

Revista del HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires

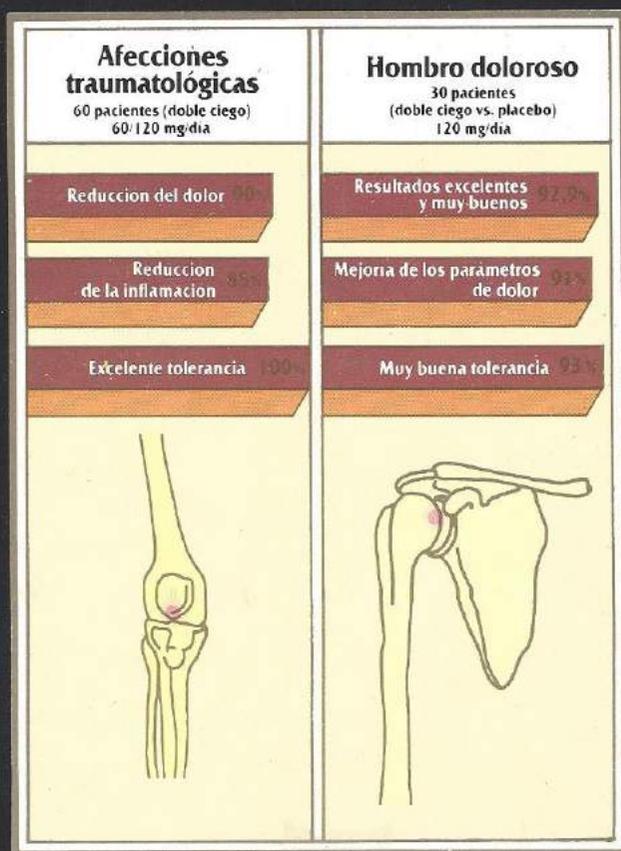
 **Biblioteca
Central**

Departamento de Docencia e Investigación
tel. 54-11-4959-0200 int. 8426
biblio@hospitalitaliano.org.ar



FLAMARION

antirreumático de singular afinidad con el complejo articular



432%
más droga
en el área
inflamada.



SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICIENCIA EN BUENOS AIRES HOSPITAL ITALIANO

PRESIDENTE: SR. ANTONIO MACRI
VICE PRESIDENTES: SR. SEBASTIAN MARONESE
 DR. FAUSTO BRIGHENTI
DIRECTOR: DR. ENRIQUE BEVERAGGI

REVISTA DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

DIRECTOR
Dr. Mario Perman

SECRETARIA EDITORIAL
Lic. Norma Caffaro de Hernández
Dr. Osvaldo Blanco
Dr. Hernán Doval
Dr. Ricardo Galimberti
Dr. Marcelo Mayorga

FE DE ERRATAS

Revista Hospital Italiano de Buenos Aires
Vol. V, Nº 3, año 1985

<u>Donde dice:</u>	<u>Debe decir:</u>
pág. 122 Comentarios bibliográficos	pág. 122 Comentarios dermatológicos
pág. 128 Comentarios dermatológicos	pág. 128 Comentarios bibliográficos

Dra. Elsa Nucifora

PUBLICACION DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION

Jefe: Dr. Enrique S. Caruso
Sub-Jefe: Lic. Norma Caffaro de Hernández

Correo Argentino Central (B)	
FRANQUEO PAGADO Concesión Nº 6154	TARIFA REDUCIDA Concesión Nº 5084

La Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires es una publicación del Departamento de Docencia e Investigación, Gascón 450 (1181) Capital Federal. Es editada y distribuida en Argentina por Propulsora Literaria, Sarandí 86, P.B., Of. 1 (1081) Capital. Teléfono: 48-3787.

Editor responsable: Carlos A. Rodríguez. Todos los derechos reservados, inclusive los de traducción, en todos los países, incluidos los signatarios de la Convención Panamericana y de la Convención Internacional sobre derechos del autor. Queda hecho el depósito que marca la ley. Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcialmente, por ningún medio electrónico o mecánico ni por fotocopia o grabación u otro sistema de reproducción o de información sin el permiso escrito del editor y los autores. Hecho el depósito legal en la República Argentina. Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N° 223.586. ISSN 0326-3401.



SUMARIO

Editorial: Investigación Clínica. <i>Dr. Eduardo Schnitzler</i>	89
La Internación Psiquiátrica <i>Dres. Gustavo Lipovetzky y Ricardo Spector</i>	90
Urgencias en la Interconsulta Psiquiátrica <i>Dr. Alfredo Job</i>	106
Sector Investigación	110
Ateneo Anatomoclínico	116
Comentarios Dermatológicos <i>Dres. Ricardo Galimberti, Rodolfo Milicich y María Bonino</i>	122
Comentarios Bibliográficos <i>Dres. Andrés Sibbald y Fernando Bonadeo</i>	128



FE DE ERRATAS

En el **Número Extraordinario** del año 1985 se omitió involuntariamente del listado de la página 88, a los siguientes profesionales de los Departamentos no médicos.

DEPARTAMENTO DE CONTRALOR

Jefe: Ricardo Izquierdo
Subjefe: Rubén Giudice

División: Costos

Jefe: Ricardo Mayorca

Analistas:

- Miguel De Marsico
- Roberto Faraca
- Mónica Batistuta

División: Auditoría

Jefe: Roberto Sartoris

Auditores:

- Jorge Bakirdjian
- Jorge Lavalle

División: Control de Gestión

Analista:

- Horacio García

DEPARTAMENTO DE PERSONAL

Jefe: Eduardo L. Godani
Subjefe: Carlos E. Regalzi

Administración de Personal

Jefe: Marta Carmen De Rose

Vigilancia

Jefes: Roberto Reberendo
Amado Otaich

Medicina Laboral

- José Luis Rossano

Intendencia

- Eduardo Pierro

DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

Jefe: Guillermo Vázquez

EDITORIAL: INVESTIGACION CLINICA

Recordamos aún las conclusiones del "Simposio sobre Investigación en Hospitales Generales", que con tanto éxito se desarrollara en nuestro Hospital hace dos años. Se coincidió entonces, en que cuando se investiga se aprende a pensar científicamente y finalmente a abordar la propia tarea asistencial con la misma actitud. Esta actitud no es otra que la de mantener viva nuestra capacidad de asombro y buscar incondicionalmente la verdad.

A pesar de la crisis económica, la escasez de subsidios y dificultades de diverso orden, podemos decir que en el Hospital Italiano se sigue trabajando en investigación básica y especialmente clínica. Por otra parte, muchas veces sorprende la ignorancia de unos sobre las líneas de trabajo de otros, perdiéndose así el mutuo enriquecimiento surgido de aportes y críticas.

El sector Investigación del Departamento de Docencia e Investigación, con el propósito de promover la información acerca de las publicaciones y comunicaciones científicas desarrolladas por los profesionales de la Institución, edita desde hace dos años un catálogo anual. Con igual fin, durante el presente año han comenzado a concretarse Ateneos de Investigación, en donde se discuten los resultados de trabajos realizados por los distintos Departamentos y Servicios.

Durante el presente año el sector investigación se ha propuesto intensificar la divulgación de los resultados en esta área, mediante la comunicación de los resúmenes de trabajos y comunicaciones científicas —tal cual fueron aceptados por Revistas o Congresos—, que le han sido enviados a este efecto.

La Revista del Hospital Italiano apoyó la iniciativa y los mismos aparecerán a partir de este número en una sección propia.

Es un objetivo explícito de nuestra Institución estimular la investigación, y es su obligación crear las condiciones propicias para que los médicos que comienzan su formación profesional se sientan especialmente atraídos por esta tarea. La posibilidad de una crítica o un aporte, surgirá seguramente del análisis de lo producido, favoreciendo el intercambio y potenciando el crecimiento.

Dr. Eduardo Schnitzler

LA INTERNACION PSIQUIATRICA*

Dres. Gustavo Lipovetzky y
Ricardo D. Spector

INTRODUCCION

Las últimas estadísticas oficiales indican que el 25 % de la población padece trastornos mentales. Si bien es difícil evaluar los parámetros usados y la precisión de tales cifras, éstas son lo bastante elocuentes como para dar una idea de la situación.

El porcentaje de población que tiene acceso a la atención psiquiátrica, ya sea pública o privada, es muy pequeño. De esto surge que es el médico general quien con gran frecuencia se ve obligado a enfrentar la patología psiquiátrica. Esto ocurre porque en muchos casos el primer consultado es el médico de la familia, aunque éste ha ido quedando de lado a causa de la actual superespecialización; estando presente en la mayoría de los casos los prejuicios aún hoy muy enraizados que llevan a los familiares de los pacientes y a los pacientes mismos a evitar la consulta psiquiátrica, intentando encontrar previamente algún problema orgánico que justifique el cuadro.

En estos casos el médico general se enfrenta con la disyuntiva de enfrentar el caso por sí solo o derivarlo a un especialista.

Por otra parte, no podemos dejar de tener en cuenta la realidad sanitaria del país, que impide con gran frecuencia contar con asistencia psiquiátrica especializada. El tema que nos ocupa en este artículo, la internación psiquiátrica, es uno de los casos en que la intervención del especialista es casi de rigor.

ASPECTOS HISTORICOS

La historia de la psiquiatría ha estado siempre en íntima relación con los sistemas médicos, sociopolíticos, filosóficos y religiosos imperantes en cada período. En la concepción mágico-animista o demonológica propia de las antiguas civilizaciones (India, China, Mesopotamia, etc.), la mayor parte de las enfermedades, y muy especialmente los trastornos psíquicos, se atribuyen a la posesión de malos espíritus o a la influencia de la hechicería o la brujería. En esto se basaba la terapéutica, fundamentalmente ritual, con invocación de espíritus, cantos, danzas y ciertas fórmulas mágicas. Esta terapia ritual producía beneficios indudables a muchos enfermos, actuando principalmente por la sugestión y la catarsis.

Se dan en Grecia los primeros intentos de explicar los fenómenos psíquicos patológicos por causas naturales. Hipócrates atribuye los síntomas de histeria a la falta de relaciones sexuales, lo que provocaría la pérdida de peso del útero y su ascenso al hipocondrio o al corazón. De allí derivan los tratamientos sugeridos: matrimo-

* Este artículo está incluido como capítulo del libro: "Temas de terapéutica clínica" Directores: Lasala, F.C.; Sagasta C.L. Editorial Acadia.

Su paciente aguanta bien

"Ya no se siente raro o mareado"

"Ya no está confuso"

"Esa sensación de hormiguelo ya no lo molesta"

"Los dolores de pecho dejaron de ser un problema"

"Ya no se siente agitado"

"Y respirar ya no le resulta doloroso"

"La ansiedad no lo mantiene más despierto por las noches"

"Sus piernas ya no duelen ni se hinchan"

"Las manos y los pies fríos son cosas del pasado"

"En resumen, no ha habido recurrencia de episodios tromboembólicos"

Asasantin[®]
¿Sabe por qué
¿Quiere saber usted también?

Información sobre el producto

Composición:

1 cápsula contiene: Persantín[®], 75 mg; Acido acetilsalicílico, 330 mg

Presentación:

Asasantin[®], cápsulas, envases con 20 y 50 cápsulas



**Boehringer
Ingelheim**
Alemania

Representantes y Distribuidores
en la República Argentina:
C.H. Boehringergesellschaft S.A.
Chile 810.000, 1000 Montevideo
1090 Buenos Aires

Presentación:

Envases con 20 y 50 cápsulas (S213.001 y S479.393, vigentes al 30.11.1982)



nio por una parte y baños vaginales con sustancias que atraerían el útero hacia abajo mientras se realizan inhalaciones con sustancias que lo rechazan desde arriba.

Se establece así la primera relación entre la sexualidad y la histeria que será ampliamente desarrollada veintitres siglos después por Sigmund Freud.

Es mal conocido el rumbo de la psiquiatría en la Edad Media, pero se sabe que su ejercicio pasa otra vez a manos de magos, exorcizadores y perseguidores de brujas, perdiéndose la tradición griega. De todos modos, es de suponer que la concepción naturalista de los trastornos mentales subsistió en ciertos sectores sociales.

Surge en Valencia, en 1409, el primer Hospital Psiquiátrico de que se tenga noticia "para evitar a los locos el hacer y recibir daño por las calles". Se ha dado en llamar a este momento la primera revolución psiquiátrica.

Se produce con Pinel, psiquiatra francés (1745-1826), el definitivo acercamiento de la psiquiatría con la medicina; junto a su discípulo Esquirol, impulsan grandes cambios en las instituciones asilares "liberando a los enfermos de sus cadenas".

Pinel elabora una nosografía basada en cuatro grandes cuadros: la manía o delirio general, la melancolía o ciclotimia, la demencia o destrucción del pensamiento y la idiocia o falta de pensamiento.

Los desarrollos Kraepelinianos intentan afirmar definitivamente la índole científico-médica de la psiquiatría, haciendo una cuidadosa semiología y nosografía, partiendo de la creencia en la posibilidad de hallar correlaciones punto a punto entre las manifestaciones clínicas y trastor-

nos orgánico-cerebrales, así como el agente causal. Esta creencia se basaba en los hallazgos realizados en el estudio de la parálisis general progresiva. Pero tanto en la demencia precoz como en la melancolía fue imposible encontrar correlatos anatómicos o histológicos, ni agente causal exógeno, por lo que fueron denominadas psicosis endógenas.

Contemporáneo de Kraepelin fue Sigmund Freud (1856-1939), quien con el psicoanálisis produce una profunda revolución, no solo en la psiquiatría, sino en todo el campo de la cultura. En relación con la psiquiatría, produce básicamente una ampliación del campo de la psicoterapia, incluyendo los cuadros neuróticos y un cambio radical en los criterios de salud y enfermedad.

La internación sigue siendo prácticamente el único tratamiento de las enfermedades psicóticas hasta la mitad del Siglo XX, al punto que las descripciones y nosografías de la Escuela Alemana —sobre todo— y Francesa, incluyen fenómenos hoy atribuibles más a la internación prolongada (hospitalismo) que al decurso natural de la enfermedad. Ha adquirido gran difusión la clasificación de las cuatro formas clínicas de la esquizofrenia, sin tenerse en cuenta muchas veces que se trata de formas terminales en cuya evolución ha influido en forma determinante la internación crónica.

Todavía hoy viven psiquiatras que han atravesado la época de la clinoterapia (*gr. klinée = cama*), consistente en esperar la remisión de los síntomas, dejando a los enfermos en reposo. También hubo una época en que el tratamiento era la eliminación de los focos sépticos, y miles de apéndices

y amígdalas fueron extirpados en los manicomios. Se utilizaba la piretoterapia (tratamiento por fiebre) en la P.G.P. En 1922, el psiquiatra alemán Klaesi inició el tratamiento por sueño prolongado. Pero es recién con el descubrimiento de los tratamientos "choque" que se entra en un camino más efectivo: insulino-terapia, cardiazolterapia y electroshok, que señalan conquistas importantes en los primeros tratamientos de las psicosis.

La insulino-terapia y el electrochoque mejoraban a los pacientes, pero lo hacían a costa de grandes sufrimientos, especialmente en establecimientos manicomiales, en los que aún hoy en día se los practica como rutina.

La inclusión de la clorpromazina por Delay y Deniker, en 1952, como droga anti-psicótica (efecto sobre las alucinaciones y delirios) introduce el gran cambio al crear la idea de la curabilidad de las afecciones psicóticas. Los hospitales psiquiátricos "prácticamente se vacían" y pasan a ser tratados ambulatoriamente pacientes que antes requerían inevitablemente la internación.

