

*Revista del*  
**HOSPITAL ITALIANO**  
*de Buenos Aires*





**Un avance decisivo  
en analgesia**

# Temgesic<sup>®</sup>

**Injectable** (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<sup>®</sup>

(Buprenorfina)

*“La mayor potencia analgésica hasta hoy disponible”*



ESSEX (ARGENTINA) S.A.I.C.  
Representante de  
SCHERING CORPORATION U.S.A.  
U.S.A.



# SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICENCIA EN BUENOS AIRES HOSPITAL ITALIANO

**Presidente:** Sr. Antonio Macri  
**Vice presidentes:** Dr. Fausto Brighenti  
Ing. Juan Mosca  
**Director:** Dr. Enrique Beveraggi  
**Director Honorario:** Dr. Francisco Loyudice

## REVISTA DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

<b>Director:</b>	<b>Secretaría Editorial:</b>	<b>Consultores:</b>	<b>Comité de Redacción:</b>
Dr. Mario Perman	Dr. Osvaldo Blanco	Dr. Fernando Bonadeo	Dr. Arturo Arrighi
	Lic. Norma Caffaro de Hernández	Dr. Mario Cámara	Dr. Enrique Beveraggi
	Dr. Luis J. Catoggio	Dr. Eduardo dos Ramos Farías	Dr. Luis Bustos Fernández
	Dr. Hernán Doval	Dr. Ricardo Galimberti	Dr. Günther Fromm
	Dr. Marcelo Mayorga	Dr. Raúl Gutman	Dr. Carlos Gianantonio
		Dr. Juan C. Lamattina	Dr. Hernán Herrero
		Dr. Horacio Lejarraga	Dr. Germán Welz
		Dr. Domingo Múscolo	Dr. Raúl Oliveri
		Dr. Jorge Sívori	Dra. Lía Ricón
		Dra. Margarita Telenta	Dr. Jaime Roca
		Dr. Emilio Varela	Dr. Alberto Slepoy
		Dr. Osvaldo Velán	

## PUBLICACION DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION

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





# SUMARIO

<i>Editorial: Tercer Congreso Argentino de Hospitales de Colectividad</i> <i>Dr. Enrique Caruso</i>	6
<i>Acto Inaugural</i> <i>Luis D. Stük</i>	8
<i>Infección hospitalaria</i> <i>Dres. L. Clara, G. Benchetrit, D. Stambouljan, C. Arrosamena, R. Durlach</i>	11
<i>Patología digestiva geriátrica</i> <i>Dr. Marcos Meeroff</i>	22
<i>Síndrome confusional en el geronte</i> <i>Dr. Fernando A. Alvarez</i>	26
<i>Autoridad y Programa</i>	36
<i>Indice General Vol. VI, 1986</i>	42

La **Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires** es una publicación del Departamento de Docencia e Investigación, Gascón 450 (1181) Capital.

Es editada y distribuida en Argentina por **Propulsora Literaria**, Av. Rivadavia 1929, 1º "3" (1033) Capital. Tel. 953-2033/953-3209.

**Editor responsable:** Carlos A. Rodríguez.

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcialmente, sin el permiso escrito del editor y de los autores.

Hecho el depósito legal en la República Argentina. Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N° 22874. ISSN 0326-3401.



## **EDITORIAL:**

### *Tercer Congreso Argentino de Hospitales de Colectividad*

La Asociación de Hospitales de Colectividad y Particulares sin fines de lucro está constituida por un grupo de instituciones dedicadas a la atención de la salud, muchas de ellas con más de un siglo de existencia. Las mismas se hallan insertadas en el Sistema Nacional de Salud, y a pesar de las actuales dificultades económicas siguen llevando adelante su obra asistencial, docente y de investigación. Sin ningún fin de lucro o beneficio individual brindan servicios a las colectividades y a la comunidad toda, teniendo como objetivo común ofrecer una digna y eficiente atención de la salud.

Con fecha 22 de abril de 1981, miembros del cuerpo profesional del Hospital Francés elevan una nota al presidente de la Asociación Francesa Filantrópica y de Beneficiencia. En la misma solicitan la autorización para organizar un congreso que agrupe a todos los Hospitales de Colectividad en conmemoración del 150º aniversario de la fundación del Hospital Francés. La iniciativa fue considerada y aprobada en la reunión del Consejo de Administración del día 6 de mayo de 1981. Al ser consultada entonces nuestra Institución respondió favorablemente, así como las restantes pertenecientes a la Asociación de Hospitales de Colectividad. Nació así el Primer CONHOSCO que se llevó a cabo en el Hotel Libertador el 15 y 16 de setiembre de 1982, presidido por el Dr. Oscar Morelli.

El Segundo Congreso organizado por el Hospital Británico se desarrolló en el Centro Cultural Gral. San Martín del 24 al 27 de junio de 1984, siendo su presidente el Dr. Jack Davis.

Gracias al tesonero trabajo desarrollado por ellos y al éxito obtenido se pudo concretar la organización del Tercer CONHOSCO.

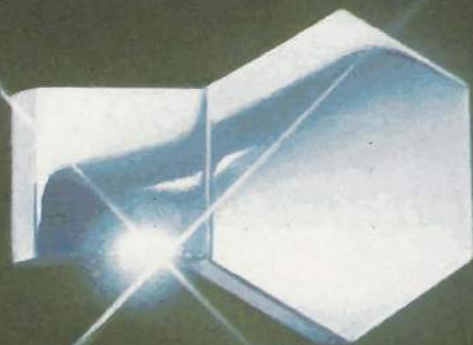
Cuando el Hospital Italiano de Buenos Aires aceptó la organización del mismo propuso al Comité de la Asociación efectuarlo en sus propias instalaciones, utilizando la infraestructura que dispone su Departamento de Docencia e Investigación. Con ello se satisfacían dos objetivos: uno disminuir al mínimo los costos del Congreso, y el otro de mostrar que nuestras Instituciones están capacitadas por sí mismas para albergar un evento de esa índole.



Hoy

# FORTUM Glaxo ceftazidima inyectable

500mg/1gr





# Más allá de la tercera generación

- Espectro bactericida excepcionalmente amplio... desde el *Staphylococcus* hasta la *Pseudomona*.
- Monoterapia real y efectiva para el tratamiento empírico del paciente hospitalizado.
- Mayor y más completa actividad que las combinaciones existentes.
- Excelente tolerancia, por su perfil de seguridad similar a las cefalosporinas de primera generación y sin la toxicidad de los aminoglucósidos.
- El resultado de seis años de intensa investigación de Glaxo.
- Aprobado por la FDA con la calificación: "1 A"  
El primer antibiótico inyectable que logra la máxima distinción en más de una década.





Al elegir los temas del Congreso se buscó por un lado que tuvieran un enfoque multidisciplinario y por el otro, un interés común a todas las instituciones participantes. Los tópicos centrales seleccionados fueron "Atención del Geronte" e "Infección Hospitalaria"; la sola mención de los mismos dan la idea de la trascendencia de ambos. El primero, por tratarse de una problemática creciente para todas nuestras instituciones; la infección hospitalaria, por su parte, porque ha llegado a constituirse en uno de los aspectos asistenciales de mayor complejidad de resolver. Los otros temas desarrollados fueron: "Atención domiciliaria", importante aspecto actual sobre la asistencia del Hospital con proyección hacia el propio domicilio del paciente; "Computación en Hospitales de Colectividad", que contó con la participación de un experto de Estados Unidos especialmente invitado; "Comunicación con el paciente", enfocado con el criterio amplio de la comunicación que debe mantener el paciente con todos y cada uno de los sectores del Hospital, sean estos profesionales, técnicos o administrativos.

Por último el tema "La docencia e investigación en un Hospital de colectividad", que por su trascendencia nos exime de mayor comentario.

En las actividades del Congreso se incluyó un Curso de Enfermería referido a "Integración, Docencia y Servicio", buscando con ello contribuir a la mejor capacitación de nuestro personal paramédico.

El Congreso recibió el valioso apoyo económico de los Laboratorios Bagó y contó con una numerosa concurrencia, representante de las distintas disciplinas de todos los hospitales.

El positivo resultado final del Congreso nos estimula para proponer la realización del IVº CONHOSCO en el año 1988.

Dr. Enrique S. Caruso



# Tercer Congreso Argentino de Hospitales de Colectividad:

## ACTO INAUGURAL

Palabras del Sr. Presidente de la Asociación de Hospitales de Colectividad y Particulares sin fines de lucro, Don Luis D. Stück.

Señoras, Señores:

*En mi carácter de Presidente de la Asociación de Hospitales de Colectividad y Particulares sin fines de lucro, es para mí un alto honor dirigirme a las autoridades presentes, a los invitados especiales y a los asistentes a este Tercer Congreso Argentino de Hospitales de Colectividad y darles la más cordial bienvenida.*

*Las siguientes instituciones nucleadas en nuestra Asociación, próxima a cumplir cuarenta y dos años de fructífera trayectoria, el Hospital Alemán, el Hospital Británico, el Centro Gallego, el Hospital Español, el Hospital Francés, el Hospital Israelita, el Hospital Italiano, el Hospital Sirio Libanés y ALPI, actuando sin fines de lucro y desbordando los límites de las colectividades de origen, constituyen hoy día, valiosos centros para el cuidado y atención de todos los habitantes de nuestro acogedor país, sin distinción de razas, credos ni nacionalidades. La labor ininterrumpida de la Asociación tiene el mérito de su permanente esfuerzo por estrechar y reforzar los vínculos existentes entre todos sus miembros.*

*En el año 1982 comenzaron la serie de Congresos de los Hospitales de Colectividad y en estos días se está llevando a cabo el Tercero, en esta oportunidad bajo la dirección científica y profesional del Dr. Enrique Caruso en representación del responsable médico-científico del Tercer CONHOSCO, el Hospital Italiano.*

*La Asociación de Hospitales, en su carácter de organizador de Congreso, desea fervientemente que el mismo constituya el índice cabal de los avances de las distintas iniciativas tendientes a la integración de todos los hospitales de comunidad, sin por ello perder cada entidad su individualidad. Cada uno de los hospitales que forman la Asociación atraviesa momentos difíciles, los cuales no se podrán superar si no nos mantenemos unidos y sólidamente ligados a la misma.*



*Creemos percibir indicios de una reapertura del debate público sobre el proyecto de Seguro de Salud con perspectivas de introducirle modificaciones sustanciales, teniendo en cuenta las abundantes y fundadas opiniones que se han vertido al respecto. Esto nos coloca en una posición esperanzada y desde aquí ponemos a disposición de las autoridades, la centenaria experiencia de nuestras instituciones para que se pueda sancionar una ley que otorgue a toda la población una adecuada atención médica sin destruir la iniciativa privada ni vulnerar el marco de la libertad.*

*Con la convicción de estar bien encaminados, rindo mi emocionado homenaje a los que nos precedieron en esta noble tarea y expreso el más profundo agradecimiento a los que hoy nos acompañan, a las autoridades por los auspicios y colaboración, a las empresas patrocinantes por el apoyo brindado, al Comité Organizador por la tarea realizada y al Comité Ejecutivo y a nuestros respetados profesionales por su empeño y dedicación.*

*Muchas gracias.*

Luis D. Stück







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



*Siempre marca el rumbo.*





# **INFECCION HOSPITALARIA\***



*Mesa Redonda "Infección Hospitalaria"*

**Dra. Liliana Clara**

Vamos a sintetizar los conceptos vertidos en las distintas mesas de subtemas.

