

**HI**

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



**NUMERO  
EXTRAORDINARIO**



*Colaboraron en la  
publicación de este  
Número Extraordinario:*

- *Banco de Italia*
- *Celulosa Argentina*
- *FIAT Concord*
- *Luis y Gomez*
- *Dr. Domingo Cutuli*



---

REVISTA DEL  
HOSPITAL ITALIANO  
DE BUENOS AIRES

NUMERO EXTRAORDINARIO  
AÑO 1985

---



---

# REVISTA DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

---

DIRECTOR

*Dr. MARIO PERMAN*

---

DIRECTOR ASOCIADO

*Dr. CARLOS GARCIA DIAZ*

---

## SOCIEDAD ITALIANA DE BENEFICENCIA EN BUENOS AIRES HOSPITAL ITALIANO

---

PRESIDENTE:

*Sr. ANTONIO MACRI*

---

VICEPRESIDENTES:

*Dr. FAUSTO BRIGHENTI*  
*Sr. SEBASTIAN MARONESE*

---

DIRECTOR:

*Dr. ENRIQUE BEVERAGGI*

---

VICEDIRECTOR EJECUTIVO:

*Dr. JULIO C. GENOUD*

---

PUBLICACION DEL DEPARTAMENTO  
DE DOCENCIA E INVESTIGACION

---

JEFE:

*Dr. ENRIQUE S. CARUSO*

---

SUBJEFE:

*Lic. NORMA CAFFARO DE HERNANDEZ*

---



La Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires es una publicación del Departamento de Docencia e Investigación, Gascón 450 (1181) Capital. Es editada y distribuida en Argentina por Propulsora Literaria, Sarandí 86, P.B., (1081) Capital. Teléfono: 48-3787. Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N° 223.586. ISSN 0326-3401.

La iconografía contenida en este Número Extraordinario fue obtenida a través de la Asesoría de Promoción del Hospital Italiano, con la colaboración fotográfica del señor Hugo Busani

Se agradece a la empresa Celulosa Argentina la donación de parte del papel para la publicación de este número.

# INDICE

Orgullo y agradecimiento <i>Sr. Antonio Macri</i>	7
Mensaje de la Dirección <i>Dr. Enrique Beveraggi</i>	8
A los lectores <i>Lic. Norma C. de Hernández y Dr. Enrique Caruso</i>	9
Los Italianos en la Argentina	10
El Hospital de Colectividad	17/21
Historia del Hospital Italiano	22/26



Departamento de Cirugía	27/40
Departamento de Diagnóstico y Tratamiento	41/49
Departamento de Docencia e Investigación	50/54
Departamento de Medicina	55/72
Departamento de Pediatría	73/82
Gerencia Técnica	83/85
Organigrama y listado de profesionales Hospital Italiano de Buenos Aires	86/96



# ORGULLO Y AGRADECIMIENTO

*Estos son los dos sentimientos que más claramente surgen en mí al pensar en el Hospital Italiano.*

*Orgullo, por haber podido colaborar y dar mi cuota de aporte a una Institución de tanto prestigio y calidad, tanto en lo científico como en lo humano.*

*Agradecimiento, para todos los que trabajando desde todos los puestos y niveles, han hecho no sólo más fácil mi tarea, sino agradable y gratificante.*

*Al recorrer las páginas de esta revista podrán corroborar cuán legítimo es mi sentir.*

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Antonio Macri".

Sr. Antonio Macri





# MENSAJE DE LA DIRECCION

*Las instituciones médicas se dividen aquí y en todo el mundo en aquellas que hacen asistencia, docencia e investigación y las que realizan una tarea asistencial pura. La división en estatales, provinciales, municipales, paraestatales, de obras sociales o privadas, obedece solamente a los mecanismos de financiación y no hacen para nada a la definición y objetivos de las mismas.*

*También aquí y en todo el mundo se sabe que las instituciones docentes (formadoras de recurso humano y favorecedoras de cambios de actitudes) tienen un costo sensiblemente superior a aquellas que utilizan el recurso formado en otros centros con fines meramente asistenciales.*

*La falta de acreditación y calificación de los prestadores de salud, hacen que todos seamos tratados de manera similar por el Sistema Nacional de la Seguridad Social y con las lógicas consecuencias para quienes estamos enrolados en las filas de los hospitales docentes.*

*Nuestro Hospital eligió hace muchos años, casi desde su origen, este camino, y así se marchó con ambiciosos programas de educación de pregrado, posgrado (residencias desde 1962), escuelas paramédicas, desarrollo del Departamento de Docencia e Investigación, todo financiado por la propia gestión y por el esfuerzo de los integrantes del Hospital, no médicos y médicos que entendimos que esto significaba esfuerzos, vicisitudes espirituales y materiales, prestigio y un costo económico cierto.*

*Así llegamos hoy y aquí, con el trabajo de muchos y el apoyo de todos a constituir esta realidad, con defectos y virtudes, con aciertos y desaciertos, que podemos mostrar orgullosos como desarrollo y modelo de institución médica inserta en el Sistema Nacional de Salud.*

*Frente a las horas difíciles, a veces dramáticas que vivimos y seguiremos viviendo, invito a todos a redoblar los esfuerzos y a sacudir nuestras mentes, para despojarnos de los esquemas de dependencia, tan arraigados en nuestro país (justificar nuestra situación por causas externas).*

*Necesitamos fortalecer nuestro proyecto institucional, desarrollarnos, agudizar nuestra creatividad, tener ganas de dar, para ser, pensar y actuar en grande y no en la cosa pequeña casi subalterna y muchas veces oculta.*

*Al prologar éste, nuestro Número Extraordinario, comprometo todo nuestro esfuerzo, para apoyar a los jóvenes espíritus creadores que ayudarán, no a subsistir a esta Institución, sino a crecer y cambiar, tal como nuestros antecesores y nuestro país lo merecen.*

# A LOS LECTORES

Con la aparición, en 1981, del primer número de la **Revista del Hospital Italiano**, se concretó un proyecto largamente esperado por los profesionales del Hospital.

El grado de receptividad que se obtuvo en el cuerpo médico del Hospital y profesionales de otras Instituciones, superó nuestras expectativas. En lo interno, pudimos mantener la continuidad, editando seis números por año, sólo con artículos escritos por médicos de nuestra Institución.

En lo externo, es cada vez mayor el número de profesionales que solicitan incorporarse al listado de receptores de la **Revista**; también en 1984 comenzaron a llegar ofrecimientos de otras instituciones médicas, enviándonos artículos a los efectos de su publicación.

Consolidada la **Revista**, tomó forma la idea de publicar el Número Extraordinario integral, dirigido a un público más amplio, donde tuviera cabida la heterogeneidad de actividades que se realizan dentro del Hospital. Esta tarea que comenzó en 1983, tuvo diferentes etapas: transmitir los objetivos y estilo de la futura publicación, lograr la participación de todos los Departamentos, Gerencias y Servicios, recopilar antecedentes históricos, obtener el material gráfico y finalmente superar las dificultades materiales de la edición, agravadas por los problemas económicos del país.

Ahora, en 1985 presentamos este Número Extraordinario. En esta oportunidad deseamos dejar constancia de nuestro agradecimiento a todos los que participaron en la concreción de este proyecto, pero queremos destacar muy especialmente el rol desempeñado por el Director y Codirector de la **Revista**, el apoyo del Director del Hospital y la intervención del Dr. Scarzoglio que posibilitó la edición de este Número Extraordinario. Muchas Gracias!!



