

## *2º Fascículo de Medicina Legal*

### **Historia Clínica - Su valor médico legal y forense**

Dr. ACHAVAL, A.

En mi concepto la historia clínica debe hacerla el que más sabe, debe acreditar los medios, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, incluyendo en él las pautas de régimen ambiental y acumulando, en ambos casos, los elementos necesarios para el pronóstico. El pronóstico puede surgir del diagnóstico o del tratamiento.

La historia clínica es el mejor y, a veces único elemento, para demostrar todo lo buena que ha sido la atención médica. De eso se trata, ya que la buena fe del médico se sobrentiende, en la acreditación de medios señalada, debe quedar demostrada la pericia, la prudencia, los cuidados, la vigilancia, la seguridad, el cumplimiento de los reglamentos y de los deberes del profesional que asiste o que realiza actos médicos, de cualquier tipo y en cualquier circunstancia. Dejarán de ser escuetas reseñas de evolución o de síntomas y signos de órganos y aparatos, para ser evolución de persona enferma. La historia clínica relacionará medios con resultados, para acreditar que aquéllos, los medios, estaban destinados a obtener un resultado, mejoría o curación, aunque este resultado no sea o haya sido ninguno de los dos.

Si bien señalo su valor instrumental, como documento de la contratada o no, atención médica, no dejamos de recordar el valor en los trabajos de investigación, en aquellos que, con fines sanitarios y de evaluación e investigación clínica requieren de la estadística los datos de historias similares o no. La utilidad de la historia clínica en la docencia se fundamenta, en la enseñanza con la historia clínica y, en el aprendizaje también con la historia clínica, ya que ella demuestra la evolución de los síntomas y signos de una enfermedad y una etiología, eso sí en una persona con sus particulares formas de reaccionar, tanto ante esa etiología como ante un tratamiento y un tiempo, su tiempo individual de defenderse o evolu-

cionar. Si bien con la historia clínica, y mediante ella se planifica la atención médica del paciente, se debe tener presente que también es un medio de comunicación de un médico, con otros grupos de médicos. Por ello debe insistirse en la historia clínica única y en la identificación con los números del documento único de identidad, asegurando así una biografía de patología médica o quirúrgica, con la rica experiencia que aportan los datos evolutivos de sucesivas o simultáneas patologías.

La unidad del acto médico no debe entender al individuo como partes de él mismo, órganos y aparatos que le integran, ya que la Medicina también debe integrarse en su unidad con la totalidad de especialidades. La historia clínica no sólo debe registrar el episodio de internación, también en ella deben agregarse los intervalos entre controles, las atenciones que se han realizado en otras instituciones médicas y, sin duda alguna, las atenciones médicas en consultorios externos o ambulatorios. Sólo podrá calificarse de completa aquella historia que suministra la información suficiente para justificar las etapas del acto médico: el examen, el diagnóstico, el tratamiento, el resultado y las necesidades de controles subsiguientes.

El trabajo del médico es, con el sano y con el enfermo. Con el sano para mantenerlo en salud, autorizando régimen de vida, en lo deportivo, en lo laboral, en el desarrollo de aptitudes, en lo familiar y en lo social. Con el enfermo, el trabajo del médico es, en resumen obtener, mediante exámenes, el diagnóstico, el pronóstico y realizar el tratamiento que no sólo es de medicaciones –como erróneamente se cree y aún se enseña–, sino que es también de evolución, de vigilancia o de seguridad, de seguimiento y de cuidados. Es un ciclo continuo que, como la enfermedad, termina en el alta, la cronicidad o en la muerte. La historia clínica es el medio de información por excelencia, del estado de salud o enfermedad de una



CARCINOMA AVANZADO DE PROSTATA



En el mundo de hoy

Unico  
tratamiento  
con  
bloqueo  
androgenico  
completo

ANDROCUR<sup>®</sup>  
50

MEJOR CALIDAD DE VIDA

- En monoterapia
- Asociado a la orquiectomía
- En combinación con agonistas de la LHRH

**Androcur<sup>®</sup>**  
Antiandrógeno oral

**Composición**  
1 tableta contiene 50 mg de acetato de ciproterona.

**Indicación**  
Tratamiento antiandrogénico en el carcinoma de próstata inoperable

**Presentación**  
50 tabletas de 50 mg c/u.

Para una mayor información, consúltense nuestros impresos más detallados.

Schering AG, Alemania

(1) Pavone-Macaluso, M. et al., J. Urol., 136, 3:624-631 (1986)

(2) Neumann, F. et al., en Konservative Therapie des Prostatakarzinoms, ed. R. Nagel, Springer Verlag, Berlin/Heidelberg, 1987, p. 61

(3) Radmeier, A., Bohrmacher, K. y Neumann, F., Akt. Urol., 20:143-147 (1989)

(4) Eaton, A. C. y McGuire, M., Lancet 8363-1336 (1983)

(5) Al-Abadi, H., Vahherpe, H. y Nagel, R., Therapiewoche 39:2306-2308 (1989)



APOYE LA INVESTIGACION  
UTILICE  
MEDICAMENTOS ORIGINALES

persona, de allí la necesidad de que pueda leerse y atribuirse nominalmente al médico que registró un estado constatado por él, en un seguimiento cronológico.

La búsqueda del síntoma o del signo de valor clínico –positivo o negativo ya que ambos son trascendentes– obliga en forma inmediata al registro de ese dato. A medida que ello sucede, la evaluación va criticando su significado, acopiando en un sentido diagnóstico o, por el contrario, diferenciando en sentido opuesto y aún diverso, terminando en una interpretación diagnóstica en el paciente, allí éste tiene “su enfermedad”, la que le pertenece como posesión personal, la que le diferencia o semeja a otros con distinto o el mismo diagnóstico.

Los servicios médicos, de todos los niveles, deben organizarse y dirigirse en base a la continua corriente de información, es decir una red de vías de comunicación y, por ello, un examen complementario, una interconsulta no sólo deben agregarse integrando la historia, sino que también deben recibir el comentario de cuál ha sido su aporte a la comprensión de la evolución del paciente, en su enfermedad o, mejor dicho, su estado de enfermedad. En la medicina de persona, la información interpretativa que aporta la estadística es complementaria y nunca principal, como también erróneamente se ha pretendido, quizás por valorar una sintoma o un signo y no el conjunto o totalidad de ellos.

La mayor preocupación del médico debe ser la del hombre al cual da su servicio, deberá estudiarlo y comprenderlo, demostrar interés por su vida, la calidad de su vida y el respeto por sus derechos, comprender su mundo y su posición en la vida. Esto no modifica las finalidades de la Medicina. Antes y ahora, su objeto inmediato es el hombre que está enfermo, su propósito en medios es la salud, salud como fin, como resultado de aquellos medios y como parte de un complejo proceso social que da el sentido y la misión a la vida del médico.

Estoy consciente de que hay un desequilibrio, entre necesidades y recursos y el médico debe explicar en la historia, cuales son y en qué interfieren la evolución deseada o el diagnóstico del paciente, su información sea por sí o por responsable legal y su avenirse mediante el consentimiento, incorporado también a la historia clínica. Por ello digo que, si la enfermedad y su evolución integran la biografía de una persona, la historia clínica es el capítulo de esa enfermedad. En la enfermedad y en la biografía se obtienen datos principales y datos secundarios, en la historia clínica deben también señalarse los unos y los otros, pero siempre debe estar el conocimiento que hace el análisis crítico del valor que, para el sentido integrador del diagnóstico, tiene cada síntoma y cada signo.

