

COMPENDIOS DE LA LITERATURA MEDICA

Esta nueva sección de la revista MEDICINA tiene por objeto presentar a los lectores información de gran actualidad e interés, aparecida en publicaciones médicas de primera línea y de todo el mundo.

La Academia y los editores de la revista verán con sumo agrado —como se expresó en circular dirigida a los honorables académicos por el señor secretario al comenzar agosto— que sus lectores le envíen como colaboración “compendios de artículos científicos importantes que aparezcan en las revistas de su especialidad”; revistas que no suelen estar al alcance de los médicos generales ni, en ocasiones, de otros especialistas. De antemano se agradece esta colaboración.

LA SISTEMATIZACION DEL DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO. LA SISTEMATIZACION DE LA HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA.

Serpa-Florez, Roberto; Ruiz Díaz, Fernando; Castellanos Suárez, Carlos; Hernández Suárez, Jaime; Moreno Prada, Orlando; Cuadros Carvajal, Flor Angela.
Rev. UIS-Medicina, Bucaramanga (Colombia) 13(1): 7-17, 1985.

En este trabajo de investigación elaborado en la Facultad de Salud, departamento de psiquiatría, junto con la división de Proyectos de Grado de la Facultad de Ingeniería de Sistemas de la Universidad Industrial de Santander, se presentan los métodos empleados y resultados obtenidos en dos proyectos para la sistematización de los diagnósticos y de la historia psiquiátrica. Para el diagnóstico se elaboraron programas con los sistemas AMDP-System, DSM-III, CIE-9-PSE-CATEGORIO y BPRS. El modelo de Historia Clínica Psiquiátrica Unificada y sistematizada se manejó siguiendo el sistema AMDP (en idioma alemán) y la Historia Clínica Unificada (HCU) del Grupo para el progreso de la Psiquiatría que funciona en Madrid, España. En ambos casos se hicieron los ajustes y adaptaciones necesarios para las características colombianas y para ajustarse a las normas vigentes del Ministerio de Salud.

PAPEL DEL TRATAMIENTO MEDICO DE LA LITIASIS URINARIA

El enorme progreso en el tratamiento de la litiasis urinaria logrado en los últimos cuatro años con el perfeccionamiento de la endourología (nefrotomía percutánea; extracción nefroscópica; litotricia electrohidráulica, litotricia ultrasónica), y la más nueva aún,

la litotricia extracorpórea por medio de ondas de choque electro-hidráulicas sin necesidad de sumergir el paciente en un medio acuoso, han hecho que los pacientes litiasicos consulten con más frecuencia al urólogo y se sometan a estos nuevos procedimientos, menospreciando el valor que tiene el tratamiento médico y la investigación de las alteraciones metabólicas para prevenir la formación de los cálculos.

Si bien es cierto que las nuevas técnicas han reducido el dolor y la morbilidad post-operatoria, si se comparan con las operaciones convencionales sobre el riñón y el uréter, ellas son costosas y no exentas de accidentes y complicaciones.

Por otra parte, la experiencia ha demostrado que la recurrencia o la formación de los cálculos renales se puede prevenir por tratamientos médicos que tienen por objeto la corrección de los desarreglos metabólicos subyacentes o las perturbaciones bioquímicas urinarias.

Para documentar estas ideas, los autores G. Preminger, R. Peterson y col. de la Universidad Southwestern de Dallas, Texas (J. Urol, 134,6:1985) hicieron un estudio para valorar los efectos del tratamiento médico selectivo en el curso de la litiasis urinaria.

Revisaron y examinaron 103 pacientes durante un año, todos con antecedentes de litiasis, que dividieron en dos grupos: un primer grupo de 52 pacientes con cálculos renales, y un segundo grupo de 51 pacientes sin cálculos en este órgano.

Con el tratamiento médico el 69% de los pacientes calculosos no presentaron síntomas, comparados con el 96% de los que no tenían cálculos.

En todos los pacientes estudiados, la formación de nuevos cálculos se redujo en más del 95% de los

casos y no se formaron en el 75^o de los enfermos. Sólo se necesitó una intervención quirúrgica en el 2^o de los pacientes que estaban bajo tratamiento médico, al paso que del 58 al 69^o de los no tratados requirieron operación para nuevos cálculos.