**Dr. G. Benchetrit:**

Nos planteamos en la mesa cuándo se usan los antibióticos, en qué porcentaje y qué tipo de drogas se emplean. En un estudio conjunto de los Hospitales Israelita, Español, Italiano y el Centro Gallego, sobre 1015 pacientes internados (estudio de prevalencia de 1 día) la tercera parte estaba recibiendo antibióticos y de ellos más de la mitad como profilaxis de acto quirúrgico, que llevó a un tercio el consumo total; menos de la mitad fue para tratamiento, en servicios clínicos y quirúrgicos. Las cifras de uso de antibióticos coinciden con la literatura y son de 28%, 29%, y 40% en el Hospital Italiano, Hospital Español y Centro Gallego. En el Hospital Italiano, por ejemplo, sólo el 15% de los pacientes que recibían antibióticos pertenecían a Clínica Médica y el 85% a Cirugía.

El día del estudio, el 23% de los pacientes de Clínica Médica eran vistos por el Sector de Infectología del Hospital, contra sólo

el 5% de los pacientes de Cirugía. En el resto de los hospitales, el uso antibiótico llegó al 51% para cada uno de ellos.

Estas diferencias marcadas entre los distintos centros se podrían explicar por múltiples factores, entre ellos la existencia o no del Servicio de Infectología.

En este cuadro se observa que, pese a lo que se supondría "a priori", la consulta con Infectología no resultó en un mayor uso de antibióticos, sino lo contrario. Otros factores que influyen son los criterios de internación y la comunicación o no con el Servicio de Bacteriología que existe en cada hospital.

Hubo 419 prescripciones de 23 tipos diferentes de antibióticos; de este total el 77% recibieron una, 20% dos y 3% tres drogas. Los que más se usaron fueron las ampicilinas (en la cuarta parte del total de pacientes), seguidas por aminoglucósidos y cefalosporinas de primera generación. De los aminoglucósidos, el uso fue 3:1 para gentamicina-amikacina. Estos tres grupos de drogas constituyeron el 75% de todo el uso de antibióticos. Para tratamiento pre-

**HOSPITAL ITALIANO: USO DE ANTIBIOTICOS**

Servicio	Nº de internados	% de pacientes en consulta infectológica	% de pacientes con antibióticos		
			Total	Profiláct.	Tratam.
Clínica Médica	78	23	19	2	17
C.C.V.	50	16	52	38	14
Neurología	20	15	25	10	15
Cirug. Gral.	44	4.5	33	19	16
Ortopedia	48	2	52	46	6
Urología	13	0	77	70	7



dominó el uso de ampicilina y para profilaxis una cefalosporina de primera generación (cefalomicina, cefalotina).

**Dr. D. Stambouljan:**

Se calcula que un 30% de los pacientes internados en los hospitales reciben antibióticos, salvo en un Centro que registró el 40%. Universalmente, el mal uso alcanza a la mitad de los casos y eso se traduce en innumerables problemas, entre ellos: los mayores costos, perjuicio para el paciente, etc. Es obvia la necesidad de aprender a utilizarlos mejor.

Sin embargo, intentar reducir este mal uso al 10% o 0% es desconocer la conducta médica. Los médicos solemos ser omnipotentes e indicamos los medicamentos con mucha suficiencia, resultando la actitud médica muy difícil de evaluar. No creo que podamos manejar bien los antibióticos ni ninguna otra cosa en el 100% de los casos. En instituciones donde no funciona un grupo infectológico no hay normatizaciones, existe libertad absoluta para medicar y el resultado es que frente a esa circunstancia el médico se siente "más seguro" indicando antibióticos. Algunos de ellos son "señaladores" de la calidad de indicación de estos fármacos. Llamó la atención que la ampicilina fuera el antibiótico más utilizado. Lo positivo de esto es que es una droga relativamente barata, pero lo negativo es que la indicación en adultos rara vez se justifica, pudiendo ser reemplazado por penicilina. No en todas las instituciones sucede así, y el Dr. De Leone comentó, como ejemplo, que una cefalosporina de primera generación más un aminoglucósido es la combinación más usada en el Hospital Francés. Esta combinación clásica, de amplio espectro, es también de

uso común en muchos otros centros.

Otra observación interesante es la referida a que estamos aprendiendo a utilizar mejor nuestro tiempo. Hacemos trabajos de prevalencia y no de incidencia. Para saber cómo se está utilizando tal o cual elemento, es necesaria una fotografía de un momento y no una larga película. Incidencia es hacer el estudio de un problema durante un largo período, siendo de utilidad para algunas cosas; prevalencia es hacer un corte. Con datos de prevalencia nos damos cuenta muy bien y rápidamente cómo se usan los antibióticos en un hospital. Las horas médicas, de enfermería, etc, siempre se pagan, aunque sean mal recompensadas económicamente, y es mejor en consecuencia saber administrarlas; esto es eficiencia. Las características particulares de cada centro generan diferentes problemas. En ALPI, con su problemática peculiar, el Dr. Del Castillo pudo modificar algunas tendencias y obtuvo un consumo adecuado del 20%, manteniéndose un uso irracional del 25%. Estos cambios en la tendencia permiten disminuir la resistencia bacteriana.

Otros centros han expresado los problemas que tienen con los Comités de Infecciosas. Los Comités deben integrarse con personal que esté interesado en pertenecer a ellos, y el nombramiento para formar parte del mismo debería ser considerado un honor y no una carga. Por ejemplo, el representante de cirugía no debiera considerar como una pérdida de tiempo a su participación en el Comité. El asunto del rasurado, el uso de los antibióticos como profilácticos, las técnicas quirúrgicas, son temas específicos que siempre son mejor manejados por un cirujano y también se



*Hipertermia,  
targia, tos productiva,  
olor torácico, disnea...*



Después del diagnóstico...

# RIFA PRIM<sup>®</sup>

(Rifampicina + Trimetoprima)

## es su mejor opción

#### INFORMACION PARA PRESCRIBIR

**FORMULA**  
Cada gragea de RIFAPRIM<sup>®</sup> contiene 300 mg de rifampicina y 80 mg de trimetoprima. Cada 5 ml de RIFAPRIM<sup>®</sup> suspensión contienen 100 mg de rifampicina y 27 mg de trimetoprima.

#### INDICACIONES

RIFAPRIM<sup>®</sup> está indicado en el tratamiento de: infecciones respiratorias (altas y bajas), dermatológicas, urinarias (agudas, crónicas y/o recurrentes) causadas por microorganismos sensibles. Las prostatitis son otro campo de aplicación, al igual que otras infecciones que reconozcan como agente causal a gérmenes sensibles a RIFAPRIM<sup>®</sup>.

#### DOSIFICACION Y ADMINISTRACION

Por vía oral, RIFAPRIM<sup>®</sup> debe administrarse en ayunas, al menos 30 minutos antes de comer, o 2 horas después de comer.

**ADULTOS:** Se recomienda administrar 2 a 3 grageas por día divididas en dos tomas con intervalo de 12 horas. En infecciones de vías urinarias se recomiendan 2 grageas juntas antes de acostarse.

**NIÑOS:** Se aconseja administrar 10-20 mg/kg/día, en base al contenido de rifampicina, repartidas en dos tomas. En la práctica, 7.5-10 ml de jarabe por cada 10 Kg de peso al día, repartidos en dos administraciones.

#### INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

La rifampicina tiene propiedades inductoras de las enzimas hepáticas, y puede reducir la actividad de los anticoagulantes, ciclosporina, quinidina, narcóticos, analgésicos, dapsona, corticosteroides, digitalícos, anticonceptivos orales, e hipoglucemiantes orales. La trimetoprima disminuye el metabolismo de la fenitoína. Puede ser necesario ajustar las dosis de estos medicamentos si se los administra en conjunción con RIFAPRIM<sup>®</sup>.

#### REACCIONES ADVERSAS

La rifampicina es generalmente bien tolerada a las dosis recomendadas. Las siguientes reacciones adversas pueden presentarse: Prurito, náuseas, vómitos, malestar abdominal, diarrea, trombocitopenia. Esta última, puede presentarse con o sin púrpura, y es reversible si la droga se suspende inmediatamente.

#### CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad a las rifamicinas y/o la trimetoprima. Ictericia. Anemia megaloblástica debida a deficiencia de folatos. Embarazo.

#### ADVERTENCIAS/PRECAUCIONES

Los pacientes con deficiencia en el funcionamiento hepático deben recibir RIFAPRIM<sup>®</sup> solo en caso de necesidad, y aún así debe ser utilizado con precaución y bajo estricta supervisión médica, controlando la función hepática, especialmente las transaminasas glutámico pirúvica (TGP) y glutámico oxalacética (TGO), antes del inicio del tratamiento, y luego cada 2 a 4 semanas.

La rifampicina presente en RIFAPRIM<sup>®</sup> puede producir una coloración rojiza en la orina, del esputo y de las lágrimas, y se debe advertir al paciente sobre esta posibilidad. Las lentes de contacto blandas pueden teñirse de manera permanente.

#### FORMAS DE PRESENTACION

Grageas: envases por 10 y 20 - Jarabe: frasco por 100 ml.

Mayor información sobre Indicaciones, Dosificación, Interacciones, Reacciones Adversas, Contraindicaciones, Advertencias y Precauciones, queda a disposición del profesional.

Av. L.N. Alem 896 (1001)  
Tel. 312-7021 - Buenos Aires





acepta que a los cirujanos es mejor que les hable otro cirujano.

En Traumatología, el Dr. Ebdekar comentó lo mismo. Me permito sugerir que no traten de integrar el Comité con gente nombrada por el jefe del servicio. Si el jefe de residentes, un residente o médico joven están motivados para la tarea, tendrán mejor respuesta. Los datos recogidos por el Comité de Infecciosas sirven para interpretar y evaluar el uso de los antibióticos.

En un instituto se encontró una alta incidencia de klebsiella, E. coli, Estafilococos y Pseudomonas sp, y el antibiótico más utilizado era la ampicilina. En áreas con un uso elevado de antibióticos, como terapia intensiva, esto es más crítico aun.

El Dr. De Leone nos comentó que de cada austral que se gasta en su hospital, 56 centavos van a medicamentos, de los cuales 33 centavos son para antibióticos.

Antes no existía tanta preocupación porque el negocio era de la farmacia. En nuestro Hospital, por ejemplo, una de las áreas con superávit es precisamente Farmacia, junto con Procedimientos y Cardiovascular y, visto en "números" todo lo demás da pérdida. En los planes capitados, el manejo de los costos es aun más trascendente.

Los Comités fijan normas. Es importante que cada centro fije sus propias normas, haciendo una revisión periódica de ellas. En nuestro Hospital son revisadas anualmente. Toda norma debe ser, además de actualizada, auditada.

El Dr. Ghia nos mostró que los pacientes que más consultan a Infectología son los que menos antibióticos usan. Quienes tienen la responsabilidad directiva deberían encontrar útil tener gente que haga las co-

sas mejor para así gastar menos.

Si yo tuviere un prepago médico, lo que mejor remuneraría sería la consulta médica y de esta manera tendría los mejores profesionales. En nuestro medio se hace al revés. Los prepagos organizan sistemas donde ganan mucho los dueños, se gasta mucho en tomografías computadas y procedimientos de todo tipo y finalmente al médico le pagan solo tres australes la consulta. Este debe saber cómo atender a un paciente en tres minutos porque si lo ve en quince no le alcanza para vivir. Es mucho más barato un médico bueno al que se le paga bien, porque se va a preocupar por el paciente y no va a terminar innecesariamente en el recetario de prestaciones y de indicaciones. Lo que veo rescatable del Hospital Italiano es que con más consultas por gente capaz se logra un menor uso de antibióticos. Esto se debe difundir. Otra cosa que dijo el Dr. Ghia es que a alguno de los nuevos antibióticos los controla alguien. Eso es importante. Ustedes saben la presión de los laboratorios, trabajan con mucho profesionalismo en todo lo relacionado a publicidad. Con tanta presión, alguien tiene que decir cuándo usar el ceftazidime (que es un antibiótico valiosísimo para los pacientes con Pseudomonas), para no usarlo exageradamente porque además es muy caro.