La evolución de las terapéuticas psiquiátricas ha sido enorme desde entonces, con la diversificación de los psicofármacos y el desarrollo de nuevas técnicas psicoterápicas, que hacen de la tendencia a la resocialización el objetivo primordial.

TIPOS DE INTERNACION

Es muy amplia la gama de modalidades posibles de internación psiquiátrica.

Desde el punto de vista evolutivo se las divide en internaciones de pacientes *agudos* y *crónicos*. En nuestro país, la mayor po-

blación de internados pertenece al grupo de los crónicos, básicamente debido a la modalidad de atención psiquiátrica dominante hasta los últimos años, regida por criterios asilares. En estos casos, la institución constituye la modalidad de aislamiento que la sociedad utiliza para los enfermos mentales.

Las internaciones para pacientes agudos tienen por objetivo la superación de una crisis mental intentando reinsertar al paciente en su medio lo antes posible.

En los últimos veinte años se ha ido extendiendo la instalación de *servicios de Psiquiatría en Hospitales Generales*, lo que ha constituido un gran avance por la integración con el resto de las especialidades médicas y una brusca modificación de los criterios asilares.

Dentro de las internaciones para pacientes agudos se discriminan las *salas de puertas abiertas* y las *de puertas cerradas*. En el primer caso se trata de pacientes que aceptan su enfermedad y la necesidad de separarse de su medio y recibir tratamiento intensivo. Las internaciones a puertas cerradas están indicadas para pacientes excitados, con serios peligros de autoagresión, o agresión a otros, o bien intentos de fuga.

El *Hospital de Día* o internación parcial se indica a pacientes que necesitan una contención diaria y en los cuales es posible evitar la desinserción de su medio familiar, por lo que asisten a la institución entre 8 a 10 horas diarias, regresando por la tarde a sus hogares. Se realizan psicoterapias individuales, grupales y familiares, laborterapia y musicoterapia. El objetivo fundamental es la resocialización y es muy común que los pacientes asistan al Hospital de Día al finalizar una internación total.



La *internación domiciliaria* es una modalidad no institucional de encarar las crisis agudas, en la que se busca superar el episodio sin desinsertar al paciente de su medio, siempre que esto sea posible, como desarrollaremos más adelante.

CRITERIOS DE INTERNACION

Dividiremos el análisis de este punto en: a) criterios generales, en que examinaremos el momento evolutivo y la situación familiar, y b) criterios específicos, en que se hará una somera enumeración de las diversas patologías que requieren internación psiquiátrica.

1. *Momento evolutivo*: por lo general, las afecciones mentales implican estructuras de la personalidad que son propias del sujeto a lo largo de toda su vida. Por supuesto, esto no implica que su estado clínico sea estable, sino que esa estructura se manifiesta de muy diversos modos según los momentos de que se trate. Hay personalidades que pueden mostrar patología severa ante diversos estímulos, por ejemplo: crisis vitales, posparto, duelos, etc. y en otros momentos presentar un estado de salud aparente. Toda decisión sobre la necesidad o no de una internación psiquiátrica debe tomar en cuenta el momento evolutivo de la enfermedad. Un ejemplo muy típico de esto lo constituye la esquizofrenia y lo ilustraremos con dos casos: a) un paciente de 24 años que relata en la primera entrevista "estoy esperando a los ovnis que van a venir a llevarme, porque con ellos está mi mamá, que murió hace 8 años y quiere verme"; b) paciente de 29 años que cuenta "estaba afuera esperando a esos hombres que me tienen que

llevar, necesito ver a mi papá y ya hace mucho que está con ellos, lo llevaron en un plato volador". En ambos casos se trata de delirios de contenido fantástico pero implican situaciones clínicas radicalmente diferentes, pues el primer caso es un paciente que había hecho una vida aparentemente normal hasta pocos días antes de la entrevista y estos contenidos delirantes aparecieron en forma brusca. Debe indicarse un tratamiento enérgico y rápido en el que puede estar indicada la internación si se cumplen los otros criterios. En el segundo caso, se trata de un paciente que comenzó su enfermedad hace 13 años y repite el mismo contenido delirante en forma constante y ha logrado un cierto grado de adaptación al medio, incluso algún trabajo simple. En este caso la terapéutica es de mantenimiento, con el objetivo de evitar nuevas descompensaciones.

2. *Situación familiar*: el otro dato clave para resolver la pertinencia o no de una internación es la situación familiar. Casos que a la observación recortada de la situación clínica del paciente presentan características similares, demuestran ser radicalmente diferentes en cuanto se sitúa el diagnóstico en un nivel más amplio. Es inevitable que la patología psiquiátrica incluya un importantísimo componente familiar; en algunos casos éste puede ser considerado etiológico, en tanto el enfermo aparece como emergente manifiesto de una situación familiar patológica; en otros, porque la propia situación del paciente produce serios desajustes en los sistemas familiares de equilibrio, como en las demencias. En general actúan ambos mecanismos combinados. En síntesis, la alteración se ha producido con el paciente in-

DEXON* 'S'

ACIDO POLIGLICOLICO

La sutura sintética absorbible
de mayor experiencia quirúrgica
en todo el mundo.



DG
DAVIS+GECK
Suturas

CYANAMID

Cyanamid de Argentina S.A.
Charcas 5051 - Tel 772-4031
1425 - Buenos Aires



cluido en su medio familiar y todo cambio significativo debe encararse teniendo esto en cuenta. Por ello, ya sea internando al paciente grave o encarando su tratamiento en forma ambulatoria, debe incluirse firmemente a la familia en las terapéuticas a utilizar.

Según nuestro punto de vista debe intentarse evitar la internación psiquiátrica en tanto esto sea posible, encarando todas las medidas necesarias para realizar el tratamiento a nivel domiciliario.

El factor fundamental a evaluar es la continuidad familiar, es decir la posibilidad de los otros miembros de la familia para enfrentar los trastornos del paciente sin producir un sistema autoalimentado que sólo puede agravar el cuadro.

Se debe evaluar la forma en que pueden reaccionar ante la situación crítica aquellas personas que conviven con el paciente, qué capacidad tienen para comprender y así contener al paciente; qué significa comprender y contener?

Un paciente psicótico con ideas delirantes, alucinaciones, excitación psicomotriz, genera en su medio familiar intensas reacciones que son las que van a permitir discernir el tipo de internación más conveniente: domiciliaria o en una sala adecuada. Si la familia está comprometida e interesada en la enfermedad, encontraremos en ellos interlocutores que nos ayudarán a enfrentar la crisis. Estos pacientes demandan una atención constante y generan intensa ansiedad que puede expresarse en actitudes contradictorias que van desde sentimientos de culpa hasta veladas o directas agresiones al paciente por negación de la enfermedad. Si es posible realizar la internación domiciliaria, generalmente se

supera la crisis más rápidamente y de un modo que deja menores secuelas a largo plazo, ya que se ha evitado el aislamiento del enfermo y se ha logrado una mayor comprensión y colaboración por parte de la familia.

Transcribiremos a continuación dos experiencias clínicas que permiten una captación más clara de estas diversas situaciones:

EJEMPLO CLINICO

Me consulta la Sra. X, con quien tengo el primer contacto telefónico.

Sra. X: *"Dr., mi hijo dice que se siente mal y queremos que Ud. lo vea, ya que seguro que está haciendo teatro para no comenzar a trabajar con el padre"*.

Luego de este primer contacto telefónico cito al paciente con sus padres a mi consultorio particular.

A la hora y día acordados veo en mi consultorio al paciente R de 21 años quien me impresiona luego de un profundo interrogatorio como un síndrome esquizofrénico paranoide.

El paciente refiere que *"escuché unas voces que decían que me iba a matar un vecino; entonces me fui de mi casa y le toqué el timbre a ese vecino para preguntarle por qué me quería matar; al no encontrarlo, fui a la casa de mi amigo J. y le conté lo que me pasaba. En ese momento me di cuenta que J. estaba organizando un plan nuclear para construir una bomba y quería que yo fuera parte del experimento"*. Al preguntarle al paciente por qué le había parecido esto me contestó *"por la forma en que me miraba"*.

Al rato el paciente R. me dice *"yo me doy*

cuenta por su mirada (refiriéndose a mi persona) que Ud. me quiere secuestrar"

En ese momento el paciente interrumpe abruptamente la sesión, sale del consultorio y se dirige a una pequeña sala de espera, toma un paraguero de metal que hay en esta, vuelve a entrar en el consultorio y dice: *"si intenta hacer algo conmigo, le rompo esto en la cabeza, yo no tengo la culpa de que el Gral. Perón se haya muerto y no me van a meter preso por eso, porque yo sé que Ud. es de la Policía"*.

Traté de tranquilizar y contener al paciente e inmediatamente hice entrar al Consultorio a sus padres.

La madre al entrar y verlo con el paraguero en la mano lo primero que hizo fue quitarle el paraguero y decirle: *"si te seguís portando mal te lo pongo de sombrero"*. Le pregunté a los padres del paciente qué opinaban de lo que le estaba pasando a R. y me contestó la madre: *"siempre fue muy travieso, él hace estas cosas de chiquilín, éste no necesita ir al psiquiatra, lo que necesita es trabajar porque es un pio-la"*.

Al preguntarle al padre de J., me contesta *"yo no estoy en todo el día en casa, por eso no puedo opinar mucho; la que siempre estuvo más en contacto con él es mi mujer, pero creo que tal vez esto que le está pasando a R. es porque es muy caprichoso"*.

Ante tal situación me planteo la necesidad de realizar una internación total en una sala de Psiquiatría de hospital general, una debido a la poca capacidad de los padres para poder brindar asistencia a su hijo y por la incomprensión de la enfermedad de R.

SEGUNDO EJEMPLO

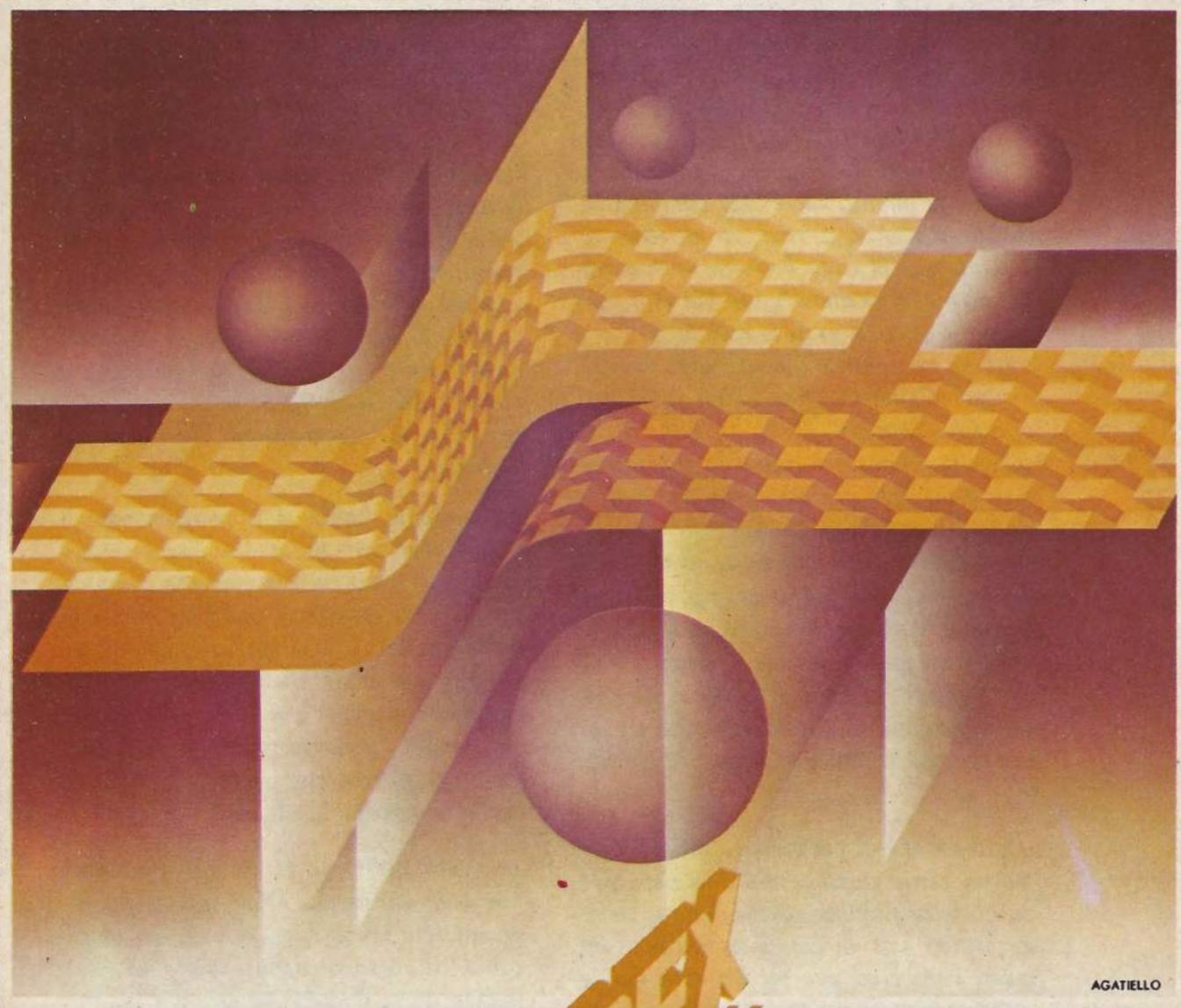
Me consulta la paciente F. de 18 años, estudiante y refiere como motivo de consulta: *"hace 3 días estaba en mi cuarto pensando en Cristo, de pronto vi por la ventana una imagen de mujer que me pareció la Virgen María, en la cabeza tenía una corona de rosas rojas, que eran como luces intermitentes que se prendían y apagaban. Ella me dijo que yo había sido elegida para cumplir una misión divina que consistía en reunirme con los partidos políticos y con el Gral. Galtieri para salvar los problemas con Inglaterra por la Guerra de las Malvinas"*

La paciente había sido acompañada al consultorio por su madre quien refiere que el día anterior a la consulta F. había llegado a la casa muy tarde acompañada por un policía quien dijo acompañarla, ya que mi hija había ido a una seccional de Policía a denunciar que *"sus poderes mentales podían parar la guerra de las Malvinas"*. Ante esta circunstancia el policía decide acompañarla a la casa.

