

ROL DEL MÉDICO PATÓLOGO

**JTP Médica Patóloga Marcela Farroni. Prof. Ad. Médica Patóloga Ana Lía Nocito.- Prof. AdJ. Médica Patóloga Roxana Lattante
Cátedra de Anatomía y Fisiología Patológicas. Facultad de Ciencias Médicas. UNR.**

AÑO 2012

Patología (del griego estudio de los sufrimiento) significa “el estudio científico de la naturaleza de la enfermedad, sus causas, procesos, desarrollo y consecuencias”. El terreno de la patología, es después del de la terapéutica, la división más antigua del arte de curar.

En menos de medio siglo la patología atravesó el puente conceptual de los tejidos de Bichar (1771-1802), pasando desde el camino marcado por el concepto de los órganos internos de Morgagni (1682-1771) al de las células de Virchow (1821-1902). culminando así un peregrinaje de diecinueve siglos.

A través del trabajo de Virchow quedó definitivamente establecida la patología como ciencia. La anatomía patológica podía asumir el liderazgo. Debía liberarse de su papel de ayudante de la medicina clínica, sin perder su total participación en la tarea de interpretar la enfermedad humana; debía desarrollarse como un concepto universal de la medicina y no como una estrecha especialidad morfológica.

“Perez Tamayo Introducción a la Patología”.

Desde los conceptos de la Anatomía Patológica establecida como ciencia ha transcurrido más de un siglo. A pesar de las nuevas tecnologías y especialidades incorporadas (.Inmunohistoquímica, PCR, hibridización in situ, etc) la práctica básica de la Patología todavía brinda su ayuda en el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de las enfermedades. Pero el Rol del médico patólogo/a debe asumir un liderazgo como pretendía Virchow más allá de la morfología.

La Anatomía Patológica interviene por ejemplo en el primer nivel de atención médica con estudios de scrining poblacionales como la citología cérvico vaginal en la prevención secundaria del carcinoma de cuello uterino. No debe quedarse solo en el resultado, sino que debe interpelar la relación de los equipos de salud con su población a cargo. Cuál es el número de mujeres pasibles de realizarse el estudio, cuántas se lo realizan, cómo promover la cobertura universal, cuales son los factores culturales y económicos, que lo impiden. Supervisar la toma de muestra en su calidad y representatividad. Realizado el diagnóstico, interpelar el segundo nivel de atención, garantizar el seguimiento de la paciente, su tratamiento y rehabilitación. De los estudios realizados y los indicadores producidos, analizar cuales son las poblaciones más vulnerables y realizar con los equipos de salud las intervenciones necesarias para promover la salud y prevenir la enfermedad.

El anatómopatólogo/ga es una suerte de auditor de la práctica médica, en todos sus niveles de atención. La anatomía patológica debe ser también un lugar de reflexión con base científica, de la práctica y acto médico.

El anatomopatólogo es un profesional que integra con los demás médicos, enfermeras y auxiliares del equipo de salud, en el cual la interrelación estrecha entre las diferentes disciplinas es de fundamental importancia. El intercambio de opiniones entre los integrantes permite planificar estrategias diagnósticas oportunas así como brindar una terapéutica apropiada, optimizando la calidad de la atención médica,

El patólogo debe ser un miembro activo del grupo y su participación no se limitará exclusivamente a la mera realización de un estudio morfológico, sino al aporte que su experiencia puede brindar ante la discusión de una determinada patología.

En muchas oportunidades la decisión acerca de la necesidad de obtener una muestra de tejido de un paciente se origina como consecuencia de la intervención y diálogo de los profesionales, resolviéndose de común acuerdo el momento oportuno de efectuar una toma biopsica, el área a seleccionar, la técnica a utilizar y las condiciones de remisión del material al Laboratorio de Patología.

Los distintos estudios que pueden ser realizados en el Laboratorio de Anatomía Patológica son: biopsias, citologías y necropsias.

Biopsias

Estudios de fragmentos de tejidos o piezas quirúrgicas extraídas de un organismo.

