

7(3) 1987



Revista del
HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires



**Un avance decisivo
en analgesia**

Temgesic[®]

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[®]

(Buprenorfina)

“La mayor potencia analgésica hasta hoy disponible”



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

Sumario

Año 1987: 25º Aniversario de las Residencias Médicas en el Hospital Italiano <i>Dr. Enrique Caruso</i>	94
Ateneo Anatomoclínico <i>Dr. José E. Fusillo</i>	99
Nefrostomía percutánea <i>Dres. Oscar Damia, Guillermo Gueglio, Pedro Daels y Jorge Schiappapietra</i>	114
Dolor Posquirúrgico: Un estudio prospectivo en nuestro medio <i>Dres. Oreste Ceraso, Ricardo Cedrola, Eduardo Berteuris, Carmen Ingrassia, Darío Paredes y Raquel Piccardi</i>	120
El Departamento de Docencia e Investigación informa	131

entre el diagnóstico y el informe bacteriológico



Tratamiento Empírico Inicial

del paciente hospitalizado

- *Espectro bactericida excepcionalmente amplio que incluye los gérmenes habituales de las infecciones hospitalarias (Enterobacterias, Proteus indol positivo y Pseudomonas).*
- *Bacteriológica y clínicamente efectivo sobre organismos multirresistentes.*
- *Elevada actividad frente a gérmenes productores de β lactamasas.*
- *Sus propiedades farmacocinéticas le permiten llegar en concentraciones elevadas al lugar de la infección.*
- *Excelente tolerancia, por su perfil de seguridad similar a las cefalosporinas de primera generación y sin la toxicidad de los aminoglucósidos (nefrotoxicidad-ototoxicidad).*
- *FORTUM carece virtualmente de efectos adversos de significación.*

FORTUM Glaxo
ceftazidima inyectable

Tratamiento Empírico AÑO 1987: 25° ANIVERSARIO DE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS EN EL HOSPITAL ITALIANO

La primera residencia médica se inició en 1890 con W. Halsted en el John Hopkins Hospital Estados Unidos y los resultados de la evaluación de esta experiencia se publicaron en las memorias de la Institución del año 1897.

En el país de origen este sistema demoró más de 20 años en ser reconocido oficialmente y en 1910 en la revista de la "American Medical Association", el J.A.M.A., se publica la lista de aquellos hospitales que contaban con Residencias Médicas.

En la Argentina, la primera experiencia conocida data de 1944, cuando el Dr. Tiburcio Padilla, Titular de la Cátedra de Semiología y Clínica Propedeutica, creó los cargos de médicos residentes "con la finalidad de continuar la observación clínica y el accionar terapéutico de los pacientes en las 24 horas y poder registrar perfectamente los datos de la evolución". Esta residencia continuó funcionando bajo la jefatura del Dr. O. Fustinoni que lo sucedió en el cargo.

Recién en el año 1957 el sistema tuvo mayor difusión, se crearon las Residencias en el Servicio de Pediatría del Dr. J. Garrahan y en la Primera Cátedra de Medicina del Dr. E. Massei en el Hospital de Clínicas, en el Instituto Modelo de Clínica Médica del Hospital Rawson dirigida por el Dr. J. Palacio, en la 4ta. Cátedra de Semiología del Dr. L. Munist y en la 4ta. Cátedra de Cirugía del Dr. M. Brea en el Hospital Durand. En 1958 comenzó a funcionar la Residencia del Instituto de Investigaciones Médicas dirigido por el Dr. A. Lanari.

El 9 de mayo de 1961, la Facultad de Medicina de Buenos Aires oficializó el funcionamiento de las Residencias Médicas fijando a través de la Secretaría Técnica los requisi-

tos básicos para establecer un sistema de Residencias en el ámbito de la Facultad.

El 1º de octubre de 1958 se ponen en marcha las Residencias Médicas del Ministerio de Salud Pública. El mismo se inicia con un programa de Pediatría desarrollado en la Sala Primera del Hospital de Niños de Buenos Aires, bajo la jefatura del Dr. R. Maggi y la supervisión directa de su inspirador, el Dr. C. Gianantonio.

El 8 de agosto de 1960 el Ministerio de Salud aprueba oficialmente las Residencias Médicas por intermedio de una Resolución, creando además la Residencia de Cirugía en el Policlínico de San Martín, bajo la dirección del Dr. A. Introzzi.

En noviembre de 1959 se organizaron las Primeras Jornadas de Residencias Hospitalarias; al término de la misma se propuso a la Asociación Médica Argentina la creación de un Subcomité de Residencias Hospitalarias, que fue constituido oficialmente el 30 de mayo de 1960. Es oportuno recordar a los primeros integrantes de dicho Subcomité: Dres. G. di Paola, J. Firmat, C. Gianantonio, E. Holberg, J. Manrique, A. Mendizábal y presididos por el Dr. M. Brea.

Este subcomité es el primer organismo que en Argentina cumplió cabalmente con las funciones de ente evaluador de las Residencias Médicas.

El 2 de noviembre de 1962 por ordenanza municipal se crean las Residencias Médicas en los Hospitales Municipales de la ciudad de Buenos Aires.

En el año 1962 comienza una etapa de gran trascendencia para la tarea docente del Hospital Italiano de Bs. As., poniéndose en marcha dos actividades fundamentales para la formación médica: en el pregrado, la Unidad Hospitalaria, bajo la dirección del Dr. E. Fongi, y en el pos-grado un grupo de jóvenes cirujanos, dirigidos por el Dr. Francisco Loyudice, con mucho idealismo y férrea voluntad crean la Residencia del Servicio de Cirugía.

De esta forma el Hospital Italiano se constituyó en la tercera Institución del país, luego de la Facultad de Medicina y el Ministerio de Salud Pública, y la primera privada, que contó con Residencias Médicas.

El sistema se puso en marcha contando con pocos adeptos, como sucedía con todos los Programas que por entonces comenzaban a funcionar. Inicialmente no se tuvo un programa explícito, ni una infraestructura hospitalaria acorde con los objetivos de las Residencias.

Se enfrentaban dos sistemas, uno tradicional con una dinámica de tres o cuatro horas de trabajo diario, contra otro que requería un hospital funcionando las 24 horas del día.

En el aspecto humano los problemas no fueron menores. Al iniciarse las actividades de los residentes, los médicos de planta no conocían el funcionamiento ni los objetivos del sistema. Se sintieron reemplazados por médicos jóvenes de reciente graduación que establecían una rápida y excelente relación con los pacientes, básicamente porque compartían con ellos gran parte del día.

Pero las dificultades se fueron salvando una a una, fortalecidos por la contagiosa filosofía del sistema y merced al alto espíritu de trabajo de sus componentes.

Así se fueron integrando al sistema otros Servicios y con el esfuerzo individual de cada uno de ellos la Residencia se consolidó en el Hospital.

En 1967, a cinco años de su creación, funcionaban cinco Residencias en los Servicios de Cardiología, Cirugía, Clínica Médica, Ginecología y Ortopedia, contando con un total de 32 residentes. Todos los Programas estaban reconocidos por la Facultad de Medicina y el CONAREME (Comisión Nacional de Residencias Médicas) que fuera creado ese mismo año.

A pesar de las innegables ventajas que el Sistema ofrecía al Hospital, el hecho de que cada Programa dependía totalmente de su propio Servicio creaba ciertas dificultades. Existía una clara discrepancia en el método de admisión a la Residencia, así como en la remuneración del residente. También se evidenciaba una incoordinación en el trabajo de las Residencias entre sí y con otros sectores del Hospital; además no llegaban a cubrirse algunas necesidades de la Institución.

En el año 1968 se creó el Departamento de Docencia e Investigación. Debido al trabajo de sus integrantes se logró sensibilizar a las autoridades del Hospital para que decidieran institucionalizar la Residencia Médica, aceptando afrontar la importante erogación que la implementación del sistema demandaba, concentrando en el flamante D.D.I. las tareas de integración, coordinación y supervisión.

El trabajo realizado desde entonces fue arduo y continuo. Se organizó el Sector de Residentes y Becarios desde el cual debieron imponerse rígidas pautas en los aspectos programáticos, de selección y evaluación.

Con la disolución del CONAREME, a partir del año 1976, la Institución tuvo que organizar su propio sistema de Selección, ejemplo hoy día de efectividad y ecuanimidad.

A 25 años de su creación, cumpliendo sus Bodas de Plata, podemos afirmar que nuestro sistema de Residencias Médicas ha logrado cumplir sus objetivos. Ha brindado la posibilidad de capacitación profesional para un elevado número de médicos, algunos hoy brillantes profesionales del Hospital, y otros actuando en ciudades del interior del país, luego de haber adquirido una capacitación científica, técnica, docente y ética del mejor nivel. La Residencia, proceso puramente educativo, no solamente ha logrado la formación de buenos médicos, ha actuado eficientemente como agente de cambio en el área asistencial, no sólo en nuestra Institución, también lo ha hecho en otras Instituciones del interior del país.

La integración actual entre el Hospital y su Residencia es tal, que no concebiríamos un Hospital Italiano sin el sistema de Residencias.

Todo proceso educativo, la Residencia en esencia es uno de ellos, debe ser dinámico, modificándose de acuerdo a las necesidades. Nuestra Residencia Médica así lo ha hecho a lo largo de estos veinticinco años. La responsabilidad de aquellos que dirigen las instituciones es velar por el correcto desenvolvimiento de todas sus estructuras, permitiendo

en el primer plano de la corticoterapia oral



Deltisona B[®]

16-beta-metilprednisona

liderazgo indiscutido

MÚLTIPLES PRESENTACIONES PARA MÚLTIPLES INDICACIONES

- Gotas - Comprimidos 40 mg
- Comprimidos 4 y 8 mg

Información adicional sobre Posología, Acciones colaterales y secundarias, Precauciones y Advertencias e Interacciones Medicamentosas, queda a entera disposición del profesional.



