

Contacto Científico

Revista electrónica científica
y académica de Clínica Alemana



Jefe Contacto Científico

Dr. Fernando Cádiz V.

Editor jefe estudios traslacionales

Dr. Mario Fernández A.

Editor jefe estudios clínicos

Dr. Daniel Pedraza S.

Comité Editorial

Dr. Stefan Danilla E.

Dr. David Figueroa P.

Dr. Pablo Gaspar R.

Dra. Julia Guerrero P.

QF. Alicia González Y.

Dra. Yalda Lucero A.

Dr. Pablo Lavados G.

Dr. Alex Navarro R.

Cecilia Pacheco V.

Dr. Roque Sáenz F.

Dr. Pablo Sepúlveda V.

Dr. Claudio Silva F-A.

Dr. Pablo Soffia S.

Dr. Omar Valenzuela L.

Mariela Wijnant W.

Periodista y Gestión Editorial

Claudia Carranza C.

Diseño y Diagramación

Jaime Castillo Talloni

Contacto Científico

Revista electrónica científica y académica de Clínica Alemana.
Publicación bimensual

Misión

"Ser el medio oficial de difusión científico y académico de Clínica Alemana para la comunicación e intercambio de conocimientos, avances científicos y tecnológicos, con el fin de incrementar las competencias, habilidades, capacidades y todo aquello que mejore el cuidado de salud de las personas y contribuya al desarrollo del conocimiento médico en beneficio de la comunidad".

Conflictos de interés y responsabilidades

El Editor en Jefe y miembros del Comité Editorial, declaran no tener conflictos de interés o soporte financiero de empresas relacionadas.

Los editores de esta publicación, harán todos los esfuerzos para evitar errores e imprecisiones en las opiniones, declaraciones, cifras y datos publicados en esta revista. Sin embargo, los autores de cada uno de los artículos publicados son responsables del material enviado.

Los trabajos publicados en esta revista, pueden contener opiniones personales de los autores, por lo que no busca constituirse en la única fuente o guía para buenas prácticas y/o para un tratamiento adecuado y seguro.

Por lo anterior, los editores y personas que participan en su revisión, edición y publicación, quedan exentos de toda responsabilidad por las consecuencias que pudiesen ocurrir, producto de imprecisiones o errores en cifras, datos u opinionews.

Contenidos de esta edición

- 36** **Editorial**
Dr. Fernando Cádiz
-
- 38** **Recomendaciones actualizadas de primera entrada por vía laparoscópica a la cavidad peritoneal**
Dr. Eugenio Román / Dra. Elisa Díaz
-
- 44** **Caracterización de pacientes con vértigo y trastornos del equilibrio en Clínica Alemana**
Dr. Hayo Breinbauer / Dra. Daniela Contreras / Dr. Juan Cristobal Maass
T.M. Paola Aliaga / T.M. Isabel Zamorano / T.M. Soledad Sarda / Liliana Román
Natalia Navas / Jorge Malhue / Juan Pablo Lira
-
- 47** **Odontoma complejo en mandíbula: reporte de caso**
Dr. Diego García-Tello / Dr. Arturo Besa
-
- 51** **Biblioteca Cochrane 2017 en cifras**
-
- 53** **Revisión Cochrane**
-
- 56** **Normas Editoriales**

Secciones

Editorial
Alerta
Buenas Prácticas Clínicas
Cartas al Editor
Casos Clínicos
Campañas y Revisión
Contribución Original
Controversias
Cursos y Congresos
Estado del Arte
Ética Médica
Farmacología
Guías y Protocolos
Investigación
Lectura Crítica
Links- Videos
Medicina Traslacional
Metodología de la Investigación
Misceláneos
Noticias
Para su Paciente
Perlas
Publicaciones CAS-UDD
Quiz
Revisión Clínica
Temas
Tips para Publicar
Trabajos Originales



Más allá de una nueva acreditación

Dr. Fernando Cádiz

Editor jefe

Revista Contacto Científico

Departamento Científico Docente

Centro de Mama Clínica Alemana de Santiago

Ginecología Mastología

Contacto: fcadiz@alemana.cl

Calidad no es lujo, sobre todo si hablamos de atención en salud. En el mundo actual, con la velocidad con que las cosas van cambiando, el control de calidad se hace cada vez más necesario y cobra día a día mayor importancia. La atención final que podamos entregar depende de una serie de procesos, de una cadena de personas, en la que cada eslabón es fundamental.

La misión de Clínica Alemana de Santiago es satisfacer en forma integral las necesidades de cuidado de la salud de las personas y contribuir al desarrollo del conocimiento médico en beneficio de la comunidad, de manera sustentable e innovadora en todos sus ámbitos de acción. Para poder satisfacer las necesidades de salud de forma integral, es necesario mantener estándares de calidad de excelencia que caracterizan nuestra atención, lo que representa un permanente desafío.

Se acerca una nueva acreditación de la Joint Commission International (JCI), principal organización en acreditación sanitaria a nivel mundial, la tercera desde el año 2012 cuando fuimos evaluados por primera vez como institución. Si bien ya hemos aprobado con resultados positivos las dos veces anteriores, cada vez la vara va quedando más alta y las exigencias son mayores.

Cada proceso constituye un nuevo desafío y si bien es una semana durante la que somos acreditados, se evalúa el trabajo que realizamos de manera permanente los distintos estamentos que formamos parte del equipo de Clínica Alemana. Es por esto que no basta con mostrar compromiso con la calidad de atención durante cinco días. Tiene que ser parte de nuestro ADN institucional, de nuestra responsabilidad con nuestros pacientes.

El Instituto de Medicina (IOM) de Estados Unidos, define 6 objetivos principales o campos de acción para lo que respecta a calidad en el sistema de salud⁽¹⁾; seguro, efectivo (evitando sub y sobre utilización de recursos), atención centrada en el paciente, oportuno, eficiente y equitativo.

Sin duda definir calidad no es fácil y podrán existir tantas definiciones como individuos, que darán distinto énfasis a los diferentes aspectos que para cada uno tienen más valor. No obstante lo anterior, es importante tener siempre presentes fundamentos como los que destaca la IOM; la seguridad, equidad, eficiencia, ponernos en el lugar del paciente y entender lo que busca al acercarse a nosotros como equipo de salud y a Clínica Alemana como institución, nos ayudarán a seguir avanzando y a construir cimientos cada vez más sólidos en un

tema tan relevante como es la calidad. Más allá de las acreditaciones que nos toque enfrentar, lo que nos tiene que mover es hacer y entregar la mejor medicina posible a nuestros pacientes.

Referencias

1. *Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C. National Academy Press 2001.*

Artículo de revisión

Recomendaciones actualizadas de primera entrada por vía laparoscópica a la cavidad peritoneal

Dr. Eugenio Román

Departamento de Ginecología y Obstetricia
Clínica Alemana Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana,
Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

Dra. Elisa Díaz

Ginecóloga-obstetra
Hospital Padre Hurtado

Contacto: eroman@alemana.cl

Introducción

La cirugía laparoscópica es una de las técnicas quirúrgicas más utilizadas en la medicina moderna, incorporándose a la cirugía ginecológica ya desde 1936 con la primera esterilización tubaria⁽¹⁾. Hoy es considerada el *Gold* estándar para la mayoría de las cirugías ginecológicas⁽²⁾. Dentro de las ventajas que se describen por sobre la cirugía tradicional, se observa un menor tiempo de cicatrización, reducción del dolor postoperatorio, baja estadía hospitalaria y una rápida reincorporación a las actividades cotidianas^(3, 4 y 5).

Sin embargo, al aumentar el número de pacientes que son sometidos a esta operación, ha aumentado también el número de complicaciones observadas en cuanto a número total, a pesar de la disminución en su incidencia total en los últimos 3 años, lo que se ha traducido en una serie de implicaciones médicas, legales y sociales para el paciente⁽⁶⁾.

Dentro de los momentos quirúrgicos más importantes en los que nos podemos enfrentar a una complicación, se

encuentra la primera entrada, que genera entre el 40% e incluso más del 50% del total de las complicaciones en laparoscopia, dependiendo de la literatura revisada^(7, 8, 9, 10), con una mortalidad de 0-7/100.000. A esto se suma que muchas veces se presenta como un evento inadvertido durante la cirugía, lo que aumenta aún más su morbimortalidad^(7, 8). El principal desafío de la primera entrada radica en que muchas veces es un procedimiento a ciegas, que involucra más de un paso e instrumental previo al acceso a la cavidad, por lo que un adecuado conocimiento, tanto de la anatomía como de la técnica quirúrgica, son necesarios para reducir el riesgo de complicación.

A continuación, presentamos una revisión de las principales complicaciones asociadas a la denominada cirugía de invasión mínima y su primera entrada, con el objetivo de entregar recomendaciones para una adecuada y mejor vía de acceso a la cavidad peritoneal, así como también entregar las sugerencias con respecto al consentimiento informado a la paciente que se someterá a una cirugía por esta vía.

Técnicas de primera entrada

Existen diferentes tipos de primera entrada, las que se pueden clasificar en técnicas cerradas, abiertas, directa, visuales y con trócar de expansión radial.

La técnica clásica consiste en una técnica cerrada, utilizando la aguja de verres para realizar el neumoperitoneo con entrada a nivel umbilical. Dentro de sus ventajas se describe su amplio uso por lo que se encuentra estandarizada y se realiza en una zona anatómicamente segura, ya que involucra el sitio de menor grosor peritoneal y aponeurosis, sin grandes vasos en su trayecto, y sin vísceras adyacentes (en pacientes sin cirugías previas). Sin embargo, dentro de sus desventajas destaca el uso de dos instrumentos para realizar la entrada frente a una técnica ciega, arriesgando una inserción preperitoneal de la Veress. Además, a pesar de describirse como una zona segura, se encuentra en proximidad de los grandes vasos, colon y omento. Se encuentra contraindicada en pacientes con antecedente de hernia umbilical, y se recomienda preferir otro tipo de entrada en pacientes obesas por el riesgo de desplazamiento de la aguja, como la entrada por el punto de Palmer (Figuras 1 y 2) ^(11, 13).