# LOS ITALIANOS EN LA ARGENTINA

Dionisio Petriella

## LA EXPLORACION DEL PAIS

El 12 de octubre de 1492, el genovés Cristóbal Colón descubría un nuevo mundo y España daba inicio a una obra de exploración y civilización, en la que los italianos estuvieron dignamente presentes, desde sus mismos comienzos. Ya en los años confluyentes de los siglos XV y XVI, el florentino Américo Vesputio, realizó por cuenta de España cuatro viajes a las nuevas tierras, por los que la Corte Española le otorgó la nacionalidad castellana y le asignó el cargo de Piloto Mayor que desempeñó hasta su muerte. En el más famoso de sus viajes, el segundo, ejecutado en 1501-1502, Vesputio llegó al Río de la Plata, al Cerro de Montevideo y al cabo San Antonio y continuó su exploración a lo largo de la Patagonia austral hasta el río Camarones. La moderna crítica histórica argentina afirma decididamente que a Vesputio y no a Juan Díaz de Solís, como se considera tradicionalmente, pertenece el mérito de haber descubierto el Río de la Plata. Por otra parte, el historiador Enrique De Gandía sostiene con buenos fundamentos que Vesputio fue el primer descubridor de las islas Malvinas.

Años después, el veneciano Sebastián Caboto, actuando como Piloto Mayor de España, dedicó casi cuatro años, de 1527 a 1530, a la exploración de las tierras en que hoy se ubica la República Argentina, remontando los ríos de la Plata, Paraná y Paraguay, hasta poco más al norte del lugar donde hoy se encuentra la ciudad de Asunción.

Deben pasar casi tres siglos para que se pueda registrar otra famosísima exploración de las tierras que hoy ocupa la República Argentina. La ejecutó el toscano Alejandro Malaspina, quien hizo por cuenta de la Corona Española tres viajes de vuelta al mundo; en el tercero de ellos, de 1789 a 1794, quedó estudiado todo nuestro litoral atlántico, en el que permanecen nombres tales como caleta Malaspina, cañadón Malaspina —ambos en Chubut— islas Vernaci y otros nombres impuestos por Malaspina.

Pero en el interín entre Vesputio y Malaspina, los grandes adelantados españoles que han venido a colonizar las nuevas tierras han tenido entre sus marineros y colaboradores a innumerables italianos. Entre ellos

Leonardo Gribeo, originario de Cagliari, capital de la isla de Cerdeña, escudero de Pedro de Mendoza que, como tal, se apresuró a desembarcar para poder dar la mano al Adelantado y por lo tanto fue el primer hombre en bajar a tierra. Según una versión, fue Gribeo quien sugirió a su jefe de dar a la futura capital de la Argentina el nombre de la Virgen del Buen Aire, a la que Cagliari rendía culto como patrona de los navegantes.

Aun antes de Malaspina, se habían distinguido en la exploración del sur argentino dos jesuitas italianos que integran el martirologio de la civilización del país: los padres Nicolás Mascardi y Juan José Guglielmo, ambos asesinados por los indios.

Sucesivamente, toda una pléyade de grandes exploradores italianos se distinguen en la empresa de entregar a la civilización amplios pedazos del suelo argentino. Me limitaré a recordar, sin orden alguno, el nombre de algunas estrellas luminosas: el capitán de marina Antonio Oneto, el salesiano Alberto De Agostini, Carlos Bassetti, Guido Boggiani, José Gianelli, Nicolás Descalzi, Bartolomé Bossi, Giacomo Bove.

## LA COLONIA

La obra civilizadora de España tuvo en América dos grandes centros de irradiación: uno en Méjico y otro en el Perú, que nos interesa particularmente porque se extendía a las tierras que, con el andar del tiempo, darían asiento a la actual República Argentina. En los comienzos, se trataba solamente de extraer de los nuevos territorios todo lo que podía sacársele en minerales de oro y plata y de aportar los beneficios de la religión cristiana a las tribus de indios que poblaban escasamente grandes extensiones de tierra. En esta obra se distinguieron los jesuitas, cuyas Misiones, con unos treinta centros de población, colonizaron una vasta zona que hoy está ocupada por tierras del Brasil meridional, del Paraguay y las provincias del nordeste argentino. Entre estos jesuitas, innumerables fueron los originarios de Italia. Para recordar sola-

mente algunos nombres, citaremos a los padres, naturales de las Marcas, José Cataldino y Simón Mazzetta, quienes alrededor del 1600 echaron las bases de importantes misiones, el cremonés Antonio Ripario, asesinado por los indios del Chaco en 1639, los grandes arquitectos José Brasanelli, Angel Camilo Petragrassa, Andrés Bianchi y Juan B. Prímoli, quienes ligaron sus nombres a grandes construcciones religiosas, entre las cuales la Catedral de Córdoba, sin duda el monumento más importante del Virreinato del Río de la Plata y a grandes construcciones civiles, entre las que se destaca el Cabildo de Buenos Aires.

No hubo sector de las artes o de las ciencias que quedara ajeno al quehacer de padres jesuitas de origen italiano: bastará recordar a los padres Antonio Machoni, originario de Cagliari y Cayetano Cattaneo, originario de Modena, quienes dieron gran impulso a los estudios de filología y etnografía y al napolitano Pedro Comental y al toscano Domingo Zipoli, grandes pioneros de los estudios musicales en el país.

A los exploradores Nicolás Mascardi y Juan J. Guglielmo quienes, en la Argentina austral, pagaron con la vida sus afanes civilizadores, ya nos hemos referido al comienzo de este artículo.

Ahora bien, durante todo el período colonial, España aplicó rígidamente el monopolio comercial a favor de sus súbditos y el "preciso retorno a España", por el cual una mercadería, para ir de Buenos Aires a Brasil, debía ir previamente a puertos españoles. Con tal sistema, muy poco lugar había para que otros europeos pudieran agregarse a los escasos españoles que venían a las nuevas tierras. Sin embargo, no pocos fueron los italianos que, generalmente previa una cierta residencia en España, vinieron a nuestras playas empujados por el espíritu aventurero de la raza de Marco Polo y por la posesión de actitudes personales que les daban alguna ventaja en la eterna lucha por la vida: conocimientos y experiencia marinera o artística o musical, etcétera.

Así en el último tercio del siglo XVII, llegó a Buenos Aires el marino veneciano Ventura Demetrio, cuyo descendiente directo, en quinta generación, fue Bartolomé Mitre, presidente de la República Argentina, fundador del diario "La Nación" y traductor de Dante.

Más tarde, en 1749, vinieron de Cádiz a Buenos Aires el comerciante Domingo Belgrano, originario de Oneglia y el médico Angel Castelli, originario de Venecia, que fueron padres respectivamente de los grandes próceres argentinos Manuel Belgrano y Juan José Castelli. Años después, llegaron el comerciante Antonio Alberti, padre de otro miembro de la Primera Junta, el Dr. Manuel Alberti, y el escribano Pablo Manuel Beruti, padre de aquel Antonio Luis Beruti que en la gloriosa jornada del 25 de mayo de 1810, junto con French, galvanizó la masa revolucionaria con la distribución de la escarapela con los colores patrios.

Más o menos por la misma época, se establecieron entre nosotros los músicos Francisco Faa, Domingo Saccomano y Bartolomé Massa, quienes impulsaron la música de cámara en Buenos Aires, recordándose especialmente que a Saccomano, quien fue también gran hombre de empresa, se debe la construcción del

Teatro de Operas y Comedias, inaugurado en 1757, que fue el primer establecimiento de este género levantado en la ciudad. También en esta época, llegó desde Génova aquel Giovan B. Giusto, a quien en Gibraltar, castellanizaron el apellido en Justo y fue bisabuelo de dos ilustres primos hermanos argentinos: el presidente de la República Agustín P. Justo y el fundador del partido socialista argentino Juan B. Justo.

Aun en época colonial, llega a Buenos Aires el ingeniero militar Eustaquio Giannini que, a más del mejor proyecto de puerto para la ciudad, realizó una obra cartográfica de gran mérito.

También de la época colonial son los pintores italianos Fernando Brambila y Angel Compagneschi, pionero de la enseñanza artística en la Argentina, quien llegó a nuestras playas junto con un compatriota también célebre, el orfebre José Boqui.

