

7(2) 1987

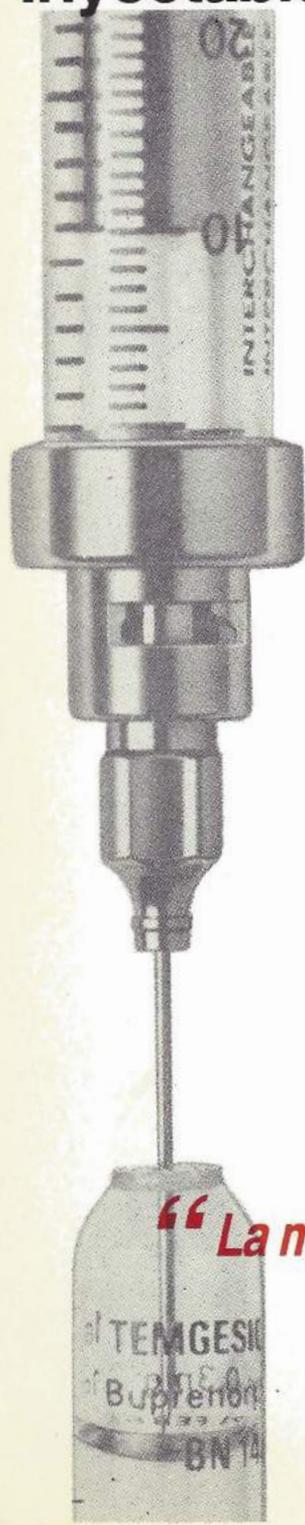
*Revista del*  
**HOSPITAL ITALIANO**  
*de Buenos Aires*



**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.

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

## PUBLICACION DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION

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



YOH

OXSID **FORTUM**  
 eldstceyni smibizsttes  
 200ml / gm002

## Sumario

<b>Carta abierta a un colega</b> Dr. Hernán C. Doval	50
<b>Valor clínico de la angina de pecho en la estenosis valvular aórtica</b> Dres. Marco A. Borja, Hernán C. Doval, Elías Saad, Ostiano Vega, Claudia Paviotti y Juan Martínez	62
<b>El tamaño adecuado para una muestra</b> Dr. Vicente C. Castiglia	71
<b>Sector Investigación</b> Dr. Raúl Gutman	79
<b>El Departamento de Docencia e Investigación informa</b>	80
<b>Reglamento de Publicación</b>	88

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.





# CARTA ABIERTA A UN COLEGA

## “Acerca de la Medicina”

*Estimado amigo:*

*Muchos de nosotros nos sentimos “generalmente” conformes y seguros con la actuación médica intrahospitalaria, estamos satisfechos con nuestra eficiencia para neutralizar las enfermedades agudas. Sin embargo, existen ciertas situaciones con algunos pacientes que nos desasosiegan, desorientan y resienten nuestra autoestima, llevándonos a preguntarnos si somos médicos eficientes.*

*Antes de seguir adelante, tengo la obligación de hacer una advertencia; como ya sabes, estas líneas fueron escritas por un médico asistencial que se siente incómodo con el rol actual del médico, y también incómodo consigo mismo por la falta de claridad en el “qué hacer”. Están escritas para colegas como tú, cuya actuación médica les produce frecuentemente inquietud, a veces una vaga impresión de impotencia, o en ocasiones un claro cuestionamiento, y para quienes ser un médico eficiente es hacer efectivo el mandamiento o restablecimiento de la salud de las personas a su cargo.*

*Pero hablemos, en concreto, de algunas situaciones reales. A menudo nos sorprendemos de las reiteradas internaciones por edema agudo de pulmón de pacientes con falla cardíaca, que son eficientemente tratados en la Unidad Coronaria; ésto no sucedería en muchas oportunidades si existiera una real “supervisión preventiva”. Pero para evitar esta repetición de situaciones, el médico que tan diligentemente atendió su aparato cardiovascular: ¿Utiliza todos los minutos necesarios para poder explicar con claridad, una y otra vez, las medidas que el paciente deberá poner en práctica para mantenerse en funciones y activo (por ejemplo manejo de la sal, dieta adecuada, control diario del peso, utilización racional de los diuréticos, síntomas que deben llevarlo a consultar, etc.)?*

Suministra normas escritas explícitas para que el paciente recuerde las medidas que realizará en su casa? Se toma su tiempo para conocer el grado de comprensión del paciente? Mi experiencia me dice que pecamos por defecto, no sólo porque sería tiempo no remunerado, sino por que nuestra formación nos impide reconocer que en la "educación para la salud" el médico tiene una función preponderante, que es obligatoria. A su vez todas las entidades intermedias que permiten que el paciente reciba atención médica, tienen prácticamente un papel financiador, y no generan pautas de la calidad de atención de sus miembros. Así reconocen y pagarán todas las costosas internaciones en cuidados intensivos de un paciente como el que comentábamos pero no organizará ni reconocerá como función médica la "supervisión preventiva" que se ejerce en la "educación para la salud", con las "enfermeras", "auxiliares" o "responsables de salud", para el seguimiento, citación personal y control domiciliario o en su lugar de trabajo, lo cual permitiría un doble objetivo: a) disminuir el ya enorme gasto de atención médica aguda, hospitalaria y tecnificada y b) asegurar al paciente menor cantidad de reinternaciones con una mejoría sustancial de su "calidad de vida".

En ocasiones, tenemos repentina conciencia que utilizamos técnicas complejas y costosas, que como tratamiento efectivo no son nada más que pálidos paliativos. Cuando a su vez la sociedad, incluidos sus médicos, permiten actuar sin remordimientos a las causas etiológicas durante años y años, dejando pasar el momento en el cual medidas simples podrían evitar la presentación o por lo menos la progresión de la enfermedad. Pensemos en la cirrosis alcohólica con ascitis; el broncoenfisema con insuficiencia respiratoria de los fumadores, con reinternaciones prolongadas, disminución de su capacidad funcional, invalidez y muerte prematura.

Sin embargo, se podría pensar que a pesar de la inexistencia de educación para la salud y supervisión preventiva, inadecuado control ambiental, presencia de hábitos de conductas deletéreas, ausencia de sentido social de la medicina y uso iatrogénico de la farmacología, la ciencia médica logró en forma concreta disminuir progresivamente la mortalidad y prolongar la vida durante los últimos siglos.

¿Esta proposición, repetida como un axioma, será cierta? Para contestar esta pregunta resulta imprescindible analizar la contribución de la medicina asistencial curativa en la disminución de la mortalidad. Parece cierto que ha existido una mejoría evaluable y sostenida de la salud en los últimos tres siglos, aunque no tenemos una documentación suficiente para la primera mitad de este período. Durante la mayor parte de la existencia humana, una considerable cantidad de niños murieron en los primeros años luego del nacimiento. En los países industrializados o con una eficiente atención médica preventiva y curativa, llegan a la edad adulta más del 95% de los nacidos. Este proceso histórico se desenvuelve ante nuestros ojos en el mundo contemporáneo, si observamos que al mismo tiempo el rango de la mortalidad infantil va del 130/100 en un país industrializado hasta 2370/100 en un país de bajos ingresos, y la mortalidad de niños de 1 a

4 años entre  $1^{\circ}/_{100}$  a  $18^{\circ}/_{100}$ . La mortalidad total desde que nacen hasta los 4 años es 10 a 20 veces más alta en los países eufemísticamente llamados "en desarrollo".

Para interpretar cabalmente las influencias que han originado el incremento notable en la esperanza de vida, es necesario poder identificar concretamente las enfermedades asociadas con el descenso de la mortalidad predominantemente durante la niñez y en menor medida en el hombre adulto. A partir de 1838, y en forma completa desde 1891, en Inglaterra y Gales se certificaron las causas de defunción por primera vez en el mundo. Estos registros de incalculable valor han permitido a estudiosos, como el Dr. Thomas McKeon (*El papel de la medicina ¿sueño, espejismo o némesis? Siglo XXI*, 1982), evaluar el impacto del papel de la medicina en la mejoría de la esperanza de vida.

A pesar de la ausencia de datos fehacientes en las décadas previas, el crecimiento demográfico inusual en Inglaterra y Gales a partir de 1700, que llegó a triplicar su población en 1851, no hay dudas que el descenso de la tasa general de mortalidad comenzó mucho antes que el inicio de los registros escritos en 1838.

Si consideramos como porcentaje del 100% la reducción lograda desde 1700 a 1985; el parcial que transcurre de 1700 a mediados del siglo XIX se estima en una fracción del 33%, la segunda mitad del siglo XIX contribuye con el 20%, y lo transcurrido durante el siglo XX en un 47%. Es necesario tomar nota que desde el comienzo de los registros hasta la actualidad, el 86% de la reducción total de las defunciones se debe atribuir al descenso de las enfermedades infecciosas. La mortalidad de algunas infecciones transmitidas por el aire como la viruela y en especial la tuberculosis, se encontró que ya descendieron desde el primer registro y es probable que existiera una reducción importante en el período anterior; de esta manera resultó que casi la mitad del descenso de la tasa de mortalidad por tuberculosis ocurrió en la segunda mitad del siglo XIX. Las enfermedades transmitidas por el agua y los alimentos, fundamentalmente las enfermedades diarreicas, disenteria, enteritis y cólera, recién comenzaron a decaer a partir de la séptima década del siglo XIX cuando mejoraron los servicios de agua y se dispuso de alcantarillado y servicios cloacales en Inglaterra y Gales.

Hay que considerar que a pesar de la falta de estadísticas, durante el siglo XIX comenzaron a descender las causas de muertes no infecciosas fundamentalmente el infanticidio, que para Disraeli "era apenas menos prevaleciente en Inglaterra que a las orillas del Ganges", y la muerte por hambre.

Si ahora queremos tener una idea del valor que tuvieron las medidas médicas en el control de las infecciones y epidemias, conociendo por los registros el descenso de mortalidad de cada enfermedad o grupo de enfermedades, y además como conocemos el momento de la introducción de las acciones de inmunización y terapéuticas efectivas para cada una de ellas, si utilizamos como argumento de máxima que toda disminución luego de la introducción de dichas medidas se debería exclusivamente a la acción médica, podríamos conocer de esa forma el porcentual con que contribuye la medicina en el

**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.

descenso de cada enfermedad o grupo de enfermedades. De esta manera se ha calculado que la proporción en que se redujo la mortalidad debido a la introducción de medidas médicas específicas fue de una cuarta parte del descenso de todas las enfermedades transmitidas por el aire, y sólo fue responsable del 10% de la reducción global de la mortalidad. Por supuesto, esta disminución de las tasas de mortalidad atribuidas a la inmunización y terapéutica médica fue mucho menor que lo que sugieren estas cifras, ya que la mortalidad de casi todas las enfermedades estaban en descenso desde muchos años antes de que se dispusieran de procedimientos médicos efectivos, y esta tendencia debe haber persistido luego de las acciones médicas. Aunque este problema impide hacer una estimación exacta, es evidente que se puede concluir que la inmunización y la terapéutica no fueron la influencia principal sobre la tendencia a la baja mortalidad. Al respecto, el rápido descenso de la mortalidad por enfermedades propagadas por el agua y los alimentos —cólera, diarrea, disenteria, fiebre tifoidea— le debe muy poco a la intervención médica, ya que la inmunización es prácticamente ineficaz aún en la actualidad, y las medidas terapéuticas de algún valor no se emplean hasta 1950 con la aparición del cloranfenicol para la fiebre tifoidea, y en ese momento las defunciones ya habían descendido casi al nivel actual.