Av. L. N. Alem 896 - (1001) Bs. As. - Tel. 312-7021

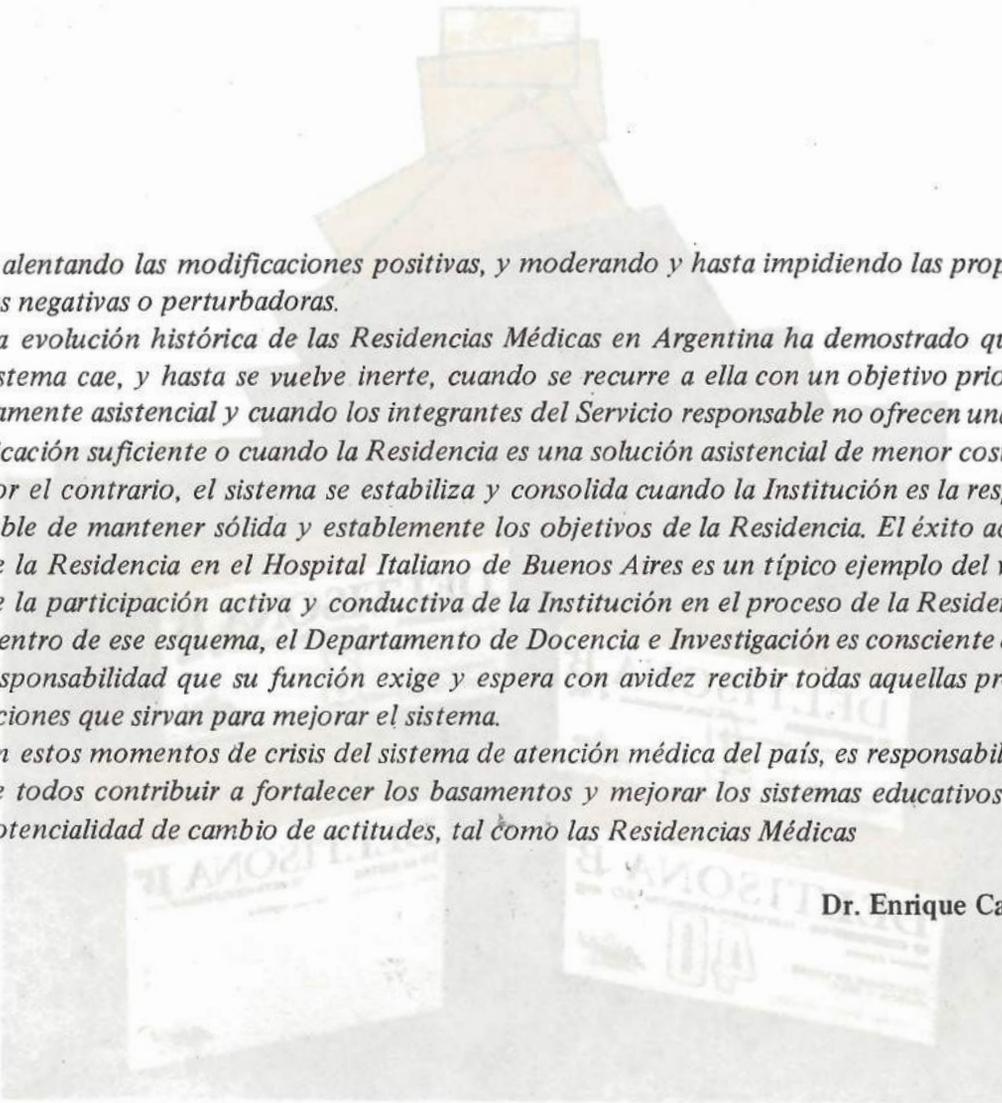
y alentando las modificaciones positivas, y moderando y hasta impidiendo las propuestas negativas o perturbadoras.

La evolución histórica de las Residencias Médicas en Argentina ha demostrado que el sistema cae, y hasta se vuelve inerte, cuando se recurre a ella con un objetivo prioritariamente asistencial y cuando los integrantes del Servicio responsable no ofrecen una dedicación suficiente o cuando la Residencia es una solución asistencial de menor costo.

Por el contrario, el sistema se estabiliza y consolida cuando la Institución es la responsable de mantener sólida y establemente los objetivos de la Residencia. El éxito actual de la Residencia en el Hospital Italiano de Buenos Aires es un típico ejemplo del valor de la participación activa y conductiva de la Institución en el proceso de la Residencia. Dentro de ese esquema, el Departamento de Docencia e Investigación es consciente de la responsabilidad que su función exige y espera con avidez recibir todas aquellas proposiciones que sirvan para mejorar el sistema.

En estos momentos de crisis del sistema de atención médica del país, es responsabilidad de todos contribuir a fortalecer los basamentos y mejorar los sistemas educativos con potencialidad de cambio de actitudes, tal como las Residencias Médicas

Dr. Enrique Caruso



Delissona B

liberazgo indiscutido

MÚLTIPLES PRESENTACIONES
PARA MÚLTIPLES INDICACIONES
- Gotas - Complicados 40 mg
- Complicados 5 mg



ATENEO ANATOMOCLINICO

Enfermedad actual: Se trata de una paciente de 62 años de edad, oriunda de la provincia de La Rioja, de la cual se desconocían datos precisos de su enfermedad actual antes de internarse.

Ingresó al hospital el 2-2-87 y falleció el 18-2-87.

Aparentemente habría comenzado varios meses antes con trastornos de conducta y cognitivos, que evolucionaron progresivamente hasta diciembre de 1986, cuando fue internada para evaluación en su provincia natal.

Existe un dudoso antecedente de que la paciente envió una carta a familiares en septiembre de 1986, sin que éstos hubieran notado nada compatible con un síndrome demencial en evolución.

Luego de 25 días de permanecer internada comenzó con disminución progresiva de la fuerza en hemicuerpo derecho, a lo cual se le agregó afasia mixta, motivo que determinó la derivación a este hospital.

Durante el traslado en avión a esta capital, se describe un episodio de convulsiones tónico-clónicas generalizadas, asociadas a cifras tensionales de 200/100 mm.

No se refieren otros antecedentes clínicos de importancia.

Exámenes de ingreso: TA: 170/100 mm., pulso: 88 por minuto, temperatura: 36,7 °C. Mal estado general.

Aparato respiratorio: buena entrada de aire bilateral, escasos rales crepitantes bibasales. Aparato cardiovascular: dos ruidos en cuatro focos, silencios libres; pulsos periféricos simétricos, sin soplos. Abdomen: blando, depresible e indoloro, no organomegalias. Neurológico: vigil, estuporosa sin respuesta a órdenes simples, con respuesta adecuada a estímulos nociceptivos en hemicuerpo no parésico, pupilas céntricas, isocóricas y reactivas. Reflejos corneanos presentes, resto de pares craneanos s/p. Tendencia a la flexión con hipertonia generalizada, hiperreflexia derecha. Babinsky positivo bilateral. Reflejos arcaicos positivos. No signos meníngeos, incontinencia vesical.

Laboratorio de ingreso: Hto. 47 % , GB 21800/mm³ (S 84, C 2, L 12, M 2), E.S. meq/l, K plasma/orina 4.5/37 meq/l, glucemia 123 mg/dl, urea 60 mg/dl, crea-

tinina 1.64 mg/dl, calcemia 7.7 mg/dl, proteinograma: albúmina 2.37 g/l, globulinas 2 g/l, V.D.R.L. (-), hemocultivo de ingreso (-). Tomografía computada de cerebro sin contraste, S/P. Rx tórax: s/p, ECG ritmo sinusal, hipertrofia auricular y ventricular izquierda, LCR: punción traumática, glucosa 68 mg/dl, proteínas 120 mg/dl, hematíes 2170 (mayorías frescos), leucocitos 8 (linfocitos), bacteriológico, micológico y Koch (-), citología (-) para células atípicas.

Evolución: a lo largo de su internación la paciente evolucionó sin cambios significativos en el examen neurológico, persistiendo la hiperreflexia derecha y observándose hipotonía generalizada y tendencia a la desviación de la mirada conjugada a la izquierda. Desde el primer día se constató febrícula.

Una nueva tomografía computada de cerebro con contraste fue informada como normal.

En un electroencefalograma se observaron descargas de tipo punta-onda lenta y polipuntas generalizadas, periódicas con foco de descarga occipital derecho.

Se plantea la posibilidad de efectuar una biopsia cerebral que finalmente no se realizó.

El 10-2 se constató hipertermia y un infiltrado pulmonar en base derecha; en la Rx tórax no hubo cambios significativos.

El 17-2 se constató en una o dos muestras de hemocultivo una *E. coli*.

La paciente falleció el 18-2-87.

DISCUSION

Dr. José Eduardo Fusillo

La paciente había comenzado tres o cuatro meses antes del óbito con cambios de

conducta e importantes trastornos mnésicos; posteriormente presentó trastornos del lenguaje, de la movilidad del hemicuerpo derecho y luego del contralateral, sufriendo un episodio convulsivo generalizado durante su traslado.

Estos son los elementos del interrogatorio indirecto con que contamos, desconociendo otros antecedentes cercanos al comienzo de la enfermedad actual. Podemos afirmar que no era alcohólica, hipertensa ni cardiópata. Por anamnesis y exámenes complementarios realizados no se demostró la presencia de una neoplasia, una infección crónica ni una alteración del metabolismo fosfocálcico o hidroelectrolítico, que no fuesen explicados por el resto de los valores plasmáticos y/o la reposición de líquidos en la anterior internación.

Durante las dos últimas semanas de vida, tiempo durante el cual estuvo internada en nuestro Hospital, tuvimos la oportunidad de observar como inevitablemente involucionaba desde un cuadro estuporoso con afectación biperamidal y esporádicas mioclonías polifocales, a un coma con rigidez de decorticación e idemndad de los reflejos troncales. Finalmente presentó una disminución global del tono muscular, hipertermia y muerte.

Existen varias enfermedades, muchas de ellas encuadradas dentro del grupo de patogenia "degenerativa", que comenzando con mínimos cambios del comportamiento, completan su inexorable curso involutivo en pocos meses o a lo sumo uno o dos años.

Ya que las mismas comparten similitudes clínicas, se pueden esquematizar en cuatro estadios comunes a ellas, a los efectos de

Más allá de todo lo conocido en infecciones urinarias

Indicaciones:

Pielonefritis

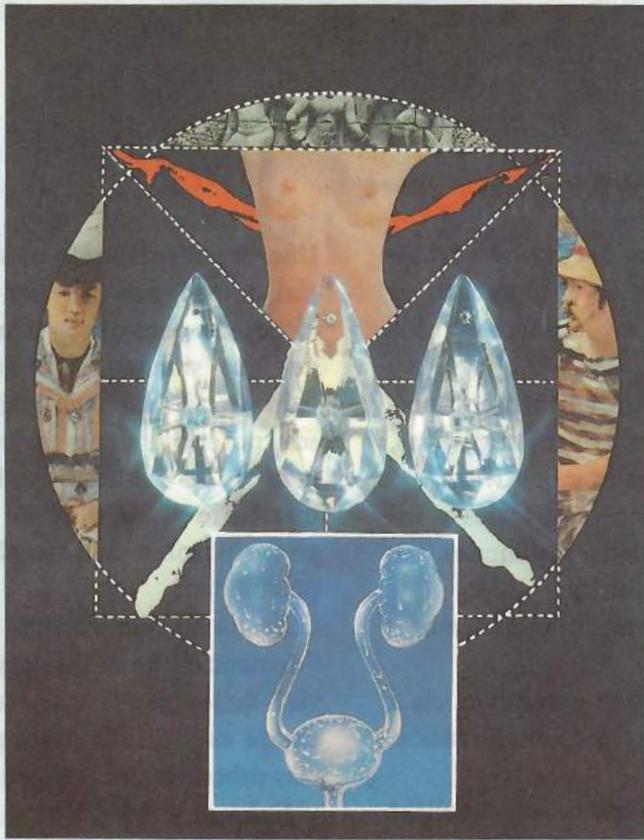
Cistitis

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

determinar la ubicación del período evolutivo de la enfermedad en el momento en que se realiza el primer contacto con los pacientes:

- I- Cambios de comportamiento con perturbaciones en las esferas cognitivas, mnésicas, emocionales y volitivas.
- II- Déficits neurológicos bilaterales o focales, con o sin ataxia, diskinesias, coreoatetosis o mioclonías.
- III- Rigidez de decorticación o descerebración y coma.
- IV- Disminución del tono con tendencia a la cuadriflexión y signos de liberación cortical.