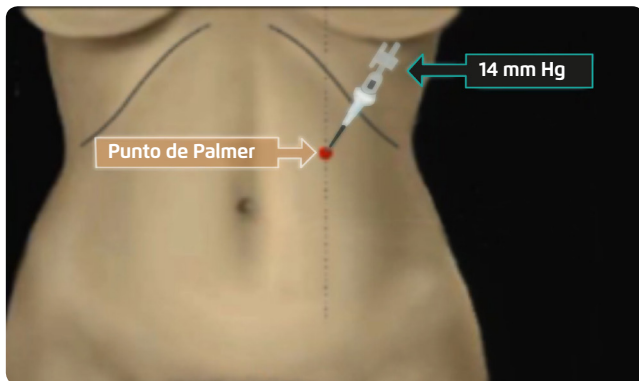


Figura 1. Punto de Palmer



Figura 2. Aguja de Veress conectada a un neumoperitoneo para realizar una entrada clásica.

La **entrada directa** es también una entrada ampliamente usada en ginecología. Consiste en una incisión a nivel umbilical, de tamaño proporcional al trócar que se utilice. Se debe presentar el trócar a 90° con respecto a la paciente, impactando la fascia, y luego se recomienda traccionar la piel inferior a la inserción del trócar, elevándola (Figura 3). Así, ingresa la cámara previo a la insuflación, atravesando fascia y peritoneo. Dentro de sus ventajas se describe el uso de un solo instrumento, una entrada más rápida, y se asocia con menos complicaciones relacionadas a la insuflación como la embolia de gas y el riesgo de neumoperitoneo. Dentro de sus desventajas es imperativa su práctica en manos experimentadas y no ha demostrado disminuir la tasa de lesiones intestinales ^(12, 13).



Figura 3. Entrada directa.

Imagen obtenida de Wattiez A, Leroy J. Techniques to go into the abdominal cavity safely. www.websurg.com

La **entrada abierta o técnica de Hasson** también considera una incisión a nivel periumbilical, pero con entrada bajo visión directa. Se prefiere en pacientes con sospecha de síndrome adherencial, lo que disminuiría el riesgo de complicaciones severas, pero aumentaría los tiempos operatorios. Consiste en una incisión periumbilical, con visualización de la aponeurosis y peritoneo, fijando el trócar de Hasson (que se caracteriza por presentar un extremo romo) a dos extremos de la aponeurosis con dos suturas, generalmente vycril 2-0 y posteriormente insuflando para lograr una adecuada visión (Figura 4). Su principal ventaja es que se evita un procedimiento ciego y teóricamente existiría un menor riesgo de lesión vascular, de hernia y un rápido reconocimiento en caso de lesión, no habiéndose demostrado significancia estadística en estos últimos tres aspectos. Sin embargo, por esta entrada se ha observado un aumento en el número de lesiones intestinales, un aumento de fuga de dióxido de carbono y un aumento en el tamaño de la incisión ^(12, 13).

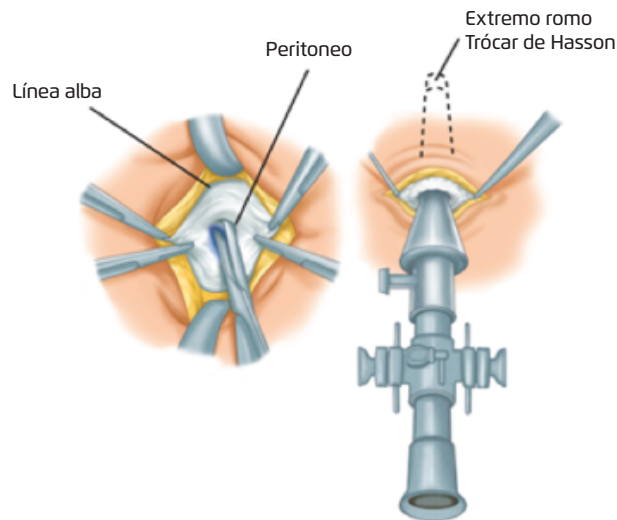


Figura 4. Entrada abierta o técnica de Hasson.

Los **trócares ópticos (Endotip y visioport)** se presentan como una nueva opción para la primera entrada que tendrían la ventaja de minimizar el tamaño de la herida de entrada y de reducir la fuerza necesaria para la inserción (Figura 5). Sin embargo, no han demostrado superioridad a otros trócares, ya que no evitan lesiones viscerales y vasculares (2 B) ⁽¹³⁾. En cuanto a sus ventajas, deja ver cada capa que se va atravesando, lo que permite reconocer una lesión de forma inmediata. Sin embargo, algunas veces cuesta distinguir la capa peritoneal con este trócar y la Food and Drug Administration (FDA) reportó muerte por lesión vascular con este instrumento. No existen ensayos clínicos randomizados que hayan demostrado su superioridad y no se ha observado que disminuyan el número de lesiones viscerales ni vasculares ^(13, 14).

Figura 5. Trócar óptico.

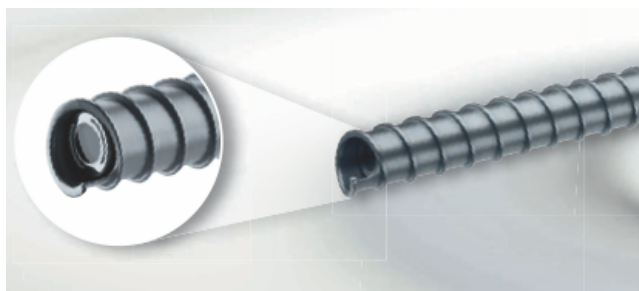


Imagen obtenida de www.karlstorz.com

El **trócar de expansión radial** consiste en una aguja de verres de 1.9 mm rodeada de una manga de polímero expansible, generando un sistema de dilatación de la pared abdominal con expansión radial para reducir los riesgos de lesión por

trócar (Figura 6). Después de realizar el neumoperitoneo se retira la aguja de verres de esta malla reticulada, y ésta permanece en la pared abdominal y sirve como guía para el trocar romo, que empuja en forma radial la malla reticulada y el tejido adyacente de la pared abdominal. Como su punta es roma, no corta el tejido ni provoca lesiones en los órganos situados en la cavidad abdominal. Dentro de sus ventajas destaca que se introduce sólo una vez un instrumento cortante dentro de la cavidad abdominal junto con la aguja de verres, eliminando los trócares de punta filosa y logrando un menor sangrado en la zona de inserción. Además permite emplear trócares de 3 a 12 mm de diámetro. En cuanto a sus desventajas, requiere una fuerza de entrada mayor que con trócares desechables y no hay evidencia que consiga un menor número de complicaciones ⁽¹⁵⁾.



Figura 6. Trócar de expansión radial.

Imagen obtenida en <http://products.covidien.com/pages.aspx?page=ModelDetail&cat=Devices&cat2=Model&id=166605>

A pesar de todas las técnicas de primera entrada que se nombraron en esta revisión, hay que recordar que no se han demostrado diferencias entre las tasas de complicaciones mayores vasculares ni viscerales y que la incisión única no ha demostrado disminuir la tasa de complicaciones mayores, pero sí ha aumentado los tiempos operatorios ⁽¹³⁾.

Complicaciones en cirugía laparoscópica

Como mencionamos anteriormente, la mayoría de las complicaciones durante una cirugía laparoscópica se producen durante la primera entrada ^(6, 7, 8, 9, 10), estimándose una incidencia de 0.3% ⁽¹⁶⁾. Como ya revisamos, la evidencia no ha demostrado una superioridad clara entre una técnica de entrada u otra. Mientras la mayoría de los ginecólogos prefieren la técnica clásica o entrada cerrada con aguja de Verres, los cirujanos rutinariamente optan por alguna

técnica abierta ⁽¹⁷⁾. Se suma además que en el análisis de la literatura de grandes series y metanálisis, así como de guías actualizadas de diferentes sociedades de ginecología y cirugía, no hay consenso con respecto a cuál vía de entrada es la más segura ⁽¹⁸⁾, por lo que aún la elección de la vía de primera entrada se basa en la comodidad y sensación de seguridad del cirujano.

Podemos clasificar las complicaciones de primera entrada como mayores y menores, y a su vez subclasificarlas en complicaciones vasculares, viscerales, nerviosas y asociadas al neumoperitoneo ⁽¹⁸⁾.

Dentro de las complicaciones mayores reportadas de manera más frecuente y potencialmente letales, están las relacionadas a la embolia por CO₂, lesiones de los grandes vasos sanguíneos, lesiones intestinales y del tracto urinario, estas últimas además pueden ser tardíamente reconocidas y por ello llevar a un mayor tiempo de hospitalización ⁽¹⁹⁾.

Respecto a las lesiones vasculares, se describe una incidencia de lesión de grandes vasos de 0,1-1% ^(20, 21, 22). Incluye afectación de cava, ilíacas y aorta, y constituye la segunda causa de muerte en cirugía laparoscópica, con una mortalidad extrema de 12 a 23%, una incidencia de morbilidad de 23 a 51%, que según cuál o cuáles sean los vasos comprometidos se puede asociar a isquemia, edema severo, concomitancia con lesión intestinal y ureteral, asociándose su ocurrencia principalmente a trócares accesorios epigástricos ⁽²⁰⁾.

Las complicaciones gastrointestinales son la tercera causa de mortalidad en cirugía laparoscópica, con una incidencia en globo de 0,03 a 0,18% ^(6, 23, 24, 25), y una incidencia de perforación intestinal específicamente en promedio de todas las series de 0,1 a 0,5% ^(21, 22). La mayoría afecta al intestino delgado, pero también puede afectar estómago, hígado, y colon, siendo el 30-50% de lesiones inadvertidas ⁽²³⁾. Del total de las complicaciones gastrointestinales, aproximadamente un tercio ocurre en la primera entrada en cirugías ginecológicas ⁽²⁴⁾, asociándose un 33% a la aguja de veress, y un 50% al trocar umbilical ⁽²⁵⁾.

