



- TRAMADOL Y SÍNDROME SEROTONINÉRGICO
- RIESGOS DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA
- ADUCANUMAB EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
- MORTALIDAD ASOCIADA AL USO DE HIPNÓTICOS Y OPIOIDES EN PERSONAS MAYORES
- BOLETÍN INFAC: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ORALES
- I-BOTIKA: FOTOSENSIBILIDAD
- RISPERIDONA, OLANZAPINA, ESQUIZOFRENIA Y SEXUALIDAD FEMENINA
- COVID, VACUNAS Y ARITMÉTICA
- DISECCIÓN DE CADÁVERES: UNA REVISIÓN HISTÓRICA



TRAMADOL Y SÍNDROME SEROTONINÉRGICO

Nos hacemos eco de la información de seguridad del boletín mensual de la AEMPS, en este caso referida al tramadol, un analgésico opioide de amplia prescripción:

Se han notificado casos de síndrome serotoninérgico en pacientes que recibían tramadol solo o en combinación con otros agentes serotoninérgicos. Si la administración concomitante con otros agentes serotoninérgicos está clínicamente justificada, se recomienda una observación cuidadosa del paciente, especialmente al inicio de la terapia y durante los aumentos de dosis. Los síntomas del síndrome serotoninérgico incluyen cambios en el estado mental, inestabilidad autonómica, anomalías neuromusculares y síntomas gastrointestinales.

Si se sospecha este síndrome, se deberá valorar una reducción de la dosis o una interrupción del tratamiento, dependiendo de la gravedad de los síntomas. La retirada de los fármacos serotoninérgicos normalmente supone una mejora rápida.

La información de seguridad deriva de la evaluación de los datos de farmacovigilancia de medicamentos de uso humano comercializados en España.



RIESGOS DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

La mala fama del TEC, más bien su leyenda negra alimentada por su protagonismo en el cine, la literatura, el cómic, y por ser a menudo una de las banderas de la lucha antipsiquiátrica, es muy difícil de combatir, no ya en el contexto de la población general, sino a menudo entre los propios profesionales sanitarios. [Este reciente artículo publicado en Lancet Psychiatry](#), examina el riesgo de eventos adversos médicos (de cierta entidad, que resultan en hospitalización y/o fallecimiento) entre pacientes con depresión que reciben TEC, en comparación con pacientes con depresión que no reciben dicho tratamiento.




THE LANCET
Psychiatry

ARTICLES | VOLUME 8, ISSUE 8, P686-695, AUGUST 01, 2021

Risk of serious medical events in patients with depression treated with electroconvulsive therapy: a propensity score-matched, retrospective cohort study

Tyler S Kaster, MD • Simone N Vigod, MD   • Tara Gomes, PhD • Rinku Sutradhar, PhD •
Prof Duminda N Wijeyesundera, PhD • Prof Daniel M Blumberger, MD

Published: July 12, 2021 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00168-1) •  Check for updates

El estudio no encuentra evidencia de un mayor riesgo de eventos adversos médicos de gravedad en pacientes expuestos a TEC, a la par que evidencia una reducción en el riesgo de suicidio en comparación con los pacientes con similar diagnóstico que no reciben el tratamiento. Solo hemos accedido al resumen, así que al que quiera profundizar más en los datos y su interpretación le animamos a leer el artículo completo.

ADUCANUMAB EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

El pasado 7 de junio, la FDA aprobó por la vía acelerada extraordinaria el aducanumab (Adduheim®) para el tratamiento del Alzheimer, el primer medicamento aprobado con dicha indicación desde 2003. Algo relevante en un contexto de ausencia absoluta de alternativas terapéuticas, con las enormes limitaciones que exhiben los IACEs y la memantina. Es un anticuerpo monoclonal que actúa frente al beta-amiloide con la idea de conseguir reducir las placas de beta-amiloide en el tejido cerebral.

Aducanumab es un medicamento con sus peculiaridades; para empezar, se administra mensualmente y por vía intravenosa. Por otro lado, se trata de un fármaco controvertido, ya que ensayos clínicos previos no parecen mostrar pruebas sólidas de eficacia. La propia FDA defiende su decisión en un comentario publicado en JAMA, reconociendo las dudas que arrojan los resultados de los estudios pero, incidiendo en las catastróficas consecuencias de la enfermedad, valoran que hay argumentos para su aprobación a la espera de los nuevos datos que surjan del obligado ensayo pos comercialización que hará Biogen, la compañía que produce el fármaco.



