

Resúmenes SIIC de trabajos recientemente editados por revistas, generales y especializadas, de alcance internacional.

Efectos de los viajes frecuentes en avión durante el embarazo

ANZJOG 46(1):24-28, Feb 2006

Dammam, Arabia Saudita

Los resultados de trabajos que estudian los efectos de los viajes por avión sobre el embarazo resultan controvertidos. Pueden encontrarse en la literatura médica datos que indican que las mujeres embarazadas pueden volar en forma segura hasta las 36 semanas de gestación, mientras que en otros trabajos se informa que existiría un 30% de incremento en el riesgo de aborto espontáneo entre las azafatas que trabajaron al comienzo del embarazo. Los autores de este trabajo evaluaron si los viajes aéreos elevan los riesgos de resultados adversos en el embarazo en mujeres esencialmente sanas con gestaciones únicas de fetos sin anomalías.

Las pacientes estudiadas formaban parte de una población universitaria compuesta por sujetos expatriados de numerosos países, lo cual explica los frecuentes viajes en avión. Las mujeres evaluadas fueron atendidas en centros de cuidado prenatal de hospitales universitarios entre mayo de 2003 y mayo de 2004.

Se realizó un análisis retrospectivo de los viajes aéreos durante la gestación actual además de evaluarse los resultados del embarazo en 992 mujeres admitidas para el parto durante un período de 12 meses, las cuales presentaban una edad promedio de 23.8 años, con un rango entre los 16 y 49 años. El grupo de estudio incluyó a 546 mujeres (55%), de las cuales 57% eran primigestas y habían viajado en avión al menos una vez durante el embarazo, a una edad gestacional de 11.2 ± 2.2 semanas para el primer vuelo y una duración promedio de los vuelos de 7.8 ± 1.2 horas además de acumular un promedio de 7 vuelos. El grupo control de 447 embarazadas (45%), incluía un 54% de primigestas y ninguna había realizado viajes aéreos

durante el embarazo. Las primigestas del grupo de estudio mostraron un riesgo aumentado de parto pretérmino, que fue estadísticamente significativo en las gestaciones de 34 a 37 semanas (*odds ratio* ajustado, 1.3; IC 95%: 1.2 a 1.8). Los embarazos de estas mujeres fueron notoriamente más cortos que los de las primigestas que no viajaron por avión (36.1 ± 0.8 , comparado con 39.2 ± 2.1 semanas); en tanto que los niños de las madres que volaron tuvieron pesos al nacimiento menores ($2\,684 \pm 481$ g, en comparación con $3\,481 \pm 703$ g); asimismo, los recién nacidos del grupo de madres primerizas que viajaron por avión, presentaron mayores probabilidades de ingresar a unidades de cuidado intensivo neonatal. En cuanto a los riesgos de hemorragia vaginal, preeclampsia, parto por cesárea y asfisia neonatal o muerte, los valores no mostraron diferencias significativas entre los grupos.

Los autores aclaran que este grupo de mujeres que viajan por avión es atípico, por la duración y frecuencia poco comunes de los viajes aéreos, los cuales no son de rutina en otras partes del mundo; asimismo, informan que no se observaron eventos tromboembólicos como complicación en ninguno de los embarazos estudiados.

Como conclusión, los autores expresan que las primigestas que viajan en avión, parecerían estar en mayor riesgo de parto pretérmino respecto de las controles; sin embargo, consideran que son necesarios estudios multicéntricos de mayores poblaciones para confirmar o refutar estos hallazgos.

 Información adicional en www.sicisalud.com/dato/dat048/06421005.htm

Prevalencia de enfermedad de Crohn en pacientes con artropatía enteropática

Journal of Postgraduate Medicine 51(4):269-272, Oct 2005

Vellore, India

Hasta un 25% de los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) presentan síntomas extraintestinales, de los cuales la artropatía es el más frecuente. La EC se halla asociada con una artropatía enteropática que puede ser de diferentes tipos: espondilartropatía, tipo reumatoide, una combinación de las dos anteriores, oligoarticular, monoarticular, o una artritis de tipo Jaccoud. La artropatía de la EC puede acompañar, preceder o aparecer con posterioridad a los síntomas intestinales. Los síntomas de artritis pueden representar la forma dominante y los intestinales resultar muy leves. En tal situación, la manifestación gastrointestinal puede ser considerada una entidad aparte, por parte tanto del paciente como del médico tratante. Según los autores del presente trabajo, en la India hay poco conocimiento con respecto a la EC, pues la entidad se considera poco frecuente en dicho país y los casos clásicos permanecen subdiagnosticados. A pesar de que se ha informado acerca de EC en individuos de esta raza residentes en el extranjero, no existen datos generados en el país. Por eso, los investigadores buscaron indicios histológicos de EC y sus correlatos clínicos en los pacientes con artritis enteropática atendidos en una institución de la India.

El análisis fue de tipo retrospectivo. Se analizaron los datos correspondientes a los pacientes que, durante el período comprendido entre 1996 y 1998, fueron estudiados en dicho centro por una artropatía inflamatoria crónica con dolor abdominal crónico, diarrea, disentería, y absceso y fístula perianales. Se consideró artritis inflamatoria crónica a la artritis en articulaciones grandes, pequeñas o axiales de más de 6 meses de duración, con rigidez matutina diaria durante más de 1 hora o elevación de parámetros inflamatorios como la

eritrosedimentación o proteína C-reactiva ante la ausencia de cualquier proceso infeccioso. Los pacientes fueron estudiados a través de una ileocolonoscopía y una biopsia colónica segmentaria en la búsqueda de indicios histológicos de EC. Se llevó a cabo un análisis de regresión con el objeto de identificar cualquier factor predictor de la mencionada enfermedad.

Se estudiaron un total de 29 pacientes. De ellos, 14 presentaban EC histológicamente confirmada. Los sujetos con EC eran más jóvenes que aquellos sin esta entidad (promedios de 34.7 y 41.6 años, respectivamente). El grupo con EC también mostró una cantidad significativamente mayor de pacientes con pérdida de peso en comparación con el otro grupo (12 y 1, respectivamente), así como un número mayor de sujetos con fiebre (11 y 0), fístula perianal (4 y 0), dolor abdominal (8 y 2), antecedente de disentería (4 y 0) y uveítis (6 y 1). Sin embargo, el análisis de regresión logística de los factores más relevantes mostró que sólo la pérdida de peso representaba un factor predictor independiente de EC en estos pacientes, con un *odds ratio* de 28.

Los resultados de la presente investigación, la primera realizada sobre casos de artropatía de Crohn en la India, revelaron la presencia de EC histológicamente confirmada en la mitad de los casos sospechados. La pérdida de peso parece ser el factor predictor más importante de la presencia de esta enfermedad. Los autores sostienen que aún debe realizarse un estudio poblacional multicéntrico y longitudinal en individuos de todas las regiones del país, con el objeto de obtener más información acerca de la artropatía asociada con la EC.

 Información adicional en www.sicisalud.com/dato/dat047/06323004.htm



Conceptos y cifras

Histerectomía

La histerectomía es una de las intervenciones quirúrgicas realizadas con mayor frecuencia en los países desarrollados. En EE.UU. ocupa el segundo lugar luego de la cesárea, entre las cirugías realizadas en las mujeres en edad reproductiva [BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 112(7): 956-62, 2005].

Prostatitis crónica

La prostatitis crónica afecta de manera sustancial la calidad de vida y tiene consecuencias físicas y psicológicas importantes. Se determinó que la calidad de vida de los sujetos con prostatitis crónica es semejante a la informada por aquellos con infarto agudo de miocardio, angina inestable o enfermedad de Crohn activa [European Urology 42(2): 163, 2002].

Fracturas expuestas

Se considera que alrededor del 60% al 70% de las fracturas expuestas se contaminan con bacterias, y esto se asocia con cultivos positivos en el momento de la presentación y antes de iniciar el tratamiento [International Journal of Clinical Practice 56(5):353-56, 2002].

Infección de heridas traumáticas

El inóculo crítico para la aparición de infección en heridas traumáticas de extremidades es de 105 microorganismos por gramo de tejido, pero esta cantidad se reduce considerablemente en presencia de necrosis tisular, isquemia, hemorragia o restos de tejido. Ya no se discute más la eficacia del tratamiento antibiótico en combinación con el desbridamiento pero, en este contexto, la elección del antibacteriano es crucial [International Journal of Clinical Practice 56(5):353-56, 2002].

Depresión atípica

La depresión atípica se caracteriza por una combinación de síntomas depresivos inusuales y rasgos especiales de la personalidad, como la reactividad afectiva y síntomas vegetativos "inversos" como hiperfagia en vez de falta de apetito [Psychiatry Research 141(1):89-101, 2006].

Rosiglitazona

En los pacientes con diabetes tipo 2, el tratamiento con rosiglitazona mejora la sensibilidad a la insulina y la perfusión a nivel del tejido adiposo [Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 90(12):6523-28, 2005].

Patrones de resistencia bacteriana en pacientes bajo cuidados intensivos

International Journal of Antimicrobial Agents 27(4):285-289, Abr 2006



Varsovia, Polonia

Los pacientes con trastornos graves que necesitan cuidados intensivos tienen una predisposición particular a las infecciones intrahospitalarias causadas por gérmenes oportunistas o por ciertas cepas bacterianas nosocomiales. Debido al uso masivo de antibióticos de amplio espectro, estos microorganismos a menudo ofrecen resistencia a estas drogas.

En un hospital de grandes dimensiones, los patrones de sensibilidad de las bacterias pueden variar entre las distintas salas, lo cual influye en la efectividad del tratamiento empírico en pacientes graves.

La evaluación constante de la prevalencia y de los patrones de susceptibilidad microbiana a los antibióticos es necesaria para modificar las políticas hospitalarias que regulan el uso de estos fármacos. Por ello, los autores notifican los resultados de la investigación que realizaron entre enero y diciembre de 2003 en dos unidades de cuidados intensivos (UCI-A y UCI-B) de un hospital escuela con 1 200 camas. La primera sala era de cuidados intensivos generales de pacientes pediátricos, mientras que la segunda atendía casos posoperatorios.

La duración de la internación de los pacientes atendidos en la UCI-A fue de un promedio de 16.4 días, mientras que la de los individuos tratados en la UCI-B fue de aproximadamente 5.5 días.

El análisis abarcó 1 010 cepas bacterianas obtenidas en cultivos realizados con muestras de sangre periférica, sangre obtenida por catéter, esputo, hisopados de heridas, pus, hisopados peritoneales (recolectados durante intervenciones quirúrgicas) y aspirados bronquiales. El 47.1% de los cultivos procedían de la UCI-A.

En las UCI-A y UCI-B se identificaron los siguientes porcentajes respectivos de gérmenes grampositivos: *Staphylococcus aureus* (28.2% y 37.7%); estafilococos coagulasa-negativos (SCN) (51.7% y 44.6%); *S. aureus* resistente a

la metilicina (40.5% y 65.9%); SCN resistentes a la metilicina (37.7% y 51.6%) y enterococos (18.5% y 23.7%).

Si bien no se detectaron cepas de enterococos resistentes a la vancomicina, el 81.5% y el 66.7% de las cepas de *Enterococcus* spp. de las salas A y B, respectivamente, eran resistentes a niveles altos de aminoglucósidos.

Asimismo, en la UCI-A y la UCI-B detectaron un alto porcentaje de bacilos gramnegativos no fermentadores (BGNNF) (38.9% y 43.8%). Estos gérmenes produjeron betalactamasas de amplio espectro en el 40% y en el 26.7% de los casos, siendo la *Klebsiella pneumoniae* el más común.

Las tres muestras sanguíneas con *Pseudomonas aeruginosa* de la UCI-A y 15 de las 16 obtenidas en la UCI-B eran resistentes al imipenem, pero la proporción de la resistencia microbiana en otras procedencias fue de 57/88 (65%) y 40/78 (51%), respectivamente.

Acinetobacter baumannii constituyó el 21.4% y el 28.9% de las cepas de las salas A y B; en relación con este microorganismo, los autores observaron resistencia al imipenem en el 41.7% y 40% de las muestras sanguíneas.

Si bien los estafilococos fueron las bacterias más comunes en las muestras de los pacientes internados en UCI (con más del 40% de resistencia a la metilicina), los autores resaltan la importancia de los enterococos, especialmente por la frecuencia cada vez mayor de resistencia a los aminoglucósidos y a la vancomicina.

En la última década se observó un gran aumento de los bacilos gramnegativos multiresistentes, especialmente en los pacientes internados en UCI. El alto porcentaje de resistencia de estos gérmenes fue notablemente superior en la sala de cuidados intensivos generales pediátricos. Sin embargo, todos los cultivos de *Enterobacteriaceae* fueron sensibles al carbapenem.

