

Prácticas en cadáver para la enseñanza. ¿Se debería pedir el consentimiento informado?

José Felipe Solsona Durán y Alexandra Sucarrats Farré

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital del Mar. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.

Las prácticas en cadáver en las unidades de cuidados intensivos han supuesto, tradicionalmente, un modo de aprendizaje de técnicas tanto terapéuticas como diagnósticas. Las prácticas más habituales incluyen toracocentesis, punción pleural, colocación de drenajes pleurales, pericardiocentesis, biopsia hepática, acceso a una vía venosa, punción lumbar, traqueotomía y, especialmente, intubación orotraqueal. La intubación orotraqueal es un procedimiento muy frecuente en las unidades de cuidados intensivos y se suele realizar en situaciones límite en las que una insuficiente habilidad para su ejecución puede suponer un perjuicio importante para el paciente. Por tanto, se considera apropiado la utilización de un modelo natural para su enseñanza, ya que las condiciones anatómicas de simulación en un maniquí no son las mismas que las circunstancias reales en el ser humano. Es frecuente que estas prácticas en cadáver se efectúen sin el consentimiento de la familia, fundamentalmente porque existe la sensación de que así se evita añadir más sufrimiento a la situación de estrés emocional asociada a la muerte de un familiar. El marco legal que regula la realización de este tipo de procedimientos en recién fallecidos es un tanto ambiguo. El Reglamento de la Policía Sanitaria Mortuaria aprobado por el Decreto 2.263/1974, de 20 de julio, es el que regula las actuaciones médicas en relación con los cadáveres. En el artículo 19 se menciona que «La autopsia no judicial con fines de investigación científica, y la utilización de cadáveres para la enseñanza, sólo podrá realizarse en los casos y circunstancias previstos en las disposiciones vigentes. No se entenderán incluidas en el párrafo anterior las exploraciones anatómicas y quirúrgicas realizadas sobre el cadáver dentro del plazo de las 24 horas del fallecimiento, a fines exclusivos de determinación de la causa de la muerte, por los servicios de la institución hospitalaria en que haya ocurrido la defunción y siempre que no conste la oposición de la familia o no exista previa intervención judicial». Según los juristas consultados, la ley que regula, en nuestro país, las prácticas en cadáver para la enseñanza es similar a la de la donación de órganos en tanto que, si no existe un documento escrito por el paciente en el que exprese su disconformidad, o si la familia durante las 3-4 horas después del fallecimiento del paciente, no se expresa en contra de dichos procedimientos, legalmente se pueden ejecutar dichas prácticas.

En una encuesta llevada a cabo durante el año 2000, se recogía la experiencia de la realización de prácticas en cadáver por parte del personal sanitario. En total, se entrevistó a 150 profesionales sanitarios del área de críticos y urgencias incluyendo 90 diplomados(as) de enfermería y 60 médicos de siete centros hospitalarios (tabla 1). Se registraron datos acerca de la profesión y servicio al que pertenecía el encuestado, así como si se habían realizado prácticas en recién fallecidos durante el último año y, en caso afirmativo, si se había pedido el consentimiento y qué técnicas se habían practicado. A continuación, se pedía la opinión sobre si se debería solicitar el consentimiento informado a

la familia del recién fallecido, antes de la realización de prácticas en el cadáver y, en caso afirmativo, si tenía que ser general o específico para cada técnica. Asimismo, en el caso de pedir el consentimiento a la familia, se valoraba en qué porcentaje pensaban *a priori* que sería denegado. Finalmente, se interrogaba acerca de cuál era el conocimiento del marco legal que regula la realización de prácticas en el recién fallecido para el aprendizaje. De los 150 profesionales entrevistados, el 14 y el 18% del personal de enfermería y médicos, respectivamente, habían realizado prácticas en cadáveres durante el transcurso del último año. De ellos, el 91% de los médicos y el 92% del personal de enfermería no habían pedido el consentimiento informado previo a la realización de dichas prácticas y, sin embargo, el 75% del personal de enfermería y el 58% de los médicos opinaba que se hubiera debido solicitar el consentimiento de la familia, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,02$). Únicamente un 8% de los médicos y un 16% del personal de enfermería opinaron que nunca se deberían realizar prácticas en cadáver. Del 75% del personal de enfermería que consideraron que se debería pedir el consentimiento a la familia, el 65% opinó que éste debería ser general frente a un 35% que opinó que debería ser específico para cada técnica (por ejemplo, solamente pedir consentimiento informado para intubación orotraqueal). Del 58% de los médicos que creía que debía pedirse el consentimiento informado, el 63% opinó que éste debería ser general, frente al 37% que opinaba que debería ser específico. Con respecto al tipo de práctica, el 100% de los médicos realizaron prácticas de intubación orotraqueal frente al 92% del personal de enfermería, y el 94% de los médicos insertaron catéteres venosos frente al 23% de los(as) enfermeros (as), diferencia que fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Por otra parte, el 9% de los médicos colocaron drenajes de cualquier tipo, siendo el porcentaje nulo en el personal de enfermería. Ninguno de los profesionales sanitarios realizaron prácticas de traqueotomía. Si se tuviera que consultar a la familia, el 65% de los médicos y el 77% del personal de enfermería creían que el porcentaje de negativas por parte de las familias estaría entre el 75 y el 100%. Por último, el 39% del personal de enfermería conocía el marco legal que amparaba dichas técnicas, frente al 48% de los médicos.