Pueden ser clasificadas en:

1. Según el momento de su informe:

- a. Intraoperatorias
- b. Diferidas

a. Intraoperatorias

Con frecuencia, el cirujano necesita programar con el Patólogo el estudio intraoperatorio de una pieza quirúrgica a los fines de dilucidar la naturaleza neoplásica de un tejido, la benignidad o malignidad del mismo.

Para ello durante el acto quirúrgico el cirujano envía un fragmento de tejido el Servicio de Anatomía Patológica para su análisis.

Este método es útil también para certificar que los márgenes quirúrgicos de una resección estén libres de lesiones.

El tejido es enviado el Laboratorio, el cual ya debe poseer la información acerca de la intervención que se está realizando, así como el diagnóstico presuntivo.

El tejido es congelado y coloreado en el momento, de modo que en 10' a 15' están disponibles los cortes para su observación al microscopio. El diagnóstico se remite al quirófano a fin de que el cirujano adopte las decisiones pertinentes.

b. Diferidas

Son aquellas procesadas por el método de rutina, para lo cual son fijadas y luego incluidas en parafina. Los cortes pueden ser coloreados con diferentes técnicas, según los componentes tisulares que se desee poner en evidencia. Todo ello insume un período no menor, en general, de 24 hs., en promedio 3 a 4 días.

2. Según la proporción de lesión a extirpar

- a. Escisionales: Cuando se reseca la totalidad de la lesión con márgenes de tejidos sanos.
- b. Incisionales: Cuando se obtiene solo un fragmento de la lesión para establecer el diagnóstico, decidiéndose a-posteriori, el tratamiento definitivo.

- ### **3. Según los métodos de obtención**
- a. Por punción.
 - b. Quirúrgicas.
 - c. Endoscópicas.
 - d. Por legrado

a. Por punción

Son de notable utilidad para el diagnóstico de aquellas lesiones neoplásicas que por su topografía son accesibles a la punción.

Están indicadas también en patologías renales, hepáticas, óseas, de médula ósea, piel, para citar las más frecuentes.

En estos casos, se envía uno o más cilindros de diferente grosor, según la aguja que haya sido practicada. Algunas de ellas, como las biopsias por punción de piel pueden ser realizadas en Consultorio Externo.

b. Quirúrgicas

Son efectuadas en el quirófano y comprenden la extirpación de una víscera o un fragmento de ella, la exéresis de un tumor o lesión situada en órganos, tejidos blandos o piel.

c. Endoscópicas

Están indicadas para órganos huecos que presentan una vía canalicular de acceso. Son frecuentemente utilizadas en patologías de tubo digestivo, vías aéreas y pulmón (biopsia transbronquial), vejiga, etc.

d. Por legrado

En estos casos el material es obtenido por raspado de la superficie de una cavidad, por ejemplo en patología del endometrio u ósea.

Citología

Estudio de células aisladas sin estroma intersticial obtenidas por diferentes métodos:

a. Exfoliación.

b. Punción evacuadora.

c. Cepillado.

d. Lavado.

e. Aspiración con aguja fina.

a. Exfoliación

A través de un raspado que se realiza con una espátula o hisopo sobre una superficie epitelial cutánea o mucosa. Es un método ampliamente difundido en estudios cérvico-vaginales.

También se lo utiliza para el diagnóstico de cromatina sexual, en raspado de la mucosa yugal y en lesiones ampollares de la piel.

b. Punción evacuadora:

Estudios de derrames de contenidos de una cavidad o espacio corporal, ejs: pleural, peritoneal, articular, LCR, humor acuoso, etc.

Una vez obtenido el líquido puede ser filtrado a través de una membrana de poros sumamente pequeños, impermeables al paso de células, que quedan retenidas en ella, la cual es posteriormente coloreada.

El líquido puede ser también centrifugado y el sedimento extendido sobre portaobjetos, que deben ser coloreados.

c. Cepillado de una superficie mucosa:

Por ejemplo en mucosa bronquial, intestinal o endometrial.

d. Lavado de un órgano hueco:

Árbol bronquial, estómago, vejiga.

e. Aspiración con aguja fina:

Su pequeño calibre permite obtener material que es extendido sobre portaobjeto. Sólo consta de células sin estroma.