Si conocemos que el descenso de la mortalidad por enfermedades infecciosas no se debe a la exposición reducida a los gérmenes antes de las últimas décadas del siglo XIX en que se implantaron los servicios sanitarios y mejoró la higiene personal, y tampoco se debió a la inmunización y la terapéutica antes del siglo XX, o el cambio de los caracteres de la enfermedad, la posibilidad que nos queda es que la respuesta a las infecciones se haya modificado por un avance en la salud humana conseguido mediante una mejoría de la nutrición, que pasaría a ser una condición necesaria para una reducción sustancial, prolongada y sostenida de la mortalidad. Este desarrollo histórico se repite hoy en los países "subdesarrollados", ya que la Organización Mundial de la Salud concluyó que "de la mitad a las tres cuartas partes de todas las defunciones registradas estadísticamente de niños y jóvenes se atribuyen a una combinación de desnutrición e infección" y en un informe reciente expresó: "un organismo debilitado es mucho menos resistente a los ataques de los microorganismos invasores". El sarampión y la diarrea común, enfermedades inocuas y de corta duración entre los niños bien nutridos, normalmente son graves y a veces fatales para el crónicamente disminuido. Antes de que existieran las vacunas, prácticamente todos los niños de todos los países contraían el sarampión, pero había 300 veces más muertes en las regiones más pobres que en las ricas. La razón no era que el virus fuera más virulento, ni que existieran menos servicios de salud, sino que en las comunidades pobremente alimentadas, los microbios atacan a un huésped que, debido a la desnutrición crónica, es menos capaz de resistir. Lo mismo ocurre con la diarrea, las infecciones respiratorias, la tuberculosis y muchas otras enfermedades comunes a las que las poblaciones desnutridas pagan un tributo alto e innece-

# Enterococos altamente susceptibles a

**NUEVO**

**PIPRIL<sup>\*</sup> IV  
IM**

Piperacilina Sódica/Lederle

*"Según las últimas publicaciones, puede comprobarse un incremento alarmante de infecciones enterocócicas severas. En varios de los estudios citados en ellas puede observarse que muchos de los pacientes han recibido cefalosporinas. La falta de actividad contra el enterococo de la mayoría de las cefalosporinas, puede predisponer específicamente a los pacientes a sufrir una sobreinfección por este organismo. Las cefalosporinas de tercera generación pueden ser particularmente asociadas con sobreinfecciones enterocócicas". (1)*

## **Respuesta clínica y bacteriológica a la terapia con PIPRIL en 88 pacientes con cultivos positivos a enterococos.**

**Clínica**

**Bacteriológica**

**93%**

**90%**

(1) Leoung, GS; Joseph, P; Marzouk, J. et al: Enterococcal superinfections. Infections in surgery, Sept. 1984.



sario. El informe de la O.M.S. sugería que nos hemos concentrado en las medidas específicas sin haber atendido lo suficiente el papel principal que desempeña el estado nutricional, y empleaba la frase “hemos dedicado demasiada atención al enemigo y hemos descuidado demasiado nuestras propias defensas”; y concluía “para los tiempos venideros, una dieta adecuada es la “vacuna” más eficaz contra la mayoría de las infecciones diarreicas, respiratorias y otras infecciones comunes.

Los médicos debemos comenzar a admitir, aunque moleste a nuestra sensación de benefactores de la humanidad y conmocione nuestro poder sobre los pacientes, que la valoración objetiva de alguno de los más importantes avances médicos deja pocas dudas como resultado que su impacto sea mucho menor que lo que se había supuesto. Las infecciones estaban disminuyendo desde muchos años antes que se introdujeran las medidas médicas efectivas, debido a cambios ambientales como mejoras de la nutrición y la higiene, y a partir de ese momento han sido menos importantes que éstas y otras influencias, con las excepciones notables de la estreptomocina que contribuyó en un 50% a la reducción en el número de defunciones por tuberculosis desde el momento en que fue introducida (pero en realidad para el período total, a partir de que se registraron por primera vez las causas de defunciones, la reducción por la terapéutica fue de solo algo más del 3%); o la casi desaparición de los efectos incapacitantes de la poliomiéltis con la vacuna, aunque contribuyó poco al descenso total de la tasa de mortalidad, debido a que el número de defunciones por esta enfermedad era muy pequeño.

Podríamos concluir que el análisis general del descenso histórico de la tasa de mortalidad y el acrecentamiento de la salud en el mundo, sugiere que debemos la mejoría no a la que hacen los médicos o los sistemas de atención cuando estamos enfermos, sino al hecho que no nos enfermamos tan a menudo; y nos sentimos bien no debido a medidas específicas tales como la vacunación y la terapéutica, sino porque disfrutamos de un mejor nivel de nutrición y vivimos en un medio ambiente más sano. Claro que, aún aceptando esta argumentación, se podría pensar que en el momento actual el avance de la medicina ya no depende de medidas sobre el medio ambiente como en el pasado (si consideramos los países industrializados); sino a cambios en las conductas personales, como el hábito de fumar, la dieta, la vida sedentaria, etc.

Analicemos con más cuidado la palabra “medio ambiente”; “medio” está usado en el sentido de algo que se encuentra entre dos cosas o personas y “ambiente” es aquello que cerca o rodea a dichas cosas o personas. Sería algo así como lo externo a la persona —el “medio externo” opuesto al “medio interno” de Claude Bernard—; el término explicaría que si nos relacionamos con cosas nos encontramos dentro de un medio ambiente físico y al relacionarse con otras personas el hombre se encuentra dentro de un medio ambiente social, la estructura de la sociedad en que le toca vivir.

Asa Cristina Laurell: afirma que “la estructura económica y las relaciones sociales de producción e intercambio presenta en una sociedad, y no los fenómenos biológicos

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



**DG**  
**DAVIS+GECK**  
**Suturas**

**CYANAMID**

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

por sí mismos, determinan el carácter de la relación entre el hombre y la naturaleza y, consecuentemente, el tipo de patología que lo aflige”.

*Acaso no fue el desarrollo de la sociedad industrial en Europa el medio ambiente social, que durante gran parte del siglo XIX creó el hacinamiento en las ciudades con el consiguiente empeoramiento de las condiciones de higiene y el desborde de los servicios medievales de alcantarillados; agrupando a los hombres en viviendas inadecuadas sin agua potable ni servicios cloacales (similar a nuestras actuales villas miseria marginales). No existe duda que este cambio en la forma de producción y las relaciones sociales generó un progresivo aumento de las enfermedades infectocontagiosas, que recién comenzaron a mejorar cuando se iniciaron modificaciones necesarias del medio ambiente físico como una alimentación adecuada y la implantación de servicios cloacales y de agua potable. Pero las necesidades estructurales de la nueva sociedad industrial han creado también nuevos peligros en nuestro medio ambiente físico que todavía no están suficientemente valorados; pensemos en las nuevas sustancias químicas industriales (que ya generaron miles de víctimas en distintos países por accidentes de almacenamiento), las radiaciones ambientales, la contaminación atmosférica, o los simples automóviles con su índice progresivo de mortalidad por accidentes de tránsito.*

*La estructura social no sólo modela el “medio ambiente físico”, sino también, en gran medida se refleja en el comportamiento individual de sus miembros. Dado que no existimos como personas aisladas, hablar de una conducta individual es sostener un mito ideológico que encubre el hecho que conducta significa en el latín original “conducida, guiada”; toda conducta por serlo es social. A pesar de las evidencias se insiste en divorciar el comportamiento individual de su base social, y se redefinen las ciencias sociales como ciencias de la conducta; estudiándolas como el comportamiento de personas aisladas, como si cada uno de nosotros fuéramos Robinsos en nuestras islas. Pero no sólo en la relación salud-enfermedad los procesos sociales determinan una constelación particular de “factores de riesgo”, sino que tiene que ser visualizado en función de los procesos sociales críticos, históricamente específicos, de un modo más complejo que un simple cambio externo en las posibilidades de estar expuesto a tal o cual factor de riesgo.*

*Los distintos perfiles de tipo de patología y frecuencia de la morbimortalidad de los diferentes grupos humanos se distinguen históricamente de una sociedad a otra, y también dentro de una sociedad determinada de una clase social a otra. En el estudio sobre “mortalidad infantil y esperanza de vida en México” realizado por Bronfman y Tuiran (La desigualdad social ante la muerte. E.S. Colegio de México, México, 1983), la mortalidad infantil de los asalariados agrícolas es tres veces mayor que la de la nueva pequeña burguesía, y entre esos grupos la esperanza de vida tiene una diferencia de 14 años. En el estudio realizado por el CEAS (Breilh y Granda: Ciudad y Muerte Infantil, CEAS, Quito, 1983) sobre la mortalidad infantil en Quito, las cifras son tan contun-*

dentés como el estudio anterior; la mortalidad infantil es cinco veces más alta en la zona IV (de villas marginales) que en la I (zona residencial alta), y tres veces más alta (76,90/100 vs. 26,10/100) entre los hijos de los trabajadores que entre los de las capas medias. El acceso a los servicios médicos públicos no modifica estos resultados.

A pesar que muchos de estos elementos de medicina social en rigor no eran nuevos, surgieron en el horizonte como problemática que cuestionaba la insuficiencia del paradigma científico de la medicina dominante como modelo explicativo de la salud a finales de la década del 60. Si es cierto que en aquel momento la realidad histórica y social impuso este enfoque, hoy la realidad de crisis profunda y empobrecimiento acelerado tiene serios efectos sobre las condiciones de vida de las grandes mayorías latinoamericanas. A largo plazo se está impulsando una reestructuración productiva encaminada a convertir los países latinoamericanos en "enclaves de exportación". Esto significa incremento de la productividad e intensidad del trabajo, traslado selectivo de las sustancias más nocivas a nuestros países y repercusiones en la salud colectiva de aquellos que se queden trabajando y de aquellos que "sobrarán" en este patrón de acumulación.

En la Argentina de los últimos años, la industria fue una de las actividades económicas más afectadas, "que el PBI Industrial de 1983 sea equivalente al 90% del generado una década atrás (1973), o el 85% si se lo contrasta con el de 1974, no constituye un fenómeno común en la historia de las sociedades. Ejemplos relativamente semejantes sólo podrían encontrarse en casos de destrucción física de los medios de producción (como consecuencia de conflictos bélicos o de grandes catástrofes naturales) o de programas económicos monetaristas como los implementados también en otros países latinoamericanos como Chile y Uruguay. "(Azpiazu, Basualdo y Khavisse. El nuevo poder económico en la Argentina de los años 80, Legasa, 1986).