Las poblaciones crecieron y las previsiones de la política sanitaria no fueron lo rápidas que necesitaba el momento, la circunstancia y la información de la gente en esa crisis que, para cada uno significa la enfermedad y su

tratamiento. La prolongación de la expectativa de vida, el deseo de lo que logran los que son noticias –aunque seas pocos–, el bienestar que se espera de la salud ya que la economía no lo posibilita, exige al médico en el límite de sus posibilidades como ser humano con una profesión. De allí es que las gentes pretendan juzgar resultados de tratamientos. Volviendo a las viejas enseñanzas de Hipócrates en “Epidemias” (400 años antes de J.C.) en cuanto al tratamiento: beneficiar o al menos no dañar. Junto a tal afirmación figura uno de sus aforismos: “Decir lo pasado, conocer lo presente, predecir lo futuro”.

Es Rufo de Efeso, hacia fines del primer siglo después de J.C., quien refiere la anamnesis desarrollada como método, era un aporte de la escuela médica de Alejandría. Sus “Preguntas médicas” afirman, por ejemplo: “Se deben dirigir preguntas al enfermo. Con ayuda de estas preguntas se reconocerá más exactamente lo que se relaciona con la enfermedad y también se podrá tratar mejor ésta”. Así como afirma la importancia de la predisposición advierte que el médico no debe guiarse por leyes generales, sino que tiene que tener lo propio del individuo, su “naturaleza y costumbres”.

Ya llevamos muchos años desde septiembre de 1948, año en que se hiciera la Declaración de Ginebra, con intervención de la Asociación Mundial de Médicos y, de esa Declaración recordamos dos párrafos que forman parte del Juramento o compromiso médico:

–“Ejerceré mi profesión con conciencia y dignidad”.

–“La salud de mi paciente será mi primera preocupación”.

Y, siguiendo con ese orden que me trazo, señalo que el Consejo de Europa aprueba la Carta Magna del Enfermo Hospitalario donde figuran principios que, por mi parte, en trabajos publicados anteriores, ya alguno de ellos los describía como integrantes del Derecho a la Salud, derecho del paciente para el cual el médico da su servicio profesional, contribuyendo a ese Derecho. El Consejo de Europa enuncia:

–“Derecho a la libertad religiosa y filosófica.”

–“Facultad de reclamar y ser informado sobre el estado de salud.”

–“Derecho a aceptar o no una intervención médica.”

–“Posibilidad de solicitar información anticipada sobre eventuales riesgos.”

–“Respeto a la vida privada.”

–“Respeto a la dignidad del individuo.”

Desde el punto de vista asistencial la finalidad de la historia clínica es, obviamente, la atención médica del paciente y su evolución. Desde el punto de vista médico legal, la historia clínica es un documento que retiene la información sobre lo hallado, lo pensado y lo hecho. Resulta así el mejor documento integrante de la prueba o mala atención médica, así se la usa en la acusación o en la defensa, en la demanda o en la negación de responsabilidad, así se la secuestra para evitar su alteración, así

también un cuidado especial por las reglas de gramática, evitar barbarismos e inexactitudes en el lenguaje médico, así como las redacciones pesadas o el uso de calificacio-

nes que contrarrestan la objetividad. Los problemas médico legales de la historia clínica se relacionan con la responsabilidad profesional; con el abandono de persona; con la persona en peligro de vida; con el consentimiento informado; con la negativa a un determinado tipo de totalidad de tratamiento, a transfusiones, a operaciones, electroshock, somnolencia por medicaciones, descontrol, etc.; con el retiro del paciente; con la interrupción del embarazo; con las adicciones, las drogas legales o ilegales previas a la internación y las posibles legales, aunque futuras, de la medicación usada; con la buena fe; con el trasplante de órganos; con la interrupción de la asistencia respiratoria o cardíaca; con el uso de medios comunes u ordinarios o de medios excepcionales o extraordinarios; con el diagnóstico de muerte natural o con el de muerte cerebral irreversible, del régimen legal para trasplantes; con la negación de eutanasia; con la evolución de infecciones hospitalarias; con el secreto profesional o la comunicación autorizada, individualizada o general; con la demostración del caso fortuito (concepto legal distinto al del accidente que usan los médicos); con la privación de libertad; y, con el archivo de la historia clínica por quince años (Resolución 648 del 11 de septiembre de 1986, incorporada como reglamento de la Ley 17.132).

Especial cuidado deberá tenerse con las externaciones temporarias breves, con las altas "a prueba". Deberán fundarse, ser coherentes con el estado del paciente, con el diagnóstico y con los motivos de la internación, deberá consentir el riesgo y su responsabilidad quien pide el régimen y retira al paciente, por ejemplo con sonda o con puntos de sutura sin retirar, sin dejar de asumir por ello, que se está produciendo "una agravación" de la propia responsabilidad profesional.

También deberá tenerse en cuenta que cada intervención médica tiene que estar fechada y aun con hora registrada, firmada y aclarada la firma. La historia clínica debe contener las razones de circunstancias tales como que en la duda la sintomatología indica enfermedad, mientras el médico no pueda descartar con sus exámenes clínicos o complementarios que aporten signos en favor o en contra del supuesto. En todo no provocará trastornos o sensaciones de castigo, frente al sintoma alegado. También, las negativas de consentimiento deberán contener las razones ofrecidas por el paciente, la posibilidad de tratamientos subsidiarios, la licitud de la negación del consentimiento, en sus razones o aportes personales a los factores asistenciales, a los afectivos, a los legales, etc.

La practicidad de los datos debe requerir una cartulina adecuada en el Expediente Médico, ya que muchas veces

Debe ponerse especial cuidado en la letra, considerando que se escribe para que la otra persona; el estilo, evitando signos o abreviaturas no aclaradas, así como

otra claro debe quedar el motivo de la internación, su causa, la finalidad aunque ella sea a la distancia a que vive del centro asistencial, la inicialiva (espontánea, inducida, urgencia, policial o judicial). La anamnesis merece el comentario de que debe ser lo más completa posible, aunque ello lleve un tiempo mayor. El estado actual deberá ser completo, sistemático y detallado, lo más cercano posible al momento de ingreso. La evolución corresponde con actualización diaria a cargo del médico de cabecera, tantas veces como deba o requiera según sus estado e insistió en ello, que igual corresponde el registro aunque el estado sea similar al anterior, ya que ello es una prueba de los cuidados y deber de vigilancia. También deben incorporarse las interconsultas, la razón de ellas y el comentario de lo aportado por ellas, los protocolos de atenciones diferenciadas, las curvas gráficas. El "alta" debe estar fundamentada como acto médico de ejecución inmediata, la epícrisis, que no es resumen sino interpretación, deberá dar razones del diagnóstico, sus dificultades, los problemas pendientes y posibles soluciones, el resultado terapéutico, el pronóstico con relación a función, salud, vida y trabajo.

Deberá contener datos referidos al lugar de la atención médica, tales como hospital o institución asistencial, servicio, sala, cama, jefe de servicio, indicación rescata, individualización del paciente con su apellido y nombre, sexo, edad, fecha de nacimiento, residencia habitual, domicilio, procedencia, estado civil (de registro y real), profesión y ocupación o tarea, religión y sus limitaciones, su actividad en ella, tipo y número de documento. Deberán registrarse los allegados o responsables, con apellidos y nombres, documento electoral ya que posible domicilio, y número, domicilio anteriores y actual, les, teléfono propio o cercano. Si son menores, los datos de sus padres y la decisión de ellos de consentir separadamente o delegando uno en otro. De igual manera se procederá si son ancianos con respecto a los hijos en su totalidad y, si es casado deberán registrarse los datos del otro cónyuge.