La madre de F., de 46 años de edad, profesional, en forma muy angustiada me cuenta que los problemas de F. comenzaron a los 13 años cuando ella se había separado de su marido, el que se fue a otro país por haber producido una estafa y nunca más lo volvieron a ver, ni ella ni su hija. También me cuenta que ella se había vuelto a casar luego de cuatro años de separada, o sea cuando F. tenía 17 años de edad, y que vivían su marido, ella y F. en una casa muy confortable. También me cuenta que tiene un hijo de 20 años que en ese momento estaba haciendo el ser-

Cuando se unen
una línea de alta jerarquía
con una empresa de prestigio
mundial, el resultado es:

**CONFIABILIDAD
ORIGINAL**



AGATIELLO

ESSEX
SKS4

PRODUCTO/ FORMULA	ACCION TERAPEUTICA	INDICACIONES	PRESENTA CIONES
TAGAMET[®] Cimetidina original SMITH KLINE	<ul style="list-style-type: none"> ● Inhibidor de la secreción clorhidropéptica. ● Bloqueador de receptores H₂. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Úlcera gastroduodenal. ● Úlcera recurrente. ● Tratamiento y prevención de hemorragias digestivas. 	TAGAMET[®] 200 mg (grageas - sol. oral - ampollas) TAGAMET[®] 400 mg (grageas) TAGAMET[®] 300 mg (ampollas) TAGAMET[®] 1200 mg/8 ml (fisco. amp.)
RIDAURA[®] Auranofin original SMITH KLINE	<ul style="list-style-type: none"> ● Inmunorregulador. ● Posibilita la modificación de la evolución de la artritis reumatoidea. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Artritis reumatoidea. 	RIDAURA[®] Auranofin 3 mg 30 y 60 comprimidos
ECOTRIN[®] ECOTRIN F[®] Ac. Acetil salicílico de liberación intestinal	<ul style="list-style-type: none"> ● Saliciloterapia protegida. ● Analgésico - ● Antipirético ● Antiinflamatorio. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Procesos inflamatorios ● Procesos febriles ● Algias en general 	ECOTRIN[®] ECOTRIN F[®] 50 grageas
FEFOL[®] Spansule Hierro y Ac. Fólico. Cápsulas de liberación prolongada	<ul style="list-style-type: none"> ● Hematínico. ● Ferroterápico con ácido Fólico. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Tratamiento y profilaxis de las anemias ferropénicas y megaloblásticas. 	FEFOL[®] Spansule 30 cápsulas de liberación prolongada.
PLUSERIX[®] Vacuna a virus vivos atenuados. Cepas: Schwarz - Urabe Am9 Ra 27/3	<ul style="list-style-type: none"> ● Inmunización activa contra Sarampión Parotiditis Urliana Rubeola 	<ul style="list-style-type: none"> ● Niños susceptibles de contraer Sarampión - Parotiditis Urliana Rubeola. 	PLUSERIX[®] Frasco ampolla c/ jeringa prellenada, 1 dosis.

Nota: Para toda información científica dirigirse a nuestros representantes o telefónicamente a los números 795-0026 1198 1436 1823 2276 3723 4959 4960 4963 - 797-7299 7339 7399 8052.



ESSEX (ARGENTINA) S.A.I.C.
Representante de Schering Corporation U.S.A.

Distribuidor exclusivo de la línea de productos SMITH KLINE & FRENCH I.A.C. en la Argentina



vicio militar en una unidad militar del norte del país.

La madre y el marido 'me refieren que quieren hacer todo lo posible para colaborar en el tratamiento' de F., ya que están muy preocupados por lo que le está pasando y tienen mucho miedo que esto "pase a mayores".

Frente a esta situación de comprensión familiar y ante la enfermedad de F., diferente a la de la familia anterior, decido realizar una internación domiciliaria. Le sugiero a la familia que para poder realizar esta internación debo contar con la solidaridad de ellos para tener las garantías de que la paciente va a estar contenida en el seno de su hogar. Les propongo un encuadre para el tratamiento de aproximadamente treinta días de duración en los cuales la paciente va a permanecer en su casa constantemente acompañada por alguna amiga o amigo a designar por mí. Yo la visitaré todos los días con horarios previamente pautados para realizar la psicoterapia individual y además una vez por semana realizaremos una sesión de terapia familiar. Además de esta estrategia terapéutica indiqué medicación, que sería controlada por su familia. Ante los trastornos que la paciente tenía con el reconocimiento de su propio cuerpo, sugerí dos horas de expresión corporal semanales en la casa y dos horas semanales de música-terapia como terapéuticas auxiliares para la integridad del tratamiento. Al cabo de 35 días la paciente fue remitiendo en su sintomatología y pudo comenzar su tratamiento en forma ambulatoria.

CRITERIOS ESPECIFICOS

Dados los objetivos de este artículo, no

nos extenderemos en un examen detallado de cada cuadro clínico, sino que haremos una enumeración de las patologías que constituyen la gran mayoría de la población de las internaciones psiquiátricas. Utilizaremos como ejes nosográficos las patologías más importantes, definiendo las demás por relación a éstas. Son: las esquizofrenias, las depresiones, el alcoholismo, las demencias y las neurosis graves.

Las esquizofrenias son cuadros de comienzo temprano (15 a 30 años) que se caracterizan por una importante pérdida del contacto con la realidad, marcado deterioro de la afectividad y evolución por brotes, que dejan una secuela llamada deterioro. Este se va haciendo más marcado luego de cada brote. Debido a la estructura de los sistemas de atención psiquiátrica vigente hasta la actualidad, la gran población de esquizofrénicos está representada por los pacientes crónicos que han sufrido varios brotes y están internados en forma permanente, lo que obviamente agrava el deterioro producido por la propia enfermedad. De todos modos, lo que reviste mayor interés para el presente capítulo es la intervención en el primer episodio, en que es fundamental el diagnóstico diferencial, dado que en esos estadíos las posibilidades terapéuticas son muy grandes. Un diagnóstico y tratamiento adecuados pueden significar una gran atenuación en la sintomatología aguda y una notable mejoría en el pronóstico, aún dentro de la indudable gravedad que reviste este cuadro. En los casos en que el primer episodio se presenta con un cuadro agudo de características alucinatorias y delirantes, es en general en el curso de la internación cuando puede hacerse el diagnóstico diferencial.

Las personalidades borderline presentan episodios psicóticos agudos que en su comienzo suelen ser muy similares a las esquizofrenias. Una vez que ha cedido el episodio agudo (período sumamente variable que suele oscilar entre los 15 y 30 días), la evolución es claramente diferente, mucho más benigna.

Los síndromes maníacos pueden ser la forma de comienzo de una esquizofrenia, y es muy común que adquieran suficiente gravedad como para hacer imposible su tratamiento ambulatorio. También en estos casos la evolución ulterior permite hacer el diagnóstico diferencial con el cuadro maníaco que forma parte de la psicosis maníaco depresiva.

Las intoxicaciones agudas en los toxicómanos suelen presentar características complicadas en cuanto a la evaluación del cuadro. Es frecuente que sean sujetos previamente psicóticos quienes sufren estas intoxicaciones, pero en muchos casos no es así y una vez superada la situación inmediata debe hacerse un cuidadoso estudio de la personalidad del adicto para instituir el tratamiento a largo plazo más indicado.

Se utiliza habitualmente el término depresión denotando tanto un síntoma, como un síndrome o una entidad nosológica específica; en tanto síntoma aparece muy frecuentemente como motivo de consulta no sólo psiquiátrica sino del médico general. Es allí donde se impone un examen detallado de sus características para hacer un diagnóstico que permita un abordaje terapéutico adecuado, ya que las entidades en que aparece el síntoma depresión son múltiples:

1. depresión endógena

2. depresión reactiva

3. depresión involutiva o endorreactiva

4. depresión sintomática

5. depresión secundaria.

La depresión endógena implica el tratamiento psicofarmacológico en la casi totalidad de los casos y la internación en muchos de ellos. Esto se debe a la enorme importancia que adquiere el riesgo de suicidio y a la enorme dificultad de estos pacientes para manejarse en su vida cotidiana. Junto a la tristeza aparecen en general una gran inhibición psicomotriz, insomnio pertinaz, anorexia e ideas hipocondríacas, lo que constituye el síndrome depresivo. Aquí nos encontramos nuevamente con grandes trastornos en el ambiente familiar. Es muy común que los familiares atribuyan la situación a un "dejarse estar" o a un manejo del paciente y lo inciten de múltiples modos a ser activos o a alimentarse. En muchos casos esto agrava la situación, debido a que el sujeto que padece depresión endógena le es imposible hacerlo, y la insistencia de los familiares aumenta sus sentimientos de incapacidad, de nulidad, etc. La evolución habitual de las depresiones es por fases que no dejan secuelas importantes pudiendo volver a una cierta normalidad interfases o pasar por un período maníaco.

La depresión involutiva tiene una evolución más tórpida y peor pronóstico de la fase aguda. Son muy comunes como causa de internación psiquiátrica. Comienzan alrededor de los 50 años y en ellas predomina la ansiedad de magnitud importante, acompañando al síndrome depresivo típico.

Las depresiones reactivas reconocen una causa exterior como desencadenante (due-

los, crisis matrimoniales, mudanzas, etc.). En estos casos es la intensidad de los síntomas la que indicará la conducta a seguir. La psicoterapia constituye la indicación principal, dado que se trata de aspectos de la personalidad con alteraciones tales que no permiten una adecuada elaboración del cambio de situación o pérdida. También en estos casos es muy serio el riesgo de suicidio y esta suele ser la causa principal de internación cuando ésta es indicada.

Las depresiones sintomática y secundaria son de muy frecuente observación en las interconsultas médico-psicológicas, ya que constituyen componentes habituales de la enfermedad orgánica, como por ejemplo en la hepatitis (sintomática) o bien manifestaciones de la reacción psíquica a la enfermedad orgánica (secundaria).

Alcoholismo: Los alcohólicos son internados fundamentalmente por tres causas: a) cura de desintoxicación en alcoholismo crónico. Se busca en estos casos una abstinencia forzada que permita luego de la externación iniciar los tratamientos a largo plazo que estén indicados; b) manifestaciones agudas del alcoholismo crónico, por ejemplo: delirium tremens. Son cuadros muy graves en que debe instituirse un enérgico tratamiento clínico-psiquiátrico; c) manifestaciones crónicas por daño cerebral, como por ejemplo la enfermedad de Korsakoff.

Las demencias constituyen un porcentaje muy alto de las internaciones psiquiátricas. Implican, por supuesto, grandes conflictos familiares pues la decisión de internar a los ancianos siempre resulta difícil para los hijos u otros familiares. Además significan un grave problema social. Las internaciones pueden ser definitivas o pro-

ducirse en los picos agudos, tan comunes en las demencias senil y arteriosclerótica. Son poco frecuentes los casos en que las neurosis requieren internación psiquiátrica.

La histeria presenta con frecuencia actuaciones suicidas, que si bien son menos graves que las melancólicas pueden ser repetitivas y ocasionar grandes desajustes familiares. Puede ser necesaria una internación, que por lo general es breve y tiene por objetivo generar cierta conciencia en el sujeto de la gravedad de la situación.

En la neurosis obsesiva pura es casi nula la indicación de internación; en cambio, cuando la sintomatología obsesiva acompaña a un cuadro de características depresivo involutivas (situación muy frecuente), ésta suele hacerse necesaria.

Las neurosis fóbicas graves presentan episodios de despersonalización en los que debe hacerse diagnóstico diferencial con los primeros estadios evolutivos de la esquizofrenia. Cuando el monto de angustia que acompaña estos episodios se hace inmanejable ambulatoriamente, puede indicarse la internación.

CARACTERISTICAS DE UNA SALA DE INTERNACION

La descripción de la estructura y el funcionamiento de una sala de internación para pacientes psicóticos agudos va a ser necesariamente un tanto estática.

Queremos señalar que tomaremos como modelo una sala de internación de puerta cerrada dentro de un servicio de psicopatología de un hospital general.

Es importante destacar aquí que la modalidad de insertar a la Psiquiatría dentro de los hospitales generales fue creada por el

Más allá de todo lo conocido en infecciones urinarias

Indicaciones:

Pielonefritis

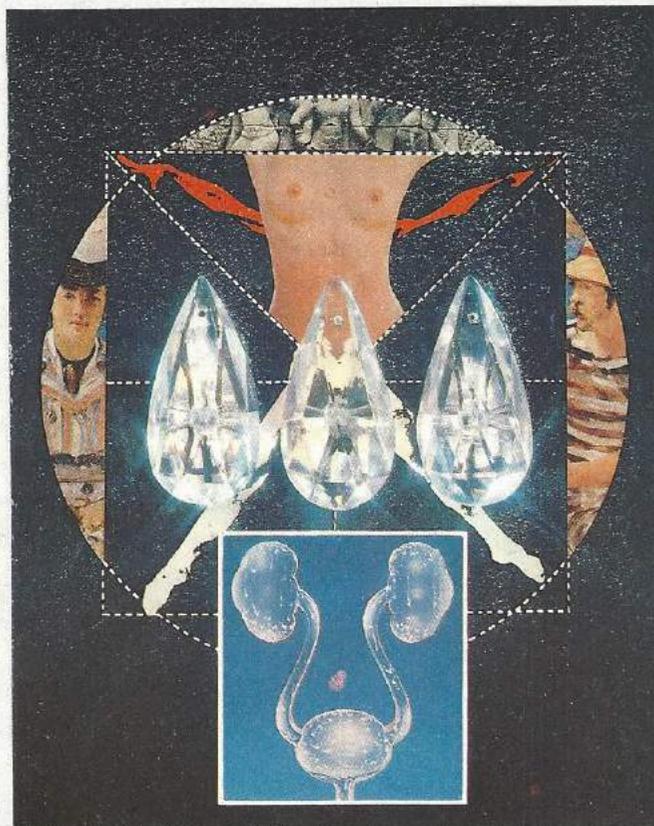
Cistitis

Uretritis

Maniobras
endoscópicas

Sondas
permanentes

Prevención y
tratamiento de
complicaciones
infecciosas de
cirugía, litiasis
urinaria



**La nueva
molécula de
ácido
pipemídico en
forma de
trihidrato
asegura:**

- Los máximos niveles plasmáticos por su mejor absorción.
- Las mayores concentraciones en orina, con su poderosa acción bactericida.

Kabian 400mg

Acido pipemídico trihidrato

Posología: 1 cápsula cada 12 horas.
Se aconseja prolongar el tratamiento por lo menos 10 días.

Presentación: Envases conteniendo 20 cápsulas.



Laboratorios
TEMIS-LOSTALO



Dr. Mauricio Goldemberg en el año 1961 fundando el servicio de Psicopatología del Hospital Dr. Araoz Alfaro, de Lanús, cuna formativa de gran cantidad de psiquiatras dinámicos.

Se trata de una sala de internación de puertas cerradas, de aproximadamente cuarenta camas. Mixta, con un sector de hombres y otro de mujeres, un gran salón comedor, sala de estar, sala de terapia ocupacional, consultorios internos para terapias de los pacientes internados.

El equipo de salud esta formado por: médicos psiquiatras, psicólogos, terapistas ocupacionales, musico-terapeutas, expres-

sionistas corporales, asistentes sociales y enfermeras especializadas.

Las actividades semanales de los pacientes las dividiremos en dos niveles, uno grupal y otro individual.

Se realizan terapias a nivel grupal, reunión de lectura de diarios, terapia ocupacional, musico terapia, expresión corporal, terapias familiares y una vez por semana la asamblea comunitaria, donde participan todos los pacientes internados y todos los profesionales del equipo de salud.

Se realizan diariamente terapias individuales, donde cada paciente tiene su terapeu-

DIAGRAMA DEL FUNCIONAMIENTO SEMANAL EN SALA DE INTERNACION

DIA HORAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO
8.30 9.30	DESAYUNO COMPARTIDO					
10.00 10.45	LECTURA DE DIARIOS COMPARTIDA					TERAPIA MULTI FAMILIAR
11.00 12.00	REUNION TERAPIA GRUPAL	TERAPIA OCUPACIONAL	ASAMBLEA COMUNITARIA	EXPRESION CORPORAL	TERAPIA OCUPACIONAL	
12.30 13.30	ALMUERZO					
13.30 15.30	TIEMPO LIBRE					TERAPIA MULTI FAMILIAR
15.00 16.00	TERAPIA INDIVIDUAL	MUSICO TERAPIA	TERAPIA INDIVIDUAL	TERAPIA FAMILIAR	TERAPIA INDIVIDUAL	
16.00 17.00	RECREACION		RECREACION		RECREACION	
17.00 19.00	VISITAS					
20.00	CENA					
21.00	REUNION DE CIERRE					

ta asignado para esta función.