En primer término se han de conceptualizar los signos y síntomas del primer ítem, correspondiente a lo que se denomina "Síndrome demencial".

La definición de demencia (Tabla I) enun-

Una vez identificado el síndrome demencial, el paciente debe ser minuciosamente estudiado para descartar aquellos desórdenes que simulan el comienzo y/o evolución de las demencias primarias, pero que son potencialmente reversibles y se resumen en las Tablas 2 a 4. La expectativa es que entre el 10 al 30 % de los pacientes con síndrome demencial presentan esta posibilidad.

Cabe mencionar además en este grupo la "demencia" de la depresión y la "demencia" de los trastornos extrapiramidales, incluida esta última en el grupo de demencias subcorticales, patologías que Mc. Hugh y Folstein y Albert y col., en forma independiente, delinearon sus características (tomado de J. L. Cummings, 1983: *The Dementias*. Raven Press, New York, págs. 165-183).

TABLA N° I: DEFINICION DE DEMENCIA

Grupo de trabajos de MINCDS - ADRDA

"Demencia es el trastorno de la memoria y otras funciones cognitivas en comparación con los niveles previos del paciente determinados por una historia de deterioro y por anomalías en el examen neurológico y en los test neuropsicológicos".

ciada por el Grupo de Trabajo del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke, en conjunto con la Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (Neurol 34:939, 1984), remarca lo global y progresivo del derrumbe intelectual acompañado por las anomalías neurológicas y de los test neuropsicológicos.

La Tabla puntualiza las diferencias de estas demencias con respecto a las corticales (tomado de D.F. Benson, 1983: *The Dementias*. Raven Press. New York. págs. 185-193).

Por último mencionaremos las demencias en las enfermedades cerebro-vasculares, donde podemos encontrar una amplia variedad en lo que respecta a etiologías, ar-

TABLA N° II: CONDICIONES INTRACRANEALES TRATABLES ASOCIADAS CON DEMENCIAS

Hidrocefalia obstructiva

- Hidrocefalia no comunicante
 - Bloqueo acueductal
 - Estenosis acueductal congénita
 - Estenosis acueductal pos-encefalítica
 - Compresión neoplásica
 - Arteria basilar ectásica con compresión
 - Dependencia de shunt
 - Obstrucción de los agujeros de salida del IV ventrículo
 - Malformación de Dandy-Walker
 - Neoplasias
 - Procesos inflamatorios en cisternas basales
 - Lesiones obstructivas intraventriculares varias
 - Quistes coloideos del III ventrículo
- Hidrocefalia comunicante (Hidrocefalia normotensiva)
 - Postraumática
 - Poshemorrágica
 - Posinfecciosa
 - Idiopática

Hematomas subdurales

Neoplasias intracraneales

- Meningiomas subfrontales
- Gliomas frontales (parcialmente tratable)
- Metástasis frontales

TABLA N° III: DEMENCIAS METABOLICAS

Anoxia

- Fallo pulmonar
- Fallo cardíaco
- Anemia severa

Fallo renal crónico

Encefalopatía hepática crónica

Trastornos endocrinos

- Hipertiroidismo
- Hiperparatiroidismo
- Hipotiroidismo
- Hipoparatiroidismo
- Enfermedad de Cushing
- Enfermedad de Addison
- Panhipopituitarismo
- Hipoglucemia recurrente.

Anormalidades electrolíticas

Deficiencias vitamínicas

- Tiamina
- Cianocobalamina
- Acido fólico
- Niacina

Trastornos vasculares de enfermedades del colágeno

- Lupus eritematoso sistémico
- Arteritis temporal
- Sarcoidosis
- Otras enfermedades inflamatorias

Infecciones

- Parálisis general
- Meningitis crónica
- Enfermedad de Whipple

TABLA N° IV: DEMENCIAS TOXICAS

Drogas

- Agentes psicotr6picos
- Componentes anticolin6rgicos
- Agentes antihipertensivos
- Anticonvulsivantes
- Drogas varias
- Abuso de polidrogas
- Alcohol

Metales

- Plomo
- Mercurio
- Ars6nico
- Magnesio
- Talio
- Aluminio
- Oro
- Estaño
- Bismuto

Agentes industriales y poluciones

- Tricloroetileno
- Percloroetileno
- Tolueno
- Tetracloruro de carbono
- Etilenglicol
- Alcohol metilico
- Acrilomida
- Disulfuro de carbono
- Insecticidas organofosforados
- Mon6xido de carbono

terioscler6ticas o no, territorios afectados y curvas patogr6ficas.

Volviendo a nuestra paciente revisaremos los ex6menes complementarios neurol6gicos.

Dos tomografías axiales computadas cerebrales se hallaron dentro de límites normales para la edad, y los dos análisis físico-químico-citológicos del líquido cefalorraquídeo, pese a ser contradictorios, podrían estar más ligados al procedimiento traumático que a un perfil trasudativo o exudativo. No se demostró en el mismo infección bacteriana, micótica o tuberculosa, ni se hallaron células atípicas.

Pero hay un elemento clave en la presunción diagn6stica de la enfermedad de base: trazados electroencefalogr6ficos con ondas agudas de más de 100 uV, con morfología trifásica y aparición sincrónica, generalizada y repetitiva en un lapso más o menos regular de 0.8 - 1.2 segundos. Aunque la observación de estas descargas semiperi6dicas fue descripta en las encefalo-

TABLA N° V: DIFERENCIACION CLINICA ENTRE DEMENCIAS CORTICALES DE LAS SUBCORTICALES

	Cortical	Subcortical
Actividad	Normal	Anormal (lento)
Postura	Normal (erecto)	Anormal
Marcha	Normal (pausado)	Anormal (ataxilo danzante)
Movimientos	Normal	Anormal (temblor, distonía)
Habla	Normal	Anormal (lento, suave)
Lenguaje	Anormal (anomia)	Normal
Memoria	Anormal (amnesia)	Anormal (olvidadizo)
Visión espacial	Anormal (disturbios construccionales)	Anormal (torpe)
Cognición	Anormal	Anormal (dilapidado)
Estado emocional	Anormal	Anormal (apático)

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

patías anóxicas y tóxicas, encefalitis por herpes simple, encefalitis aguda necrotizante, lipoidosis, traumatismos craneoencefálicos severos, hematomas subdurales bilaterales, panencefalitis esclerosante subaguda (en este caso la periodicidad es de 5 a 8 segundos), es en la faz intermedia y final del Creutzfeld-Jakob donde más frecuente se ha hallado.

En este caso, con una paciente de la sexta década, que presentaba un cuadro demencial de evolución subaguda y fatal, compromiso bilateral de los tractos piramidales, esporádicas mioclonías polifocales, tomografías computadas normales y un electroencefalograma como el referido, a nadie podría llamarle la atención que el cuadro más probable sea el de una encefalopatía espongiiforme subaguda (Creutzfeld-Jakob).

Pero el análisis retrospectivo del caso nos hace pensar si otras entidades con similitud signo-sitomatológicas y evolutivas, podrían haber correspondido a la enfermedad de base:

a) Angioencefalopatía diencefálica subaguda; enfermedad de Binswanger u otras de etiología arterial de medianas y grandes arterias. Las tomografías descartan una lesión isquémica (al menos dentro de la resolución del método). Además, o no es tan frecuente la observación del patrón electroencefalográfico en estas entidades o no se presentan (como en el Binswanger).

b) Leucoencefalopatía multifocal progresiva. Evidentemente existen elementos contundentes que lo excluyen: ausencia de compromiso de la sustancia blanca en la tomografía; frecuencia bajísima de aparición sin una enfermedad maligna u otro

proceso acompañante (5,2 % en la recopilación de B. R. Brooks, D.L. Walker, Neurol. Clin. Vol. 2 - N° 2 - 1984).

c) Panencefalitis esclerosante subaguda. También excluido por su aparición temprana, quinta década de la vida en rarísimas excepciones hasta la normalidad tomográfica y descargas semiperiódicas en el electroencefalograma que son de una periodicidad mayor.

d) Enfermedad de Alzheimer. Aunque se han observado, no con mucha frecuencia, mioclonías y descargas semiperiódicas en esta enfermedad, uno esperaría que la evolución no fuese tan acelerada.

Por lo tanto, nos inclinamos a pensar que el diagnóstico tendríamos que ubicarlo dentro de las encefalopatías espongiiformes ocasionadas por virus lentos no convencionales, descartando entre ellas a: Gerstmann-Straussler: por presentar una más lenta evolución; un compromiso cerebeloso acentuado y una arreflexia como elemento frecuente. Kuru: contundentemente por presentarse en la tribu Fore de Nueva Guinea (nuestra paciente, era oriunda de La Rioja, Argentina), y además de evolución más lenta, importante compromiso cerebeloso y electroencefalograma normal o lentificado. Queda finalmente el Creutzfeld-Jacob, como la presunción clínica-neurológica más probable como enfermedad de base, esperando que anatómo-patológicamente se confirme con la clásica pérdida neuronal y como causa de muerte una sepsis sistémica a *E. coli*.

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO

El corazón pesó 300 g.; pericardio con le-

siones blanquecinas de 0,5 cm.; cavidades y válvulas cardíacas normales.

La aorta tenía depósitos de calcio.

Laringe, tráquea y bronquios estaban congestivos. El pulmón derecho pesó 350 g., se presentó erguido y al corte el parénquima mostró áreas de hepatización. El pulmón izquierdo pesó 500 g. y las crepitaciones estaban abolidas.

Los preparados histológicos mostraron infiltrados de polimorfonucleares alrededor de los bronquios. En las luces alveolares había abundante exudado fibrinoleucocitario con focos de necrosis en los lóbulos basales de ambos pulmones. En los demás lóbulos se observaron áreas de hemorragia con formación de membranas hialinas, focos de atelectasia, congestión vascular y microembolias con infartos hemorrágicos recientes. Pleura con infiltrado inflamatorio y congestión.

En el esófago se observaron lesiones blanquecinas de 0,5 a 1,5 cm, que en la histología correspondieron a dos úlceras agudas.

En la mucosa gástrica había un puntillado hemorrágico, con intensa congestión. En el intestino delgado y grueso se observó congestión y edema.

El hígado pesó 1550 g., de color amarillento y con áreas hemorrágicas. Histológicamente se comprobó infiltrado inflamatorio crónico en el espacio porta y vacuolas grasas en los hepatocitos.

El páncreas pesó 100 g., y aunque macroscópicamente era de aspecto normal, en la histología se observaron focos de citoesteatonecrosis e infiltrados de polimorfonucleares.