Por otra parte, las crónicas de la época registran que un médico nacido en Liguria, Francisco Bruno Rivarola, en 1779, participó en Buenos Aires de la organización del Tribunal del Protomedicato.

#### NACE LA NUEVA NACION

En los años confluyentes de los siglos XVIII y XIX también en el Río de la Plata soplan vientos de renovación cada vez más intensos: España abandona en las colonias americanas el monopolio comercial a favor de sus súbditos y los hijos de los comerciantes españoles asimilan rápidamente las ideas de progreso que dominan en las universidades europeas, para difundirlas y defenderlas en sus países de nacimiento. Aún en plena época colonial, el joven abogado Manuel Belgrano aprovecha su cargo de secretario del Consulado de Buenos Aires para divulgar sus ideas y proponer reformas en quince magistrales memorias anuales. Muy pronto, a partir del primer gobierno patrio, instaurado en el glorioso 25 de mayo de 1810, las reformas asumen aspectos concretos por obra del mismo Belgrano y de una pléyade de jóvenes intelectuales, entre los cuales señorea la figura de Bernardino Rivadavia. Realiza éste toda una inmensa obra civil, y para la misma acude con frecuencia a cultos patriotas italianos, que tratan de sustraerse a las condenas de muerte o de cárcel, alejándose de la península itálica. Entre los que vinieron a nuestras playas después del fracaso de la insurrección piemontesa de 1820/21, recordaremos que en 1823 llegaron los hermanos oriundos de Chiavari: Cayetano, Nicolás y Pedro Descalzi, de tanta significación en diversos campos de la cultura argentina. En 1824 y 1825, llegaron respectivamente, César Fournier y Pedro Murature, considerados entre los más grandes nombres de la marina de guerra del país, en 1825, el savonés constructor de barcos Tomás Amigo y en los años 1826 y 1828 llegaron el economista Cristian Vanni, los científicos Pedro Carta Molina, Carlos J. Ferraris y Octavio F. Mossotti y el famoso ingeniero y pintor Carlos Enrique Pellegrini, padre del presidente de la República Carlos Pellegrini.

También en el año 1827 llegaba, especialmente contratado por Rivadavia, un famoso prófugo de los Borbones napolitanos, Pedro De Angelis, a quien la cultura argentina debe, entre otros aportes, una monumental Historia, en seis tomos, de las Provincias del



Río de la Plata.

Otra gran oleada de patriotas italianos fue la que, alrededor de 1840, se unió a José Garibaldi bajo la bandera de la Legión Italiana en la defensa de la ciudad de Montevideo sitiada por la tiranía rosista, entre otros, Juan B. Cuneo, Francisco Bollini, José Giribone, Francisco Anzani y Juan B. Charbone.

Ya desde los primeros gobiernos patrios consecutivos al 25 de mayo de 1810, la República Argentina va adoptando en sus actos constitucionales los principios de libertad difundidos por los grandes iluministas del siglo XVIII y consagrados por las Revoluciones Americana y Francesa. Baste recordar la obra imperecedera de la famosa Asamblea del año XIII, por la cual la Argentina puede jactarse de haber sido la primera nación del mundo en suprimir la esclavitud.

Vencida en la batalla de Caseros la dictadura rosista, el país se dicta en 1853 una constitución que consagra todas las libertades, asegura sus beneficios a todos los hombres del mundo y expresamente da mandato a los gobernantes de promover la inmigración europea. Esta se ve luego favorecida por una legislación protectora que culmina en 1876 con la sabia ley de inmigración y colonización.

Por otra parte, en 1857, el Ferrocarril del Oeste inaugura sus primeros 10 kilómetros de vías con rieles colocados por la empresa del italiano Joaquín Aragnó. Antes de fin de siglo la República cuenta con cerca de 35.000 km de vías y puede jactarse de tener la mayor red ferroviaria de toda América del Sur. En esta extraordinaria obra de progreso, el gobierno nacional ha recibido un aporte sustancial del capital y de los técnicos ingleses, pero no puede soslayarse la obra ejecutada por el brazo de miles de trabajadores italianos y por el cerebro de ingenieros peninsulares de la talla de Tomás Agostini, Emilio Candiani, Cristóbal Giagnoni, Juan Pelleschi, Guido Jacobacci, entre los cuales descuella la figura de Pompeyo Moneta, autor del primer proyecto integral de toda la red nacional de ferrocarriles.

El tráfico fluvial también se vuelve cada vez más intenso y eficiente bajo la acción de audaces armadores italianos, generalmente originarios de la Liguria.

El malón indio poco a poco es neutralizado por el incesante avance de las tropas nacionales hasta que con la famosa expedición al desierto encabezada por el general Julio A. Roca, en 1880, la presencia del indio en armas es definitivamente eliminada de toda la llanura pampeana.

Poco a poco se van dando las condiciones para el desarrollo de la inmigración europea, en la cual la presencia de los italianos es predominante y se vuelve aluvional en las últimas décadas del siglo XIX.

Solamente en el período 1857 a 1914 entran en el país 4.665.723 extranjeros, de los cuales 909.262 son de diversas nacionalidades, 1.472.579 españoles y 2.283.882 italianos! Estos son los que más se sustentan con los destinos del país como lo revelan sus índices de nupcialidad con las mujeres argentinas y el número de propietarios de bienes inmuebles según el censo de 1914.

Media general del país (nacionales y extranjeros):

Sobre 1.000 habitantes	136,3 propietarios
Sobre 1.000 italianos	218,8 "

Sobre 1.000 españoles	125,8 "
Sobre 1.000 argentinos	121,8 "

#### COLONIZACION, EDILICIA E INFRAESTRUCTURA

Los inmigrantes italianos, especialmente piamonteses, se dirigen inicialmente a las colonias agrícolas de la provincia de Santa Fe, potenciándolas y multiplicándolas. Las nuevas colonias tienen nombres característicos que no dejan dudas sobre el origen de sus integrantes: Humberto 1°, Reina Margarita, Nueva Torino, Lago di Como, Garibaldi, Toscana, Bella Italia, Piamonte, Firenze, Crispi, Rey Humberto, Víctor Manuel, Ripamonti, Angeloni, Lazzarino, Rufino, etc. La provincia pasa de 20.000 hectáreas cultivadas con trigo en 1872 a 500.000 en 1890.

En Entre Ríos, las colonias fundadas por italianos son alrededor de dos mil. En Córdoba, se cuentan más de 400 colonias fundadas por italianos, uno sólo de los cuales, César Comolli, llegado en 1887, colonizó más de 120.000 hectáreas de tierra.

Los colonos italianos están además presentes en las otras provincias o territorios nacionales. En la provincia de Buenos Aires no puede omitirse de recordar la figura del piamontés José Guazzone que en sus chacras llegó a superar la producción de 30.000 toneladas de cereales por lo que fue considerado "el rey del trigo" y por sus donaciones a la Madre Patria fue honrado con el título de "Conte di Passalacqua". En la misma provincia se distinguió José Carlos Cácace, que llegó a producir 600.000 bolsas de papas, y Andrés Vacarezza, gran colonizador de las zonas de Alberti y Suipacha.

La industria algodonera del Chaco debe su nacimiento y desarrollo a inmigrantes friulanos, cuyos primeros grupos llegaron a la zona en los años 1878 y 1879.

La industria del vino, en las provincias de Mendoza y San Juan, que ha colocado a la Argentina en primera fila entre los grandes productores mundiales, debe su desarrollo extraordinario a inmigrantes italianos que llegaron allí especialmente a partir del año 1880 en que se inició la construcción de los diques y canales proyectados por el ingeniero Cipolletti, que hicieron aumentar sensiblemente las zonas cultivables, no sólo con vid, sino también con olivos.

También en el valle del Río Negro, hoy una de las zonas más ricas del país, el desarrollo de la agricultura fue determinado en forma notable por el brazo de los campesinos italianos y por el cerebro del ingeniero hidráulico César Cipolletti.