New Online Views **11,314** | Citations **0** | Altmetric **162** | Comments **2**

Viewpoint

ONLINE FIRST


July 13, 2021


Approval of Aducanumab for Alzheimer Disease— the FDA's Perspective

Billy Dunn, MD¹; Peter Stein, MD¹; Patrizia Cavazzoni, MD¹

» Author Affiliations

JAMA Intern Med. Published online July 13, 2021. doi:10.1001/jamainternmed.2021.4607

 Editorial
Comment

 Related
Articles

En la misma revista se recoge otro comentario, dos de cuyos autores pertenecen al consejo editor de la revista, en el que definen la decisión de la aprobación del medicamento como “sorprendente”, entre otras cosas porque 10 de los 11 miembros del comité sobre medicamentos para el SN, recomendaron a la FDA su no aprobación. De entrada, no existe evidencia alguna de que los depósitos de beta-amiloide sean la causa del Alzheimer y, de hecho, existen múltiples antecedentes de intentar tratar la enfermedad por esa vía que han resultado totalmente infructuosos. Pero existen otras irregularidades que parecen estar relacionadas con que tres de los 11 miembros del panel de expertos hayan presentado su renuncia al mismo.

New Online Views **3,558** | Citations **1** | Altmetric **27** | Comments

Viewpoint

ONLINE FIRST


July 13, 2021


Medicare and the Shocking US Food and Drug Administration Approval of Aducanumab Crisis or Opportunity?

Francis J. Crosson, MD¹; Kenneth Covinsky, MD, MPH^{2,3}; Rita F. Redberg, MD, MSc^{2,4}

» Author Affiliations

JAMA Intern Med. Published online July 13, 2021. doi:10.1001/jamainternmed.2021.4610

 Editorial
Comment

 Related
Articles



Según el comentario, en EEUU hay unos 6 millones de personas con Alzheimer en sus diversos estadios. Obviamente, pacientes y familiares esperan como agua de mayo cualquier innovación terapéutica significativa, aunque el panel de expertos no parece creer que aducanumab lo sea. No es baladí en este caso reseñar que el coste anual del tratamiento por paciente alcanza los 56000 dólares, en un tratamiento diseñado además para ser administrado de manera indefinida, algo que tendrá un impacto muy importante en las finanzas de Medicare y en los pacientes, cuyo copago puede ascender a los 11000 dólares anuales. En un contexto de presión por parte de pacientes y familias y de una campaña comercial acertada por parte de la compañía, será difícil que se limiten las prescripciones, por lo que el coste global puede llegar a ser absolutamente insostenible. Y todo ello con más que dudas sobre su efectividad real.

MORTALIDAD ASOCIADA AL USO DE HIPNÓTICOS Y OPIOIDES EN PERSONAS MAYORES


Se trata de un estudio retrospectivo que publica Plos Medicine y que examina la mortalidad asociada al uso de hipnóticos, con o sin concurrencia de tratamiento con opioides, en comparación con pacientes que reciben trazodona. El estudio concluye que el uso de hipnóticos, benzodiacepinas o hipnóticos Z, de forma aislada, no se asocia con incremento en mortalidad en personas mayores de 65 años. En el caso de uso conjunto de opioides e hipnóticos, sí existe un incremento en la mortalidad. La trazodona puede ser más segura, usada en combinación con opioides.

PLOS MEDICINE

 OPEN ACCESS  PEER-REVIEWED

RESEARCH ARTICLE

Mortality and concurrent use of opioids and hypnotics in older patients: A retrospective cohort study

Wayne A. Ray , Cecilia P. Chung, Katherine T. Murray, Beth A. Malow, James R. Daugherty, C. Michael Stein

Published: July 15, 2021 • <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003709>

La conclusión es que en general no es buena idea, incluso en dosis terapéuticas, asociar hipnóticos con opioides. O al menos tener muy presente la relación riesgo-beneficio.



BOLETÍN INFAC: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ORALES

Muy interesante artículo que incluye información que muy a menudo, como prescriptores, pero también como consumidores, obviamos. Aspectos sobre su manipulación (cuándo se pueden fraccionar o triturar, por ejemplo), sobre cuándo es mejor tomarlos (antes o después de las comidas, en horarios regulares no relacionados con la ingesta, etc.) o interacciones con alimentos e influencia de la dieta en la biodisponibilidad de algunos medicamentos.