El diagnóstico metabólico lo hicieron siguiendo un protocolo especial en la consulta externa y el tratamiento médico consistió en medidas generales y específicas. En todos los pacientes se limitó la ingestión de sal a menos de 150 mEq. por día y se aumentó la diuresis a dos litros por día con la ingestión de líquidos.

Se encontraron las siguientes alteraciones:

- a) Hipercalcemia por absorción, 28 pacientes a los cuales se administró celulosa, fosfato de sodio o diurético tiazídicos con una restricción moderada de Ca (400 a 600 mlgrs. por día) y oxalatos.
- b) Hipercalcemia renal con hiperparatiroidismo, que fueron tratados con diuréticos tiazídicos por un período de tres años.
- c) Nefrolitiasis por oxalato de calcio con hiperuricemia, tratada con allopurinol durante cuatro años en promedio.
- d) Acidosis tubular renal (incompleta) en varios pacientes, a quienes se administró citrato de potasio por 2 a 6 años.
- e) Hipocitraturia, tratada de la misma manera que la anterior.

La introducción de la nefrostolitotomía percutánea y la litotricia extracorpórea con ondas de choque han producido un impacto definitivo en el tratamiento quirúrgico convencional.

Igualmente la extracción de los cálculos o su desintegración por ondas electrohidráulicas o ultrasonido, han disminuído la morbilidad y acortado el tiempo de recuperación de los pacientes.

Sin embargo, el entusiasmo creciente sobre esta refinada tecnología no debe disminuir la importancia del tratamiento médico en el manejo de la enfermedad litiasica. Numerosos estudios prueban que la etiología por alteración metabólica que se cree es la causante de la formación de los cálculos, puede determinarse en más del 90^o de los casos, y que existen varios tratamientos médicos que pueden corregir estas perturbaciones. (Hay 27 referencias a disposición de los interesados).

Dr. Pablo Gómez Martínez

**EL TRATAMIENTO DE
CARCINOMA VESICAL IN SITU
CON BACILO DE CALMETTE-GUERIN
S.A. BROSMAN - J. UROL. 134: 36, 1985**

Es sabido que el Ca *in situ* de la vejiga representa una entidad muy grave cuyo tratamiento es motivo de discusión y de estudio en muchos centros de los Estados Unidos y Europa.

La medida terapéutica corriente es la quimioterapia intravesical seguida de una cistectomía total. Si la enfermedad persiste, los pacientes que tienen un Ca *in situ* en asocio de un carcinoma de células transicionales que haya invadido el músculo se tratan mejor con una cistectomía.

El resultado poco satisfactorio obtenido con la quimioterapia intravesical, indujo al autor a aplicar instilaciones intravesicales de la raza Tice del bacilo de Calmette-Guerin a 33 pacientes con Ca *in situ* comprobado por biopsias. Utilizó una fase de inducción de una instilación semanal por doce semanas, seguida de una fase de mantenimiento con instilaciones dos veces por mes durante tres meses y luego una mensual durante 18 meses.

Seis pacientes no completaron la fase de inducción por reacciones adversas, pero cuatro quedaron libres de tumor y no han vuelto a presentar recurrencias. De los 27 pacientes restantes, en 18 desaparecieron los tumores después de 12 semanas de tratamiento; en seis después de 18 semanas (1 recurrencia) y en tres después de 24 semanas (tres recurrencias durante el período de mantenimiento).

Es decir, 31 de los 33 pacientes (94^o) se convirtieron en pacientes libres de tumor (Ca *in situ*). Hubo 4 recaídas (13^o). Los 27 pacientes que han permanecido sin tumor se han seguido por períodos de 1.75 a 8.5 años, con un término medio de 5.25 años.

Los efectos colaterales, principalmente la irritabilidad vesical, fueron problema en la iniciación del estudio pero con el uso de isoniacida, agentes anti-inflamatorios y antiespasmódicos, fue bien tolerado.

El estudio indica que el bacilo Calmette-Guerin es efectivo para eliminar el Ca *in situ* en la mayoría de los pacientes, aunque algunas veces sea necesario prolongarlo por algún tiempo.

La cura de mantenimiento parece que tiene valor en reducir el número de recurrencias.

Comentario:

Este estudio demuestra sin lugar a dudas el valor de la terapéutica prolongada en el tratamiento del Ca *in situ*.