La gran inmigración italiana estaba constituida principalmente por campesinos; sin embargo, éstos prefirieron dirigirse a buscar trabajo en la construcción de ferrocarriles y las grandes obras públicas distribuidas por todo el país o en las diversas actividades que se presentaban en los grandes centros urbanos: la edilicia pública y privada, las obras de salubridad, teléfonos, gas, electricidad, etc. Los sueldos no eran muy elevados pero conseguían, con trabajo y ahorro, formar una familia y "levantarse" poco a poco. Un audaz fraccionador de terrenos, originario de la provincia de Vercelli, Félix Lora, llegado al país en 1900, difundió

por otra parte una modalidad de venta que pronto adquirió gran popularidad. Al comprador se le daba la posibilidad de pagar todo el precio de su lote en 120 módicas mensuales y se le obsequiaban diez mil ladrillos para empezar su construcción. Es lo que hicieron cientos de miles de trabajadores, quienes, en lugar de acudir a la taberna, dedicaron sus días de descanso a construirse su propia casa, haciéndose ayudar en la tarea por otros familiares y amigos domingueros. Un fácil préstamo a 30 años de plazo y bajísimo interés otorgado por el Banco Hipotecario Nacional, permitía luego transformar la rudimentaria construcción en una cómoda y coqueta casita. El sistema permitió a Félix Lora amasar una gran fortuna y emplearla en obras filantrópicas que movieron al Rey de Italia a otorgarle el título de conde. Pero la gran beneficiada del sistema fue la Nación argentina que tuvo en él un gran aporte para la formación de una numerosa clase media, a la cual se deben los índices de civilización (alfabetismo, número de estudiantes universitarios y profesionales, porcentaje per capita de kilómetros de caminos y ferrocarriles, automotores, teléfonos, hospitales, kw de electricidad, etc.) que aún hoy son generalmente los más altos de Sudamérica.

En la fiebre de trabajo que la inmigración europea aportó a la edificación argentina, fue evidente la supremacía del brazo de los trabajadores italianos, pero no fue nada escasa la presencia de audaces y hábiles cerebros originarios de la Península. En el Diccionario Biográfico Italo Argentino, editado por la Dante Alighieri de Buenos Aires en 1976, figuran las notas biográficas de 118 "constructores", 69 "arquitectos", 122 "ingenieros", cuyos nombres, dada la naturaleza de la publicación, son solamente los de aquellos que en su momento adquirieron gran notoriedad y pasaron así a las más comunes fuentes de información.

Para citar solamente algunos de estos nombres recordaremos a Nicolás y José Canale, Lázaro Solari, José Bernasconi, Juan B. Mélici, Juan A. Buschiazzi, Pablo y Soave Besana, Francisco Tamborini, Víctor Meano, César Cipolletti, Decio Severini, Guido Iacobacci, Oreste Vulpiani, Luigi Luigi, Carlos Morra, José Pedriali, Enrique Tedeschi, Luis Lanari y Clorindo Testa.

Muy notable ha sido el aporte del brazo y del cerebro del inmigrante italiano a la infraestructura argentina en la segunda mitad del siglo pasado y primeras décadas del actual. Luego, sin embargo, el aporte italiano ha continuado pero con modalidades diferentes: la iniciativa individual cede el lugar a la iniciativa de grandes empresas peninsulares que generalmente promueven la constitución de empresas argentinas, a las que aportan capitales, maquinarias, patentes y, por lo menos durante los primeros tiempos, técnicos expertos.

Quizá la última gran iniciativa individual, para recordar, antes que aparezcan las figuras estelares de Víctor Valdani y Agustín Rocca, sea la de Salvador Sollazo, oriundo de Reggio Calabria, quien en 1924, junto con su hermano Antonio, fundó la Sollazo Hnos., hoy sociedad anónima. A ésta se debe la construcción de numerosos grandes diques en Tucumán, Córdoba y Mendoza, la tercera central hidroeléctrica de Río Tercero, la Central Hidroeléctrica de Monteros (Tucumán), etc.

En materia de diques, intensa ha sido también la obra de la Panedile Argentina S.A. fundada en 1948.

En puentes y caminos, la ejecución de grandes trabajos sigue registrando la presencia de empresas de origen italiano: Impresit S.A., Sycic S.A., Sacoar S.A., Marinucci S.A., etc. En este sector va citada también la firma Techint, que entre otras obras, ha tenido a su cargo la construcción del monumental puente Zárate-Brazo Largo.

Pero es principalmente en materia de acueductos, oleoductos y galerías subterráneas donde mayormente se advierte la presencia italiana. Baste recordar los numerosos oleoductos y gasoductos construidos por Saipem y Techint. También hay que mencionar las empresas Vianini promovidas en la Argentina por la Vianini de Roma, a las que se deben diversos oleoductos y túneles subfluviales.

Particular mención merece el Grupo E.N.I., debiéndose recordar que el mismo inició sus actividades en el país en 1958 constituyendo la SAIPEM cuyo primer contrato se refirió a la perforación de pozos petrolíferos por cuenta de Y.P.F., luego en 1960 fue constituido el Consorcio Saipem Siderexport, integrado por E.N.I., Finsider, Fiat y Motores Marelli para la construcción del gasoducto de 1.700 km de Santa Cruz a Buenos Aires.

En materia de infraestructura va citada también la "SADE Sociedad Argentina de Electrificación" constituida en 1947 en Buenos Aires que inicialmente se dedicó a la ejecución de obras para la producción, transporte y distribución de la energía eléctrica y luego bajo el impulso del ingeniero industrial romano, Víctor Orsi, extendió su acción a otros sectores y otros países.

## INDUSTRIA Y COMERCIO

Ya desde los tiempos de Juan Manuel de Rosas, los hermanos Gerónimo y Santiago Rocca, originarios de Lavagna en provincia de Génova, dieron gran impulso a la industria de la carne y de las pieles —la primera industria nacional de la Argentina— aplicando a los materiales de desecho el método de extracción de la grasa, como habían visto hacer en la natal Liguria mediante grandes prensas que hicieron venir desde la misma Italia.

Luego, Juan Berisso, otro hijo de Lavagna, recordado hoy como fundador de la homónima y floreciente ciudad industrial argentina, llegó a ser propietario de seis saladeros, en uno sólo de los cuales, el San Luis, trabajan más de mil obreros.

Si analizamos los numerosos sectores de la industria argentina, encontraremos en los orígenes de casi todos ellos, nombres de inmigrados italianos: así en la metalurgia y en la mecánica: Silvestre Zamboni, Pedro Vaserra, Juan Piazza, Torcuato Di Tella, Víctor Valdani.

Una mención especial merece el ingeniero Agustín Rocca, quien llega a la Argentina en 1946, después de haber pertenecido a la cumbre de la gran industria italiana, donde, como administrador delegado de la Ansaldo, llegó a tener 33.000 dependientes a sus órdenes. Aquí constituyó y desarrolló la Organización Techint y luego Dalmine Siderca y Cometarsa; erigió el

centro industrial de Campana en la provincia de Buenos Aires y otras empresas industriales en Ensenada y Olavarría con ramificaciones en varios países del extranjero.

En la industria de la molienda y de las pastas alimentarias, se destacan los nombres de José Marchisano quien, en los comienzos del siglo pasado, creó la primera panadería del país y de Felipe Accinelli, quien en 1830, creó la primer fábrica de pastas. Luego aparecen otros grandes empresarios: José Marconetti, José Canale, Ricardo Tampieri, Humberto Terrabusi, etcétera.

Innumerables son los nombres de italianos ligados a la industria del tejido en la Argentina, a partir del fundador de la primera fábrica de frazadas de lana Juan B. Lastreto y de Enrique Dell'Acqua, el famoso "príncipe mercante" del que habla Luigi Einaudi.

En la industria de la leche, deberemos recordar al lado de José Magnasco, los hermanos Esteban y Víctor De Lorenzi y, último en el tiempo, pero no en importancia, Antonio Mastellone, fundador de "La Serenísima".