Si para Lain Entralgo, la historia clínica es una sucesión de tentativas del hombre, para mí lo es de acontecimientos y circunstancias que tienen por finalidad: 1) registrar la particularidades individuales del caso, sea diagnósticas, sea pronósticas o terapéuticas; y, 2) registrar para avances del conocimiento médico, caminos ciertos y caminos equivocados. Por ello debe tener comentarios y reflexiones interpretativas y no sólo descripción, se debe volver al qué, al cómo, al cuándo, al dónde y al porque.

también se ordena su entrega y, también, la he visto con- tradicha por distintos testimonios de médicos que intervi- nieron en su confección.

y, en todas las con intervención judicial, inicial o posterior, en eso termina convirtiéndose la historia médica institucional, un documento procesal. En esa carátula, además de los datos personales ya señalados, de los propios de la institución, también deben figurar los del juzgado, secretaría, defensor, etc. Considero que el diagnóstico no debe figurar en esa carátula, ya que deben evitarse los "rótulos" y "términos guillotinas".

Un criterio especialmente cuidadoso, debe seguirse cuando se suman o suceden o reemplazan múltiples diagnósticos o intervienen equipos que deberán demostrar un trabajo coherente, con un responsable evidente, diagnóstico orientador de la tal coherencia y tratamiento en los tiempos e intensidad convenientes.

De más está señalar que la justicia tiene formas, para desvirtuar como de valor probatorio las alteraciones de la historia clínica, tanto en los casos de agregados posteriores, como en los de faltas de firmas de los médicos intervinientes o en los de desaparición o reemplazo de hojas, independientemente que ello constituya una falta del comportamiento social, cuando no un ocultamiento sancionable por su participación dolosa.

No es admisible que una historia clínica no contenga, al menos, un diagnóstico presuntivo, el plan para llegar al definitivo y durante el mismo y, de acuerdo a la evolución y aportes de datos, un plan terapéutico con constancias diarias de los signos y síntomas de la enfermedad y la evolución de lo mismo. Queda entonces en claro que carece de valor médico de seguimiento, aquellos registros que tan sólo expresan, por ejemplo "visto por cirugía", "continúa con el mismo plan", etc. o aquellos otros que enuncian varios diagnósticos posibles sin llegar a los medios de descartarlos.

Es importante también tener en cuenta que la totalidad de los estudios que se han realizado en un paciente y se han facturado, sea a costo del mismo paciente o de una obra social o de un sistema prepago, deben encontrarse en la historia clínica o archivados para disponibilidad de su examen ulterior. Es decir, que si el diagnóstico está avalado en la historia clínica, es porque ésta contiene un adecuado examen médico y los elementos de diagnóstico que lo ratifican. Con referencia a éstos últimos debe tenerse presente la necesidad de que esté debidamente especificada la atribución en pertenencia al paciente, tanto en radiografías con letras radiopacas, como los electrocardiogramas y análisis clínicos. En sistemas modernos, el registro lleva impreso, por el propio aparato la pertenencia mencionada.

Las historia clínica no debe hacer dudar sobre quien es el médico responsable del paciente y tal responsabilidad no debe ser alterna, si bien puede ser compartida, sea en la atención por un equipo quirúrgico, traumatológico o de otra especialidad o, también en los casos de enfermos de múltiples patologías. En este último caso, el paciente debe tener un coordinador de esa atención manco-

munada, en ese caso, como en el del médico de cabecera, corresponde a él la epicrisis de la historia clínica o los resúmenes periódicos en las atenciones que se prolongan.

En el análisis pericial de una historia clínica, el juez puede apartarse de la opinión pericial, en especial cuando él o los peritos se subordinan a la rutina de aceptar historias con fallas o irregularidades y que, por consiguiente, pierden confiabilidad documental. En J.A., 1991, 25 sept., Nº 5743, p. 13, Cám. Civ. y Com. San Isidro, sala 2, 4-5-90, Acuña, Yolanda y otra v. Sanat. San Lucas S.A., se afirma en el voto contra la demandada: "Los jueces pueden apartarse de las conclusiones de los peritos, siempre que suministren los fundamentos de su convicción en otro sentido, porque lo contrario implicaría -como dice Devis Echandía- una sujeción servil que haría del juez un autómatas, privándolo de su función de fallador y convirtiendo a los peritos en jueces (arts. 384 y 474 CPr.; causas 36.387 del 31-7-84, 45.065 del 22-10-87, 46.695 del 19-5-88). Ello así porque -sin desmedro de su incumbencia y capacidad científica-, el perito es falible como el testigo, el valor de su dictamen de la técnica empleada, del modo en que él se determina, de la certeza que produce al juzgar al juez sobre sus conclusiones. Jamás sustituye al juez ni éste puede hacerle abandono de su tarea (Gorphe. "De la apreciación de las pruebas", EJEJ 1955, ps. 42.75,260; causa 41.639 del 16-9-86).

La cita bibliográfica puede agregarse o citarse en aquellos casos de opción entre un acto médico u otro pero, en todo caso debe tenerse presente que el mismo pueda ser cuestionado, sea en su oportunidad, sea en su realización. No corresponde nunca que los peritos se pronuncien sobre el uso de una medicación o medicamento, sobre los cuales hay escuelas médicas disidentes, ya que no hay que olvidar que la medicina es una ciencia de opiniones controvertidas y temporales. Para tal último caso, bastará entonces citar la bibliografía que muestre no sólo la existencia de una opinión, sino también la de carácter opuesto pero, eso sí se pretende que el paciente tenga un consentimiento informado sobre ambas posibilidades y opte, con conocimiento de los riesgos de ambas corrientes de opiniones y, ese consentimiento debe estar en la historia clínica. En conclusión, la bibliografía invocada no está destinada a apoyo de la opinión médica sino a dar razones de la opción médica, ya que también luego de su informe seguirá siendo controvertida, lo está también para afirmar su uso y demostrar la aceptación del paciente, conjuntamente con la demostración médica o no, de haber tenido bajo control las contraindicaciones que constituyen su riesgo.

El conocimiento mayor del tema impone a los médicos tratantes, determinar, sea su impotencia diagnóstica o terapéutica, sea la carencia de infraestructura, tanto en recursos humanos como materiales. En ese sentido, también considero, que no es suficiente el argumento de ca-

recer de cama frente a un problema de urgencia y, ni siquiera levantar una historia, que muestre la posibilidad de traslado de un paciente. Debe partirse de la base de que la urgencia necesita un comienzo de solución para dejar de serlo, como lo ha demostrado la medicina misma, en tiempos de guerra o de otros desastres no bélicos. Un paciente llega a una institución, se interne o no, con la esperanza de sanarse, o al menos ser asistido para mejorarle temporariamente su estado crítico y aún de moribundo y no para no ser asistido.

La historia clínica debe ser demostrativa de la obligación médica de agotar los medios para obtener un diagnóstico, en el menor tiempo posible, o para adecuar el tratamiento a las necesidades de obligación previsible, las evoluciones previsible mal llamadas complicaciones evolutivas y terapéuticas. Es que la historia clínica constituye la demostración que para el equipo médico "no existen enfermedades, sino enfermos" y que éste constituye integralmente una persona, con sus expectativas y derechos, ratificando así no sólo la obligación de medios y no de resultado, es decir la relación contractual en vigencia, sino también recoge prueba de la inexistencia de culpa y, en el caso fortuito la prueba de buena fe. Aquí debe recordarse que la responsabilidad médica no es una responsabilidad especial, de una gravedad distinta a la que tienen quienes ejercen otras tareas profesionales ocurre simplemente cuando se omiten los deberes propios de la actividad, es decir que es una responsabilidad civil común, cuyo incumplimiento lo coloca, en materia civil, como un deudor culpable.