La mayoría de los fracasos se debe a los tratamientos cortos.

Los síntomas colaterales se pueden disminuir, como lo sugiere Lamm, combinando la administración intravesical con la percutánea a una frecuencia reducida: así obtuvo Armand-Trappico una resolución del carcinoma en el 96% de 23 pacientes con B. C. G.

Se necesitan más estudios comparativos entre los resultados de la quimioterapia y el B. C. G. para determinar el verdadero valor de cada uno de ellos y más aún, vigilancia muy estricta ya que se ha observado que hay pacientes con resolución completa del carcinoma *in situ* pero con progreso de la enfermedad invasiva.

Existen limitaciones similares con la irradiación y la cirugía radical respecto de las respuestas de larga duración.

Igualmente hay que tener en cuenta que este tratamiento con el B. C. G. es efectivo en el tratamiento y prevención de los tumores superficiales de la vejiga como lo demuestran varios investigadores, pero la dosis y duración del tratamiento están por determinarse. (Hay 14 referencias).

Dr. Pablo Gómez Martínez

NUEVO METODO PARA IDENTIFICAR CON SEGURIDAD EL FEOCROMOCITOMA

El autor, del departamento de Medicina Nuclear de la Universidad de Ann Arbor, Michigan, ha ideado un nuevo método para el diagnóstico seguro del feocromocitoma.

La tomografía computarizada (TAC) localiza prácticamente todo feocromocitoma situado dentro de las cápsulas suprarrenales, en particular si se emplean los instrumentos de la tercera generación o más modernos. Infortunadamente cuando se encuentra una masa en las suprarrenales y el paciente tiene las Catecolaminas elevadas en la orina y en el plasma, nadie sospecha otros tumores en otra parte del organismo.

La dosis de irradiación y el tiempo que requiere la tomografía axial de todo el cuerpo hacen este examen prohibitivo, ya que cada nueva investigación necesita de más irradiación con sus peligros inherentes.

Para obviar estos inconvenientes el grupo de Ann Arbor preparó una nueva sustancia, el ^{131}I -iodo-Metaiodobenzil-guanidina (^{131}I -MIBG), la cual permite hacer centellografías o gamagrafías en días diferentes y en distintas partes del cuerpo, sin irradiación adicional. Aún más, se pueden hacer centellografías de todo el cuerpo diariamente, sin que se produzca ninguna irradiación nueva.

Por otra parte, la resolución espacial de éste método de centellografía ^{131}I es tan pequeña que llega hasta descubrir masas de 4 milímetros de diámetro, lo cual no se puede obtener con la TAC corriente.

Las mejores imágenes que se obtienen con la tomografía computarizada (TAC) son las que se producen durante la infusión intravenosa del material de contraste. Esta maniobra acrecienta las densidades de ciertas estructuras anatómicas, de manera que permite identificar tejidos y especificarlos de manera precisa. El riesgo de precipitar crisis en los enfermos es bastante bajo si el medio opaco se inyecta por vía endovenosa en vez de la vía intraarterial y cuando se ha hecho el bloqueo de los receptores antes del examen.

La nueva técnica tiene ventajas sobre la arteriografía, la cual no debe emplearse sino para los casos muy difíciles por el alto riesgo que implica: en ella, es necesario el bloqueo de los receptores B adrenérgicos y medicamentos adicionales para contrarrestar la descarga de las hormonas que se puede producir por la inyección intraarterial del medio de contraste.

Cuando se encuentra un tumor en la región de las Cápsulas Suprarrenales por medio de la TAC, nada prueba que el tumor sea un feocromocitoma.

En cambio, cuando se encuentra una masa positiva centellográfica con ^{131}I -MIBG, esto prueba que el tumor es un feocromocitoma porque el medio se concentra en los gránulos de almacenamiento de las catecolaminas de las terminaciones nerviosas simpáticas, y específicamente en las células del feocromocitoma en donde la concentración y el almacenamiento es similar a los mecanismos de norepinefrina.

Para aquellos que dudan de la necesidad de métodos especiales para el diagnóstico y localización de los feocromocitomas en pacientes con crisis hipertensivas, conviene recordarles que en la Clínica Mayo en los últimos decenios, el 85% de los feocromocitomas se diagnosticaron en las autopsias, y que el 6% de los hallazgos de tumores o masas suprarrenales eran feocromocitomas funcionantes.