El Dr. Marco del Pont, de Pediatría nos mostró como ellos usan bastante bien los antibióticos. El pediatra en el fondo es un infectólogo, porque ve mucha patología de esta naturaleza. La obra docente del Dr. Gianantonio ha resultado ser un arma muy poderosa para mejorar el aprovechamiento de recursos.

Les tocó el turno también a los enferme-



ros. Algunos de los planteos me impactaron. Una de las críticas que nos hacen, es que nosotros como médicos, muchas veces escribimos cuándo debe comenzarse con los antibióticos pero no cuándo terminar. Se podrían ahorrar muchos antibióticos si se controlara este punto, así como también si se intentara sincronizar la administración de algunos de ellos para evitar el desperdicio (especialmente en pediatría). Otra inquietud que nos hicieron llegar fue que nosotros no le decimos cómo deben guardarse una vez preparados. Reconocemos que muchas veces nosotros tampoco lo sabemos.

No es lo único que no hacemos. En un hospital se efectuó un estudio que comprobó que los médicos se lavaron menos las manos que las enfermeras. Esto me preocupa mucho cuando indico un antibiótico en un paciente que tiene un absceso endovenoso. Hay que pensar en la menor cantidad de aplicaciones diarias (por ejemplo, ver si se puede sustituir cefalotina por cefazolina) para disminuir el riesgo de manipuleo. Yo quería terminar recalando algunas cosas. Hoy hablamos del uso irracional de antibióticos. Hicimos el diagnóstico de la situación. No sabemos cómo va a terminar la película. No sabemos qué medidas hay que tomar en cada centro, ni cómo haremos después para controlar lo que sabemos que pasa hoy. Hay que llamar a los que hacen las cosas mal, pero no hay que castigar ni acusar. Señalar simplemente lo que está mal, los problemas, y hacerlos partícipes de las soluciones. No sirve la "experiencia personal" que no está bien documentada, aún tratándose de un jefe de servicio. Si bien el conocimiento aumenta nuestras dudas, algunas tendencias

y cosas se pueden decir. Aprendimos que cuando la gente se sienta en una mesa donde nadie le hace imposiciones, sino que se comparten los problemas, se pueden encontrar las mejores soluciones.

Esa es la segunda parte de este tema que esperamos se aborde en los próximos congresos de Hospitales de colectividades.

#### **Dr. C. Arrosamena:**

Con el Dr. H. López coordinamos una mesa que estaba integrada por once panelistas de distintas especialidades. La discusión se basó en la premisa de que las infecciones quirúrgicas son en general predecibles y prevenibles y se comentó la importancia del Comité de Infecciones o un ente equivalente que estudie este problema en cada hospital. Ya nadie duda que una estructura como ésta tiene una positiva relación costo/beneficio para el hospital. Ya se han comentado aspectos del Comité sobre los que no vamos a insistir, pero conviene enfatizar que el Comité debe realizar un control de todas las infecciones que hay en el hospital, que esas infecciones deben conocerse en la dirección del hospital y en el departamento de cirugía y que cada cirujano debe saber cuál es su propio índice de infecciones. El Dr. López decía que el cirujano es habitualmente ejecutivo, y que si tiene un alto índice logra disminuirlo rápidamente, o por lo menos es el que tiene más posibilidades de hacerlo. El otro punto a destacar es la participación de enfermería en el Comité. La Dra. Clara decía que nadie ha hecho tanto como enfermería, desde Florencia Nightingale en adelante, para el control de la infección intrahospitalaria. En eso estamos todos de acuerdo.



Para ordenar las conclusiones, comentaremos primero aspectos relacionados al quirófano y luego aspectos del paciente.

Con respecto al quirófano, un punto importante son las condiciones físicas del mismo. Un buen diseño, con tres áreas convencionales (sucio, intermedia y limpia), aislado del tránsito público y con buena ventilación (aire sin recirculación, humedad y temperatura apropiadas) especialmente para cirugías limpias. Es probable que un número considerable de quirófanos no reúna estas condiciones, y además es imposible cambiarlos o hacerlos nuevos. Sin embargo, lo que más falla en el quirófano no es la infraestructura, sino el factor humano y los esfuerzos deberían estar destinados más bien a corregir este punto. Un aspecto interesante en relación con lo edilicio, es que la distancia excesiva entre el centro de esterilización y el quirófano y la circulación excesiva y desprotegida del material esterilizado antes de llegar al quirófano, han sido asociados con infección quirúrgica. Otra vez, acá hay cosas que pueden cambiarse con relativo poco esfuerzo. La eficiencia del servicio de esterilización debe chequearse apropiadamente.

El lavado del quirófano ha sido también discutido. El uso de antisépticos en forma rutinaria ha sido un "dogma" que ha cambiado. Se acepta actualmente que el lavado con agua y detergente es generalmente apropiado. Si se hizo cirugía sucia o se intervino un paciente con una infección por cepa multirresistente, está indicada una desinfección con hipoclorito de sodio al 0.5%. La limpieza de los quirófanos no debe hacerse solamente al terminar el día de cirugía sino entre una y otra.

El comportamiento del personal (médico y no médico) en el quirófano es de importancia capital. En área intermedia debe efectuarse un cambio total de ropa. Para ingresar al quirófano con: gorro que cubra todo el pelo, barbijo descartable de múltiples capas, botas de tela, ambos (con la camisa dentro del pantalón), camisolín estéril reforzado en cuello y con mangas de puño elástico y guantes estériles, **toda la ropa deberá ser cambiada si se humedece o moja**. Entre cada intervención se debe efectuar nuevo lavado de manos con cepillo y jabón antiséptico. Para todo el personal está proscripto el ingreso al quirófano con infecciones supuradas de la piel o herpes (o cualquier dermatitis crónica que tenga alto índice de colonización con estafilococo). El entrenamiento del personal lleva tiempo y no deben efectuarse rotaciones innecesarias una vez que el mismo ha aprendido a manejarse en el área.

Un punto en el que no puede dejar de insistirse, es que el **tránsito de personas** en el quirófano, debe ser **restringido**. El personal es fuente de infección exógena porque la piel descama con dispersión de bacterias, la pelusa de la vestimenta se desprende también y las gotas del *pf-lügge* resultan de contaminación ambiental. En los hospitales donde se ejerce docencia es un punto de difícil control, ya que hay más personas de las estrictamente indispensables.

Con respecto al **paciente** hay también toda una serie de observaciones interesantes comentadas en la mesa.

Hoy en día muchos hospitales están tratando enfermos de mucha edad, con condiciones sociales o nutricionales no demasiado adecuadas y que están en cierto mo-



Cardiovascular

**Isoket 5 mg**  
**Isoket retard 20 mg**

# ISOKET



**Novedad**  
**Solución**

para la preparación  
de infusiones i. v.

Composición: Cada ml  
contiene 1 mg de dinitrato  
de isosorbide en suero  
fisiológico salino.

Presentación: Frasco de 100 ml.

**El primer dinitrato  
de isosorbide de  
administración  
intravenosa para el  
tratamiento de pacientes  
internados en unidad  
coronaria o terapia  
intensiva.**

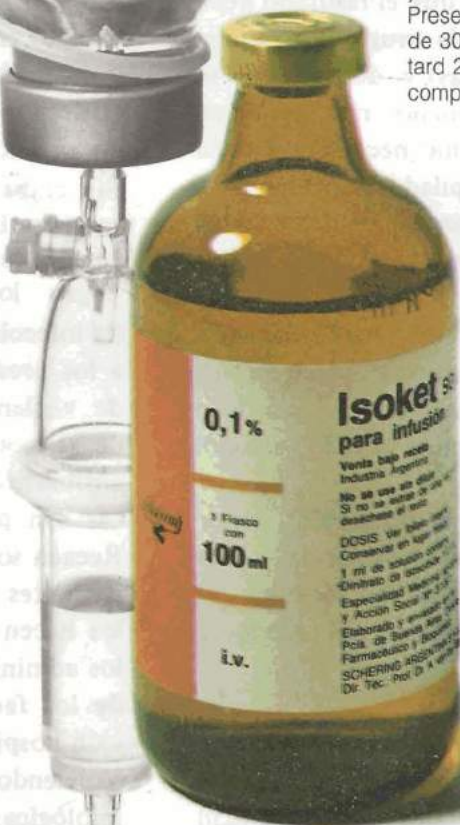
**Isoket 5 mg, retard 20 mg**

Composición: Cada comprimido contiene 5 mg.  
y 20 mg. de dinitrato de isosorbide.  
Presentación: Isoket 5 mg. envases  
de 30 y 100 comprimidos Isoket re-  
tard 20 mg. envases de 30 y 100  
comprimidos.

Para mayor información  
consúltense nuestros  
impresos más detallados.

Schering AG  
República Federal  
de Alemania

**Pami 70%**





do vinculadas al incremento de las infecciones. Si la cirugía es de emergencia, es de esperar un mayor índice de infección. Cirugías demasiado prolongadas (sea por la naturaleza de la cirugía o por la aparición de complicaciones) se han asociado también con mayor infección. En muchos de estos factores puede ser difícil ejercer influencia positiva, pero, por ejemplo, puede mejorarse o tenerse más en cuenta el estado nutricional antes de una cirugía electiva, o reducir el tiempo de internación quirúrgico al mínimo.

El baño previo a la operación, pre-admisión con jabón antiséptico es muy importante. Está aceptado que el rasurado debe ser lo más cercano a la cirugía que se pueda (no más de 2 horas) y, de hecho, si se puede evitarlo o al menos restringirlo en su extensión al mínimo necesario. Deben usarse soluciones depiladoras o bien si se usan elementos cortantes, tener recaudos para evitar injurias de la piel. En el quirófano, debe realizarse un lavado con un jabón antiséptico; un buen secado con apósitos estériles y luego pintar el área quirúrgica con iodopovidona, alcohol iodado o (si el paciente es alérgico al yodo) alcohol al 70%.

Parafraseando el viejo proverbio: Señor concédeme valor para cambiar las cosas que puedo, resignación para aceptar las que no puedo y sabiduría para reconocer la diferencia.

#### **Dr. R. Durlach**

He coordinado la mesa sobre vigilancia epidemiológica. Resultó rápidamente evidente que pocos hospitales de comunidad cuenta con un Comité de Infecciones o con enfermera epidemióloga. Esto implica que mal puede llevarse adelante cual-

quier programa de vigilancia epidemiológica. Con ausencia de experiencia para extraer conclusiones, la discusión fue en gran parte sobre bases teóricas y la aplicabilidad de los conceptos extraídos por la experiencia de otra gente.

Las primeras consideraciones que caben son, sin embargo, producto de otro tipo de experiencias. Esto es: va a resultar mucho más útil hacer una propuesta de un programa de vigilancia directamente al administrador de un hospital. Sensibilizar a un infectólogo y otra gente concientizada en el tema (bacteriólogos, algunos cirujanos, enfermeras epidemiólogas) no tiene sentido. La Dra. De María comentaba que detectó en su hospital un brote epidémico y no tenía a quien hacer llegar tan importante información. Otra vez volvemos a la importancia del Comité de Infecciones. Sin embargo, insisto en la Dirección Administrativa. Nos preguntamos cómo puede ser que, inclusive hasta los que pagan los costos de la complicación (la infección intrahospitalaria) no le exijan a los prestatarios que sigan un programa de vigilancia epidemiológica. Los costos de atención, el día cama prolongado, los antibióticos y las otras medidas terapéuticas son pagados por las Obras Sociales. Reaen sobre las instituciones donde estos pacientes están internados. Los contratos los hacen representantes de los gremios y los administradores, pero ellos nada saben de los factores que determinan la infección hospitalaria.