Las lesiones nerviosas tienen una incidencia del 1.8% y se asocian principalmente a mal posicionamiento de la paciente durante la anestesia, mal uso de los estribos, rellenos protectores inadecuados, cirugías largas y suturas de sitios de inserción de trocares laterales. Sin embargo, cuando estas ocurren, la mayoría son autolimitadas y no

requieren terapias asociadas. Las más comunes son las que comprometen plexo lumbar, lumbosacro, braquial, femoral cutáneo yemoral ⁽²⁶⁾.

Las complicaciones asociadas a neumoperitoneo son variadas y no se conoce con exactitud su incidencia. Dentro de las complicaciones asociadas al neumoperitoneo se pueden observar enfisema subcutáneo, enfisema mediastínico, neumotórax, arritmia cardiaca (pacientes ASA 3-4), retención de dióxido de carbono, embolia vascular (punción intravascular) y dolor post operatorio por sobredistensión de la cavidad abdominal (omalgia) ⁽²⁷⁾.

Las complicaciones menores pueden ser mediatas o inmediatas, e incluyen lesión de los vasos superficiales (epigástricos), neumo-omento, insuflación retroperitoneal, enfisema subcutáneo y sangrado de la pared abdominal.

Resultados de revisión de entrada a cavidad peritoneal

La mayoría de las complicaciones están relacionadas con la introducción de la aguja de Veress y los trócares al inicio de la cirugía laparoscópica. Con menor frecuencia, se encuentran las complicaciones relacionadas con el propio acto quirúrgico, principalmente originadas por sangrado o secundarias al empleo de energía, principalmente monopolar. Otras aparecen en el periodo postoperatorio, como sangrado, íleo adinámico, dolor de hombro, cefalea secundaria a los niveles de monóxido de carbono, infección de la herida quirúrgica, dehiscencia y hernias. Cualquier complicación puede convertirse de menor a mayor, de acuerdo a las condiciones específicas del caso.

Se analizaron estudios de grandes series, guías americanas, canadienses y australianas de ginecología y finalmente la última revisión Cochrane donde se analizan los metanálisis con respecto a la técnica de entrada en laparoscopia y sus complicaciones ⁽¹³⁾.

En esta última revisión se aprecia que independiente de la técnica de entrada por vía umbilical, la incidencia de lesión intestinal es la misma. Solo que por vía umbilical con técnica abierta la incidencia y la probabilidad de lesión de vasos sanguíneos disminuye.

Una conclusión de la revisión es que existe insuficiente evidencia para recomendar para todos los casos de cirugía una técnica de entrada u otra. La técnica de entrada abierta está asociada a una reducción de falla de entrada,

pero no difiere en la incidencia de injuria visceral o vascular cuando se compara con técnica cerrada.

Finalmente, después de esta amplia revisión de la literatura, entregamos las recomendaciones de la técnica de entrada más adecuada a la cavidad peritoneal y así poder disminuir la probabilidad de complicaciones. Reconociendo que frente a una paciente sin antecedentes de elevado Índice de Masa Corporal (IMC), cirugías o procesos inflamatorios que sospechen grandes adherencias, la elección de la técnica de entrada estará dada por la experiencia del cirujano en la técnica a elegir.

Recomendaciones finales de vía y método de acceso a la cavidad peritoneal por laparoscopia

1. La entrada laparoscópica por punto de Palmer debe ser considerada en pacientes con sospecha o conocidas adherencias peri-umbilicales, historia o presencia de hernia umbilical, clasificación por IMC de obesidad, o después de tres intentos fallidos de insuflación inadecuada por vía umbilical.
2. Otros sitios de acceso como las transuterina (fondo de saco vaginal posterior con aguja Veress), pueden ser considerados ante la falla umbilical, Palmer o que por antecedentes mórbidos de la pacientes no sean las vías tradicionales la opción de entrada más recomendada.
3. Frente a una paciente sin contraindicaciones de acceso umbilical, la elección de entrada con aguja de Veress (cerrada) o entrada abierta como la de Hasson depende de la experiencia de cada cirujano con dicha técnica. Sin embargo, se recomienda que frente a pacientes con cirugías previas, con IMC elevado o muy bajo, se opte por alguna técnica abierta.
4. La entrada con técnica abierta puede ser utilizada como una alternativa a la técnica de aguja Veress. Sin embargo, no existe evidencia de que la técnica abierta sea superior o inferior que otras técnicas disponibles (II 2C).
5. La técnica de visión directa del trocar sin previo neumoperitoneo puede ser considerada como una alternativa segura a la técnica de aguja Veress (II-2).
6. Evitar los movimientos de la aguja de Veress como método de test de seguridad, ya que puede incrementar la lesión de una probable injuria a un vaso sanguíneo o víscera (II-1A).
7. Evitar la elevación de la pared abdominal al momento de inserción de aguja de Veress, ya que no evita e incluso puede aumentar el riesgo de injuria visceral o de vasos (II-2B).
8. El ángulo de entrada de la aguja de Veress debiera ser de acuerdo al IMC de la paciente, variando a 45 grados de inclinación en pacientes con IMC normal y a 90 grados en pacientes obesas (II-2B).

Recomendaciones del consentimiento informado en laparoscopia

Finalmente entregamos la información para un consentimiento informado que debiera tener una paciente que se someterá a una cirugía por vía laparoscópica.

Las pacientes que serán sometidas a una cirugía laparoscópica deben ser informadas de los riesgos y potenciales complicaciones (descritas en esta revisión), así como de otras alternativas de abordaje quirúrgico ⁽⁶⁾.

El consentimiento antes de la operación debiera incluir una discusión sobre las posibles técnicas de entrada a utilizar y el riesgo asociado de la vía a elección, tales como: injuria intestinal, lesión de tracto urinario, lesión de omento, lesión vascular y de otros órganos circundantes a la entrada. Potenciales complicaciones tardías también debiesen ser discutidas, como infecciones, dolor debido a adherencias, y la formación de hernias ^(6, 13).

El consentimiento debiera incluir el riesgo individual de cada paciente en relación a su índice de masa corporal (sobrepeso/obesidad), malformaciones anatómicas, historia de cirugías previas y tipo de incisiones que presenta, historia de peritonitis, historia de proceso inflamatorio pelviano así como de proceso inflamatorio intestinal ^(6, 13).

Los autores de esta revisión no encontramos un consenso en cuanto a consentimientos informados estandarizados en pacientes con indicación de cirugía laparoscópica ginecológica, pero como todo consentimiento informado debe considerar una conversación entre el médico tratante y la paciente, con el respectivo respaldo por escrito de la comprensión de los riesgos propios de la cirugía, la autorización para realizarla, así como la autorización para las posibles soluciones frente a la manifestación de cualquier complicación, estableciendo entonces un consentimiento quirúrgico amplio.

Referencias

1. Munro M, Gomel V. Fertility-promoting laparoscopically-directed procedures. *Reproductive Medicine Review*. 1994; 3(1), 29-42.
2. Fuller J, Scott W, Ashar B, et al. Laparoscopic trocar injuries: a report from a US FDA Center for Devices and Radiological Health (CDRH) Systematic

- Technology Assessment of Medical Products (STAMP) Committee. 2005 Aug 25;1-14
3. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, et al. (2009) Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev Issue 3*:CD003677.
 4. Medeiros LR, Rosa DD, Bozzetti MC, et al. (2009) Laparoscopy versus laparotomy for benign ovarian tumour. *Cochrane Database Syst Rev Issue 2*:CD004751
 5. He H, Zeng D, Ou H, et al. Laparoscopic treatment of endometrial cancer: systematic review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2013; 20(4):413-423.
 6. Alkatout I. Complications of Laparoscopy in Connection With Entry Techniques. *J Gynecol Surg.* 2017 Jun 1;33(3):81-91.
 7. Magrina JF. Complications of laparoscopic surgery. *Clin Obstet Gynecol.* 2002;45,469-480.
 8. Jansen FW, Kolkman W, Bakkum EA. Complications of laparoscopy: an inquiry about closed- versus open-entry technique. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Mar;190(3):634-8
 9. Fuller J, Ashar BS, Carey-Corrado J. Trocar-associated injuries and fatalities: An analysis of 1399 reports to the FDA. *J Minim Invasive Gynecol* 2005;12:302-307.
 10. Shirk GJ, Johns A, Redwine DB. Complications of laparoscopic surgery: How to avoid them and how to repair them. *J Minim Invasive Gynecol* 2006;13:352-359.
 11. Cuss A, Bhatt M, Abbott J. Coming to Terms With the Fact That the Evidence for Laparoscopic Entry Is as Good as It Gets. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2015;22:332-341.
 12. Wattiez A, Leroy J. Techniques to go into the abdominal cavity safely. www.websurg.com
 13. Ahmad G, Gent D, Henderson D, et al. Laparoscopic entry techniques. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 8. Art. No.: CD006583.
 14. la Chapelle CF, Swank HA, Wessels ME, et al. Trocar types in laparoscopy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 12. Art. No.: CD009814
 15. Deffieux X, Ballester M, Collinet P, et al. Risks associated with laparoscopic entry: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 158 (2011) 159-166.
 16. Jansen FW, Kolkman W, Bakkum EA, et al. Complications of laparoscopy: an inquiry about closed- versus open-entry technique. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Mar;190(3):634-8.
 17. Nuzzo G, Giulante F, Tebala GD. Routine use of open technique in laparoscopic operations. *J Am Coll Surg* 1997; 184:58- 62.
 18. Vilos GA, Ternamian A, Dempster J, et al. No. 193-Laparoscopic Entry: A Review of Techniques, Technologies, and Complications. *J Obstet Gynaecol Can* 2017, 39(7): e69ee84.
 19. Alkatout I. Complications of Laparoscopy in Connection with entry Techniques. *J Gynecol Surg.* 2017 Jun 1; 33(3): 81-91.
 20. Li TC, Saravelos H, Richmond M, et al. Complications of laparoscopic pelvic surgery. *Human Reproduction Update* 1997, Vol. 3, No. 5 pp. 505-515.
 21. Magrina JF. Complications of laparoscopic surgery. *Clin Obstet Gynecol.* 2002 Jun;45(2):469-80.
 22. Swank HA, Mulder IM, la Chapelle CF, et al. Systematic review of trocar-site hernia. *Br J Surg.* 2012 Mar;99(3):315-23.
 23. Philosophe R. Avoiding complications of laparoscopic surgery. *Fertil Steril.* 2003;80 Suppl 4:30-9; quiz 54-6.
 24. Chapron C, Pierre F, Harchaoui Y, et al. Gastrointestinal injuries during gynaecological laparoscopy. *Hum Reprod.* 1999 Feb;14(2):333-7.
 25. Chapron C, Querleu D, Bruhat MA, et al. Surgical complications of diagnostic and operative gynaecological laparoscopy: a series of 29,966 cases. *Hum Reprod.* 1998;13(4):867.
 26. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, Vol 24, No 1, January 2017. Pages A1-A20, 1-180. Catarci M, Carlini M, Gentileschi P, Santoro E, for the Lap Group Roma. Major and minor injuries during the creation of pneumoperitoneum: a multicenter study on 12,919 cases. *Surg Endos* 2001; 15: 566-9.