Los autores señalan la elevada prevalencia de bacterias gramnegativas y grampositivas con multiresistencia a los antibióticos encontrada en los pacientes internados en UCI de un hospital de cuidados terciarios. En general, los gérmenes obtenidos de las muestras sanguíneas presentaban mayor resistencia antimicrobiana que los de otras procedencias. Por otra parte, los hallazgos sugieren que una estadía prolongada en la UCI favorece la selección de esta resistencia. Las variaciones en las frecuencias de los agentes infecciosos según las muestras obtenidas y la UCI de procedencia marcan la necesidad de implementar métodos de vigilancia antibacteriana y de los patrones de sensibilidad a los antibióticos para optimizar el tratamiento empírico de las infecciones de pacientes gravemente enfermos.



Información adicional en www.siiic.salud.com/dato/dat048/06522014.htm

Relación entre consumo de alimentos y riesgo de cáncer colorrectal

Clinical Nutrition 25(1):14-36, Feb 2006



Lisboa, Portugal

El cáncer colorrectal (CCR) representa 7.3% a 8.5% de todas las neoplasias malignas en hombres y mujeres, respectivamente. Recientemente se ha estimado que entre un tercio y la mitad de los cánceres de colon podrían ser evitados con el control de varios factores de riesgo como obesidad, consumo elevado de carnes rojas y alcohol. Además, se demostró que las conductas nutricionales saludables reducen el riesgo de CCR. Los autores realizaron una revisión de todos los estudios prospectivos publicados sobre la relación entre alimentos y CCR.

En total, siete estudios comunicaron el efecto del consumo de cereales. En general, no se halló una relación precisa entre el consumo de cereales y el riesgo de CCR.

Sólo un estudio prospectivo evaluó la relación entre el consumo de frutos secos y semillas y el CCR. Como resultado, no hubo asociación entre mayor consumo de frutos secos y semillas y riesgo de CCR. Sin embargo, en las mujeres se observó una asociación inversa significativa en relación con el consumo más elevado.

Dieciocho estudios evaluaron el efecto de los vegetales, solos o asociados con frutas o legumbres. De 15 estudios que analizaron la relación entre el consumo total de vegetales y el riesgo de CCR, 12 no hallaron asociación significativa y 2

encontraron una relación inversa. Los vegetales verdes y amarillos no tuvieron efecto sobre el cáncer de colon proximal, pero fueron protectores para el cáncer de sigmoides. Respecto del consumo de frutas, 14 estudios no hallaron asociación significativa con el riesgo de CCR y 2 comunicaron una asociación positiva en mujeres. Los datos disponibles sobre el consumo de frutas parecen indicar que el mayor consumo de fruta *per se* podría reducir ligeramente el riesgo de CCR.

El efecto combinado del consumo de vegetales y frutas fue evaluado en 6 estudios: 3 mostraron efecto sólo en mujeres, 1 mostró reducción del riesgo de cáncer de recto pero no de colon y 2 estudios no mostraron beneficios. En conjunto, el consumo combinado de frutas y vegetales podría reducir el riesgo de CCR.

El efecto del consumo de carne roja fue evaluado en 20 estudios: 15 no hallaron relación significativa, 2 informaron incremento del riesgo de CCR, 2 hallaron aumento del riesgo de cáncer de colon pero no de recto y otro reportó un efecto deletéreo para el colon distal pero no para el recto o el colon proximal. De todos modos, la mayoría de los riesgos relativos superaban la unidad, lo que sugiere que un elevado consumo de carne roja podría incrementar el riesgo de CCR, probablemente por producción de carcinógenos durante la cocción de la carne.

Los estudios respecto del consumo de carnes blancas no muestran relación con el riesgo de CCR. Además, el consumo de pescado o de mariscos no se asocia con riesgo de CCR, aunque el pescado ahumado o salado podría incrementar el riesgo. En general, el consumo de productos lácteos no parece tener efecto significativo sobre el riesgo de CCR. En conclusión, el consumo de cereales, vegetales y frutas parece tener escaso efecto sobre el riesgo de CCR, aunque el consumo combinado de frutas y vegetales podría reducir el riesgo. La carne roja, la carne procesada, el pescado ahumado o salado y los huevos podrían aumentar el riesgo, pero el consumo de aves y pescados parece tener efecto neutro.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat048/06425022.htm

Preocupa el incremento de la mortalidad por tabaquismo

European Respiratory Journal 27(3):517-524, Mar 2006

Uppsala, Suecia

En la actualidad hay 1 300 millones de fumadores en todo el mundo. Si esta situación no cambia en forma drástica se estima que durante los siguientes 50 años se producirán 450 millones de muertes a causa del tabaco. Se sabe que el hábito de fumar no sólo representa un problema para los fumadores, sino también para aquellas personas que los rodean y que resultan ser fumadores pasivos. En el Reino Unido, por ejemplo, se estima que este tipo de tabaquismo en el hogar y en el ámbito laboral causa más de 10 000 muertes por año. En un estudio sobre la salud respiratoria realizado en la Comunidad Europea se observó que 37% de los encuestados eran fumadores activos y que 39% estaban expuestos al humo del tabaco en forma pasiva. Este trabajo fue realizado entre 1990 y 1994, y desde entonces en muchos países se han implementado medidas dirigidas a reducir ambos tipos de tabaquismo. Además, otros factores relacionados con la menor tasa de abandono del hábito de fumar son un cónyuge fumador, un alto nivel de dependencia de la nicotina y el elevado consumo de tabaco. En la segunda parte del estudio europeo mencionado se realizó un seguimiento de los participantes anteriormente evaluados, lo que permitió estudiar los determinantes de los cambios producidos en el tabaquismo tanto activo como pasivo en sujetos de 14 países.

La primera parte del estudio incluyó a 15 468 personas y en la segunda parte se contaba con datos referidos al hábito de fumar

de 9 053 individuos. Se realizó un seguimiento promedio de 8.8 años. En ambos trabajos, la información se obtuvo a través de cuestionarios.

Se observó que la prevalencia de tabaquismo activo disminuyó 5.9%, mientras que la exposición al tabaquismo pasivo se redujo 18.4%. Los participantes con un menor nivel de educación y aquellos que convivían o trabajaban con un fumador mostraron una menor probabilidad de abandonar el hábito de fumar. Asimismo, los grupos de menor nivel socioeconómico mostraron una mayor probabilidad de comenzar a verse expuestos (*odds ratio* de 2.21) y una menor probabilidad de dejar de estar expuestos al tabaquismo pasivo (*odds ratio* de 0.48).

Los resultados de este estudio realizado en una cohorte internacional muestran que durante los últimos años se produjo una modesta declinación en la prevalencia del hábito de fumar, al tiempo que la exposición al tabaquismo pasivo durante el mismo período disminuyó en forma más drástica. Aquellas personas con menor nivel educativo o inferior condición socioeconómica son las que presentan las menores tasas de abandono del hábito de fumar. Las actuales tendencias en el tabaquismo tanto activo como pasivo, afirman los autores, reflejan la existencia de importantes desigualdades sociales en el ámbito de la salud.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat048/06413005.htm



Conceptos y cifras

Cáncer de mama metastásico

La combinación de docetaxel con gemcitabina administrada cada 14 días es efectiva como primera línea de tratamiento para las metástasis de cáncer de mama [*Clinical Breast Cancer* 6(5):433-38, 2005].

Drogas antineoplásicas

El efecto antitumoral de drogas como el paclitaxel y el docetaxel se debe principalmente a su capacidad para estabilizar los microtúbulos y bloquear las células eucariotas en la fase G2/M del ciclo celular. Estos taxanos se convirtieron en agentes de primera línea en pacientes con cáncer avanzado de mama que presentan progresión de la enfermedad luego de un curso inicial exitoso y reciente con quimioterapia que incluye antraciclinas [*European Journal of Cancer Supplements* 3(5):9-16, 2005].

Carcinoma renal

En la actualidad el carcinoma renal se diagnostica frecuentemente de manera casual y, en general, en estadios más tempranos, como consecuencia del uso extendido de los métodos de diagnóstico por imágenes. Este hecho ha resultado en una mejoría del pronóstico para estos pacientes y la habitual curación con cirugía como único tratamiento [*Indian Journal of Cancer* 42(4):173-177, 2005].

Oxido nítrico

El óxido nítrico (NO) es un factor fundamental relacionado con los efectos beneficiosos del endotelio y la disminución de su biodisponibilidad favorece la aterogénesis. El NO ejerce muchos de sus efectos biológicos a través de la generación de guanósil monofosfato cíclico (GMPc) por medio de la activación de la guanilato ciclasa soluble. La fosfodiesterasa tipo 5 (PDE5) inactiva el GMPc dentro del músculo liso vascular y de este modo regula en forma negativa las acciones celulares mediadas por el NO [*Heart* 92(2):170-176, 2006].

Resistencia a fluoroquinolonas

La resistencia a fluoroquinolonas de cepas de *Pseudomonas aeruginosa* se ha convertido en un problema grave. La prevalencia de cepas susceptibles ha caído por debajo del 75% en algunos centros. La pérdida de susceptibilidad podría explicarse en parte por el empleo de esquemas terapéuticos con concentraciones de fluoroquinolonas dentro de la ventana de selección de mutantes [*International Journal of Antimicrobial Agents* 27(2):120-124, 2006].

Asociación entre marcas por el cinturón de seguridad y lesiones intraabdominales

Academic Emergency Medicine 12(9):808-813, Sep 2005

Sacramento, EE.UU.

Según diversas investigaciones, utilizar adecuadamente el cinturón de seguridad reduce entre 45% y 60% el riesgo de accidentes fatales y en mayor proporción la probabilidad de lesiones graves. Sin embargo, cuando un niño no resulta correctamente sostenido, es decir, cuando el segmento inferior del dispositivo cruza por su abdomen en vez de hacerlo sobre caderas y muslos, se incrementa la probabilidad de lesiones a causa del cinturón de seguridad. Así, cuando se observan marcas producidas por el cinturón de seguridad en el abdomen, debe investigarse la presencia de lesiones intraabdominales, ya que existe una alta asociación entre ambas condiciones.

A esta conclusión arribaron los autores de un estudio prospectivo de observación que incluyó 390 niños atendidos luego de colisiones vehiculares, en centros especializados en trauma. La marca abdominal fue definida como un área de eritema, equimosis o abrasiones en la pared del abdomen como resultado de la acción compresiva del cinturón de seguridad en momentos de desaceleración brusca. Los pacientes con marcas a causa del cinturón fueron comparados con aquellos que no las presentaban. A su vez, el primer grupo fue dividido en dos según se registrara presencia o ausencia de dolor abdominal. Del total de la cohorte, 46 pacientes presentaron marcas por el cinturón de seguridad.

El estudio confirmó que la posibilidad de progresar a lesiones intraabdominales fue mayor en los niños con marcas a causa del cinturón. En este grupo, 14 de 46 pacientes presentaban lesiones gastrointestinales, en comparación con 36 de 344 del grupo sin marcas. Asimismo, se constató mayor incidencia de lesión de páncreas, la que ocurrió en 12 y 7 pacientes, respectivamente. En cambio, no hubo diferencias significativas en la proporción de pacientes con lesiones de órganos macizos entre ambos grupos. En ninguno de los niños con marcas del cinturón y que no presentaban dolor se determinó lesión intraabdominal.

Para los autores, el estudio confirma que los niños que presentan marcas del cinturón de seguridad en el abdomen como consecuencia de accidentes vehiculares, tienen el triple de posibilidades de presentar una lesión intraabdominal que aquellos sin marcas. En la búsqueda de lesiones, debe prestarse atención a la alta incidencia de lesiones gastrointestinales. Por otro lado, si bien existe una amplia asociación entre las marcas debidas al cinturón de seguridad y las lesiones intraabdominales, los pacientes sin dolor abdominal parecen tener un bajo riesgo de lesiones significativas.



Información adicional en

www.siicsalud.com/dato/dat046/05d06001.htm

Analizan factores predictivos de fibrosis hepática

Annals of Hepatology 5(1):30-33, Ene 2006

Mumbai, India

No existen exámenes definitivos que ayuden a predecir la fibrosis hepática con excepción de la biopsia del hígado, si bien los niveles de las transaminasas y la relación entre ellas pueden ser de utilidad para determinar la presencia de fibrosis en los pacientes con esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) y diabetes, en la mayoría de los casos.

La EHNA es reconocida en forma creciente como una de las causas de enfermedad crónica del hígado y se caracteriza por la elevación de las enzimas hepáticas con hallazgos de esteatohepatitis en la histología. Agresiones posteriores y continuas al hígado llevan a la fibrosis progresiva y a la aparición de cirrosis. Para estas últimas se han postulados varios factores de riesgo como la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2, la hipercolesterolemia, las drogas y las toxinas.

