL CLUB DE AUTOPSIAS

La navegación a través de páginas de internet en busca de información es una labor de una dificultad mínima pero que puede convertirse en una ardua tarea para quienes no están acostumbrados a desenvolverse en este medio. En este campo nos encontramos con muchos posibles aspectos a tratar y quizá necesitásemos de todo un libro para desarrollar tanta información. Por ello, daremos una visión general de los recursos médicos que se pueden encontrar en internet para centrarnos posteriormente en los elementos que puede tener una web médica como puede ser la página del Club de Autopsias (72).

Dentro de internet, abundan los recursos propios del área biomédica y, en especial, las comunidades de trabajo. En este apartado cabe men-

cionar, por ejemplo, la *National Library of Medicine*, dependiente del *National Center for Biotechnology Information* (73) y su recurso de búsqueda de artículos en revistas científicas *PubMed* (74) o The Cochrane Library (75). Incluso muchas revistas médicas de elevado prestigio tienen su correspondiente versión en la red (cuadro 1).

Pero está apareciendo un nuevo grupo de contenidos que se caracterizan por tener la misma rigurosidad de contenidos y están auspiciados por los propios profesionales de área. Así, tenemos desde las ya tradicionales páginas web personales, pasando por las páginas institucionales (Servicios de Anatomía Patológica de hospitales, áreas de Conocimiento de las Universidades, ...) hasta las comunidades científicas que se están gestando en internet. Es, precisamente, en este último ámbito donde se enmarca la página del Club de Autopsias (72).

UniNet (76) se ha conformado como una red de cooperación universitaria y de investigación en temas tan diversos como ciencias, derecho, o humanidades. Dentro de esta red están integrados varios recursos relacionados con la Anatomía Patológica: COPAT (77) y su foro de discusión de casos PATOLOGÍA (78), el Congreso Virtual de Anatomía Patológica (79), etc. Integrado entre estos recursos, y que nos merece una mención especial, está Eusalud-L (80) que nació como una página de discusión de casos clínicos y actualmente alberga la web del Club de Autopsias.

Por último, está floreciendo un nuevo formato de información: las Revistas Electrónicas o Electronic Journals. En el entorno de UniNet y Eusalud-L ya hay algunas publicaciones virtuales en funcionamiento, como son la Revista Electrónica de Medicina Intensiva (81) o la Revista Electrónica de Biomedicina (35). Desde la filosofía del Club de Autopsias de mejorar la calidad de la autopsia y difundir su utilidad, en breve publicaremos el primer número de la Revista Electrónica de la Autopsia, que estará disponible en la dirección (82).

Una vez expuesto el entorno en el que se encuentra inmersa la web del Club de Autopsias, es el tiempo de hablar sobre la propia web.

El Club de Autopsias empezó su actividad en internet el 1 de julio de 2002 con un caso de «Nódulos esplénicos» (83) y siete días más tar-

Cuadro 1

— New England Journal of Medicine http://www.nejm.org
— The Journal of Neuroscience http://www.jneurosci.org/
— Journal of Biological Chemistry http://www.jbc.org/
— Science http://www.science.com
— Nature http://www.nature.com
— The Lancet http://www.thelancet.com
— Revista de Patología http://www.repatologia.com
— Etc., etc.

de con la sesión clínico-patológica titulada «Masa intracardiaca, insuficiencia cardiaca y muerte súbita» (84). La filosofía de estas actividades es la creación de un foro de discusión sobre el caso presentado. Así, en los «Casos de Patología autopsica» se presenta un hallazgo concreto de la autopsia y, a través de fotografías, se exponen las técnicas necesarias para realizar un diagnóstico. Al final de cada mes el autor ofrece su diagnóstico final acompañado de las oportunas referencias bibliográficas y aportando, si es necesario, las pruebas complementarias realizadas.

El otro apartado inicial está constituido por las «Sesiones clínico-patológicas», en las que no sólo se presentan hallazgos extraídos de la necropsia sino que primero se realiza una exposición y posterior discusión de la evolución clínica y las pruebas realizadas del paciente. Para ello, se combina la exposición de datos mediante diapositivas y el uso de imágenes de las pruebas realizadas (Rx, TAC, RNM, ECG, ...) y se suele invitar a participar, en el primer foro (datos clínicos), a algún médico de prestigio dentro de la especialidad correspondiente. Una vez que los autores exponen el diagnóstico clínico y los datos más relevantes del estudio post-mortem se

abre un segundo foro para que, al finalizar el segundo mes, los autores expongan el diagnóstico final y los datos necesarios que lo respalden.