Artículo de revisión

Caracterización de pacientes con vértigo y trastornos del equilibrio en Clínica Alemana

Dr. Hayo Breinbauer
Dra. Daniela Contreras
Dr. Juan Cristobal Maass
T.M. Paola Aliaga
T.M. Isabel Zamorano
T.M. Soledad Sarda
Liliana Román
Natalia Navas
Jorge Malhue
Juan Pablo Lira

Contacto: hbreinbauer@alemana.cl

Introducción

El vértigo y los trastornos del equilibrio son patologías y motivo de consulta frecuentes. En su evaluación y manejo se ha producido un verdadero cambio de paradigma en la última década, principalmente generado por la inclusión de nueva tecnología diagnóstica, la que se encuentra recientemente disponible en Clínica Alemana.

La incorporación de estas nuevas herramientas ha contribuido a un importante cambio en las clasificaciones diagnósticas (y las alternativas terapéuticas) de los trastornos del equilibrio, permitiendo la aparición, o al menos marcando la verdadera relevancia, de cuadros considerados falsamente como poco relevantes o poco frecuentes^{2,22}.

Los trastornos del equilibrio (mareo, vértigo, inestabilidad) se encuentran dentro de los motivos de consulta más frecuentes en medicina (1 -3 % de prevalencia anual, 8% de prevalencia durante la vida)¹⁻³.

Dentro de la historia de la otorrinolaringología, estos trastornos siempre han representado un desafío diagnóstico y terapéutico, donde frecuentemente se combinan causas

otorrinolaringológicas de difícil determinación, con factores neurológicos, oftalmológicos y psiquiátricos⁴.

Sólo desde el punto de vista sensorial, la construcción del equilibrio en el humano se realiza a partir de la información de tres sistemas, el propioceptivo, el visual y el vestibular⁵. De los tres, el último (parte del oído interno) es el que más patología tiende a dar, y está a su vez sub-compuesto de tres canales semicirculares (que aportan información sobre los giros que realiza la cabeza) y el complejo utrículo-sacular (que entrega información del tipo aceleración lineal y la dirección de la fuerza de gravedad con respecto a la cabeza en todo momento)⁴.

A pesar de esta complejidad, desde hace casi un siglo⁶ el estudio del equilibrio se ha centrado principal y casi exclusivamente en una única herramienta diagnóstica: la prueba calórica dentro del examen funcional del VIII par^{7,8}. Esta prueba padece de importantes limitaciones, como su subjetividad, variabilidad intersujeto, análisis solo relativo en cuanto a simetría entre un oído y otro, pero fundamentalmente el estudiar exclusivamente la

función del canal semicircular horizontal, uno solo de los siete sistemas de los que se estructura el equilibrio (tres canales semirculares, utrículo, sáculo, sistema visual y sistema propioceptivo) ⁹.

Sin embargo, en la última década se han desarrollado nuevas tecnologías diagnósticas que han comenzado a ampliar enormemente la comprensión de estos fenómenos, permitiendo evaluar cada uno de los siete subsistemas y cambiando el abordaje terapéutico en la mayoría de las patologías ⁶.

Dentro de estas nuevas herramientas destacan las siguientes (recientemente disponibles tanto en el mercado general como en Clínica Alemana):

- 1. Prueba de impulso céfálico asistida por video (video-Head Impulse Test, vHIT):** la que no solo mejora la evaluación del canal semicircular horizontal de forma más precisa, objetiva e independiente (sin depender de medidas relativas de simetría entre oídos), sino que además permite evaluar la función de los otros dos canales semirculares ¹⁰⁻¹⁵.
- 2. Potenciales evocados miogénicos vestibulares (ocular and cervical vestibular evoked myogenic potentials, oVEMP y cVEMP):** que permiten de forma independiente evaluar la función del utrículo y el sáculo, en cada oído de forma independiente y autónoma ^{9,16-19}.
- 3. Posturografía:** la cual evalúa la función del equilibrio en su integración sensorial vestibulo-visio-propioceptiva. Permite identificar las alteraciones en el sistema visual y propioceptivo. La posturografía ha demostrado además ser una herramienta de extraordinario provecho en las terapias de rehabilitación de trastornos del equilibrio ^{5,6,9,20}.
- 4. Electrocoqueografía:** la cual permite evaluar la función de potenciales eléctricos coclear con gran detalle, permitiendo el estudio de la enfermedad de Ménière, neuropatía auditiva e hipoacusia neonatal, entre otras ⁹.

Este nuevo arsenal diagnóstico aplicado en su conjunto toma menos tiempo que la prueba calórica en su realización, y a diferencia de esta última no genera síntomas molestos en el paciente ^{9,21}.

La incorporación de estas nuevas herramientas ha contribuido a un importante cambio en las clasificaciones diagnósticas (y las alternativas terapéuticas) de los trastornos del equilibrio, permitiendo la aparición, o al menos marcando la verdadera relevancia, de cuadros

considerados falsamente como poco relevantes o poco frecuentes ^{2,22}.

Es así, como clásicamente se reconocían que la mayor parte de los pacientes presentaban variantes de unos pocos trastornos -vértigo postural paroxístico benigno, neuronitis/parálisis vestibular, enfermedad de Ménière y neurinoma del acústico-, mientras que en la actualidad se añaden a esta lista la migraña vestibular, el vértigo somatomorfo, accidentes vasculares pontinos y de tronco encefálico, la presbiastasis y los síndromes centrales de nistagmo vertical ascendente y descendente, los cuales en su conjunto darían cuenta de más del 60% de las patologías encontradas en pacientes con vértigo o trastorno del equilibrio ²³. La sociedad de Barany (sociedad que reúne a los distintos especialistas dedicados al vértigo y los trastornos del equilibrio) ha determinado nuevos esquemas clasificatorios para este nuevo espectro de cuadros patológicos, esquema que aún no se ha aplicado a estudios epidemiológicos como el que proponemos aquí ²⁴.

En términos generales, esta clasificación agrupa a los pacientes y sus cuadros clínicos según el perfil temporal de los síntomas, configurando cuatro grandes grupos: los síndromes vestibulares agudos, los síndromes vestibulares crónicos y los síndromes vestibulares episódicos, tanto de crisis cortas (segundos-minutos) y de crisis largas (horas-días).

Conclusión

En su conjunto la disciplina de la otoneurología ha experimentado en la última década un importante y radical cambio de paradigma. Al redibujarse todo el abordaje tanto de exploración diagnóstica, como del espectro de patologías relevantes, y por ende de las alternativas terapéuticas, los campos abiertos y necesitados de investigación están creciendo de forma explosiva.

Clínica Alemana, con la reciente adquisición de las herramientas tecnológicas descrita, se encuentra en una excelente situación para sumarse a estos esfuerzos y contribuir al desarrollo al que invita este nuevo paradigma en la otoneurología.

Referencias

1. Yin M, Ishikawa K, Wong W, et al. A clinical epidemiological study in 2169 patients with vertigo. *Auris, nasus, larynx* 2009; 36:30-35.
2. Neuhauser H, von Brevern M, Radtke A, et al. Epidemiology of vestibular vertigo: a neurotologic survey of the general population. *Neurology* 2005; 65:898-904.