En el sistema linfopoyético, el bazo que

pesó 320 g., presentó intensa congestión y áreas de hemorragia. Los ganglios mediastinales estaban ingurgitados con intensa antracosis y en la médula ósea había una marcada hiperplasia.

La tiroides aumentada de tamaño (90g.), mostró varios nódulos con abundante contenido coloido; la cápsula de 0,2 cm de espesor tenía focos de calcificaciones. Las suprarrenales y la hipófisis sin particularidades.

Los riñones pesaron 350 g. y se decapsularon con facilidad. En el derecho había un quiste de 1,5 cm de diámetro y mostró múltiples cicatrices de infartoide. En la histología se hallaron glomérulos en oblea, con atrofia tubular e infiltrados intersticiales.

La mucosa de la vejiga mostró exulceraciones, infiltrado polimorfonuclear y congestión. Endometrio quístico senil con focos de endometritis y ovarios atroficos.

El cerebro pesó 940 g. y el cerebelo 120 g. La duramadre y los vasos sin particularidades, salvo en el polígono de Willis donde se observaron placas de ateroma. En los cortes realizados se identificó un estado lacunar bilateral a predominio del putamen.

En la microscopía óptica con coloraciones hematoxilina eosina, tricrómico de Mason y PAS, se observó en la corteza cerebral del lóbulo frontal, una arquitectura conservada con estado esponjiforme de mediana intensidad, con marcados espacios perineuronales y pericapilares. Hay signos de proliferación glial, cambios involutivos y sobrecarga lipofucsínica en aisladas neuronas y anomalías de la trama capilar. No se observaron procesos inflama-

torios. Similares lesiones se hallaron a nivel del núcleo caudado y con menor intensidad a nivel parietal, temporal y en el núcleo lenticular.

A nivel occipital, específicamente en la corteza calcarina, las lesiones son de máxima intensidad tanto por su involución neuronal, alteraciones arquitecturales, proliferación astrocitaria y estado esponjiforme, siendo destacable la alteración de la morfología capilar.

En todas las regiones estudiadas del encéfalo es llamativa la morfología de los capilares corticales que ofrecen aspecto de pequeños ovillos ectásicos y de mayor grosor que lo normal.

A nivel mesencefálico-romboencefálico no hubo lesiones características. No se identificaron lesiones inflamatorias, desmielinizantes, ni cuerpos de inclusión con las técnicas empleadas.

La microscopía electrónica se efectuó con material tomado a las 4 horas pos mortem, fijado en glutaraldehído al 2,5 %, refijado en osmio y coloreado por el método de Reynolds.

Con este método se identificaron múltiples formaciones vacuoladas (imágenes cavitadas) intracelulares y en expansiones no identificables, coalescencia de membranas simples de vacuolas que confluyen en cavitaciones de mayor tamaño. Numerosas vacuolas tenían el límite conformado por membranas citoplasmáticas, observándose típicas imágenes del estado esponjiforme de la enfermedad de Jakob-Creutzfeldt. Confluencia de membranas limitando espacios vacíos, sin precisarse las organelas involucradas en el proceso. Se observó irregularidad de los límites capilares a ni-

vel de la membrana basal. Las expansiones astrocíticas en vecindad a los capilares y a los cuerpos neuronales mostraron dilatación vacuolar. En algunas neuronas se destacan los fenómenos involutivos, sobrecarga lipofusínica y gliosis astrocitaria. A nivel de la sustancia blanca se aprecian imágenes de separación de membranas mielínicas, conformando figuras y pliegues irregulares. En ocasiones el axón estaba desplazado a un lado y a veces con aspecto dilatado. La conservación de las organelas intracelulares permitió descartar fenómenos autolíticos.

De acuerdo a lo expuesto, el proceso tenía características morfológicas de la enfermedad de Jakob-Creutzfeldt, con una topografía preferencial a nivel occipital (variedad Heidenhaim).

DIAGNOSTICOS FINALES

1. Enfermedad de Jakob-Creutzfeldt, variedad Heidenhaim (encefalopatía esponjiforme subaguda).
2. Sepsis sistémica con manifestaciones en pulmón y tráquea, hígado, páncreas, riñón, vejiga, bazo, esófago y estómago.
3. Microembolismo pulmonar con infarto hemorrágico.
4. Neumonía bilateral de lóbulos inferiores.
5. Nefrosclerosis.
6. Quiste renal derecho.
7. Litiasis vesicular.
8. Bocio nodular.



Cardiovascular

Isoket 5 mg
Isoket retard 20 mg

ISOKET

Novedad
Solución

para la preparación
de infusiones i. v.

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

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

Presentación: Frasco de 100 ml.

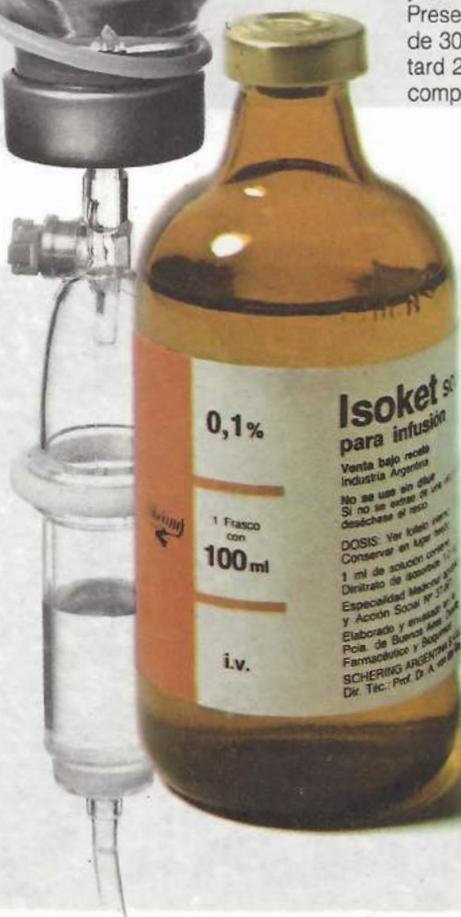
Isoket 5 mg, retard 20 mg

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%



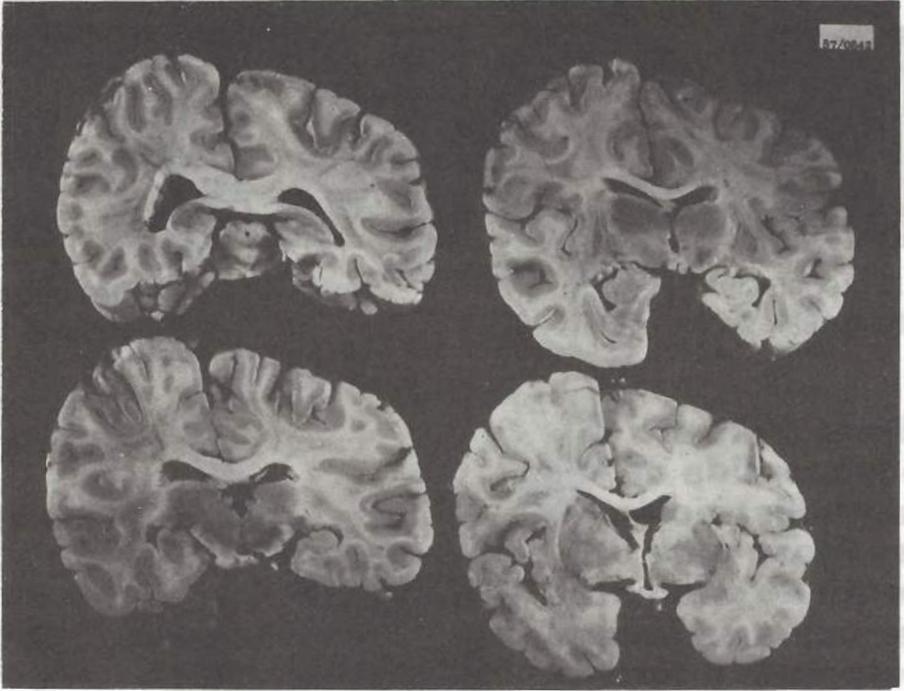


Foto 1: Los cortes macroscópicos no muestran lesiones significativas.



Foto 2: Corte histológico de la corteza frontal, segunda circunvolución frontal que muestra un intenso estado esponjiforme Tricrómico de Masson x 10.

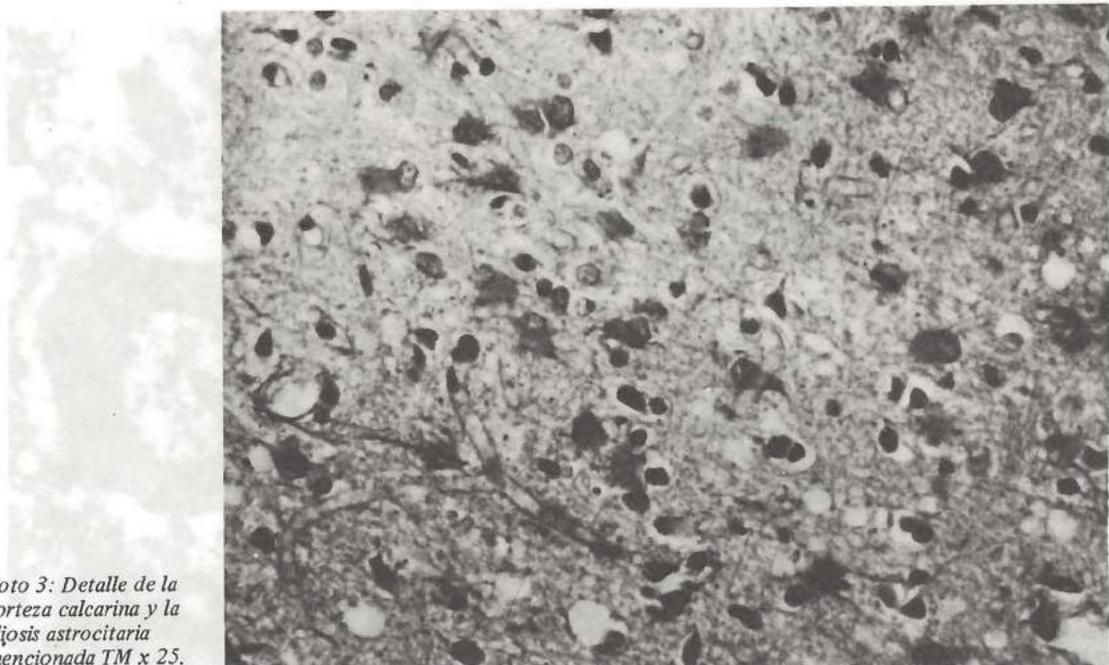


Foto 3: Detalle de la corteza calcarina y la gliosis astrocitaria mencionada TM x 25.