Volviendo al tema de la vigilancia epidemiológica, una primera observación es que estas palabras pueden ser usadas con distinto sentido. La "vigilancia comprensiva" (método continuo-extensivo o tradi-

cional) fue definida por el Center for Disease Control de USA (CDC) en 1972, y recomendado para los hospitales de ese país. Implica una vigilancia de todo el hospital, análisis estadístico de los hallazgos y preparación de un reporte periódico para distribuir entre el personal clave del hospital. Todas las infecciones adquiridas a lo largo del tiempo en la institución deberían ser registradas. Se lo ha criticado mucho. Implica un esfuerzo enorme, un uso ineficiente del tiempo por parte de la enfermera epidemióloga (medible por ejemplo como "horas de trabajo/número de infecciones detectadas") lo que a su vez implica que ésta tendrá poco tiempo para la **Educación Incidental** (sobre el área), para investigar brotes epidémicos y otras tareas que le competen. Implica también la generación de una montaña de datos estadísticos que quizás no se usen nunca (y por ahí ni siquiera se lean alguna vez).

La eficacia de una enfermera epidemióloga en detectar infección nosocomial, si uno construyera un gráfico de tiempo usado en función del número de infecciones detectadas, no es lineal sino por una curva que en forma asintótica se aproxima a la detección del 100%. Por lo tanto, un 50% se detectaría en, por ejemplo, las primeras 20 horas de una semana de trabajo, en las 20 horas siguientes solamente se detectaría un 25%, y las restantes exigirían un esfuerzo desproporcionado para ser detectadas. Esto condujo al concepto de **Vigilancia Limitada**.

La "vigilancia limitada" se hace en áreas de alto riesgo (tales como las unidades de cuidados intensivos), en infecciones específicas (tales como bacteriemias) o en salas representativas de cada hospital. Este

método limitado sin embargo todavía detectaría brotes epidémicos mayores pero consumiría menos tiempo. Otra forma de limitar el método tradicional es en el tiempo. Por ejemplo, la llamada "vigilancia periódica" que implica el método tradicional pero usado solamente un mes cada trimestre, (4 meses al año), monitorizando en el interin solamente los hemocultivos. Es más practicable y también podría limitarse geográficamente a las áreas más críticas.

También puede ser útil con fines específicos restringir la vigilancia a los pacientes de más riesgo, lo que aumentaría la relación tiempo utilizado/infecciones detectadas. La población de alto riesgo ha sido definida como: inmunocomprometidos (leucemias, linfomas, granulocitopenia, cáncer, collagenopatía, corticoideoterapia) quemados, trasplantados, operados con cirugía sobre terreno séptico o con cirugías de más de dos horas, traqueostomías; shunts ventriculares cerebrales, pacientes con sonda vesical; pacientes alimentados por vía endovenosa; pacientes en asistencia respiratoria mecánica y úlceras por decúbito u otras heridas especiales. Todo paciente internado por tres semanas o más entra en esta categoría.

La vigilancia "orientada a un proyecto" (que no implica necesariamente todo el hospital) es otra forma de limitar los esfuerzos, pero esta vez con un objetivo más que el de detectar simplemente la infección hospitalaria. El proyecto está diseñado para identificar factores de riesgo de infección, la modificación o alteración de esos factores y la medición de la eficacia de una intervención determinada. La vigilancia en este caso, es solamente la herramienta de la que uno se vale para medir el





efecto causado por una u otra estrategia de intervención.

El laboratorio es también una fuente de vigilancia epidemiológica que es muy sencilla de implementar. Teniendo el número de aislamientos "basales" o "umbral" de un determinado microorganismo para una determinada área, un exceso significativo del aislamiento en esa área en el mismo período (por ejemplo una semana), puede permitir detectar una epidemia. No provee información de incidencia, ni tampoco prevalencia, pero bien usado detectará problemas significativos con poco esfuerzo.

Recién mencionamos la palabra "prevalencia". Esto significa el "número de infecciones presentes en un momento dado del tiempo". También pueden clasificarse como "activas" o "ya curadas", por tipo de infección, etc. y representan la "fotografía" que mencionara el Dr. Stambouljian. Los estudios de prevalencia son más fáciles y consumen menos tiempo, no dan una idea tan acabada del problema pero se complementan con estudios de incidencia restringidos.

Hay que hacer una aclaración. Nosotros nos referimos como "vigilancia epidemiológica" a la **infección en los pacientes**, pero la vigilancia también abarca las **infecciones del personal** del hospital, la **vigilancia de las enfermedades comunicables** (y los aislamientos) y la **vigilancia del medio ambiente** hospitalario. Quizás valgan la pena algunos comentarios sobre esta última. Sabemos hoy que los "mapeos" bacteriológicos tienen que estar muy dirigidos. Si se trata de un E. Aureus hay que ir a la nariz de los probables portadores. Si es un bacilo Gram negativo, habrá que buscar el reservorio acuoso posible. Un mapeo he-

cho al azar, al margen de los costos, da una variedad enorme de resultados para que después con esas listas en las manos nos pregunten ¿y qué hacemos?.

Una reflexión acerca de los costos: la infección hospitalaria cuesta varios miles de dólares. Los costos para un programa de vigilancia epidemiológica son infinitamente menores, pero tampoco hay que proponer medidas engorrosas, complicadas y con poca relación costo/beneficio. Con el administrador, hay que hablar en términos económicos, así como hablamos en términos científicos con el bacteriólogo, en términos persuasivos con otros colegas y en términos docentes con todo el personal.

# Más allá de todo lo conocido en infecciones urinarias

## **Indicaciones:**

Pielonefritis

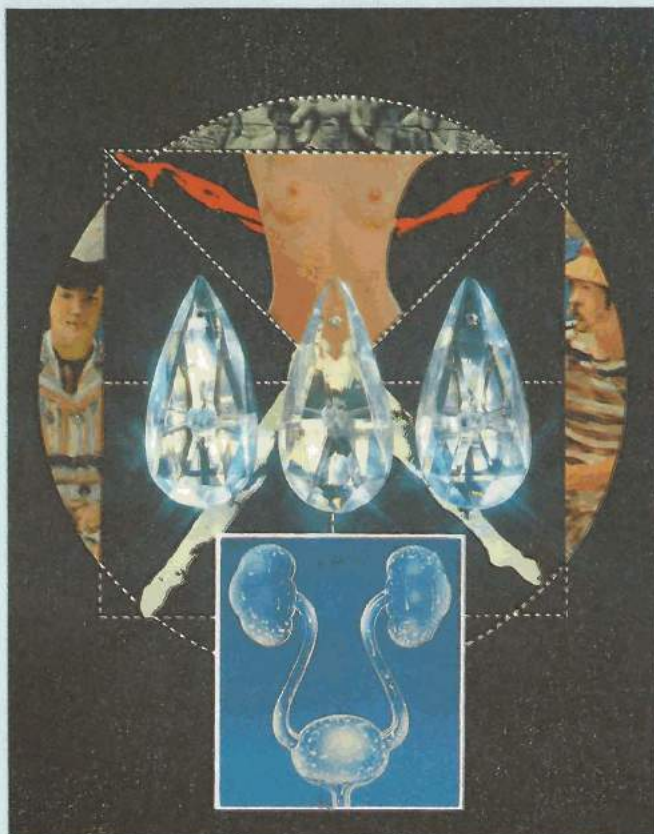
Cistitis

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 400 mg

## 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**



# PATOLOGIA DIGESTIVA GERIATRICA\*

Dr. Marcos Meeroff

La frecuencia de esta patología justifica que la consideremos como integrando una subespecialidad de la gastroenterología.

Analizamos en esta ocasión cuatro de los procesos que la integran:

## 1. DIARREA Y CONSTIPACION

a) En los casos de diarrea aguda hay que tener en cuenta por su gravedad la colitis ulcerosa fulminante y la colitis pseudomembranosa. Esta última se debe a la actuación de ciertos antibióticos: penicilinas naturales y semisintéticas, cefalosporinas y sobre todo las del grupo lincomicina-clindamicina, siendo la cirugía y la edad los dos factores predisponentes más importantes. Se debe realizar endoscopia para identificar las pseudomembranas y luego buscar en ellas o en las heces el germen responsable (*Clostridium difficile*) o sus toxinas en la materia fecal.

*Tratamiento:* supresión del antibiótico responsable y administración del curativo: vancomicina, bacitracina o metronizadol.

Cuando la diarrea es crónica hay que buscar mediante radiografía colónica de doble contraste, colonoscopia y radiografía yeyunoileal, el proceso orgánico responsable (inflamatorio o tumoral); descartados los mismos, deben buscarse los procesos funcionales: anaclorhidria, procesos disabortivos.

b) En oposición a la diarrea, la constipación esencial o primitiva es frecuentísima en el geronte, sin contar con que las personas ancianas viven agobiadas por el temor a padecerla. Deben destacarse ante todo las constipaciones sintomáticas (en primer término, las debidas a las neoplasias colónicas) y luego, ante la constipación esencial hacer una prolija búsqueda causal: factores locales (anales), factores de perturbación motora colónica, alimentación deficiente cuanti y cualitativamente, mala masticación (especialmente las prótesis dentarias), factores psíquicos, ambientales y sociales.

Es de primordial necesidad este balance etiopatogénico para instaurar un adecuado tratamiento o la necesaria prevención. De lo contrario se cae en el uso y abuso de los laxantes, con su riesgo de efectos secunda-

\*Tercer Congreso Argentino de Hospitales de Colectividad. Junio de 1986.



rios. En caso extremo recurrir a los compuestos a base de fibra y a los coloides hidrófilos. El salvado es un buen recurso, pero los ancianos no siempre lo toleran por la distensión abdominal que les provoca.

## 2. ENFERMEDAD DIVERTICULAR

Es, con la constipación esencial, la afección digestiva más frecuente del geronte. En muchos de ellos cursa asintómicamente y es un hallazgo de una radiografía de colon requerida por otras patologías digestivas. Tiene dos modalidades en su complicación: inflamatoria (aguda y/o crónica) y hemorrágica. La primera puede derivar en un cuadro perforativo, penetración en vísceras vecinas, formación de abscesos y trayectos fistulosos de la más diversa localización. En cuanto a las hemorragias, sabemos hoy en día que son menos frecuentes de lo que se creía décadas pasadas, debiéndose en realidad a displasias vasculares en pacientes portadores de divertículos.

Las inflamaciones agudas ceden al tratamiento médico. Excepcionalmente, y ello se debe a sus complicaciones, son patrimonio de la cirugía, cuya estrategia, táctica y técnica varían según el tipo de dicha complicación. Las hemorragias son en su mayoría autolimitantes. Muy excepcionalmente llegan a manos del cirujano para realizar ectomías colónicas limitadas y en muy raras ocasiones una colectomía.

## 3. HEMORRAGIAS DIGESTIVAS MASIVAS BAJAS

Felizmente poco frecuentes, pero gravísi-

mas, representan el 2 a 3% del total de las hemorragias masivas y se deben a procesos que asientan debajo del ángulo de Treitz.

Lo esencial es el diagnóstico topográfico y etiopatogénico. Disponemos de tres recursos: colonoscopia, radiografía y angiografía. Todos ellos difíciles de emplear en el momento de la hemorragia, con un colon parcial o totalmente lleno de sangre. Con todo, son medios a emplear siempre que sea posible.

En materia terapéutica, lo clásico de toda hemorragia masiva: internación en el Servicio de Terapia Intensiva, tratamiento supletorio, vasopresina por vía endovenosa (no ofrece mejores resultados la vía arterial por arteriografía) y de la misma manera, somatostina si se dispone de ella. No olvidar la acción de la enema baritada, y si se hace arteriografía, embolización obstructiva o empleo de los rayos laser. La experiencia de estos recursos es más que escasa en nuestro medio. Como último recurso está la cirugía, que puede implicar una operación menor si se ha logrado precisar el sitio del sangrado; de lo contrario se imponen resecciones extensas y, por consiguiente, de mal pronóstico.