"La historia clínica en primer lugar, emana de la entidad asistencial y del médico, de allí la importancia que

reviste, cuando adolece de omisiones, irregularidades, etc., pues existe una obligación tácita –podría asimilarse a las cargas del asegurador– de efectuarla con precisión, corrección y con el mayor detalle posible; es una historia de secuelas de acontecimientos corroborantes de los efectos del actuar (u omisión) sobre el paciente (sin que esto sea de una igualdad matemática; es como la presunción de la contabilidad para el comerciante, si la lleva en orden no juega en su contra, es como una buena nota en suspenso que deberá cotejarse con otras circunstancias; pero si es deficiente, incompleta, etc., juega inmediatamente en su contra)..." (Carlos A. Ghersi, "Responsabilidad de la entidad sanatorial", J. A., Nº 5.743, sept. 25 de 1991, p. 21.)

La certificación de la muerte, es documentar aquello que previamente debe estar asentado en la historia clínica, la evolución del paciente hacia el estado de cadáver. Considero que la expresión "paro cardio-respiratorio no traumático" que se lee como causa de muerte, no sólo es inexacta, por obvia, sino que carece deliberadamente, muchas veces, de aquellas exactitudes que permiten considerar adecuadamente, los factores que han determinado el fallecimiento. Las consecuencias de una tentativa de suicidio, de resultado finalmente logrado, las falencias de un tratamiento de resultado inadecuado a la evolución, los factores de estrés o aquellos otros que derivan de las consecuencias de un accidente de vigilancia, son sólo algunos de los temas que podrían reveer el diagnóstico y complicar al autor de la afirmación.

Y últimas palabras debieran ser que no hay que imponer un formulario, simplemente hay que elegir uno.

# COMENTARIOS DE TRABAJOS

Coordinador de la sección: Dr. Elías Jorge Fayad

*British Journal of Urology* (1992) 70, 183-187

© 1992 British Journal of Urology

## Inter-relation between Measurement of Serum Prostatic Specific Antigen and Transrectal Ultrasound in the Diagnosis of Benign Prostatic Hyperplasia and Prostatic Cancer

R. CLEMENTS, R. J. ETHERINGTON, G. J. GRIFFITHS, W. B. PEELING, H. HUNGHERS and M. D. PENNEY

*Departments of Radiology, Urology and Chemical Pathology, Royal Gwent Hospital, Newport.*

**Summary** -Serum prostatic specific antigen (PSA) and ultrasound - determined prostatic volume (UPV) were measured in 50 patients with histologically proven benign prostatic hyperplasia (BPH) and in 40 patients with histologically proven prostatic cancer of whom 17 had evidence of distant metastases (M1) and 23 did not (M0).

A good correlation between log PSA and UPV was demonstrated in the BPH group and rearrangement of the linear regression equation allowed calculation of a single variable - the log PSA corrected to a standard prostate volume for any given individual.

A volume -corrected PSA correctly identified all patients with M1 disease and greatly improved but did not eliminate overlap of M0 disease with BPH. Reduction of serum PSA to a single volume- corrected variable will allow the introduction of practical and optimum protocols for the management of patients with prostatic enlargement.

### COMENTARIO

*El PSA es un marcador del cancer de próstata pero como es sabido es órgano específico y no tumor específico por lo tanto es producido por el tejido prostático normal, el adenoma y el Cáncer de próstata, aunque su expresión en suero sea de diferente magnitud; las posibilidades de detectar una cáncer de próstata en caso de elevación de PSA en suero, está limitado por la contribución a este valor producido por el adenoma. Para interpretar correctamente los valores de PSA como marcador del cáncer de próstata es necesario deducir el PSA producido por el adenoma de próstata.*

*Esto ha sido medido de diferentes formas., Littrup y otros (1), propone subdividir a la población en cuartiles de acuerdo al volumen prostático total, este método tiene varios inconvenientes: A) Cada cuartil incluye un rango demasiado grande de volúmenes prostáticos. B) El cuartil mayor toma todas las próstatas de 50 gr. o más en donde es más difícil diferenciar los pacientes con adenoma o con cáncer de próstata.*

*Posteriormente Benson (2) desarrolla el concepto de la densidad de PSA que se calcula dividiendo el PSA por el volumen prostático, luego Lee (3) propone el PSA estimado que resulta de calcular la producción de PSA por cada gramo de tejido adenomatoso o normal que se estima en 0,12 ng/gr. Si el dosaje de PSA en suero excede esta cifra se infiere que debe proceder de tejido tumoral, pudiéndose calcular su volumen ya que se*

estima que la producción de PSA del cáncer es de 2 ng/gr. Todos estos métodos han ayudado para una mejor interpretación de los valores ya que no mantienen un rango de producción proporcional. Todos estos métodos consideran una relación lineal entre el volumen prostático y el PSA, pero en próstatas de mayor tamaño esta relación lineal no se mantiene.

En este trabajo se utilizan 90 pacientes con diagnóstico realizados por biopsia transrectal guiada ecográficamente. De esos pacientes 50 tenían un diagnóstico de BPH, con estos pacientes se realizó una regresión simple entre los valores de PSA y su peso prostático medido ecográficamente, el resultado de esta relación fue que seguía un patrón logarítmico y no lineal por lo cual la ecuación de la regresión fue la siguiente:

$$\text{Log PSA} = 0,00562 \times (\text{Vol próstata}) + 0,32$$

Las objeciones de este regresión es que fue realizada con una muestra pequeña y que la bondad de su ajuste es significativo pero no muy elevado  $r=0,62$ .

Para establecer el rango de seguridad de esta ecuación se comparan los valores obtenidos con los valores de un grupo de 40 pacientes con Ca de próstata (23 M0 y 17 M1), para estos se estableció como límite de confianza de la regresión para los pacientes con adenoma en 97.5% de la muestra.

En el grupo de pacientes M0 4 pacientes, se encontraron dentro del límite de confianza para los pacientes con BPH, y del grupo M1 ningún paciente se encontró dentro del límite de confianza para los pacientes con BPH.

De esta forma es posible buscar pacientes con probabilidad de patología maligna calculando el valor del límite de confianza para cada uno de los pesos prostáticos, esto sería muy engorroso y poco práctico. Alternativamente los autores

proponen un método más simple que es encontrar un valor de PSA standard para un volumen prostático determinado que aquí se tomo el de 50 gr., por lo que se introduce el concepto de (PSA 50), el PSA 50 resulta de extrapolar la relación existente entre un peso prostático y su PSA a un valor de peso standard, en este caso 50 gr. esto se obtiene según la ecuación de regresión de Deming:

$$\text{Log PSA } 50 = \text{Log PSA encontrado} + 0,00562 (50 - \text{Vol próstata})$$

El PSA para un volumen de 50 gr. según la regresión logarítmica es de 4 ng/ml en promedio, si queremos extender el límite de confiabilidad a 97.5% de la población el valor de PSA para una próstata de 50 gr. es de 15,7 ng/ml. Es decir todo (PSA 50) mayor de 15,7 ng/ml es altamente sospechoso de malignidad.

En este estudio de los 40 pacientes con Ca de próstata 4 pacientes (10%) no hubieren sido detectado por este método y de los 50 pacientes con HPB solo 1 hubiese sido biopsiado innecesariamente.

Una objeción a este trabajo es que en general los valores de los límites de confiabilidad no siguen una recta paralela a la regresión, y que como método de detección de cáncer prostático tiene una buena especificidad, evitando la realización de biopsias innecesarias, pero a un costo de disminuir la sensibilidad debido a que un 10% de los cánceres de próstata no son detectados.

En resumen este trabajo demuestra que los valores de PSA varían según el peso prostático, que esa relación no es lineal, es decir que las próstatas mayores no producen proporcionalmente tanto PSA como las menores y que esa relación queda demostrada en una ecuación logarítmica.