IDEAS CLAVE

- En general, para la administración de un medicamento se deben seguir las instrucciones de la ficha técnica y/o el prospecto.
- No todas las formas farmacéuticas sólidas orales se pueden manipular (fraccionar, triturar...) y no todos los comprimidos ranurados, al ser fraccionados, distribuyen de forma correcta la dosis.
- El horario de administración de un medicamento debe adaptarse en lo posible a las preferencias del paciente para facilitar la adherencia.
- A la hora de administrar un medicamento con comida, hay que tener en cuenta las posibles interacciones.
- Las interacciones medicamento-alimento clínicamente relevantes son difíciles de predecir.
- Si la respuesta terapéutica es adecuada, el horario de administración y las posibles interacciones pierden relevancia.

I-BOTIKA: FOTSENSIBILIDAD

Nueva ficha del excelente recuso de información sobre medicamentos para el público general. En este caso, pertinente en tiempo veraniego (aunque aquí no veamos el sol), dedicado a los riesgos de combinar exposición solar y uso de algunos medicamentos. advierte sobre el peligro, enumera los medicamentos más frecuentemente implicados y da recomendaciones para prevenirla y abordarla si se produce.



<https://www.euskadi.eus/informacion-medicamentos-ibotika/>

Nº 45 / 2021

FOTSENSIBILIDAD
Riesgo al combinar medicamentos y sol





RISPERIDONA, OLANZAPINA, ESQUIZOFRENIA Y SEXUALIDAD FEMENINA

El artículo explora la prevalencia de disfunción sexual en mujeres con esquizofrenia en tratamiento con dichos medicamentos, así como su posible relación con otras variables psicosociales. El estudio se llevó a cabo en un hospital en India e incluyó un total de 57 mujeres con esquizofrenia estabilizada y que seguían tratamiento con olanzapina (29) o risperidona (28). Los resultados, aunque la muestra es pequeña, sugieren que la disfunción sexual es un problema importante no detectado en este tipo de pacientes. Aunque no se pueda considerar como único factor, la risperidona se asoció a mayor frecuencia de disfunción sexual, posiblemente en relación con la mayor frecuencia de hiperprolactinemia.

ORIGINAL RESEARCH

Comparative Study of Sexual Side Effects in Female Patients With Schizophrenia Receiving Risperidone or Olanzapine

P. N. Suresh Kumar, MD, DNB, MRCPsych, PhD^{a,*}; M. K. Radhika, MBBS, DPM^b; Rohith Suresh, MBBS^c; and N. A. Uvais, MBBS, DPM^a

CLINICAL POINTS

- Sexual dysfunction is an important undetected problem in female patients with schizophrenia.
- Sexual responses such as pleasure, frequency of sexual contacts, desire, arousal, and orgasm were significantly low among female patients taking risperidone and olanzapine.
- Risperidone was associated with more sexual dysfunction among female patients than olanzapine.

COVID, VACUNAS Y ARITMÉTICA

O matemáticas. Y es que no estamos acostumbrados a pensar con lógica matemática, a no confundir correlación con casualidad o a interpretar correctamente los datos. Si a eso se suma la manera simplificada y a menudo alarmista que preside el estilo de los titulares de los medios de comunicación, tenemos la receta perfecta para hacernos uno o varios líos en la cabeza y no actuar de manera razonablemente racional, valga la redundancia.



El titular es: **¿Cómo es posible que la mayoría de hospitalizados por covid-19 sean personas vacunadas?**

Y aquí nos los explican muy bien.



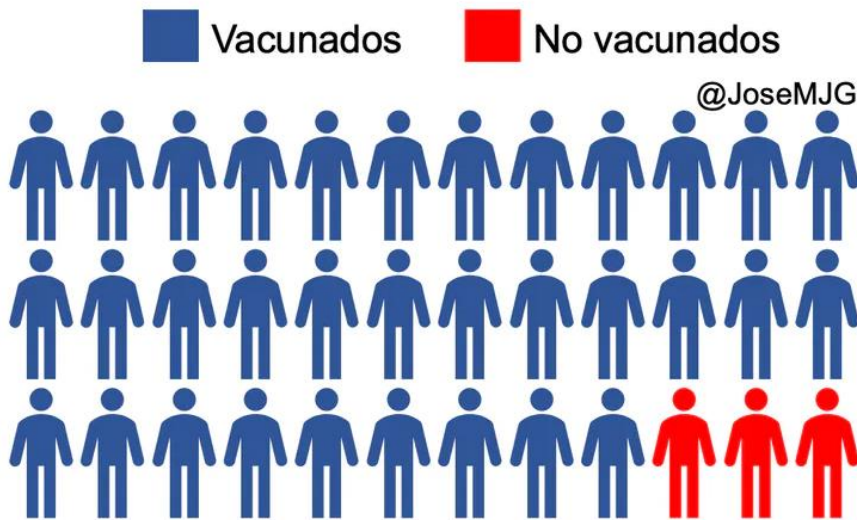
En los últimos días y semanas es relativamente habitual escuchar o leer sobre casos cada vez más frecuentes de personas hospitalizadas por COVID que habían recibido las dos dosis de la vacuna. Y para el espectador o lector corriente esto solo puede significar que las vacunas no funcionan o incluso que puede ser más seguro no vacunarse.