En el presente ensayo se analizaron 36 biopsias de casos comprobados de pacientes con EHNA y diabetes mellitus asociada, que se presentaron a la consulta en 2001 y 2002. El 47.2% eran mujeres, la media de la edad fue 50.8 años y el índice de masa corporal promedio de 24.9 kg/m². Los niveles de aspartato aminotransferasa y alanino aminotransferasa fueron 40.2 U/l y 44.2 U/l, respectivamente, con una relación promedio entre las 2 enzimas de 0.98; la fibrosis estuvo presente en el 30.5% de

los casos. La EHNA es la manifestación hepática de la resistencia a la insulina y con frecuencia constituye la primera indicación clínica de diabetes mellitus tipo 2. La incidencia de diabetes en los pacientes con EHNA varía entre el 21% y el 75%.

La mayoría de los pacientes con esteatosis no complicada siguen un curso clínico indoloro, mientras que en aquellos que presentan esteatohepatitis, con o sin fibrosis o cirrosis, es más probable que se observen complicaciones clínicamente significativas de enfermedad hepática.

La edad, el sexo, la hipercolesterolemia y la obesidad se consideran factores de riesgo para la fibrosis en los pacientes con EHNA, aunque la diabetes mellitus es un factor de riesgo independiente. Varios factores de riesgo son comunes a la EHNA y a la diabetes, pero no existe disponible un método no invasivo que permita determinar el riesgo de fibrosis en los individuos con EHNA. Los niveles elevados de transaminasas no son específicos y pueden no señalar la progresión de la enfermedad; por lo tanto, la biopsia hepática continúa siendo el método estándar para la estadificación y predicción de progresión en los pacientes con EHNA, concluyen los autores.



Información adicional en

www.siicsalud.com/dato/dat048/06420019.htm

La estatura como factor de riesgo de amputación en pacientes diabéticos



Taipei, Taiwán

En los pacientes con diabetes tipo 1 o tipo 2, la estatura representa un factor predictivo independiente de la amputación de miembros inferiores.

Se ha demostrado que los pacientes diabéticos de mayor altura son más susceptibles a la pérdida de la sensibilidad periférica que aquellos de menor estatura. Esta mayor susceptibilidad podría deberse a una vulnerabilidad superior de las fibras nerviosas más largas a las lesiones traumáticas externas o a las complicaciones microvasculares y macrovasculares de la diabetes. Los objetivos de este trabajo fueron determinar la prevalencia de amputación de miembros inferiores en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2, y evaluar la asociación entre la estatura y dicho procedimiento, luego del ajuste por potenciales factores de confusión como la edad, el sexo, la duración de la diabetes, el hábito de fumar, la hipertensión, los niveles de glucemia en ayunas y la presencia de dislipidemia. De

Canadian Medical Association Journal 174(3):319-323, Ene 2006

un total de 256 036 pacientes diabéticos que formaban parte de las bases de datos de hospitales y clínicas, se seleccionaron en forma aleatoria 128 572 para ser incluidos en el presente trabajo. Luego de excluir a los menores de 18 años, finalmente 93 116 pacientes (42 970 hombres y 50 146 mujeres) fueron entrevistados telefónicamente.

Se constató que el 3.5% de la muestra presentaba diabetes tipo 1. El procedimiento de amputación de un miembro inferior se había realizado en el 1.7% de los pacientes con diabetes tipo 1 y en el 0.8% de aquellos con diabetes tipo 2. La prevalencia de amputación no fue significativamente diferente entre hombres y mujeres con diabetes tipo 1, pero sí fue significativamente superior en los hombres con diabetes tipo 2 con respecto a las mujeres con esta misma entidad (0.9% y 0.7%, respectivamente). La estatura se asoció en forma significativa con la amputación del miembro inferior (*odds ratio* ajustado de 1.16 por cada 10 cm). Por su parte, en un subgrupo de pacientes en quienes se disponía de los datos referidos a sus niveles de glucemia en ayunas y a la presencia de dislipidemia, tras un ajuste adicional por estas dos variables, la estatura continuó como un factor predictivo independiente de la amputación de miembros inferiores (*odds ratio* ajustado de 1.79).

Estos hallazgos demuestran la existencia de una asociación fuerte y estadísticamente significativa entre la estatura y el riesgo de amputación de miembros inferiores en los pacientes diabéticos. Así, por cada 10 cm de altura adicionales, el riesgo de ser sometido a dicho procedimiento aumenta un 16%. Cuando el análisis incluye, además, el ajuste por la glucemia en ayunas y la existencia de dislipidemia, el incremento de este riesgo es aun mayor (79%).

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat048/06425013.htm

Las sibilancias se asocian a menudo con infecciones virales

Journal of Asthma 42(9):737-744, Nov 2005

Foresterhill, Reino Unido

La infección viral aún representa una causa frecuente de sibilancias en los niños en edad escolar. Aún no ha podido elaborarse una definición satisfactoria de asma y la ausencia de un criterio diagnóstico de referencia ha determinado que en la práctica clínica aparezcan considerables diferencias. En particular, hay confusión en el diagnóstico de los niños que presentan sibilancias solamente o principalmente ante la presencia de infección del tracto respiratorio superior, situaciones que antes eran con frecuencia diagnosticadas como bronquitis. El diagnóstico de bronquitis se tornó menos frecuente a partir de un estudio realizado en Australia, el cual concluyó que resultaba imposible en el campo epidemiológico distinguir entre asma y bronquitis con sibilancias en los niños de edad escolar. Sin embargo, hay un grupo de niños pequeños, en edad preescolar, que sólo presentan sibilancias ante la presencia de infección, y cuya enfermedad es leve y de pronóstico favorable en el largo plazo. Se le ha dedicado menos atención a las sibilancias asociadas con virus en los niños de más edad, aunque está demostrado que presentan una probabilidad menor de asociarse con historia personal o familiar de atopia con respecto a otros tipos de sibilancias, que no responden a la terapia corticosteroidea inhalada y que su pronóstico en el mediano plazo es bueno. Los autores del presente trabajo plantearon la hipótesis de que las diferencias bien establecidas entre las sibilancias asociadas con virus y aquellas de múltiples causas en los niños en edad preescolar, podrían también aplicarse a la infancia tardía, y que los dos fenotipos de sibilancias podrían diferir en términos de demografía, sintomatología, historia personal y familiar de trastornos atópicos y relación entre no

exposición y exposición al humo de tabaco. Para ello llevaron a cabo un estudio transversal en una población de 5 998 niños de 7 a 12 años.

A través de un cuestionario que fue enviado a las escuelas de educación primaria participantes, los padres respondieron a preguntas sobre síntomas y diagnósticos de atopia en sus hijos, historia familiar de trastornos atópicos y hábito de fumar en el hogar. Se consideraron sibilancias asociadas con virus aquellas manifestadas sólo en la presencia de gripe, mientras que las de múltiples causas fueron definidas como las que presentaban los niños en otras ocasiones.

Los resultados demostraron que 522 niños padecían sibilancias sólo ante la presencia de infecciones del tracto respiratorio superior, 1 186 las presentaban en otras ocasiones y 4 290 no las manifestaban. En comparación con los niños con sibilancias de múltiples causas, aquellos con sibilancias asociadas con virus mostraron una mayor probabilidad de pertenecer al sexo masculino, ser menores y presentar los episodios con menor frecuencia. Además, este grupo mostró una menor probabilidad de presentar tos nocturna, dificultad respiratoria, historia personal o familiar de trastornos atópicos o diagnóstico de asma, así como de recibir tratamiento para esta última.

Los investigadores concluyen que las sibilancias asociadas con virus representan un trastorno frecuente en la población de niños en edad escolar. Al respecto, las diferencias que éstas presentan con las sibilancias de múltiples causas, ya conocidas en los niños en edad preescolar, parecen persistir en los niños más grandes.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat048/06504011.htm



Conceptos y cifras

Enfermedad coronaria

La enfermedad coronaria y sus factores de riesgo, como el hábito de fumar, la dislipidemia y la hipertensión se asocian con deterioro de la vasodilatación dependiente del endotelio y reducción de la liberación endotelial del factor endógeno activador tisular del plasminógeno (t-PA) [*Heart* 92(2):170-176, 2006].

Quimioterapia del cáncer de mama

El cáncer de mama recidiva en el 30% al 40% de los casos. En pacientes con cáncer de mama recurrente tratadas anteriormente con antraciclinas, la quimioterapia con taxanos se considera la estrategia estándar. Un estudio en fase III con docetaxel mostró supervivencia global sustancialmente mayor respecto de mitomicina más vinblastina. Además, sugirió que la dosis adecuada de docetaxel como monoterapia era de 100 mg/m² [*European Journal of Cancer Supplements* 3(5):17-21, 2005].

Aterosclerosis

El tamaño de las partículas de lipoproteínas de baja densidad (LDL) se correlaciona en forma positiva con los niveles plasmáticos de lipoproteínas de alta densidad (HDL) y negativamente con las concentraciones plasmáticas de triglicéridos. Las LDL pequeñas y densas se relacionaron negativamente con los niveles plasmáticos de HDL y en forma positiva con las concentraciones plasmáticas de triglicéridos [*International Journal of Cardiology* 107(2):166-170, 2006].

Fármacos inmunosupresores

El tacrolimus es un novedoso y ampliamente utilizado inmunosupresor que protege contra el rechazo agudo y crónico en los trasplantes; y además, según los resultados de estudios multicéntricos aleatorizados, tendría un efecto ahorrador de corticoides. Su combinación junto con mofetil micofenolato mostró ser un adecuado esquema para utilizar luego de suspender los corticoides pasados 3 meses del trasplante [*Transplantation* 80(12):1734-1741, 2005].

Anticuerpos antiendomiso en la enfermedad celíaca

Hasta hoy, para el estudio de la enfermedad celíaca el marcador serológico más sensible y específico es la determinación de anticuerpos IgA antiendomiso (EmA), que presenta una sensibilidad del 90% y una especificidad del 100% [*Digestive and Liver Disease* 38(2):98-102, 2006].

Características evolutivas de la depresión en la infancia y la adolescencia

British Journal of Psychiatry 188:216-222, Mar 2006

Cambridge, Reino Unido

Una proporción significativa de jóvenes con depresión perpetúan su trastorno afectivo en la vida adulta; la evolución puede variar según los sexos: los varones muestran un mayor riesgo de persistencia, mientras que las mujeres parecen tener más recurrencias. Las tasas de recurrencia oscilan entre 60% y 70%, aunque se desconocen los factores que más influyen en la evolución de la enfermedad. Los autores realizaron un estudio longitudinal en 113 sujetos con edades que oscilaban entre los 8 y 17 años; 58 eran pacientes derivados de una clínica a causa de trastornos psiquiátricos (grupo 1). Los controles fueron 30 jóvenes sin trastornos mentales que acudieron a la consulta clínica (grupo 2) y había 25 participantes provenientes de la comunidad que presentaban depresión mayor, depresión menor o distimia, quienes constituyeron el grupo 3. Las entrevistas se realizaron al ingresar en el estudio, transcurridas 36 semanas y poco tiempo después del cumpleaños número 22 de cada paciente.

En comparación con el grupo 3, los participantes que provenían de la consulta clínica presentaron trastornos más graves, tuvieron tasas más elevadas de intentos de suicidio, autolesiones y síntomas psicóticos. Asimismo, la aparición de la depresión en estos últimos individuos ocurrió a edades más tempranas, necesitaron mayor medicación y mostraron más antecedentes de enfermedades psiquiátricas en sus familiares de primer grado. La edad y la pubertad no influyeron en la evolución de los cuadros depresivos.

En los seguimientos, el 80% de los controles permaneció libre de enfermedad mental, en tanto que esto sucedió en el 28% y en el 40% de los pacientes provenientes de los grupos 1 y 3, respectivamente. En estos últimos, el 35% y el 48% padecieron depresión recurrente, mientras que esta patología persistió desde el primer episodio en el 22% y el 8%, respectivamente. Por su parte, el 14% del grupo control experimentó un primer episodio depresivo.

De los 33 pacientes (10 varones) provenientes del grupo clínico que posteriormente padecieron trastornos afectivos, el 70% de los hombres y el 26% de las mujeres experimentaron depresión



persistente, mientras que los episodios recurrentes ocurrieron en el 74% de las mujeres y en el 30% de los varones.

Si bien no se registraron suicidios durante el seguimiento, se observó una tendencia a una mayor frecuencia de ideación e intentos suicidas en el grupo 1 (33%) en comparación con el grupo 3 (12%); sólo una persona del grupo 2 manifestó ideación –sin intento– suicida.

El episodio depresivo inicial remitió por completo en el 78% del grupo 1 y en el 92% del grupo 3, con un tiempo promedio de remisión de 2 años y 3 meses, respectivamente. El 44% (n = 20) de los individuos del primer grupo experimentaron al menos un episodio de recurrencia de depresión después de la remisión en un promedio de 9.25 años y con una duración aproximada de 45 semanas. Doce pacientes del grupo 3 presentaron una recurrencia de depresión en un promedio de 3.4 años, con una duración aproximada de 44 semanas.

La duración promedio de la depresión fue de 9.6 años; de los 15 sujetos en quienes no hubo remisión, 3 padecían depresión pura, 7 presentaron ansiedad y depresión en forma conjunta y 5 manifestaron comorbilidades múltiples. La mayoría tenía un perfil diagnóstico complejo, con la depresión persistente como aspecto esencial del cuadro mórbido.