3. Lai Y, Wang T, Chuang L, et al. *Epidemiology of Vertigo: A National Survey. Otolaryngology--Head and Neck Surgery.* 2011; 145:110-116.
4. Strupp M. *Vertigo and dizziness: the neurologist's perspective. Ophthalmologie* 2013; 110:7-15.
5. Visser J, Carpenter M, van der Kooij H, et al. *The clinical utility of posturography. Clin Neurophysiol.* 2008; 119:2424-2436.
6. Baloh R, Halmagyi G, Zee D. *The history and future of neuro-otology. Continuum (Minneapolis, Minn)* 2012; 18:1001-1015.
7. Riesco-Mac-Clure J, Velasco R. *Otoneurología. In: Alonso J, Tato J, eds. Tratado de Otorrinolaringología y Broncoesofagología. Madrid: Editorial Paz Montalvo, 1976:495-528.*
8. Morales C. *Otoneurología Clínica. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1992.*
9. Curthoys I. *The interpretation of clinical tests of peripheral vestibular function. The Laryngoscope* 2012; 122:1342-1352.
10. MacDougall HG, Weber KP, McGarvie LA, et al. *The video head impulse test: diagnostic accuracy in peripheral vestibulopathy. Neurology* 2009; 73:1134-1141.
11. Newman-Toker D, Saber A, Mantokoudis G, et al. *Quantitative Video-Oculography to Help Diagnose Stroke in Acute Vertigo and Dizziness - Toward an ECG for the Eyes. Stroke* 2013; 44(4):1158-61.
12. Breinbauer H, Anabalón J, Aracena K, et al. *Experiencia en el uso del video-Impulso Cefálico (vHIT) en la evaluación del reflejo vestibulo-ocular para el canal semicircular horizontal. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2013; 73:115-124.
13. Halmagyi G, Curthoys I. *A clinical sign of canal paresis. Arch Neurol* 1988; 45:737-739.
14. Halmagyi G, Black R, Thurtell M, et al. *The human horizontal vestibulo-ocular reflex in response to active and passive head impulses after unilateral vestibular deafferentation. Ann N Y Acad Sci* 2003; 1004:325-336.
15. Weber K, MacDougall H, Halmagyi G, et al. *Impulsive testing of semicircular-canal function using video-oculography. Ann N Y Acad Sci* 2009; 1164:486-491.
16. Brantberg K. *Vestibular evoked myogenic potentials (VEMPs): usefulness in clinical neurotology. Semin Neurol* 2009; 29:541-547.
17. Tourtillott BM, Ferraro JA, Bani-Ahmed A, et al. *Age-related changes in vestibular evoked myogenic potentials using a modified blood pressure manometer feedback method. American Journal of Audiology.* 2010; 19:100-108.
18. Curthoys I. *A critical review of the neurophysiological evidence underlying clinical vestibular testing using sound, vibration and galvanic stimuli. Clinical neurophysiology.* 2010; 121:132-144.
19. Rosengren S, Welgampola M, Clobatch J. *Vestibular evoked myogenic potentials: past, present and future. Clinical Neurophysiology.* 2010; 121:636-651.
20. Zhang D, Fan Z, Yu G. *The clinical value of dynamic posturography in the peripheral vertigo. Nín Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi* 2009; 23:721-723.
21. Contreras P, Toro D, Oberreuter G, et al. *Hacia un nuevo VIII par: Alternativas de baja complejidad. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2014; 74:101-108.
22. Agrawal Y, Ward BK, Minor LB. *Vestibular dysfunction: prevalence, impact and need for targeted treatment. Journal of Vestibular Research: Equilibrium & Orientation.* 2013; 23:113-117.
23. Grill E, Strupp M, Müller M, et al. *Health services utilization of patients with vertigo in primary care: a retrospective cohort study. Journal of Neurology.* 2014; 261:1492-1498.
24. Lempert T, Olesen J, Furman J, et al. *Vestibular migraine: diagnostic criteria. Journal of Vestibular Research: Equilibrium & Orientation* 2012; 22:167-172.

Artículo de Revisión

Odontoma complejo en mandíbula: reporte de caso

Dr. Diego García-Tello

Dr. Arturo Besa

Servicio Radiología Máxilofacial
Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana,
Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Contacto: abesa@alemana.cl

Introducción

El objetivo de este reporte de caso es exponer la aparición de odontomas, patología que a pesar de su baja incidencia puede constituir un problema para la realización de algunos tratamientos odontológicos, como la ortodoncia. En nuestra práctica profesional hemos observado, en el último tiempo, un incremento de esta patología, por lo que creemos importante aportar información que permita poder facilitar su diagnóstico.

The purpose of this case report is to present the appearance of odontomas, a pathology that despite its low incidence, if it appears can represent a problem for some dental treatments, such as orthodontics. In our professional practice we have

noticed lately an increase in the frequency with which this pathology takes place; that is why we believe it is important to contribute with more information in order to facilitate its diagnosis.

Presentación de caso

Paciente de 39 años de edad, género masculino, acude a realizarse un examen odontológico general y a evaluar la posibilidad de un tratamiento ortodóncico. Al examen clínico se observan restauraciones múltiples, piezas ausentes y en zona de pieza 17 (4.8), una estructura dentaria semi incluida, con un leve aumento de volumen palpable por lingual. Se le solicita radiografía panorámica como examen imagenológico inicial.



Figura 1.
Radiografía panorámica

En la radiografía panorámica (Figura 1) se observan múltiples restauraciones, rehabilitaciones en base a prótesis fija y presencia de caries. No obstante, lo que más llama la atención es la zona de pieza 17 (4.8), en la que se observa un área de radiodensidad mixta, con predominio de lo radiopaco, de forma irregular, límites netos y parcialmente rodeada por halo radiolúcido (flecha), en donde se observan 3 densidades que

asemejan a los componentes de una pieza dentaria: esmalte, cemento/dentina y espacios que corresponden a cámaras pulpares.

Considerando lo anterior, se le solicita al paciente una tomografía computada con tecnología *Cone Beam* para apreciar con más detalle las características de la lesión y su relación con estructuras vecinas.

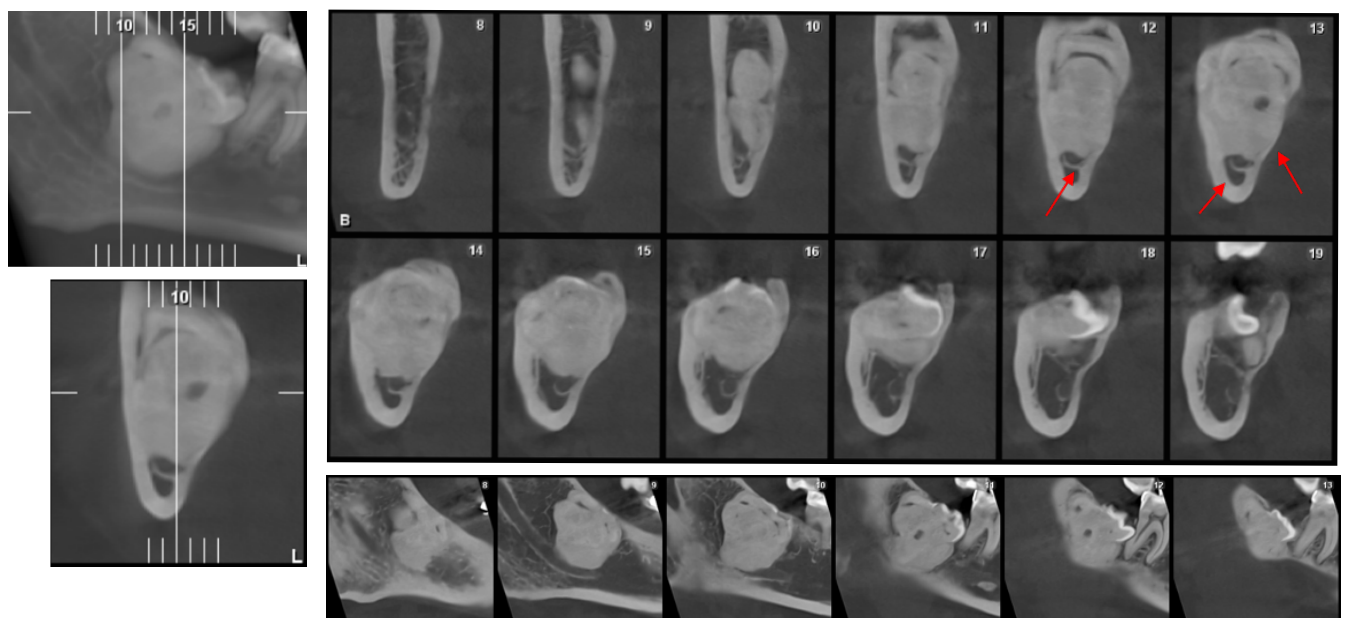


Figura 2.
Tomografía Computada Cone Beam – Cortes Coroneles

En los cortes coronales (Figura 2) se puede observar que la lesión se extiende lateromedialmente, comprometiendo a ambas tablas óseas, y hacia caudal invade parcialmente al canal mandibular (flechas).

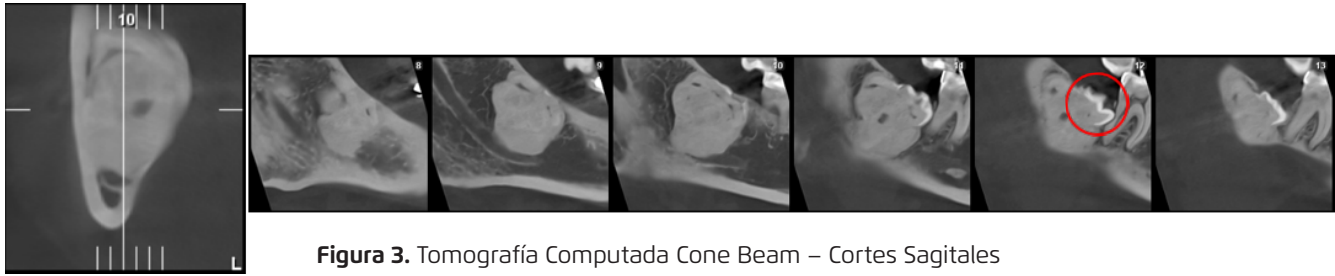


Figura 3. Tomografía Computada Cone Beam – Cortes Sagitales

En los cortes sagitales (Figura 3), se observa que la lesión impacta en la raíz distal de la pieza 18 (4.7), provocando una leve rizálisis o impronta (círculo).