## 4. ICTERICIAS

Son frecuentes y de servero pronóstico en el geronte. De causa médica: cirrosis hepática, insuficiencia cardíaca congestiva, hígado de sepsis, ictericia posoperatoria, hepatitis viral aguda, hepatitis crónicas, linfomas, etc. De causa quirúrgica: litiasis coledociana primitiva o residual, colangitis, neoplasias de páncreas o de órganos y conductos del carrefour biliopancreático.

Lo interesante a destacar es el aporte que





el diagnóstico topográfico, etiológico y patogénico proporcionan actualmente los métodos no invasivos como la ecografía, la centellografía hepática, la colangiografía transparieto-hepática y la retrógrada transduodenal y finalmente la tomografía axial computadorizada. El panelista insiste en la utilidad extraordinaria de la colangiografía retrógrada por la precisión de sus datos y, lo que es de extraordinaria significación, por sus posibilidades terapéuticas,

justamente en los seniles, en los que la cirugía siempre implica mayor riesgo. Es el caso de papilotomías endoscópicas, cada vez más empleadas.

Otra conclusión interesante fue que se ha perdido el temor a la cirugía biliar en el geronte. La morbilidad y mortalidad operatorias, haciendo un buen estudio del organismo del paciente y una adecuada preparación preoperatoria, no es mayor que la que se anotan en los adultos.

# 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

En trastornos  
cérvico-vaginales



**curacid**<sup>®</sup>

Único tratamiento integral

pomada



- Reepitelizante
- Antiinfeccioso
- Antiinflamatorio
- Hemostático post-biopsia

1 - 2 aplicaciones  
vaginales diarias.

Presentación: envases conteniendo 10 AMD (aplicadores monodosis descartables)





# SINDROME CONFUSIONAL EN EL GERONTE\*

Dr. Fernando A. Alvarez

En este grupo de trabajo se discutió: 1) Ubicación nosológica, terminología y definición del síndrome confusional 2) Cuadro clínico, diagnóstico y diagnóstico diferencial 3) Etiopatogenia y fisiopatología 4) Pronóstico y tratamiento. Las conclusiones del grupo de trabajo fueron las siguientes:

## 1. DENOMINACION, UBICACION, NOSOLOGIA Y DEFINICION.

Según la clasificación internacional de los trastornos mentales propuesta por la OMS (ICD-9 de 1975), el síndrome clínico se ubica dentro de los "cuadros psicóticos orgánicos transitorios". Se lo denomina "estado confusional agudo" y es asimilado a una larga serie de cuadros clínicos asociados a diversas etiologías (infecciosas, vasculares, traumáticas, endocrinopáticas, etc.).

El "Manual Diagnóstico y Estadístico DSM III", que es un breviario de criterios diagnósticos, elaborado por la American Psychiatric Association (Washington DC, 1980), ubica al cuadro clínico dentro del grupo de "síndromes cerebrales orgáni-

cos" y lo distingue de los restantes síndromes orgánicos cerebrales, con el nombre de "delirium".

El término "síndrome confusional" se utiliza en la literatura médica latina y, según acuerdo del grupo de trabajo, debe seguir empleándose en nuestro medio como sinónimo de delirium.

La confusión aguda puede definirse entonces como un síndrome orgánico cerebral, de comienzo abrupto y de duración relativamente breve (usualmente menos de un mes) caracterizado por un déficit cognitivo global y por trastornos concurrentes de la atención del ciclo vigilia-sueño y de la conducta psicomotora<sup>1</sup>.

## 2. DIAGNOSTICO, DIAGNOSTICO DIFERENCIAL Y CUADRO CLINICO

Los criterios para el diagnóstico, bien definidos en el DSMIII (1980), están constituidos por:

a) Obnubilación de la conciencia, o sea, una disminución de la capacidad para identificar y reconocer el entorno, así como para fijar, cambiar o mantener la atención a los estímulos ambientales.

\*Tercer Congreso Argentino de Hospitales de Colectividad. Junio de 1986.

b) La presencia al menos de dos de los siguientes síntomas: 1) Trastornos perceptivos (ilusiones, alucinaciones, falsas interpretaciones); 2) Lenguaje a veces incoherente; 3) Trastorno del ciclo sueño-vigilia (con insomnio o somnolencia diurna); 4) Aumento o disminución de la actividad motora.

c) Desorientación y deterioro de la memoria.

d) Desarrollo de los síntomas en horas o días y con tendencia a mostrar fluctuaciones durante el día.

d) Evidencias a través de la historia clínica, los datos del laboratorio y el examen físico, de un factor orgánico específico que se estima relacionado etiológicamente con el trastorno. El cuadro debe diferenciarse de la demencia, de la esquizofrenia,

aguda en el geronte de los cuadros demenciales es obvia. A veces el diagnóstico diferencial es difícil debido a que estos síndromes pueden coexistir en el mismo paciente. Sin embargo, la agudeza del comienzo siempre sugiere el diagnóstico de confusión.

Para el DSM III, la confusión se caracteriza por un trastorno de la atención, de la memoria y de la orientación, de corta evolución y de aparición fluctuante a lo largo del tiempo, en tanto que en la demencia lo típico es el deterioro previo de las capacidades intelectuales, lo suficientemente severo como para interferir en la vida social o laboral del paciente.

Las diferencias entre la confusión y la demencia pueden resumirse en el siguiente cuadro:<sup>2</sup>

CONFUSION	DEMENCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etiologías múltiples</li> <li>- Variabilidad en cada paciente                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comienzo agudo</li> </ul> </li> <li>- Disfunción neurológica difusa                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuadro reversible</li> </ul> </li> <li>- Anatomía patológica inespecífica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etiología única                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poco variable</li> </ul> </li> <li>- Comienzo insidioso</li> <li>- Disfunción neurológica focal                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuadro irreversible</li> </ul> </li> <li>- Anatomía patológica característica</li> </ul>

y de los trastornos esquizofreniformes, de otros trastornos psicóticos y de trastornos ficticios con síntomas psicológicos; algunos autores también sugieren diferenciarlos de la histeria<sup>2</sup> y de los trastornos afectivos, de los trastornos disociativos y del síndrome de Ganser.

La importancia de diferenciar la confusión

El comienzo de este cuadro clínico es generalmente agudo, pero ciertas etiologías pueden determinar un desarrollo más lento e iniciar el cuadro después de algunas semanas (hipotiroidismo, anemia perniciosa).

La presencia de un insomnio pertinaz, de pesadillas o de inquietud diurna, pueden



hacer sospechar la inminencia de un episodio de confusión, adquiriendo el valor de síntomas prodrómicos.

Una vez establecido el cuadro, pueden observarse formas de confusión tranquila o agitada. Los síntomas presentan una gran variabilidad y fluctúan en el curso de las horas. Por lo común empeoran por la noche. Si analizamos la sintomatología, es posible demostrar una serie de perturbaciones que abarcan prácticamente la totalidad de las funciones cerebrales. Se demuestra de manera constante un trastorno de conciencia. Existe una disminución en el conocimiento de sí y del entorno. Existe además una alteración en la atención, o sea, una reducción de la capacidad para dirigir los procesos mentales y responder a los estímulos de manera selectiva, focalizada y sostenida. Para algunos autores la perturbación de la atención sería el fenómeno básico en la confusión mental<sup>1</sup>.

Uno de los componentes de la atención es el grado de alerta que posee el sujeto; la misma puede encontrarse muy reducida o por el contrario exagerada, pero aún en este último caso el conocimiento de sí y del ambiente es deficitario.

Es muy frecuente que exista un franco trastorno del estado **vigil**, que puede fluctuar, exagerarse o reducirse; lo común es la somnolencia o breves momentos de sueño durante el día y el insomnio por la noche. En la confusión provocada por la abstinencia de alcohol o de drogas, el insomnio es total y el sujeto se halla en un estado de alerta exagerado. Por otra parte, en los ancianos existen de por sí trastornos del sueño que facilitan la instalación del cuadro confusional, sobre todo cuando

existe una patología cerebral agregada.

Son comunes los trastornos de la **percepción**, especialmente en lo que respecta a la discriminación perceptual y a la capacidad normal para integrar los nuevos preceptos con los ya almacenados en la memoria. Las perturbaciones en el sentido del tiempo se traducen en las confusiones entre el día y la noche o de meses y años.

La desorientación espacial es signo de un mayor compromiso de la función cerebral. Son frecuentes las **delusiones** (falsas creencias), **ilusiones** (impresión sensorial errónea o mal interpretada) y **alucinaciones** (percepciones sin estímulo sensorial).

El déficit en la memoria es variable y va desde una inseguridad respecto de hechos recientes hasta pérdidas mnésicas globales, tanto de los eventos recientes como de los remotos. Los trastornos mnésicos tendrían su origen en los defectos perceptivos y de la atención más que en una alteración de los mecanismos de la memoria, por ejemplo, los pacientes pueden olvidar los sucesos reales y recordar vívidamente las alucinaciones.

El **pensamiento** es lento en su curso; se encuentra fragmentado y sin lógica; las perseveraciones y la desorganización de la conducta son hechos frecuentes, siendo comunes las actitudes paranoides.

El **afecto** es lábil y varía en su expresión; unas veces se halla intensificado y otras apagado. Los pacientes pueden mostrarse deprimidos o ansiosos, atemorizados, enojados o eufóricos. Uno de los síntomas más comunes es una actividad psicomotora anormal, por ejemplo el delirio ocupacional-carfología. Cuando existen trastornos metabólicos subyacentes a la confusión mental surgen signos neurológicos ca-



**NUEVO**  
**PIPRIIL<sup>\*</sup> IV**  
**IM**

Piperacilina Sódica/Lederle

*Seguridad de una  
penicilina con los beneficios  
de la moderna  
antibioticoterapia*

**La primera elección en Pediatría:**



*Por su espectro ampliado de actividad bactericida.*



*Máxima eficacia clínica en una amplia gama de infecciones, incluyendo infecciones mixtas causadas por gérmenes Gram positivos y Gram negativos.*



*Mínima incidencia de efectos secundarios aún en pacientes inmunosuprimidos.*

**PIPRIIL: el antibiótico ideal**

Posología: 100 - 300 mg/kg/día, dividida en 4 a 6 dosis (\*)

(\*) Esta dosis puede ser variada de acuerdo con la gravedad de la infección y el criterio del profesional.



racterísticos como temblores, mioclonías multifocales, asterixis. Por otra parte, dentro de la signología orgánica, la disfunción vegetativa es prácticamente constante en la confusión aguda a forma agitada (vasodilatación, taquicardia, transpiración, etc.)

### 3. ETIOPATOGENIA Y FISIOPATOLOGIA

Los factores etiopatogénicos de la confusión aguda pueden dividirse en predisponentes, facilitantes y precipitantes.

#### **Factores predisponentes:**

El síndrome confusional es una experiencia muy frecuente en pacientes geriátricos. La edad avanzada de por sí, es un factor predisponente. Si a la senectud se asocia un trastorno orgánico cerebral de cualquier etiología y la presencia de una enfermedad crónica (cardíaca, pulmonar, renal o hepática) se multiplicará el riesgo de sufrir un síndrome confusional. Por otra parte en todos los casos deberá investigarse la eventual adicción a determinados fármacos o al alcohol.

#### **Factores facilitantes:**

Los ancianos pueden sufrir tensiones psicológicas ante demandas ambientales difíciles de "asimilar". La fatiga o las emociones intensas pueden facilitar una confusión mental. En ocasiones estos factores se asocian a una privación de sueño. Tanto la falta de estímulos sensoriales como el exceso o saturación sensorial, facilitan el síndrome confusional. Una de las formas posibles de privación es la falta de estímulos propioceptivos y kinésicos, origina-

da en las inmobilizaciones prolongadas (tratamientos de fracturas, intervenciones oftalmológicas).

#### **Factores precipitantes:**

Están constituidos por las disfunciones cerebrales primarias o secundarias. La lista de las primeras es muy amplia y sólo recordaremos las más comunes:

- 1) Estados posconvulsivos de la epilepsia
- 2) Traumatismos encefalocraneanos
- 3) Hemorragias subaracnoideas
- 4) Infecciones (meningitis bacterianas, encefalitis virales).