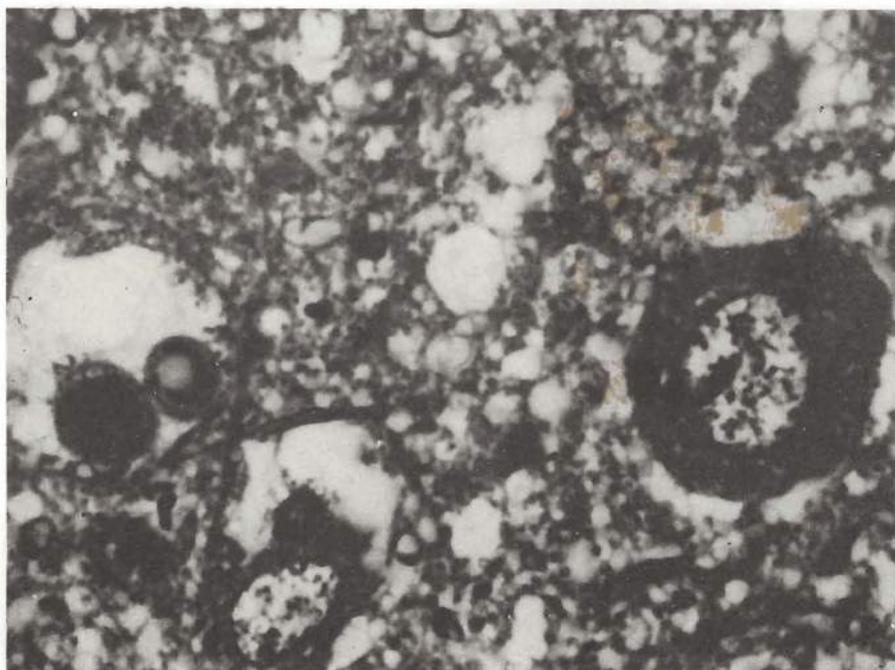


Foto 4: Corte semifino que muestra acentuada vacuolización del neuropilo así como pericelular. Azul de toluidina x 100.

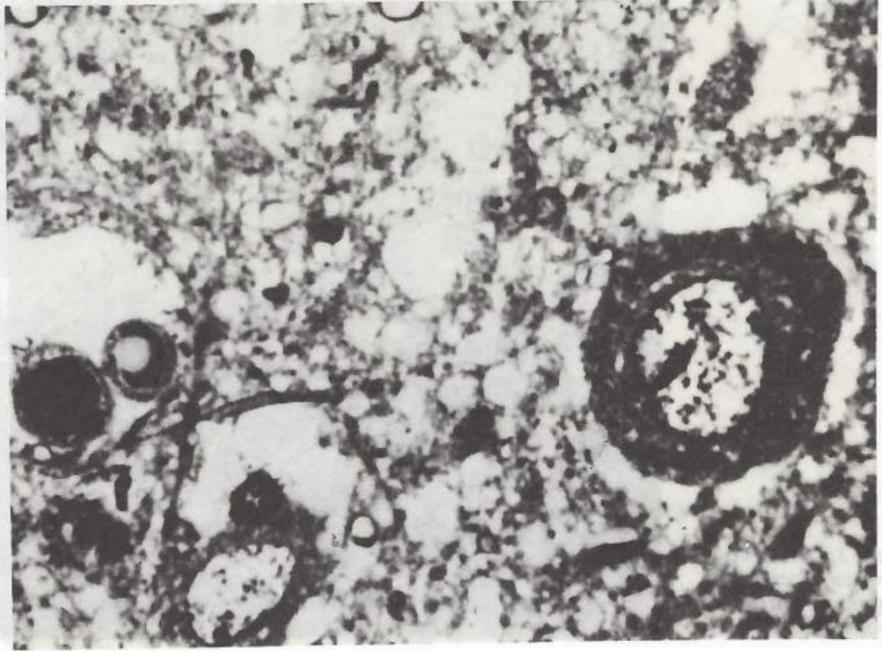


Foto 5: Microscopía electrónica, segunda circunvolución frontal derecha. Detalle de las microvacuolas intracelulares y de neurópilo, configurando el estado esponjiforme. Capilar conservado en uno de los márgenes de la foto. ME 9000 x



Foto 4: Corteza cerebral
que muestra la estructura
esponjiforme del
neurópilo en corteza
precentral. 4 mil de
magnificación x 100

En trastornos
cérvico-vaginales



curacid[®]

Unico tratamiento integral

pomada



- Reepitelizante
- Antiinfeccioso
- Antiinflamatorio
- Hemostático post-biopsia

1 - 2 aplicaciones
vaginales diarias.



Presentación: envases conteniendo 10 AMD (aplicadores monodosis descartables)

NEFROSTOMIA PERCUTANEA

Dres. Oscar Damia, Guillermo M. Gueglio, Pedro Daels y Jorge Schiappapietra

RESUMEN

Esta comunicación tiene por objetivo mostrar la experiencia en la realización de la NP del Servicio de Urología desde el año 1981 hasta 1985.

Se resumen las principales indicaciones, técnicas empleadas en la realización del procedimiento y las complicaciones que se han presentado tanto en la literatura extranjera como en nuestra serie.

El total de procedimientos realizados fueron 72, de las cuales 12 fueron bilaterales y 60 unilaterales.

Se adjuntan los distintos esquemas empleados en la técnica para su mejor comprensión.

La nefrostomía percutánea (NP) es una vieja técnica utilizada hace más de 28 años por Goodwin y col.¹, que en los últimos 8 años ha vuelto a cobrar importancia debido a los avances tecnológicos de los métodos de diagnóstico por imágenes.

La NP ha sido indicada para aliviar procesos obstructivos de distinta etiología según fue establecido por Stables en 1975²; actualmente se agregaron otras indicaciones surgidas de un mejor y más fácil acceso a esta técnica.

La NP es el tratamiento de elección de las

obstrucciones agudas o crónicas del tracto urinario superior. Ocasionalmente la hemos utilizado como un tratamiento definitivo en pacientes con patología neoplásica urológica, ginecológica o proctológica.

El objetivo de este trabajo es presentar la técnica utilizada y la experiencia del Servicio de Urología en la realización de la NP a partir del año 1981, en aquellos pacientes que consultaron por insuficiencia renal aguda o crónica obstructiva, infección o hematuria, requiriendo una derivación transitoria o definitiva de su tracto urinario superior.

MATERIAL Y METODOS

Entre 1981 y 1985 se efectuó el procedimiento a 61 pacientes, con un total de 72 NP, de las cuales 12 fueron bilaterales y 60 unilaterales.

TECNICA DE LA NP

1. Localización de la pelvis renal

- a) Estudio ecográfico habitual para confirmar la uropatía obstructiva.
- b) Ubicación de la pelvis renal dilatada a la que consideramos teóricamente un quiste; para su ubicación se utilizan los cortes ecográficos A, B y M, los cuales permiten obtener una imagen estática del riñón y las vías excretoras, el tamaño de la pelvis renal y la distancia piel-centro de la pelvis renal (Figura 1).



Figura N° 1: Ecografía renal modo "B"

2. Punción de la pelvis renal

Una vez ubicada la pelvis por ultrasonido y sabiendo sus dimensiones y la distancia piel centro de pelvis, se opacifica la misma con 5 cm³ de solución triiodada hidrosoluble, punzando con una aguja tipo Chiba N° 18 a través del orificio central del cabezal ecográfico perforado. Llegado este momento, el procedimiento puede realizarse de dos maneras: a) Trasladar al paciente a fluroscopía y efectuar allí la NP. b) Realizar todo el procedimiento indicado con control ultrasónico exclusivamente. Generalmente realizamos la NP bajo control ecográfico en aquellos pacientes que cursan con dilatación piélica importante.

3. Pielografía anterograda

Una vez realizada la ubicación ecográfica y opacificada la pelvis dilatada, efectuamos 1 o 2 radiografías de abdomen para la correcta visualización de las cavidades renales.

4. Punción nefrostómica

Los pasos a seguir se esquematizan en las Figuras 2 a 7.

Figura 2:
Punción pelvis renal

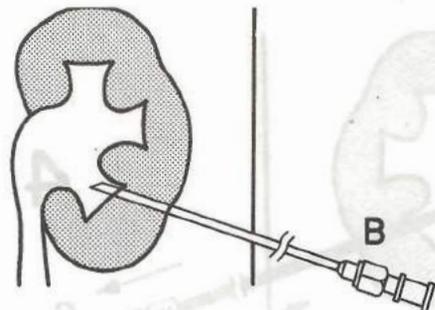


Figura 3:
Introducción de guía flexible a través de la aguja.

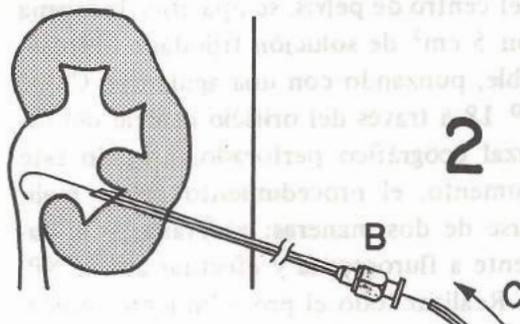


Figura 4:
Retiro de la aguja

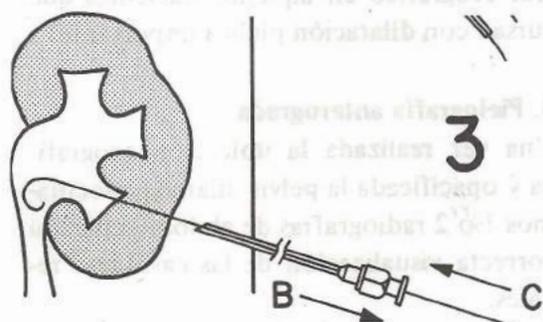


Figura 5:
Pasaje de los dilatadores de fascia y músculos en forma progresiva desde el N° 7 al N° 16 French.

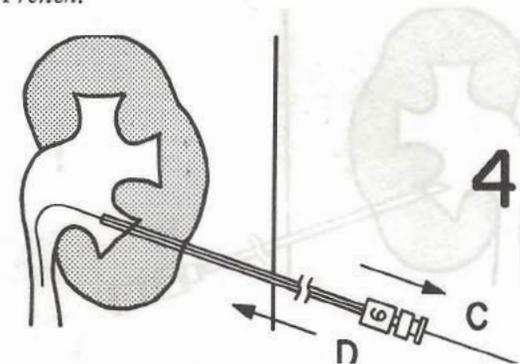


Figura 6:
Introducción del catéter definitivo "cola de cerdo" o tipo "Malecot".

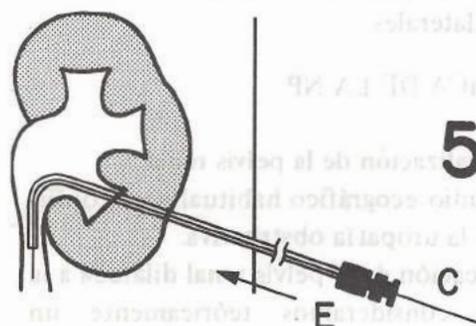
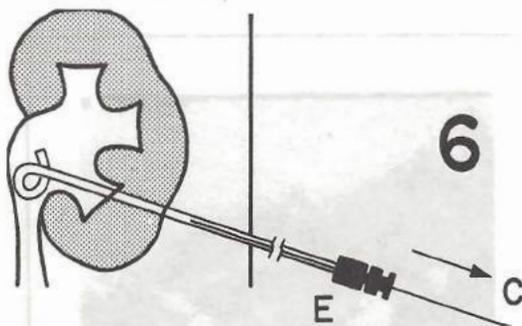


Figura 7:
Retiro del flexible metálico (conexión a sistema cerrado de recolección urinaria).