La respuesta que nos dan aquí es que no, para nada. Y que lo que realmente significa es que la vacunación ha avanzado mucho y que hay que tratar de leer más allá del titular.

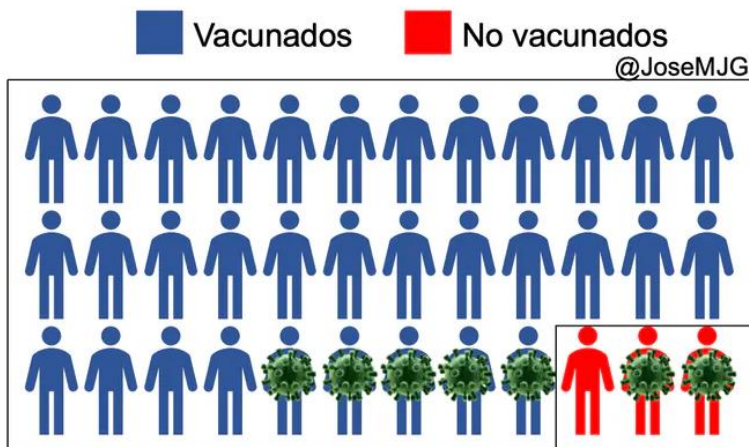
Reproducimos resumida la argumentación:

¿Por qué dicen que hay más hospitalizados vacunados que no vacunados?

La mayoría de las personas hospitalizadas por COVID pertenecen a grupos de riesgo, especialmente la edad. Y las personas mayores son el grupo de población más extensamente vacunado. El ejemplo que se propone es ilustrativo. En la actualidad, la población mayor de 60 años vacunada con la pauta completa supera el 90%. Imaginemos un país en el que viven 36 personas mayores de 60 años (o pertenecientes a un grupo de riesgo), y en el que el 91% estén completamente vacunadas y el 9% no lo esté.



Andando el tiempo, cinco de las 33 personas vacunadas se infecta y termina hospitalizada. En el grupo de las tres personas no vacunadas se infecta y hospitalizan 2. Es decir, tenemos 7 hospitalizados, 5 de ellos vacunados. El 71% de los hospitalizados estaban completamente vacunados, es la conclusión. Sin embargo, la realidad es otra; el 15% de las personas vacunadas ha requerido hospitalización mientras que en el caso de los no vacunados esto ha sucedido con el 66%.



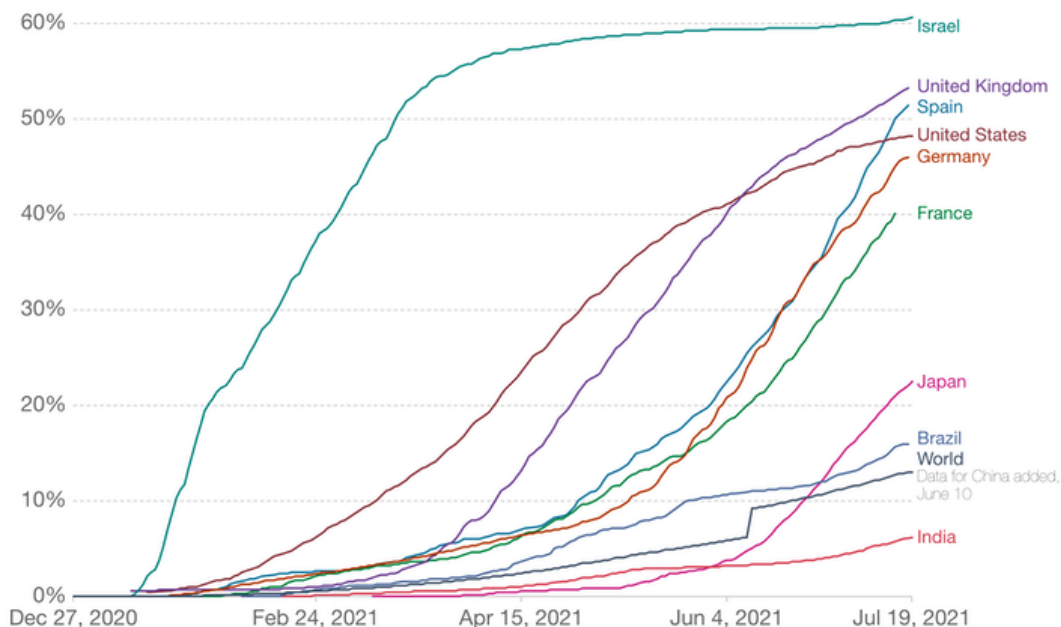
El 15% de los vacunados requiere hospitalización **El 66% de los no vacunados requiere hospitalización**