**Prof. Dr. Alberto Corica**

## Pyonephrosis: Diagnosis and Treatment

M. STLEZIN, R. HOFMANN and M. L. STOLLER

Department of Urology, University of California School of Medicine, San Francisco, USA.

**Summary** -A series of 23 confirmed cases of pyonephrosis initially trepercutaneous nephrostomy drianage were reviewed. Presentation was extremely variable, rangign from sepsis to asymptomatic bacteriuria. Fever, flankl pain and leukocytosis were often absent. Ultrasonography was diagnostic in only 3 of 12 patients. In all, 17 patients had associated nephrolithiasis, and 5 patients ultimately required nephrectomy. Renal urine cultures were positive in 16 of 21 instances, with multiple organisms found in 8 of 21, and added bacteriological data not provided by bladder urine cultures in 11 cases. A pre-existing history of urinary tract infection, hypertension and malignancy was common. Percutaneous drainage was a safe, quick and effective diagnostic and therapeutic method.

### COMENTARIO

*La pionefrosis, infección bacteriana aguda de un riñón uronefrótico, constituye una urgencia quirúrgica, siendo imprescindible drenar inmediatamente el tracto urinario obstruido. Con esta maniobra se tiende a evitar una bacteriemia y salvaguardar la eventual capacidad funcional residual del riñón comprometido. Recién en un segundo tiempo se evaluará y resolverá el factor obstructivo, o, en caso extremo, se decidirá la nefrectomía.*

*El drenaje puede lograrse mediante una nefrostomía quirúrgica, cateterismo ueteral o nefrostomía percutánea. Esta última es la elegida en nuestros servicio como primera conducta desde 1980.*

#### **TECNICA:**

*Habitualmente realizamos la nefrostomía percutánea bajo control ecográfico y anestesia local. Preferimos punzar la región lumbar próxima a la línea axilar posterior, en el segmento comprendido entra la 12a. costilla y la cresta iliaca, con el paciente en decubito ventral. Este acceso disminuye el riesgo de lesión de órganos vecinos y grandes vasos. Dilatamos el trayecto hasta 16 french y finalmente colocamos una sonda tipo malecot 14 french, que es de un calibre adecuado para drenar orina purulenta.*

*Por lo general, estos riñones uronefróticos no ofrecen mayor dificultad para su función bajo ecografía. Sin embargo, ante la menor duda respecto a la correcta ubicación de la sonda en la vía excretora, solemos realizar un control radioscópico con inyección de contraste diluido, a baja presión y volumen.*

*Si bien, una vez superado el período de aprendizaje y entrenamiento, se trata de una técnica reglada y segura, no está exenta de complicaciones, siendo la más frecuente la hemorragia.*

*Por ello, algunos recaudos deben cumplirse rigurosamente.*

*1- En caso de trastornos severos de la coagulación la nefrostomía percutánea está contraindicada.*

*2- Debe realizarse siempre bajo cobertura antibiótica.*

*3- Debe disponerse de una vía endovenosa permeable y de buen calibre.*

*4- Debe realizarse en un ambiente de complejidad tal que permita la resolución quirúrgica de cualquier contratiempo.*

*Desde 1980, el servicio de Urología del Hospital Italiano, ha realizado más de 500 punciones nefrostómicas por diferentes causas. Consideramos que esta derivación urinaria es superior como drenaje al cateter ureteral y menos cruenta, como técnica, a la nefrostomía quirúrgica.*

*Coincidimos entonces plenamente con los autores que consideran a la nefrostomía percutánea como método de primera elección para el drenaje transitorio de una uropionefrosis.*

*Creemos, además, que este procedimiento debe ser realizado o supervisado por el úrologo, único capacitado para resolver cualquier complicación que pudiera surgir del mismo.*

**Dr. Francisco P. J. Daels**

# Surgycal ureteral injuries

MARK A. ST. LEZIN, MD y MARSHALL L. STOLLER, MD

School of Medicine, University of California, Department of Urology

## COMENTARIO

*Los autores proponen una revisión adecuada y comprensible de las lesiones ureterales durante procedimientos quirúrgicos y endourológicos, que están lejos de disminuir, a pesar de los avances actuales de la cirugía, el pre y el postoperatorio, a medida que se realizan más operaciones y que un mayor número de pacientes tiene acceso a ellas por razones socio-económicas.*

*Que muchas de estas lesiones pasen desapercibidas en el momento de su producción hace que se manifiesten en un 80% de los casos en el postoperatorio, como complicaciones más o menos alejadas: dolor, fiebre, sepsis, fístulas o pérdida de la función renal.*

*Las lesiones son producidas principalmente por la **cirugía abierta**, en primer lugar la ginecológica (38% según los autores, pero que numerosas publicaciones hacen llegar al 80/90%), de las cuales una sola operación es responsable de la mitad de las mismas: la histerectomía total abdominal.*

*Le siguen en orden de frecuencia la cirugía colorectal, especialmente la de colon izquierdo colorrectal, especialmente la de colon izquierdo (0,3 al 5,7%) y la cirugía vacular. Esta última tiene una incidencia de hidronefrosis asintomática del 20%, que se resuelve espontáneamente en el plazo de 3 meses, quedando sintomáticos sólo un 2%.*

*Con el auge de la laparoscopia están comenzando a publicarse lesiones ureterales, especialmente por fulguración.*

*La ureteroscopia, presenta un índice de iatrogenia del 2-17%, resueltos generalmente por intubación ureteral con un catéter doble J.*

*De las perforaciones, un 0,4 % va a cirugía y tienen una secuela estenótica en el 1,4% de los casos.*

*En el **diagnóstico**, además de la clínica y otros estudios de la función renal, y por imágenes, coincidimos en destacar el valor diagnóstico en todos los pacientes del urograma excretor.*

*En el **tratamiento** inicial, cuando no existe pérdida de la continuidad ureteral, la mejor aproximación terapéutica al paciente es la endourológica, a través del cateterismo retrógrado, posible solamente en 1 de cada 10 a 15 casos, o de la nefrostomía percutánea, con cateterismo anterógrado de ser este posible, o sin él. Se consigue un alto índice de éxitos en el 73% de los casos y en los demás permite preservar la función renal y esperar el momento más oportuno para la operación.*

*El tratamiento quirúrgico depende de multitud de factores que convierten a cada caso en individual. Los autores resumen todas las variantes habituales de reparación, según el tipo de lesión, la extensión de la pérdida de sustancia, el tiempo transcurrido, etc.*

*Dado que las lesiones son iatrogénicas, la **profilaxis** es posible, mediante la exposición adecuada de las estructuras en riesgo: tener el uréter bajo visión directa. El cateterismo preoperatorio, además de tener su propia morbilidad, no ha servido estadísticamente para prevenir las lesiones.*

*La posibilidad de recidivas y complicaciones, fistulosas y estenóticas, hace que el **seguimiento** de estos pacientes deba hacerse por lo menos durante un año.*

**Dr. Hugo Signori**

**SAU**

## Irrigation or No Irrigation after Transurethral Prostatectomy?

J. P. BRITTON, M. S. FLETCHER, N. W. HARRISON and M. G. ROYLE

Department of Urology, Brighton General Hospital, Brighton.