En el grupo de las disfunciones cerebrales secundarias se recordará en primer término, la intoxicación farmacológica por drogas de uso frecuente (anticolinérgicos, sedantes, etc.) y los envenenamientos por distintas sustancias nocivas.

Ocasionalmente el cuadro se desencadena por la supresión abrupta de alcohol u otras sustancias; es decir, por un síndrome de abstinencia. También es preciso investigar la presencia de ciertas endocrinopatías (hipo o hipertiroidismo, hiperinsulinismo, hiperglucemia no cetósica, etc.) y de otras afecciones no vinculadas a trastornos endócrinos pero capaces también de provocar encefalopatías metabólicas graves (hepatopatías, nefropatías, etc.).

El denominador común en la fisiopatología de la confusión aguda es la presencia de cualquier factor que reduzca el aporte, la captación o la utilización de los sustratos esenciales ( $O_2$  y glucosa) en el metabolismo oxidativo cerebral. El déficit metabólico cerebral se reflejará en la clínica como un trastorno cognitivo, y en el registro EEG como una lentificación difusa.

Las corrientes actuales de investigación se



**NUEVO**  
**PIPRIIL\***  $\frac{IV}{IM}$

Piperacilina Sódica/Lederle

*Seguridad de una  
penicilina con los beneficios  
de la moderna  
antibioticoterapia*

**La primera elección en Pediatría:**

- ✓ *Por su espectro ampliado de actividad bactericida.*
- ✓ *Máxima eficacia clínica en una amplia gama de infecciones, incluyendo infecciones mixtas causadas por gérmenes Gram positivos y Gram negativos.*
- ✓ *Mínima incidencia de efectos secundarios aún en pacientes inmunosuprimidos.*

**PIPRIIL: el antibiótico ideal**

Posología: 100 - 300 mg/kg/día, dividida en 4 a 6 dosis (\*)

(\*) Esta dosis puede ser variada de acuerdo con la gravedad de la infección y el criterio del profesional.



dirigen al estudio del efecto que produce la hipoxia, la hipoglucemia y otras alteraciones metabólicas sobre la síntesis y utilización de determinados neurotransmisores, en especial de la acetilcolina. Para Blass y Plum<sup>3</sup>, la disminución de la síntesis de acetilcolina sería el principal, sino el único mecanismo bioquímico subyacente en el síndrome confusional. Esta hipótesis está apoyada por la frecuente inducción de confusión aguda luego de administrar fármacos anticolinérgicos y la reversión de los síntomas al inyectar fisostigmina (inhibidor de la colinesterasa). En lo que respecta a la acción del stress y de la privación sensorial como inductores de la confusión aguda, los mecanismos serían en el primer caso, el aumento en la demanda de  $O_2$  cerebral debido a un aumento excesivo de corticoides circulantes<sup>4</sup>, y en el segundo caso, la disminución del metabolismo cerebral de la glucosa vinculada a la reducción de los estímulos sensoriales<sup>5</sup>.

Por otro lado, los trastornos del sueño tendrían su parte en la producción del síndrome, debido a la intrusión de la actividad onírica en el estado de vigilia (los ancianos despiertan en el REM y se agitan en la confusión<sup>6</sup>). A esto se agrega la frecuente ruptura del ciclo sueño-vigilia en las lesiones cerebrales, hecho que favorece el trastorno cognitivo. En el grupo de trabajo, el Dr. R. Granillo, recalcó la importancia que según su opinión, tendrían los trastornos de la memoria en la producción de estos cuadros.

#### 4. PRONOSTICO Y TRATAMIENTO

El pronóstico en los estados de confusión aguda en el geronte se vincula a la etiología y a la eficacia del tratamiento de la dis-

función que origina la encefalopatía metabólica. El promedio de duración del cuadro es de una semana aproximadamente, pero puede persistir durante algunas semanas pese al control de los factores etiológicos. En los pacientes con enfermedades cerebrales crónicas y progresivas, o que padecen enfermedades sistémicas crónicas (insuficiencia cardíaca congestiva, uremia, etc.), los estados confusionales pueden repetirse a intervalos por meses o años. En ocasiones se asocia imperceptiblemente a la demencia, pero esta transición es poco frecuente y solo debe sospecharse cuando el trastorno cognitivo persiste más allá del mes. Es excepcional que se observe una transición del estado confusional a un cuadro de psicosis "funcional". En resumen, la confusión aguda tiene un pronóstico relativamente benigno, y solo en los ancianos con trastornos cerebrales severos o que sufren el agravamiento de ciertas enfermedades crónicas, el estado confusional se asocia a un pronóstico fatal.

El enfoque terapéutico será distinto si el paciente está internado en una institución psiquiátrica, en una sala de recuperación quirúrgica o en una guardia hospitalaria.

El paciente confuso puede presentar trastornos que obligan a un tratamiento de emergencia (hipoglucemia o hipoxia). En tanto se busca la etiología del cuadro y se programa un tratamiento específico, en las formas agitadas de la confusión será necesario efectuar un tratamiento sintomático, a través de fármacos tranquilizantes y/o antipsicóticos.

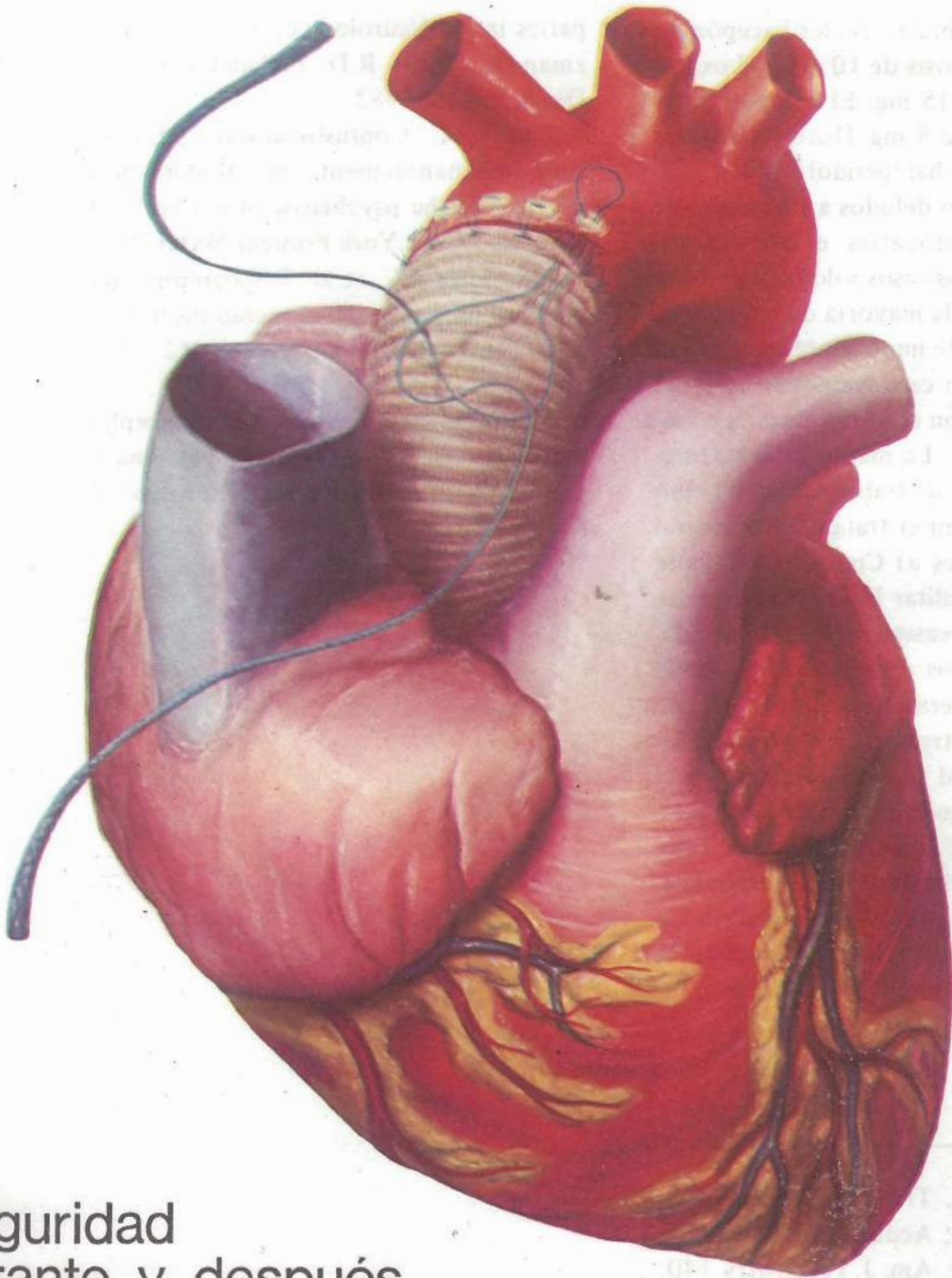
Entre los primeros se recomiendan las benzodiazepinas (Clordiazepóxido-Diazepam) y entre los antipsicóticos el haloperidol. Según algunos autores<sup>2</sup>, en los ancianos



# TI-CRON\*

SUTURA DE FIBRA  
POLIESTER TRENZADA  
SILICONADA

## “La sutura cardiovascular”



Seguridad  
durante y después  
de la cirugía

OG  
SIS+GECK

 **CYANAMID**

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



o lesionados cerebrales, el clordacepóxido puede darse en dosis de 10 mg y el oxacepan en dosis de 15 mg. El haloperidol se indica en dosis de 5 mg. Distintos autores contraindican el haloperidol en los cuadros confusionales debidos a síndromes de abstinencia, hepatopatías e intoxicación alcohólica; en esos casos solo indican tranquilizantes. Para la mayoría de los autores es algo sumamente importante restaurar el sueño. En ningún caso aconsejan internar a los pacientes con confusión aguda en salas de psiquiatría. La mayoría de los integrantes del grupo de trabajo, aceptó como criterios básicos en el tratamiento general de estos pacientes a) Crear un ambiente tranquilo; b) Facilitar la orientación tiempo espacial y reasegurar al paciente corrigiendo sus ideas erróneas. c) Evitar el insomnio y la hiperactividad.

En el grupo de trabajo el Dr. Bozzo recalcó la necesidad de ser cautelosos en el empleo de tranquilizantes debido a que pueden empeorar la sintomatología. También el Dr. Bello, subrayó las contraindicaciones de tranquilizantes y drogas similares en los cuadros de confusión vinculados a hepatopatías, hemopatías, etcétera.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Lipowsky Z.J. Transient cognitive disorders (Delirium, Acute Confusional states) in the elderly. Am. J. Psychiatry 140: 1426.
2. Wells C.E.; Duncan G.W. "Delirium" in "Neurology for Psychiatrists" F. A. Davis Philadelphia. 1981.
3. Blass J.P. Plum F. Metabolic encephalo-

paties in the Neurology of aging" Ed. Katzman R. Terry R.D. Philadelphia: F.A. Davis, p. 934, 1983.

4. Kral V. A. "Confusional states: description and management" in "Modern perspectives in the psychiatric of old age" Ed. Howells J.G. N. York Brunner-Mazel 1975.

5. Mazziotta J.C. et al. Tomographic mapping of human cerebral metabolism: Sensory deprivation. Ann. Neurol 12: 435, 1982.

6. Feinberg I. et al. Sleep electroencephalographic and eye movement patterns in patients with chronic brain syndrome". J. Psychiatr. Res. 3: 11, 1965.



## **TERCER CONGRESO ARGENTINO DE HOSPITALES DE COLECTIVIDAD\***



\*Organizado por la Asociación de Hospitales de Colectividad y Particulares sin fines de lucro.