O, dicho de otra manera, la vacunación reduce el riesgo de hospitalización de las personas de riesgo en un 77%. Y en el momento en el que el 100% de la población estuviera vacunada, el 100% de las hospitalizaciones por COVID serían personas vacunadas. Obviamente, teniendo en cuenta que ni esta vacuna ni ningún tratamiento o procedimiento médico tiene una efectividad del 100%. Si el 100% de los conductores usara el cinturón de seguridad siempre y en toda circunstancia, el 100% de los fallecidos en accidentes de tráfico llevaría puesto el cinturón. Conclusión, ¡es mejor no llevarlo!

Share of the population fully vaccinated against COVID-19

Share of the total population that have received all doses prescribed by the vaccination protocol. This data is only available for countries which report the breakdown of doses administered by first and second doses.



Source: Official data collated by Our World in Data – Last updated 20 July 2021, 10:30 (London time) OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

En un escenario en el que el 99% de la población estuviera vacunada, imaginemos un grupo de 10.000 personas. 9900 vacunadas y 100 sin vacunar. La vacuna que les hemos puesto tiene una eficacia del 95%. En este escenario aparece un nuevo brote que infecta al 20% de las personas susceptibles.

De nuestras 9900 personas vacunadas el 95% está inmunizado; por lo que en este grupo tendremos 495 personas (el 5%), que a pesar de estar vacunados no están suficientemente inmunizados. El 20%, es decir 99 personas de este grupo pillarán la infección y enfermarán. Y de nuestras 100 personas sin vacunar enfermará el 20% (todas son susceptibles), es decir 20 personas. El resultado es que en este nuevo brote han enfermado 119 personas, de las que 99 (el 83%) serán personas vacunadas. El titular: el 83% de los enfermos en este brote tenía la pauta de vacunación completa.



DISECCIÓN DE CADÁVERES: UNA REVISIÓN HISTÓRICA

Ya, ya, esto no tiene nada que ver ni con la psicofarmacología en particular ni con la salud mental en general. Pero nos ha parecido muy interesante y bonito.

[Anat Cell Biol.](#) 2015 Sep; 48(3): 153–169.

Published online 2015 Sep 22. doi: [10.5115/acb.2015.48.3.153](https://doi.org/10.5115/acb.2015.48.3.153)