**Summary** -Urologists remain divided as to the need for routine irrigation following transurethral prostatectomy (TURP). This randomised prospective study compared a policy of irrigation with that of no irrigation in a consecutive group of 200 patients undergoing TURPO. In the irrigation group, a mean of 15 litres of irrigating fluid was used in each patient and one-third of patients required at least one bladder washout. In the no irrigation group, although two-thirds of the patients required at least one bladder washout, only one-third required more than one washout. No significant difference in blood loss, electrolyte balance, infection rate or recovery was seen in the 2 groups. This study led to a local change in practice, converting from a policy of routine irrigation to one of no irrigation

### COMENTARIO

*La respuesta a la pregunta que formula el título de este trabajo debe basarse a mi juicio en la consideración de al menos tres factores: 1) Grado de hemostasia alcanzado habitualmente por el cirujano, 2) Calidad de enfermería disponible para los cuidados del postoperatorio y 3) Características del caso operado.*

*Respecto al primer punto llama la atención en la lectura del trabajo, no así de su resumen, la gran cantidad de transfusiones sanguíneas que realizaron, lo que podría indicar una mala hemostasia en ambos grupos, lo cual obviamente es indeseable para ambas opciones propuestas. El paciente no debe abandonar el quirófano hasta lograr la ausencia de sangrado arterial.*

*En relación al segundo punto debe tenerse en cuenta que con deficiente cuidado de enfermería, ya sea por la inexperiencia de la misma ó por personal insuficiente resulta peligroso dejar un sistema de lavado, pues la oclusión inadvertida de la vía de salida del irrigante puede conducir a una gran hemorragia de la fosa quirúrgica, por distensión vesical que ocasiona trastornos vasomotores reflejos y produce además un estiramiento de la celda prostática con pérdida de la hemostasia lograda en el quirófano.*

*Finalmente, las características del caso en cuanto al volumen resecado que origina una superficie cruenta directamente proporcional al mismo, hacen esperar un mayor sangrado en las grandes e inclinan al uso de irrigación, que bien manejada disminuye sin dudas la formación de coágulos.*

*En mi experiencia personal me he inclinado la inmensa mayoría de las veces por dejar una irrigación postoperatoria, la que generalmente suspendo al día siguiente de la intervención. Pocas horas después acostumbro a retirar el catéter pues en muchas ocasiones induce por su sola presencia al mantenimiento del sangrado.*

**Dr. Carlos Acosta Güemes**

*Es una lástima no poder conocer la correlación entre los antecedentes de los demás pacientes, el resultado del estudio contrastado y también los hallazgos intraoperatorios para saber de este modo, el real valor de la espongiosografía. así podríamos saber en que medida el estudio influyó en la conducta quirúrgica adoptada y los resultados obtenidos.*

*El estudio impresiona ser un procedimiento diagnóstico útil y que no agrega ninguna morbilidad al paciente, pero deseo recalcar que con un buen interrogatorio sobre los antecedentes mencionados se puede obtener la misma información.*

*Comparto con los autores la idea, que en pacientes con densa o aún moderadamente densa espongiofibrosis la uretrotomía interna no debe ser empleada. Es importante considerar que la uretrotomía interna se realiza con agua de irrigación a presión y ésta presión hace que una vez seccionada la mucosa uretral, el líquido de irrigación y la sangre entren en el cuerpo esponjoso generando más espongiofibrosis y posibilidades de recidiva en el futuro.*

*El fracaso de una uretrotomía interna aumenta las posibilidades de fracaso de la próxima.*

**Dr. Carlos R. Guidice**

# NOTICIAS DE LA SAU

## CONDICIONES PARA OPTAR A LA CATEGORIA DE MIEMBRO TITULAR DE LA S.A.U.

Ser Miembro Adherente de la Sociedad Argentina de Urología con una antigüedad no menor de cinco años.  
Acreditar una asistencia mínima a cuatro sesiones científicas en el año o 20 en los últimos 5 años.

Haber presentado cinco trabajos a la Sociedad, dos de ellos personales, con la posibilidad de ser reemplazados cada uno de ellos por la actuación del candidato como relator en Congresos, Jornadas o Mesas Redondas por designación de la Sociedad Argentina de Urología o por trabajos realizados en equipo integrado por el miembro que opte a titular, el que deberá comunicarlo con 30 días de anticipación, a la Comisión Directiva para que ésta designe un comentador del mismo. El referido trabajo deberá ser leído y defendido por el candidato.

Para solicitar su promoción a Miembro Titular, el aspirante presentará una solicitud escrita, acompañando a la misma una relación detallada de antecedentes, títulos y trabajos. A estos efectos se abrirá un pedido de presentación comprendido entre el 1º y el 30 de setiembre de cada año, el que se hará conocer a todos los socios titulares.

Aprobada la solicitud por la Comisión Directiva, el candidato pasará a ser Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Urología con todos sus derechos y obligaciones, una vez aceptado por la Asamblea General.

## CARTA DE LECTORES

La Revista Argentina de Urología acepta cartas de lectores para ser publicadas en la misma.

Además de este mecanismo se puede solicitar diversos tipos de ayuda o consejos sobre casos difíciles que serán contestadas por nuestro Consejo Editorial, como así también emitir opiniones sobre nuestro contenido, o dar a conocer comentarios sobre diversos asuntos de interés urológico general.

## XXII CONGRESO DE LA CONFEDERACION ARGENTINA DE UROLOGIA XXXI CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGIA

Se efectuará en la Ciudad de San Miguel de Tucumán, del 16 al 18 de Septiembre de 1993.  
Curso Pre-Congreso 15-9-93.

**Tema Central: Adenoma de Próstata.**

Conferencias - Mesas Redondas - Mesas con Expertos.  
Posters - Presentación de Temas Libres - Videos.

**Secretaría General:** Crisóstomo Alvarez 545  
Tel: (081) - 218471 / 233080  
Fax: (54-81) - 218471  
San Miguel de Tucumán  
Pcia. de Tucumán - Argentina.

**SAU**

## CUOTAS SOCIALES ATRASADAS

La S.A.U. pretende brindar cada vez más y mejores servicios a sus miembros. Para ello, obviamente, se requiere contar con los medios económicos necesarios, gran parte de los cuales provienen del pago en término de la Cuota Social por parte de todos los socios. La gran morosidad que registra se debe muchas veces -nos consta- a olvidos involuntarios o a las dificultades postales.

Por ello rogamos a todos los que se encuentran en situación de morosidad que normalicen su situación para que podamos continuar con los servicios, de los cuales la remisión gratuita de esta Revista es un ejemplo.

Transcribimos a continuación el texto del artículo 14 de nuestros Estatutos: "Los miembros, cualquiera sea su categoría, perderán su condición de tales por: a) Renuncia; b) Cancelación de Título; c) Cesantía por falta de pago de una anualidad. Para recuperar la categoría perdida deberán depositar previamente en Tesorería la suma adeudada desde su separación hasta la fecha de reincorporación, al valor actualizado de la cuota social."

## BIBLIOTECA

En la sede de la Sociedad Argentina de Urología funciona la Biblioteca, con libros y revistas de la especialidad, que pueden ser consultados en el salón de lectura, de lunes a viernes de 14 a 20 horas.

Suscripciones que se encuentran a disposición de los lectores:

The Journal of Urology  
Urology  
Urologics Clinics of North America  
British Journal of Urology  
Scandinavian Journal of Urology and Nephrology  
Encyclopedie Médico-Chirurgicale  
Andrología  
Journal D'Urologie  
Progrés en Urologie

## DESIGNACIONES

En la Asamblea General Ordinaria de la Sociedad Argentina de Urología del 25 de Marzo del corriente, se efectuaron las siguientes designaciones:

### UROLOGO MAESTRO

Dr. Fernando MARQUEZ

### MIEMBROS CORRESPONDIENTES EXTRANJEROS

Dr. Laurent BOCCON GIBOD

Dr. Bernard LOBEL

### MIEMBROS TITULARES

Dr. Francisco Pedro Juan DAELS

Dr. Elías Jorge FAYAD

Dr. Ubaldo César ITURRALDE.