TABLA 1.

Resultados de la encuesta realizada a 150 profesionales sanitarios sobre la realización de prácticas en cadáver

	Personal de enfermería (n = 90) (%)	Médicos (n = 60) (%)	p
Prácticas en el último año	18	14	NS
No petición de CI	92	91	NS
Piensan que se debería pedir CI	75	58	0,02
Nunca se deberían realizar prácticas en el cadáver	16	8	NS
Si se solicitase a la familia, se denegaría en un 75-100% de los casos	77	65	NS
Conocimiento del marco legal	39	48	NS
Técnicas realizadas: intubación orotraqueal	92	100	NS
Técnicas realizadas: colocación de catéter venoso	23	94	<0,001

CI: consentimiento informado. NS: no significativo.

Correspondencia: Dr. José F. Solsona.
Servicio de Medicina Intensiva. Hospital del Mar.
Passeig Marítim, 25-29. 08003 Barcelona.

Recibido el 21-2-2001, aceptado para su publicación el 25-4-2001

Med Clin (Barc) 2001; 117: 351-352

Los resultados de esta encuesta indican que en un porcentaje elevado de casos los profesionales sanitarios no piden el consentimiento informado para la realización de prácticas en cadáver, aunque la inmensa mayoría considera que existe la obligación moral de solicitarlo. Una de las razones reside en la supuesta negativa en una amplia mayoría de casos. Además de la creencia de que pedir el consentimiento implica un sufriimiento añadido a la familia, la ocultación de las prácticas en cadáver podría deberse a los siguientes motivos: *a)* valoración positiva que hace el profesional sanitario del bien social que dichas prácticas suponen; *b)* soslayar los posibles conflictos al solicitar el consentimiento, y *c)* evitar acciones legales. Por otra parte, menos de la mitad de los encuestados conocía el marco legal que regula este tipo de procedimientos que, aunque un tanto ambiguo, en nuestro país es similar a la donación de órganos, es decir, que se pueden realizar prácticas en cadáver si el paciente no hubiera manifestado, en vida, lo contrario. Los códigos deontológicos han recordado siempre a los médicos la necesidad de no perjudicar y buscar el máximo beneficio para sus enfermos. En 1979, con la publicación del Informe Belmont¹ y el trabajo de Beauchamp y Childress², aparecieron los cuatro fundamentos que desde entonces han sido conocidos como los principios de la bioética: *a)* no maleficencia; *b)* beneficencia; *c)* autonomía, y *d)* justicia. Éstos pueden ser formulados de la siguiente manera: la no maleficencia impone al médico la obligación prioritaria de no perjudicar al enfermo; la beneficencia, la obligación de procurar el máximo beneficio al paciente, lo que obliga a tener en consideración lo que el paciente considere como beneficioso para él; la autonomía admite la libertad que tiene el paciente para tomar decisiones; la justicia obliga a distribuir los recursos sanitarios, los beneficios y las cargas equitativamente entre todos los miembros de la sociedad.

Sin embargo, la aplicación de estos cuatro principios en casos concretos presenta ciertas dificultades, entrando en conflicto unos con otros, en cuyo caso se precisa un criterio para jerarquizarlos. Este problema lo ha enfocado brillantemente Gracia^{3,4}, que ha jerarquizado los cuatro principios en un primer nivel, de carácter más absoluto, constituido por los principios de «no maleficencia» y «justicia», y un segundo nivel en el que se encontrarían los principios de «autonomía» y «beneficencia». Trasladando estos principios y su jerarquización al tema que nos ocupa, existe un conflicto entre el principio de justicia (beneficio social del procedimiento) y el binomio autonomía-beneficencia (deseos del paciente), siempre que no se conculque el principio de no maleficencia. Este último principio, no hacer mal, está representado por la mutilación del cadáver, situación que habitualmente no se produce, debido a que las prácticas más frecuentemente llevadas a cabo son la intubación orotraqueal y la inserción de catéteres venosos, por este orden.