Hubo una frecuencia significativamente superior de intentos de suicidio e ideación suicida entre quienes presentaban depresión persistente (87%) que entre aquellos que tenían episodios recurrentes (19%). El 80% de los casos con depresión persistente se acompañó de al menos un trastorno comórbido.

La persistencia de los trastornos afectivos ocurrió en más de la mitad de quienes padecieron depresión en la infancia o adolescencia. Las mujeres fueron más propensas a la recurrencia y los varones a la persistencia de la depresión. Los hallazgos de esta investigación sugieren que estos pacientes pueden beneficiarse con intervenciones diagnósticas y terapéuticas más tempranas, duraderas e intensivas que las habituales.

Actualización acerca de las causas de muerte súbita en el adulto

Heart 92(3):316-320, Mar 2006



Londres, Reino Unido

La muerte súbita cardíaca del adulto es causada, en la mayoría de los casos, por la enfermedad isquémica. En trabajos previos realizados en el Reino Unido se observó que dicha patología produjo entre el 59% y el 86% de los casos de muerte súbita. Por su parte, según un estudio realizado en 1988, la proporción de muertes inexplicadas es del 3.4%; aunque otra investigación llevada a cabo a principios de la década de 1990 concluyó que dicho valor era 4.1%. Ambos trabajos identificaron estos casos bajo el nombre de síndrome de muerte súbita del adulto (SMSA) con el objeto de manejarlo en forma similar a la muerte súbita infantil. El concepto de la existencia de un corazón

morfológicamente normal en los casos de SMSA es de gran importancia frente a la aparición de trastornos moleculares en los canales, como el intervalo QT largo en el síndrome de Brugada. En el presente artículo, los investigadores presentan los resultados del análisis de los casos de pacientes mayores de 15 años referidos entre 1994 y 2003 para la evaluación patológica con exclusión de la enfermedad coronaria aterosclerótica como causa de muerte.

Entre las anomalías observadas se incluyeron miocardiopatías (23%), tales como fibrosis idiopática, hipertrofia ventricular izquierda, miocardiopatía hipertrófica, miocardiopatía dilatada y displasia arritmogénica del ventrículo derecho; trastornos inflamatorios (8.6%), como miocarditis linfocítica y sarcoidosis cardíaca; anomalías no ateromatosas de las arterias coronarias (4.6%), valvulopatías y causas infrecuentes, como necrosis miocárdica asociada a púrpura trombótica trombotopénica idiopática y mesotelioma auriculoventricular nodal.

Los resultados del presente trabajo demuestran que casi el 60% de los sujetos fallecidos por este síndrome presentan un corazón histopatológicamente normal. Al respecto, los autores sostienen que se han identificado los genes responsables de varios trastornos causantes de arritmias y de muerte súbita, los cuales codifican canales iónicos. Por eso, el hallazgo de un caso de SMSA con un corazón morfológicamente normal debe conducir a una evaluación de los familiares cercanos del paciente por un cardiólogo especializado para su estudio genético.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat048/06406013.htm

Ecografía con contraste para el diagnóstico de lesiones hepáticas

Journal of Ultrasound in Medicine 25(3):349-361, Mar 2006

Guanghou, China

En el diagnóstico por imágenes de las pequeñas lesiones hepáticas focales (LHF), la ecografía reforzada por contraste en tiempo real resulta de mayor utilidad que la ecografía convencional.

El hallazgo de pequeñas LHF (diámetro ≤ 3 cm) ha aumentado en forma considerable en la práctica clínica debido al extendido uso de técnicas de diagnóstico por imágenes en la región abdominal. La determinación de la naturaleza de estas lesiones resulta crucial para la planificación del tratamiento. Aun con los datos clínicos y bioquímicos, y la información derivada de otras técnicas por imágenes, resulta difícil arribar a un diagnóstico definitivo debido a que algunas LHF pequeñas suelen no mostrar las características típicas en otras modalidades de diagnóstico y a que el marcador sérico tumoral podría no estar aumentado en algunos pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) o metástasis hepática.

En un estudio reciente se observó que alrededor del 50% de los nódulos del CHC y el 40% de los nódulos macrorregenerativos en pacientes con cirrosis, no resultaban diferenciables con la ecografía convencional, y que la mayoría de ellos tenían un diámetro de 3 cm o menos. El modo de ecografía específico por contraste y, en particular, la recientemente desarrollada en tiempo real, supera las limitaciones de la ecografía convencional y, según se ha demostrado, mejora la caracterización de las LHF. Los patrones de refuerzo de las diferentes LHF en la ecografía reforzada por contraste han sido descritos con anterioridad y son conocidos por los médicos clínicos. Sin embargo, la calidad diagnóstica de la ecografía reforzada por contraste en tiempo real en las pequeñas LHF no ha sido aún ampliamente estudiada.

Durante el período 2004-2005 fueron evaluadas 200 LHF en 200 pacientes (142 hombres y 58 mujeres) a través de la técnica de ecografía reforzada por contraste en un modo de

secuenciación del pulso de este último. Los pacientes habían sido seleccionados sobre la base de ecografías convencionales previas que detectaron la presencia de las lesiones. Las imágenes fueron clasificadas por dos examinadores a través de un sistema de puntaje como definitivamente benignas (1 punto), probablemente benignas (2 puntos), indeterminadas (3 puntos), probablemente malignas (4 puntos) o definitivamente malignas (5 puntos). Los diagnósticos finales (por examen histopatológico) comprendieron 114 lesiones malignas (95 CHC y 19 metástasis hepáticas) y 86 benignas.

El análisis de los resultados de la interpretación de las imágenes demostró una significativa mejoría en la diferenciación entre la naturaleza benigna y maligna de las LHF entre la ecografía convencional inicial y la reforzada por contraste en tiempo real. Luego de la administración del agente de contraste mejoraron la sensibilidad, el valor predictivo negativo y la precisión de la técnica. Esta intervención determinó un mejor resultado en el diagnóstico específico de las lesiones (38.5% con la ecografía convencional y 80.5% con la reforzada por contraste), excepto en los seudotumores inflamatorios y los abscesos hepáticos. Por su parte, la técnica con contraste produjo una mejoría del consenso entre los resultados manifestados por los dos observadores.

Los resultados del presente trabajo demostraron que en el estudio diagnóstico de las LHF pequeñas, la ecografía reforzada por contraste mejoró la capacidad de diferenciación entre las lesiones malignas y benignas con respecto a la ecografía convencional. En cuanto al diagnóstico específico, la técnica con contraste en tiempo real no parece resultar más útil en aquellos casos de seudotumores inflamatorios y pequeños abscesos hepáticos.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat048/06420018.htm



Conceptos y cifras

Síndrome metabólico

Las partículas de lipoproteínas de baja densidad (LDL) pequeñas y densas se asocian con el síndrome metabólico y con mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus. La presencia de partículas LDL densas y pequeñas se relaciona con un riesgo aproximadamente 3 veces mayor de enfermedad coronaria. Diversos estudios sugirieron que el tamaño de las partículas de LDL parece ser un factor predictivo importante de eventos cardiovasculares y progresión de la enfermedad coronaria. El tejido arterial capta más fácilmente las partículas de LDL pequeñas y densas en comparación con las más grandes, lo que sugiere un mayor transporte transendotelial de las partículas más pequeñas [International Journal of Cardiology 107(2):166-170, 2006].

Sueño, olanzapina y esquizofrenia

Luego de la administración de olanzapina a pacientes esquizofrénicos, se detectaron mejorías significativas en cuanto a la latencia del sueño y al tiempo total de sueño, con una disminución del tiempo durante el cual el paciente permaneció despierto y del número de despertares nocturnos. Con respecto a la arquitectura del sueño, se incrementó la duración del sueño de ondas lentas y del sueño de movimientos oculares rápidos (REM). La latencia REM y el número de episodios REM no se modificaron [Psychoneuroendocrinology 31(2): 256-264, 2006].

Cáncer de mama

La neoplasia más común en las mujeres es el cáncer de mama. Un metaanálisis indicó que 6 meses de terapia con antraciclinas se asocia con reducción de la tasa anual de mortalidad en alrededor de un 38% en pacientes de menos de 50 años en el momento del diagnóstico y en aproximadamente un 20% en mujeres de 50 a 69 años, independientemente del tratamiento con tamoxifeno y del estado en relación con los receptores estrogénicos [European Journal of Cancer Supplements 3(5):17-21, 2005].

Apnea obstructiva del sueño

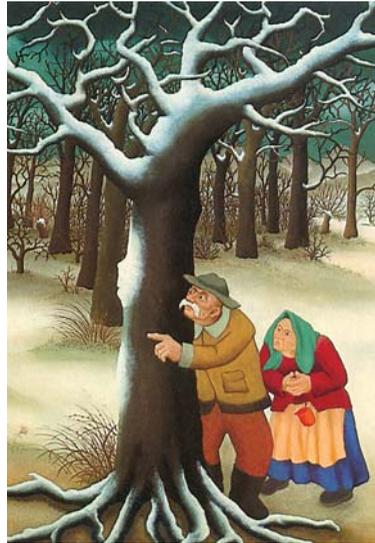
La apnea obstructiva del sueño es un trastorno respiratorio frecuente, caracterizado por apneas repetidas e hipoxemia, debido al colapso recurrente de la vía aérea superior durante el sueño. Una de sus consecuencias más importantes es la hipertensión arterial [European Respiratory Journal 27(2): 328-333, 2006].

Utilidad de la tomografía computarizada de colon con mínima preparación en ancianos

Clinical Radiology 61(2):127-139, Feb 2006

Cambridge, Reino Unido

El cáncer colorrectal (CCR) es el cuarto cáncer en frecuencia y permanece como una de las principales causas de muerte por neoplasias en los países occidentales. Su incidencia es creciente entre los ancianos, con un aumento de 10 veces en la frecuencia en los pacientes mayores de 65 años. Se ha sugerido el empleo de la tomografía computarizada de colon con mínima preparación (TCCMP) en esta población de pacientes frágiles y ancianos, ya que no requiere



preparación intestinal, aparte de la administración oral del medio de contraste; además, los enfermos son estudiados sólo en posición supina, sin insuflación rectal de gas, ni uso de bario. En este artículo se revisan las experiencias con la utilización de TCCMP para la detección de tumores de colon, así como de enfermedad extracolónica, y se compara su eficacia con la de los métodos tradicionales.

A través de un metaanálisis de estudios previos fueron estudiados los datos en conjunto de 1 508 pacientes de entre 76 y 84 años, que presentaban síntomas sospechosos de patología intestinal, como pérdida de peso, anemia ferropénica, cambios en el ritmo de evacuación o sangrado rectal, considerados demasiado frágiles o ancianos para la realización de colonoscopia o enema de bario con doble contraste (EBDC), o en quienes el intento de efectuarlos había fracasado. La TCCMP presenta la ventaja adicional de identificar patologías extracolónicas, ya que se pueden observar órganos pelvianos y abdominales, así como los vasos, huesos y tejidos blandos, además del colon y el recto. Por lo tanto, la TCCMP permite la detección de patologías no detectables con colonoscopia o EBDC. La sensibilidad de este método fue estimada en 83% (IC 95%: 76% a 89%), mientras que la especificidad para los datos evaluados en conjunto fue del 90% (IC 95%: 85% a 94%).

Se observó que, entre los síntomas clínicos, sólo la anemia y la masa abdominal palpable se asocian en forma estadísticamente significativa con la presencia de CCR; sin embargo, debe estudiarse a los pacientes ante la presencia de síntomas sospechosos. El método de elección ha sido tradicionalmente el EBDC, que tiene muy buena sensibilidad en la detección de CCR; sin embargo, las dificultades técnicas para su realización,

generalmente por escasa tolerancia a la preparación intestinal, pueden disminuir su capacidad de detección. En la actualidad, la colonoscopia con fibra óptica es el método de referencia para el tamizaje y la evaluación diagnóstica del CCR, debido a sus altas tasas de sensibilidad y especificidad. Sin embargo, las dificultades en la preparación intestinal y la escasa tolerancia al procedimiento pueden provocar que el estudio

no pueda completarse y falle al no alcanzarse el ciego. Además, la mayor incidencia de enfermedad diverticular en los ancianos puede favorecer la aparición de complicaciones, como perforación. Otra técnica, la colonoscopia virtual o colonografía por tomografía computarizada presenta numerosas ventajas en cuanto a detección de patologías y tolerancia por parte de los pacientes; sin embargo, requiere preparación astringente del intestino e insuflación rectal, factores problemáticos en los sujetos ancianos, especialmente con incontinencia. Si se toman en cuenta las preferencias de los pacientes, se observa que, en muchas ocasiones, el conocimiento acerca de las características de los estudios hace que se rehúsen a emplearlos. En este sentido, los datos analizados demuestran que los pacientes prefieren la TCCMP porque causa menos molestias, en contraste con las otras alternativas.