## BECAS OFRECIDAS A TRAVES DE LA CONFEDERACION AMERICANA DE UROLOGIA

- 1) HOSPITAL BICHART, París, Francia. Jefe: Profesor L. Boccon-Gibod; 1 año de duración. Conocimientos de francés.
- 2) UNIVERSITE DE RENNE, Francia. Jefe: Profesor B. Lobel; 1 año de duración. Conocimientos de francés.
- 3) CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DE LA PORTE DE CHOISY, París, Francia. Jefe: Profesor J. M. Brisset. Duración 3 a 6 meses. Conocimientos de francés.
- 4) ST. JAMES' UNIVERSITY, Nashville, Tennessee, USA. Jefe: Profesor Joseph Smith. Conocimientos de inglés.
- 5) JAPANESE FOUNDATION FOR RESEARCH 7 PROMOTION OF ENDOSCOPY, Tokyo, Japón. Duración: 4 semanas. Idioma inglés. Perfeccionamiento en Endourología.
- 6) NUMEGEN UNIVERSITY, Holanda. Jefe: Profesor Frans Debruyne. Duración 1 año. Conocimiento de inglés.
- 7) UNIVERSITE LIBRE DE BRUXELLES, Hospital Erasme, Bélgica. Jefe: Profesor C. Shulman. Duración 1 año. Conocimientos de francés.
- 8) UNIVERSITE DE STRASBOURG, Hospital Civil, Francia. Jefe: Profesor claude Boilack. Conocimientos de francés.
- 9) HOSPITAL UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA, España. Jefe: Profesor J. Valdivia Uría. Duración: 2 meses. Tema: Endourología. Idioma: Español.
- 10) POLICLINICO VIGO, Vigo, España. Jefe: Dr. E. Zungri. Duración: 1 año. Tema: Urología general. Idioma: Español.
- 11) Español.
- 12) AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION. Beca de viaje por 6 meses con estadías en tres Servicios de Urología a partir de julio de 1993. Idioma: inglés. Se ofrece alojamiento con pensión y u\$s 2.500.
- 13) FUNDACION JIMENEZ DIAZ. Madrid. España. Jefe: Prof. Dr. R. Verla Navarrete; 3 meses.
- 14) INSTITUTO DE CANCER. Bogotá. Colombia. Jefe: Dr. Carlos Vargas; Duración 6 meses.
- 15) UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA. Los Angeles (UCLA) USA. Jefe: Dr. J. de Kernion; 3 meses. Conocimiento de inglés.

Para su inscripción, enviar los siguientes datos por TRIPLICADO:

- a) CURRICULUM VITAE del candidato.
- b) CARTA de presentación del jefe del Servicio donde trabaja actualmente.
- c) CARTA de presentación del representante de la CAU en su país de origen.
- d) CARTA personal en el idioma del país que requiere, donde el candidato se presenta como ser humano integral con sus intereses dentro y fuera de la Urología, hobbies, vida familiar, planes para el futuro, etc.
- e) Prueba de conocimiento de idioma (TOEFL, Alliance Française, etc.)
- f) Edad máxima: 40 años, excepto en Becas 3 y 6.
- g) Los trámites llevan tiempo, por lo que se requiere empezar con antelación.

LOS INTERESADOS PODRAN RECABAR MAS INFORMACION A:

Dr. León Bernstein-Hahn, presidente de la CAU.  
Casilla de Correo 188, Sucursal 26,  
(1426) Buenos Aires, Argentina, Fax: (541) 783-4039

o

Dr. Carlos Vargas C., Asociación Médica de los Andes,  
Cra. 9 # 117-20 Bogotá, Colombia,  
Fax: (571) 212-2458

SAU

## **XV CONGRESO DE LA SOCIEDAD CUBANA DE UROLOGIA**

Tendrá lugar del 22 al 28 de Noviembre de 1993, en la ciudad de La Habana, Cuba.

Temas oficiales: Derivaciones urinarias, cirugía urológica endoscópica, infección urinaria, tumores prostáticos, cancer de vejiga y obstrucción urinaria en el niño.

Informes e Inscripción: Consejo Científico del MINSAP  
Calle 1 N° 406 esq. 23 Vedado CP 10400  
La Habana - Cuba  
Fax: 53-7-33.64.40  
Dr. Alvisa

## **23º CONGRESO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE UROLOGIA**

Se efectuará del 18 al 22 de Septiembre de 1994, en la ciudad de Sidney, Australia.

Informes: SIU Congress Secretariat  
P.O. BOX 787, Potts Point  
NSW 2011, Australia  
Tel (+61-2) 357-2600  
Fax (+61-2) 357-2950

## **XLVI CONGRESO DE LA SOCIEDAD MEJICANA DE UROLOGIA**

Del 25 al 29 de Agosto del corriente, en la ciudad de Guadalajara.

Informes: Oriente 65-a Num. 2817  
Col. Ampliacion Asturias  
C.P. 06890-Mejico-DF  
Tel: 740-7444

## **CURSOS DE FRANCES PARA MEDICOS**

Organizado por el Servicio Cultural de la Embajada de Francia, se realizarán en la Academia Argentina de Medicina, en forma gratuita, cursos de Francés para médicos.

Para mayor informaciones dirigirse a la Sra. Silvia Suarez, Servicios Culturales de la Embajada de Francia.  
Tel: 312-1350 y 311-7093

## **XV JORNADAS RIOPLATENSES DE UROLOGIA V CONGRESO URUGUAYO DE UROLOGIA**

Organizado por la Sociedad Uruguaya de Urología, se realizará en la ciudad de Salto (República Oriental del Uruguay) del 4 al 7 de Noviembre de 1993.

Informes: Secretaría 19 de Abril 1644  
Salto (R.O.U.)  
Tel. (0732) 4457

## PROXIMA SEDE DEL CONGRESO DE LA C.A.U.

Se efectuará en la ciudad de Guayaquil - Ecuador, el XXII Congreso de la C.A.U.; el mismo se realizará del 20 al 24 de Agosto de 1994. El Presidente del comité Organizador es el Dr. Gustavo Calderón v. B., y el secretario General Dr. Miguel S. Coello F. Dirección del Comité Organizador: P.O. Box 09.04-627 Telfs: (593-4) 280311 - 280687 - 280687. Fax 287857.

### TEMAS OFICIALES

Los temas oficiales del XXII Congreso de la C.A.U. Guayaquil 94 son los siguientes:

- \* **CIRUGIA LAPAROSCOPICA**, España coordinará la Mesa Redonda junto a Venezuela y USA.
- \* **TRATAMIENTO NO QUIRURGICO DE LA HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA**, Brasil será el coordinador junto Chile, Argentina y Ecuador.
- \* **DERIVACIONES URINARIAS**, Uruguay coordinará la Mesa Redonda junto a Cuba, Colombia y México.

## ACTUALIZACION DE DOMICILIO

La distribución de nuestra revista tropieza con la falta de actualización del domicilio de los urólogos, especialmente del interior.

Solicitamos a todos los Jefes de Servicio y colegas en general que difundan nuestro pedido de actualización. Las rectificaciones deben comunicarse a nuestra sede.

## 11th WORLD CONGRESS ON ENDOUROLOGY

Se realizará en Florencia, Italia, entre el 20 y el 23 de Octubre de 1993. Informes e inscripciones en: Omnia Meeting & Congressi S.R.L., vía Torino, 29, 00184 Roma - Italia.