El ^{131}I -MIBG fue patentado en los EE.UU. por la U. de Michigan, en donde lo venden al costo, pero varias compañías farmacéuticas lo están preparando y lo venden en casi todo el mundo.

Dr. Pablo Gómez Martínez

«Falcidar»

sulfadoxina - pirimetamina

medicamento de elección en malaria por falciparum



Ciencia y Conciencia de Investigación

Indicaciones: tratamiento de todas las formas de malaria ocasionadas por *Plasmodium falciparum*; curación del ataque malarico y manejo supresivo de la malaria, especialmente en áreas donde existe resistencia a la cloroquina. **Precauciones:** embarazo, prematuros o recién nacidos; pacientes con insuficiencia renal. Contraindicado en pacientes hipersensibles a las sulfonamidas. **Posología:** comprimidos, adultos 3, niños menores de 4 años 1/2, de 4 a 6 años 1, de 7 a 9 años 1 1/2, de 10 a 14 años 2. Suspensión, niños menores de 4 años, 2,5 ml ó 1/2 cucharadita, de 4 a 6 años 5 ml ó 1 cucharadita, de 7 a 9 años 7,5 ml ó 1 1/2 cucharaditas, de 10 a 14 años 10 ml ó 2 cucharaditas. **Presentación:** comprimidos (ranurados en cruz) Reg. M-006266, suspensión frasco de 15 ml Reg. M-005355. **Bibliografía:** Weise, H.J. Malariaepidemiologie in Europa; dans: Malariae-Diagnostik, Klinik, Therapien. Ed. M. Dietrich, H. Schönfeld, H. Siegenthaler. Bale: Editio-nes Roche, 1979. 2. Wernsdorfer, W.H.: Field Evaluation of Long Resistance in New Isolates. Exposé, 1/10. Congrès international de chi-miothérapie, Boston, 1-5 10. 1979. «Falcidar». Marca de Fábrica. Productos Roche S.A. Bogotá, Colombia.

«Bactrim» Roche

co-trimoxazol

FACIL DE ADMINISTRAR FUERTE EN RESULTADOS

En infecciones de vías genitourinarias

- ELIMINA LOS PRINCIPALES GERMENES DE LAS INFECCIONES GENITO-URINARIAS
- TIENE UN ALTO INDICE DE EXITOS TERAPEUTICOS
- ACTUA DONDE USTED LO REQUIERE, POR SU EFECTIVA DIFUSION A TRAVES DE LOS TEJIDOS
- NO HA PRESENTADO INCREMENTOS DE RESISTENCIA BACTERIANA, ELIMINANDO O REDUCIENDO LAS RECIDIVAS



POSOLOGIA: Comprimidos: Adultos y niños mayores de 12 años, 2 comprimidos cada 12 horas. Dosis máxima (casos graves): 3 comprimidos cada 12 horas. Suspensión: niños de 6 semanas a 5 meses: 1/2 medida cada 12 horas; 6 meses a 5 años: 1 medida cada 12 horas; 6 a 12 años: 2 medidas cada 12 horas. Comprimidos F: adultos y niños mayores de 12 años: 1 comprimido cada 12 horas. Inyectable: adultos y niños mayores de 12 años: 1 ampolla cada 12 horas; niños de 6 a 12 años: 1/2 ampolla cada 12 horas (administrarse solo vía i.m.).

PRECAUCIONES: En casos en que la función renal está alterada, debe disminuirse la dosis o prolongar los intervalos entre las tomas. Administrar con precaución en pacientes mayores de 65 años.

CONTRAINDICACIONES: Afecciones graves del parénquima hepático, discrasias sanguíneas, insuficiencia renal grave, hipersensibilidad a las sulfonamidas; durante el embarazo es necesario sopesar los eventuales riesgos frente al efecto terapéutico deseado.

PRESENTACIONES: Comprimidos ranurados: caja por 20 y 100 unidades (M-003829); suspensión: frasco por 60 y 120 ml (M-003833); comprimidos F: caja por 10 unidades (M-002312) y ampollas: caja por 10 unidades (M-002146). Detalles completos de composición, indicaciones y efectos secundarios están disponibles a solicitud.