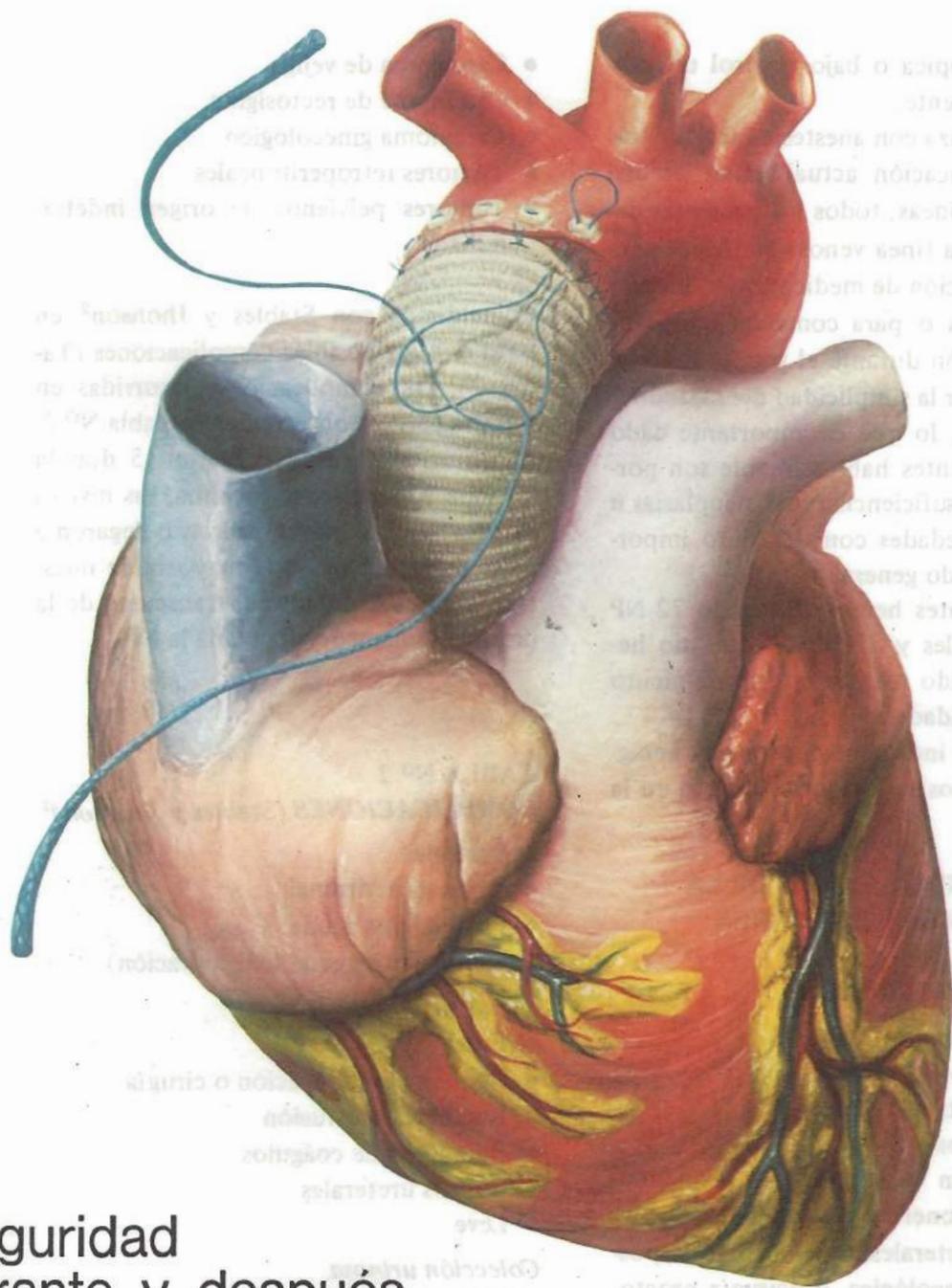
COMENTARIOS

Para realizar la NP se puede utilizar cualquier material descartable, aunque preferimos los sets de NP manufacturados por los cuales resultan ideales para este tipo de intervenciones. Los estudios ecográficos en modos A, B y M permiten ubicar la pelvis dilatada. El estudio se realiza bajo pan-

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

talla radioscópica o bajo control ultrasónico simplemente.

La NP se realiza con anestesia local; la única contraindicación actual serían las discrasias sanguíneas; todos los pacientes deben tener una línea venosa periférica para la administración de medicaciones, medios de contrastes o para controlar episodios de hipotensión durante el procedimiento. Es de destacar la simplicidad del método y su inocuidad, lo que es importante dado que los pacientes habitualmente son portadores de insuficiencia renal, neoplasias u otras enfermedades con deterioro importante del estado general.

En 61 pacientes hemos efectuado 72 NP (60 unilaterales y 12 bilaterales); no hemos conseguido realizar el procedimiento en 7 oportunidades.

La NP se ha indicado en procesos benignos y malignos tal como se observa en la Tabla 1.

TABLA 1: INDICACIONES DE LA NEFROSTOMIA PERCUTANEA

PROCESOS BENIGNOS

- Obstrucción por litiasis
- Estenosis pieloureteral
- Fibrosis retroperitoneal
- Endometrosis
- Obstrucción posoperatoria: conducto ileal, uropionefrosis, reimplantes.
- Fístulas ureterales: posanastomosis, poscirugía ginecológica, poscirugía proctológica.
- Reflujo vesicoureteral
- Riesgo quirúrgico aumentado

PROCESOS MALIGNOS

- Carcinoma de próstata

- Carcinoma de vejiga
- Carcinoma de rectosigma
- Carcinoma ginecológico
- Tumores retroperitoneales
- Tumores pelvianos de origen indeterminado

Coincidimos con Stables y Jhonson² en cuanto a las posibles complicaciones (Tabla 2); las complicaciones ocurridas en nuestra serie se observan en la Tabla N° 3. La duración de las NP fueron: 5 días la mínima y 8 meses la máxima, los niveles de creatinina se normalizaron o llegaron a niveles aceptables en la mayoría de nuestros pacientes durante el transcurso de la primera semana de efectuada la NP.

**TABLA N° 2
COMPLICACIONES (Stables y Jhonson)²**

Infecciones

- Absceso perirrenal
- Pielonefritis aguda
- Pielonefritis aguda (exacerbación)

Hemorragia

- Fatal
- Requiere embolización o cirugía
- Requiere transfusión
- Retención de coágulos
- Cólicos ureterales
- Leve

Colección urinosa

- Urinoma perirrenal
- Peritonitis urinosa
- Fibrosis peripiélica

Otras

- Neumotórax
- Ruptura del catéter

TABLA N° 3

COMPLICACIONES (en nuestra serie de pacientes)

Hemorragia: leve 12; severa 4.
Salida del catéter: 5
Ruptura del catéter: 2
Síndrome febril: 4

BIBLIOGRAFIA

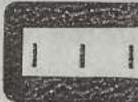
1. W.E. Goodwin: "Percutaneous nephrostomy guided by ultrasound". JAMA 157: 891, 1955.
2. D Stables y col.: Percutaneous nephrostomy: a series and review of the literature. AM. J. Roentgenol. 130:75, 1978.

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



DOLOR POSQUIRURGICO:

UN ESTUDIO PROSPECTIVO EN NUESTRO MEDIO

Dres. Oreste Ceraso, Ricardo Cedrola, Eduardo Berteuris, Carmen Ingrassia,
Darío Paredes y Raquel Piccardi.

RESUMEN

Se estudiaron 190 pacientes intervenidos quirúrgicamente y se evaluó el dolor posoperatorio mediante la E. V. A. De esto, resultó que los pacientes padecen un promedio de aproximadamente 40 horas de dolor durante las primeras 48 horas del posoperatorio. Todos los pacientes evaluados aunque estaban medicados con analgésicos informaron padecer dolor en las primeras 12 horas, el 80,8 % a las 24 horas y el 78 % a las 48 horas.

El fármaco más utilizado fue la dipirona en el 98,8 % de los casos y se la asoció al propoxifeno en el 40,3 %. Ninguno de estos medicamentos es el más indicado en el dolor agudo.

La vía administración más usada fue la intramuscular en el 73 %, siendo que no es la vía de elección en estos casos.

No se tuvo en cuenta la variación individual, la edad, el peso, el estado físico y psíquico, el tipo de operación realizada, etc.

La potencia y la duración del efecto de las drogas analgésicas fueron sobreestimados, dando como consecuencia dosis insuficientes y lapsos excesivamente prolongados entre ellas.

Podemos observar, que aunque contamos con elementos y conocimientos para tratar correctamente el dolor posoperatorio, los pacientes padecen dolor. Creemos que la falla reside en que este tratamiento debería ser realizado por profesionales entrenados y dedicados al tema del dolor, para poder realizar una evaluación adecuada del paciente y un monitoreo permanente con el objetivo de lograr un posoperatorio sin dolor.

El dolor posoperatorio es un permanente, dilatado e irresoluto problema en el cuidado de los pacientes operados.

El trauma quirúrgico genera en el organismo una respuesta fisiopatológica, consistente en un aumento de la actividad adrenérgica con movilización y consumo de energía. El significado fisiológico de esta

Enterococos altamente susceptibles a

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

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 PIPRIIL 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.

respuesta al estrés todavía es desconocida; pero lo evidente es que el aumento de la demanda de energía puede ser peligrosa en pacientes con disminución de la reserva de sus órganos vitales. Por ello, se comenzó a pensar que la inhibición de la respuesta a la agresión anestésico-quirúrgica, puede ser beneficiosa.

Algunos estudios indican que la respuesta endocrino-metabólica a la cirugía, se produce a través de los estímulos neurogénicos aferentes desde el área quirúrgica¹, y como los cambios son también notorios en el posoperatorio, se estima que el dolor puede ser un factor adicional a dicha respuesta. Esto fue demostrado proporcionando adecuada analgesia pos-quirúrgica, lo que produjo una marcada inhibición de la respuesta endocrina.²

Con el interés de conocer lo que sucede en

nuestro medio, respecto del dolor posoperatorio, iniciamos este estudio.

Agradecemos la valiosa colaboración prestada por la Licenciada Magally Kaudi en la elaboración estadística.

MATERIAL Y METODO

Durante el año 1986 se realizó la evaluación de 190 historias clínicas quirúrgicas, seleccionadas al azar, de las cuales 171 correspondieron a pacientes adultos y 13 a niños (Tabla N° 1). En cada historia clínica se analizó la intervención quirúrgica realizada, la anestesia administrada y el modo en que se proporcionó analgesia posoperatoria.