Según los autores, en los distintos trabajos estudiados se informan tasas relativamente altas de sensibilidad y especificidad para la TCCMP, que avalan la confiabilidad y seguridad diagnóstica de esta técnica, en especial para los pacientes ancianos. Los datos indican que resulta tan eficaz como el EBDC, la colonoscopia y la tomografía computarizada de colon para la detección de los tumores colónicos grandes; además, presenta la ventaja adicional de evaluar el colon por completo y detectar anomalías extracolónicas, con un mínimo de molestias para el paciente.

Teniendo en cuenta la expectativa de vida de esta población, la TCCMP puede ser considerada un enfoque de gran utilidad, ya que permite evaluar la enfermedad en el contexto de su historia natural y de las limitaciones de los pacientes.



Información adicional en www.siiic.com/dato/dat048/06420001.htm

Correlación entre ecografía e histopatología en el carcinoma hepatocelular

Clinical Radiology 61(2):191-197, Feb 2006

Seúl, Corea del Sur

En los pacientes con hepatitis crónica y cirrosis hepática, el seguimiento con métodos por imágenes es crucial, ya que ante la aparición de carcinoma hepatocelular (CHC), la detección temprana mejora en forma significativa las tasas de supervivencia. El seguimiento de la enfermedad hepática crónica (EHC) se realiza habitualmente por la medición de los niveles séricos de alfa-fetoproteína y el diagnóstico por imágenes, ya sea con tomografía computarizada (TC), ecografía (EG) o resonancia magnética nuclear (RMN). Los autores se propusieron evaluar la seguridad de la EG en la detección del CHC, en aquellos pacientes con hepatitis crónica, o cirrosis en estadios iniciales. Para ello, realizaron un estudio a fin de investigar la sensibilidad del método para detectar CHC en individuos que fueron sometidos a cirugía de resección hepática.

La población estudiada comprendió pacientes con EHC, pero sin cirrosis o en estadios iniciales, así como sujetos con hepatitis crónica cuyos datos fueron evaluados en forma retrospectiva. Se revisaron los informes de EG preoperatorios de 103 pacientes (85 hombres y 18 mujeres) de 28 a 74 años que fueron sometidos a resección hepática, los cuales presentaban EHC con buena función hepática y una textura ecográfica del hígado relativamente normal. La correlación con la patología se realizó a través de la revisión retrospectiva de los informes de EG preoperatorias, por parte de dos radiólogos experimentados, que registraron todas las lesiones informadas consignando su tamaño, número y localización de acuerdo con la segmentación hepática. En 244 segmentos hepáticos obtenidos de 103

pacientes hubo 157 casos de CHC, de los cuales 101 habían sido detectados por EG en 97 sujetos, lo cual indica una sensibilidad del 64%. Se perdió un CHC solitario en cada uno de 6 sujetos, lo que arroja una sensibilidad por paciente del 94%. Con EG se detectaron 87 de 100 CHC de más de 2 cm de diámetro y 14 de 57 CHC con diámetros de 2 cm o menos. En el análisis realizado segmento a segmento la sensibilidad fue del 78%, y se halló una especificidad del 97%, una seguridad del 87%, con un valor predictivo positivo del 97% y un valor predictivo negativo del 80%. Los valores de sensibilidad en la detección de CHC informados para la TC y la RMN son más bajos, del 37% al 55%; además, para estos métodos la capacidad de detección varía con el grado de enfermedad hepática, ya que los casos más afectados presentan numerosas alteraciones estructurales que dificultan la detección de los CHC pequeños.

Los autores afirman que en los pacientes con EHC y buena función hepática, el estudio con EG para detectar CHC mostró una sensibilidad del 94% en la identificación de pacientes afectados, mientras que para las lesiones individuales, la sensibilidad fue de sólo el 64%. La tasa de detección de CHC dependió en gran medida del tamaño de la lesión, con valores más altos para diámetros mayores de 2 cm. Para la vigilancia de los pacientes con EHC, concluyen, sería necesaria la combinación de EG y dosaje de alfa-fetoproteína u otro método por imágenes adicional, separados por intervalos apropiados de tiempo.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat048/06419005.htm

Diagnóstico de las lesiones de las glándulas suprarrenales por estudios tomográficos

Radiology 238(3):970-977, Mar 2006

Boston, EE.UU.

La tomografía por emisión de positrones combinada con la tomografía computarizada (PET/TC) representa un método altamente sensible para la detección de metástasis suprarrenales. En las imágenes se observa que las lesiones malignas suprarrenales presentan una mayor actividad de la flúor-18-desoxiglucosa (FDG) que la observada en el hígado.

Las glándulas suprarrenales representan un sitio frecuente de enfermedad metastásica. Sin embargo, aun en los pacientes con una entidad maligna diferente de la suprarrenal, las lesiones en estas glándulas presentan una mayor probabilidad de ser benignas que malignas. Esto es atribuible principalmente a la frecuencia de los adenomas suprarrenales en la población general, la cual varía entre 2% y 9%. La caracterización de estas lesiones en las imágenes resulta esencial tanto para clasificarlas en forma correcta según su estadio como para evitar la realización de biopsias percutáneas innecesarias. En la actualidad, la tomografía computarizada (TC) representa la herramienta principal dentro de los métodos de imágenes de las glándulas suprarrenales, pero la resonancia magnética (RM) también resulta de utilidad para la caracterización de lesiones indeterminadas. Datos previos han sugerido que la PET con FDG presenta una excelente sensibilidad para la detección de las masas suprarrenales malignas. La PET/TC es una técnica híbrida que combina la atenuación y los detalles morfológicos de la TC con la información metabólica de la PET. Estas imágenes pueden fusionarse para permitir un registro conjunto preciso de los datos anatómicos y funcionales, y la combinación de ambos tipos de imágenes determina la localización anatómica de áreas con actividad metabólica incrementada. En la actualidad, los costos relativamente elevados limitan la disponibilidad de la PET/TC a centros de atención terciaria, aunque para el futuro puede anticiparse una amplia aplicación. El objeto del presente trabajo

fue evaluar en forma retrospectiva la precisión de las imágenes de PET/TC para la caracterización de las lesiones suprarrenales en pacientes que presentan una entidad maligna diagnosticada o en quienes se sospecha su existencia.

Un total de 41 lesiones suprarrenales pertenecientes a 38 pacientes (de edad promedio de 66 años y 21 de ellos del sexo masculino) fueron evaluadas por el método PET/TC. De estas lesiones, 9 eran malignas, con documentación de agrandamiento de tamaño en 8 casos y de reducción en el restante como respuesta al tratamiento. Por su parte, las 32 restantes eran lesiones benignas, con estabilidad documentada durante 6 meses en 31 casos y confirmación por resultados de biopsia en el restante.

Los hallazgos en la PET/TC de todas las lesiones malignas fueron positivos, con un promedio de la relación entre la actividad de la lesión suprarrenal y la hepática igual a 4.04. De las 32 lesiones benignas, la mayoría (n = 30) presentaban menor actividad que la observada en el hígado, con una relación promedio de 0.66. La técnica de PET/TC demostró cifras de sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo y precisión de 100%, 93.8%, 81.8%, 100% y 95.1%, respectivamente. Por su parte, la incorporación de una TC con demora en las imágenes reforzadas por contraste aumentó la especificidad al 100%.

Los resultados del trabajo indican que el método de PET/TC resulta de utilidad en la detección de lesiones suprarrenales malignas, con una mayor actividad de la FDG en éstas que la observada en el hígado. Al respecto, los autores sostienen que una imagen negativa según este método diagnóstico es útil para la exclusión del diagnóstico de metástasis con un alto grado de seguridad.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat048/06405012.htm



Conceptos y cifras

Fuerza muscular en la adolescencia

A mayor grado de fuerza muscular en la adolescencia, el riesgo de que las mujeres adultas padezcan tensión cervical se reduce. En los hombres se relaciona con una mayor probabilidad de sufrir lesiones de las rodillas [*British Journal of Sports Medicine* 40(2):107-113, 2006].

Esquizofrenia

En la esquizofrenia existiría una disfunción en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS). Se sugirió una relación con los síntomas negativos de la enfermedad. Por lo tanto, la mejoría luego del tratamiento antipsicótico se relacionaría con la normalización del funcionamiento del eje y con una disminución de su actividad basal, lo cual refleja la reducción del estrés asociado con la enfermedad. La disminución de la actividad del eje HHS se debería tanto al efecto farmacológico como clínico [*Psychoneuroendocrinology* 31(2): 256- 264, 2006].

Preeclampsia

La preeclampsia es una causa grave de morbilidad y mortalidad materna que afecta aproximadamente del 7% al 10% de los embarazos en los EE.UU. Se ha sugerido que la disfunción del endotelio vascular puede cumplir un papel de importancia en la patogénesis de esta enfermedad. Esta alteración, que consiste en la pérdida de las propiedades protectoras del endotelio normal, produce una regulación anormal del tono de los vasos sanguíneos, vasoconstricción periférica y, potencialmente, hipertensión [*European Respiratory Journal* 27(2):328-333, 2006].

Infarto de miocardio

El infarto agudo de miocardio se acompaña de profundas modificaciones en los niveles de lípidos y lipoproteínas plasmáticas. Las alteraciones lipídicas observadas durante la fase aguda del infarto de miocardio comprenden el incremento en los niveles de triglicéridos y la disminución de las concentraciones de colesterol total, colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad (LDL) y de alta densidad (HDL). Estas modificaciones de lipoproteínas pueden relacionarse con otros cambios que aparecen en el metabolismo lipídico durante la fase aguda, como el aumento o la disminución de la síntesis de colesterol, un incremento en la actividad de los receptores de LDL y una disminución en las enzimas lipolíticas; el metabolismo de la glucosa también está muy alterado [*International Journal of Cardiology* 107(2):166-170, 2006].

Recomendaciones para el uso de antidepresivos en las enfermedades reumáticas dolorosas

European Journal of Pain 10(3):185-192, Abr 2006



Limoges, Francia

En el presente artículo, sus autores elaboran una serie de recomendaciones acerca del tratamiento de los trastornos dolorosos crónicos con antidepresivos, sobre la base de los hallazgos científicos disponibles en la actualidad.

El dolor es el principal síntoma de numerosas entidades reumáticas, inflamatorias y degenerativas. En muchos casos, los analgésicos, las drogas antiinflamatorias no esteroideas (AINE) o los opioides controlan el dolor en forma efectiva. Sin embargo, algunas veces se requieren terapias adicionales, como antidepresivos y anticonvulsivos. La indicación de antidepresivos es creciente en varias entidades, como la fibromialgia, la artritis reumatoidea, las espondilartropatías, la lumbalgia y la osteoartritis. A pesar de que frecuentemente se demuestra que los antidepresivos reducen el dolor, los resultados obtenidos son variados y aún quedan muchos interrogantes por responder, como por ejemplo, si el efecto analgésico depende del efecto antidepresivo, cuál es la dosis óptima o durante cuánto tiempo debe continuar el tratamiento.

En esta oportunidad, los autores analizan la evidencia científica existente y proponen un marco para la creación de normas referidas al uso de estas drogas. Al respecto sostienen que dicho marco –propuesto como un punto de partida para la discusión– debe ser lo suficientemente flexible para ser aplicado en la práctica en diferentes países.

Fueron identificadas las entidades y las drogas relevantes antes de iniciar la búsqueda en diferentes bases de datos informáticas de trabajos científicos publicados entre 1966 y 2003. Cada trabajo fue calificado con relación a su calidad y, en conjunto, fueron considerados para la formulación de las recomendaciones. Se identificaron 73 estudios y 12 metaanálisis y revisiones de la literatura referidos al uso de los antidepresivos en el tratamiento de trastornos reumatológicos dolorosos. Un total de 49 de esos estudios clínicos fueron considerados válidos y se emplearon para la confección de las normas. En aspectos frente a los cuales no se hallaron

datos, los expertos basaron sus recomendaciones en su propia experiencia clínica. Las normas elaboradas fueron 10, cada una con diferente fuerza de evidencia científica.

Debido a las propiedades de los antidepresivos, éstos pueden mejorar los síntomas y la calidad de vida de los pacientes con enfermedades osteoarticulares y espinales crónicas degenerativas e inflamatorias. En la fibromialgia se recomiendan especialmente los antidepresivos tricíclicos. Con el objeto de aumentar la

adhesión de los pacientes al tratamiento, éstos deben ser informados acerca del tipo de droga indicada, sus efectos adversos y el objetivo de la terapia. Los antidepresivos pueden ser indicados como analgésicos en pacientes sin depresión, y los agentes de primera elección deben ser los tricíclicos en bajas dosis. Sólo si éstos resultan ineficaces o no son tolerados, deben indicarse agentes más nuevos con acción mixta o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Los efectos adversos de los antidepresivos empleados como analgésicos son los mismos que los observados en el tratamiento de la depresión.