Tiene particular utilidad este método, en patología neoplásica, ya que el fino calibre de la aguja no produce laceraciones del tejido o cápsula y fundamentalmente evita la siembra de células tumorales en el recorrido de la aguja.

Necropsia

Estudio total o parcial de un organismo muerto que se realiza para dilucidar la patología que padecía el paciente, así como la causa que produjo su muerte.

Es de incalculable valor como método de evaluación en la práctica médica que se desarrolla en una institución sanitaria, tomando en cuenta la eficacia del tratamiento instituido, idoneidad de la labor médica, aspectos epidemiológicos, sociales, etc.

Por lo que antecede se explica por qué es un método invaluable de enseñanza de grado y post-gradó en Medicina.

Los aspectos legales que eventualmente desentraña la necropsia justifican, en parte, la menor frecuencia con que los médicos solicitan su realización en la actualidad. Sin embargo sólo a su través se puede justificar los causales del fracaso médico.

Por ello, todos los integrantes del equipo de salud, y fundamentalmente las autoridades sanitarias, deben concientizar su importancia para que su ejecución sea más divulgada, sus diagnósticos menos temidos y sus beneficios más aprovechados a favor de la preservación de la salud.

NORMAS DE PROCEDIMIENTO PARA LA REMISIÓN DE MATERIAL AL LABORATORIO DE PATOLOGÍA

Biopsia

Es de vital importancia que el médico conozca cómo se remite el material para ser estudiado en el Laboratorio de Patología.

Una de las situaciones más frecuentes en la práctica diaria es la obtención de una muestra biopsica para estudio diferido con técnicas de rutina.

Consideramos a continuación distintos aspectos inherentes este procedimiento:

1. El material debe ser remitido en una solución fijadora. El fijador de uso más difundido es formol al 10%. El formol que se expende en el comercio como “formol puro” tiene una concentración del 40%. Para su utilización debe agregarse a una parte del mismo, nueve partes de agua corriente, con lo que se obtiene una dilución “teórica” del 10%.

El líquido a emplear debe ser realmente formol y no otro; su olor irritante es característico, especialmente si el formol esta puro.

Este fijador penetra en los tejidos 1mm. por hora, aproximadamente, a temperatura ambiente (20° C), modifica la consistencia del tejido, el cual se torna rígido y empalidece su color original.

La fijación se acelera con calor y se enlentece con frío. Este líquido se evapora especialmente el aire libre y en época de verano.

2. El material debe ser colocado en un recipiente o frasco que admita el volumen de la pieza y la solución fijadora; tenga la boca ancha, a través de la cual se pueda extraer aquel una vez fijado y ya rígido.

Este recipiente deberá estar tapado para evitar derrames o evaporación del líquido y/o pérdida del material.

3. La pieza debe estar sumergida totalmente en el líquido. Se calcula un volumen 10 veces superior de solución fijadora en relación al volumen de la pieza.
4. Se debe estar seguro que la biopsia esté realmente incluida en el frasco. Además no debe quedar adherida a la tapa o a la pared de aquel, por encima del límite de la solución fijadora.
5. El recipiente debe ser rotulado con el nombre y apellido del paciente, procedencia (Sala, nº de cama) y se adjuntará una boleta de remisión que debe ser completada personalmente por el profesional responsable y no por la enfermera o asistente de turno.

La boleta de remisión debe ser confeccionada con letra clara, legible y el nombre del médico tratante debe estar completo, para posibilitar la comunicación entre los profesionales.

Debe aclararse si el material remitido pertenece a un paciente HIV, Virus B ó Virus C, positivos, con el motivo de seguir las normas de bioseguridad vigentes.

Es preciso indicar el sitio de extracción de la muestra y los caracteres macroscópicos de la lesión. En caso de efectuarse varias tomas biópsicas en el mismo paciente, éstas deben ser cuidadosamente identificadas (con números o letras) para evitar confusiones.

Ejemplos:

Biopsias de piel: 1. de pierna
2. de tronco

Biopsias gástricas: 1. cuerpo
2. antro

La fecha de extracción del material es la que debe figurar en la boleta de remisión, ya que, muchas veces, aquél se envía al Laboratorio varios días después de su extracción.