En la industria de la madera mencionaremos los grandes pioneros de la colonización del Chaco, los hermanos Dufour y Juan María Rossi, quienes en sus grandes aserraderos, industrializaron en las últimas décadas del siglo pasado, la madera de una característica planta argentina, el "quebracho", que exportaban luego a Italia, en grandes cantidades, para la extracción del tanino.

En la fabricación de muebles de todo tipo, han estado y están muy presentes los italianos de la Argentina, comenzando su recordación con el nombre originario de la Liguria de Juan Canzi, que alrededor de 1780, en su establecimiento de Buenos Aires, fabricaba muebles para el Virrey Vertiz.

En la industria de la destilería y de los licores encontramos inicialmente Eugenio Mattaldi, llegado a la Argentina en 1843 y Nicolás Martelli que funda una gran destilería de alcohol.

En la pléyade de italianos, que fueron los grandes promotores de las industrias del vino y del aceite de oliva en las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis, ocupa el primer lugar Antonio Tomba, llegado a Mendoza en 1879 y considerado durante muchos años el mayor productor de vino de la Argentina. Este predominio del vino "Tomba" fue disputado durante varios años por el vino "Toro" producido por otro veneto, Juan Giol, conocido como el "rey del vino" por su enorme producción en aquel sector.

Entre los armadores y constructores de barcos encontramos el savonés Tomás Amigo, llegado a la Argentina en 1825; fabricó cañoneras y estaba en relaciones de amistad con el connacional José Murature, futuro almirante de la escuadra argentina. A ellos seguirán otras eminentes figuras: Jacinto Caprile, José Antola, Bartolomé Bossi, Luis y Cayetano Resoagli, Luis Palma, Juan Berisso, José y Juan B. Lavarello, etcétera.

En la industria química y farmacéutica, la participación italiana se inicia con el milanés Vicente Brusa, quien hacia la mitad del siglo pasado, instaló en Tucumán un laboratorio de investigaciones que aportaron nuevos métodos en la industria del azúcar.

En épocas más recientes, el piemontés Enrique Luis Casale, que ya en 1915 había instalado en Mendoza la

primera fábrica sudamericana de anhídrido sulfuroso, fue el primer presidente de "Atanor S.A. Mixta", cuyo director general fue otro italiano, el Dr. Ladislao Reti.

En los sectores de la cal, cemento, mármol, mosaicos y cerámica, la recordación de los nombres italianos sería amplísima. Empezaríamos por el piemontés Luis Cerrano que en 1874 introdujo en la fabricación de la cal un horno a fuego continuo por el inventado que produjo un enorme abaratamiento del producto. Luego habría que citar una pléyade de nombres empezando por José Cima, Juan Minetti, Germán Bianco, los hermanos Spinedi hasta llegar en nuestros días a los de Orestes Biasutto, Juan Stefani, los hermanos Zanón, etcétera, que han dado un impulso extraordinario a la producción cerámica.

En la industria farmacéutica fueron numerosísimos los químicos italianos que se dedicaron a la producción de especialidades medicinales y el más célebre de los laboratorios químicos anexos a las farmacias fue el fundado por Carlos José Ferraris, en 1829, que aún hoy funciona bajo el nombre de "Droguería La Estrella".

Toda la energía eléctrica de la Argentina está ligada a los nombres de dos inmigrantes italianos: Mauro Herlitzka y Juan Carosio, que fueron los fundadores de "Segba", de la "Italo" y de la mayor parte de las líneas que aun surten el interior del país; también introdujeron el servicio de telégrafo sin hilos Marconi.

Como hemos observado al recordar el aporte italiano a la infraestructura del país, debemos mencionar que para el aporte italiano en general a la industria de la nación, en estas últimas décadas y en medida cada vez más intensa, la iniciativa individual va siendo sustituida por la presencia de empresas promovidas por los grandes conjuntos industriales que actúan en la península: Fiat, Pirelli, Snia Viscosa, Marelli, Corni, Cinzano, Gancia, Fratelli Branca, Impresit, Ansaldo, etcétera.

## FINANZAS, BANCOS, SEGUROS Y COMERCIO

Los italianos han participado largamente en el desarrollo de las actividades comerciales, financieras y bancarias en el país. Recordaremos solamente su relación con el origen de la Bolsa de Comercio de Buenos Aires y de dos importantes instituciones bancarias.

Felipe Accinelli, llegado al país en 1830, instaló un negocio en la calle Florida dedicado a compras y ventas, cambio de dinero extranjero, préstamos a plazo fijo, etc., gozando en la plaza de amplio crédito. Su oficina era llamada Camoatí, palabra que en guaraní equivale a colmena, por la mucha gente que concurría a ella. En 1845, Accinelli murió asesinado y el gobierno de Rosas se hizo cargo del sepelio y ordenó una suscripción pública para adquirir una casa para la viuda. Al año siguiente, los amigos que se seguían reuniendo en su escritorio fundaron la Bolsa de Comercio de Buenos Aires, a la que se aplicó el nombre de Camoatí.

Por iniciativa de Luis Viale y los señores Antonio Devoto, Marcos Demarchi, José Piaggio, Nicolás Schiaffino y Aquiles Mavaroff, se fundaba en Buenos Aires en 1871, el Banco de Italia y Río de la Plata, desti-

nado a tener un extraordinario desarrollo. Infortunadamente, Luis Viale no pudo asistir a la inauguración del Banco, por cuanto en diciembre de 1871, pereció en un accidente marítimo al ceder su salvavidas a la señora Carmen Pinedo de Marcó del Pont. Una estatua de Luis Viale ornamenta hoy la avenida costanera de la ciudad de Buenos Aires.

En 1887, por iniciativa de los italianos David de Albertis y Miguel De Luca surgía también en Buenos Aires el Banco Italiano del Río de la Plata, que pronto cambió su nombre por el de "Nuevo Banco Italiano" para distinguirse del Banco de Italia y Río de la Plata.

También el "Nuevo Banco Italiano" ha tenido un gran desarrollo y recientemente ha cambiado su nombre por el de "Banco de Crédito Argentino".

Además, el nombre de Italia está presente en el Banco Hispano Italo Libanés, una importante entidad de la zona cuyana.

De capital completamente italiano es el Banco di Napoli, sucursal de antigua y prestigiosa entidad napolitana y capitales italianos hay en el Banco Francés e Italiano para la América del Sur, en el Banco Europeo para la América Latina que hasta hace poco operaba en nuestro país bajo la denominación de Banco Italo Belga y el Banco Ambrosiano. Además existen en la Argentina simples representaciones de tres grandes bancos italianos: Banca Nazionale del Lavoro, Banco di Roma y Crédito Italiano. Estas agencias no son consideradas bancos por la legislación bancaria argentina y no pueden realizar verdaderas operaciones bancarias, pero tienen una función eminentemente informativa de sus casas centrales.

Los italianos han tenido también una gran participación en el origen y desarrollo de numerosas compañías aseguradoras argentinas, siendo muy difícil el deslinde de su aporte, por la fuerte tendencia nacionalizadora del estado argentino en el sector "seguros".

Mayor aún ha sido la participación de los italianos en el comercio del país, en todas sus diversas formas; solamente el Diccionario Biográfico Italo Argentino, editado por la Dante Alighieri, cita casi cuatrocientos nombres de ellos. En consideración a tan importante número y a la diversidad de las actividades ejercitadas, renunciamos a toda recordación de las mismas.

## LA CULTURA

Muy notable ha sido la huella dejada por el inmigrante italiano en los diversos aspectos de la cultura del país. En la obra "Los italianos en la historia de la cultura argentina", publicada por la Dante Alighieri hace algunos años, se registran las notas biográficas de 1516 de ellos: 1.186 fallecidos al momento de la publicación de la obra (fines de 1979) y 330 vivientes.