\*Realizado en el Hospital Italiano de Buenos Aires. 12 y 13 de junio de 1986.



PRESIDENTES HONORARIOS

Sr. Luis D. Stuck  
Dr. Fausto Brighenti  
Dr. Enrique Beveraggi

COMITÉ DE LA ASOCIACIÓN DE HOSPITALES DE COLECTIVIDAD

Dr. Eduardo P. Carle  
Sra. Norma Z. de Costa  
Lic. Carlos Hoss  
Dr. Miguel Lowe  
Dr. Boris Mannevis  
Sr. Juan Carlos Osuna  
Sr. Francisco Rodríguez  
Sra. Zarife Allub de Sarquís

COMITÉ EJECUTIVO

*Presidente:* Dr. Enrique Caruso  
*Vicepresidente:* Dr. Bartolomé Vassallo

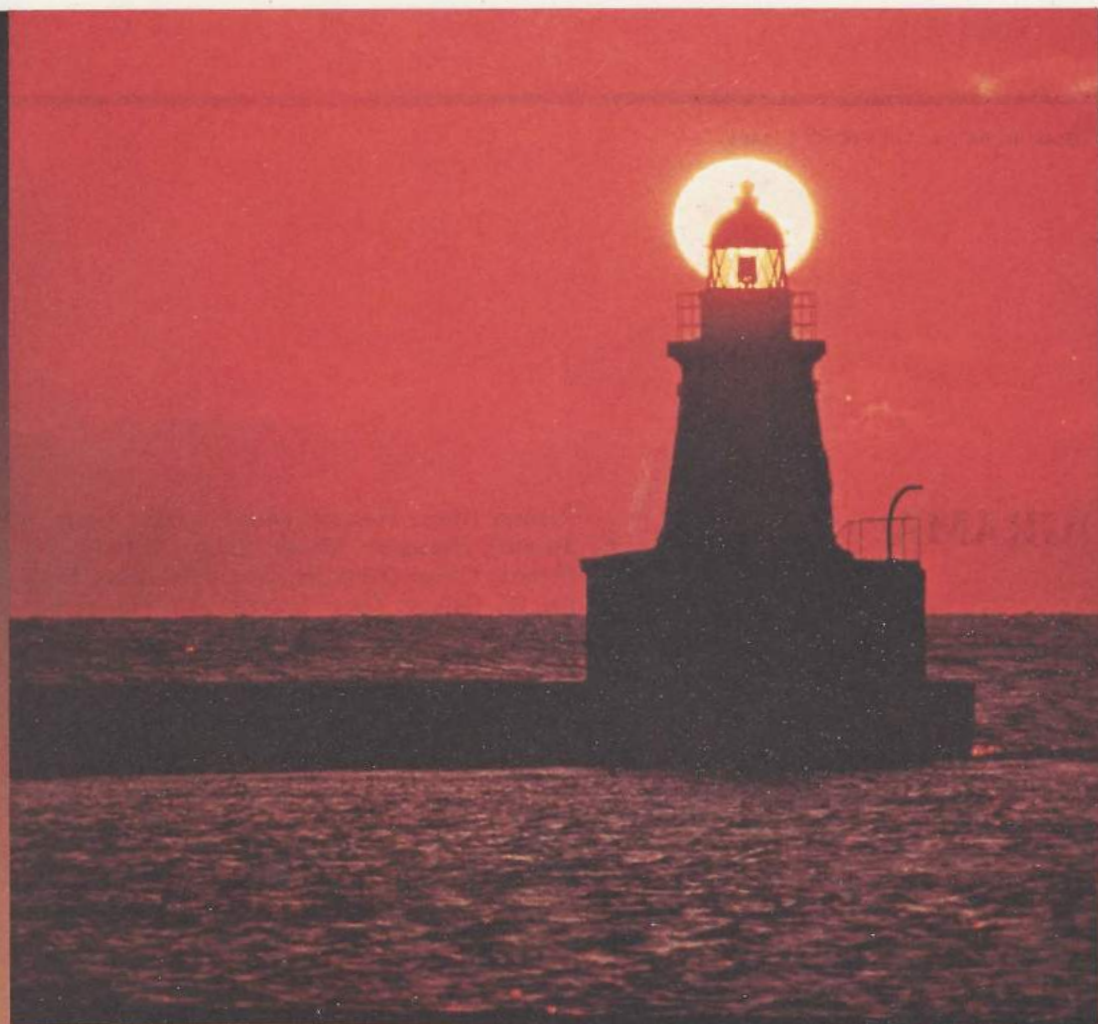
MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO

Dr. Jorge Barroetaveña  
Dr. Simón Breier  
Dr. Alfredo Canero  
Dr. Manuel García  
Lic. Norma Caffaro de Hernández  
Dr. Marcos Meeroff  
Dr. Martín E. Mihura  
Dra. Mirta Rossi  
Dr. Jorge Rufz  
Dr. Eduardo Saad

COMITÉ DE ENFERMERÍA

Lic. Martha Bahler  
Enf. Julia Adriel  
Enf. Crispulo Barreto  
Lic. Roberto García Crespo  
Enf. Olga Nappe  
Enf. Aurelina Ponce  
Lic. Martha Rojas  
Srta. Shirley Ross

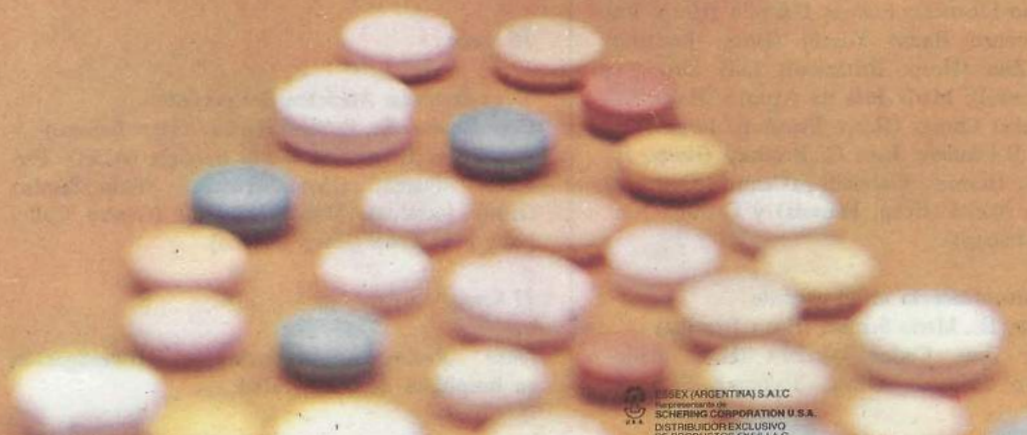




**Tagamet/800mg.**  
(cimetidina SK&F) **/AL ACOSTARSE**



*Siempre marca el rumbo.*





## PROGRAMA

Jueves 12 de junio de 1986

8 horas

"ATENCIÓN DEL GERONTE"

*Coordinador general:* Dr. Roberto Kaplan

*Subtema:* Inmovilidad en el geronte

*Coordinadora:* Dra. Ana María Barciela (ALPI)

*Integrantes:* Dres. Jaime Macadam (Hosp. Británico); María E. Boix (ALPI); Luis Seijo (Centro Gallego); Miguel Vallarino (Centro Gallego); Alberto Romanowicz (Hosp. Francés); Marcos Waissman (Hosp. Francés); Hugo Poledo (Hosp. Francés); Enriqueta de Marval (Hosp. Francés); Carolina Signorelli (Hosp. Italiano - Inst. A. Rocca); Jorge Labeur (Hosp. Italiano); Roberto Romanello (Hosp. Italiano) y Ricardo Scaramuzza (Hosp. Español); Enfs. Rodolfo Montalbán (Hosp. Italiano); Adriana Beneite (Hosp. Italiano) y Aroma Wensell (Hosp. Sirio-Libanés).

*Subtema:* Síndrome confusional en el geronte

*Coordinador:* Dr. Fernando Álvarez (Hosp. Francés)

*Integrantes:* Dres. Gerardo Bare (Hosp. Francés); Carlos de Urquiza (Hosp. Francés); Jorge Preuss (Hosp. Francés); Luis A. Pliego (Hosp. Español); Manuel Bello (Centro Gallego); Raúl Domínguez (Hosp. Sirio-Libanés); Rubens Granillo (Hosp. Italiano); Lorenzo Bauso Toselli (Hosp. Italiano); Gold de Zito (Hosp. Británico); Luis Damigela (Hosp. Español); María Inés de Aguirre (Hosp. Español); Mabel Osorio (Hosp. Español); Jorge Bosso (Hosp. Británico); Juan C. Brodsky (Hosp. Israelita) y Hernán Gabrielli (Centro Gallego). Enfs. Julia Adriel (Hosp. Francés) y Cristina Nieves (Hosp. Italiano).

*Subtema:* Incontinencia en el geronte

*Coordinador:* Dr. Mario Sember (Hosp. Israelita)

*Integrantes:* Dres. Carlos Windaus (Hosp. Italiano); Isidoro Fainstein (Hosp. Italiano); Salomón

Romano (Hosp. Francés); Oscar González (Hosp. Español); Francisco Vivone (Hosp. Español) y Norberto Gómez (Hosp. Español). Enfs. Héctor Farías (C. Gallego) Oscar Llompert (C. Gallego) y Daniela Rodríguez (C. Gallego).

*Subtema:* Gastroenterología en el geronte

*Coordinador:* Dr. Marcos Meeroff (Centro Gallego)

*Integrantes:*

• **Hemorragias digestivas masivas bajas**

Dres. Horacio Bessaso (Hosp. Español); Gustavo Starosiliz (Hosp. Francés); Carlos Grecco; Norberto Kido (Hosp. Francés); Gustavo Saubidet; Jorge Yansenson (Centro Gallego) y Alejandro Pulpeiro (Hosp. Español).

• **Diarrea y constipación**

Dres. Emilio Varela (Hosp. Italiano); José Kaip (Hosp. Alemán); Norberto Muriello y Juan A. de Paula (Hosp. Italiano).

• **Diagnóstico y tratamiento de las ictericias**

Dres. Goodman F. Mercer (Hosp. Británico); Enrique Rosson (Centro Gallego); Jorge Dávalos (Hosp. Italiano) y Horacio Muñoz (Hosp. Italiano).

• **Diverticulosis colónica**

Dres. Mauricio Schraier (Hosp. Israelita); Roberto Abalo (Hosp. Sirio-Libanés); Juan C. Zorraquín (C. Gallego) y Alberto Lipinsky. Enfs. Nelly Ali (C. Gallego) e Isabel Vich (Hosp. Italiano).

*Subtema:* Cardiología en el geronte

*Coordinador:* Dr. Juan Kraus (Hosp. Italiano)

*Integrantes:* Dres. Victorino Blanco (Hosp. Español); Alberto Carli (Hosp. Español) y Marcos Essequis (Hosp. Español). Enfs. Adriana Brochero (Hosp. Italiano) y Marta Atra (Hosp. Francés).

10 horas

*Mesa Redonda:* Atención del geronte

*Coordinador:* Dr. Roberto Kaplan (Hosp. Italiano)

*Panelistas:* Dres. Ana María Barciela (ALPI); Fernando Álvarez (Hosp. Francés); Mario Sember (Hosp. Israelita); Marcos Meeroff (Centro Gallego) y Juan Kraus (Hosp. Italiano).

15 horas

*Mesa Redonda:* Docencia e Investigación en hospitales de colectividad



*Coordinador:* Dr. Roberto Vidal (Hosp. Británico)  
*Panelistas:* Dres. Osvaldo Blanco (Hosp. Italiano); Carlos Grecco (Hosp. Español); Carlos Calvente (Centro Gallego); Armando Macagno (Hosp. Francés) y Mirta Rossi (ALPI). Lic. Martha Rojas (Enf. del Htal. Italiano); Dr. Juan Manuel Ghirlanda (Hosp. Alemán).