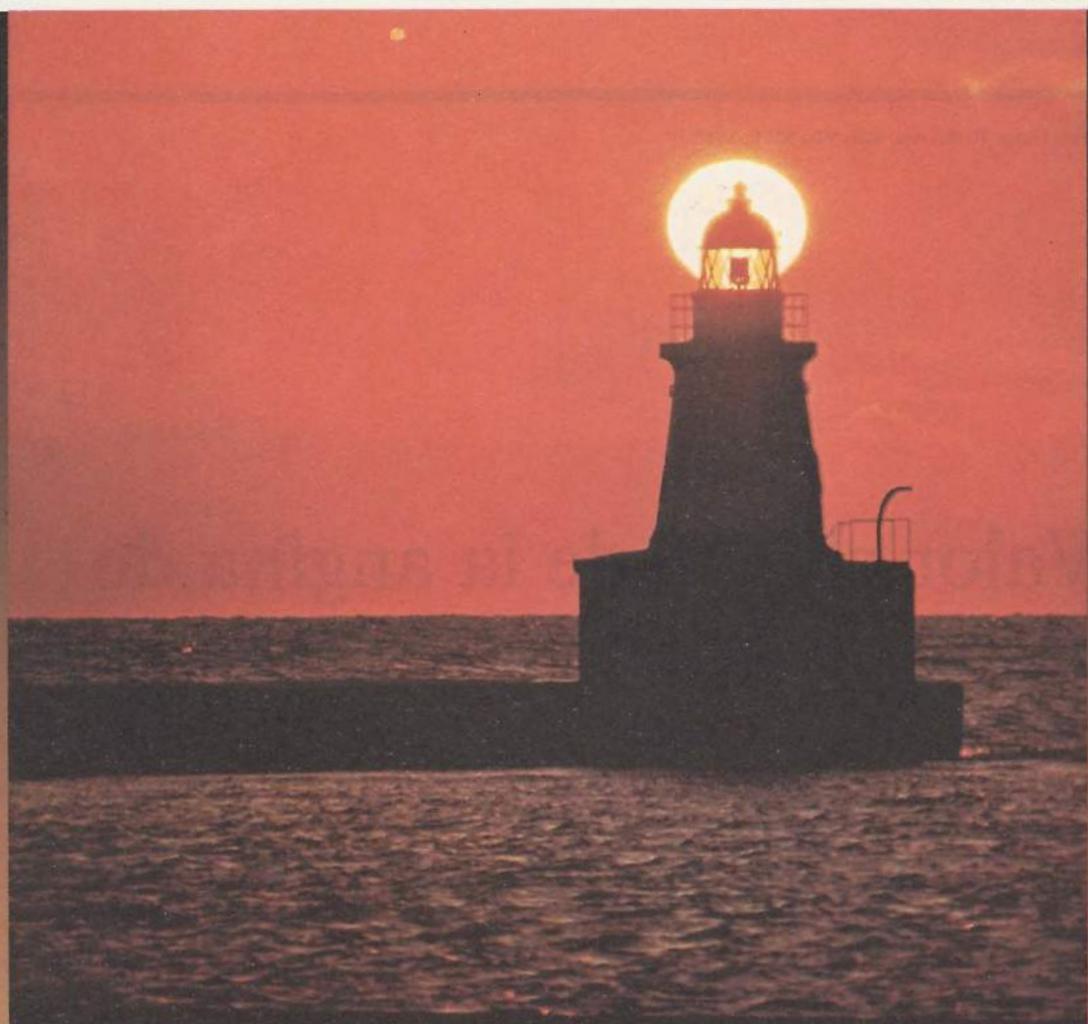
El volumen físico de la producción industrial se contrajo 17% en ocho años —1974 a 1982— y la cantidad de obreros ocupados se redujo más de un tercio (36,4%); al mismo tiempo la productividad de la mano de obra creció significativamente 30,6% con un salario real y costo salarial que disminuyeron más de un tercio (34,1% y 38,5% respectivamente). "La relación productividad/costo salarial o, en otras palabras, la distribución interna del ingreso industrial revela una creciente apropiación del excedente por parte del sector empresarial, se incrementó más del doble (112,4%)" (Azpiazu, Basualdo y Khavisse. El nuevo poder económico en la Argentina de los años 80, Legasa, 1986). Estas situaciones en nuestros países necesitan de investigaciones concretas de los trabajadores de la salud, ya que cuestiones que llamaban nuestra atención a fines del 60 como el incremento de la mortalidad infantil parecen haberse revertido, sin que las grandes mayorías gocen de mejor salud. No se pueden extrapolar las tendencias del pasado y es necesario analizar como las transformaciones de la crisis actual se articulan con los procesos biológicos de nuestros pacientes.

*Si bien como médicos nos interesa el deterioro de la retribución de la seguridad social a través del retraso de los aranceles del nomenclador nacional, en esta situación de crisis global, las actitudes reflejas e impensadas de corte economicista pueden contribuir a deteriorar nuestra eficacia, ya muy cuestionada, como profesionales del arte de curar y mantener la salud. Si bien es cierto que su desarrollo histórico ha hecho del Hospital Italiano de Buenos Aires un hospital de alta complejidad; también ese mismo desarrollo histórico ha marcado a éste Hospital como un importante centro formador de recursos humanos, en medicina principalmente, para el interior del país y para países, hermanos latino-americanos, que realizó algo de la poca investigación clínica argentina, y que como hospital comunitario formado por inmigrantes y dependientes de una sociedad de beneficencia, contribuyó con atención de buena calidad hospitalaria para sectores marginados (jubilados, ancianos, etc.). En los momentos de crisis es necesario "darse el lujo" de tener tiempo para pensar en el pasado, conocer el presente y proyectarse "intencionalmente" hacia los años venideros.*

*Hagamos el alto necesario para pensar y repensar: ¿por qué somos médicos?, ¿para qué somos médicos?, ¿para quién somos médicos?.*

*Tu amigo de siempre*

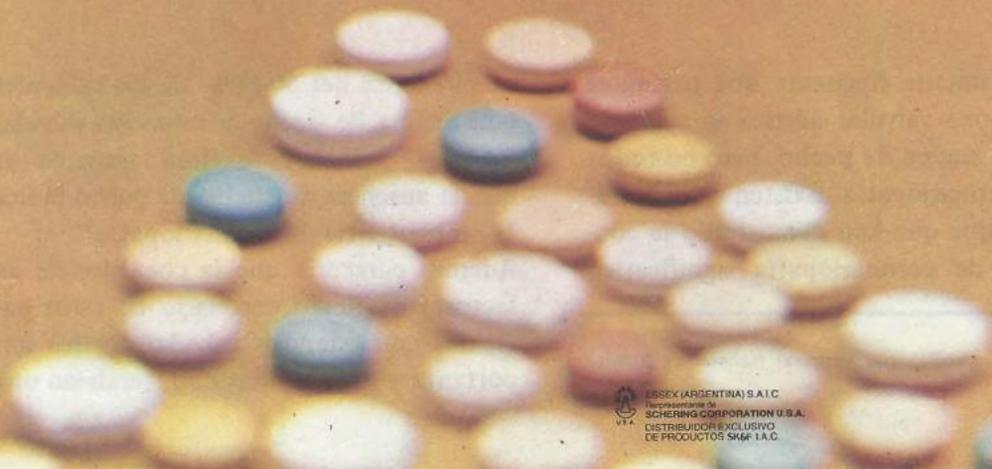
**Dr. Hernán Doval**



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



*Siempre marca el rumbo.*



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

# Valor clínico de la angina de pecho en la estenosis valvular aórtica

Dres. Marco Antonio Borja\*; Hernán C. Doval\*; Elías Saad\*; Ostiano Vega\*; Claudia Paviotti\* y Juan Martínez\*.

## RESUMEN:

---

*Se evaluaron retrospectivamente 118 pacientes portadores de estenosis valvular aórtica severa aislada o asociada a insuficiencia aórtica leve, operados en el Hospital Italiano de Buenos Aires, en estos últimos 10 años; considerándose como estenosis severa a un gradiente transvalvular aórtico igual o mayor de 70 mmHg; e insuficiencia aórtica leve, cuando se opacifica la mitad o tres cuartos del ventrículo izquierdo y se vacía en un solo latido en el angiograma ventricular (clasificación de Sellar).*

*Se plantearon los siguientes objetivos:*

- 1) Evaluar si la presencia o ausencia de angina de pecho tiene valor predictivo de enfermedad coronaria en la estenosis valvular aórtica severa.*
- 2) Valorar el grado de severidad de la coronariopatía en relación con la presencia o ausencia de síntomas anginosos.*
- 3) Conocer la importancia de los factores de riesgo coronario (mayores) ante la presencia de coronariopatía en los pacientes con angina de pecho.*

*Se consideraron los criterios de Diamond y Forrester para el diagnóstico de angina de pecho.*

Es relativamente frecuente que pacientes con estenosis valvular aórtica importante presenten angina de pecho, pero no todos tienen coronariopatía. Existen en la literatura trabajos que han demostrado la coexistencia de coronariopatía significativa

en alrededor del 50-60% de los pacientes con angina de pecho y estenosis valvular aórtica<sup>2-5</sup>; incluso existen trabajos en que la ausencia de angina de pecho indica la no existencia de coronariopatía<sup>2-3</sup>. Además parecería que la coexistencia de factores de riesgo coronario en estos pacientes con estenosis valvular aórtica importante y angina de pecho, tendrían una

---

\*Servicio de Cardiología, Hospital Italiano de Buenos Aires.

relación directamente proporcional con enfermedad coronaria<sup>1</sup>.

Considerando lo interesante que sería tener una idea aproximada del grado de obstrucción de los vasos coronarios en la etapa prequirúrgica de aquellos pacientes con estenosis valvular aórtica importante y su relación con la presentación de angina de pecho, y la coexistencia de factores de riesgo coronario, ayudaría a precisar el pronóstico temprano y tardío de estos pacientes; más aún si por la misma severidad de la valvulopatía o por alguna intercurencia tuviera que operarse al paciente en forma urgente.

Por todo esto decidimos realizar este trabajo retrospectivo y observar qué resultados obteníamos en nuestra población de pacientes con estenosis valvular aórtica severa operados, planteándonos los siguientes objetivos:

1. Evaluar si la presencia o ausencia de angina de pecho tiene valor predictivo de enfermedad coronaria en la estenosis valvular aórtica-severa.
2. Valorar el grado de severidad de la coronariopatía en relación con la presencia o ausencia de síntomas anginosos.
3. Conocer la importancia de los factores de riesgo coronario (mayores), en la presencia de coronariopatía en los pacientes con angina de pecho.

#### MATERIAL Y METODOS

Se evaluaron retrospectivamente 118 pacientes portadores de estenosis valvular aórtica severa aislada o asociada a insuficiencia aórtica leve, operados en el Hospi-

tal Italiano de Buenos Aires en estos últimos diez años; considerándose como estenosis severa a un gradiente transvalvular aórtico igual o mayor de 70mmHg; e insuficiencia aórtica leve cuando se opacifica la mitad o tres cuartos del ventrículo izquierdo y se vacía en un sólo latido en el angiograma ventricular (clasificación de Seller).

Angiográficamente se consideró como lesión coronaria significativa a la disminución de la luz del vaso igual o mayor a un 70% , y tratándose del tronco de la coronaria izquierda, una disminución igual o mayor del 50% , siendo todos estos criterios utilizados por el Departamento de Hemodinamia del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Se consideró la severidad de la coronariopatía, según el número de vasos comprometidos en la coronariografía (uno a tres). Se conformaron tres grupos de pacientes: los que tenían angina de pecho típica, atípica y los que no tenían dolor anginoso, considerándose los criterios de Diamond y Forrester para el diagnóstico de angina de pecho, que son los siguientes:

- Dolor torácico retroesternal.
- Dolor precipitado por el ejercicio.
- Dolor que desaparece con el reposo o la nitroglicerina sublingual en menos de 10 minutos.

Los tres criterios juntos hacen el diagnóstico de angina de pecho típica. Cuando sólo dos de los tres criterios son positivos, se considera al dolor anginoso atípico. Cuando existe uno o ninguno de los criterios se considera al dolor como no anginoso.