Para poder apreciar toda esta estructura en movimiento, realizamos un gráfico indicativo del funcionamiento de la sala de internación, teniendo en cuenta que se divide a los pacientes en diversos grupos de trabajo, que en general están formados por aproximadamente 8 a 9 pacientes, 2 médicos psiquiatras, 1 ó 2 psicólogos.

CONCLUSION

CRITERIOS DE EXTERNACION

El promedio de internación de un paciente psicótico agudo es de aproximadamente 40 a 45 días.

Pensamos que una vez que comienzan a

ceder los síntomas que motivaron la internación del paciente, es recomendable la externación, haciendo una evaluación detallada del enfermo, como así también de la familia de éste, para determinar en qué condiciones están éstos para incorporar nuevamente al enfermo a su medio natural de convivencia, además de tener muy en claro cuál va a ser el destino terapéutico de ese paciente, ya que no le asignamos a la internación un carácter curativo, sino que por el contrario, creemos que de nada sirve ésta sin un permanente y pormenorizado seguimiento del enfermo externado.

Concebimos a la internación como un eslabón más dentro de la cadena del proceso terapéutico.

URGENCIAS EN LA INTERCONSULTA PSIQUIATRICA

Dr. Alfredo Job

En nuestro ejercicio profesional somos requeridos con urgencia, a través de la interconsulta, por diversas patologías que la mayoría de las veces resultan de una convergencia de factores. Así podemos explicitar entre otras, la expresión psicológica de alteraciones somáticas, que se manifiestan como cuadros confusionales, de excitación psicomotriz o pseudodemenciales, a punto de partida de procesos agudos como las encefalopatías hipóxicas, hepáticas, de las endocrinopatías, por una infección intercurrente o por una descompensación metabólica durante procesos de diversa índole.

Asimismo representan urgencias los episodios psicóticos, las crisis de ansiedad o estados depresivos de origen psicógeno, que puedan registrar antecedentes en el paciente, siendo reanimados o bien provocados por la herida narcisista* que representa la enfermedad.

Otras veces la urgencia es determinada por las dificultades médicas en la implementación de las medidas terapéuticas, debido a resistencias o negativas por parte del paciente y su familia, que la mayor parte de las veces resultan de una deficiente información o por desconfianza hacia el accionar médico.

Por último, la disparidad de criterios médicos en el abordaje del enfermo, producto de la incomunicación y atomización

del equipo médico, determina no pocas contradicciones que alimentan el error y la circulación de las culpas (el paciente del que nadie es responsable y la equivocación es atribuida a un tercero). Tanto el paciente como su familia, el equipo médico y el personal auxiliar representan elementos interactuantes en forma dinámica, y a través de cualquiera de dichos componentes puede surgir la descompensación del paciente expresada como urgencia.

¿Cómo nace y se desarrolla la futura urgencia? La enfermedad no representa para el paciente un conjunto de datos de laboratorio y radiografías, sino que es vivida por el enfermo a través de percepciones, de fantasías, y la consecuente implementación de defensas contra la angustia de estar enfermo.

En el paciente y en su familia surge la necesidad de depositar en la figura médica las expectativas de curación, y de metabolizar los miedos y angustias concomitantes a la enfermedad a través de una información y apoyo adecuados por parte de su médico tratante.

Mecanismos de defensa como la negación y la omnipotencia, son expresión corriente ante la enfermedad; esa misma omnipotencia buscará ser depositada en la figura médica, la cual pasará entonces a ser idealizada.

Esta idealización, producto de la proyección omnipotente, lleva implícita la hipereigencia, la cual posibilitará, ante la emergencia de la realidad sobre el deseo, el depósito de las culpas subyacentes de la familia en el equipo médico.

En este contexto deberá trabajar el médico, las más de las veces enfrentándose a demandas inagotables, en donde el reco-

*Afecto penoso de malestar o vergüenza y elaboración ideacional que se conoce como sentimiento de inferioridad u orgullo herido.

**En trastornos
cérvico-vaginales**



curacid[®]

Unico tratamiento integral

pomada



- Reepitelizante
- Antiinfeccioso
- Antiinflamatorio
- Hemostático post-biopsia

**1 - 2 aplicaciones
vaginales diarias.**



Presentación: envases conteniendo 10 AMD (aplicadores monodosis descartables)



nocimiento tiene poco espacio.

El médico deberá soportar, además, el ataque directo a sus capacidades curativas y a su propia omnipotencia al tratar al paciente grave. Deberá afrontar el rechazo manifiesto de pacientes que no toleran, reactivamente, su dependencia; el manejo psicopático del entorno como reacción ante la enfermedad el manejo de aspectos sadomasoquistas, en la relación médico paciente; y la actitud denigratoria del paciente que establece comparaciones con otras figuras idealizadas, entre otras tantas interacciones posibles. Si el médico desconoce o soslaya estas expresiones psicológicas en la enfermedad y trata de reducir su tarea médica al manejo de medidas técnicas, es posible que la expresión somática del paciente se incremente y que surjan episodios psicóticos o fracturas en el encuadre, como consecuencia de la imposibilidad del paciente para efectuar una depositación continente en su médico de cabecera.

Incurrirá a su vez el médico en contraactuaciones, que son producto de identificaciones masivas con el paciente, en las cuales el nivel de indiscriminación obnubila su capacidad de pensar y decidir objetivamente.

Las omisiones, excesos o equivocaciones médicas son registradas por el entorno, manifestándose sobre la ambivalencia existente, sentimientos hostiles en la relación médico paciente. Puede entonces el médico acrecentar su exigencia vehiculizando en su accionar sus sentimientos hostiles y pseudoreparatorios. Pasa finalmente a ser presa de la hostilidad familiar, aceptando su rol denigrado para atemperar sus culpas, o se desinteresa del paciente

“que no colabora y no se quiere curar”

Otra contraactuación está representada por la “cosificación” del paciente desde el comienzo, con el consecuente aislamiento y la racionalización concomitante (“me falta tiempo”, “el paciente no tiene salida”, “familia ausente o que no colabora”, etc.).

Medidas como la derivación prematura y la sedación excesiva, representan intentos de salida ante la presión de la confusión agresión-culpa.

Ante lo expuesto, la agravación somática y la descompensación psicógena, ya sea a través de un delirio repentino, un cuadro depresivo o de ansiedad que aparece o se acentúa, la no aceptación o cuestionamiento de las medidas terapéuticas por parte del paciente y su familia, las quejas o malentendidos con el equipo auxiliar, los apresuramientos, olvidos, equivocaciones y contradicciones en el equipo médico, ocasionarán el pedido expreso de interconsulta, apareciendo entonces la urgencia. La futura urgencia está implícita desde el principio en la relación médico-paciente; sólo su manifestación clínica la hace posible de ser reconocida como tal por el entorno tiempo después, surgiendo entonces el pedido de ayuda manifiesto con carácter de urgencia.

La conducta y el abordaje terapéutico del médico serán producto no sólo de sus conocimientos teórico-prácticos en el campo de la medicina general, sino de un adecuado registro y manejo de sus sentimientos y los de su paciente en el vínculo terapéutico, teniendo lo explicitado una incidencia decisiva en la evolución de la enfermedad. Es nuestra tarea como interconsultores vi-

Realizar el núcleo de la problemática entre innumerables variables, adecuar nuestro accionar en relación a la urgencia imperante, y fundamentalmente cooperar en el ejercicio de la higiene profesional, ayudando al clínico general en la comprensión y el manejo adecuado de los aspectos irracionales

de la relación médico-paciente, lo cual permite no sólo una aproximación totalizadora al hombre enfermo, sino reducir, actuando el médico en estrecha colaboración con el equipo de Psicopatología, la frecuencia de urgencias en la interconsulta psiquiátrica.

SECTOR INVESTIGACION

En esta sección se publicarán resúmenes de trabajos realizados por Servicios del Hospital con la única condición de haber sido aceptados en Congresos y/o Revistas. El contenido de los mismos es responsabilidad de los autores.

CLASES DE INMUNOGLOBULINAS EN LAS ANEMIAS HEMOLITICAS AUTOINMUNES

M. A. Bujas y A. S. Slepoy

Servicio de Hemoterapia e Inmunohematología, Hospital Italiano de Buenos Aires.

XXVIII Reunión Científica de la Sociedad Argentina de Investigación Clínica. Del 21 al 24 de noviembre de 1983.

Los pacientes portadores de anemia hemolítica autoinmune, presentan adheridos a membrana eritrocitaria autoanticuerpos y fracciones del complemento, factores que condicionan esta patología, resultando la detección de ellos la confirmación diagnóstica de la misma. El análisis de amplias series de pacientes portadores de A.H.A. contribuye a interrelacionar los hallazgos inmunohematológicos (I.H.) con los probables factores etiológicos y el curso a seguir de esta patología en sus muy disímiles formas de presentación. Se estudian 78 pacientes portadores de prueba directa de antiglobulina humana positiva, mediante sueros inmuno-específicos anti IgG, IgM e IgA y fracciones anti C3d y C3d-b-C4 del complemento, observándose los siguientes resultados: 1) La inmunoglobulina G (IgG) sola o asociada a otras Ig, estaba presente en el 83,33 % de los casos. 2) la IgG + fracciones C3-C4 conformaban el 46,15 % de los casos. 3) Las fracciones C3-C4 sin Ig detectable, el 14,1% 4) La fracción IgM se detectó en el 2,56% de los casos. Los pacientes fueron agrupados de acuerdo con la forma de presentación de las A.H.A., correspondiendo un 44,87% a la forma idiopática y un 55,13% a las secundarias. En la A.H.A. secundaria se observó el siguiente perfil I.H.: IgG sola 44,19 %; IgG + C3 + C4: 30,23 %; IgG + IgM + C3: 4,65 %; C3 + C4 mediados por IgG bifásica: 6,98 %; correspondiendo un 13,95 % a la fase fría funcional, teniendo el 9,30 % de esta fracción C3 del complemento comprometida. En la A.H.A. idiopática se observó el siguiente perfil I.H.: fracción IgG sola: 28,57 %; IgG + C3: 11,43 %; IgG + C3 + C4: 5,71 %; IgG + IgA + C3: 2,86 %, correspondiendo el 10 % restante a anticuerpos bifásicos y fríos. La patología asociada a las formas secundarias fue la siguiente: lupus eritematoso sistémico (LES): 12 casos; linfomas: 6; L.L. crónicas: 5; L.L. aguda: 1; pos infecciosas: 6; citoadenoma de ovario: 1; neoplasias: 7. El rango de edad de los pacientes fue de 3 meses a 85 años, correspondiendo un 62,8 % al sexo femenino y un 37,2 % al masculino. Es de desta-

car la asociación de A.H.A. mediadas por mecanismos de interacción antígeno-anticuerpo (Ag-Ac) caliente, con la patología linfoproliferativa, LES y tumoral; en la interacción Ag-Ac fría la relación es con cuadros infecciosos. Se destaca en los pacientes pediátricos el comportamiento caliente o bifásico de los Ac.

ABSCEOS HEPATICOS PIOGENOS. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

J. Sívori, G. Welz, E. de Santibañes, F. Villamil, E. Beveraggi, O. Velán y F. Mattered

Servicios de Cirugía General y Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Academia Argentina de Cirugía. Publicado en la Revista Argentina de Cirugía 45:30, 1983

Se analizaron retrospectivamente los resultados obtenidos en 31 pacientes portadores de A.H.P. desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico. Se señalan los avances diagnósticos logrados con los equipos de diagnóstico por imágenes (ECO-TAC).

Desde el punto de vista de los resultados, se indica que 24 de los 31 pacientes fueron operados para drenar el absceso. Siete fallecieron. Un absceso fue hallazgo de autopsia y los 6 restantes fueron drenados bajo punción guiada por ECO y/o TAC. En este grupo no se registró mortalidad.

Se concluye que el diagnóstico precoz (ECO y TAC) y el drenaje guiado bajo TAC y/o ECO, la antibioticoterapia racional y la adecuada nutrición del paciente son los pilares para lograr una reducción notoria de la mortalidad de esta grave patología.

LA ECOGRAFIA EN EL DIAGNOSTICO Y EVALUACION DE LA COLECISTITIS AGUDA

E. de Santibañes, J. Sívori, F. Mattered, O. Blesman, Z. Waisburg, R. Secco y E. Beveraggi

Servicios de Cirugía General y Diagnóstico por Imágenes., Hospital Italiano de Buenos Aires

Comité de Sesiones de la Asociación Argentina de Cirugía. Publicado en la Revista Argentina de Cirugía 47:6, 302, 1984. Premio "Guillermo Bosch Arana".

Se estudiaron con ecografía 104 pacientes portadores de colecistitis aguda. Todos ellos operados y las vesículas remitidas a Patología.

Se correlacionó la efectividad del método con el hallazgo quirúrgico y su utilidad diagnóstica.

Ridaura[®]

UNA NUEVA DIMENSION
EN EL TRATAMIENTO
DE LA ARTRITIS
REUMATOIDEA

Presentaciones:
Por 30 y 60 comprimidos



ESSEX (ARGENTINA) S.A.I.C.
Representante de
SCHERING CORPORATION U.S.A.
DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO
DE PRODUCTOS SK&F I.A.C.



Se encontró que en el 99 % de los casos la ecografía mostró enfermedad vesicular. Signos discretos de colecistitis en el 63,4 % y en el 35% restante se registraron signos indirectos.

Se concluye que actualmente la ecografía es el mejor procedimiento para el diagnóstico de la colecistitis aguda.

ABSCESOS ESPLÉNICOS

E. de Santibañes, L. Clara, J. Sivori y E. Ghía

Servicios de Cirugía General y Clínica Médica,
Hospital Italiano de Buenos Aires

Congreso Panamericano de Infectología, 1984.

Actas, pág. 61, nº 76.

Se presentaron 8 casos consecutivos de abscesos esplénicos piógenos, diagnosticados con TC. Tres de ellos operados y los 5 restantes drenados bajo control de TC.

Se reconoce a la endocarditis bacteriana como causa más común de este tipo de absceso abdominal y se señala la posibilidad de mejorar la morbimortalidad de esta poca frecuente patología con el diagnóstico precoz mediante TC y/o ECO y la posibilidad actual de drenaje y curación de los abscesos esplénicos sin cirugía, mediante drenaje bajo TC, respetando el bazo.

PERFIL INMUNOHEMATOLOGICO EN 84 PACIENTES PORTADORES DE ANEMIA HEMOLITICA AUTOINMUNE

Alberto Slepoy y Marcos Bujas

Servicio de Hemoterapia e Inmunohematología,
Hospital Italiano de Buenos Aires.

XX Congreso de la Sociedad Internacional de Hematología. Del 1º al 7 de setiembre de 1984.

Se estudia el perfil inmunohematológico (P.I.H.) de 84 pacientes portadores de anemia hemolítica (A.H.A.), su interrelación con patologías y presentación clínica.

A la forma idiopática correspondieron 36 pacientes. Se observaron en este grupo 4 P.I.H., 21 pacientes presentaron IgG + C3 - C4, 11 pacientes IgG sin activación de las fracciones del complemento, en 4 pacientes se detectaron anticuerpos reaccionales en la fase fría, 2 de los cuales tenían fracciones C3 - C4 adosadas a sus eritrocitos.

En la forma secundaria se incluyeron 48 pacientes portadores de L.E.S., enfermedades linfoproliferativas, neoplasias y reacciones a fármacos.

En este grupo la patología más frecuente resultó el L.E.S. con 15 pacientes, de los cuales 10 mos-

traron P.I.H. IgG + C3 - C4 y 5 IgG sin activación del complemento.