El primer capítulo, dedicado a las Letras, se inicia con el nombre de Pedro De Angelis el gran prófugo napolitano que tanto aportó a la docencia, al periodismo y a la historiografía argentina. Baste recordar su monumental Historia de la Provincia del Río de la Plata, definida por Sarmiento como "el más glorioso monumento nacional que pueda hacer honor a un estado americano".

Sigue una sintética recordación de Francisco Capello, Leopoldo Longhi De Bracaglia, Ezio Colombo, Jacinto Cuccaro, Gherardo Marone, Comunardo Braccialarghe, Oreste Ciattino, Alfredo R. Bufano, Antonio Porchia, Enriqueta Lebrero De Gandia a los que se agrega una larga lista de vivientes.

En el segundo capítulo, la Docencia, la obra no se limita a los campos humanísticos y científicos tradicionales, sino que agrega otros importantes sectores de la actividad humana como la esgrima, en que durante décadas señorearon en el país, creando numerosos discípulos, esgrimistas de la talla de César Falconieri, Augusto Casciani, Ernesto De Marinis, Eugenio Pini, Herminio Eccheri, Cándido Sassone, etcétera.

Varios son los capítulos del libro dedicados a las ciencias, en algunas de las cuales la obra de los italianos ha sido de importancia excepcional, destacándose sobre todo el jesuita Antonio Machoni, el franciscano Miguel Angel Mossi y el salesiano Domingo Milanese, nombres éstos que encabezan una larga lista de filólogos italianos que desentrañaron y divulgaron las lenguas indígenas.

Buen relieve tienen también las artes plásticas, pues entre pintura, grabado y escultura absorben 42 páginas del texto que empieza con la recordación del padre jesuita José Brasaneli, nacido en Italia en 1659, cuya fama fue muy grande en el Río de la Plata, no sólo como pintor y escultor sino también como arquitecto.

La música y el arte lírico, por su parte, absorben 60 páginas del texto, que también aquí empieza con la recordación de un jesuita italiano, Pedro Comental, nacido en Nápoles en 1595, quien convirtió la reducción de San Ignacio en el primer centro musical que hubo en estas regiones de América.

Veintiséis páginas del texto están dedicadas a teatro, cine y televisión, empezando el teatro con la recordación de Miguel Domingo Saccomano, natural de Bari en las Apulias, hábil flautista y empresario quien en 1756, junto con Pedro Aguiar, construyó y explotó por algunos años el Teatro de Operas y Comedias, primer establecimiento de ese tipo levantado en la ciudad.

El cine y televisión, por su parte, empiezan con la recordación de Mario Gallo, quien en 1908, presentó al público el primer film argentino de largo metraje "El fusilamiento de Dorrego".

Sendos largos capítulos están dedicados a la arquitectura, la ingeniería y la medicina, la química y farmacia.

Capítulos novedosos en una reseña cultural son los dedicados al deporte, a la política y sindicalismo, a la religión. En el deporte hay astros individuales como el jugador y técnico de fútbol Renato Cesarini y el nadador Enrique Tiraboschi y hay enteras categorías de nombres como los de los pioneros aviadores italoargentinos Nicolás Bo, Antonio Borello, Bartolomé Cattaneo, etcétera.

Notable ha sido la actuación de políticos y sindicalistas de origen italiano especialmente en la provincia de Santa Fe, donde Agustín Mazza y Santiago Pinasco llegaron a desempeñar la intendencia de la ciudad de Rosario y Francisco Netri, en 1912, como consecuencia del "grito de Alcorta", echó las bases del sindicalismo agrario argentino.





El capítulo sobre religión, naturalmente está dedicado en manera preponderante a las grandes congregaciones de los jesuitas, franciscanos y salesianos, pero no faltan nombres pertenecientes a otras congregaciones de singular importancia que han llegado al país en años más recientes: los redentoristas, los scalabrinianos, los continuadores de Don Orione, etcétera. Pero no falta tampoco la recordación de los más ilustres sacerdotes diocesanos como el gran docente y periodista José Alumni o el famoso "pacificador de las Pampas" Francisco Bibolini.

## EL ASOCIACIONISMO ITALIANO

En setiembre de 1853, tres comerciantes italianos residentes en Buenos Aires, Luis Amadeo, Bernardo Delfino y Juan Robbio, solicitaron al encargado de negocios Marcelo Cerrutti el apoyo del Rey de Cerdeña para la creación de un Hospital Italiano en Buenos Aires. El 14 de diciembre se realizó la reunión constitutiva de la nueva entidad, en la que participaron inmigrantes italianos originarios de todas las regiones de Italia, sin distinción de estado social, ideología política o de otro tipo. Se constituía así, en la capital del Plata, la unidad de Italia siete años antes que en la misma península mediterránea. Pero en 1853, a pesar de la clamorosa adhesión del republicano José Garibaldi, recién el rey Víctor Manuel II, estaba en los comienzos de aquel movimiento expansionista piomontés que solamente el 20 de setiembre de 1870, con la ocupación de Roma, pudo considerarse concluido.

A la constitución del Hospital Italiano de Buenos Aires, siguió muy pronto el surgimiento de asociaciones de inmigrantes italianos en todo el territorio de la República: se quería prevenir el espectro de la enfermedad, del descalabro económico, del abuso del funcionario público, tan bien descripto en aquel magnífico poema de la miseria humana que es el "Martín Fierro" de José Hernández. Pero sobre todo se quería crear un lugar donde el inmigrante pudiera pasar sus horas de sano esparcimiento junto con otro inmigrante que hablara su mismo idioma y tuviera sus mismas tradiciones, proviniera en fin de su mismo pueblo o por lo menos de su misma región.

La ideología política también influyó en el surgimiento y desarrollo de asociaciones de italianos. Inicialmente el gran dilema fue: republicano o monárquico, Mazzini o Víctor Manuel. El desarrollo en la Capital Federal de la republicana "Unione e Benevolenza" trajo así muy pronto la creación de la monárquica "Nazionale Italiana".

El fascismo inspiró una nueva forma de asociacionismo vinculado directamente a las instrucciones que venían de Roma: el "dopolavoro" (después del trabajo). Estos "dopolavoro", sobre todo gracias a la protección romana, se difundieron en todo el territorio del país y se confederaron en una "Consociazione Italiana" con sede en Buenos Aires.

Creciente desarrollo tuvo el asociacionismo italiano en la Argentina en la segunda mitad del siglo pasado y en las primeras décadas del corriente. Estas asociaciones no solamente resultaron muy útiles al inmigrante italiano y a su familia, sino que frecuentemente fueron de provecho para toda la población del país. Abiertas pues a todos fueron las óptimas escuelas sostenidas por las asociaciones italianas en las últimas décadas del siglo XIX, y los Hospitales Italianos de Buenos Aires, de Rosario, de Córdoba, nunca han hecho distinciones en la admisión y atención del enfermo que se allegara a sus locales.

Pero, en estas últimas décadas, estas asociaciones han entrado en un clima de franca decadencia: raro es hoy el trabajador que no tenga su propia mutual gremial y su caja previsional, y para obtener justicia hay tribunales adecuados en todo el territorio nacional. Por otra parte, ya desde los comienzos de la década del '50 no llegan nuevos inmigrantes al país y el viejo inmigrante ha ido estableciendo sólidos lazos de sangre y de espíritu con habitantes del país de todas las regiones de la tierra.

La ideología política por otra parte, ya no puede inspirar a ninguna asociación por cuanto, a partir de un decreto de setiembre de 1939, su propaganda está severamente prohibida en el país a todas las agrupaciones de personas.

Para capear la crisis del asociacionismo italiano, su máximo ente rector, la FEDITALIA, está ejecutando una política que nos parece muy acertada: favorecer en cada asociación la concurrencia de jóvenes de origen étnico italiano, desarrollar en ellos su natural inclinación hacia la cultura italiana e irles traspasando gradualmente el gobierno de cada asociación. Se quiere en fin que cada una de éstas sea un semillero de leales ciudadanos argentinos que mantengan, en el terreno cultural, su vinculación con la tierra de sus mayores.