Bibliografía: 1. Grüneberg, R.N.: Antibiotic sensitivities of urinary pathogens, 1971-1978. J. Clin. Pathol. 33, 853-856, 1980. 2. Schläppy, P., Pannier, L., Cuendet, A.: Prophylaxie des infections urinaires récidivantes de l'enfant. Helv. Paediat. Acta 36, 241-248, 1981.

«Bactrim»
Marca Registrada



Productos Roche S.A.
Bogotá, Colombia

LISTA DE ACADEMICOS POR ORDEN DE ANTIGUEDAD

ACADEMICOS HONORARIOS

ANTONIO M. BARRIGA V.
GONZALO ESGUERRA GOMEZ
GONZALO REYES GARCIA
GUILLERMO MUÑOZ RIVAS
ALONSO CARVAJAL PERALTA
ALEJANDRO JIMENEZ ARANGO
CARLOS MARQUEZ VILLEGAS
ALFONSO OCAMPO LONDOÑO
ALVARO DE ANGULO A.
ANTONIO ORDOÑEZ PLAJA
JUAN JACOBO MUÑOZ
GABRIEL VELASQUEZ PALAU
JOSE IGNACIO DIAZ GRANADOS
HAROLDO CALVO NUÑEZ
RAUL OREJUELA BUENO
ALFONSO JARAMILLO SALAZAR
JOSE MARIA SALAZAR BUCHELLI
JOSE IGNACIO BARRAQUER
JUAN DI DOMENICO
WILHELM KOLFF
CARLETON GAJDUSEK
CHARLES M. POSER
JACQUES RUFFIE
CHARLES MERIEUX
RAUL BERNITT Y CORDOVA
JAN WALDESTRON
GUILLERMO RUEDA MONTAÑA

ACADEMICOS DE NUMERO

CESAR AUGUSTO PANTOJA
JULIO ARAUJO CUELLAR
HERNANDO GROOT
JORGE CAMACHO GAMBA
LAURENTINO MUÑOZ
JORGE CAVELIER GAVIRIA
ALBERTO CARDENAS ESCOVAR
HERNANDO ORDOÑEZ
PABLO GOMEZ MARTINEZ
HECTOR PEDRAZA M.
JUAN ANTONIO GOMEZ
JORGE GARCIA GOMEZ
FERNANDO SERPA FLOREZ
ALBERTO ALBORNOZ-PLATA
VALENTIN MALAGON
ALFONSO TRIBIN PIEDRAHITA
ADOLFO DE FRANCISCO ZEA
GILBERTO RUEDA PEREZ
RAFAEL PERALTA CAYON
MARIO CAMACHO PINTO
ALBERTO VEJARANO LAVERDE
MARIO NEGRET LOPEZ
JOSE FELIX PATIÑO

ALVARO RODRIGUEZ G.
JOSE FRANCISCO SOCARRAS
JORGE SEGURA VARGAS
ALVARO LOPEZ PARDO
GONZALO LUQUE FORERO
HERNANDO FORERO CABALLERO
ERNESTO BUSTAMANTE ZULETA
ALBERTO ESCALLON A.
JOSE MORA RUBIO
JAIME QUINTERO ESGUERRA
GERARDO PAZ OTERO
ENRIQUE NUÑEZ OLARTE
SIGFRIDO DEMNER
EFRAIM OTERO RUIZ
ALEJANDRO POSADA F.
GABRIEL TORO GONZALEZ
JAIME GOMEZ-GONZALEZ
MARIO SANCHEZ MEDINA
ROBERTO VERGARA TAMARA
RICARDO RUEDA GONZALEZ
RAFAEL SAMPER
JUAN MENDOZA-VEGA
ALBERTO DUARTE CONTRERAS*
RAFAEL DE ZUBIRIA
ROSO ALFREDO CALA H.*
FERNANDO SANCHEZ TORRES
TITO TULIO ROA
MIGUEL TRIAS FARGAS
GALO LLINAS CELEDON
GUSTAVO MALAGON LONDOÑO
ALVARO CARO MENDOZA
HERNANDO CASTRO ROMERO
GUILLERMO LOPEZ ESCOBAR
CARLOS DE VIVERO AMADOR
ALFREDO JACOME ROCA