Para la participación en los foros de discusión de los casos y sesiones clínico-patológicas, el Club de Autopsias utiliza la lista de distribución de Eusalud-I en RedIRIS (85). Para el envío de comentarios es necesario que el participante se encuentre suscrito a esta lista (86) y, siguiendo las instrucciones que aparecen en cada caso y sesión, envíe un correo electrónico con el comentario que desee realizar a la dirección de la lista de distribución (87).

El siguiente gran paso, una vez creados y consolidados los foros de discusión de casos y sesiones, fue la creación de los foros temáticos (27), diseñados con la idea de dar cabida a las cuestiones que se plantean en el día a día de la autopsia: desde la técnica hasta la clasificación diagnóstica, desde la legislación hasta la calidad de la autopsia, y todos aquellos temas abarcables por un foro de estas características. Precisamente, uno de los pilares sobre los que se sustenta la idea de estos foros es disponer de un lugar en el que el visitante pueda plantear las preguntas que le surjan en el desarrollo de su actividad profesional y compartir sus conocimientos en beneficio de la autopsia. Para conocer más sobre el funcionamiento de los foros, se puede visitar la página de instrucciones (88). Los foros que hasta el momento se han creado abarcan los siguientes temas:

- a) Legislación en torno a la autopsia.
- b) Indicadores de actividad necrótica en los hospitales.
- c) Categorías diagnósticas y correlación clínico-patológica
- d) Salud laboral y autopsias.
- e) Información al clínico/familia y consentimiento informado.
- f) Recursos humanos, materiales y organizativos.
- g) Comisión de Mortalidad.
- h) Protocolos.

Paralelamente a la creación de los foros temáticos, apareció la sección de documentos (89) que incorpora textos de relevancia en el campo que nos atañe con el propósito, por un lado, de facilitar al visitante el acceso a dichos

documentos y, por otro lado, que los mismos sirvan como temática de discusión para lograr nuevos documentos de consenso (documentos legales, protocolos, estudios estadísticos, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

1. de Rezende JM. Linguagem médica. Autópsia, autopsia, necrópsia, necropsia, necroscopia. <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/autopsia.htm>.
2. Fernández F, Buelta L, Arce F, Gómez J, Mayorga M, Toledo A, Villoria F, Figols F. Divulgación de la autopsia clínica. III Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. <http://conganat.uniovi.es/forosychat/autopsias.htm>.
3. Fernández F, Buelta L, Arce F, Gomez J, Mayorga M, Toledo A, Villoria F, Figols J, Val-Bernal F. Estandarización de la autopsia clínica. III Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. <http://conganat.uniovi.es/forosychat/autopsias.htm>.
4. Fernández F. Autopsias. <http://aulavirtual.unican.es/materiales/luisbuelta/hospital/autopsias/estructura/estandar.htm>.
5. Fernández F, Arce F, Gómez J, Mayorga M, Villoria F, Figols F. La autopsia clínica. <http://aulavirtual.unican.es/materiales/luisbuelta/hospital/autopsias/estructura/divulgac.htm>.
6. Fernández F. Boletín Informativo: La Autopsia Clínica. Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario «Marqués de Valdecilla». <http://aulavirtual.unican.es/materiales/luisbuelta/hospital/autopsias/estructura/boletin.htm>.
7. Real Decreto 2230/1982, sobre autopsias clínicas. http://eusalud.uninet.edu/cl_autopsias/Documentos/RD1982.pdf.
8. Sánchez-Mena MR, Medina-Escobedo G, Vega-Ramos BE, Bolio-Solís A, Valencia-Arana S, Sosa-Muñoz J, Echeverría-Eguiluz M, Rivero-López J. La autopsia: la consulta final (Coordinadora: Rodríguez-Moguel L). <http://www.uady.mx/~biomedic/rb97836.html>.
9. Fariña J. La ecografía en los estudios postmortem: ECOPSIA. II Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. <http://www.conganat.org/iicongreso/conf/011/resultad.htm>
10. Universidad Católica de Chile. Manual de Patología General. Capítulo 6. Técnicas Diagnósticas en Histopatología. La Autopsia. http://escuela.med.puc.cl/publ/PatologiaGeneral/Patol_122.html.
11. UFF. Patología de necropsia. <http://www.uff.br/mpt/necro.htm>.