Cuando se prescribe un antidepresivo tricíclico a un paciente de edad avanzada, el profesional tratante debe controlar la tensión arterial, la cognición y el tránsito intestinal. Por su parte, el análisis de la eficacia del tratamiento no debe limitarse a la valoración del dolor, sino que debe incluir la evaluación funcional, el consumo de analgésicos, el sueño (calidad y duración) y los aspectos psicosociales. No parece existir una duración óptima del tratamiento antidepresivo, aunque éste debe mantenerse como mínimo durante 4 semanas antes de su interrupción. Finalmente, luego de 3 a 6 meses de la remisión, las dosis pueden ser reducidas en forma gradual; la interrupción abrupta puede producir náuseas, vómitos y temblores.

La elaboración de normas debe basarse en los hallazgos científicos disponibles, de esta manera fueron redactadas las recomendaciones mencionadas en el presente artículo, además de basarlas sobre la propia experiencia de los autores (debido a la escasez de datos en ciertos temas). Estas normas también brindan información acerca de la necesidad de futuras investigaciones. Así, por ejemplo, la respuesta de varias entidades dolorosas crónicas –especialmente reumatológicas– a los antidepresivos no ha sido analizada en contextos controlados, y se conoce muy poco acerca de la eficacia en el largo plazo y los efectos adversos de estos agentes.

Información adicional en www.siic.salud.com/dato/dat048/06405010.htm

Revisión acerca del empleo de drogas psicotrópicas durante la lactancia

CNS Drugs 20(3):187-198, 2006



Oslo, Noruega

El conocimiento actual acerca del impacto de la exposición a agentes psicotrópicos a través de la leche materna es limitado; si bien la acción de esas drogas sobre el niño es generalmente mayor durante el pasaje transplacentario que a través de la lactancia, los recién nacidos prematuros, los lactantes con patologías neonatales o trastornos hereditarios del metabolismo pueden ser más vulnerables a esa exposición.

Para las mujeres en período de lactancia los trastornos del estado de ánimo pueden plantear graves problemas, ya que la afectan directamente y al niño en forma indirecta. Mucho se enfatiza sobre las ventajas del amamantamiento y se considera que es un protector efectivo contra las infecciones y las alergias en el lactante, además de favorecer la interacción entre la madre y el hijo. Si bien muchas mujeres que requieren antidepresivos o estabilizadores del estado de ánimo desean amamantar a sus niños, pueden tener dudas acerca de los posibles efectos

perjudiciales de esas medicaciones en sus hijos. El empleo de antidepresivos, otras drogas psicotrópicas y agentes antiepilépticos durante la lactancia ha sido objeto de revisiones recientes, aunque han aparecido nuevas drogas y estudios desde las últimas actualizaciones.

Los autores del presente ensayo efectuaron una búsqueda en Medline, Embase y el Science Citation Index Expanded de los estudios de casos publicados entre 1996 y febrero de 2005, y dejan constancia de que no se realizaron estudios controlados en forma aleatorizada en niños que lactan, ni ensayos de seguimiento a largo plazo.

En general, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los agentes tricíclicos con excepción de la doxepina, el valproato de sodio y las bajas dosis de benzodiazepinas de acción corta, son considerados seguros para el lactante. De todas maneras, si el tratamiento con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina se comienza en el período posparto, la fluoxetina y el citalopram no deberían ser los agentes terapéuticos de primera elección. Además, el lactante debe ser evaluado por la posible aparición de efectos adversos si la madre decide el amamantamiento mientras está siendo tratada con lamotrigina o los nuevos antipsicóticos. Por el contrario, no se recomienda la lactancia con el empleo concomitante de litio.

Los autores concluyen que, a pesar de los datos extraídos de la presente revisión, se revela claramente el insuficiente conocimiento actual sobre el impacto de la exposición a las drogas psicotrópicas en los niños que lactan, y la escasa cantidad de ensayos científicos de elevada calidad, por lo que debería emprenderse la investigación más activa en dicho campo.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat048/06524013.htm

Características de los aneurismas cavernosos de la carótida

Neurosurgery 57(5):850-857, Nov 2005

Petah Tikva, Israel

El tratamiento endovascular de los aneurismas cavernosos de la carótida (ACC) se asocia con una tasa significativamente mayor de resolución del dolor que la observada en los pacientes no tratados, aun después de ajustar según la intensidad del dolor inicial.

Con el propósito de analizar los potenciales beneficios del tratamiento de los ACC, se debe considerar no sólo la evolución de la terapia, sino también la historia natural en los pacientes con síntomas leves o episódicos que pueden no requerir tratamiento. En el presente artículo, los autores exponen la experiencia con una serie de ACC, y describen su presentación, su historia natural y la evolución de su tratamiento.

Fueron incluidos en el análisis 185 pacientes con 206 ACC diagnosticados entre 1980 y 2001 en una institución de alta complejidad de neurooftalmología y servicios endovasculares. Los síntomas y hallazgos al momento de la presentación fueron comparados con los observados en la evolución. De esta manera, los pacientes fueron clasificados como asintomáticos (grado 0), con diplopía o dolor leve (grado 1), con diplopía significativa y dolor leve o con dolor moderado (grado 2) y con dolor moderado o intenso y algún grado de diplopía (grado 3).

El seguimiento a largo plazo se produjo en 189 de los 206 ACC. En total, 74 ACC fueron sometidos a tratamiento; de éstos, el 91% fue endovascular y el 9%, cirugía. Por su parte, 115 casos de ACC fueron evaluados durante un período de 4 años, y 2 requirieron tratamiento posterior. La terapia redujo la incidencia y la intensidad del dolor, aun después de ajustar según la intensidad del dolor inicial. De esta manera, el dolor se resolvió o disminuyó en el 96% del grupo tratado, mientras que

en el grupo que no recibió tratamiento, este valor fue de 56%. A su vez, el tratamiento no afectó en forma significativa la diplopía final luego de ajustar según la diplopía inicial; en éste, el porcentaje de pacientes con resolución o mejoría de la diplopía fue de 61%, mientras que en el restante grupo, fue de 56%. El análisis estadístico demostró que el grupo que recibió tratamiento mostró mayor proporción de complicaciones visuales y neurológicas que el conformado por pacientes que no fueron tratados.

Las manifestaciones neurooftalmológicas representan el motivo más común de tratamiento en los casos de ACC. Los resultados del presente trabajo demuestran que el 56% de los pacientes que no reciben tratamiento presentan una resolución o una mejoría de su diplopía, mientras que, también el 56% muestra una reducción o desaparición del dolor. Con respecto a los pacientes que reciben tratamiento endovascular o quirúrgico, estos valores parecen ser de 61% y 96%, respectivamente. Debido a que el riesgo de complicaciones neurológicas graves del tratamiento endovascular de los aneurismas es de 5% a 9%, aun en manos expertas, las indicaciones para el tratamiento deben ser consideradas cuidadosamente en cada caso individual. Por eso, finalizan los autores, los resultados del presente estudio indican que el tratamiento sólo debería indicarse en los casos con dolor debilitante, pérdida visual a partir de una compresión o diplopía en la mirada primaria, o frente a la presencia de factores de riesgo para complicaciones graves, como coagulopatía preexistente o erosión del seno esfenoidal.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat047/06323006.htm



Conceptos y cifras

Diabetes tipo 2

La diabetes tipo 2 se asocia con complicaciones microvasculares y macrovasculares; hasta 75% de los individuos afectados fallecen por causas cardiovasculares. El logro de un adecuado control glucémico es esencial para reducir el riesgo de complicaciones. En el *United Kingdom Prospective Diabetes Study*, la disminución de un 1% en los niveles de hemoglobina glicosilada se asoció con una considerable reducción del riesgo de complicaciones, incluida una disminución del 14% en el riesgo de infarto de miocardio y del 21% en el de muerte relacionada con la diabetes [*Clinical Therapeutics* 27(10):1548-1561, 2005].

Bifosfonatos

Los bifosfonatos son drogas antirresorptivas que regulan el recambio óseo mediante la inhibición de la actividad de los osteoclastos. Integran este grupo farmacológico el etidronato, pamidronato, alendronato, risedronato e ibandronato. Son la base del tratamiento para las mujeres posmenopáusicas con osteoporosis con un alto riesgo de fracturas [*Mayo Clinic Proceedings* 80(10):1278-1285, 2005].

Artes marciales

Los golpes contundentes a la cabeza pueden afectar el cerebro y producir deterioro neuropsicológico, encefalopatía traumática crónica, convulsiones, hemorragia intracraneal y muerte. La lucha libre también puede causar lesiones cervicales graves similares a las producidas por colisiones vehiculares [*British Journal of Sports Medicine* 40(2):169-172, 2006].

Actividad física aeróbica

Las recomendaciones vigentes para desarrollar y mantener los efectos de un buen estado físico incluyen el entrenamiento de 3 a 5 veces por semana a una intensidad del 55%-65% al 90% de la frecuencia cardíaca máxima. La duración de la actividad aeróbica debería oscilar entre 20 y 60 minutos en forma continuada o intermitente, con tandas de un mínimo de 10 minutos a lo largo del día [*British Journal of Sports Medicine* 40(2):173-178, 2006].

Ejercicio en el área laboral

El ausentismo laboral por enfermedad no tuvo una asociación significativa con la frecuencia o duración de la actividad física moderada, pero sí demostró tener una relación inversa y dependiente de la dosis con el ejercicio intenso realizado hasta 3 veces por semana [*British Journal of Sports Medicine* 40(2):173-178, 2006].

Algoritmo terapéutico para el neumotórax espontáneo

European Respiratory Journal 27(3):470-476, Mar 2006

Lille, Francia
El neumotórax primario espontáneo (NPE) es una entidad frecuente en la práctica neumonológica, con una incidencia estimada de 7.4 casos por cada 100 000 hombres y 1.2 casos por cada 100 000 mujeres. Por lo general tiene lugar durante la segunda o tercera décadas de la vida en sujetos sanos y activos.

Los principales objetivos del manejo terapéutico del NPE incluyen la remoción del aire presente en el espacio pleural y la prevención de las recurrencias. Al respecto, las recientes recomendaciones de las sociedades especializadas del Reino Unido y los EE.UU. establecen que los pequeños NPE en pacientes sin disnea deben ser observados durante 3 a 6 horas, con el control de su progresión a través de la repetición del estudio radiográfico, mientras que sólo en los NPE grandes o sintomáticos se debe considerar la evacuación del aire. En relación con este tema, la falta de recomendaciones de aceptación general podría explicar la extensa variedad de técnicas de evacuación de aire que se implementan en la práctica. Esta evacuación puede realizarse a través de una simple aspiración manual (AM) con aguja o con la colocación de un tubo de pequeño calibre o de un tubo torácico convencional. Estos tubos pueden estar unidos a una válvula de una sola dirección, o a un dispositivo con agua, con succión activa o sin ésta. En la actualidad, la técnica más empleada es la toracotomía con tubo torácico.

Estudios prospectivos comparativos demostraron que una significativa proporción del gasto en atención de salud relacionado con el manejo del NPE podría ser ahorrada si se aplicara la AM como el primer paso terapéutico.

Se demostró que este procedimiento resulta efectivo y seguro en el 60% de los pacientes, y permite que la mitad de ellos sean manejados sólo en la sala de emergencias, sin internación posterior. Sin embargo, casi el 50% de los pacientes son internados y sometidos a una toracostomía estándar anterior o axilar. El uso de catéteres de pequeño calibre unidos a una válvula de una vía o a un dispositivo con agua en lugar de catéteres intravenosos o de toracocentesis, posibilita que la evacuación de aire continúe aun cuando la



AM inicial haya fracasado. El objetivo del presente trabajo fue analizar la factibilidad, seguridad y efectividad de un algoritmo terapéutico exhaustivo que empleaba catéteres de pequeño calibre conectados a una válvula de una sola vía en una población de pacientes con un primer episodio de NPE. El estudio incluyó 41 pacientes de sexo masculino, delgados, jóvenes y fumadores. En ellos, se colocó un catéter en el segundo

o tercer espacio intercostal sobre la línea media clavicular. Este catéter fue unido a una válvula de una sola vía, con una llave de tres vías entre ambas. Inmediatamente después de la colocación del catéter se obtuvieron imágenes radiográficas para evaluar su correcta colocación, al igual que 6 y 24 horas más tarde. Si a las 24 horas el pulmón se había expandido por completo, el catéter era retirado y se indicaba el egreso hospitalario, mientras que si esta expansión no se producía, el catéter quedaba colocado 24 horas más. Si luego de este período aún no se observaba expansión, se sustituía la válvula por un dispositivo con agua. Por último, si la evacuación de aire persistía durante más de 4 días, se consideraba la intervención quirúrgica.