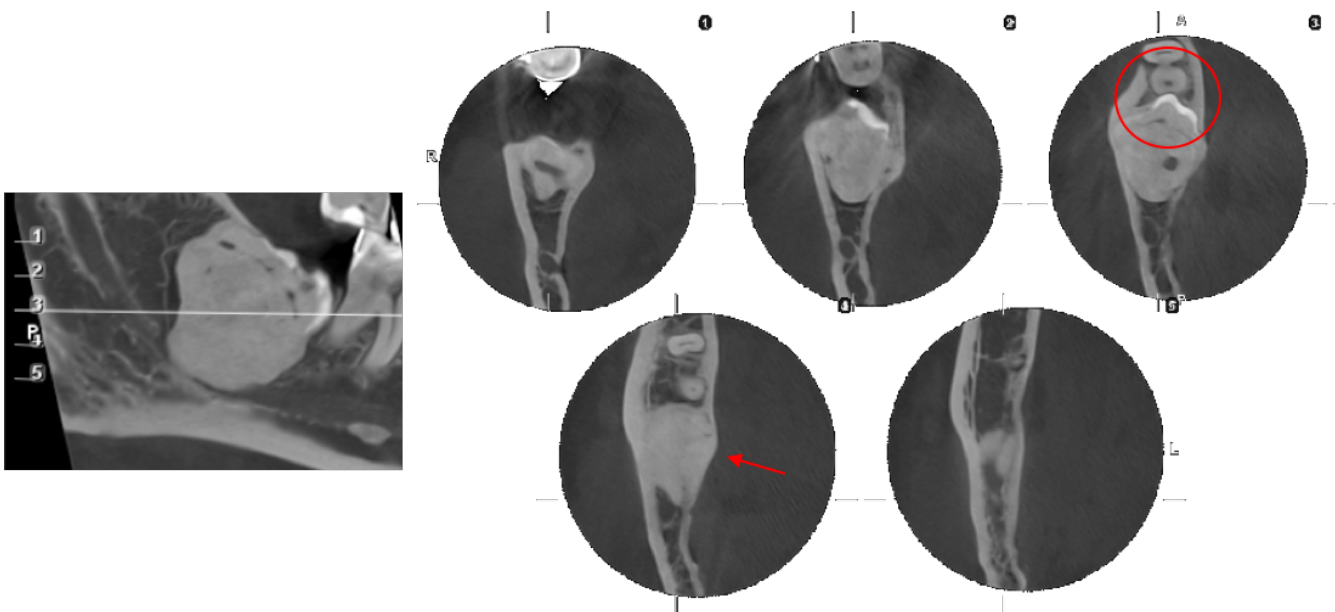


Figura 4. Tomografía Computada Cone Beam – Cortes Axiales

En los cortes axiales (Figura 4), se aprecia de mejor manera la impronta en raíz distal de pieza 18 (4.7) (flecha) y la leve expansión de la tabla ósea lingual (círculo).

En base a las características radiográficas de la lesión (radiodensidad, ubicación y relación con estructuras vecinas), se realiza el diagnóstico de odontoma complejo.

Discusión

Los odontomas son clasificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como tumores odontogénicos benignos mixtos, pero se consideran más como anomalías del desarrollo que neoplasias benignas ya que presentan crecimiento autolimitante ⁽¹⁾.

Radiográficamente se observan de tres tipos: los complejos como una masa radiopaca de densidad dentaria rodeada de un halo radiolúcido, los compuestos que presentan estructuras de aspecto dentarias en su interior, y los mixtos.

Existen diversos estudios que han mostrado gran presencia de estos casos, por lo que los odontomas se identifican como los tumores odontogénicos de mayor frecuencia ⁽²⁾.

En esta serie de casos se presenta un paciente con odontoma complejo, que según la literatura son los de mayor frecuencia con una incidencia de 61,8%, en relación a los odontomas compuestos con un 35,6% y los mixtos con un 2,5%. No existe diferencia de presentación entre hombres y mujeres y la edad media de diagnóstico es entre los 10 y 19 años ⁽³⁾.

Los odontomas complejos se observan con mayor frecuencia en la zona posterior mandibular, tal como el caso que presentamos, y los compuestos se presentan

principalmente en la región anterior maxilar ⁽⁴⁾. Como consideración clínica, en algunos casos se observa que los odontomas causan impactación dentaria, ausencia de piezas en boca, o erupción de la zona del odontoma. En algunas ocasiones, también pueden generar reabsorción radicular o parestesia, pero en menor frecuencia. La manifestación clínica más común es la de retención de un diente definitivo, con su consecuente ausencia en boca ⁽⁵⁾. Desde el punto de vista histológico, la presencia de epitelio odontogénico y ameloblástico se ven con mayor frecuencia en odontomas complejos. El tejido odontogénico mesenquimático, en tanto, se observa en los odontomas compuestos ⁽⁵⁾.

Conclusiones

1. Los odontomas se clasifican como tumores benignos de los maxilares, con crecimiento autolimitante, y son considerados como hamartomas o anomalías del desarrollo.
2. Los odontomas se clasifican en tres tipos: complejos, compuestos y mixtos, según su presentación radiográfica e histopatológica.
3. Los odontomas complejos se presentan con mayor frecuencia que los compuestos, y su ubicación es preferentemente en la zona posterior mandibular. La ubicación de los compuestos es de preferencia anterior maxilar.
4. El diagnóstico es clínico y radiológico, donde las técnicas radiográficas convencionales, y el uso de la tecnología Cone Beam son las alternativas adecuadas para el estudio de esta patología.
5. 5.- El signo clínico de mayor importancia es la ausencia de una pieza dentaria que ya debiera de estar en boca, por la imposibilidad de erupcionar, ya que se encuentra retenida dentro del hueso por la presencia del odontoma.

Referencias

1. Cawson RA, Odell EW. Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine. Edinburgh, Churchill Livingstone, 2008, p.115.
2. Daley TD, Wysocki GP, Pringle GA. Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a Canadian population. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 77:276, 1994.
3. Amado Cuesta S, Gargallo Albiol J, Berini Aytés L, et al. Review of 61 cases of odontoma. Presentation of an erupted complex odontoma. Med Oral 8:366, 2003.
4. Philipsen HP, Reichart PA, Praetorius F. Mixed odontogenic tumours and odontomas. Considerations on interrelationship. Review of the literature and presentation of 134 new cases of odontomas. Oral Oncol 33:86, 1997.
5. Hidalgo-Sánchez O, Leco-Berrocal MI, Martínez-González JM. Meta-analysis of the epidemiology and clinical manifestations of odontomas. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 13:E730, 2008.
6. Guarda-Nardini L, Piccotti F, Ferronato G. et al. Synovial chondromatosis of the temporomandibular joint: a case description with systematic literature review. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2010; 39: 745-755.

Biblioteca Cochrane



Biblioteca Cochrane 2017 en cifras

Las 5 revisiones sistemáticas más descargadas:

- Tratamiento de yoga para el dolor lumbar no específico crónico
- Estrategias de implementación para sistemas de salud en países de bajos ingresos: una visión general de revisiones sistemáticas
- Diseño de envases de tabaco para reducir el consumo de tabaco
- Visiones y experiencias de padres y cuidadores informales acerca de la comunicación sobre la vacunación infantil de rutina: una síntesis de evidencia cualitativa
- Dieta, actividad física e intervenciones conductuales para el tratamiento de niños con sobrepeso u obesidad desde la edad de 6 a 11 años

Los comentarios actualizados más descargados:

- Apoyo para madres sanas que amamantan con bebés sanos a término
- Actividad física y ejercicio para el dolor crónico en adultos: una visión general de las revisiones Cochrane
- Intervenciones para mejorar las prácticas de prescripción de antibióticos para pacientes hospitalizados
- Corticoesteroides prenatales para acelerar la maduración pulmonar del feto en mujeres con riesgo de parto prematuro
- Betabloqueantes para la hipertensión

Las revisiones Cochrane más difundidas:

Según los datos de Altmetric, las siguientes revisiones Cochrane 2017 fueron las más mencionadas en las historias de los periódicos, tweets, publicaciones en blogs y otras fuentes.

- Tratamiento de yoga para el dolor lumbar no específico crónico
- Cereales integrales para la prevención primaria o secundaria de enfermedades cardiovasculares
- Antivirales de acción directa para la hepatitis C crónica
- Intervenciones para mejorar las prácticas de prescripción de antibióticos para pacientes hospitalizados
- Patrocinio de la industria y resultado de la investigación

Los podcasts Cochrane más populares:

Algunas revisiones Cochrane van acompañadas de podcasts, a menudo leídos por los autores de la revisión. Estos fueron los podcasts más accesibles de 2017.

- Primeros alimentos y líquidos adicionales para bebés sanos amamantados a término
- Apoyo para madres que amamantan
- Tratamiento de yoga para el dolor lumbar no específico crónico
- Apoyo para la lactancia materna en madres e hijos sanos
- Vitamina C para prevenir y tratar el resfriado común

La mayoría de los artículos de Journal Club consultados:

Los artículos del Cochrane Journal Club se centran en una Revisión Cochrane en particular, que brinda información relevante de antecedentes y recursos relacionados. Estas fueron las reseñas de los artículos más populares de Journal Club en 2017.

- Evaluación geriátrica integral para adultos mayores ingresados en el hospital
- Monoterapia antiepiléptica para la epilepsia: un metanálisis de red de datos de participantes individuales
- Citología versus prueba de VPH para detección de cáncer de cuello uterino en la población general
- Cortico esteroides prenatales para acelerar la maduración pulmonar del feto en mujeres con riesgo de parto prematuro
- Factor de crecimiento endotelial antivascolar para el edema macular diabético: un metanálisis de red.

Las respuestas clínicas más vistas:

Las respuestas clínicas Cochrane proporcionan un punto de entrada legible, digerible y enfocado clínicamente a la investigación rigurosa de las revisiones Cochrane. Estas fueron las respuestas clínicas Cochrane más vistas durante 2017.

- ¿El uso de herramientas de evaluación de riesgos ayuda a prevenir el desarrollo de úlceras por presión?
- ¿Cuáles son los beneficios y los daños de los antagonistas del calcio en personas con accidente cerebrovascular isquémico agudo?
- ¿El agua del grifo es suficiente para la limpieza de heridas?
- ¿Cómo se compara el ciclo natural de la fertilización in vitro con la hiperestimulación ovárica controlada en parejas subfértiles?
- ¿Puede la miel aplicada tópicamente promover la curación de heridas?