Si se efectúa una biopsia de médula ósea es indispensable conocer el hemograma.

Si se toma una muestra de una lesión ósea es indispensable contar con la radiología.

Se debe consignar asimismo si el paciente tiene estudios biópsicos anteriores y en lo posible colocar el número de protocolo, en caso de haber sido realizados en el mismo Laboratorio, o el diagnóstico efectuado en otro servicio.

La falta de comunicación entre los miembros del equipo de salud entorpece el diagnóstico y perjudica al enfermo.

La boleta debe ser firmada por el profesional con aclaración de firma, sello y matrícula.

A continuación transcribimos un modelo de Boleta de Remisión a modo de ejemplo:

LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

PROTOCOLO N°.....

Apellido y nombre del Paciente:.....Historia Clínica N°:.....

Edad:..... Sexo:.....

Hospital:..... Sala:..... Cama:... Consultorio

Procedencia:

Ocupación:

Material Remitido:

Diagnóstico presuntivo:

Datos clínicos: Resumen de la Historia Clínica, datos de laboratorio y de otros métodos diagnósticos utilizados hasta el momento de la biopsia.

Fecha de Remisión

Médico solicitante

Firma (Aclaración de firma)

Sello con Nombre y Apellido

N° de matrícula del médico

Citología

Los extendidos deben ser fijados inmediatamente y marcados con un clip metálico, colocando la rama corta en el lado donde se encuentra el material.

El portaobjetos debe estar previamente marcado con lápiz de diamante con un número correlativo preseleccionado.

Conviene recordar que la impronta o impresión, se obtiene presionando levemente el portaobjetos sobre la lesión “in situ” o sobre el tejido extirpado.

Los estudios citológicos se fijan con alcohol etílico 96°, sin diluir, o en una proporción al 50% de alcohol 96° y éter etílico.

Otra forma práctica de efectuar la fijación es con spray fijador para cabello (son de mayor utilidad los de baja calidad cosmética), que contienen elevado porcentaje de alcohol etílico y laca. Se rocía el portaobjetos (en la cara que contiene el material) a una distancia aproximada de 20 cms. y se deja secar; luego se remite al laboratorio.

Si el material es un líquido (orina, lavado bronquial, derrame pleural, ascitis, LCR, etc.) éste debe ser remitido DE INMEDIATO al laboratorio. De no ser posible deberá ser conservado en la parte general de la heladera (4° C), durante unas pocas horas.

Si el material debe permanecer muchas horas, un día o más, fuera del Laboratorio de Patología, se puede añadir alcohol etílico 96° en partes iguales al líquido obtenido para mejorar la preservación de las células y evitar una mayor descomposición de las mismas.

El frasco en que se coloca el material debe estar limpio y no necesariamente estéril.

Si el líquido extraído es sanguinolento o fibrinoso, se pueden colocar unas gotas de heparina en el frasco para evitar la formación de coágulos de fibrina que atrapen células en su seno. No obstante, de no efectuarse el procedimiento anterior, los coágulos y grumos de fibrina pueden ser procesados según técnica de rutina para su inclusión en parafina.

Este material también debe estar acompañado de una boleta de remisión, donde conste datos similares a los requeridos para el estudio biopsico.

Debe consignarse el método de obtención del material (por ejemplo: cepillado, lavado, punción, etc.) y en el caso de las citologías cérvico-vaginales, deben constar datos de la historia ginecológica de la paciente, la fecha de la última menstruación, el uso de métodos anticonceptivos y otros antecedentes relacionados.

Dado que la citología cérvico-vaginal es un método de detección precoz del cáncer cervical de eficacia comprobada, sumado a la baja complejidad técnica de su realización y el bajo costo de la misma, puede ser realizada en centros de atención primaria.