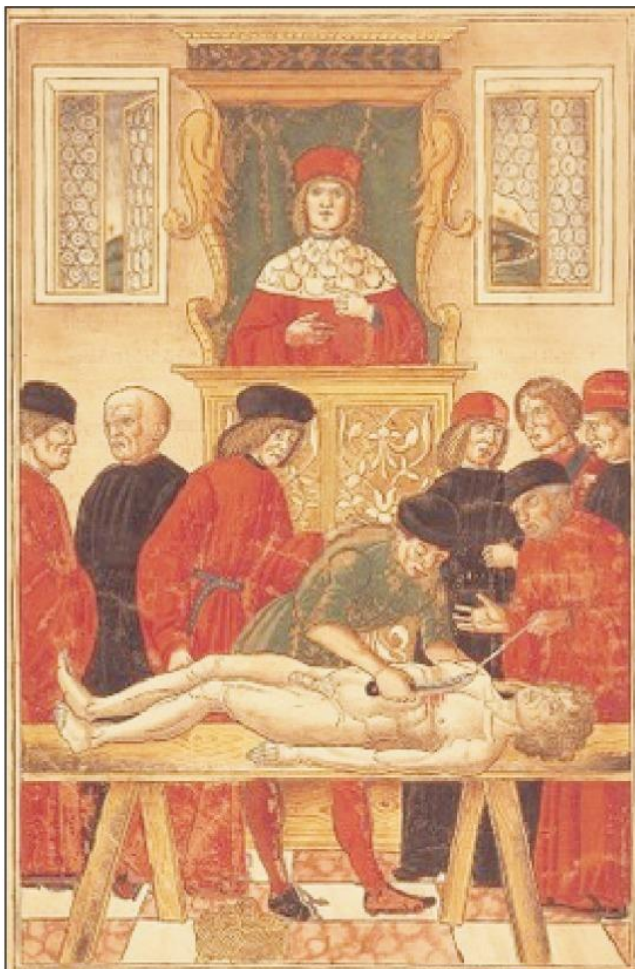
PMCID: PMC4582158

PMID: [26417475](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26417475/)

Human cadaveric dissection: a historical account from ancient Greece to the modern era

[Sanjib Kumar Ghosh](#) 

Se trata de eso, de una revisión histórica de la práctica de la disección de cadáveres humanos desde su inicio en la antigua Grecia, allá por el siglo III antes de Cristo, su reaparición en la Italia medieval en los comienzos del siglo XIV y su evolución posterior en Europa y EEUU. El artículo resalta los cambios graduales en las actitudes de las autoridades religiosas hacia la



práctica de la disección humana, en las legislaciones al respecto y en el surgimiento de los anatomistas. Y desde luego en los distintos métodos para procurarse cadáveres para ir practicando en un contexto de demanda en auge.

Al parecer, la disección humana como práctica más o menos académica comenzó en la antigua Alejandría, allá por el siglo III antes de Cristo, de la mano de Herophilos de Calcedonia y Erasistratus de Ceos; se dieron las circunstancias para romper tabús fuertemente arraigados, con el patrocinio y respaldo de las autoridades, que querían convertir Alejandría en un referente científico. Tras su muerte, y con la emergencia de escuelas médicas rivales, la práctica desapareció. A lo largo de la Edad Media la disección humana permaneció prohibida, hasta el siglo



XIV, 1700 años después de los trabajos de Herophilos y Erasistratus. Concretamente en Italia, en la universidad de Bolonia, a la sazón el lugar para aprender medicina de más prestigio en la Europa de la época. La primera disección humana “oficial” que se realiza en Bolonia es a cargo de Mondino de Liuzzi en 1315, sobre el cuerpo de un ajusticiado (parece que más bien ajusticiada).

Supongo que, a la mayoría de nosotros, si pensamos en anatomistas “históricos”, nos viene a la cabeza Andreas Vesalio, primer anatomista moderno capaz de romper con el conocimiento galénico tradicional indiscutido y transmitido con todos sus errores de generación en generación. También parece que fue un auténtico artista robando cadáveres. Dada la ausencia de medios fiables de conservación, es de esperar que Vesalio tuviera un estómago a prueba de bomba.