ACADEMICOS CORRESPONDIENTES

JORGE PIÑEROS CORPAS
CARLOS REY LEON
JOSE M. BAENA LAVALLE
CARLOS CARDENAS GARCIA
HUMBERTO ROSSELLI Q.
CAMILO URIBE GONZALEZ
JORGE MALDONADO
ROBERTO DE ZUBIRIA
ANTONIO MARTINEZ ZULAICA
GUSTAVO CRISTO SALDIVIA
MILTON ARGÜELLO JIMENEZ
ERNESTO PLATA RUEDA
ANTONIO UCROS CUELLAR
JAIME ESCOBAR TRIANA
DARIO MALDONADO ROMERO
BRAULIO MEJIA
ZOILO CUELLAR MONTOYA

FERNANDO GUZMAN MORA
ROBERTO JARAMILLO U.
ROBERTO LIEVANO PERDOMO
JOSE ARTURO QUIJANO GOMEZ
AQUILEO HERNANDEZ BARRETO
JOSE MARIA SILVA GOMEZ
DAVID BERSH ESCOBAR
ARTURO MORILLO QUIÑONEZ
EUSEBIO JOSE CADENA PUYANA
EDUARDO GARCIA VARGAS
ANTONIO D'ALESSANDRO
LUIS MIGUEL CAMACHO SAMPER
SALOMON HAKIM
ROBERTO SERPA FLOREZ*
ELIO ORDUZ CUBILLOS*
MARIO ACEVEDO DIAZ*
VICENTE GONZALEZ RODRIGUEZ
HECTOR FORERO BLANCO*
ISAIAS ARENAS BUENAHORA*
ANTONIO B. AMAYA M.*
CARLOS ALBERTO TAFURT
EDUARDO ACOSTA BENDECK
FERNANDO VASQUEZ O.
ALBERTO HERNANDEZ SAENZ
FABIO LONDOÑO
GUSTAVO ROMAN CAMPOS
FRANCISCO ESPINEL SALIVE*
JOSE IGNACIO CASAS S.
HUGO FLOREZ MORENO
JOSE M. GARI
MARCO ANTONIO GONZALEZ B.
FUAD JOSE RUMIE F.
FUAD MUVDI CHAHIN
AMIRO ADOLFO TAMARA M.
MARIO ZUREK MESA
ANTONIO REALES OROZCO
GABRIEL ACOSTA BENDECK
HUMBERTO ESPINOSA TABOADA
JAIME HERRERA PONTON
GEORGES M. HALPERN
JUAN JOSE GAGLIARDINO
ISAAC FAERMAN
ALONSO ACUÑA CAÑAS
GONZALO LOPEZ ESCOBAR

ACADEMICOS ASOCIADOS

EUGENIA GUZMAN CERVANTES

*Capítulo de Bucaramanga

Redoxon

vitamina C



Indicaciones: Estados carenciales de vitamina C. Aumento de las necesidades de vitamina C durante el desarrollo, el embarazo, la lactancia, los cambios de clima, dietas estrictas, estados febriles, estados de agotamiento, esfuerzo físico. Hipovitaminosis debida a síndrome de malaabsorción. Suplementación de recién nacidos y prematuros. Metahemoglobinemia.

Posología: Comprimidos efervescentes de 1 g. 1-3 al día; ampollas de 1g/5 ml. 1 al día.

Presentaciones: Comprimidos efervescentes con sabor a naranja de 1 g. Tubo con 10 comprimidos. Registro No. M-001477. Comprimidos efervescentes de 1 g. Tubo por 10 comprimidos. Registro No. M-003780. Ampollas de 1g en 5 ml. Caja de 25. Registro No. M-004843. Gotas en frasco por 20 y 30 ml. Registro No. M-003783.

NOTA: En pacientes diabéticos el ácido ascórbico puede interferir con las pruebas químicas de la glucosa, por lo tanto, se aconseja discontinuar la vitamina C tres días antes de realizarse la prueba.

Bibliografías: — Coffey, G. and C. W. M. Wilson. Brit. Med. J., 1, 208, 1975. — Martindale, The Extra Pharmacopoeia, 27th Ed., pgs. 1.666-1.671, The Pharmaceutical Press, London, 1977.

Detalles completos de composición, indicaciones, efectos secundarios, dosificación y precauciones, están disponibles a solicitud.

Redoxon = Marca de Fábrica.
Productos Roche S. A. Bogotá, Colombia.



Ciencia y Conciencia de Investigación