Las enfermedades linfoproliferativas ocupan en este grupo el segundo lugar con 12 pacientes, 6 correspondieron a linfomas con P.I.H. En 4 de ellos IgG + C3 - C4 y 2 a anticuerpos fríos + C3 - C4. En los 6 casos restantes el P.I.H. fue IgG + C3 - C4 correspondiendo todos a L.L. crónicas. Formas secundarias posinfecciosas: 7 casos; 3 a anticuerpos frío anti I, 2 ac. fríos anti I + C3 - C4, 1 caso ac. frío anti i + C3 y 1 caso IgG secundario a hepatitis crónica activa.

P.I.H. a IgG se observó en 6 pacientes secundarios a ingestión de fármacos y 8 casos estuvieron relacionados a enfermedades neoplásicas, de los cuales 5 presentaban IgG, 1 IgG + C3 y 2 ac. reaccionales en frío.

En nuestra experiencia, se detectó IgG + C3 - C4 en 42 pacientes, IgG como ac. único en 28 pacientes. Anticuerpos IGM en fase fría en 14 pacientes, en 7 de los cuales se encontraron también los componentes C3 y C4 del complemento.

PERFILES HORMONALES EN GERONTES NORMALES

R. Gutman, E. Guglielmucci, C. Signorelli, I. Fainstein, V. Goldber, R. Mileo Vaglio, R. Kaplan.

Instituto Geriátrico y Servicio de Endocrinología del Hospital Italiano de Buenos Aires IV Congreso Argentino de Gerontología y Geriatria

Se estudiaron 20 gerontes (años: $\bar{X} + DS = 81.3 \pm 8.25$) (r65-97) de los cuales 10 eran hombres; sin enfermedad orgánica grave, sin endocrinopatía sintomática ni depresión y con suspensión total de medicación 24 horas antes de la investigación. Se exploraron las siguientes hormonas anterohipofisarias basales (B) y pos estímulo con TRH 200 ugen bolo IV: TSH (uU/ml), PAL (ng/ml), HGH (ng/ml) y ACTH (pg/ml). Además T3 (ng/ml), T4 (ug %) y cortisol sérico (ug %, éste a las 8 horas pre y pos toma nocturna (23 horas) de 2 mg de dexametasona (DST). Todas las determinaciones se efectuaron por RIE. Los resultados fueron: el DST fue normal (≤ 5) en todos los casos ($\bar{X} + DS = 2.1 \pm 1.4$) ($r > 1 - 5.5$). La respuesta máxima (VMx) de TSH (pos TRH 20' ó 30') fue normal (≥ 8) en 15 pacientes (16 ± 7.64) y plana en 5 (5.2 ± 1.7). Los B y las VMx de PRL no arrojaron diferencias estadísticamente significativas, discriminados por sexo. Sus valores fueron: Mujeres (n = 10) B = 12.2 ± 3.1 y VMx = 41.2 ± 10.1 . Hombres B = 10.6 ± 4.7 y VMx = 37 ± 12.1 . La HGH y ACTH B y pos TRH fueron normales. HGH B = 1.3 ± 6 y VMx = 2.3 ± 1.9 y ACTH B = 72 ± 81.6 y VMx = 89.5 ± 80.5 .

Pacientes aislados evidenciaron valores incrementados atribuibles a stress. Los B de hormonas tiroideas fueron normales $T3 = 1.02 \pm 4,7$ (r. 4-1.7) (VN. 5/2.2) y $T4 = 8.66 \pm 2.21$ (r4. 5-13.8) (VN4/13).

Conclusiones: Llama la atención la abolición de las diferencias sexuales de B y VMx de PRL al TRH. Aunque será necesario seguir estudiando este hallazgo, creemos que podría haber diferencias en la discriminación por sexos de pérdidas cerebrales durante el proceso del envejecimiento normal.

CANCER DE RECTO. RESULTADOS ALEJADOS EN RESECCIONES CON INTENCION CURATIVA

F. Bonadeo, M. Benati, G. Ojea Quintana, M. Telenita y E. Beveraggi.

Servicio de Cirugía, Hospital Italiano de Buenos Aires

Trabajo presentado en la Academia Argentina de Cirugía.

Se analiza la sobrevida corregida a cinco años en un grupo de 116 pacientes con adenocarcinomas primitivos del recto, sometidos a resecciones con intención curativa entre enero de 1970 y abril de 1979.

La mortalidad operatoria alcanzó al 5,2 %. El 95 % de los pacientes fue seguido hasta su muerte o por un lapso mínimo de 5 años.

La sobrevida según el estadio de Dukes fue: grado A, 90 % ; grado B, 72,3 % ; C₁ 34,3 % y C₂ 0 %

En el grado C₁ los resultados guardaron estrecha relación con el número de ganglios positivos. En 83 % de los tumores poco diferenciados se observaron metástasis ganglionares y la sobrevida sólo alcanzó al 16 %. La presencia de invasión venosa en los estadios A y B no alteró el pronóstico, mientras que en el C₁ redujo la sobrevida del 58 al 20 % .

La mucosecreción, la invasión perineural y los distintos tipos de reacción del estroma no incidieron en los resultados.

En los tumores del tercio medio y superior, la amputación abdomino-perineal no mostró mejores resultados que la cirugía con conservación esfinteriana.

En casos bien seleccionados la resección local tuvo 100 % de curaciones.

ENVEJECIMIENTO HUMANO: UN DESAFIO PARA EL AÑO 2000?

Roberto Kaplan

Instituto de Geriatria, Hospital Italiano de Buenos Aires.

IV Congreso Argentino de Gerontología y Geriatria.

El incremento de la proporción de ancianos en la población mundial genera preocupación, por las implicancias que tendrán en el futuro próximo la coexistencia de un número de ancianos desconocido hasta el presente.

Este interesante fenómeno demográfico, de imprevisibles repercusiones en todos los campos del desarrollo humano, nos ha estimulado a explorar algunas proyecciones del mismo, aplicados a nuestro país.

Para conocer relaciones entre los datos publicados por los organismos internacionales y su proyección referida a nuestro medio, se estudiaron las variaciones porcentuales para población general, de 65 años y más, y 80 años y más, entre el treintenio 1970-2000, para todo el país y para Capital Federal y alrededores.

Para el análisis se proyectaron las cifras obtenidas para cada grupo etario en los censos 1960, 1970 y 1980.

Se compararon entre sí y con datos del informe Beattie (Expert Group Meeting on Aging; U.N.; N. York 3-5 April 1978). Mientras que entre 1970-2000 la población general en nuestro país se incrementará en un 45,9 %, el grupo de 65 y + lo hará en un 118,6 % ; y el de 80 y + variará en un 190,5 %. Las diferencias son más marcadas para el conurbano bonaerense. Si bien los valores son comparables a los publicados para todo nuestro continente, se estima que evaluaciones similares en otros países del área, podrían contribuir, a través de un mejor conocimiento de estos cambios, a la necesaria preparación para afrontar este desafío.

UTILIZACION DE TIMOESTIMULINA (TS) PARA LA PREVENCION DE EPISODIOS INFECIOSOS EN GERONTES (INFORME PRELIMINAR)

E. Roldán, E. Montuori, I. Fainstein, E. Guglielmucci, E. Signorelli, R. Kaplan

Instituto de Geriatria "A. Rocca", Hospital Italiano de Buenos Aires

IV Congreso Argentino de Gerontología y Geriatria

Los individuos de edad avanzada presentan un decaimiento de la actividad timosimil en plasma. Esta se acompaña de una conocida susceptibilidad a las infecciones.



La TS (poliéptidos extraídos del timo de terneras) aumenta la inmunocompetencia en animales viejos y se postula su utilidad para la prevención de infecciones en gerontes. Su evaluación clínica incluye a 25 ancianos internados tratados en doble ciego, con TS en ampollas de 60 mg., por vía I.M. 3 veces por semana, las primeras dos semanas y 2 veces por semana a posteriori, hasta completar 4 meses (jun-sep 1982). Otros 25 recibieron placebo (P) de igual forma. En 6 pacientes por grupo se efectuó la prueba de formación de rosetas linfocitarias (PFR) y reacciones cutáneas (R. cut) con inyecciones intradérmicas de Candidina, E. Coli PPD, ST. aureus y streptodornasa.

La evaluación basal de ambos grupos no arrojó diferencias significativas con respecto a la edad, sexo y enfermedad subyacente. Los pacientes con TS presentan una mayor reacción a la Candidina, un aumento mayor del número de linfocitos T (+ 21 % vs + 7 %) y una disminución menor de los linfocitos B (- 5 % vs. - 26 %).

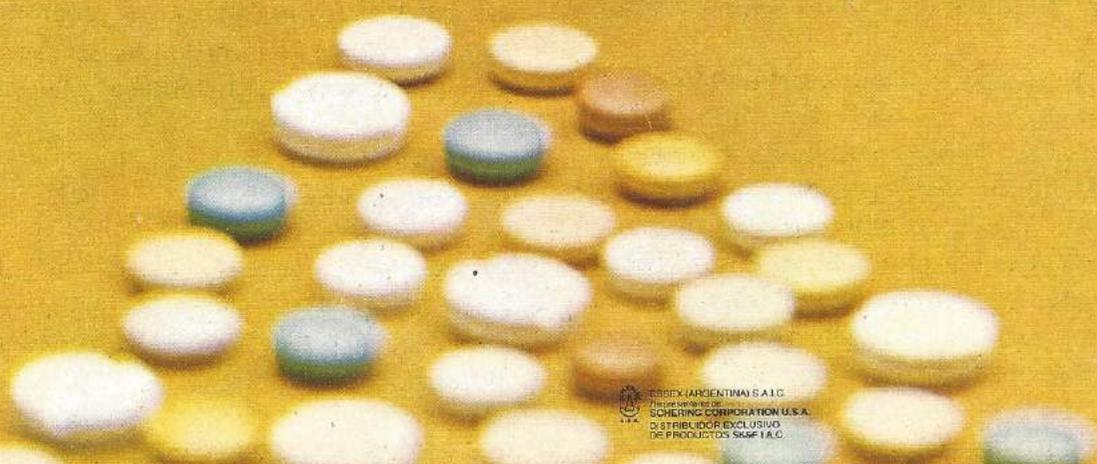
Estas variables no son significativas, debido al tamaño de la muestra y la dispersión de los datos. Los resultados en PFR y R Cut coinciden con los de otros autores y los hallazgos clínicos demuestran una menor incidencia de infecciones en los gerontes tratados con TS.



Tagamet/800mg.
(cimetidina SK&F) **AL ACOSTARSE**



Siempre marca el rumbo.



EBSEX (ARGENTINA) S.A. I.C.
PRESENCIA DE
SOMETHING CORPORATION U.S.A.
DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO
DE PRODUCTOS SK&F I.A.C.

Ateneo Anatomoclínico

Paciente de 57 años, sexo masculino que ingresó al Hospital el 28-10-84 y falleció 6 horas después.

Motivo de ingreso: Abdomen agudo.

Enfermedad actual: Ocho horas antes de su internación comienza con intenso dolor abdominal, continuo, inicialmente difuso y luego localizado en epigastrio acompañado de náuseas, excitación psicomotriz y falta de posición antálgica. Medicado con antiespasmódicos no hubo mejoría.

Presentaba además, tos y expectoración mucosa en los últimos 15 días.

Antecedentes personales: Infarto agudo de miocardio sin complicaciones hace 15 años.

Síndrome febril y cólico biliar hace 6 años.

Fumador de 60 cigarrillos diarios desde su juventud.

Ingesta de 400 a 500 gramos /día de alcohol desde hace 15 años.

Examen físico: Lúcido, afebril, presión arterial 160/100. Frecuencia cardíaca 116 por minuto. Frecuencia respiratoria 30 por minuto. Excitación psicomotriz. Acrocianosis. Tórax enfisematoso con sibilancias diseminadas en ambos pulmones y estertores de burbuja mediana bibasales.

Choque de la punta en el quinto espacio intercostal por fuera de la línea hemiclavicular. Pulsos periféricos conservados. Abdomen muy distendido en forma global, blando y doloroso a la palpación superficial y profunda en forma generalizada, sin reacción peritoneal. No hay ruidos hidroaéreos. Tacto rectal con ampolla ocupada por materia fecal normal.

Exámenes complementarios:

Laboratorio: Hto 46%. Leucocitos 12.000/mm³. Na 134 mmol/L. K 2.5 mmol/L. Glucemia 314 mg/dl. Uremia 27 mg/dl. Amilaseemia 70 UA/L. LDH 272 mUI/ml. TGO 43 mUI/ml. CPK 30 mUI/ml. Fosfatasa alcalina 141 mUI/ml. Calcemia 8.1 mg/dl. Cetonemia negativa. pH 7.34. pCO₂ 27 mmHg. pO₂ 70 mmHg. EB -10 mmol/L. Saturación 93%. Bicarbonato 14 mmol/L.

Radiología: Rx de tórax con cardiomegalia a expensas de ventrículo izquierdo. Aorta desenrollada.

Rx de abdomen simple con dilatación de asas de intestino delgado y grueso con signo de revoque.

Electrocardiograma: Ritmo sinusal. Frecuencia cardíaca 120 por minuto. Eje eléctrico a 60°. Hipertrofia ventricular izquierda. Secuela diafragmática. Falta de progresión de R de V₁ a V₆.

Evolución: Por SNG se observó drenaje de líquido sanguinolento con olor fétido. Se le inició tratamiento con aminofilina, reposición de K y diazepam, sin mejoría. Se efectuó una punción abdominal y no se obtuvo material.

Empeoró el estado de conciencia en forma progresiva, instalándose un síndrome confusional. Posteriormente sufre depresión respiratoria, paro cardíaco y fallece.

COMENTARIO

Dr. Enrique Fongi

Se trata de un paciente de 57 años de edad, que presentó un cuadro abdominal agudo, que lo llevó al óbito en menos de 24 horas.

Desde el ingreso al Hospital se recogieron datos clínicos que permitían establecer el diagnóstico presuntivo de shock.

Hay 5 elementos clínicos fundamentales en el cuadro de shock.

- 1) Diuresis menor de 20 mmI/hora con Na urinario menor de 30 mEq/l.
- 2) Piel fría y sudorosa.
- 3) TA auscultatoria menor de 90 mmHg.
- 4) Alteración del estado de conciencia (agitación, somnolencia, coma).
- 5) Acidosis metabólica (láctica).

Según consta en la historia clínica, el enfermo se hallaba pálido y sudoroso, con alteración progresiva del estado de conciencia (primero agitación y luego confusión) y presentaba franca acidosis metabólica.

Varias causas de abdomen agudo fueron rápidamente descartadas por los médicos tratantes, tales como la perforación de víscera hueca (por la ausencia de neumoperitoneo y abdomen en tabla), por lo que nos referiremos sólo a las que merecen seria consideración en este caso.

En primer término cabe plantearse el abdomen agudo por infarto intestino mesentérico.

Coinciden con este cuadro lo intenso y dramático del dolor referido por el paciente, la falta de signos peritoneales evidentes y la posterior y profunda alteración de la perfusión.

Las obstrucciones de la arteria mesentérica superior no conducen inevitablemente al infarto de intestino mesentérico, ya que la anastomosis de su lecho con las ramas del tronco celíaco y de la mesentérica inferior son muchas veces suficientes para asegurar la vitalidad del intestino. Esto ocurre especialmente en casos

de obstrucción lentamente progresiva que permita el desarrollo de circulación colateral. Así, es dable hallar en las autopsias obstrucciones completas del tronco de la mesentérica superior sin lesión intestinal. Si la obstrucción es en cambio, aguda, como ocurre en la trombosis y en las embolias, puede aparecer isquemia aguda del intestino.