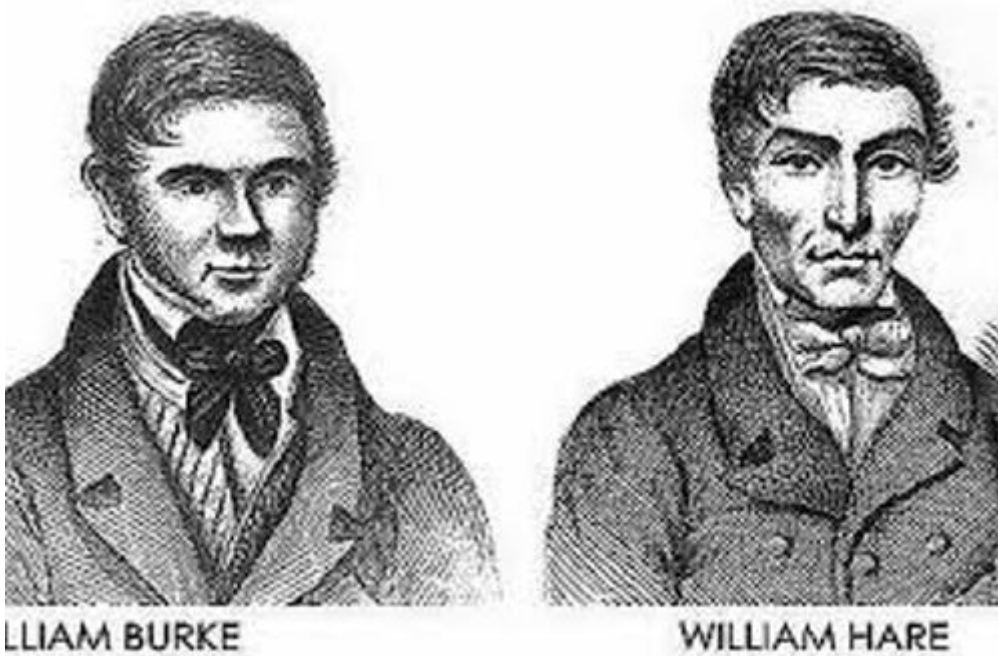
A lo largo de los siglos XVII y XVIII, las disecciones anatómicas académicas no solo estaban dirigidas a los estudiantes, sino que en muchos casos se abrían al público general previo pago de una entrada. Era también bastante evidente que esta suerte de espectáculo era poco honorable para el protagonista, cuyo cuerpo quedaba mutilado y poco apto para un funeral convencional. Así que sucesivas legislaciones fueron estableciendo como único surtido de material a los cadáveres de criminales ejecutados. En esa época, la pena de muerte era seguramente un destino común para criminales y/o desdichados, por lo que estas disposiciones cumplían el doble propósito de garantizar el suministro a las escuelas de medicina y de elemento disuasorio adicional para los potenciales criminales. Sin embargo, para mediados del siglo XVIII, el suministro de cadáveres procedente de ejecuciones empezó a ser insuficiente para contentar las crecientes necesidades de las florecientes escuelas de medicina, por lo que se empezaron a permitir cadáveres de otras procedencias, en general pobres y mendigos, penados o asilados en hospitales psiquiátricos que no eran reclamados por familiares. En Inglaterra, sin embargo, tal práctica no fue legalizada hasta el siglo XIX, por lo que el robo de tumbas, los ladrones de cuerpos e incluso el asesinato, se hicieron populares. E incluso un negocio.



Como ejemplo, el de los irlandeses William Burke y William Hare, residentes en Edimburgo por entonces, que en 1788 asesinaron y vendieron los cuerpos de al menos 16 hombres y mujeres al anatomista Robert Knox para sus clases de anatomía. Su método, bautizado como “Burking”, no era muy sofisticado; emborrachaban a la víctima y después la asfixiaban. Irónicamente el propio Burke fue condenado a muerte y posteriormente diseccionado. John Bishop y Thomas Williams formaron también una notable banda de ladrones de tumbas en Londres y suministraron cadáveres en destacadas facultades de medicina. En 1788, ambos fueron



condenados por asesinato utilizando el mismo método que Burke y Hare y pasaron a ser conocidos como los "London Burkers". Fueron ahorcados el 5 de diciembre de 1831 y posteriormente sus cuerpos fueron entregados para su disección anatómica. Ese mismo año, Elizabeth Ross también fue ejecutada por asesinar a Catherine Walsh y vender su cuerpo a los cirujanos. Para poner fin a las continuas malas prácticas y reconociendo el evidente pánico entre la población general, el gobierno británico aprobó en 1832 la Ley de Anatomía de Warburton, que permitía que los cadáveres no reclamados de los pobres fueran retirados y diseccionados en escuelas de medicina reconocidas por anatomistas autorizados.



En los primeros años del siglo XX, los asilos para pobres comenzaron a cerrar en varios países, lo que dio lugar a una disminución de la disponibilidad de cadáveres no reclamados. Y el suministro comenzó a llegar desde los hospitales y asilos psiquiátricos donde fallecían enfermos mentales, discapacitados psíquicos y otras condiciones heterogéneas más o menos relacionadas que entonces poblaban esas instituciones y que tampoco eran reclamados por nadie. A esto le siguió la explotación de los sectores marginados de la sociedad, entre ellos la gente de color y los inmigrantes empobrecidos. Durante esta época, los propietarios de esclavos solían vender los cuerpos de los esclavos fallecidos a las escuelas de medicina, ya que al fin y al cabo los esclavos se consideraban una propiedad de la que se podía disponer sin el consentimiento de la familia. El uso de los cadáveres no reclamados alcanzó su culmen en Alemania y sus territorios ocupados durante el régimen nacionalsocialista entre 1933 y 1945. Los cadáveres de los ejecutados, en su mayoría presos políticos, se pusieron a disposición de los Institutos Anatómicos para su uso científico. Una legislación aprobada en 1942 negó a los familiares de los polacos y judíos ejecutados el derecho a reclamar los cadáveres.