Para la caracterización de la angina de pecho, se revisaron las 118 historias clínicas,

sin el conocimiento de la información hemodinámica, y para valorar la presencia o no de coronariopatía y su severidad, se utilizó el informe de la coronariografía realizada en el Departamento de Hemodinamia del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Además se consideró la presencia de factores de riesgo coronario mayores (hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, tabaquismo) en la historia clínica, según que presentaran ninguno, uno, dos ó más factores de riesgo; y su relación con la presencia de coronariopatía en la coronariografía.

Para la valoración estadística, se utilizó el método del  $X^2$ .

## RESULTADOS

Los 118 pacientes que se evaluaron con estenosis valvular aórtica importante, sin otra valvulopatía, acompañante, tuvieron una edad media de 59,1 años, con un rango de 33-79 años, siendo 94 hombres (79,6%) y 24 mujeres (20,3%); 43 pacientes (36,4%) presentaron coronariopatía significativa. De estos, 23 (53,4%) tenían lesión de un vaso, 9 (20,9%) lesión de dos vasos, 11 (25,5%) lesión de tres vasos.

Se dividieron en tres grupos de acuerdo con la angina: en el **Grupo 1** (angina de pecho típica), de 72 pacientes (61% del total), 57 (79,1%) fueron hombres, 15 (20,8%) mujeres; presentaron una edad media de 59,6 años, con un rango de 33-74 años; 29 pacientes (40,2%) tenían coronariopatía significativa; 14 con lesión de 1 vaso, 5 con lesión de 2 vasos, 10 de 3 vasos. **Grupo 2** (angina de pecho atípica), conformado por 13 pacientes (11% del

total), 10 hombres (76,9%) y 3 mujeres (23,7%), con una edad media de 61 años y un rango de 39-79 años, 5 pacientes con coronariopatía significativa (38,4%), de estos, 2 pacientes con lesión de 1 vaso, 2 con lesión de 2 vasos, 1 con lesión de 3 vasos. **Grupo 3** (sin dolor anginoso), de 33 pacientes (28% del total), 27 (81,8%) fueron hombres, 6 (18,1%) mujeres; con una edad media de 57,2 años y un rango de 35-76. Había 9 pacientes (27,2%) con coronariopatía significativa, 7 pacientes con lesión de un vaso, 2 con lesión de dos vasos, y ningún paciente con lesión de 3 vasos (Cuadro 1). Observándose que tanto el grupo 1 como el grupo 2 tienen casi igual porcentaje de pacientes con coronariopatía significativa y que comparten más de un criterio de tipicidad para angina de pecho, se decidió formar dos subgrupos: el primero con aquellos que tuvieron angina de pecho y el otro con los que no tuvieron dolor anginoso; de esta manera, el primer subgrupo se conformó de 85 pacientes (72% del total) en donde 34 pacientes (40%) tenían coronariopatía significativa, y 51 (60%) no la tenían. El segundo subgrupo constó de 33 pacientes (28% del total) en donde 9 (27,2%) tenían coronariopatía significativa; entre los dos subgrupos no hubo diferencia estadísticamente significativa en cuanto a coronariopatía de uno o más vasos (Cuadro 2). Se valoró también en estos dos subgrupos, la relación con respecto a la presencia de coronariopatía de dos o más vasos, habiendo en el subgrupo con angina de pecho, 18 pacientes (21,1%) con lesión de dos o más vasos, y en el subgrupo sin dolor anginoso, 2 pacientes (6%), encontrán-



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.

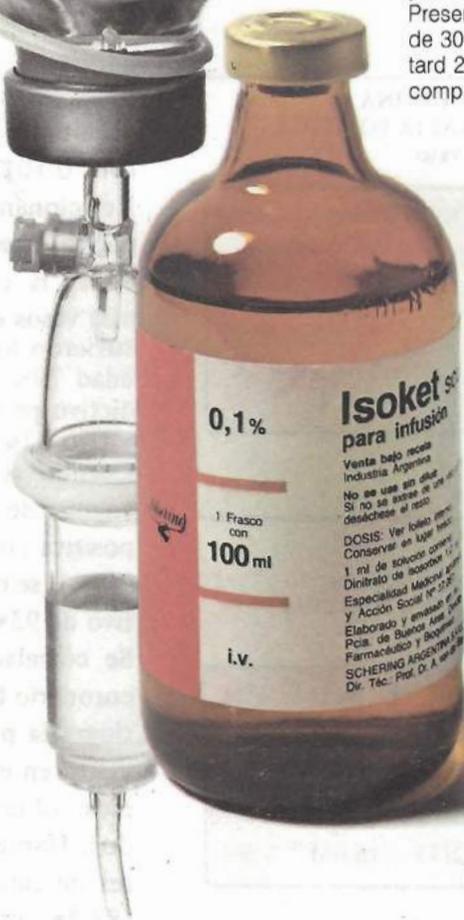
**El primer dinitrato  
de isosorbide de  
administración  
intravenosa para el  
tratamiento de pacientes  
internados en unidad  
coronaria o terapia  
intensiva.**

**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%**

CUADRO 1: HALLAZGOS CLINICOS Y ANGIOGRAFICOS EN PACIENTES CON ESTENOSIS VALVULAR AORTICA

	N°	Relac. sexo masc. fem.	Edad media-rango	N° % de pac. con enf. cor. significativa	N° de vasos enfermos		
					1	2	3
Grupo I Angina típica	72	57/15	59,6 (33-74)	29 (40,2)	14	5	10
Grupo II Angina atípica	13	10/3	61 (39-79)	5 (38,4)	2	2	1
Grupo III Sin dolor anginoso	33	27/6	57,2 (35-76)	9 (27,2)	7	2	0
Total	118	94/24	59,1 (33-79)	43 (36,4)	23	9	11

CUADRO 2: ANGINA vs.  
CORONARIOGRAFIA POSITIVA  
≥ 1 vaso

	N°	(%)	$\chi^2$
Angina (típica + atípica)	34/85	(40)	$p = 1,158$ (ns)
No angina	9/33	(27,2)	

CUADRO 3: ANGINA vs.  
CORONARIOGRAFIA POSITIVA  
(≥ 2 vasos)

	N°	(%)	$\chi^2$
Angina	18/85	(21,1)	$p < 0,10$
No angina	2/33	(6,06)	

dose entre los dos subgrupos, diferencia estadística en el límite de lo significativo ( $p < 0.10$ ) (Cuadro 3).

Relacionando el subgrupo con angina de pecho y considerando como "gold standard" la coronariografía positiva (uno o más vasos con obstrucción  $\geq 70\%$ ), se obtuvieron los siguientes resultados: sensibilidad 79%, especificidad 32%, valor predictivo positivo 40%, valor predictivo negativo 72% (Cuadro 4).

Cuando se correlacionó el subgrupo con angina de pecho con la coronariografía positiva con lesión de dos ó más vasos ( $\geq 70\%$ ), se obtuvo un valor predictivo negativo de 93% (Cuadro 5).

Se correlacionaron los factores de riesgo coronario (F.R.C.) mayores con la coronariografía positiva para lesión de uno o más vasos, en el grupo con angina de pecho típica, obteniéndose los siguientes resultados: Había 18 pacientes (25%) sin factores de riesgo coronario, de los cuales 15 (83,3%) tenían coronariografía negativa,

CUADRO 4:  
ANGINA vs. CORONARIOGRAFIA  
POSITIVA

Sensibilidad	79%
Especificidad	32%
Valor predictivo (+)	40%
Valor predictivo (-)	72%

CUADRO 5:  
ANGINA vs. CORONARIOGRAFIA  
POSITIVA

≥ 2 VASOS

Valor predictivo (-)	93%
----------------------	-----

y 3 (16,6%) coronariografía positiva; 37 (51,3%) con un factor de riesgo coronario, 23 (62,2%) con coronariografía negativa, 14 (37,8%) coronariografía positiva; 17 pacientes (23,7%) con dos o más factores de riesgo coronario, 5 (29,4%) coronariografía negativa, 12 (70,5%) coronariografía positiva.

Entre los pacientes sin factores de riesgo coronario y con un factor de riesgo coronario tenían  $p = 0,20$ ; entre los que tenían un factor de riesgo coronario y dos o más  $p = 0,05$ ; y entre los pacientes sin factores de riesgo coronario y con dos o más  $p = 0,01$  (Cuadro 6).

## DISCUSION

Nuestros hallazgos confirman lo referido por estudios anteriores de que la angina de pecho es un síntoma frecuente en los pacientes con estenosis valvular aórtica.

El 40% de coronariopatía significativa en el grupo con angina de pecho en este estudio, está dentro del rango de porcentaje existente en la literatura que es del 35-60%, señalado por la mayoría de los trabajos (Cuadro 7).

El hecho de que el 27,2% de los pacientes sin dolor anginoso tengan coronariopatía significativa, no coincide con algunos trabajos en literatura<sup>2-5</sup>, en los que un alto porcentaje de pacientes sin angina de pecho no tienen coronariopatía significativa; lo que podría deberse en parte a los diferentes criterios de inclusión empleados; así, por ejemplo, en el trabajo de Philippe A. Paquay y colaboradores<sup>2</sup>, consideraron como lesión coronaria significativa a la disminución de la luz mayor del 75%.

Sin embargo, en el trabajo de Stephen J. Green<sup>6</sup>, se reportaron un 25% de los pacientes sin angina de pecho con coronariopatía significativa, acotándose de que dicho trabajo tiene muchas similitudes con el nuestro en lo que se refiere a criterios de inclusión, material y métodos.

CUADRO 6: ANGINA TIPICA

F.R.C.	Total	Coronariogr. (-)	Coronariogr. (+) x <sup>2</sup>
0	18	15	3 (16,6%)
1	37	23	14 (37,8%)
≥ 2	17	5	12 (70,5%)

$p = 0,20$

$p = 0,05$

$p < 0,01$

CUADRO 7: RELACION ENTRE ANGINA DE PECHO Y CORONARIOPATIA EN LA ESTENOSIS AORTICA

		Pacientes con angina		Pacientes sin angina			
		con C.A.D. Nº	%	sin C.A.D. Nº	%	con C.A.D. Nº	%
Linhart	(1968)	19/26	73	7/26	27	7/33	20
Gross	(1975)	13/32	41	19/32	59	3/16	19
Hancock	(1975)	88/128	64	46/128	36	15/45	33
Basta	(1975)	10/41	24	31/41	56	0/19	0
Harris	(1975)	13/40	32,5	27/40	67,5	3/29	10
Mandal	(1976)	14/28	50	14/28	50	2/28	7
Paquay	(1976)	20/36	55,5	16/35	44,5	11/12	8
Graboyes	(1977)	4/12	33	8/12	66	0/7	0
Storstein	(1977)	13/40	32,5	27/40	67,5	5/20	25
Exadactylos	(1984)	22/62	35,5	40/62	64,5	0/26	0
Stephen	(1985)	36/63	57,1	27/63	42,8	10/40	25
Serie actual	(1986)	34/85	40	51/85	60	9/33	27,2

A pesar de que porcentualmente es notoria la diferencia entre el grupo con angina y sin angina de pecho (40% y 27,2% respectivamente), no existe diferencia estadísticamente significativa para coronariopatía de uno o más vasos, lo que podría deberse tal vez al número de pacientes de la población estudiada, ya que siendo mayor y manteniéndose dicha diferencia porcentual, sería muy probable que se consiga una diferencia significativa.