Son causas de obstrucción de la mesentérica superior la ateromatosis nodular, la trombosis frecuentemente sobreagregada a la primera, y las embolias. La particular disposición anatómica de la mesentérica superior que en sus primeros tramos es prácticamente paralela a la aorta, hace más probable que se alojen émbolos en ella, a diferencia, por ejemplo del tronco celíaco, que nace casi perpendicular a la aorta.

Otras causas menos frecuentes son la displasia fibromuscular, las arteritis y la disección aórtica.

Debemos mencionar también a la arteritis, que puede presentarse después de la coartación de aorta, que suele ocurrir en niños y debe sospecharse cuando la presión arterial no baja en los primeros días del posoperatorio. Puede prevenirse con agresivo tratamiento hipotensor.

Otra causa infrecuente es el "Aortoiliac steal syndrome", que se presenta después de la construcción de by-pass aortoiliacos o de las simpaticectomía lumbar. Si dicho paciente presenta obstrucciones críticas del ostium de la mesentérica, el desvío del flujo puede ocasionar el robo con isquemia intestinal.

En un 20% de las necrosis intestino-mesentéricas no se encuentra obstrucción de la arteria. En estos casos, la isquemia

se debe a graves fallas circulatorias generales, tales como cuadros de shock intenso y prolongado.

Un 40% de los casos se debe a trombosis arterial y el restante 40% a embolias. El origen de las embolias es una estenosis mitral en la mayoría de los casos, especialmente con fibrilación auricular. Otras causas son el IAM con trombosis mural, el aneurisma ventricular, el mixoma auricular etc.

El cuadro clínico de la obstrucción aguda de la arteria mesentérica superior tiene dos fases de diferente significación.

La primera se caracteriza por un dolor abdominal intenso, generalmente periumbilical, en un paciente con antecedentes de enfermedad vascular o embolias.

Debe destacarse además la falta de signos peritoneales. Es en este momento en que debe hacerse una arteriografía y, en caso de confirmarse el diagnóstico, se realizará cirugía de revascularización.

La segunda etapa se debe a la absorción masiva de endotoxina con rápido deterioro de la microcirculación, más la invasión bacteriana del peritoneo y la circulación portal, la lesión irreversible del intestino, el desarrollo de un tercer espacio, la hemorragia, etc. Esta situación lleva más o menos rápidamente a la muerte en el 100% de los casos, salvo que se realice una cirugía que, ahora, se basará en la resección de extensos segmentos de intestino mortificado y que tiene un pronóstico muy reservado.

Es posible el infarto intestinal por obstrucción venosa. Puede aparecer en cirróticos, en portadores de ciertas neoplasias, y característicamente en el déficit de antitrombina III.

El paciente que nos ocupa era un vascular, probablemente muy severo. Su edad, no muy avanzada, no es óbice para que así sea. En la edad propecta, los procesos de ateromatosis nodular pueden no ser tan intensos, lo que se explica porque aquellos que desarrollan ateromatosis nodular grave mueren antes de alcanzarla. Son datos que avalan la ateromatosis en este paciente el antecedente de hipertensión arterial, un infarto miocárdico padecido hace 15 años, la presencia de calcificaciones vasculares visibles en la Rx simple de abdomen y el hecho de haber sido un intenso fumador.

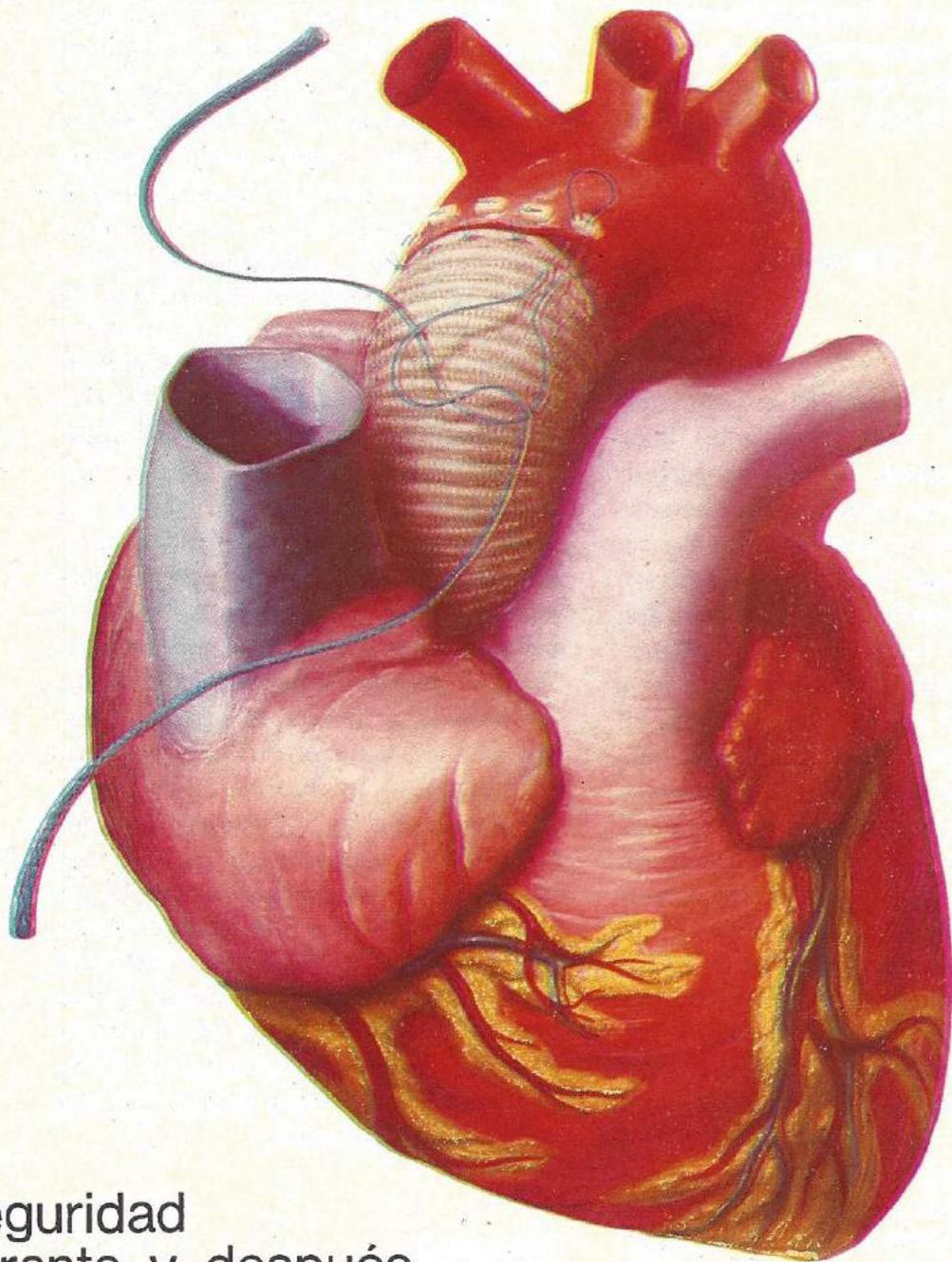
El hallazgo de una imagen calcificada de aspecto anular en la pelvis, que se puede observar en las Rx de abdomen, nos lleva a considerar la posibilidad de una fístula biliar interna que, al instalarse, hubiera originado un cuadro endotóxico. El análisis de la literatura revela que, si bien esto es posible, es muy infrecuente. Dichas fístulas suelen establecerse en forma indolente y se pueden diagnosticar por un íleo biliar, la imagen del cálculo ubicada lejos del lecho vesicular y la aerobilia.

Si bien las pancreatitis necroticohemorrágicas pueden ocasionalmente cursar con amilaseemia normal, como la que tenía este enfermo, ello también es raro. El electrocardiograma mostró una hipertrofia ventricular izquierda, una secuela diafragmática, progresión defectuosa de las R en las precordiales y un leve supradesnivel del ST en las precordiales izquierdas. Cabe plantear la posibilidad de un IAM que eventualmente genera un shock cardiogénico con isquemia intestinal no obstructiva.

TI·CRON*

SUTURA DE FIBRA
POLIESTER TRENZADA
Y SILICONADA

**“La sutura
cardiovascular”**



Seguridad
durante y después
de la cirugía

DG
DAVIS+GECK

 **CYANAMID**

Cyanamid de Argentina S.A.
Charcas 5051 - C.P. 1425 Buenos Aires
Tel.: 772-4031

En conclusión, un diagnóstico presuntivo es: necrosis intestino-mesentérica en un paciente portador de severa ateromatosis nodular con probable trombosis sobre-agregada.

ANATOMIA PATOLOGICA

Macroscopía

Aparato cardiovascular. El corazón pesa 622 gramos; tiene abundante grasa epicárdica. Aurícula derecha sin particularidades. Válvula tricúspide sin alteraciones. Ventrículo derecho: espesor: 0,5 cm a nivel de pared libre y pared anterior. Aurícula izquierda sin particularidades. Válvula mitral sin alteraciones. Ventrículo derecho hipertrófico; espesor: 2 cm a nivel de pared libre y pared anterior. En la punta se observa adelgazamiento y dilatación de la pared, que llega a medir 0,1 cm; sobre el endocardio, a este nivel, se observa un trombo mural calcificado que ocupa la mayor parte del aneurisma. Coronarias: leve disminución de la luz. Aorta: Ateromatosis severa. A nivel de la porción abdominal por debajo del nacimiento de las renales se observa una formación aneurismática sacular que mide 10 cm de longitud, con trombosis parietal. *Aparato respiratorio:* Tráquea y bronquios con leve congestión de la mucosa. Pulmón derecho: pesa 700 gramos. La superficie pleural es brillante, transparente. Al corte hay moderada antracosis; las crepitaciones se encuentran aumentadas. Pulmón izquierdo: pesa 621 gramos y muestra características semejantes a las del anterior. *Aparato digestivo:* Esófago

sin alteraciones; hay leve congestión de la mucosa en el tercio inferior. Estómago: mucosa irregular y hemorrágica; no se observan erosiones ni ulceraciones. Intestino delgado, ciego y colon ascendente: muestran color rojo vinoso de toda la pared, asas distendidas y contenido fecaloide hemorrágico maloliente. En todo el colon se ven múltiples divertículos sin evidencias macroscópicas de diverticulitis. Hígado: pesa 2500 gramos; su superficie es lisa, transparente y brillante. Al corte el parénquima es pálido. Vesícula biliar sin particularidades. Vías biliares permeables. El páncreas pesa 90 gramos y al corte no presenta particularidades. *Sistema hematopoyético:* Bazo: pesa 137 gramos; su superficie es lisa. Al corte, el parénquima es congestivo. Ganglios linfáticos: se disecan varios ganglios linfáticos aumentados de tamaño de curvatura mayor gástrica, peripancreáticos y perihiliares hepáticos. *Sistema endocrino:* Suprarrenales: pesan 7 y 6,5 gramos. La tiroidea pesa 14 gramos y no muestra particularidades. *Sistema genitourinario:* El riñón izquierdo pesa 140 gramos; decapsula con facilidad. Parénquima y sistema pielocalicial sin particularidades. Riñón derecho: pesa 137 gramos; sus características son iguales a las del anterior. Uréteres: sin particularidades. Vejiga: hay leve congestión de la mucosa.

Microscopía

Aparato cardiovascular: Corazón: los cortes efectuados a nivel del aneurisma muestran reemplazo miocárdico por tejido fibroso hialinizado con áreas de calci-

ficación. Se observan pequeñas zonas fibrosas a nivel de los ventrículos derecho e izquierdo. Las coronarias presentan engrosamiento intimal con placas calcificadas que reducen su luz. Aorta: pared de aneurisma abdominal; la pared vascular es fibrosa, con áreas hialinizadas e infiltrado mononuclear a nivel de la adventicia. Se observa material acelular homogéneo acidófilo adherido a la íntima con áreas calcificadas. *Aparato respiratorio*: Pulmones: en ambos se observa dilatación y ruptura de tabiques alveolares. Los septos están congestivos y con áreas ligeramente engrosadas. Se observan zonas con abundantes macrófagos con hemosiderina y varios focos de infiltrado intraalveolar polimorfonuclear y mononuclear. La pared bronquial muestra congestión, edema e infiltrado mononuclear. *Aparato digestivo*: Esófago: a nivel del tercio inferior se observa leve erosión del epitelio; las papilas llegan hasta la superficie; el corion muestra congestión e infiltrado mononuclear. Estómago: hay autólisis superficial de la mucosa y congestión del corion. Los cortes pertenecientes a intestino delgado y colon ascendente muestran necrosis de la pared con congestión vascular prominente. El segmento colónico respetado muestra en el corion de la mucosa abundantes macrófagos cargados de pigmento pardusco. Se observa el corte de una formación diverticular sin signos inflamatorios. Hígado: arquitectura lobulillar conservada. Moderada degeneración grasa macro y micro-

vacuolar. Infiltrado mononuclear en los espacios porta. Hay áreas de congestión centrolobulillar. Páncreas: Tejido exo y endocrino conservado. Hay delgados tabiques fibrosos que separan el parénquima acinar. Se observan además zonas de leve proliferación insular. *Sistema hemolinfoides*: Bazo: ligera depleción linfoides con estructura conservada. Ganglios linfáticos con estructura conservada. *Sistema endocrino*: Tiroides con congestión difusa. El resto no presenta particularidades. Suprarrenales sin particularidades. *Aparato génitourinario*: Riñones: congestión difusa cortical y medular. Vejiga: leve congestión del corion. Próstata: hiperplasia glandular con pequeños focos de infiltrado mononuclear. Se observan algunos cuerpos psamomatosos.

Diagnóstico

- * Necrosis de intestino delgado y colon ascendente.
- * Aneurisma aterosclerótico de aorta abdominal con trombosis parcial organizada.
- * Aneurisma de punta de ventrículo izquierdo. Trombosis parietal calcificada.
- * Focos de bronconeumonía
- * Hiperplasia prostática benigna
- * Hepatitis séptica
- * Gastritis aguda superficial.
- * Diverticulosis sigmoidea

COMENTARIOS BIBLIOGRAFICOS

PROPER DOCTORING

(David Mendel)

Berlin, Springer Verlag, 1984

Este pequeño libro (165 páginas) está destinado fundamentalmente al médico joven para enriquecer la calidad de la atención médica que brinda a sus pacientes.

El autor es un médico clínico inglés que ha tomado los múltiples consejos de sus maestros para incentivar, a su vez, a que sus discípulos desarrollen actitudes y destrezas que mejoran la relación con sus pacientes. No es un texto más sobre causas, aspectos clínicos y tratamiento de enfermedades, sino una descripción anecdótica y amena sobre cualidades artesanales de la práctica médica. Está escrito en un inglés sencillo y deliberadamente exento de resonancia científica. No tiene citas bibliográficas.