En los pacientes estudiados no se produjeron complicaciones relacionadas con el procedimiento, y la necesidad de analgésicos fue mínima. Dentro de las primeras 24 horas, la mayoría de los pacientes podían caminar, y el 50% podían incluso ducharse con el catéter colocado. Las tasas de éxito a las 24 horas y a la semana fueron de 61% y 85%, respectivamente, y la tasa de recurrencia al año fue de 24%. Cuatro pacientes fueron sometidos a pleurodesis quirúrgica debido a la persistencia de la salida de aire. La estadía hospitalaria, con exclusión de los casos quirúrgicos fue, en promedio, de 2.3 días.

Los autores concluyen que el algoritmo terapéutico propuesto para el manejo del NPE resulta tan efectivo como la AM o la toracotomía convencional con tubo torácico. El procedimiento de colocación de un catéter resulta seguro y se asocia con altas tasas de éxito a corto y largo plazo, además de preservar la comodidad y la movilidad de los pacientes.

Información adicional en www.siic.salud.com/dato/dat048/06417009.htm

Los acontecimientos científicos recomendados por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) se destacan por su utilidad para la actualización de los profesionales iberoamericanos.

 **VII Congreso Latinoamericano de Cirugía Endoscópica**
Asociación Latinoamericana de Cirugía Endoscópica (ALACE)
Miami, Estados Unidos
11 al 15 de julio de 2006
Tel.: 1-305-4660575
Dirección de Internet: www.alacemiami2006.com
Correo electrónico: alace2006miami@yahoo.com
www.siicsalud.com/dato/dato048/06407036.htm

 **XXXI World Congress of the International Society of Hematology**
International Society of Hematology
San Juan, Puerto Rico
9 al 12 de agosto de 2006
Tel.: +1(770) 751 7332
Dirección de Internet: www.ish2006.org
Correo electrónico: meetings@imedex.com
www.siicsalud.com/dato/dato047/06210018.htm

 **XIV Congreso Latinoamericano de Alergia, Asma e Inmunología**
Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica
Sociedad Latinoamericana de Alergia, Asma e Inmunología
Buenos Aires, Argentina
17 al 21 de agosto de 2006
Tel.: (54-11) 4334-7680
Dirección de Internet: www.slaai.org/congreso
Correo electrónico: secretaria_aaai@speedy.com.ar
www.siicsalud.com/dato/dato045/05o11018.htm

 **9th World Congress on Down Syndrome**
Vancouver, Canadá
23 al 27 de agosto de 2006
Tel.: 1-604-681-5226
Dirección de Internet: www.wdsc2006.com
Correo electrónico: congress@venuewest.com
www.siicsalud.com/dato/dato039/04720000.htm

 **World Congress of Cardiology 2006**
European Society of Cardiology and World Heart Federation
Barcelona, España
2 al 6 de septiembre de 2006
Tel.: +33 492 94 76 00
Dirección de Internet: www.worldcardio2006.org
Correo electrónico: congress@escardio.org
www.siicsalud.com/dato/dato046/05n03028.htm

 **XXI Reunión de la Sociedad Argentina de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial I Jornadas Internacionales de Implantología Oral y Maxilofacial**
Sociedad Argentina de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial
Cariló, Argentina
20 al 23 de septiembre de 2006
Tel.: 4961-6141 int. 415
Dirección de Internet: www.sacbmf.org.ar
Correo electrónico: sac@aoa.org.ar
www.siicsalud.com/dato/dato048/06407041.htm

 **XV Congreso Argentino de Cirujanos Cardiovasculares IV Congreso Hispano Luso Americano de Cirugía Cardiovascular III Congreso de Cirugía Cardiovascular del Cono Sur**
Buenos Aires, Argentina
21 al 23 de septiembre de 2006

Tel.: (54 11) 4931-2560
Dirección de Internet: www.caccv.org
Correo electrónico: caccv@caccv.org
www.siicsalud.com/dato/dato048/06407021.htm

 **61º Congresso Brasileiro de Cardiologia**
Sociedade Brasileira de Cardiologia
Recife, Brasil
21 al 25 de octubre de 2006
Tel.: (55 21) 2537-8488
Correo electrónico: cerj@cardiol.br
www.siicsalud.com/dato/dato046/05d20019.htm

 **26º Congreso Nacional de Cirugía**
Asociación Española de Cirujanos
Madrid, España
6 al 10 de noviembre de 2006
Tel.: 34 913190400
Dirección de Internet: www.unicongress.com/cncirurgia2006
Correo electrónico: apoza@aecirujanos.es
www.siicsalud.com/dato/dato046/06118025.htm

 **CONAREC Congress 2006**
Comisión Nacional de Residentes de Cardiología
San Juan, Argentina
23 al 25 de noviembre de 2006
Tel.: (54 11) 4963-6454
Dirección de Internet: www.conarec.org.ar
Correo electrónico: secretariasilvina@yahoo.com.ar
www.siicsalud.com/dato/dato046/06118037.htm

 **2º Encuentro de Terapia Intensiva del Mercosur 16º Congreso Argentino de Terapia Intensiva**
Sociedad Argentina de Terapia Intensiva
Mar del Plata, Argentina
1 al 4 de diciembre de 2006
Tel.: (54 11) 4778-0571
Dirección de Internet: www.sati.org.ar
Correo electrónico: info@sati.org.ar
www.siicsalud.com/dato/dato048/06407039.htm

 **19th World Diabetes Congress**
International Diabetes Federation
Ciudad del Cabo, Sudáfrica
3 al 7 de diciembre de 2006
Tel.: +32-2-5341632
Dirección de Internet: www.idf2006.org
Correo electrónico: wdc@idf.org
www.siicsalud.com/dato/dato048/06407034.htm

 **22nd Annual SIOP Conference**
Society for Industrial and Organizational Psychology, Inc.
Nueva York, EE.UU.
27 al 29 de abril de 2007
Tel.: 419-353-0032
Correo electrónico: siop@siop.org
www.siicsalud.com/dato/dato042/05318001.htm

Para comunicarse por correo electrónico con Salud(i)Ciencia, escribanos a expertos@siicsalud.com, indicando "Carta al Editor" en el asunto o "subject". Las características de las cartas deben consultarse en www.siic.info/inst-castellano.htm.

Reflexiones acerca de los grupos de autoayuda para diabetes e hipertensión



S(i)C, Vol. 14 Nº 3

Sr. Editor

Al habitual interés que me causa recibir y leer las novedades del mundo de la medicina que su prestigiosa revista difunde, en mayo de 2006 tuve la grata oportunidad de enterarme de un emprendimiento que considero importante tener en cuenta para mejorar la salud en nuestros días.

En efecto, el Dr. Agustín Lara Esqueda, en la entrevista "Eficacia de los grupos de autoayuda para controlar la diabetes y la hipertensión", publicada en Salud(i)Ciencia vol. 14, Nº 3, comenta la experiencia

que se vive en México desde hace 10 años, a partir de la constitución de los Grupos de Ayuda Mutua mediante un programa específico de la Secretaría de Salud del mencionado país. Comenta que esta iniciativa desea responder a los desafíos que plantean los problemas asociados con la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial y la obesidad, ya que se "estimula la adopción de estilos de vida saludables, al considerar la educación, la actividad física y la alimentación del paciente como parte fundamental e indispensable del tratamiento".

En mi experiencia profesional tuve la oportunidad de comprobar repetidas veces la importancia de la atención integral del ser humano. Los enormes beneficios logrados con el avance vertiginoso de la ciencia para el control de enfermedades y la promoción de una vida saludable son innegables. Sin embargo, también es cierto que el tratamiento de la persona enferma exige un constante esfuerzo para lograr el delicado equilibrio en el cual, superando todo reduccionismo, se logre el estado definido por la OMS como "un completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad, considerando la salud como un concepto multidimensional".

Permítame resaltar la necesidad de tener siempre presente este último aspecto en la práctica de la medicina, ya que la unicidad del ser humano exige que los profesionales recordemos que todo aquello que actúa en algún área específica (biológica, mental, espiritual, social) indefectiblemente influirá en las demás.

La creciente pandemia de obesidad, hipertensión y diabetes es una realidad compleja que desafía a toda la comunidad médica. Existen numerosas causas genéticas, ambientales, culturales, económicas y sociales que deben ser contempladas para poder disminuir con éxito la morbilidad asociada a estas patologías crónicas y el impacto que las frecuentes complicaciones de estas entidades tienen a nivel familiar y social.

En 1935, en Estados Unidos, nació un movimiento cuyos beneficios siguen vigentes en la actualidad: Alcohólicos Anónimos. Este primer grupo de ayuda mutua demostró la importancia que tiene este enfoque en la recuperación de la persona con determinadas patologías. La presencia de un espacio donde el paciente se sienta comprendido y acompañado por alguien que padeció su misma dolencia y pudo superarla constituye un factor muy positivo que mejora la adhesión terapéutica y promueve cambios perdurables en el estilo de vida en favor de la salud.

Un aspecto interesante que señala el Dr. Lara Esqueda en la entrevista es la dificultad para incluir a los familiares en el abordaje integral de los pacientes con enfermedades crónicas. Este aspecto es de vital importancia para que el individuo tenga éxito en la reeducación de los hábitos que inciden directamente en su salud: así como el paciente necesita aprender a convivir con su enfermedad de tal modo que logre una adecuada calidad de vida, sus familiares son clave para que pueda mantener estos cambios en forma estable. Es necesario que los allegados a una persona que necesitará un tratamiento crónico (farmacológico y no farmacológico) comprendan no sólo la naturaleza de la enfermedad y los efectos de los tratamientos indicados, sino también el papel fundamental que tendrá su apoyo para lograr el éxito terapéutico. Por otra parte, en enfermedades como la diabetes, la obesidad y la hipertensión, esta intervención permite implementar estrategias preventivas, ya que existe un elevado riesgo de padecer estos trastornos cuando existen antecedentes familiares.

Por último, considero encomiable el hecho de que estos grupos de ayuda mutua logren una equilibrada organización, lejos de los inconvenientes que causan tanto la improvisación como la mala aplicación de la burocracia. La conjunción de claridad en las metas a lograr con el empleo de métodos sencillos y accesibles para evaluar la salud, y el tener en cuenta los errores cometidos para aprender de ellos y así crecer en la estructuración de programas con una visión a largo plazo seguramente tendrá un impacto certero y perdurable en la salud de la población que sepa aprovechar esta iniciativa.

Dra. Sarita Alvarez Sanguedolce
Médica
sarita.alvarez@gmail.com

Frecuencia elevada de ansiedad en los residentes de hogares para ancianos



S(i)C, Vol. 14 Nº 2

Sr. Editor

He leído atentamente el artículo sobre la elevada frecuencia de ansiedad en los residentes de hogares para ancianos, publicado en Salud(i)Ciencia Vol. 14 Nº2. Sería útil destacar ciertos aspectos con respecto a la ansiedad en los ancianos internados en instituciones geriátricas. La ansiedad normal es una emoción adaptativa ante un desafío o peligro, tanto presente como futuro. Su función es motivar conductas apropiadas para superar dicha

situación. Cuando la ansiedad es anormal, la respuesta es exagerada y no necesariamente está ligada a un peligro.

La vejez no es sólo una etapa vital, es una parte del desarrollo de cualquier ser humano en la cual aparecen problemas personales a los que el individuo debe, en la medida de sus posibilidades, adaptarse. Estos problemas pueden ser físicos, psíquicos o socioeconómicos. La internación en ese tipo de hogares es una de esas situaciones problemáticas.

El ingreso a una residencia para mayores puede generar sentimientos de despersonalización, abandono, confusión mental, miedo, tristeza e incertidumbre. Por otro lado, pueden existir sentimientos de culpa e inseguridad por parte del familiar que se responsabiliza de la atención del anciano. Este tipo de situación también es percibida por el paciente. Lo mencionado puede derivar en un cuadro de ansiedad normal.

Por otro lado, los cuadros psiquiátricos pueden ser dejados en un segundo plano debido a las numerosas afecciones físicas que el anciano puede padecer. Es útil destacar que el 95% de los ancianos deprimidos presentan síntomas de ansiedad, por lo cual la depresión ansiosa es la forma de presentación más común de ansiedad en la vejez. La ansiedad, entonces, puede tener diversos orígenes y distinguirlos no es tarea fácil. Además, muchas veces se percibe la ansiedad como un aspecto habitual del envejecimiento.

A la hora de administrar un tratamiento farmacológico, sería útil, dentro de las posibilidades y de acuerdo con la gravedad del cuadro, evaluar alternativas adicionales para favorecer la adaptación del paciente a la nueva situación. El apoyo familiar, las actividades recreativas y terapéuticas, el respeto por las preferencias del paciente, entre otras, son estrategias válidas.

La internación no debería ser un suceso puntual, forma parte de un proceso que comienza cuando el anciano requiere un cuidado especial. El ingreso a una institución debería ser una etapa más dentro del proceso de internación y no un acontecimiento abrupto. Dicho proceso debería comenzar en el hogar, con la participación de un especialista en gerontología para responder a las incertidumbres de la familia y del anciano. Al concretarse la internación, es importante el acuerdo entre la familia y el paciente para valorar el aspecto positivo de la situación.