Existe en general concordancia en que los pacientes con angina de pecho típica o atípica tienen con mayor frecuencia coronariopatía de dos o más vasos que los que no tienen angina de pecho; incluso en el trabajo de Mandall y Gray<sup>1</sup>, encuentran relación directa entre la severidad de la angina de pecho y de la coronariopatía. Asimismo, existe consenso de que aquellos sin dolor anginoso, tienen mayor incidencia de lesión de un vaso<sup>6</sup>.

En nuestro trabajo, los valores encontrados para sensibilidad, especificidad, valor

predictivo positivo, aunque no son importantes, tampoco se los puede ignorar; sin embargo, se encontró un valor predictivo negativo en relación a la angina y coronariopatía de dos o más vasos de 93%, o sea que 93 pacientes de cada 100 que no tengan angina de pecho, no tendrán coronariopatía de dos o más vasos, dato que nos pareció muy interesante.

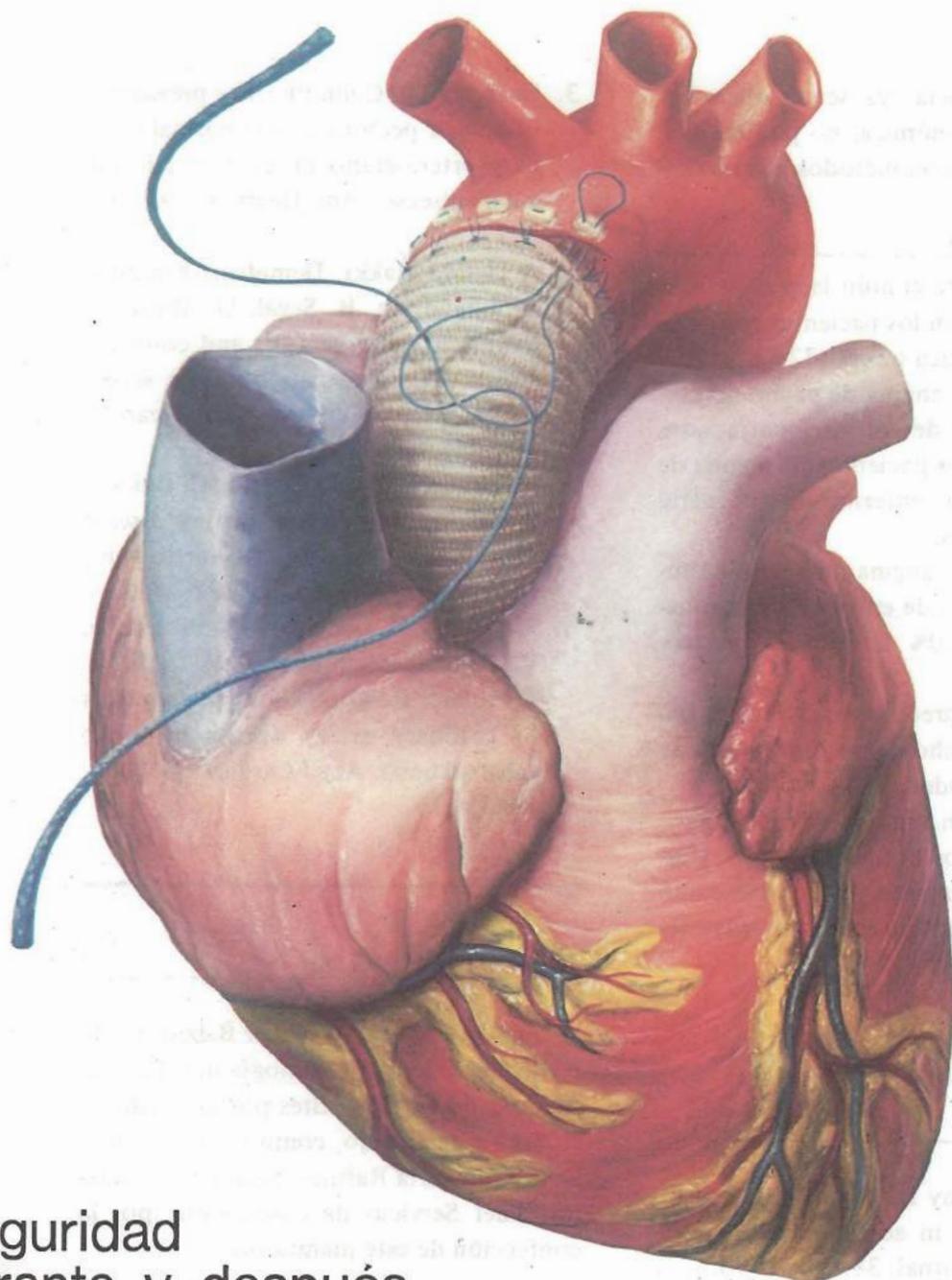
En algunos trabajos de la literatura<sup>1,5</sup>, consideran la coexistencia de los factores de riesgo coronario, aunque sólo en el trabajo de Mandall y Gray<sup>1</sup> coincide con los resultados de nuestro trabajo, en que los pacientes con angina de pecho típica y dos o más factores de riesgo coronario es muy probable que tengan lesión coronaria significativa.

Nuestra intención con este trabajo ha sido, sencillamente, analizar si los parámetros clínicos pueden dar alguna orientación en cuanto a la posibilidad de coronariopatía significativa en los pacientes con estenosis valvular aórtica severa. Esta estimación podría ser de importancia si por

# 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

alguna circunstancia, ya sea médica-asistencial o socioeconómica, no pudiera evaluarse al paciente con métodos invasivos.

### CONCLUSIONES

- Es relativamente común la presencia de angina de pecho en los pacientes con estenosis valvular aórtica severa (72%).
- La ausencia de angina de pecho no descarta la presencia de coronariopatía; aunque el 93% de los pacientes sin angina de pecho no tendrán enfermedad coronaria de dos o más vasos.
- La presencia de angina de pecho no tuvo valor predictivo de enfermedad coronaria significativa (60% sin obstrucción coronaria  $\geq$  70%).
- Hubo franco predominio en el grupo con angina de pecho de mayor número de vasos comprometidos.
- En el grupo con angina de pecho típica, la presencia de dos o más factores de riesgo coronario mayores se correlacionó franca y significativamente con enfermedad coronaria (70,5%).

### BIBLIOGRAFIA

1. Mandal I., Gray R.: Significance of angina pectoris in aortic valve stenosis. *Brit Heart Journal*, 38:811, 1976.
2. Philippe A. Paquay, G. Anderson, H. Diefenthal, L. Nordstrom, H. Rochman, F. Gobel: Chest pain as a predictor of coronary artery disease in patients with obstructive aortic valve disease. *Am J. Cardiol.* 38:863, 1976.

3. Graboys TB, Cohn PF: The prevalence of angina pectoris and abnormal coronary arteriograms in severe aortic valvular disease. *Am Heart J.*, 93:683, 1977.
4. A Hamid Hakki, Demetrios Kimbiris, A. Iskandrian, B. Segal, G. Mintz, Ch Bemis.: Angina pectoris and coronary artery disease in patients with severe aortic valvular disease. *Am. Heart J.* 100:441, 1980.
5. N. Exadactylos, D. Sugrue, C. Oakley. Prevalence of coronary artery disease in patients with isolated aortic valve stenosis. *Brit Heart J.* 51:121, 1984.
6. Stephen J. Green, Roy A. Pizzarello, V. Padmanabhan, Long, M. Hall, A. Tortolani. Relation of angina pectoris to coronary artery disease in aortic valve stenosis. *Am J Cardiol.* 55:1063, 1985.

### AGRADECIMIENTOS.

Se agradece al Doctor César Belziti, médico del Servicio de Cardiología del Hospital Italiano de Buenos Aires por la colaboración en este trabajo, como así también la de la Srta. Perla Rafinet, Secretaria Académica del Servicio de Cardiología, por la confección de este manuscrito.

# EL TAMAÑO ADECUADO PARA UNA MUESTRA

Dr. Vicente C. Castiglia\*

## RESUMEN

---

*Uno de los problemas más comunes para quien realiza investigación en Ciencias de la Salud es la determinación del número de casos u observaciones que debe efectuar para poder formular conclusiones con un grado de confiabilidad satisfactorio. La toma de decisión con respecto al tamaño adecuado para una muestra requiere del conocimiento de información previa, tal como cuántos individuos constituyen la población, su composición y elementos del comportamiento de la variables que se quiera estudiar (al menos estimativos). Otro factor importante es si el tipo de investigación que se realiza es exploratoria o verificadora. De acuerdo con ello se ofrecen tres soluciones posibles:*

- *En el caso de investigaciones exploratorias reunir todas las observaciones que sea posible (6 como mínimo y 30 a 50 casos como número conveniente.)*
- *En el caso de investigaciones verificadoras, la información enunciada para la toma de decisión respecto del tamaño de la muestra es esencial. Si se la posee, establecer el tamaño de muestra consultando los textos que se citan <sup>6,7</sup>.*
- *En cualquier caso puede emplearse el método hipotético-deductivo como alternativa válida.*

## INTRODUCCION

---

Una de las preguntas que se escucha con mayor frecuencia, tanto en el consultorio de asesoría metodológica como en los cur-

---

Doctor en Medicina. Lic. en Metodología de la Investigación.

sos sobre el tema es: "Cuántos casos hay que reunir para que una muestra sea representativa?"; o lo que es lo mismo: "Cuál es el tamaño apropiado para una muestra?".

Como explicaremos más adelante hay varias respuestas posibles a esta pregunta,

por lo que no se puede generalizar al respecto sin caer en errores a veces bastante importantes.

El objetivo del presente artículo es proveer al profesional en Ciencias de la Salud de los elementos racionales básicos para comprender el proceso de toma de decisión sobre el tamaño de la muestra, y, en segunda instancia, responder a su inquietud de un modo práctico y científico a la vez.

Para el logro de este propósito hemos adoptado el siguiente ordenamiento de temas:

- Definición de “muestra” y “tamaño de muestra”
- Criterios de representatividad de una muestra.
- Criterios de validez de una muestra.
- Procedimientos para determinar el tamaño de una muestra
- Propuesta práctica para la obtención de muestras

#### DEFINICION DE “MUESTRA” Y “TAMAÑO DE MUESTRA”

Dada una población (P) (*Figura 1*), se denomina muestra a cualquier subconjunto de ella<sup>1/2</sup>.

Así M1, M2, M3, M4, y M5 son algunas de todas las muestras posibles que se podrían obtener de P.

La letra “n”, indica el “tamaño de la muestra”, o lo que es lo mismo, el número de individuos que la componen. Así  $n_1 = 2$ , equivale a decir que la muestra 1 está compuesta por dos individuos.

Cuando un científico puede estudiar toda una población, lo hace. Pero a veces, por

diversos motivos, no puede. Entonces recurre al empleo de una muestra con la idea de “saber qué pasa” en la población. En este caso cualquier muestra no sirve, porque si se quiere usar una muestra para decir algo sobre una población, esa muestra debe ser algo “especial”: debe ser representativa y válida. Esto se logra a través del cumplimiento de dos criterios: uno teórico y otro empírico (práctico). El criterio teórico es el de representatividad, el empírico es el de validez.