A continuación se adjunta el modelo de boleta de remisión de citologías cérvico-vaginales que se utiliza en nuestro Servicio de Citodiagnóstico:

INFORME CITOGINECOLOGICO

**Cátedra de Anatomía y Fisiología Patológicas. Prof. Dr. F. R. Ruiz
Facultad de Ciencias Médicas U.N.R.**

Protocolo: _____ Edad: _____
Pertenece a: _____ Número Documento: _____
Domicilio: _____
Fecha: _____ Médico: _____

DATOS CLINICOS

FUM: _____ Embarazos: _____ Partos: _____ Abortos: _____
Anticoncepción: _____
Med. Hormonal: _____
Estado del cuello: _____
Colposcopia: _____
Fecha del último PAP: _____
Informar PAP: _____

<p>Calidad del extendido: <input type="radio"/> Representativo <input type="radio"/> Mediana Rep. <input type="radio"/> No Representativo</p> <p>Dificultado por:</p> <table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> Atrofia</td><td><input type="checkbox"/> Lisis</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Radioterapia</td><td><input type="checkbox"/> Ausen. de Cel. Endocervicales</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Sangre</td><td><input type="checkbox"/> Deseccación</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Fondo Leucocitario</td><td><input type="checkbox"/> Material Escaso</td></tr></table> <p>Flora:</p> <table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> Cocos</td><td><input type="checkbox"/> Cándidas</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Bacilos</td><td><input type="checkbox"/> Doderlein</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Trichomonas</td><td><input type="checkbox"/> Actinomyces</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Gardnerellas</td><td><input type="checkbox"/> Leptotrix</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Otros</td><td><input type="text"/></td></tr></table> <p>Inter. Citológica: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<input type="checkbox"/> Atrofia	<input type="checkbox"/> Lisis	<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> Ausen. de Cel. Endocervicales	<input type="checkbox"/> Sangre	<input type="checkbox"/> Deseccación	<input type="checkbox"/> Fondo Leucocitario	<input type="checkbox"/> Material Escaso	<input type="checkbox"/> Cocos	<input type="checkbox"/> Cándidas	<input type="checkbox"/> Bacilos	<input type="checkbox"/> Doderlein	<input type="checkbox"/> Trichomonas	<input type="checkbox"/> Actinomyces	<input type="checkbox"/> Gardnerellas	<input type="checkbox"/> Leptotrix	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="text"/>	<p>Trofismo: <input type="radio"/> Atrófico <input type="radio"/> Hipotrófico <input type="radio"/> Trófico para la edad <input type="radio"/> Trófico <input type="radio"/> No Evaluable <input type="radio"/> Otros <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>Células Endocerv.: <input type="radio"/> Presentes <input type="radio"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Otros <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>Células Metaplásicas: <input type="radio"/> Presentes <input type="radio"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Otros <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>Células Pavimentosas:</p> <table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> Superficiales</td><td><input type="checkbox"/> Intermedias</td><td><input type="checkbox"/> Parabasales</td></tr><tr><td><input type="radio"/> Ausentes</td><td><input type="radio"/> Ausentes</td><td><input type="radio"/> Ausentes</td></tr><tr><td><input type="radio"/> Escasas</td><td><input type="radio"/> Escasas</td><td><input type="radio"/> Escasas</td></tr><tr><td><input type="radio"/> Moderada Cantidad</td><td><input type="radio"/> Moderada Cantidad</td><td><input type="radio"/> Moderada Cantidad</td></tr><tr><td><input type="radio"/> Predominantes</td><td><input type="radio"/> Predominantes</td><td><input type="radio"/> Predominantes</td></tr></table> <p>Otros Elementos:</p> <table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> Polimorfonucleares</td><td><input type="checkbox"/> Vetas de Mucina</td><td><input type="checkbox"/> Otros</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Histiocitos</td><td><input type="checkbox"/> Detritus</td><td><input style="width: 50px;" type="text"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Hematies</td><td><input type="checkbox"/> Celulas Gigantes</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Citólisis</td><td><input type="checkbox"/> Vetas Mucoleucocit.</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Nucleos Suelos</td><td><input type="checkbox"/> Cel. Endometriales</td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Superficiales	<input type="checkbox"/> Intermedias	<input type="checkbox"/> Parabasales	<input type="radio"/> Ausentes	<input type="radio"/> Ausentes	<input type="radio"/> Ausentes	<input type="radio"/> Escasas	<input type="radio"/> Escasas	<input type="radio"/> Escasas	<input type="radio"/> Moderada Cantidad	<input type="radio"/> Moderada Cantidad	<input type="radio"/> Moderada Cantidad	<input type="radio"/> Predominantes	<input type="radio"/> Predominantes	<input type="radio"/> Predominantes	<input type="checkbox"/> Polimorfonucleares	<input type="checkbox"/> Vetas de Mucina	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Histiocitos	<input type="checkbox"/> Detritus	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hematies	<input type="checkbox"/> Celulas Gigantes		<input type="checkbox"/> Citólisis	<input type="checkbox"/> Vetas Mucoleucocit.		<input type="checkbox"/> Nucleos Suelos	<input type="checkbox"/> Cel. Endometriales	
<input type="checkbox"/> Atrofia	<input type="checkbox"/> Lisis																																																
<input type="checkbox"/> Radioterapia	<input type="checkbox"/> Ausen. de Cel. Endocervicales																																																
<input type="checkbox"/> Sangre	<input type="checkbox"/> Deseccación																																																
<input type="checkbox"/> Fondo Leucocitario	<input type="checkbox"/> Material Escaso																																																
<input type="checkbox"/> Cocos	<input type="checkbox"/> Cándidas																																																
<input type="checkbox"/> Bacilos	<input type="checkbox"/> Doderlein																																																
<input type="checkbox"/> Trichomonas	<input type="checkbox"/> Actinomyces																																																
<input type="checkbox"/> Gardnerellas	<input type="checkbox"/> Leptotrix																																																
<input type="checkbox"/> Otros	<input type="text"/>																																																
<input type="checkbox"/> Superficiales	<input type="checkbox"/> Intermedias	<input type="checkbox"/> Parabasales																																															
<input type="radio"/> Ausentes	<input type="radio"/> Ausentes	<input type="radio"/> Ausentes																																															
<input type="radio"/> Escasas	<input type="radio"/> Escasas	<input type="radio"/> Escasas																																															
<input type="radio"/> Moderada Cantidad	<input type="radio"/> Moderada Cantidad	<input type="radio"/> Moderada Cantidad																																															
<input type="radio"/> Predominantes	<input type="radio"/> Predominantes	<input type="radio"/> Predominantes																																															
<input type="checkbox"/> Polimorfonucleares	<input type="checkbox"/> Vetas de Mucina	<input type="checkbox"/> Otros																																															
<input type="checkbox"/> Histiocitos	<input type="checkbox"/> Detritus	<input style="width: 50px;" type="text"/>																																															
<input type="checkbox"/> Hematies	<input type="checkbox"/> Celulas Gigantes																																																
<input type="checkbox"/> Citólisis	<input type="checkbox"/> Vetas Mucoleucocit.																																																
<input type="checkbox"/> Nucleos Suelos	<input type="checkbox"/> Cel. Endometriales																																																