Por último, las políticas de salud deberían orientarse hacia la gerontología preventiva. Así, se podrían identificar las alteraciones en los ancianos de manera temprana, tras las cuales suelen existir procesos patológicos no diagnosticados ni tratados que, con la terapéutica adecuada, tienen elevadas posibilidades de mejorar o curar.

Dra. Daniela Florencia Roisman
Médica
danielaroisman@gmail.com

Cartas al editor

Para comunicarse por correo electrónico con Salud(i)Ciencia, escribanos a expertos@siicsalud.com, indicando "Carta al Editor" en el asunto o "subject" de su correo electrónico. Las características de las cartas deben consultarse en www.siic.info/inst-castellano.htm

1. Extension

Original articles

Submit your paper in two versions:

1. **Long version:** to be published in SIIC's website (www.siiic.salud.com) (ISSN 1667-9008). Long version manuscripts should not exceed 5,000 words.

2. **Short version:** to be published in the printed collections of SIIC - Journal *Salud(i)Ciencia* (ISSN 1667-8982), *Trabajos Distinguidos*, *Temas Maestros*, etc). Short version manuscripts length is of 1,500 to 3,000 words.

If you prefer to write only one version, it must not exceed 3,000 words.

Reviews

Manuscripts should not exceed 5,000 words.

The length for both Original Articles and Reviews does NOT include the abstract, the key words, the tables and figures and the bibliography. Provide a word count at the beginning of the text.

2. Language and Style

The manuscript should be written in English. Manuscripts are then translated into Spanish by SIIC and edited **both** in Spanish and in English. Authors who are unsure of proper English usage should have their manuscripts checked by someone proficient in the English language. Manuscripts might be rejected on the basis of poor English or lack of conformity to accepted standards of style. (*)

3. Author/s

Include academic degree/s, first names and last names of author and co-authors (if any). Include the name and full location of the department and institution where you work.

Provide the name of the department/s and institution/s to which the research should be attributed. *Original Articles:* No more than six co-authors may be included. *Reviews:* No more than two co-authors may be included.

4. Covering Letter (*)

5. Abstract

Articles should be accompanied by an abstract written in English. The abstract should consist of one paragraph of about 200 words. Have in mind that the abstract is of particular value to editors and users of computer-based literature. Provide a word count for the abstract.

If your native language is other than English you may include an abstract written in your vernacular language.

6. Running title

Mention in no more than 10 words the main subject of your article.

7. Specialties

Mention the main specialty and other specialties related to your manuscript.

8. Essence

Provide, in no more than three lines, the essence or succinct conclusion of your article.

9. Key Words and Abbreviations

Provide up to 5 (five) key words under which the paper should be indexed. Key words should be written according to *Medical Subject Headings (MeSH)*. Avoid abbreviations in the title. The full term for which an abbreviation stands should precede its first use in the text unless it is a standard unit of measurement.

Alphabetical List of Abbreviations. Authors should provide an alphabetical list of the non-standard abbreviations used and the term they stand for.

10. References (*)

11. Statistics

Describe statistical methods with enough detail to enable the reader with access to the original data to verify the reported results. When data are presented in a table, the statistical methods used to evaluate the data should be clearly stated in a footnote for each method. Specify the computer software used.

12. Drugs

Identify drugs and natural and/or synthetic chemicals by their generic names. Avoid using commercial names or trade marks. Write down drug names according to *MeSH*.

13. Illustrations, Figures and Tables (*)

14. Multiple Choice Evaluation

Write down a multiple choice evaluation for readers, i.e. write a question and four answers. You should state which is the correct answer and add a brief founded explanation.

....

The guidelines continue at
www.siiic.info/inst-ingles.htm

These **Instructions** comply with the "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" established by the Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org).

For further information or inquiries, please contact expertos@siiic.salud.com, or call to telephone number +54 11 4342-4901; Fax: +54 11 4331-3305

(*) Consult at www.siiic.info/inst-ingles.htm

1. Extensión

Artículos originales

Presente su artículo en dos versiones:

1) La primera versión será publicada en www.siiic.salud.com (ISSN 1667-9008). El límite de extensión del texto será de 5 000 palabras.

2) La segunda versión será editada en las colecciones impresas de SIIC: *Salud(i)Ciencia* (ISSN 1667-8982), *Trabajos Distinguidos* o las que correspondan. La extensión de la segunda versión será de 1 500 a 3 000 palabras. Si opta por escribir una sola versión no deberá superar las 3 000 palabras.

Revisiones

El límite de extensión del texto en el caso de una revisión será de 5 000 palabras.

Tanto para los Artículos Originales como para las Revisiones, el resumen, las palabras clave, las tablas y las referencias bibliográficas no están incluidos dentro de los límites de extensión.

Incluya el número total de palabras que contiene su trabajo al comienzo del texto.

2. Idioma

El trabajo estará escrito en español o en portugués.

3. Autores

Incluya los datos completos del autor principal y su título académico, así como la función y el lugar donde se desempeña profesionalmente. De contar con coautores, por favor, incluya también los datos completos respectivos. *Límite de autores:* para los Artículos Originales se aceptarán hasta seis autores; para las Revisiones, hasta dos.

4. Carta de presentación (*)

5. Resumen

El artículo se acompañará con un resumen ("abstract") escrito en español o portugués de alrededor de 200 palabras. Tenga en cuenta que la longitud del resumen es de especial valor para los editores y usuarios de literatura virtual.

Traduzca el resumen y el título del trabajo al idioma inglés. Esto permitirá difundir su trabajo entre todos aquellos profesionales que no leen español ni portugués e ingresan diariamente a nuestro sitio. *Si no está seguro de su traducción hágala revisar por un experto en lengua inglesa.* SIIC cuenta con servicio de traducción, que se pone a disposición de aquellos autores que lo requieran.

6. Título abreviado para cabeza de página

Mencione el tema principal que aborda su artículo en no más de 10 palabras.

7. Especialidades

Mencione la especialidad principal y las especialidades relacionadas con su artículo.

8. Esencia

Redacte, en no más de tres líneas, una esencia o conclusión resumida de su trabajo.

9. Palabras clave y siglas

Incluya hasta cinco palabras clave de su trabajo, en español o portugués e inglés, para facilitar su posterior clasificación. Estas palabras clave deben presentarse de acuerdo con *Descritores de Ciências da Saúde (DeCS)* y *Medical Subject Headings (MeSH)*.

No se admiten siglas en el título y, en lo posible, deben evitarse en el resumen. En el texto se utilizará la menor cantidad de siglas posible. La definición completa de la sigla deberá anteponerse a su primer uso en el texto, con la excepción de las unidades de medida estándar. Si las siglas son poco usuales o novedosas deberá incluir una lista alfabética y su respectiva definición.

10. Citas bibliográficas (*)

11. Análisis estadístico

Al describir los análisis estadísticos efectuados, los autores deberán informar claramente cuáles métodos se usaron para evaluar datos específicos. Cuando los datos se presentan en forma de tabla, las pruebas estadísticas usadas para evaluar los datos deberán indicarse con una nota al pie para cada prueba usada. Especifique cuáles programas estadísticos usó.

12. Drogas

Identifique por su nombre genérico las drogas y compuestos químicos, naturales o sintéticos, utilizados. Evite la mención de marcas y nombres comerciales. Redacte esta terminología de acuerdo con DeCS y MeSH.

13. ...

Las instrucciones continúan en
www.siiic.info/inst-castellano.htm

Estas **Instrucciones** se ajustan a los "Requisitos Uniformes de los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas", establecidos por el Comité de Editores de Publicaciones Médicas (www.icmje.org).

Ante cualquier inquietud, comuníquese a expertos@siiic.salud.com o por teléfono al +54-11-4342-4901; Fax: +54-11-4331-3305

(*) Consultar en www.siiic.info/inst-castellano.htm

Un hobby que amalgama la taxidermia con la medicina

Guía práctica para embalsamar seres humanos

De *Manual del naturalista preparador*, por el doctor Pablo de Areny. Ed. Calpe. Madrid-Barcelona, s/f.



Mijo Kovacic, «Desnudo y muerto», óleo sobre vidrio, 1969.

“Con sólo haber visto disecar tres ejemplares de la misma especie y haber estropeado seis” –dice el autor de cierto manual español del que extractamos el texto que sigue– “se puede disecar el séptimo casi a la perfección.” El libro, de 192 páginas y formato 11 x 16 cm, pertenece a una colección de “Manuales Gallach” que se vendía a dos pesetas. Debe haber circulado, en España y América, a comienzos de la década de 1920, aunque en su página inicial ostenta una firma ilegible y la expresión “Bs. As. 1930”.

“En toda preparación taxidérmica ha de cuidarse escrupulosamente la estética, ya que no es suficiente rellenar una piel y saberla disponer para su buena conservación, sino que es preciso conocer y estudiar los medios de vida de cada individuo con objeto de darle toda su forma y esbeltez y adaptarle a sus naturales actitudes, pues que indudablemente será más perfecto el trabajo cuanto más se asemeje al ser viviente (...).

“El *Manual del naturalista preparador* (...) tiene por objeto inculcar al lector el gusto a la taxidermia. (...) Nuestro pequeño tratado se ocupará de una manera clara y concisa en todo lo relativo a los útiles preservativos, disecación, caza, pesca, preparación de vegetales, minerales y fósiles, embalsamamiento humano y preparación y montaje de esqueletos.

“La Taxidermia es un arte sumamente fácil de ejercitar, pues con sólo haber visto disecar tres ejemplares de la misma especie y haber estropeado seis, se puede disecar el séptimo casi a la perfección.”

Manos al... cadáver

“Aunque no es de la índole de nuestra obra el embalsamamiento humano, por tratarse de una técnica profesional y reservada exclusivamente al médico, no podemos pasarlo por alto por la gran importancia que en determinados casos puede tener.

“El embalsamamiento debe practicarse teniendo en cuenta la conservación de todos los caracteres del individuo relativos a su cara, y procurando lesionar o lastimar lo menos posible el cadáver, a fin de que la familia no vea una profanación.

“Varios procedimientos se ponen en práctica. Por el del doctor Sucquet deben tenerse dos cajas, una destinada a los instrumentos y la otra a los líquidos. A fin de evitar que la putrefacción progrese, uno de los ayudantes, provisto de 600 g de solución de cloruro de zinc al 50%, perfumado con esencias, se trasladará a la casa mortuoria y lavará el abdomen y órganos sexuales del cadáver con dicha solución, dejando encima del mismo algunos paños empapados en ella. Una vez cumplidos los requisitos legales, y dispuestos los aparatos y antisépticos convenientemente, sin tocar el cadáver ni descubrirlo del todo se practica una incisión que corresponda a la parte media del cuello (*siguen los procedimientos técnicos, n. de la r.*).

“Se perfuman luego los cabellos y se coloca una capa de cera debajo los párpados, a fin de que no se hundan. Antes de vestir el cadáver se colocarán algunos paños empapados de cloruro de zinc al 50% en las partes que se sospeche no haya penetrado el líquido.”

Otro método

Según el doctor Laskowski, profesor de Ginebra, el líquido conservador se compone de glicerina, ácido fénico y bicloruro de mercurio, cloruro de zinc y esencias de limón, lavanda, bergamota y clavo y tinturas de almizcle, mirra, benjuí y alguna otra substancia aromática. (...) El embalsamador debe llevar una caja completa de autopsias, un arsenal completo para la ligadura de los vasos, un aparato de inyección continua con su pioleta de suspensión, un surtido completo de cánulas rectas y curvas de diferentes calibres; cordonetes de seda blanca encerados para ligaduras y suturas; una jeringa aspirante-impelente para pequeñas inyecciones; lienzo, esponjas, algodón, alfileres y agujas curvas; una venda de franela de 100 m de longitud, una cubeta de cristal y un gran hule. A la mayor brevedad posible se inspeccionará el cadáver, a fin de averiguar de qué enfermedad ha muerto el sujeto; se ventilará la habitación y se cubrirá de paños empapados de glicerina fenicada.

“Colocado el cadáver, despojado de ropas, en la mesa operatoria y en el centro de la habitación, se practica la incisión en el cuello, por delante del músculo externo-mastoideo de un lado (*sigue la descripción técnica del embalsamamiento, n. de la r.*).

“Cuando se hayan inyectado cinco o seis litros de líquido se ligará la carótida y suturará la herida, después de introducir un poco de algodón en ella. En los miembros abdominales se practica la operación del mismo modo, descansando media hora, después de haber introducido un litro en cada muslo.

“Para completar la técnica y asegurar el éxito, se venda todo el cadáver con la venda empapada de una solución antipútrida, lavando previamente el cadáver con la misma solución, excepto la cabeza y las manos que se dejarán al descubierto. En los ojos bastará aplicarle una inyección con jeringa de Pravaz. En el fondo del féretro se colocará una capa de mirra pulverizada, cubierta con un tul, y encima se depositará el cadáver completamente vestido.”