#### CRITERIO TEORICO DE REPRESENTATIVIDAD DE UNA MUESTRA

Se basa en el principio de equiposibilidad, por el cual todos y cada uno de los individuos que componen P deben tener la misma chance de ser incluidos en la muestra<sup>3/4</sup>.

La aplicación de este principio depende de dos factores: En primer lugar de una precisa definición de población<sup>3/5</sup> y Secundariamente del empleo de algún procedimiento que permita cumplirlo (sorteo, tablas de números al azar, sobres cerrados, etc.).

Vale la pena recordar que si bien este principio es el más conocido como tal entre quienes hacen investigación, se puede demostrar que su cumplimiento no garantiza siempre buenos resultados. Debe agregarse a él, el cumplimiento del criterio empírico.

#### CRITERIO EMPIRICO DE VALIDEZ DE UNA MUESTRA

En la *Figura 2* se esquematiza que de una misma P se han obtenido tres muestras (M1, M2, M3). Supongamos que hemos

# Más allá de todo lo conocido en infecciones urinarias

## **Indicaciones:**

Pielonefritis

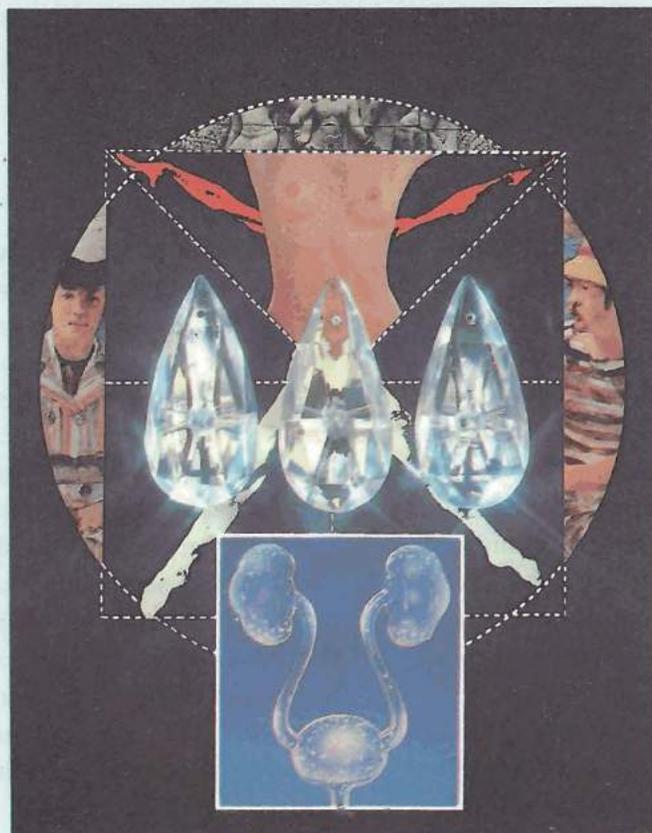
Cistitis

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**

aplicado el principio de equiposibilidad, o sea que las tres fueron obtenidas dando a todos los individuos de P la misma chance de entrar en cada M. Por lo tanto, las tres muestras son representativas.

Intuitivamente, al mirarlas, pensaremos que ni M1 ni M2 podrían ser consideradas representativas de P. Sería como aceptar que para analizar la tasa de mortalidad de una ciudad, sólo se tomaran a los varones o niños. Sin embargo, las muestras son representativas por definición, al haberse aplicado el principio de equiposibilidad.

A estas alturas, es posible que creamos que algo está fallando. Y es correcto. Cuando pensamos que no son representativas, en realidad quiere decir que en la práctica (empíricamente) M1 y M2 no pueden ser consideradas útiles a los fines de formular conclusiones aplicables a toda P.

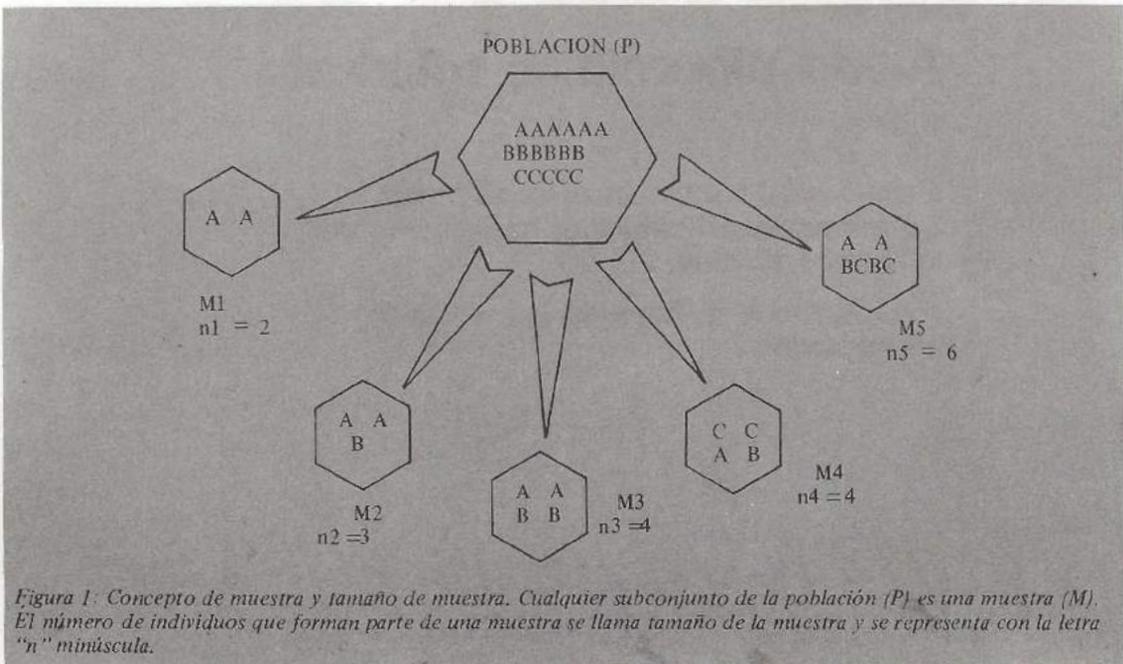
Ahora estamos en condiciones de comprender que no alcanza con que una muestra sea teóricamente representativa; también tiene que "servir", o sea ser válida. Pero también se deduce el razonamiento anterior que la validez es una propiedad que se establece en los hechos, cuando se conoce (al menos en forma estimativa) la composición real de la población.

En síntesis: solamente empleando muestras representativas y válidas se pueden formular conclusiones que pueden aplicarse confiablemente a toda la población.

Aclarado este punto, consideramos otro aspecto trascendente del muestreo: el tamaño de la muestra.

### PROCEDIMIENTOS PARA DETERMINAR EL TAMAÑO DE UNA MUESTRA

Analizando la Figura 2 y comparando las



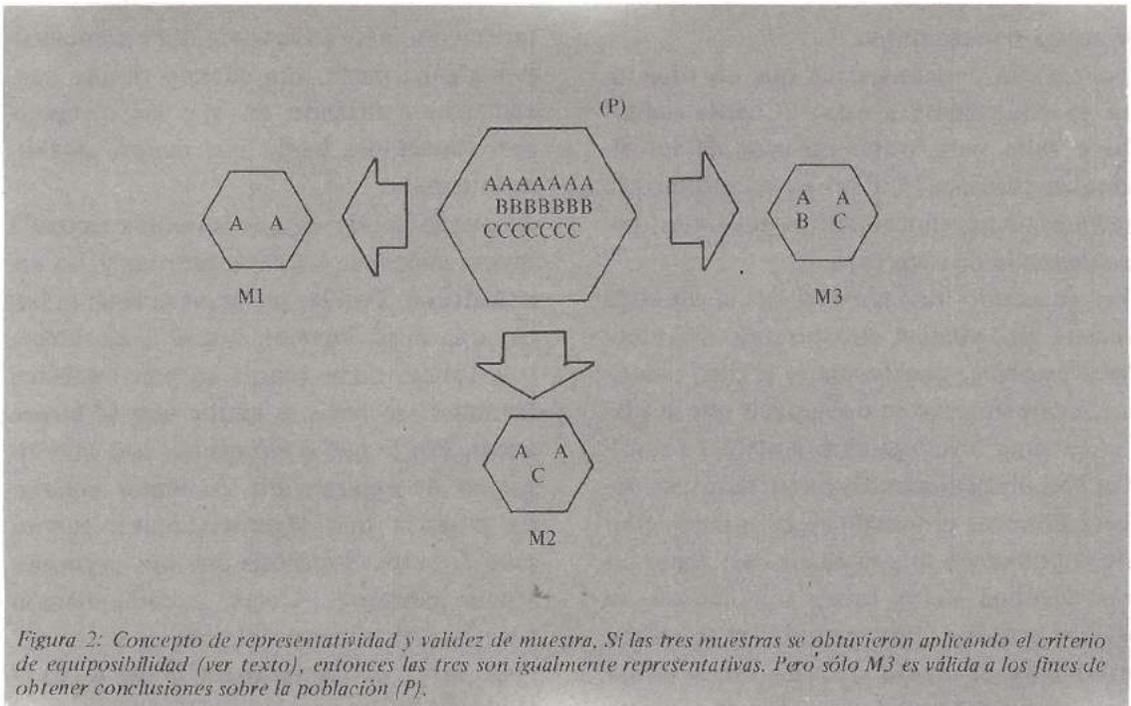


Figura 2: Concepto de representatividad y validez de muestra. Si las tres muestras se obtuvieron aplicando el criterio de equiposibilidad (ver texto), entonces las tres son igualmente representativas. Pero sólo M3 es válida a los fines de obtener conclusiones sobre la población (P).

muestras entre sí, observamos que si bien M2 no puede considerarse válida, lo es más que M1 y menos que M3.

Al mismo tiempo notaremos que M2 tiene mayor tamaño que M1, pero menor que M3. De modo que parece existir una relación entre el tamaño de una muestra y su validez.

Esto es correcto: siempre que la P sea la misma, el tamaño de una M y su validez conservan una relación directa (a mayor tamaño, mayor validez).

Pero no pensamos que cuánto más grande sea una muestra mejor. Esto es sólo cierto hasta un punto, a partir del cual aumentos muy importantes del tamaño sólo logran pequeños incrementos de su validez.

Hay un tamaño de muestra que puede ser considerado óptimo. Este sería el menor número de individuos que deben ser estu-

diados para alcanzar un máximo de confiabilidad en las conclusiones, con lo que lograríamos un importante ahorro de recursos (humanos, económicos y de tiempo).

El tamaño óptimo de muestra debe ser calculado a través de fórmulas o tablas 6 7 y generalmente lo hace un experto en el tema. El procedimiento en sí no es difícil, pero deben cumplirse algunos pre requisitos, ya que es necesario conocer (aunque sea en forma estimativa) tanto el tamaño de la población como el comportamiento de aquello que se quiere estudiar (no importa si lo que se quiere estudiar es una tasa de curaciones, la tensión arterial, o la talla).

Llegamos a este punto y aún no hemos respondido a la pregunta original: "Cuántos casos debemos reunir para tener una

muestra representativa?”.

Solo ahora podemos decir que esa pregunta es equivalente a esta: “**Cuánta digital hace falta para tratar un caso de insuficiencia cardíaca?**”. Pero ya conocemos la respuesta: hay lineamientos generales, pero depende de cada caso.