Colecciones especiales más destacadas:

Las colecciones especiales son colecciones de contenido curadas sobre un tema de atención médica específico. Aquí hay dos colecciones destacadas de 2017.

- Permitir la lactancia para madres y bebés
- Yoga para mejorar la salud y el bienestar

Contacto

Unidad Editorial Cochrane (ceu@cochrane.org)

Fuente:

<http://es.cochrane.org/es/lo-mejor-de-la-biblioteca-cochrane-revisi%C3%B3n-de-2017>

Revisión Cochrane

Desmopresina para el tratamiento de la nicturia en hombres



Julia Han, Jae Hung Jung, Caitlin J Bakker, Mark H Ebell, Philipp Dahm
Cómo citar la revisión: Han J, Jung J, Bakker C, Ebell M, Dahm P. Desmopresina para el tratamiento de la nicturia en hombres.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2017 Issue 10. Art. No.: CD012059. DOI: 10.1002/14651858.CD012059

Versión reducida de la revisión.

Clínica Alemana de Santiago es un Centro Cochrane adjunto.

Resumen

Antecedentes

La nicturia es el síntoma molesto de despertarse una o más veces por noche para evacuar. La desmopresina es una medicación utilizada comúnmente para tratar la nicturia.

Objetivos

Evaluar los efectos de la desmopresina comparada con otras intervenciones en el tratamiento de la nicturia en los hombres.

Estrategia de búsqueda

Evaluar los efectos de la desmopresina comparada con otras intervenciones en el tratamiento de la nicturia en los hombres.

Criterios de selección

Se incluyeron ensayos controlados aleatorios o cuasialeatorios. Los criterios de inclusión incluyeron a hombres con nicturia definida como una o más evacuaciones por noche. Se excluyeron los ensayos en niños, adultos con enuresis primaria o secundaria o trastornos subyacentes diferenciados.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión de forma independiente clasificaron los estudios y extrajeron los datos de los estudios incluidos. Se realizaron análisis estadísticos utilizando un modelo de efectos aleatorios y datos interpretados de acuerdo con el Manual Cochrane para Revisiones Sistemáticas de Intervenciones (Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions).

Resultados principales

Se incluyeron 14 estudios con 2966 hombres asignados al azar a través de cinco comparaciones.

Desmopresina versus placebo: basado en el seguimiento a corto plazo (hasta tres meses), la desmopresina puede tener un efecto similar en el número de evacuaciones nocturnas (diferencia de medias [DM] -0,46; intervalo de confianza [IC] del 95%: -0,94 a 0,01; evidencia de baja calidad). No existe seguridad acerca del efecto de la desmopresina en los eventos adversos graves al momento del seguimiento a corto plazo (cociente de riesgos [CR] 0,97; IC del 95%: 0,10 a 9,03; evidencia de muy baja calidad). Para el seguimiento a plazo intermedio (tres a 12 meses), la desmopresina puede reducir el número de evacuaciones nocturnas en un número apreciable de participantes (DM -0,85; IC del 95%: -1,17 a -0,53; evidencia de baja calidad). La desmopresina puede dar lugar a poca o ninguna diferencia en los eventos adversos graves en el seguimiento a plazo intermedio (CR 3,05; IC del 95%: 0,13 a 73,39; evidencia de baja calidad). No se encontró evidencia sobre la calidad de vida. Los análisis de subgrupos indican un efecto más grande con las formulaciones orales en dosis mayores de desmopresina y en los hombres con poliuria nocturna documentada.

Desmopresina versus modificación del comportamiento: no hubo datos con respecto al efecto sobre el número de evacuaciones nocturnas, la calidad de vida, ni sobre los eventos adversos graves.

Desmopresina versus alfabloqueante: basado en el seguimiento a corto plazo, la desmopresina probablemente tiene un efecto similar en el número de evacuaciones nocturnas (DM 0,30; IC del 95%: -0,20 a 0,80; evidencia de calidad moderada) y la calidad de vida (DM 0,00; IC del 95%: -0,35 a 0,35; evidencia de calidad moderada). No hubo eventos adversos graves en ninguno de los grupos de estudio.

La desmopresina más alfabloqueante versus alfabloqueante solo: basado en el seguimiento a corto plazo, el tratamiento combinado probablemente da lugar a una reducción pequeña y sin importancia en el número de evacuaciones nocturnas (DM -0,47; IC del 95%: -0,73 a -0,21; evidencia de calidad moderada) y la calidad de vida (DM -0,29; IC del 95%: -0,51 a -0,07; evidencia de calidad moderada). El riesgo de eventos adversos graves puede ser similar (CR 0,30; IC del 95%: 0,01 a 7,32; evidencia de baja calidad).

Desmopresina más alfabloqueante versus alfabloqueante más un anticolinérgico: basado en el seguimiento a corto plazo, el tratamiento combinado probablemente da lugar a poca o ninguna diferencia en el número de evacuaciones nocturnas (DM -0,43; IC del 95%: -0,97 a 0,11; evidencia de calidad moderada). No se encontró evidencia sobre la calidad de vida. No hubo eventos adversos graves en ninguno de los grupos de estudio.

Conclusiones de los autores

La desmopresina puede reducir el número de evacuaciones nocturnas en un número apreciable de participantes en comparación con placebo al momento del seguimiento a plazo intermedio (tres a 12 meses) sin un aumento en los eventos adversos graves. No se halló evidencia para comparar sus efectos con la modificación del comportamiento. El efecto sobre el número de evacuaciones nocturnas quizás sea similar al de los alfabloqueantes a corto plazo con eventos adversos graves muy poco frecuentes. No parece haber un beneficio adicional del uso combinado de desmopresina con un alfabloqueante o un anticolinérgico. Los hallazgos de esta revisión fueron limitados por el seguimiento a corto plazo, las limitaciones de los estudios y la imprecisión.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Desmopresina para el tratamiento de la nicturia en hombres con síntomas relacionados a las vías urinarias inferiores.

Pregunta de la revisión

¿La desmopresina es efectiva para el tratamiento de la nicturia en los hombres?

Antecedentes

La nicturia es el síntoma molesto de despertarse una o más veces por noche para orinar. Es común en hombres de edad avanzada. Más de la mitad de los hombres mayores de 70 años de edad tienen nicturia y hay muchos motivos que la causan. La desmopresina regula el volumen de orina y la concentración en el cuerpo. También es un fármaco utilizado para tratar la nicturia.

Características de los estudios

La búsqueda está actualizada hasta el 1 de agosto 2017. Se identificaron 14 ensayos clínicos, con 2966 hombres. Se comparó la desmopresina sola o en combinación con otra medicación usada para los problemas urinarios (como alfabloqueantes o anticolinérgicos) versus placebo

(tratamiento simulado), cambios de comportamiento o la medicación utilizada para los problemas urinarios de forma aislada o en combinación. También se comparó la desmopresina con los cambios de comportamiento. La mayoría de los estudios, pero no todos, incluyeron sólo a hombres mayores.

Resultados clave

La desmopresina puede reducir la frecuencia con que los hombres orinan por la noche en un número apreciable de pacientes en comparación con placebo cuando se los trata durante tres a 12 meses. Los efectos secundarios serios no aumentaron. No se sabe cómo actúa la desmopresina con respecto a los cambios en el comportamiento. El efecto sobre la frecuencia con la que los hombres tienen que orinar de noche probablemente es similar a la de los alfabloqueantes cuando se los administra durante hasta tres meses (denominado tratamiento a corto plazo) sin efectos secundarios graves. El agregado de desmopresina a un alfabloqueante o a un anticolinérgico no parece funcionar mejor.

Calidad de la evidencia

La calidad de la evidencia se consideró baja en casi todos los casos, lo cual significa que no es posible confiar plenamente en los resultados. Los estudios incluidos no estuvieron diseñados de forma adecuada, fueron pequeños y sólo realizaron el seguimiento de los pacientes durante un período breve (generalmente tres meses o menos).

Carátula

Autores

Julia Han¹, Jae Hung Jung², Caitlin J Bakker³, Mark H Ebell⁶, Philipp Dahm³

Filiación

¹University of Florida, Department of Urology, PO Box 100247, Room N205, Gainesville, USA, 32610

²Yonsei University Wonju College of Medicine, Department of Urology, 20 Ilsan-ro, Wonju, Korea, South, 26426

³University of Minnesota, Department of Urology, Minneapolis, USA

⁴Minneapolis VA Health Care System, Urology Section, Minneapolis, USA

⁵University of Minnesota, Health Sciences Libraries, 303 Diehl Hall, 505 Essex Street SE, Minneapolis, USA, 55455

⁶University of Georgia, Department of Epidemiology and Biostatistics, College of Public Health, Athens, USA

Información de contacto

Philipp Dahm

Minneapolis VA Health Care System, Urology Section, Minneapolis, USA

E-mail: pdahm@umn.edu

Normas Editoriales

CONTACTO CIENTIFICO

I. PREPARACION DE UN ARTICULO

Los autores deben preparar manuscritos de acuerdo con los requerimientos definidos por el Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas (ICMJE), que pueden ser consultados en Ann Intern Med. 1997;126:36-47 o www.icmje.org. Los reportes de ensayos controlados y randomizados deben cumplir con la normativa de inscripción y diseño correspondiente, que puede ser consultado en Ann Intern Med. 2001;134:657-662.

El manuscrito debe estar escrito en letra Times New Roman, tamaño 12, a doble espacio y debe ordenarse de la siguiente manera (1) página del título (2) resumen, (3) lista alfabética de abreviaciones usadas al menos tres veces en el cuerpo del manuscrito y en resumen, figuras y tablas, (4) texto con encabezados apropiados y conclusiones, (5) agradecimientos, (6) referencias, (7) figuras (8) leyendas de las figuras (con lista alfabética de abreviaciones), y (9) tablas (con lista alfabética de abreviaciones).