Del total de historias estudiadas se seleccionaron 47 pacientes, a los que se entrevistó a las 12, 24 y 48 horas posteriores a la cirugía, para evaluar el grado de dolor a través de la escala visual-análoga (E.V.A.)²

TABLA N° 1: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS POR SEXO Y EDAD

Grupos etareos	Total	%	Femenino		Masculino	
			Total	%	Total	%
< 20	19	10	10	5,3	9	4,7
20-29	9	4,7	4	2,1	5	2,6
30-39	31	16,3	23	12,1	8	4,2
40-49	32	16,8	24	12,6	8	4,2
50-59	30	15,8	15	7,9	15	7,9
60-69	32	16,8	11	5,8	21	11,9
70-79	20	10,5	9	4,7	11	5,8
80 y +	7	3,8	5	2,6	2	1,2
s/c	10	5,3	9	4,7	1	0,5
Total	190	100	110	57,9 %	80	42,1 %

(Tabla N° 2), y de esta forma conocer los resultados obtenidos en el posoperatorio con el tratamiento analgésico de rutina.

La selección fue hecha al azar y de la siguiente manera: el primer dígito de la primera columna de una tabla de números

posoperatoria, no se dio a conocer previamente la realización de este estudio.

El relevamiento de datos fue efectuado por médicos anestesiólogos que colaboran con el Centro de Tratamiento Integral del Dolor (C.T.D.).

TABLA N° 2: DISTRIBUCION DE FRECUENCIA DE LOS PACIENTES EXPUESTOS A LA ESCALA VISUAL ANALOGA POR SEXO Y EDAD

Grupos etareos	Total	%	Femenino	%	Masculino	%
20 - 29	4	8,5	2	4,3	2	4,2
30 - 39	7	14,9	5	10,6	2	4,3
40 - 49	8	17,0	8	17,0	—	—
50 - 59	8	17,0	3	6,4	5	10,6
60 - 69	6	12,8	1	2,2	5	10,6
70 - 79	8	17,0	3	6,4	5	10,6
80 y +	1	2,2	1	2,2	—	—
s/c	5	10,7	5	10,7	—	—
Total	47	100 %	28	59,6 %	19	40,4 %

aleatorios nos daba el número de orden del paciente a seleccionar de los que ingresaban a cirugía cada día. Cuando el segundo dígito correspondía a cero, a ese paciente se lo evaluaba según la escala de dolor.

El relevamiento se efectuó con historias de pacientes de los servicios de cirugía general, tocoginecología, urología, traumatología y cirugía pediátrica. Se excluyeron los pacientes de cirugía cardiovascular porque reciben un tratamiento especial, y los niños por ser una población en la que en general la E.V.A. no es aplicable.

Para no inducir cambios en la conducta de los médicos que indicaban la analgesia

Los datos extraídos para análisis fueron clasificados de la siguiente forma:

- Personales: número de historia clínica, edad y peso.
- Quirúrgicos: intervención realizada, cirujano, anestesiólogo, tipo de anestesia, drogas utilizadas.
- Indicación de analgesia: terminología utilizada, medicación analgésica prescripta, adyuvantes u otros medicamentos administrados, formas de administración, correlación entre indicación médica y hoja de enfermería.
- Evaluación de la analgesia posquirúrgica: por la escala visual análoga a las 12,



24 y 48 horas, complicaciones por analgésicos, etc.

e. Comentarios del encuestador.

RESULTADOS

Las indicaciones de la analgesia posquirúrgica fueron realizadas por los cirujanos en todos los casos. Se observó que el 4,1 % no especificó el fármaco que debía utilizar y el 1,5 % no realizó indicación analgésica alguna.

En cuanto a la forma de administración, la mayoría utilizó la expresión "según dolor" (73 %), "a-demanda" (0,5 %) y el 25 % lo hizo en forma horaria.

Siempre se utilizó el nombre comercial del fármaco. El más empleado fue la dipirona, en el 98,8 % de los casos; el ácido acetil salicílico en el 1,2 % restante. La dipirona se la utilizó asociada en una proporción fija con propoxifeno (hipnoanalgésico débil) en el 40,3 % de los casos.

La vía de administración más usada fue la intramuscular (73 %), le siguió la endovenosa (21 %) y luego la vía oral (6 %).

Todos los pacientes medicados y seleccionados para evaluar la efectividad de los analgésicos, informaron padecer dolor en las primeras 12 horas; el 80,8 % de ellos a las 24 horas y el 78 % a las 48 horas. Si realizamos la sumatoria de las horas de dolor que cada paciente padeció, obtenemos 1856 horas, y si relacionamos esta cifra con los 47 evaluados, obtendremos el siguiente cociente:

$$X = \frac{\text{Total horas de dolor}}{\text{Total de pacientes}} = \frac{1.856 \text{ horas}}{47 \text{ pacientes}} = \frac{39,27 \text{ horas por}}{\text{paciente}}$$

$$= 39,27 \text{ horas promedio por paciente} = 40$$

Esto, proyectado al contexto social, nos indica que cada paciente intervenido quirúrgicamente padecería como promedio aproximadamente 40 horas de dolor durante las primeras 48 horas del posoperatorio.

COMENTARIOS

De este estudio surge que los pacientes reciben menos analgésicos que los necesarios en el posoperatorio, hecho que se evidencia con el promedio de 40 horas de dolor posoperatorio durante las primeras 48 horas. Cabe destacar que en las primeras 12 horas la analgesia fue del 0 %, a pesar de la administración de fármacos analgésicos (Tabla N° 3). Por lo tanto, si esto ocurre, se puede inferir que como respuesta al dolor se produce una vasoconstricción periférica, que incrementa la variabilidad de absorción de la vía intramuscular, haciéndola aún más irregular e impredecible. No obstante, fue la vía de administración más empleada (73 %). De esto surge que la vía I.M. no es de elección en estos casos.

Uno de los principios básicos en el tratamiento antálgico es la individualización de la dosis y el suministro horario sin que reaparezca el dolor. Este hecho fundamental es particularmente aplicable en el período posoperatorio, ya que está bien establecido que para evitar la aparición del dolor se requiere menos dosis de analgésicos que para calmarlo cuando está instalado, o cuando reaparece luego de un período de analgesia.

En este grupo se pudo observar que al realizar la indicación no se tuvo en cuenta la edad, el peso, la talla, el estado físico del

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.

TABLA N° 3 - EVALUACION DEL DOLOR POSOPERATORIO SEGUN LA ESCALA VISUAL ANALOGA EN PACIENTES MEDICADOS CON ANALGESICOS

Cantidad de pacientes según intensidad del dolor (E.V.A.)	Tiempo de posoperatorio					
	12 horas		24 horas		48 horas	
	N°	%	N°	%	N°	%
1 - 3 Moderado	7	14,9	23	48,9	33	70,2
4 - 6 Intenso	26	55,3	14	29,8	2	4,2
7 - 10 Severo	14	29,8	1	2,1	1	2,1
Total	47	100	38	80,8	36	76,5

paciente, ni el tipo de operación realizados, con el objeto de buscar la individualización. Cuando la indicación fue hecha en forma horaria, no hubo relación entre el tiempo de duración del efecto de las drogas y su potencia analgésica, ambos (tiempo y potencia) fueron sobreestimados y por ende la administración fue insuficiente. Esto pone en evidencia el desconocimiento del perfil farmacológico de los analgésicos empleados.

En ningún caso se indicó un hipnoanalgésico fuerte como morfina, petidina, buprenorfina o nalbufina, fármacos de elección para el dolor posoperatorio (que es un dolor agudo), ya que tendrá el pico máximo de intensidad en las primeras 24 horas y decrecerá progresivamente en los días subsiguientes, donde sí pueden tener indicación los analgésicos no opiáceos (Cua-

dro N° 2). Este hecho se evidencia en que el 29,8 % de los pacientes tuvieron dolor severo las primeras 12 horas, versus un 2,1 % a las 48 horas (Tabla N° 3); o lo que es lo mismo, 14,9 % de dolor moderado a las 12 horas versus un 70,3 % a las 48 horas.

No se observó correlación entre el grado de dolor y la edad de los pacientes; tampoco hubo relación entre el anestesiólogo y/o el cirujano actuante y los porcentajes de dolor obtenidos en la evaluación.

Se encontró correlación entre el tipo de cirugía y el grado de dolor, siguiendo las mismas tendencias que en otros estudios publicados¹ (Tabla N° 4).

En cuanto a la prescripción médica, en ella se transfiere al paciente el primer grado de decisión con referencia al momento en que debe administrarse el analgésico ("analgesia según dolor" o "analgesia a

demanda"). La consecuencia es que la enfermera debe asumir la responsabilidad de la administración de las drogas. Esto obliga a tomar decisiones a quien tiene temores injustificados, aunque comprensibles, con respecto a los fármacos analgésicos (hipotensión arterial, depresión respiratoria, adicción, etc.). En algunos casos tendrá que decidir el analgésico a aplicar, dosis, vías, etc. (un 4,1 % no determinó el analgésico a utilizar y el 1,5 % no indicó analgesia posoperatoria). La responsabilidad recaerá sobre enfermeras de muy variado nivel, y de ello dependerá la credibilidad o no de la demanda que efectúe el paciente, como así también la prioridad que le otorgará a dicha demanda ante otras exigencias de su rutina de trabajo. Podemos inferir que el cumplimiento por parte de enfermería no ha sido estricto, ya que los pacientes padecieron dolor a pesar de estar indicado: "analgesia según dolor" o "a demanda".

Los adyuvantes para favorecer la analgesia más empleados fueron: diazepam en el 14,9 % y metoclopropamida en el 21,3 %. En base a lo comentado precedentemente, creemos oportuno hacer otras consideraciones de orden general referente al tema que nos ocupa.

El tratamiento del dolor posoperatorio debe ser evaluado en forma continua, lo que permite aplicar la técnica más apropiada a cada paciente, acorde a las circunstancias. Así se logra determinar la vía más aconsejable (raquídea, intravenosa, etc.), el fármaco más adecuado (morfínico, antiinflamatorio, anestésico local, etc.) y el intervalo más recomendable para la administración (continuo, intermitente o ambos). Esto es lo que denominamos **individuali-**

zación de la técnica, de la dosis, del intervalo y del fármaco a administrar, para lograr una adecuada analgesia en el período posoperatorio (Cuadro 1).

Cuadro N° 1: INDIVIDUALIZACION DEL TRATAMIENTO ANALGESICO POSQUIRURGICO

- 1) Evaluación continua de la analgesia (escala visual análoga, escala verbal, parámetros fisiológicos, etc.).
- 2) Técnicas de analgesia

Farmacológicas:

- a) Elección del fármaco/s adecuado.
- b) Elección de la vía de administración (intramuscular, endovenosa, subcutánea, oral, raquídea peridural o subaracnoidea, etc.).
- c) Elección de la dosis a administrar según las características individuales (edad, peso, talla, intervención quirúrgica, etc.).
- d) Intervalo de administración de la dosis elegida (continuo, intermitente, ambos).
- e) Aplicación de la escalera analgésica con o sin adyuvantes.