En el asunto del tamaño de la muestra ocurre algo similar, encontrando dos planteos posibles: uno formal y el otro práctico. Formalmente se debe decir que al planificar una investigación científica a resolver con procedimientos estadísticos, se deberá conocer el tamaño y la composición de la población que se analiza así como tener algunos datos sobre aquello que se quiere estudiar. Por ejemplo: si se quiere establecer el efecto de una droga sobre una cierta enfermedad se deberá conocer en forma estimativa al menos, la proporción de curaciones que se espera obtener. Si al diseñar una investigación podemos responder a esas tres preguntas, entonces recurrimos a los textos mencionados<sup>6 7</sup>.

Pero este planteo formal no suele ser fácil de satisfacer. En investigación clínica es frecuente que el tamaño y/o composición de la población y/o comportamiento de la variable en estudio sean desconocidos. Así no se pueden obtener muestras representativas ni válidas, por lo que la composición de P y el comportamiento de la variable seguirán sin conocerse, reiniciando un círculo vicioso del cual solamente se puede salir apelando a una propuesta práctica.

#### PROPUESTA PRACTICA PARA LA OBTENCION DE MUESTRAS

Recordemos que el conocimiento de cual-

quier cosa, necesariamente debe comenzar por alguna parte, aún cuando resulte parcializado confiando en que las sucesivas aproximaciones harán que mejore sustancialmente.

Se puede hablar entonces de dos tipos de investigaciones: las exploratorias y las verificadoras. Con las primeras se intenta hacer una aproximación inicial al problema y entonces no se repara en prerequisites formales: se hace lo mejor que se puede hacer. Por lo que si encaramos una investigación de exploración, cualquier tamaño de muestra que logremos reunir servirá para formular hipótesis que nos permitan seguir adelante. Como recomendación práctica: el número mínimo de casos deberá ser<sup>6</sup>, el conveniente á 30 a 50 y el ideal, sería mayor de cincuenta.

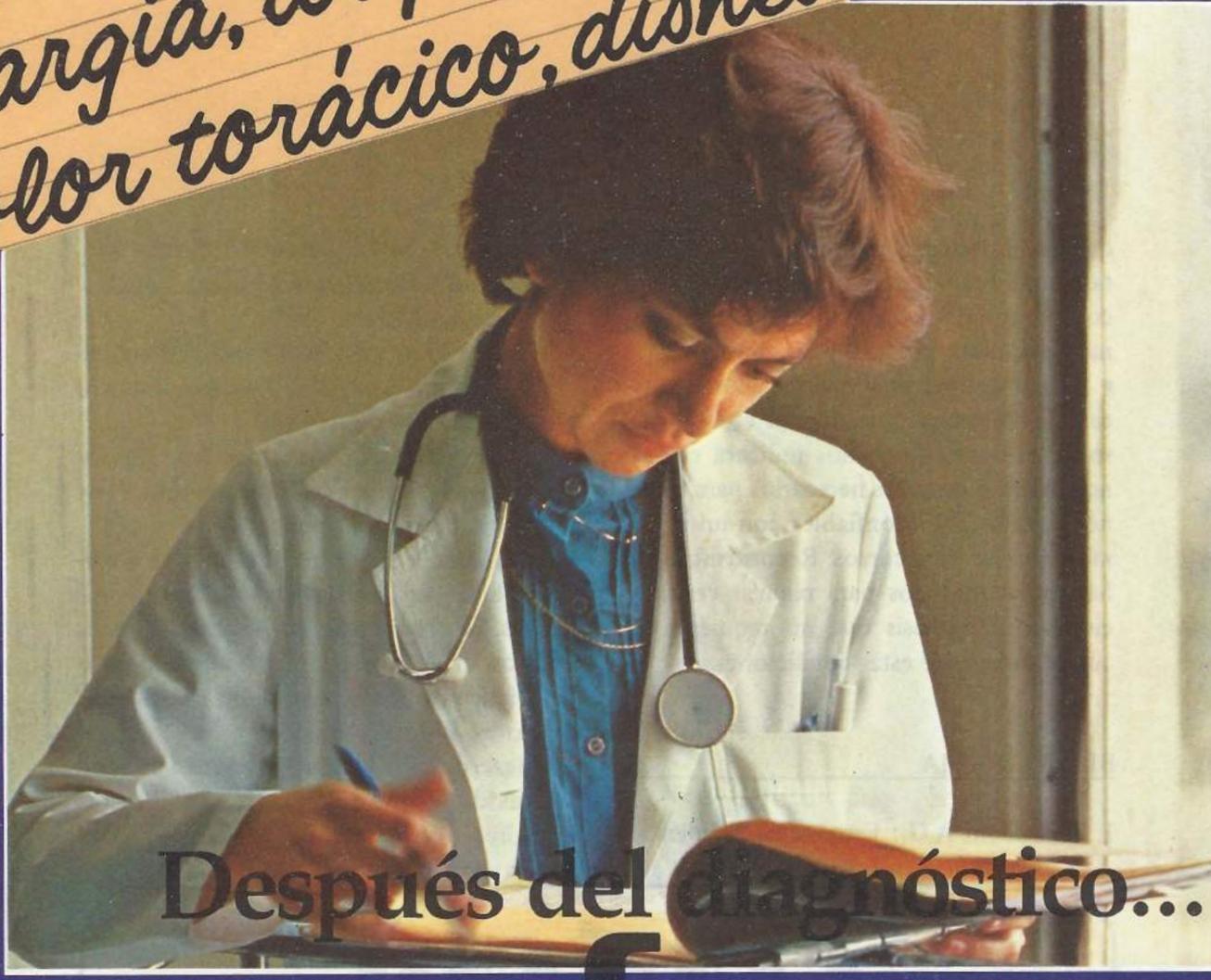
Ya en sucesivas exploraciones, aquellos elementos que son necesarios para establecer cuál sería el tamaño óptimo de muestra, serán conocidos y luego todo será más fácil.

Las investigaciones destinadas a verificar hipótesis sólo pueden encararse seriamente cuando se disponga de todos los elementos necesarios que permitan aprovechar al máximo el aparato matemático de la Estadística o recurriendo a modelos científicos diferentes del estadístico (como el método hipotético deductivo).<sup>5</sup>

#### CONCLUSIONES

- Existen dos tipos de investigaciones: explorativas y verificadoras (o confirmatorias).
- Si encaramos una investigación exploratoria debemos reunir el número de casos

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



Después del diagnóstico...

# RIFA PRIM<sup>®</sup>

(Rifampicina + Trimetoprima)

## es su mejor opción

#### INFORMACIÓN 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, digitalicos, anticonceptivos orales, e hipoglucemiantes orales. La trimetoprima disminuye el metabolismo de la fentolina. 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, tromboцитopenia. 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 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



que la situación permita, pero no intentaremos obtener algún tipo de conclusión con menos de 6 casos. El número conveniente oscilará entre 30 y 50 casos.

• Si encaramos una investigación verifcatoria debemos consultar al especialista sobre el tema, quien nos indicará el menor número de casos necesarios para obtener conclusiones confiables con un mínimo de gasto de recursos. Recordemos que hay otros métodos para realizar verificaciones de hipótesis que no requieren el cumplimiento de estas condiciones.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Barbancho A.G.: Estadística Elemental

Moderna. 5a Ed. Barcelona. Ariel, 1978.

2. Ostle B.: Estadística Aplicada. México. Editorial Limusa. 1977.

3. Clarke G.M.: Statistics and experimental design. 2nd. Ed. London. Edward Arnold Publishers, 1980.

4. Nickerson C.A., Nickerson I.A.: Statistic analysis for decision making. New York. Petrocelli Books, 1978.

5. Castiglia V.C.: Introducción a la metodología de la investigación. Buenos Aires. Ed. Pediatricas Argentinas, 1984.

6. Fowler Newton E.: El muestreo estadístico aplicado a la auditoría. Buenos Aires. Ed. Macchi, 1972.

7. Bazerque P., Tessler J.: Método y técnicas de la investigación clínica. Buenos Aires: Toray, 1982.

# contour

## Etofenamato Disprovent



Antiinflamatorio de aplicación tópica  
Rápido alivio del dolor  
Marcada reducción de la inflamación

Su afinidad por los tejidos lesionados permite obtener alta concentración en esta zona, casi 20 veces mayor que en otras.

**Fórmula:** Cada 100 g de Gel contienen;  
5 g. de Etofenamato.

*Disprovent*

**Presentación:** Pomos conteniendo 3 g. de Gel.

# Sector Investigación

Dr. Raúl Gutman

## INVESTIGACION SISTEMATICA ULTRASONICA DE LA CIRCULAR DE CORDON UMBILICAL

*Sebastiani, M; Nieva, O; Fried, T; Psevoznik, C; De Sancho, E.*

Servicio de Obstetricia del Hospital Italiano de Buenos Aires. Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Vol. 65, julio 1986.

El propósito de este trabajo es de evaluar la capacidad diagnóstica de la investigación sistemática ultrasónica de detección de circular de cordón.

Se controló la FCF mediante un detector de latidos fetales por ultrasonido, realizándose las maniobras de deslizamiento y balanceo descriptas por Ullens en 646 embarazos.

**Resultados:** La presencia de circular de cordón alrededor del cuello o del hombro fetal se observó en 34,8 % de los partos.

Sobre 225 casos con circular de cordón, 86 tuvieron una maniobra de deslizamiento positivo. La sensibilidad de la prueba fue del 38 %.

De los 421 casos sin circular de cordón, 347 tuvieron una prueba de deslizamiento negativa (especificidad = 82 %) y solo 74 tuvieron una prueba positiva (74/421).

La maniobra de deslizamiento positivo se complementaron con maniobras de balanceo, siendo la sensibilidad diagnóstica del 53 % y una especificidad del 59 %. El error del método fue del 43 % (70/160). El método demostró tener una adecuada efectividad en el diagnóstico de ausencia de circular de cordón (especificidad = 92 %) y en cambio poco sensible para el diagnóstico de una circular de cordón (sensibilidad 26 %).

## VELLOSITIS CRONICA DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA Y LESIONES ARTERIALES MATERNAS EN EMBARAZOS CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DE LA GESTACION Y CON RETARDO DE CRECIMIENTO DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA

*Labarrere, C; Althabe, O.*

Servicio de Patología y Obstetricia del Hospital Italiano de Buenos Aires. Cuadernos Perinatales GADEP, Vol. 2, N° 1, p. 39, 1984.

Se estudiaron 361 placentas, que se dividieron en dos grupos principales: un grupo control, constituido por 215 placentas correspondientes a madres con embarazo normal; y un grupo de estudio constituido por 146 placentas de madres que presentaron hipertensión inducida por el embarazo (HIE).

Se pudo observar una mayor incidencia, estadísticamente significativa, de vellositis crónica y de la proporción de vellosidades inflamadas dentro del grupo con HIE cuando los recién nacidos estaban por encima del 25° percentilo de peso. También se pudo observar una mayor incidencia de las lesiones vasculares maternas en el grupo con HIE respecto del grupo control.

Estas lesiones se han descrito en placenta de recién nacidos pequeños para la edad gestacional con o sin hipertensión materna y en placentas de madres con preeclampsias y recién nacidos con peso adecuado para la edad gestacional.

Considerando que las lesiones similares a la aterosclerosis aguda se han reportado en placentas de madres con lupus eritematoso diseminado y en rechazos de injerto renal, una probable agresión inmunológica materna sobre los tejidos fetales podría ser la responsable de la aparición de las entidades anteriormente descriptas.