Mendel repasa todos los aspectos del proceso de atención médica para señalar, en

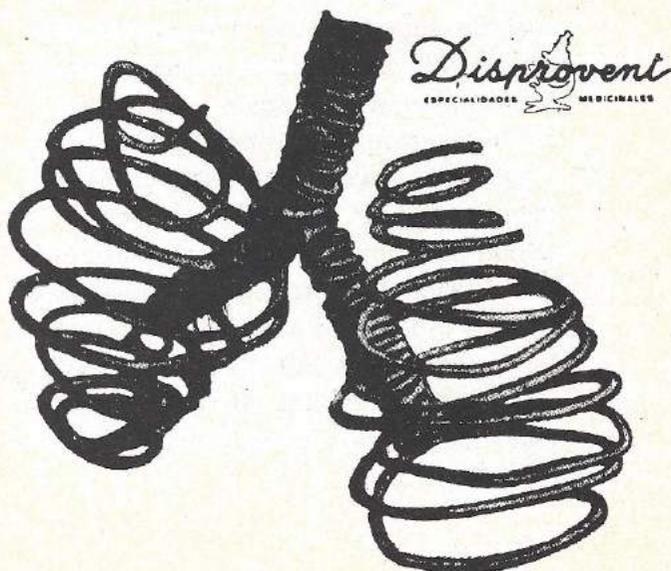
cada etapa la presentación ante el paciente, la historia clínica, el examen físico, la investigación clínica, la complejidad del diagnóstico, la actitudes ante colegas, los consejos y las explicaciones al enfermo, las técnicas de abordaje al paciente y a sus problemas. Ilustra sus comentarios candorosamente con experiencias propias y ajenas que ayudan a entretener al lector y a retener sus consejos.

Es un libro ideal para la mesa de luz o el transporte público, ya que la distribución en párrafos concisos y capítulos cortos facilita la lectura entrecortada. El lector mayor reflexionará sobre muchas vivencias pasadas y el más joven podrá encontrar pautas de conducta médica artesanal tan importantes para la eficiencia de su quehacer como la formación sólida en conocimientos científicos.

Dr. Andres Sibbald

BIOTAER

de elección obligada
en aerosolterapia



utilizar el método biológico que determina el "factor de protección solar"²:

F.P.S. = Dosis mínima de eritema con protector solar
 Dosis mínima de eritema sin protector solar.

3. *Fotoprotectores sistémicos*: la utilización exclusiva de compuestos sistémicos para la profilaxis y tratamiento del daño actínico es un ideal aún no alcanzado. Algunos de los más frecuentemente utilizados son: beta-carotenos, cloroquina, psoralenos, talidomida, antiinflamatorios no esteroides.

Desde un punto de vista práctico, queremos resaltar:

1. La fotoprotección cobra cada día mayor auge. A medida que la fotobiología avanza, los medios terapéuticos son cada vez más sofisticados y eficaces.
2. Todo insulto fotobiológico no se recupera totalmente y siempre se va acumulando. Por tanto, hay que tener en cuenta sus consecuencias a largo plazo.
3. Actualmente desconocemos la real importancia de las modificaciones producidas por los cambios ambientales (polución, alteración de la capa de ozono, etc.), con la alteración de la calidad y cantidad de radiación U.V. que se recibe a nivel de

la superficie terrestre, así como la de numerosas sustancias químicas utilizadas habitualmente.

4. Se debe orientar a los pacientes sobre el uso racional de los agentes fotoprotectores.

BIBLIOGRAFIA

1. Federal Register: Sunscreens drug products for over the counter human drugs; proposed safety, effective and labeling conditions. Washington, DC; D.H.E.W; F.D.A.; vol. 43: 166, 1978.
2. Adaptado de: Pathak, M.A.: Sunscreens: Topical and systemic approaches for protection of human skin against harmful effects of solar radiation. J. Am. Acad. Dermatol. 7:285, 1982.
3. Viglioglia, P.A.; Rubin, J.: Cosmiatría: fundamentos científicos y técnicos. Ediciones de Cosmiatría Cap. VIII. Sol y Piel. P. 93-114 - 1979.
4. Stengel, F. Protectores solares, fundamentos para su utilización racional. Act. Terap. Dermatol. Tomo VI Nº 1, 1983.

Dres. Ricardo Galimberti y
 Rodolfo Milicich

EL COMPLEJO DIAGNOSTICO DE LAS ALOPECIAS

El tricograma (del griego trico = pelos, grama = estudio, dibujo o registro) no es una técnica novedosa; ha sido utilizada hace años por nuestros compatriotas los Dres. Astore y Pecoraro, verdaderos pioneros en este tipo de estudios.

Los parámetros que se consideran en esta técnica son varios: densidad, diámetro, resistencia, velocidad de crecimiento y relación entre pelos en distintos estadios (crecimiento, transición y reposo).

Este tipo de estudio, que hasta ahora no se hacía rutinariamente, puede ser de utilidad en el diagnóstico y seguimiento de las alopecias.

Las alopecias pueden responder a numerosísimas causas:

Hormonales: hiper e hipofunción tiroidea, andrógenos, posparto.

Infecciosas: generalmente luego de cuadros febriles.

Por drogas: citostáticos, hipolipemiantes, dicumarínicos, heparinoides, salicilatos, retinoides, boratos, anorexígenos.

Tóxicas: mercurio, plomo, arsénico o talio,

Inmunológicas: lupus eritematoso sistémico, alopecia areata, esclerodermia.

Carenciales: déficit de aporte proteico, anemias, etcétera.

Frecuentemente el diagnóstico etiológico se plantea con cierta dificultad, siendo además difícil evaluar la gravedad de una alopecia. El tricograma no es absolutamente seguro en el reconocimiento etiológico de las alopecias pero nos aporta datos importantes sobre el grado y la evolutividad de las mismas.

En el Servicio de Dermatología se efectúa

un tricograma en el cual se tiene en cuenta la relación existente entre los pelos en las diferentes fases de su ciclo.

El pelo puede presentarse en tres estadios distintos:

Anágeno: fase de crecimiento activo

Catágeno: fase de transición (entre crecimiento y reposo).

Telógeno: fase de reposo, muerte capilar y caída.

Estas tres fases del ciclo piloso se encuentran simultáneamente en el cuero cabelludo, constituyendo un verdadero mosaico de actividad capilar.

Cada una de estas fases tiene una duración determinada: así el período anagénico dura entre dos y seis años, el catagénico entre dos y tres semanas y el telogénico entre dos y tres meses, habiendo una relación cuantitativa constante entre estos tres estadios en un tricograma normal:

80-85 % anágenos

15-20 % telógenos

0-1 % catágenos

Esta relación se altera en algunos estados patológicos.

La técnica usada para este estudio consiste en la depilación de unos 50 a 100 pelos de diferentes zonas del cuero cabelludo, sucesivo montaje entre porta y cubre objetos con bálsamo de Canadá y finalmente el recuento y la clasificación de los bulbos pilosos por medio de la observación microscópica.

En los diferentes cuadros patológicos que cursan con alopecia, no solo se encuentran alteradas las proporciones de los bulbos pilosos en los distintos estadios del ciclo, sino que aparecen alteraciones morfológicas a nivel bulbar.

En algunos casos dichas alteraciones son sumamente precoces; es así como en el déficit proteico la alteración de los bulbos pilosos es evidente ya a los 15 días de iniciado el proceso, cuando todavía no hay alteraciones séricas.

En general es difícil llegar al diagnóstico etiológico de alopecias utilizando solamente el tricograma, no así si se le asocian los datos clínicos del paciente.

En efecto, tomando en consideración ambos elementos es posible deducir la causa de una alopecia con cierta precisión.

Se producen efluvios telógenos en numerosas alopecias: pos-parto, luego de una hemorragia aguda, un síndrome febril, o de una sífilis; o por ingesta de anticoagulantes, iodo o tiomacilo. Efluvios anágenos se observan por detención del crecimiento piloso durante la administración de inmunosupresores antimetabólicos.

En la hipervitaminosis A y la intoxicación

con ácido retinoico, aparecen pelos distróficos característicos; por otra parte, la presencia de pelos distróficos con acumulación irregular de pigmento en los extremos, y alpecia anágena sugiere intoxicación por mercurio, plomo, arsénico o talio.

En el hiper e hipotiroidismo puede haber una alopecia de tipo androgenética, con aumento de recuento telógeno y presencia de bulbos distróficos.

Mediante el tricograma, otros autores¹ han reconocido diferentes etiologías en la producción de las alopecias difusas. Nosotros pensamos que este estudio, asociado a los elementos clínicos y semiológicos, nos será de gran ayuda en el estudio y seguimiento de las alopecias.

1) C.E. Organos. Arch. Derm. XXXII. Suplemento I. Pág. 61-1982.

Dra. María V. Bonino

nuevo antiasmático

de efecto broncodilatador veloz y sostenido



ISTADIL

Reproterol Clorhidrato

ISTADIL amplía la luz bronquial veloz y sostenidamente, sin modificar el ritmo, frecuencia cardíaca, presión arterial y E.C.G.

ISTADIL no se acumula en el organismo, permitiendo la administración prolongada en los casos crónicos, con fines profilácticos, sin riesgos de sobreactividad.

Comprimidos

Aerosol

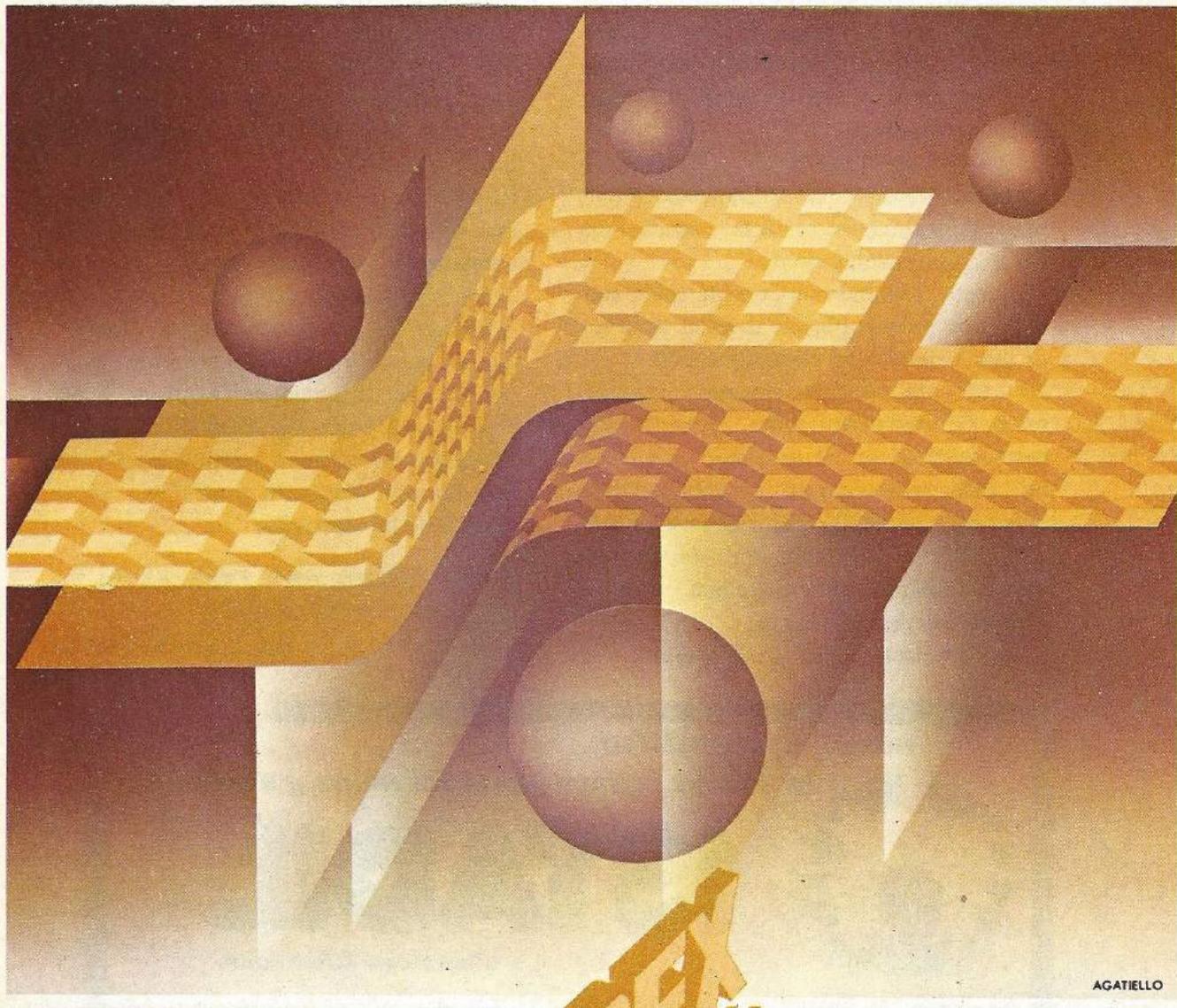
Injectable EV

Disprovent
ESPECIALIDADES MEDICINALES

PROMOCION Y VENTAS: Canalejas 1080 - Tel.: 431-0343 - BUENOS AIRES.

Cuando se unen
una línea de alta jerarquía
con una empresa de prestigio
mundial, el resultado es:

**CONFIABILIDAD
ORIGINAL**



AGATIELLO

ESSEX
SKY

PRODUCTO/ FORMULA	ACCION TERAPEUTICA	INDICACIONES	PRESENTA CIONES
TAGAMET ® Cimetidina original SMITH KLINE	<ul style="list-style-type: none"> ● Inhibidor de la secreción clorhidro-péptica. ● Bloqueador de receptores H₂. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Úlcera gastroduodenal. ● Úlcera recurrente. ● Tratamiento y prevención de hemorragias digestivas. 	TAGAMET ® 200 mg (grageas - sol. oral - ampollas) TAGAMET ® 400 mg (grageas) TAGAMET ® 300 mg (ampollas) TAGAMET ® 1200 mg/8 ml (fisco. amp.)
RIDAURA ® Auranofin original SMITH KLINE	<ul style="list-style-type: none"> ● Inmunorregulador. ● Posibilita la modificación de la evolución de la artritis reumatoidea. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Artritis reumatoidea. 	RIDAURA ® Auranofin 3 mg 30 y 60 comprimidos
ECOTRIN ® ECOTRIN F ® Ac. Acetil salicílico de liberación intestinal	<ul style="list-style-type: none"> ● Saliciloterapia protegida. ● Analgésico - ● Antipirético ● Antiinflamatorio. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Procesos inflamatorios ● Procesos febriles ● Algias en general 	ECOTRIN ® ECOTRIN F ® 50 grageas
FEFOL ® Spansule Hierro y Ac. Fólico. Cápsulas de liberación prolongada	<ul style="list-style-type: none"> ● Hematínico. ● Ferroterápico con ácido Fólico. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Tratamiento y profilaxis de las anemias ferropénicas y megaloblásticas. 	FEFOL ® Spansule 30 cápsulas de liberación prolongada.
PLUSERIX ® Vacuna a virus vivos atenuados. Cepas: Schwarz - Urabe Am9 Ra 27/ 3	<ul style="list-style-type: none"> ● Inmunización activa contra Sarampión Parotiditis Uriana Rubeola 	<ul style="list-style-type: none"> ● Niños susceptibles de contraer Sarampión - Parotiditis Uriana Rubeola. 	PLUSERIX ® Frasco ampolla c/ jeringa prellenada, 1 dosis.

Nota: Para toda información científica dirigirse a nuestros representantes o telefónicamente a los números 795-0026/1198/1436/1823/2276/3723/4959/4960/4963 - 797-7299/7339/7399 8052.



ESSEX (ARGENTINA) S.A.I.C.
Representante de Schering Corporation U.S.A.

Distribuidor exclusivo de la línea de productos
SMITH KLINE & FRENCH I.A.C. en la Argentina

DERMATOLOGICOS COMENTARIOS

PROTECTORES SOLARES

Los protectores solares son sustancias exógenas (tópicas y sistémicas) o endógenas (melanina, ácido urocánico), destinadas a proteger el tegumento humano del daño actínico¹.

La intensidad de la radiación, tanto como la longitud de onda de la luz solar dependen de numerosos factores, tales como latitud, altitud sobre el nivel del mar, estación del año, condiciones atmosféricas y hora del día. Entre las 10 y 14 horas las radiaciones son más lesivas.