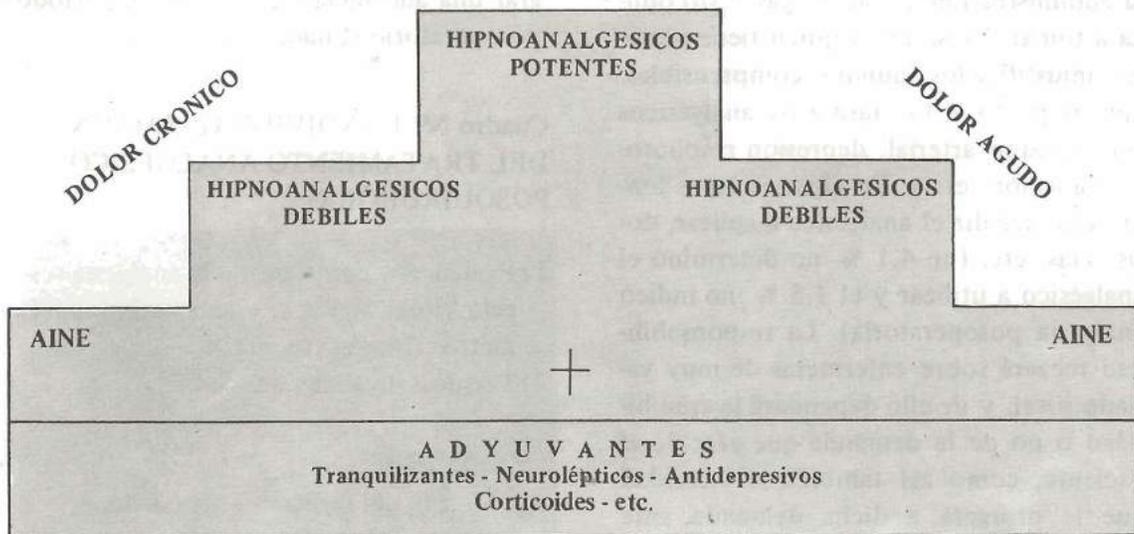
No farmacológicas:

- a) Electroanalgesia.
- b) Analgesia por hiperestimulación (TENS) crionanalgesia, laserterapia, acupuntura, laserpuntura, electropuntura, etc.
- c) Hipnosis.
- e) Musicoterapia.
- d) Psicoterapia.
- f) Otros.

Nota: Es factible asociar en forma simultánea, secuencial o intermitente las técnicas analgésicas del mismo grupo o con métodos de ambos grupos.
(T.E.N.S.: Estimulación eléctrica transcutánea).



CUADRO N° 2: ESCALERA DE LOS ANALGESICOS



Principio general de aplicación en la utilización de analgésicos.

En cada caso se decidirá la oportunidad de asociar uno o más analgésicos y/o adyuvantes, teniendo en cuenta las interacciones y los antagonismos.

A.I.N.E.: Analgésico antiinflamatorio no esteroideo.

TABLA N° 4 - RELACION ENTRE INTERVENCION QUIRURGICA Y PORCENTAJE DE DOLOR SEGUN E.V.A.

Intervenciones quirúrgicas	Porcentajes de dolor								
	a las 12 horas			a las 24 horas			a las 48 horas		
	∠ 40	∠ 60	∠ 100	∠ 40	∠ 60	∠ 100	∠ 40	∠ 60	∠ 100
Art. coxofemoral	20 %	60 %	20 %	-	-	-	-	-	-
Flebológicas	50 %	25 %	25 %	50 %	25 %	-	50 %	-	-
Abdomen superior	11 %	33 %	44 %	55 %	33 %	0 %	100 %	-	-
Urológicas	30 %	50 %	20 %	80 %	20 %	0 %	90 %	-	-
Laparotomías	20 %	40 %	20 %	60 %	40 %	0 %	100 %	-	-
Tocoginecológicas	40 %	40 %	20 %	80 %	20 %	-	90 %	-	10 %
Torácicas	0 %	0 %	66 %	0 %	33 %	33 %	33 %	33 %	0 %

Nota: E.V.A.: Escala Visual Análoga.

Laboratorios

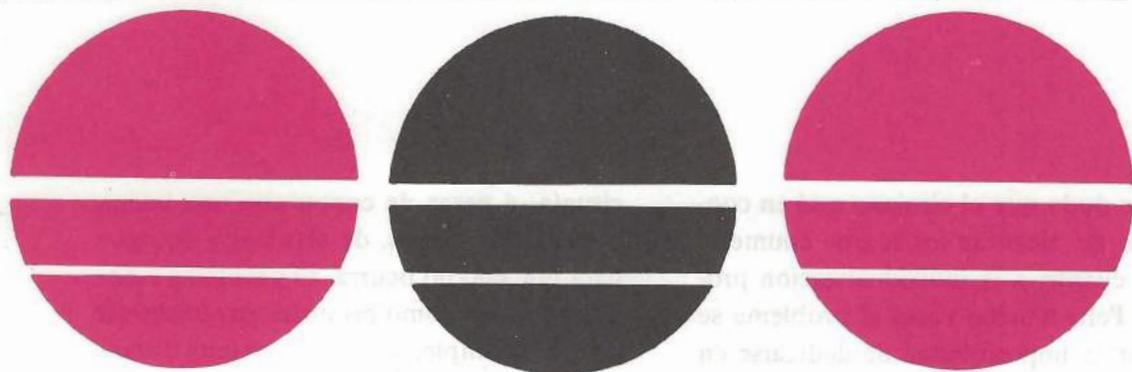


PHOTO FARBEN

- 1. DIAPOSITIVAS EN VARIOS COLORES PARA TRABAJOS CIENTIFICOS.**
- 2. REPRODUCCION DE RADIOGRAFIAS EN SLIDES DE DISTINTOS COLORES.**
- 3. DUPLICACION DE DIAPOSITIVAS.**
- 4. REPRODUCCION EN PAPEL COLOR DE DIAPOSITIVAS.**
- 5. VENTA Y ASESORAMIENTO DE EQUIPOS Y ACCESORIOS PARA FOTOGRAFIA TECNICA, MACROFOTOGRAFIA, CONFERENCIAS Y AUDIOVISUALES.**
- 6. REPRODUCCION DE DIAPOSITIVAS EN EL DIA.**

ALVAREZ THOMAS 869 - (1427) BS. AS. - ARGENTINA

TEL. 551-7010/1284/6775 - TELEX IMEX - AR - 17305

No cabe duda que el cirujano está en condiciones de alcanzar los logros enumerados en cuanto a la individualización propuesta. Pero muchas veces el problema se crea por la imposibilidad de dedicarse en forma personal para cumplir los principios señalados; al menos con la infraestructura actual de los ámbitos asistenciales así sucede.

En forma simplista, las técnicas de analgesia posquirúrgica pueden ser: farmacológicas y no farmacológicas.

Dentro de las farmacológicas podemos mencionar a los hipnoanalgésicos fuertes, los hipnoanalgésicos débiles, los anestésicos locales, etc.; éstos a su vez pueden ser administrados por diversas vías (raquídea; peridural o subaracnoidea; I.V., etc.) y a su vez, en forma continua, intermitente o ambas.

A ello hay que agregar, que la individualización de la dosis una vez elegida la técnica y el fármaco, se sostiene sobre la variación individual.

Dentro de las técnicas no farmacológicas podemos enunciar: la electroanalgesia, la analgesia por hiperestimulación (TENS, crioanalgesia, laserterapia), hipnosis, psicoterapia, musicoterapia, etc.

Por todo lo señalado, se deduce que debería ponerse en marcha un sistema organizado que se aboque y dé una solución adecuada al problema de seleccionar las múltiples variables que resultan de interrelacionar las distintas técnicas y los diversos fármacos, con la edad, el sexo, las patologías, etc., los que, a su vez, se acoplan a las variaciones individuales.

Por lo que vimos, podemos concluir que existen evidencias irrefutables que los pacientes experimentan dolor después de la

cirugía, a pesar de contar con una buena cantidad de drogas, de técnicas y equipos para que ello no ocurra. El problema esencial radica en cómo proporcionar analgesia en forma simple, segura y continua durante 48 a 72 horas. La analgesia posquirúrgica debería ser responsabilidad de un número suficiente de profesionales preparados en el tema, con experiencia y habilidad para efectuar la elección acertada de la técnica más adecuada, teniendo como objetivo la efectividad. Para que los resultados satisfagan las expectativas del paciente, del equipo quirúrgico y de la institución, los profesionales del grupo mencionado deben pensar, hablar y actuar en términos de prevenir el dolor, más que de aliviarlo.

BIBLIOGRAFIA

1. Benedetti, C; Bonica, JJ, Bellocci, G. Pathophysiology and therapy of postoperative pain a review - En: Benedetti, C. et. al. *Aduances in Pain Research and Therapy* New Yorle, Raver Press, 19 - V 17, pág. 373.
2. Kehlet, H. the endocrine-metabolic response to postoperative pain. *Acta Anaesthesiol. Scand. Suppl 74:173*, 1982.
3. Revill, SI; Robinson, JO; Rosa M; Hagg, MIJ. The reliebility of a linear analogue for evaluating pain. *Anaesthesia 31: 1191*, 1976.

El Departamento de Docencia e Investigación informa

CURSOS 1987

- **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
- **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



- **Curso Teórico-Práctico de Introducción a la Psicogeriatría**
Fecha: 1º al 29 de setiembre
Coordinador: Dr. Osman N. Antonuccio
Servicio: Instituto Geriátrico "A. Roca"
- **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
- **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

BIOTAER

de elección obligada
en aerosolterapia



Disprovent
ESPECIALIDADES MEDICINALES

- **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

- **Segundas Jornadas de Salud Mental de la primera infancia**
Fecha: 5 y 6 de octubre
Coordinador: Dr. John H. Kennell
 (Universidad de Ohio, Estados Unidos)
Servicio: Salud Mental Pediátrica



MERALYCIN[®]

**SU FUNCION ES
 IMPEDIR LA
 ATEROGENESIS**

◆ **TIADENOL
 DISPROVENT**

Disprovent
 ESPECIALIDADES MEDICINALES



- **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

Advertisement for Disprovent (Tidanol) featuring a silhouette of a person on a bicycle. The text is mirrored and includes:

ATEROGENESIS
SU FUNCION ES
IMPEDIR LA
MERALYCIN

Disprovent
TIDANOL
DISPROVENT

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.

Presentación: Pomos conteniendo 3 g. de Gel.

Disprovent

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, Triyodotiroácético 0,35 mg.

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



Disprovent

REGLAMENTO DE PUBLICACION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Autorizaciones: Corresponde a los autores obtener los permisos 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[®]

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[®]

(Buprenorfina)

“La mayor potencia analgésica hasta hoy disponible”



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