El texto del manuscrito debe ser enumerado en forma consecutiva, incluyendo el nombre del primer autor y el texto debe contenerse en un archivo procesable por Word. Las tablas pueden ser hechas con el mismo programa Word, y ubicarlas al final del manuscrito. Los esquemas, gráficos y algoritmos pueden ser hechos y enviados en Word, PowerPoint o Adobe Illustrator. Las figuras deben ser guardadas como formato jpg, gif, o tiff a un mínimo de 300 dpi y no deben insertarse en el texto del manuscrito, sino que deben guardarse como archivo separado.

Página del título

Título: Formular un título que refleje el contenido del artículo.

Autores: Incluir apellidos y nombre, grado académico, departamento e institución a la que pertenece.

Financiamiento y conflictos de interés: indicar si existió financiamiento y ayuda material para la investigación o trabajo descrito en el manuscrito (ej. número de Grant, agencia financiante, a quiénes).

Reimpresiones y correspondencia: incluir nombres, dirección, e-mail del autor a quien se dirigirán estos requerimientos.

Resumen o Abstract

Abstract de 200 palabras y un resumen en términos sencillos ("plain language summary") de 50 palabras que describa el objetivo del estudio y su resultado principal.

Se debe organizar en un formato estructurado, con los siguientes encabezados: Objetivo, Pacientes y métodos, Resultados y Conclusión.

--Asegurar que la información en cada sección del resumen, está contenida en la correspondiente sección del texto.

--En la sección "Pacientes y métodos" del resumen y del texto, incluir las fechas completas que abarcó el estudio.

--Incluir el número de registro de Ensayo clínico, al final del resumen, si es el caso.

Texto

Los artículos originales deben considerar un máximo total de 2000 palabras, la introducción un máximo de 250 palabras y la discusión de 500.

No debe ser superior a 2000 palabras en el resto de los artículos.

En la introducción mencionar los antecedentes disponibles respecto del tema de estudio, establecer el objetivo de la investigación o revisión y plantear la hipótesis de trabajo.

--Abreviar un término sólo si es utilizado al menos tres veces en el texto y definirlo la primera vez que se menciona.

En la sección de pacientes (o materiales) y métodos describir las características del grupo de estudio o del caso clínico, los criterios de inclusión/exclusión, los equipos y/o fármacos utilizados, la probación del comité de ética local.

si corresponde, el consentimiento informado de los participantes y el tipo de análisis estadístico.

--Expresar medidas en Unidades convencionales, entregando el factor de conversión a Unidades del Sistema Internacional.

--Entregar valores exactos de p , incluso si no son significativos. Redondear valores de p a dos dígitos, si los primeros dos números después del decimal son ceros, entonces redondear a tres números. El menor valor de p a reportar es $p < 0.001$ y el mayor $p > 0.99$.

--Usar nombres genéricos para fármacos y equipos. Si piensa que es importante usar un nombre de producto, indique manufactura y lugar donde fue producido, entre paréntesis.

--Los símbolos genéticos aprobados, descripciones y equivalencias pueden encontrarse en www.genenames.org.

--Para mutaciones genéticas, ver sitio web HGVS (www.hgvs.org o <http://www.hgvs.org/rec.html>).

En la sección de resultados, describir los principales hallazgos de forma lógica, con especial mención a los datos relevantes que pueden estar contenidos en tablas o gráficos. Evite duplicar la información en tablas y gráficos.

En la sección de discusión, analizar los resultados en relación a la información previamente publicada y sus limitaciones, destacando los aspectos importantes del estudio que puedan concluirse en atención al diseño del estudio.

De acuerdo a la modalidad del manuscrito, el texto debe contener diferentes secciones:

--En los trabajos originales, debe incluir las secciones de: Introducción, Pacientes y métodos, Resultados y Discusión.

--En los casos clínicos, debe incluir las secciones de: Introducción, Descripción del caso y Discusión.

--En las revisiones, debe incluir las secciones de: Introducción y Desarrollo del tema.

Agradecimientos

El autor debe asegurar que se ha obtenido permiso de quienes se agradecerá.

Referencias

Los autores son responsables de la certeza de sus referencias y de su completa cita en el texto. No incluir más de 35 referencias, priorizando aquellas más relevantes. La cita de referencias, en el texto, figuras y tablas deben ser consecutivas como aparecen en el manuscrito, utilizando número superíndice.

En la lista de referencias, incluir apellidos e iniciales del nombre de todos los autores (si son más de 6, enumerar tres y agregar "et al"), el título, fuente (las abreviaciones de revistas están contenidas en el index medicus), año, volumen, número y rango de páginas.

--Para el estilo apropiado de referencias, consultar: American Medical Association Manual of Style: A Guide for Authors and Editors, 10th ed. New York, NY; Oxford University Press; 2007:39-79.

--Ejemplos.

Revistas (Impresas)

1. Rainier S, Thomas D, Tokarz D, et al. Myofibrillogenesis regulator 1 gene mutations cause paroxysmal dystonic choreoathetosis. *Arch Neurol*. 2004;61(7):1025-1029.

Revistas (Online)

2. Duchin JS. Can preparedness for biologic terrorism save us from pertussis? *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158(2):106-107. Available at <http://archpedi.ama-assn.org/cgi/content/full/158/2/106>. Accessed June 1, 2004.

3. Kitajima TS, Kawashima SA, Watanabe Y. The conserved kinetochore protein shugoshin protects centromeric cohesion during meiosis. *Nature*. 2004;427(6974):510-517. doi:10.1038/nature02312.

Capítulos

4. Bithell TC. Hereditary coagulation disorders. In: Lee GR, Bithell TC, Foerster J, Athens JW, Lukens JN, eds. *Wintrobe's Clinical Hematology*. Vol 2. 9th ed. Philadelphia, PA: Lea & Febiger; 1993:1422-1472.

Libros

5. Guyton AC. *Textbook of Medical Physiology*. 8th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders Co; 1991:255-262.

Web

6. International Society for Infectious Diseases. ProMED-mail Web site. www.promedmail.org. Accessed April 29, 2004.

En caso de citar comunicaciones personales (orales o escritas) y datos no publicados previamente, citarlos entre paréntesis en el texto e incluir fecha. No anotar en las referencias y asegurar que se ha obtenido el permiso necesario. Evitarlos, si es posible.

Tablas

Numerar las tablas en forma consecutiva, en el orden de cita en el texto. Escribir a doble espacio, cada tabla en una página separada. Designar un título para cada tabla y definir todas las abreviaciones usadas en la tabla, en una nota al pie.

- Usar letras minúsculas superíndice (a-z) para las notas al pie de la tabla.
- No enviar tablas como imágenes.

Figuras

Se deben citar todas las figuras en el texto y numerarlas en el orden de aparición. En la leyenda de la figura, realizar la descripción correspondiente, en hoja aparte. Incluir

definiciones de cualquier abreviación que aparezca en la figura, permisos y cita apropiada.

- Usar símbolos superíndice (*, #, †) para las notas al pie de la figura.
- Para microfotografías, especificar tinción y magnificación original.
- Para cualquier figura con un paciente reconocible, debe contar con el consentimiento del paciente.
- Las figuras obtenidas de una fuente sin derechos de autor requieren permiso de la fuente de publicación, o bien ocultar facciones que permitan su reconocimiento.

Permisos

El uso de gráficos, tablas y figuras previamente publicados no está permitido, excepto cuando existe permiso formal para ello del autor original o de la fuente de publicación. La falta en la entrega de los permisos apropiados retrasará la publicación o necesitará la omisión de una figura o tabla en la cual no se ha recibido el permiso.

II. Secciones y Contenidos

Sección	Abstract	Nº palabras	Ref.	Figuras y tablas
Alerta	250 palabras	2000	35	Máximo 3
Buenas Prácticas Clínicas	250 palabras	2000	35	Máximo 3
Casos Clínicos	250 palabras	2000	35	Máximo 3
Campañas	250 palabras	2000	35	Máximo 3
Controversias	250 palabras	2000	35	Máximo 3
Cursos y Congresos	250 palabras	2000	35	Máximo 3
Editorial	-----			
Ética Médica	250 palabras	2000	35	Máximo 3
Estado del Arte	250 palabras	2000	35	Máximo 3
Farmacología	250 palabras	2000	35	Máximo 3
Guías y Protocolos	250 palabras	2000	35	Máximo 3
Investigación	250 palabras	2000	35	Máximo 3
Lectura Crítica	250 palabras	2000	35	Máximo 3
Links - Videos	250 palabras	2000	35	Máximo 3
Medicina Traslacional	250 palabras	2000	35	Máximo 3
Noticias	250 palabras	2000	35	Máximo 3
Perlas	250 palabras	2000	35	Máximo 3
Publicaciones CAS-UDD Estructurado	250 palabras	2000	35	Máximo 3
Quiz	-----	200		
Tips para publicar	250 palabras	2000	35	Máximo 3
Temas	250 palabras	2000	35	Máximo 3
Trabajos originales	200 + 50 plain language summary	2750	50	Máximo 3

III. Revision y Aceptación

Envío de revisiones

Reenvíe su artículo seguido con "R1" en caso de ser primera revisión o "R2" en caso de segundo análisis. Adjunte un breve comentario respondiendo a los alcances presentados por los revisores, una copia del texto con control de cambios y una copia con formato definitivo.

Recibirá un e-mail confirmando la recepción de los archivos corregidos.

Aceptación

Si su artículo es aceptado para publicación, éste debe ser editado en base a las normas dictadas en American Medical

Association Manual of Style: A Guide for Authors and Editors, 10th ed. New York, NY; Oxford University Press; 2007:39-79). El autor principal recibirá una copia diagramada en formato pdf para su visto bueno previo a publicación.

IV. Monografías

El último número de cada volumen estará destinado a un tema monográfico que incluirá Editorial, Introducción y al menos 6 artículos originales o de referencia, más un capítulo de conclusiones.

V. Conflictos de Interés

Potenciales conflictos de interés de los autores deben ser explícitos en el documento enviado para publicación.