A propósito de FEDITALIA, convendrá recordar que en el país operan todavía alrededor de quinientas asociaciones italianas, aglutinadas en veinte federaciones. Seis de éstas corresponden a las seis circunscripciones consulares del país (Buenos Aires, Rosario, Córdoba, La Plata, Mendoza y Bahía Blanca) y las otras son "sectoriales". El "sector", once veces está constituido por una motivación regional (Abruzos, Calabria, Campania, Friuli, Lucania, Las Marcas, Molise, Piamonte, Sicilia, Venecia, Trentino) y tres veces por diversas motivaciones estatutarias (Asociaciones Católicas, Excombatientes y "Dante Alighieri").

Las veinte federaciones antedichas tienen su órgano confederal en la FEDITALIA con sede central en la Capital Federal, cuyo actual presidente es el industrial véneto Luis Pallaro. FEDITALIA, que actualmente tiene forma confederal, fue fundada como Federación General de las Sociedades Italianas en 1912, siendo su primer presidente el Dr. Alejandro Tedeschi, al que sucedió durante muchos años Atilio Massone.

El asociacionismo italiano ha tenido su gran sostén en la famosa impresa en el idioma peninsular que ha conocido épocas de gran esplendor: baste recordar que "La Patria degli Italiani" durante largos períodos llegó a tirar diariamente muchos miles de ejemplares.

# EL HOSPITAL DE COLECTIVIDAD

Dr. Carlos J. García Díaz

El Hospital Italiano de Buenos Aires es el paradigma de una institución cabalmente argentina: el Hospital de Colectividad. La inmigración, que con tan profunda impronta ha marcado la cultura, las costumbres y el perfil humano argentino, ha impreso también su sello en la institución hospitalaria.

El sistema de salud tiene en la Argentina su eje de rotación helicoidal en el hospital. Sus sucesivas etapas evolutivas, marcan el desarrollo de la asistencia médica: Hospital de Beneficencia, Hospital Abierto, Hospital de Comunidad, entre otros, señalan los hitos alcanzados en busca del Hospital Integrado como meta aún por lograr.

El mutualismo y la inmigración están en el origen del Hospital de Colectividad, que ha conservado en su evolución ulterior ese carácter comunitario que lo identifica en el conjunto de los servicios de salud.

A 130 años de la colocación de la piedra fundamental, el Hospital Italiano de Buenos Aires es la continuación de una idea de servicio y de solidaridad social que la colectividad italiana ha venido sosteniendo desde entonces en la Argentina.

Inserto hoy en la Seguridad Social con características propias y especiales, este trabajo pretende explicar su evolución y proyección futura.

## MUTUALISMO E INMIGRACION

Es evidente que un aporte inmigratorio como el que recibió la Argentina desde mediados del siglo pasado hasta la tercera década del actual, debía introducir cambios profundos en las instituciones sociales, políticas y culturales, así como en las costumbres, el habla y el comportamiento de la población.

Son mencionados a este respecto las cifras del explosivo incremento poblacional que registran los primeros censos nacionales, en ese período de auge inmigratorio que abarca los años de 1869 a 1914. En esos 45 años se cuadruplicó la población argentina<sup>1</sup>, como respondiendo a la propuesta de Alberdi que juzgaba que ... "El Ministro que no duplica en 10 años el número de habitantes ha perdido su tiempo en baga-

telas y nimiedades"<sup>2</sup>. Inscripto en el marco del gran movimiento migratorio europeo que movilizó a 40 millones de personas,<sup>3</sup> el aporte inmigratorio trajo a la Argentina cerca de 7 millones, de las cuales casi la mitad se asentó en el país y permaneció en él.

La inmigración italiana representaba en 1895 el 55% del total, siendo en la primera etapa y hasta 1880 predominantemente norteña (piamonteses, lombardos, friulanos) y entre 1911 y 1914 predominantemente sureña (calabreses, napolitanos, sicilianos)<sup>4</sup>.

En su gran mayoría campesinos, los inmigrantes tuvieron relativo asentamiento rural, debido al régimen de reparto de tierras que hallaron a su arribo; de modo que una gran proporción se quedó en las ciudades, donde a falta de una industria en expansión se ocuparon en tareas del comercio y los servicios<sup>5</sup>. Buenos Aires llegó a albergar a casi un tercio del aporte inmigratorio total y los extranjeros llegaron a constituir el 49% de su población en 1914.

No fueron tiempos fáciles los del Hotel de Inmigrantes y los conventillos porteños o los de la colonización rural; ni faltaron reproches y temores ante el incremento poblacional de base inmigratoria<sup>6</sup>. Pero el tesón, la laboriosidad, la capacidad de adaptación de los que llegaban, hizo posible la compenetración que finalmente se logró con los que estaban. Así se creó una Nación con un perfil cultural y social definido, en el que los hijos de inmigrantes y la clase media —gracias a la amplia movilidad social— conformaron un país que exhibía confianza en sí mismo, desarrollo social y lograba prestigio internacional.

Una de las características de esa población inmigratoria consistió, precisamente, en su capacidad de cohesión solidaria en un fluido contexto social que hizo posible la intercomunicación y evitó el aislamiento<sup>7</sup>.

No es extraño, pues, que el mutualismo —como otras instituciones— lleve en la Argentina la impronta de la inmigración.

Fueron, en efecto, miembros de las colectividades extranjeras quienes le dieron vida y expansión; por donde el mutualismo, los seguros sociales y la seguridad social les son deudores de su origen y amplio desarrollo.



La primera institución de este tipo parece haber sido la Sociedad Italiana del Plata, que se remonta al primer tercio del siglo pasado. De 1853 es, justamente, la "Società di Beneficenza in Buenos Aires", cuyo 131° aniversario conmemora este número de la Revista del Hospital Italiano. De 1854 data "L'Union et Secours Mutuels" y la "Asociación Española de Socorros Mutuos"; de 1858, "Unione e Benevolenza"; de 1859, "La Francaise"; de 1861, "La Nazionale"; de 1876 "La Sociedad de Socorros Mutuos San Crispín"<sup>8</sup>.

Estas sociedades del pasado siglo son creadas por los mismos integrantes de cada colectividad de inmigrantes que asumen solidariamente una positiva actividad asistencial y previsional. Ellos mismos, dueños de la iniciativa, administran los propios recursos. Es la solidaridad social a cargo de los mismos beneficiarios y esto marca una radical diferencia del mutualismo —que es activo y participativo— con la asistencia social cuyos beneficiarios son pasivos recipientes del bien otorgado.

Sin embargo, en la Argentina, la movilidad social le quita a estas asociaciones todo carácter clasista.

No pocos inmigrantes hacen rápidamente fortuna aún en la primera generación y a las cotizaciones individuales de obreros y artesanos se suman los aportes generosos de benefactores que se solidarizan con sus connacionales menos afortunados.

Estas mutualidades crecen al margen de los sindicatos de trabajadores, también generados por inmigrantes (la "Sociedad Tipográfica" de 1857 parece ser la inicial), que asumirán un carácter contestatario como respuesta a las duras condiciones en que se desenvolvía la situación de los obreros hasta la sanción de las primeras leyes sociales ya comenzado el presente siglo<sup>9</sup>.

Mientras tanto en Europa, los seguros sociales superan los grupos locales y laborales con la ley del seguro obligatorio de enfermedad aprobado en Alemania hace precisamente un siglo, bajo el impulso del canciller Bismark. La expansión mundial de estas instituciones es irrefrenable desde entonces y la Organización Internacional del Trabajo, en el período entre las dos grandes guerras, promueve una serie de conferencias internacionales, con que contribuye a la definición de sus principios entre los que no dejaremos de mencionar, siquiera al pasar, la solidaridad y la participación<sup>10</sup>. Por otra parte, la expresión seguridad social fue acuñada en 1935 por el presidente Franklin D. Roosevelt formando parte del "New Deal" con el que se propuso combatir la gran depresión norteamericana de la década del '30.