Si el conflicto se plantea entre estos dos niveles, es evidente que el de justicia (primer nivel) prevalece sobre el binomio autonomía-beneficencia (segundo nivel), salvo argumentos en contra del beneficio social de las prácticas en cadáver, para la enseñanza de la medicina. Éstas deben ser realizadas después de un aprendizaje progresivo, es decir: en primer lugar, la adquisición de unos conocimientos teóricos sobre la técnica a realizar; en segundo lugar, la realización de prácticas en un maniquí y, en último término, la ejecución de prácticas en un cadáver debidamente tutorizadas por una persona competente en dichas habilidades técnicas y que garantice el respeto que se merece el recién fallecido. En opinión de otros autores, sí se debería solicitar el consentimiento informado a la familia del difunto, y todo con ello cumpliendo una serie de directrices como el que sólo deben ser permitidos los procedimientos no mutilantes; la enseñanza sobre el recién fallecido será la culminación de un proceso progresivo de aprendizaje, y el consentimiento se ha de obtener sin estar ligado al de la autopsia. San-

tos⁵ propone para ello una serie de criterios a cumplir: *a)* comprobación de muerte cierta, *b)* consentimiento previo del paciente o de la familia tras el fallecimiento, y *c)* que esta práctica supusiera una etapa más en una formación ya iniciada y siempre supervisada por un docente.

En la encuesta realizada, el 65% de los médicos y el 77% del personal de enfermería creía que en el caso de consultar a la familia para obtener la petición de consentimiento, el porcentaje de rechazo estaría entre el 75-100% de los casos. Esta opinión contrasta con los resultados encontrados por Benfield et al⁶ quienes en una unidad de cuidados intensivos pediátrica consiguieron que un 80% de las familias otorgase su consentimiento para prácticas de intubación endotraqueal, aunque asociado siempre a la autopsia del neonato. En otro estudio, Orlowsky et al⁷ concluyen que el uso de cadáveres para la enseñanza de la intubación está justificado, pero que los pacientes deben tener la oportunidad de manifestar su negativa mediante una directiva previa.

Sin embargo, en el día a día de la práctica asistencial, los profesionales sanitarios nos impregnamos de experiencia mediante pacientes competentes a quienes no pedimos consentimiento. Siempre existe una primera vez en que médicos y personal de enfermería realizan una técnica (intubación orotraqueal, inserción de vía venosa, colocación de drenajes, etc.) a un paciente competente sin informarle de la situación de inexperiencia. Tal situación es asumida pasivamente por la sociedad, ya que, si no, en última instancia, nadie podría adquirir experiencia. Creemos que se debe proceder de igual manera para las prácticas en cadáver. Pero al mismo tiempo, se deben exigir unas premisas para asegurar la no maleficencia del acto, que consisten, fundamentalmente, en una tutorización del procedimiento por personal más competente, la no mutilación y la restricción a personas de las que se espera se desenvuelvan en circunstancias de urgencia, como los encargados de lograr la disponibilidad de la vía aérea en la intubación orotraqueal.

Por último, como profesionales sanitarios no debemos contentarnos con el cumplimiento de una ética de mínimos, es decir, equiparar moralidad a legalidad y cumplir sólo con lo que mínimamente la sociedad nos exige, sino avanzar hacia una ética de máximos, en la que aseguremos que los pacientes tienen suficiente información acerca de que su silencio, en el tema que nos ocupa, será interpretado como un consentimiento a la realización de prácticas para el aprendizaje, una vez fallecidos. En nuestra opinión, no es preciso el consentimiento informado para la realización de prácticas en cadáver siempre que se limiten a procedimientos que no mutilen el cadáver, que sean debidamente tutorizadas y restringidas a personas que se espera que se desenvuelvan en el área de conocimiento de las prácticas que están realizando. Sólo así, cumpliríamos con la demanda moral de la sociedad.

Agradecimiento

A la Dra. Marta Pulido por la corrección editorial del manuscrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The President's Commission for the study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and behavioral Research. Making health care decisions. (vol 1). Washington: U.S. Government Printing Office, 1982.
2. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Nueva York: Oxford University Press, 1994.
3. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema, 1989.
4. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Eudema, 1991.
5. Santos J. El recién fallecido como instrumento: consideraciones legales y éticas. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 216-218.
6. Benfield DG, Flaskman RJ, Lin T-H, Kantac AD, Kokomoor FW, Vollman JH. Teaching intubation skills using newly deceased infants. *JAMA* 1991; 265: 2360-2363.
7. Orlowski JP, Kanoti GA, Mehlman MJ. The ethics of using newly dead patients for teaching and practicing intubation techniques. *N Engl Med* 1988; 319: 439-441.