Posteriormente un gran número de cadáveres procedentes de campos de concentración, prisiones e incluso instituciones psiquiátricas fueron utilizados para realizar disecciones anatómicas. La literatura reciente sugiere que, durante este periodo, los anatomistas en Alemania utilizaron el prolífico suministro de cuerpos humanos, en su mayoría víctimas de atrocidades realizadas por el régimen nacionalsocialista, tanto para la investigación como para la enseñanza. Tal vez no sea exagerado decir que el desequilibrio entre las aspiraciones científicas de los anatomistas, por un lado, y las consideraciones éticas, por otro, claramente evidente a lo largo de la historia de la disección de cadáveres humanos, alcanzó proporciones monstruosas durante el régimen nacionalsocialista en la Alemania nazi. En palabras del autor:

Incidentes históricos como estos deberían servir de recordatorio de que el desprecio de los valores morales no puede justificarse por la búsqueda de la gloria científica. Por el contrario, como miembros de la profesión médica, debemos promover la causa de las consideraciones éticas en las actividades científicas que emprendemos.

Durante la última parte del siglo XX, se emprendieron iniciativas en diferentes partes del mundo para promover la donación de cuerpos con fines de estudios anatómicos. En EEUU, el éxito de la promoción de la donación de cuerpos por parte de la UAGA (Uniform Anatomical Gift Act) condujo a la estabilización de los programas de donación de cuerpos hacia finales del siglo XX y acabó satisfaciendo las demandas de la mayoría de sus facultades de medicina. Reino Unido aprobó la Ley de Anatomía en 1984, cuyo objetivo era simplificar el proceso de donación de cuerpos; el criterio para aceptar el legado de un cuerpo era que una persona, por escrito u oralmente en presencia de dos o más testigos, expresara su deseo de que su cuerpo se utilizara después de la muerte para estudios anatómicos. La donación de cuerpos constituye la principal fuente de cadáveres humanos en las facultades de medicina de la mayoría de los países europeos y la Federación Europea de Morfología Experimental (EFEM) recomendó en 2005 ciertas medidas para garantizar las buenas prácticas en el ámbito de la donación de cuerpos. Anima a las facultades de medicina y a los departamentos de anatomía a que celebren servicios de acción de gracias o de conmemoración para aquellos que han donado sus cuerpos y sugiere que se ofrezcan charlas especiales sobre ética relacionadas con el legado de restos humanos a todos los estudiantes de anatomía para fomentar el desarrollo de una sensibilidad adecuada en relación con la conducta y el respeto que se espera al manipular restos humanos para la educación e investigación anatómica. Los servicios conmemorativos al final de los cursos de anatomía se iniciaron en el Reino Unido en 1965 y en los Estados Unidos en la década de 1970 para sensibilizar a los estudiantes hacia los cadáveres. En Nanjing (China), desde 2002 se celebra una ceremonia pública anual en memoria de las personas que han donado sus cuerpos para la enseñanza y la investigación médicas, a la que asisten donantes voluntarios, familiares de los donantes fallecidos, profesores de anatomía y estudiantes de medicina.



¿Hay algún lugar para la disección de cadáveres en la enseñanza de anatomía en el siglo XXI? Los enormes avances en los soportes y simuladores virtuales permiten entrenar pilotos sin subirse a un avión, practicar a cirujanos sin necesidad de pacientes, o realizar deportes extremos sin moverte de tu salón. Es posible que nada de esto sustituya del todo a la experiencia real y que un cadáver diseccionado siga siendo el mejor medio para transmitir a los estudiantes de medicina los conocimientos anatómicos regionales, relacionales y topográficos fundamentales indispensables para garantizar una práctica clínica segura y eficiente.

RSMB2021

Equipo editor: Anuntze Arana, Luis Pacheco, Juan Medrano, Pablo Malo, Jose J Uriarte

Si quieres participar en el boletín puedes enviar contenidos, noticias o información para su publicación a: josejuan.uriaurteuriarte@osakidetza.eus

ARCHIVO

Todas las imágenes, vínculos a páginas y referencias utilizadas en este boletín tienen como objetivo la divulgación de información relevante para la práctica asistencial, en el marco del principio de uso razonable y en ningún caso suponen ánimo de lucro. Sin embargo, estamos dispuestos a retirarlas en caso de cualquier reclamación por posible infracción de las leyes de propiedad intelectual