12. Acuña JC. La autopsia como indicador de interés clínico. <http://www.medmayor.cl/apuntes/anatomiapatologica/AUTOPSIA.PPT>.
13. Hurtado J. Evaluación de la calidad de los diagnósticos premortem en autopsias. Experiencias sobre los talleres y entrenamientos del sistema automatizado de registro y control de Anatomía Patológica. http://eusalud.uninet.edu/cl_autopsias/Documentos/Taller%20AP.pdf.
14. Hutchins GM, Berman JJ, Moore GW, Hanzlick R, CAP. Practice Guidelines for Autopsy Pathology. <http://www.netautopsy.org/autoguid.htm>.
15. INE. Instituto Nacional de Estadística. <http://www.ine.es/>.
16. INE. Estadísticas Sanitarias del INE. <http://www.ine.es/prodyser/catalogo/sanitari.htm>.
17. INE. Estadística de defunciones según la causa de muerte. http://www.ine.es/plan2003/plan4_sociales.pdf.
18. INE. Glosario. Causa básica de defunción. <http://www.ine.es/tempus/glosario/concepto/c.htm>.
19. Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades. Guía de autoaprendizaje para el llenado correcto del certificado de defunción. <http://www.isea.gob.mx/guia.pdf>.
20. Contreras-Lemus J, Flores-Huerta S, Cardona-Pérez JA. Propuesta de un certificado de defunción para mejorar el registro y reporte de la muerte en el período perinatal. *Salud Publica Mex* 2001; 43:217-223. http://www.insp.mx/salud/43/433_6.pdf.
21. El Médico Interactivo. Certificado médico de defunción. <http://www.medynet.com/elmedico/bibliografia/actualizacion/certificado.htm>.
22. Ley 29/1980, de autopsias clínicas. http://eusalud.uninet.edu/cl_autopsias/Documentos/1.htm.
23. Clasificación Internacional de Enfermedades 10º CIE 10º REVISION. http://www.sssalud.gov.ar/documentos/hpgd_norm/cie_10_revi.pdf.
24. Carrillo J. Clasificación de enfermedades y defunciones según la causa de muerte. *Revista Fuentes Estadísticas* 49: 16-17. <http://www.fuentesestadisticas.com/Numero49/Paginas/16-17.htm>.
25. Libro blanco de la SEAP – 1997. <http://www.seap.es/informacion/LibroBlanco1997.pdf>.
26. Derecho y Sanidad: Normativa. <http://www.geocities.com/mundoderecho/SANIDAD/index legis.html>.
27. Foros Temáticos del Club de Autopsias. http://eusalud.uninet.edu/cl_autopsias/Forostem/foros.htm.
28. Decreto 72/1998, de 26 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria en el ámbito del Principado de Asturias. <http://constitucion.rediris.es/oapa/codigaut/1998/TCD072-1998.html>.
29. Decreto 1/1994, de 18 de enero, de Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria (B.O.C. nº 20-28/1/1994). <http://www.csanidadcantabria.com/sanidad2/normativa/decretoa.html>.
30. Decreto /2002, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por el que se aprueba el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria. <http://www.sanidaddigital.org/archivos%20pdf/2003.pdf>.
31. Orden de 7 de junio 1991, de la Consejería de Sanidad, por la que se dictan normas sobre Policía Sanitaria Mortuoria. http://www.carm.es/borm/docs/LE0000055044_19910615.HTML.
32. Decreto Foral 297/2001, de 15 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento de Sanidad Mortuoria http://www.aeds.org/legislacion/navarra_df297_2001.htm.
33. Carnicero MA, Echevarría F. Legislación española vigente en materia de Policía Sanitaria Mortuoria. Algunas consideraciones entre las diferentes Comunidades Autónomas», *Cuadernos de Medicina Forense* 1996; 5:29-34. http://www.cica.es/~aamefo/revistas/anteriores/es/es_revista_ant-05.html.
34. Rodríguez J. Legislación sobre tanatorios, crematorios y cementerios. http://www.pepe-rodriguez.com/Morir/Legislacion/Morir_leg_funerarias.htm.
35. *Revista Electrónica de Biomedicina*. Número 2. Mayo-Agosto de 2003. <http://biomed.uninet.edu/>.
36. Comisión de Mortalidad. Hospital Universitario «Marqués de Valdecilla». Indicadores. http://www.humv.es/informacion/comites/b06_mortalidad.htm.
37. Cusí. Autopsia fetal y perinatal. www.acmcb.es/societats/anatomia/cusi.htm.
38. Iglesias J, Van der Velde J, Rittler M, Dinerstein A, Spinelli S, Naddeo S. Reconocimiento de malformaciones fetales. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá* 1997; XVI:60-62. <http://www.sarda.org.ar/Revista%20Sard%C3%A1/197b/60-62.pdf>.
39. Ley 42/1988, sobre donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos. <http://www.geocities.com/mundoderecho/SANIDAD/index legis.html>.
40. Definiciones. <http://www.geocities.com/medicos76/definiciones.html>.
41. Ley Orgánica 5 de julio 1985, núm. 9/85, de Reforma del Artículo 417-Bis del Código Penal (BOE 166 de 12 de julio de 1985). <http://www.geocities.com/mundoderecho/SANIDAD/index legis.html>.
42. Ley de Enjuiciamiento Criminal. http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/lecr.html.
43. Reglamento Orgánico del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses. <http://dgraj.mju.es/mediper/Reglamentos/Forenses/Indexe.html>.