# ***El Departamento de Docencia e Investigación informa***

## **CURSOS 1987**

- **Enfermería Pediátrica en Diálisis Peritoneal Ambulatoria y Trasplante Renal**

*Fecha:* Abril

*Coordinador:* Enf. V. Rosso

*Servicio:* Enfermería

- **Seminario de Observación de Lactantes**

*Fecha:* De abril a noviembre

*Coordinador:* Lic. K. Di Tella

*Servicio:* Salud Mental Pediátrica

- **Curso sobre Medicina del Adolescente**

*Fecha:* Del 8 de abril al 4 de noviembre

*Coordinadores:* Dres. C. Catsicaris y C. Wahren

*Servicio:* Pediatría

- **Primeras Jornadas Nacionales de Biofotografía**

*Fecha:* Del 29 de junio al 1° de julio

*Coordinadores:* Dres. E. Caruso y E. Vallazza

*Servicio:* Docencia

- **Urgencias en la Adolescencia. Aspectos Clínicos y Psiquiátricos**

*Fecha:* de mayo a junio

*Coordinadores:* Dres. C. Wahren, Fabregues y Ramos

*Servicio:* Salud Mental Pediátrica

- **Disfunciones Sexuales**

*Fecha:* Mayo

*Coordinador:* Dr. M. Gospodinoff

*Servicio:* Urología

En trastornos  
cérvico-vaginales

**curacid**<sup>®</sup>

Unico tratamiento integral

pomada



- Reepitelizante
- Antiinfeccioso
- Antiinflamatorio
- Hemostático post-biopsia

**1 - 2 aplicaciones  
vaginales diarias.**

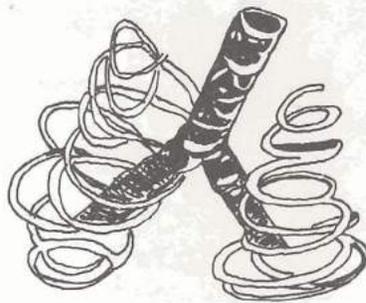
Presentación: envases conteniendo 10 AMD (aplicadores monodosis descartables)



- **Temas Terapéuticos Polémicos en Endocrinología**  
*Fecha:* Del 11 al 15 de mayo  
*Coordinadores:* Dres. V. Goldberg y R. Gutman  
*Servicio:* Endocrinología
- **Taller de Enfermería Obstétrica**  
*Fecha:* Mayo  
*Coordinador:* Lic. A. Crespo  
*Servicio:* Enfermería
- **Taller de Perfeccionamiento Docente para Enfermeras**  
*Fecha:* Mayo  
*Coordinador:* Lic. M. Bahler  
*Servicio:* Enfermería
- **Simpósio: Cómo planear la táctica quirúrgica en el paciente estrábico**  
*Fecha:* 7 de mayo  
*Coordinador:* Dr. R. Lavin  
*Servicio:* Oftalmología

## BIOTAER

Tratamiento nebulizable de las infecciones broncopulmonares, de acción antibiótica, antimicótica, broncodilatadora, antiinflamatoria, antihistamínica y mucolítica



**Presentación:** Envases conteniendo 1 frasco ampolla y 1 ampolla solvente para 5 dosis, y 2 frascos ampolla y 2 ampollas solventes para 10 dosis

*Disprovent*

- **Curso de Enfermería del Recién Nacido Normal**

*Fecha:* Del 1º al 6 de junio

*Coordinador:* Dr. C. Garbagnati

*Servicio:* Pediatría y Enfermería

- **Introducción a la Computación Clínica (I Parte)**

*Fecha:* 3, 10, 17 y 24 de junio

*Coordinador:* Lic. E. Romano

*Servicio:* Salud Mental Pediátrica

- **Aspectos Anatómico-médico-legales y Periciales**

*Fecha:* Del 2 de junio al 4 de agosto

*Coordinador:* Dr. J.M. del Río

*Servicio:* Ortopedia y Traumatología

- **Avances en la Cirugía Artroscópica**

*Fecha:* Del 22 al 26 de junio

*Coordinador:* Dr. R. Múscolo

*Servicio:* Ortopedia y Traumatología

## Comprimidos - Triac Disprovent

# NULOBES

Regulador de peso  
por normalización metabólica.

Demudador lipídico de la fijación  
adipocítica descontrolada.

Reduce el diámetro del adipocito.

**Cada comprimido contiene:**

Acido 3,5,3, Triyodotiroacético 0,35 mg.

**Presentación:**

Envases conteniendo 60 comprimidos  
y además Nulobes crema, anticelulítico por acción directa  
o ionoforética, en pomos de 30 g.



*Disprovent*



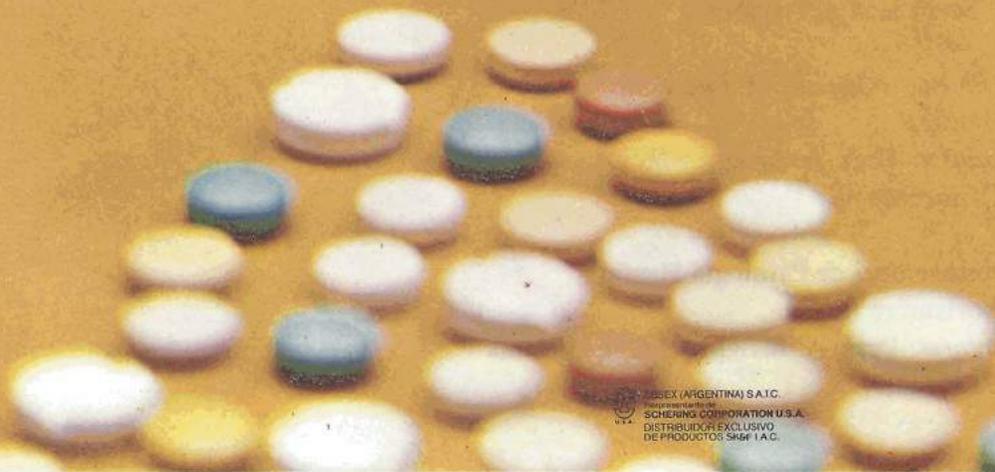
- **Curso de Enfermería de Terapia Intensiva Neonatal**  
*Fecha:* Del 27 de julio al 1º de agosto  
*Coordinador:* Dr. J.M. Ceriani  
*Servicio:* Pediatría y Enfermería
  
- **Atención de Enfermería en Cirugía Cardiovascular Pediátrica**  
*Fecha:* Julio  
*Coordinador:* Enf. V. Rosso  
*Servicio:* Enfermería
  
- **Jornada sobre Salud Mental del Bebé**  
*Fecha:* 22 de agosto  
*Coordinador:* Lic. K. Di Tella y Dr. C. Robles Gorriti  
*Servicio:* Salud Mental Pediátrica
  
- **II Curso de Actualización en Cirugía Torácica**  
*Fecha:* Del 26 al 28 de agosto  
*Coordinadores:* Dres. E. Caruso y B. Vassallo  
*Servicio:* Cirugía General
  
- **XI Curso Básico Intensivo de Ginecología**  
*Fecha:* Agosto  
*Coordinadores:* Dres. A. Arrighi y E. Vallazza  
*Servicio:* Ginecología
  
- **Disfunciones sexuales**  
*Fecha:* Agosto  
*Coordinador:* Dr. V. Gospodinoff  
*Servicio:* Urología
  
- **Cirugía Colorrectoanal**  
*Fecha:* Del 10 al 12 de setiembre  
*Coordinador:* Dr. F. Bonadeo  
*Servicio:* Cirugía General
  
- **Simposio: Retinopatía del Prematuro. Actualización Clínico-terapéutica**  
*Fecha:* 24 de setiembre  
*Coordinador:* Dr. R. Lavin  
*Servicio:* Oftalmología



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



*Siempre marca el rumbo.*



SK&F (ARGENTINA) S.A.T.C.  
FARMACIA S.C. DE  
SCHIENK CORPORATION U.S.A.  
DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO  
DE PRODUCTOS SK&F I.A.C.

- **Estado Actual del Diagnóstico y Tratamiento de los Tumores Oseos Primitivos de las Extremidades**  
*Fecha:* Del 28 de setiembre al 2 de octubre  
*Coordinador:* Dr. D. Múscolo  
*Servicio:* Ortopedia y Traumatología
  
- **Taller de Perfeccionamiento Docente para Enfermería**  
*Fecha:* Setiembre  
*Coordinador:* Lic. M. Bahler  
*Servicio:* Enfermería
  
- **Oncología Pediátrica para Enfermeras**  
*Fecha:* Setiembre  
*Coordinador:* Enf. V. Rosso  
*Servicio:* Enfermería
  
- **Grupo de Estudio sobre Desarrollo y Patología de la Primera Infancia**  
*Fecha:* De setiembre a noviembre  
*Coordinador:* Lic. K. Di Tella  
*Servicio:* Salud Mental Pediátrica
  
- **Introducción a la Computación Clínica (II Parte)**  
*Fecha:* 7, 14, 21 y 28 de octubre  
*Coordinador:* Lic. E. Romano  
*Servicio:* Salud Mental Pediátrica
  
- **Medicina y Terapia Familiar**  
*Fecha:* Octubre  
*Coordinador:* Lic. C. Rausch  
*Servicio:* Salud Mental Pediátrica
  
- **Avances en Reproducción Humana**  
*Fecha:* Octubre  
*Coordinadores:* Dres. A. Arrighi y M. Cogorno  
*Servicio:* Ginecología
  
- **Curso Internacional de Patología Mamaria**  
*Fecha:* Noviembre  
*Coordinadores:* Dres. A. Arrighi y J.C. Lamattina  
*Servicio:* Ginecología

REGIAMENTO DE PUBLICACION

# 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.: Mycobacterias 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, pag. 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.

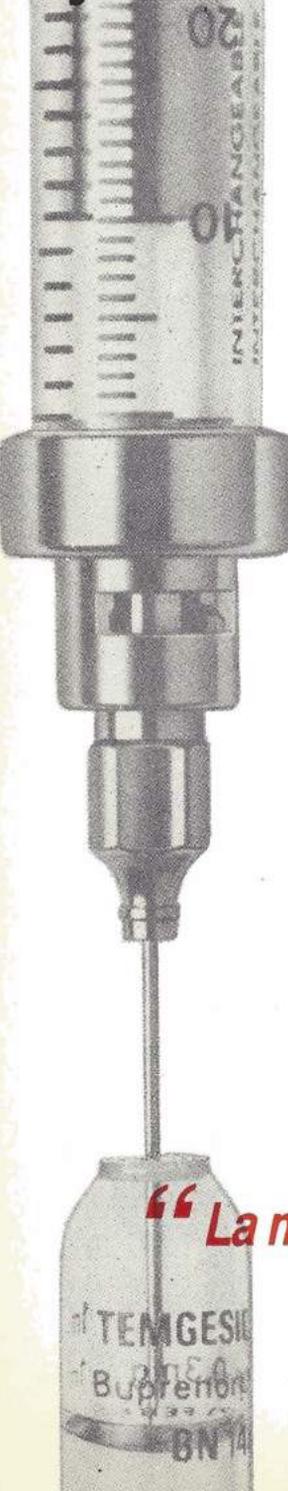
**Autorizaciones:** Corresponde a los autores obtener los permisos editoriales para reproducir gráficos, tablas o textos y presentarlos por escrito a la Secretaría de Redacción; caso contrario, el material no será publicado.

**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.

**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.