Autopsia

Los procedimientos para solicitar un estudio necrópsico varían según los distintos Servicios Sanitarios. Sin embargo hay requisitos básicos que deben ser tenidos en cuenta.

Es de primordial importancia cumplimentar los aspectos legales: se requiere la autorización de los familiares directos quienes deben firmar la solicitud del estudio.

Si se trata de la muerte de un niño deben firmar ambos padres.

En esta solicitud deben constar los datos del paciente, fecha y hora de ocurrido el deceso, así como las circunstancias en las que se produjo el mismo y su posible causa.

Esta boleta además debe ser firmada por el o los profesionales que solicitan el estudio con aclaración de firma y sello correspondiente.

Debe adjuntarse la historia clínica completa y remitirse el cadáver lo más rápidamente posible a la morgue para efectuar la evisceración y devolución del mismo a sus familiares.

De no poder realizarse la evisceración en forma inmediata se puede colocar el cadáver en una cámara frigorífica. Se debe tener en cuenta que, con el transcurso de las horas los tejidos sufren autólisis post-mortem y, además, los gérmenes de la flora intestinal comienzan a producir fenómenos de putrefacción.

La preservación de los tejidos mejora la calidad del estudio anatomopatológico.

Cuando el médico no constata el deceso del paciente o se trata de una muerte dudosa, debe intervenir la policía del distrito correspondiente, quien, vía judicial, avalará la realización de una autopsia médico-legal.