## CONGRESO BRASILEIRO DE UROLOGIA

El XXIV Congreso Brasileiro de Urología se realizará entre los días 3 al 7 de octubre de 1993, en el Hotel Transamérica de la Ciudad de San Pablo, actuando como presidente el Dr. Nelson Rodriguez Netto (Jr.), contando entre los invitados especiales con los doctores Frans M. J. Debruyne (Holanda), Ralph V. Clayman (U.S.A), Michael Maberger (Austria), Ricardo Gonzales (U.S.A.) y John M. Fitzpatric (Irlanda). Informes: WTE - Gerenciamiento de Eventos Ltda. Av. Brig. Luis Antônio, 2367 - 14º; Cj 1412 - CEP 1401 - San Paulo - SP; Tel (011) 284-6160, 228-9441 - Fax (011) 251-1026.

**SAU**



Ahora Ud. puede comenzar  
la regresión de la  
Hiperplasia Prostática Benigna

**NUEVO**

**PROSCAR**<sup>®</sup> 5 mg  
una vez  
al día  
*(finasteride, MSD)*

Prescriba una sola dosis diaria de 5 mg apenas reconozca los síntomas de HPB.

Para información detallada sobre dosificación,  
contraindicaciones, precauciones y efectos colaterales,  
sírvese consultar la información para prescribir.



# UROTEM

● **MAXIMO  
ESPECTRO  
ANTIBACTERIANO**

● **EXCELENTE EFICACIA  
EN EL TRATAMIENTO DE  
LAS INFECCIONES URINARIAS**

● **ESCASA  
RESISTENCIA  
BACTERIANA**

● **COMODA POSOLOGIA**

● **BUENA TOLERANCIA GENERAL**

## **FORMULA:**

Cada comprimido de UROTEM contiene:

*Norfloxacina* ..... 400 mg  
*Excipientes, c.s.p.* ..... 550 mg

## **POSOLOGIA Y FORMA DE ADMINISTRACION:**

Se sugiere una posología de 400 mg,  
dos veces al día durante 7 días.

## **PRESENTACION:**

Envases por 14 comprimidos.

Laboratorios *TemisLostaló*



# CARTA DE LECTORES

AL SR. DIRECTOR DE LA  
"REVISTA ARGENTINA DE UROLOGIA"

De mi mayor consideración

Le agradeceré la publicación en la sección la sección "Cartas de los lectores" de la siguiente;

En el Nº 2 del volumen 57 se publica una carta del Dr. Solari, referente al libro de Robert Day "Cómo escribir y Publicar Trabajos Científicos".

En 1957, en un número extraordinario de la Prensa Médica Mexicana, se publicaron excelentes artículos sobre el tema, reproducidos en la Revista de la "Confederación Médica Panamericana".

El apartado de la misma, con el título "Gramática. Estilo del escritor médico" lo haré llegar a la Dirección, que decidirá la posibilidad de su reproducción.

El mal no es exclusivamente nuestro, como lo prueban las transcripciones que agrego.

Daniel Elkin; en Defensa del estudio de las humanidades en la formación del médico, en las "actas de la American Surgical Association"; dice: "me siento hondamente preocupado como sé que están muchos de ustedes, por la calidad de la ilustración general de nuestros médicos. Muchos de ustedes han prestado servicios en comisiones editoriales y sin duda se habrán sentido sorprendidos por la ignorancia de muchos médicos en el conocimiento básico de nuestro propio idioma."

"En cierta ocasión; Howard Munford Jones lamentó que a muchos doctores en farmacia no se debía confiar en sus solas manos el uso del idioma inglés. Si a ese grupo agregamos un gran número de poseedores del título de doctor en Medicina, hay aún menos razones para sentir confianza".

George Halperin, en un editorial del "Journal of the International College of Surgeons", de julio de 1956, cita a Hutchinson, que señala : " el hecho que la literatura médica presenta un gran exceso de hechos y una comparativa ausencia de ideas, generalizaciones e hipótesis." Dice también que la literatura médica exhibe frecuentemente ausencia de cualquier sentido del estilo y aún de la gramática, y cree que es una consecuencia de fallas en la educación literaria y lingüística.

Swamberg, Secretario de la American Medical Writers Association, expresa "Los médicos forman una clase, pero son malos escritores".

En 1954 la misma Asociación sugirió el establecimiento de un curso de 4 años (!) para la redacción en revistas médicas y escritores , cursos establecidos en las Universidades de Illinois, Missouri y Oklahoma. Halperin no está de acuerdo con dichos cursos, y cita a Lawrence Gould "El Lenguaje debe ser el principal interés en lo que concierne a la educación liberal. Agrega "que la característica base de la educación de un hombre es hacer de él un literato y un artífice en el discurso verbal". También es cierto que cuando "Alicia en el país de las maravillas" se dirige a HUMPRY DUMPRY, éste le contesta "Cuando uso una palabra, significa lo que decidí que signifique, ni más, ni menos" y Alicia le responde " el asunto es si puedes hacer que las palabras signifiquen tantas cosas diferentes". (1).

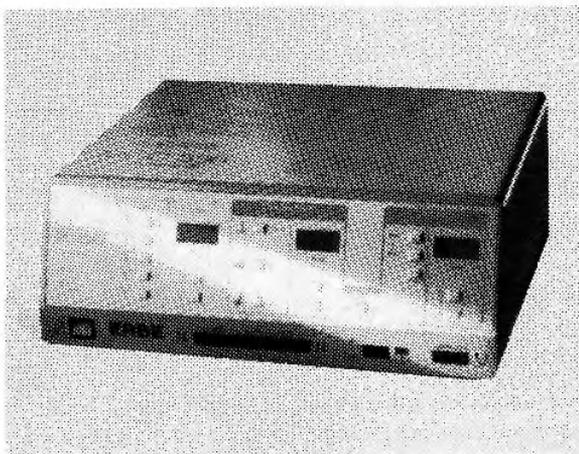
(1) Lewis Carroll "Alicia en el país de las maravillas".  
Seguirá si la Dirección lo permite.

**Dr. Herbert Pagliere**



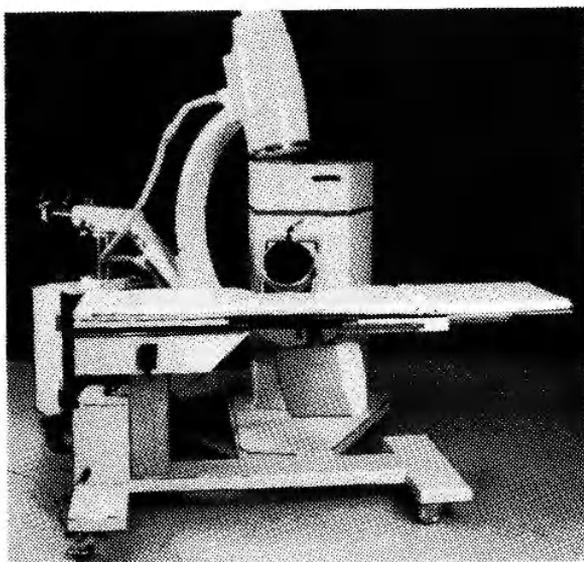
Representante exclusivo de  
RICHARD WOLF ALEMANIA  
Endoscopia Urológica - Endourología - Sistemas de Video endoscopia

## Presenta sus últimas novedades para el médico urólogo



### ERISTON 1000-3000

- Microprocesador automático.
- Potencia de corte y coagulación automática.
- Auto-regulación.
- 53 programas de service incorporados.



### REBISTONE 300

- Apto para cálculos vesicales-renales ureterales y biliares.
- Seguimiento por ARCO C o ultrasonido.
- Muy bajo costo y alto rendimiento.

Y COMO SIEMPRE, NUESTRA ASISTENCIA TECNICA Y REPUESTOS GARANTIZADOS.

Ventas: Montevideo 464, 1° piso, telefax: 46-7508/49-5362  
Administración: Montevideo 456, 10° "A". Tel.: 49-3338/3364