Solo las radiaciones absorbidas por la piel pueden producir efectos fotoquímicos (Ley de Grotthus-Draper); aquellas que son reflejadas o transmitidas a través de la misma no tienen efectos directos sobre su estructura y función. La penetración lumínica también depende de factores raciales, regionales, individuales y anatómicos.

El tipo de piel, su indemnidad y las características de las radiaciones incidentes deben ser consideradas cuidadosamente al prescribir protectores solares.

Tipos de piel²

Tipo I: muy sensible. — Siempre enrojece. — Nunca broncea.

Tipo II: muy sensible. — Siempre enrojece. — Broncea poco.

Tipo III: sensible. — Enrojece moderadamente. — Bronceando gradual y uniforme.

Tipo IV: moderadamente sensible. — Enrojece poco. — Siempre broncea marrón.

Tipo V: poco sensible. — Enrojece raramente. — Bronceado chocolate.

Tipo VI: insensible. — Nunca enrojece. — Negros, hindúes.

Un producto fotoprotector ideal debe neutralizar las longitudes de onda capaces de producir respuestas cutáneas normales y anormales (espectro de acción)², y disminuir la cantidad de radiaciones recibidas a través del tiempo. Tiene que ser de fácil incorporación (tópica o sistémica), no tóxico ni alergizante, de buena aceptación cosmética, con efecto protector persistente, de estructura química estable y de costo accesible.³

No se ha logrado obtener un producto con todas estas propiedades, por lo que se recurre a combinaciones terapéuticas.

Los fotoprotectores pueden ser sistémicos o tópicos; estos a su vez pueden ser de acción física o química.

1. *Protectores locales físicos:* contienen bióxido de titanio, óxido de zinc, kaolín, silicato de magnesio y otros compuestos particulados que reflejan y dispersan la luz incidente, protegen contra el espectro U.V. y la luz visible, son poco aceptados cosméticamente y requieren reaplicaciones relativamente frecuentes.

2. *Protectores locales químicos:* derivados del ácido P-aminobenzoico (PABA), ácido cinámico o p-metoxicinámico, ácido salicílico, benzofenona, alcanfor, benzimidazol, cumarina, benzoxazol, dihidroxiacetona (DHA), dihidroxinaftoquinona y guanina, los cuales protegen principalmente contra la luz U.V.B., aunque algunos extienden su espectro a longitudes de onda más largas (U.V.A.). Si se los utiliza correctamente, permiten un bronceado adecuado y evitan el eritema solar agudo.⁴

En los últimos años se ha comenzado a

**FLEBOPATIAS SUPERFICIALES
Y PROFUNDAS
FORMAS CLINICAS MAS
FRECUENTES**

Dr. Antonio F. Pietravallo
Jefe de la Sección Patología Venosa y Linfática del Hospital Italiano de Buenos Aires
Docente autorizado de Cirugía de la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

El libro que nos presenta el Dr. Antonio F. Pietravallo constituye una muy completa revisión de todos los aspectos referidos a la insuficiencia venosa superficial y profunda de los miembros inferiores.

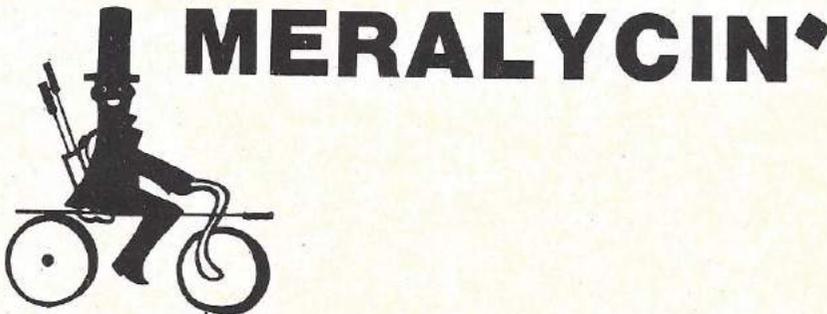
A lo largo de los nueve capítulos en que está estructurada la obra, se desarrollan en profundidad la anatomía, fisiología,

etiopatogenia, fisiopatología, formas clínicas, métodos de estudio y conductas terapéuticas relacionadas con las distintas situaciones que plantean las flebopatías.

La abundancia de aportes personales refleja la amplia experiencia acumulada por el autor durante más de 20 años de sostenida actividad asistencial, complementada con una meticulosa documentación y seguimiento de los casos. Surge claramente que esto ha permitido seleccionar, adoptar y proponer conductas en base a una rigurosa evaluación de los resultados.

Las conclusiones del autor se ven enriquecidas por una profusa consulta bibliográfica nacional y extranjera (400 citas.).

La obra está dirigida a médicos generales y cirujanos interesados en profundizar



**SU FUNCION ES
IMPEDIR LA
ATEROGENESIS**

**◆ TIADENOL
DISPROVENT**

Disprovent
ESPECIALIDADES MEDICINALES



sus conocimientos sobre las formas clínicas más frecuentes de las flebopatías.

El material está correctamente organizado, estructurado con claro criterio didáctico, bien actualizado y muestra una sólida fundamentación científica.

Las descripciones anatómicas son las imprescindibles para ubicar topográficamente los distintos canales de reflujo, conjugando la imagen morfológica con la funcional, lo que logra presentar a todo el sistema venoso de los miembros inferiores bajo un aspecto unívoco.

Se ha enfatizado la interacción entre los diversos sistemas de reflujo implicados en la etiopatogénesis y la presentación de los respectivos signos clínicos de aparición gradual y progresiva.

La contribución de los métodos invasivos y no invasivos para arribar al diagnóstico correcto, ha sido adecuadamente

jerarquizado.

Las conductas propuestas frente a cada grado evolutivo surgen claras y fundamentadas siempre en la interpretación fisiopatológica.

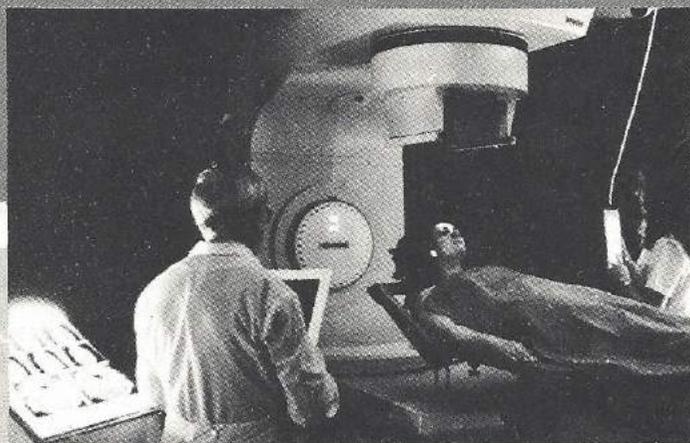
La profusa iconografía (580 fotografías y 110 gráficos y esquemas, todos en colores), es de excelente calidad, y denota una profunda preocupación didáctica. Se ha logrado delinear planos y destacar estructuras con singular capacidad expresiva y presentar secuencias clínico-quirúrgicas con real valor descriptivo.

No dudamos que este genuino producto del Hospital Italiano de Buenos Aires significará un elocuente aporte docente e informativo.

Dr. Fernando A. Bonadeo

acelerador lineal

tecnología al servicio de la salud



Irradiación parcial del encéfalo.

mevaterapia 

centro médico

...una esperanza de vida.

Cangallo 3931/ 37 - 1198 Capital Federal - Tel. 983-2255/ 2952

REGLAMENTO DE PUBLICACION

La **Revista del Hospital Italiano** acepta para su publicación trabajos de temas generales, tanto de contenido asistencial como experimental, escritos por miembros del hospital o de otras instituciones invitados especialmente.

Cuando un artículo es aceptado para su publicación, la **Revista** se reserva el derecho de realizar cambios de forma o de estilo que no alteren el sentido del texto, no obstante lo cual, los conceptos vertidos por los autores son de absoluta responsabilidad de los mismos, tanto en los aspectos científicos como legales. Los trabajos —antes de ser aceptados en forma definitiva— podrán ser devueltos a sus autores para que efectúen algún cambio sugerido.

Los trabajos han de ser remitidos al Departamento de Docencia e Investigación de la siguiente manera:

Manuscrito: tipeado en hoja tamaño oficio, de un solo lado, a doble espacio, con márgenes amplios y la numeración colocada en el ángulo superior derecho. En la portada figurará el título del trabajo, nombres completos de sus autores, cargo y servicio donde fue realizado. El orden utilizado para los trabajos originales será el siguiente: Introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión, Resúmenes y Bibliografía. Para los trabajos de actualización: Introducción, Descripción de resultados o ejemplos clínicos, Discusión, Resumen y Bibliografía.

Resumen: Cada trabajo tendrá un resumen de hasta 250 palabras, el cual debe expresar en forma concreta, y no descriptiva, los motivos del trabajo, los resultados principales y las conclusiones más importantes.

Ilustraciones y tablas: Serán presentadas en forma de fotografía, anotando al dorso el nombre del trabajo, número de figura, tabla o gráfico y la orientación del mismo, indicando con una flecha cuál es la parte superior.

Las fotografías de las tablas, gráficos o dibujos serán en blanco y negro, en papel brillante, de un tamaño mínimo que permita leer las leyendas con claridad. Deberán provenir de originales realizados por profesionales o de calidad equivalente, con tinta china o letras superponibles sobre fondo blanco. Los títulos y textos se deben adjuntar mecanografiados en hoja aparte y numerados de manera que permitan una adecuada comprensión de la

ilustración por sí misma y en forma independiente del texto original.

Se aceptará un máximo de cinco ilustraciones por trabajo, las cuales deberán completar el texto original, no debiendo repetir información vertida en el mismo. No se aceptarán tablas con datos que puedan ser explicados en dos o tres párrafos de texto, debiéndose obtener la conformidad de la Secretaría de Redacción para el caso de un mayor número de tablas o gráficos, o cuando se considere necesario la inclusión de fotografías en color.

Bibliografía: Las citas bibliográficas serán presentadas de acuerdo con el orden de aparición en el texto.

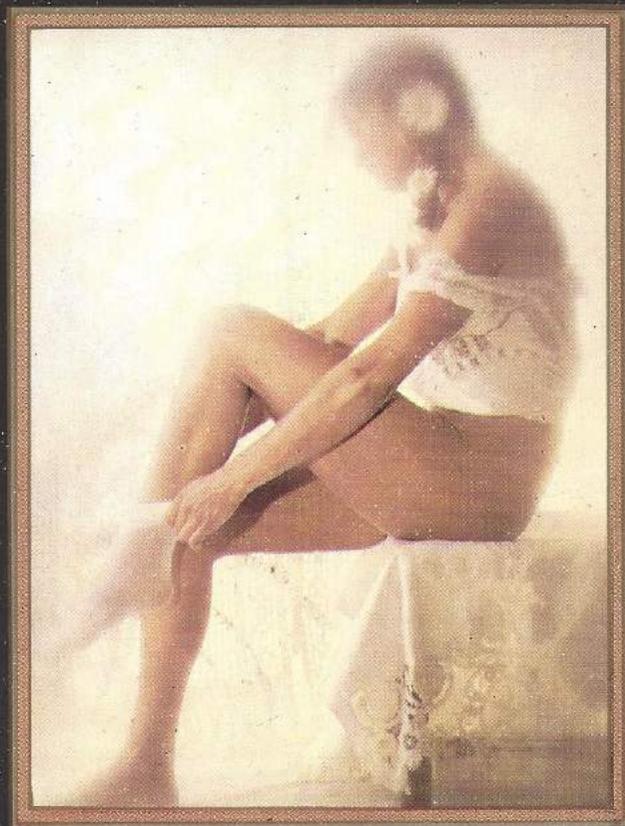
- Para revistas: autor, título del trabajo en el idioma original, nombre de la publicación (utilizando las abreviaturas del *Index Medicus*), volumen, página y año. Ejemplo: Rusky E. A., Rostand S. G.: *Mycobacteriasis in patients with chronic renal failure*. Arch. Inter. Med., 14:57, 1980.
- Para libros: autor, título del trabajo en el idioma original, lugar, editor y fecha. Ejemplo: Madden J. L.: *Atlas de técnicas de cirugía*. Vol. 2. Ed. México, Interamericana, 1967.
- Para capítulos de libros: autor, título del capítulo, editor, nombre del libro, edición, lugar, fecha, capítulo y página. Ejemplo: Bertolasi C. A. *Técnicas de cirugía cardíaca*, Buenos Aires, Inter-Médica, 1980, cap. 6, pág. 151.

Toda la bibliografía debe encontrarse disponible en la biblioteca del Hospital; caso contrario, el autor principal debe comprometerse a suministrar el artículo para fotocopiarlo por si alguien lo solicitase.

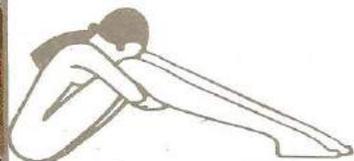
Autorizaciones: Corresponde a los autores obtener los permisos de editoriales para reproducir gráficos, tablas o textos y presentarlos por escrito a la Secretaría de Redacción; caso contrario, el material no será publicado.

Evaluación: Todo trabajo será evaluado por dos revisores y posteriormente se dará la respuesta a los autores, la cual se producirá entre las dos y cuatro semanas de ser presentado el mencionado trabajo. Toda situación no prevista en los párrafos precedentes será resuelta por la Secretaría de Redacción o el Departamento de Docencia e Investigación.

NADEM FORTE



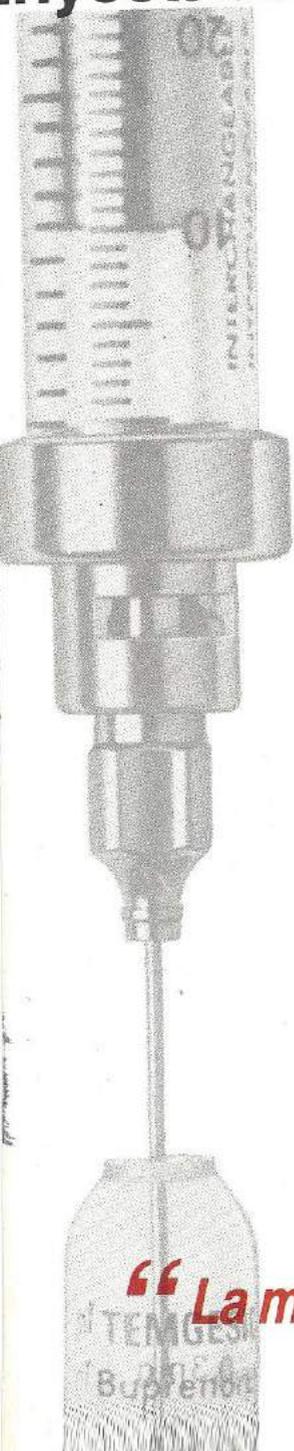
**Antiinflamatorio
y restaurador
del tono venoso**



**Un avance decisivo
en analgesia**

Temgesic[®]

Inyectable (Buprenorfina)

- 
- T Mayor potencia analgésica** que los derivados morfínicos.
(Es 30 a 50 veces más potente que la morfina).
 - T Mayor actividad analgésica** que los derivados morfínicos.
(Actúa durante 6 a 8 horas).
 - T Mayor margen de seguridad** que los derivados morfínicos.
(Virtualmente nunca causa efectos extrapiramidales, distorsión de la sensación o percepción o estreñimiento).

Temgesic[®]

(Buprenorfina)

“La mayor potencia analgésica hasta hoy disponible”

CHERIL
ESSEX (ARGENTINA) S.A. I.C.