44. Real Decreto 296/1996, de 23 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Cuerpo de Médicos Forenses. http://www.sc.ehu.es/dpwlonaa/repertorio/legislacion/derecho_procesal_organico/Reglamento%20organico%20de%20los%20medicos%20forenses.htm.
45. Reglamento Orgánico 23-2-1996: modificación. <http://dgraj.mju.es/mediper/Reglamentos/Forenses/Modificacion.html>.
46. Real Decreto 1619/1997, de 24 de octubre, por el que se modifica el Reglamento Orgánico del Cuerpo de Médicos Forenses. <http://www.arrakis.es/~jacoello/301097.pdf>.
47. Real Decreto por el que se modifica el Reglamento Orgánico del Cuerpo de Médicos Forenses. <http://www.jurisweb.com/legislacion/procesal/RD%20modifica%20RD%20Medicos%20Forenses.htm>.
48. Indications for Autopsy. Medical College of Ohio Hospitals. <http://www.mco.edu/policies/pdfs/7-53-17.pdf> http://www.medal.org/docs_ch38/doc_ch38.05.html.
49. Montana State Hospital. Policy and Procedure. Death and Autopsy. http://www.dphhs.state.mt.us/about_us/divisions/addictive_mental_disorders/montana_state_hospital/vol_ii/16_physical_health/death_and_autopsy.pdf.
50. ORDEN de 14 de septiembre de 2001, de la Conselleria de Sanidad, por la que se normalizan los documentos básicos de la historia clínica hospitalaria de la Comunidad Valenciana y se regula su conservación. <http://www.uv.es/~fevepa/2%20CPTA%20SEGUNDA%20HCligv.html>.
51. Herranz G. Comentarios al Código Español de Ética y Deontología Médica de 1990. <http://www.unav.es/cdb/dhbcedmindice.html>.
52. Manrique JL. Consentimiento informado. <http://www.comite.bioetica.org/biblio3.htm>.
53. Rodríguez J. Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. http://www.pepe-rodriguez.com/Morir/Legislacion/Morir_leg_3_01_gal_consent_inform.htm.
54. LEY 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. <http://www.todalaley.com/mostrar-Ley427p1tn.htm>.
55. Stanford Sample Consent Form. <http://human-subjects.stanford.edu/consents/Spanish.pdf>.
56. Model Victorian Guidelines on Requesting Consent for Non-coronial Post-mortem Examination. http://www.dhs.vic.gov.au/phd/postmortem/downloads/guidelines_postmortem.pdf.
57. Medical University of South Carolina. Consent to Research. Autopsy Tissue Collection Standard Consent. <http://research.musc.edu/ori/irb/autops-tiss.pdf>.
58. Rodríguez J. Autopsia pediátrica y fetal: perspectiva histórica y problemática actual. <http://conganat.uninet.edu/ICVHAP/conferencias/001/anejo.htm>.
59. Corredoira Y. Autopsia. Procedimientos. <http://www.geocities.com/CollegePark/Housing/2377/Apuntes/AUTOPSIA.html>.
60. Cornejo V, Guerrero M. La patología era cerebral, pero la causa de muerte fue respiratoria. Revista Médica de Santiago, 2000; 3 (16). http://www.rms.cl/Numeros_anteriores/rms_16/protocolo_de_autopsia_i.htm.
61. Foro de Sesiones Clínico-Patológicas del Club de Autopsias de la SEAP. http://eusalud.uninet.edu/cl_autopsias/sesiones.htm.
62. Murcia S. Conferencia Clínico-Patológica. Caso No. 24. <http://www.encolombia.com/pediatria/34399conferencia.htm>.
63. The Australian Health Ministers' Advisory Council. Subcommittee on Autopsy Practice. The National Code of Ethical Autopsy Practice. <http://www.health.gov.au/code.pdf>.
64. Methodist Health Care System. La Anatomía Patológica: La Autopsia. <http://www.methodisthealth.com/spanish/pathology/autopsy.htm>.
65. American Academy of Family Physicians. Autopsia: Preguntas y respuestas. <http://familydoctor.org/spanish/e149.html>.
66. Murguía R. La autopsia. <http://www.mipediatra.com.mx/ago98.htm>.
67. The University of Texas MD Anderson Cancer Center. <http://www3.mdanderson.org/depts/pathology/spanish/autopsia/>.
68. Perinatal Pathology Department. King Edward Memorial Hospital. Post Mortem Examinations. Information for Parents. http://www.health.wa.gov.au/postmortem/docs/Information_Parents_KEMH.pdf.
69. Paediatric Pathology Department. Princess Margaret Hospital. Post Mortem Examinations. Information for Parents. http://www.health.wa.gov.au/postmortem/docs/Information_Parents_PMH.pdf.
70. SAV. Indicadores de actividad hospitalaria en una Sección de Autopsias. III Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. <http://conganat.uninet.edu/IIICVHAP/comunicaciones/downtodos.htm>.
71. Fernández F. Método sencillo para calcular la tasa y el número de autopsias estándar de un hospital. II Congreso Hispanoamericano de Ana-