17 horas

*Mesa Redonda:* Atención domiciliaria

*Coordinador:* Dr. Carlos García Díaz

*Panelistas:* Dres. Carlos Apestegui (Hosp. Francés); Roberto Cherjovsky (Hosp. Israelita); Gustavo Feldman (Hosp. Israelita); Juan Precerutti (Hosp. Italiano) y Juan C. Zucca (Centro Gallego). Enf. María Luisa Bruno (Hosp. Italiano).

Viernes 13 de junio de 1986

8 horas

"INFECCIÓN HOSPITALARIA"

*Coordinador General:* Dra. Liliana Clara (Hosp.

Italiano)

*Subtema:* Uso racional de los antibióticos

*Coordinador:* Dr. Daniel Stamboulin (Hosp. Británico)

*Integrantes:* Dres. Jorge Pusato (Hosp. Israelita); Silvio Schraier (Hosp. Israelita); Del Castillo (ALPI); Guillermo Benchetrit (Centro Gallego); Norberto Ghía (Hosp. Italiano); Roberto Ijilioff (Hosp. Español); Héctor de Leone (Hosp. Francés) y José Marcó del Pont (Hosp. Italiano). Enfs. Blanca R. de Mercado (Hosp. Británico); Silvia Cancelari (Hosp. Sirio-Libanés) y Crispulo Barreto (Hosp. Sirio-Libanés).

*Subtema:* Prevención de la infección en cirugía

*Coordinador:* Dr. Horacio López (Hosp. Español)

*Integrantes:* Dres. E. Burnaschny (Hosp. Israelita); M. Abate (Hosp. Israelita); C. Arozamena (Hosp. Español); Carlos A. Grecco (Hosp. Español); Juan C. Pinto (Centro Gallego); Víctor Rositto (ALPI); Gustavo Cassouto (Hosp. Israelita); Juan Henry (Hosp. Británico); Carlos Ahualli (Hosp. Sirio-Libanés); Wulfrido Luciani (Hosp. Francés) y Pedro Hulskamp (Hosp. Alemán). Enfs.

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

Inyectable EV

*Disprovent*  
 ESPECIALIDADES MEDICINALES

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



Aurelina Ponce (Hosp. Alemán); Liliana Kredlbeck (Hosp. Alemán) y Adriana Mohana (Hosp. Británico).

**Subtema: Vigilancia epidemiológica**

**Coordinador:** Dr. Ricardo Durlach (Hosp. Alemán)  
**Integrantes:** Dres. Daniel Slatkis (Hosp. Israelita); Ernesto Efron (Hosp. Británico); Alicia Demaría (Hosp. Español); Fany Kusnietz (Centro Gallego) y Horacio Jáuregui (ALPI). Enf. Epidem. Alicia Lizzi (Hosp. Italiano), Adriana Brochero (Hosp. Italiano).

**Subtema: Prevención de la infección en personal asistencial y paraasistencial**

**Coordinador:** Dr. Guillermo Doglio (Hosp. Israelita)  
**Integrantes:** Dres. Nora Ricover (Hosp. Israelita); Antonio Catallán Pellet (ALPI); Graciela Greco (Hosp. Italiano); Daniel Matta (Hosp. Francés), Cristina Freuler (Hosp. Alemán); José Luis Rossano (Hosp. Italiano). Enfs. Noemí Moreno (Hosp. Sirio-Libanés) y Cristina Palermo.

10 horas

**Mesa Redonda: Infección hospitalaria**

**Coordinadora:** Dra. Liliana Clara (Hosp. Italiano)  
**Panelistas:** Dres. Daniel Stamboulian; Carlos Arozamena; Ricardo Durlach y Guillermo Doglio.

15 horas

**Mesa Redonda: Comunicación con el paciente**

**Coordinador:** Dr. Roberto Romaniello (Hosp. Italiano)  
**Panelistas:** Dres. José Luis Alonso (Hosp. Italiano); Raúl Pensel (Hosp. Israelita); Hernán Doval (Hosp. Italiano); María del C. Mateos (Hosp. Italiano); Marcos Meeroff (Centro Gallego) y Lía Ricón (Hosp. Italiano). Enf. Isabel Zanazzi (Hosp. Italiano).

17 horas

**Computación en hospitales**

**Coordinador de la Conferencia:** Dr. Idilio Meletti  
**Conferencia:** Dr. Alberto Budkin (Estados Unidos)  
**Invitados especiales a la Conferencia:** Ing. Ricar-

do Snitcofsky (Hosp. Israelita) y Lic. Juan C. Cicala (Hosp. Alemán).

**CURSO DE ENFERMERÍA: INTEGRACIÓN, DOCENCIA Y SERVICIO**

**Directora:** Lic. Martha Bahler (Hosp. Italiano)  
Jueves 12 de junio de 1986

17 horas

**Introducción, bases para su organización. Objetivos**

Lic. Martha Bahler y Sra. Vilma C. de Salamendi (Hosp. Italiano)

Viernes 13 de junio de 1986

17 horas

**Una experiencia de tres años en la maternidad del Hosp. Italiano**

Lic. Martha Rojas y Lic. Amalia Crespo (Hosp. Italiano).

**AUSPICIOS**

- Academia Nacional de Medicina
- Asociación Médica Argentina
- Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires
- Embajada de la República Federal de Alemania
- Embajada de España
- Embajada de los Estados Unidos de Norteamérica
- Embajada de Italia
- Embajada de Suiza
- Federación Argentina de Enfermería
- Asociación de Enfermería de la Capital Federal



**DEXON® Plus** sutura de ácido poliglicólico  
**Con el recubrimiento  
programado que desaparece  
en 7 horas justas**



**DG**  
**AVIS+GECK**  
**Suturas**

**CYANAMID**

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





# INDICE GENERAL

## Volumen VI - Año 1986

### Por temas

#### Vol. VI - N° 1

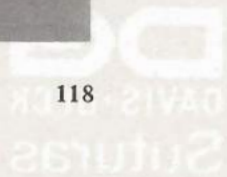
La atención de ancianos en los hospitales generales <i>Dr. Roberto Kaplan</i>	Pág. 6
Efectos de la antibioticoterapia profiláctica sobre las infecciones materno-neonatales y la colonización de los anexos ovulares <i>Dres. Omar Althabe, Jorge Arballo, Carlos Cava, Eduardo de Sancho, Carlos Garbagnatti y Ernesto Luppo.</i>	10
Los marcapasos <i>Dres. Guillermo de Elizalde y Gianni Corrado</i>	20
Novedades en Dermatología: Utilidad de la inmunofluorescencia cutánea. <i>Dres. Aldo Schiuma, Luis Squiquera y Nancy Barros</i>	44

#### Vol. VI - N° 2

La cirugía y sus limitaciones <i>Dr. Enrique Beveraggi</i>	62
Simposio de insuficiencia renal aguda y crónica y trasplante renal <i>Dr. José Petrolito</i>	68
Terapia inmunosupresora en el trasplante renal <i>Dr. Claudio Ponticelli</i>	69
Insuficiencia renal aguda <i>Dr. Victorio Andreucci</i>	91

#### Vol. VI - N° 3

Reposición de volumen en la hipovolemia y el trauma <i>Dr. Juan M. Butera</i>	118
--	-----





Oncogénesis viral cervical <i>Dr. Gustavo Sevlever</i>	125
Repercusión psicológica de un déficit orgánico en la relación temprana madre-hijo <i>Lic. Blanca Aída Nuñez</i>	134
Sector Investigación <i>Dr. Raúl Gutman</i>	155

Vol. VI — N° 4

Desarrollo: algo más que dinero <i>Dr. Roberto Borrone</i>	159
Escleroterapia endoscópica en el tratamiento electivo de la hemorragia por várices esofágicas <i>Dres. L. Soifer, F. Villamil, A. Medal, D. Constante, J. Gelpi y G. Welz</i>	163
Tratamiento de dermatomicosis con bifonazole <i>Dres. Ricardo Galimberti, Ricardo Negroni, Luis Belli, José Cardama, Juan C. Gatti y Raúl Vignale</i>	180
Ateneo Anatomoclínico <i>Dres. Alfredo Precerutti y Ana Morandi</i>	190
Sector Investigación <i>Dr. Raúl Gutman</i>	199

# BIOTAER

de elección obligada  
en aerosolterapia





## Por autores

Althabe, Omar 1:10, 1986  
Andreucci, Victorio 2:91, 1986  
Arballo, Jorge 1:10, 1986

Barros, Nancy 1:44, 1986  
Belli, Luis 4:180, 1986  
Beveraggi, Enrique 2:62, 1986  
Borrone, Roberto 4:159, 1986  
Butera, Juan 3:118, 1986

de Elizalde, Guillermo 1:20, 1986  
de Sancho, Eduardo 1:10, 1986

Cardan, José 4:180, 1986  
Cava, Eduardo 1:10, 1986  
Constante, D. 4:163, 1986  
Corrado, Gianni 1:20, 1986

Galimberti, Ricardo 4:180, 1986  
Garbagnatti, Carlos 1:10, 1986  
Gatti, Juan C. 4:180, 1986  
Gelpi, J. 4:163, 1986  
Gutman, Raúl 3:148, 1986  
Gutman, Raúl 4:199, 1986

Kaplan, Roberto 1:6, 1986

Luppo, Ernesto 1:10, 1986

Medal, A. 4:163, 1986  
Morandi, Ana 4:190, 1986

Negroni, Ricardo 4:180, 1986  
Nuñez, Blanca 3:134, 1986

Petrolito, José 2:68, 1986  
Ponticelli, Claudio 2:69, 1986  
Precerutti, Alfredo 4:190, 1986

Schiuma, Aldo 1:44, 1986  
Sevlever, Gustavo 3:124, 1986  
Soifer, L. 4:163, 1986  
Squiquera, Luis 1:44, 1986

Vignale, Raúl 4:180, 1986  
Villamil, F. 4:163, 1980

Welz, G. 4:163, 1986



# MERALYCIN<sup>♦</sup>

## SU FUNCION ES IMPEDIR LA ATEROGENESIS

♦ **TIADENOL  
DISPROVENT**

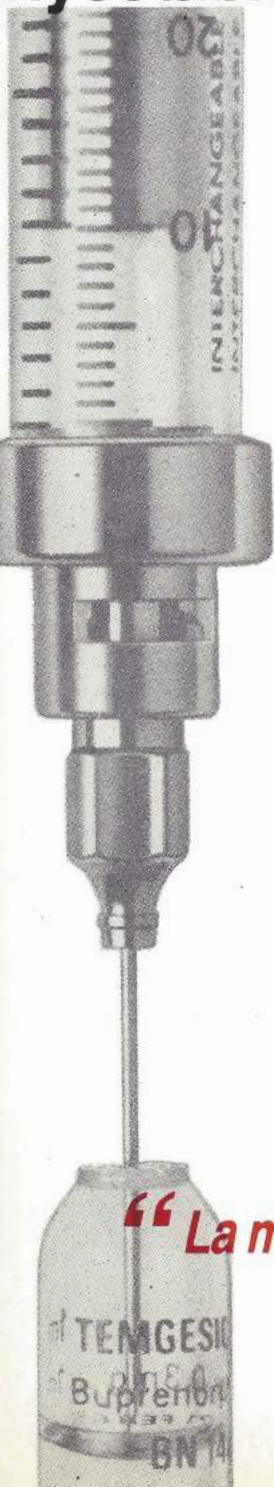
*Disprovent*  
ESPECIALIDADES MEDICINALES



**Un avance decisivo  
en analgesia**

# Temgesic<sup>®</sup>

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<sup>®</sup>

(Buprenorfina)

**“La mayor potencia analgésica hasta hoy disponible”**



ESSEX (ARGENTINA) S.A.I.C.  
Representante de  
SCHERING CORPORATION U.S.A.

U.S.A.