- tomía Patológica. <http://www.conganat.org/iicongreso/comunic/060/>.
72. Página Web del Club de Autopsias. http://eusalud.uninet.edu/cl_autopsias.
 73. National Library of Medicine – National Center for Biotechnology Information. U.S.A. Government. <http://www.nlm.nih.gov/>.
 74. PubMed – Recurso de búsqueda bibliográfica de la Nacional Library of Medicine. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>.
 75. Recurso de búsqueda bibliográfica. <http://www.cochrane.org>.
 76. Página principal de UniNet. <http://www.uninet.edu>.
 77. Área de Patología (Anatomía Patológica) en UniNet. <http://www.uninet.edu/copat/index.html>.
 78. Foro de discusión de casos – Patología. <http://pat.uninet.edu/zope/pat/>.
 79. Congreso Virtual de Anatomía Patológica. <http://www.conganat.org>.
 80. Página principal del servidor Eusalud. <http://eusalud.uninet.edu>.
 81. Revista Electrónica de Medicina Intensiva. <http://remi.uninet.edu>.
 82. Dirección de la futura Revista Electrónica de la Autopsia. <http://rea.uninet.edu>.
 83. Caso de Patología Autóptica 1. Nódulos esplénicos – Club de Autopsias. http://eusalud.uninet.edu/cl_autopsias/Casos/1.02/caso.htm.
 84. Sesión Clínico-patológica 1. Masa intracardiaca, insuficiencia cardiaca y muerte súbita – Club de Autopsias. http://eusalud.uninet.edu/cl_autopsias/Sesiones/1.02/index.htm.
 85. Página principal del servidor RedIRIS. <http://www.rediris.es>.
 86. Información en el servidor RedIRIS sobre la lista de distribución Eusalud-L <http://www.rediris.es/list/info/eusalud-l.es.html>.
 87. Dirección de correo electrónico de la lista de distribución utilizada en el Club de Autopsias. eusalud-l@listserv.rediris.es.
 88. Instrucciones de los Foros Temáticos – Club de Autopsias. http://eusalud.uninet.edu/cl_autopsias/Forostem/funcionamientotematicos.htm.
 89. Listado de documentos insertados en la web del Club de Autopsias. http://eusalud.uninet.edu/cl_autopsias/Documentos/index.htm.

**XV Reunión de la Asociación Española
de Patología Cervical y Colposcopia
y
Reunión de la Sociedad Española de Citología**

Las Palmas de Gran Canaria, 20-21-22 de noviembre de 2003

Auditorio Alfredo Kraus

elipse@elipse-eventos.com

Elipse, Gestión de Eventos
General Vives, 77, Oficina A1
35007 Las Palmas de Gran Canaria
Tfno: 928 227 079 - Fax 928 224 130
<http://www.aepcc.org/congreso>