## EL HOSPITAL PÚBLICO

El Hospital Público ha venido desempeñando en la Argentina un relevante papel, no sólo como entidad asistencial, sino como centro científico y escuela médica, en el marco evolutivo de las sucesivas estructuras socio-políticas del país<sup>13</sup>.

Fue inicialmente Hospital de Beneficencia —y durante un período que comprendió las primeras décadas de este siglo— cumplió con un importante rol social en el

contexto de la Argentina agro-exportadora, cuya población en crecimiento acelerado, a que la ingente inmigración europea y principalmente italiana le confería características especiales, pedía servicios asistenciales que se adaptaran a esa demanda masiva.

A partir del año 1906, el Hospital Público recibe un impulso formidable mediante la ley creadora de la Comisión Honoraria de Asilos y Hospitales Regionales.

Cierto es que a su frente actuó un hombre de excepcionales condiciones profesionales y de gran capacidad de conducción, como fue el Dr. Domingo Cabred, quien durante algo más de 20 años realizó una inmensa tarea, erigiendo 16 establecimientos con un total de cerca de 12.000 camas, cifra realmente impresionante para la población de la época<sup>14</sup>. No faltó, por supuesto, un departamento de arquitectura hospitalaria, para el que fueron contratados arquitectos especializados de origen suizo y alemán.

No es extraño que se hayan levantado edificios monumentales en ciudades de provincias, verdadero alarde para ese momento, y que aún se mantengan en servicio, aunque mostrando con su obsolescencia el abandono de aquella política de inversiones en salud.

Este Hospital de Beneficencia respondía a la idea de la asistencia social. Era el hospital de los pobres, en un sistema de salud que se inscribía en un país de estructura política liberal en ascenso económico manifiesto. Esta asistencia hospitalaria gratuita se complementaba con una medicina privada de pago directo, en franca expansión, a la que se sumaban las mutualidades y hospitales de colectividades con su régimen mixto de servicios que mantenían módicos aranceles o cuotas fijas mensuales o atención gratuita, según los casos.

Después de un período de transición, en la segunda mitad de la década del '40 es el Hospital Abierto el que aparece en escena, como consecuencia de las políticas de extensión hospitalaria implementadas por Ramón Carrillo que inaugura el Ministerio de Salud Pública en 1949. Carrillo duplica en cinco años el número de camas hospitalarias que pasan de 60.000 a 122.000 para una población de poco más de 17 millones de habitantes<sup>15</sup>. Nunca la proporción camas/habitantes fue tan elevada, aún cuando Carrillo pretendía llevarla desde el 7 al 10‰, con lo que en la actualidad debería haber más de 280.000 camas, proporción que entonces ofrecía Suecia y que nunca sería alcanzada por la Argentina.

A partir de 1958, el Hospital de Comunidad señala una nueva inserción social de este Hospital Público que busca la actualización de sus servicios y de su estructura, a pesar de las crónicas limitaciones presupuestarias y de la decadencia de sus instalaciones.

Durante 1.000 días funcionó este tipo de hospital en la ciudad de Mar del Plata (se llamó Hospital de Reforma)<sup>16</sup> durante la gobernación bonaerense de Oscar Allende y que después el Ministro Arturo Oñativa elevaría como proyecto de ley al parlamento bajo el nombre de "Servicios Asistenciales para la Comunidad"<sup>17</sup>. Ezequiel Holmberg implantó en 1967 desde la Secretaría de Estado de Salud Pública este Hospital de Comunidad<sup>18</sup>, como una institución pública que incorporaba un consejo de administración inte-

grado con miembros de la comunidad, ofreciendo asistencia médica gratuita para los pacientes indigentes; bajo la forma del tercer pagador, para los pacientes mutualizados; y de pago directo, para los pacientes privados. El Hospital de Comunidad tuvo variada fortuna y aún subsiste en zonas rurales de la provincia de Santa Fe y en alguna que otra ciudad del interior.

### UN SISTEMA PLURALISTA

Entre tanto un largo proceso venía cumpliéndose con el desarrollo de estas instituciones que se llamaron primero "servicios sociales" y después "obras sociales" y que, promovidas desde mediados de la década del '40 desde los organismos del estado y confiadas a la conducción de los sindicatos de trabajadores, habían adquirido status legal desde 1970 con la sanción de la ley 18.610<sup>19</sup>. La mayoría de ellas, carecía de servicios asistenciales propios y recurría, por lo tanto, a la medicina privada y al hospital público para la atención de sus beneficiarios, los que pronto alcanzarían a más de las tres cuartas partes de la población total. Los tan manidos "3 subsistemas" estaban así constituidos: el subsistema público, el privado y el de la seguridad social.

Pero no existían lazos formales que los relacionaran y coordinaran; de donde el aislamiento y la superposición de servicios que afectaba aún a los integrantes de un mismo subsistema como el estatal que, en una jurisdicción cualquiera, mantenía separados y a veces contrapuestos a establecimientos nacionales, provinciales y municipales.

En 1974 fue sancionada la ley del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), de larga y conflictiva gestión, que apareció finalmente como una ley de compromiso, que estructuraba el subsistema estatal y su carrera profesional y libraba la coordinación con las obras sociales, las provincias y los establecimientos privados, a la realización de convenios voluntarios de adhesión<sup>20</sup>. Esta ley fue derogada por el Proceso Militar en 1976.

Pero entretanto, los esfuerzos de integración continuaron realizándose en forma parcial.

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados (comúnmente identificado con la sigla P.A.M.I.), realizó convenios asistenciales con hospitales públicos, iniciando una política que otras obras sociales seguirían después.

La integración del conjunto de servicios de salud es una imperiosa necesidad. Es el tema del Seguro Nacional de Salud<sup>21</sup>.

Los ensayos del Hospital de Comunidad, con el acento puesto en la participación comunitaria, hablan a favor de un sistema abierto y compartido, con financiación múltiple.

El desarrollo de las obras sociales, cuyo aporte al gasto en salud alcanzaba en 1980 al 50% del total<sup>22</sup>, pone sobre el tapete un Seguro de Salud de base pluralista, en el que el estado y la seguridad social son los prestatarios mientras el hospital público y la medicina privada, los prestadores.

Hace falta, pues, una definición política; la que, por lo demás, deberá fundarse en la realidad de un sistema

pluralista en el que no es difícil encontrar fallas de estructura y de funcionamiento, en el desarrollo de un proceso dinámico al que han impreso sus características los cambios sociales y políticos y al que no han sido ajenas las colectividades extranjeras asimiladas a los intereses y expectativas de la Nación.

### HOSPITAL DE COLECTIVIDAD

El Hospital de Colectividad es —como dijimos antes— una institución original, fruto de la acción creativa y solidaria de la inmigración y del mutualismo por ésta inspirado.

Estos hospitales se fundaron en las ciudades donde hubo asentamientos inmigratorios. La ciudad de Buenos Aires ha llegado a albergar un conjunto de estas grandes instituciones, la mayoría en el siglo pasado y que hoy integran los cuadros de la seguridad social: el Hospital Italiano, el Hospital Español, el Hospital Francés, el Hospital Alemán, el Hospital Sirio-Libanes, el Hospital Israelita, el Hospital Británico, a los que hay que agregar el Centro Gallego y la Sociedad de Uniones e Benevolencia que mantienen más estricto el carácter mutual.

Cabe destacar en el origen del Hospital Italiano el carácter solidario y de fraterna unión que convocó al grupo inicial y mantuvo la idea a pesar de las contingencias políticas que las luchas por la unidad nacional italiana mantenían en la metrópoli y repercutían en la colectividad residente en Buenos Aires<sup>11</sup>. Superados los desentendimientos que hoy resultan totalmente comprensibles, pudo decir la Comisión Edilicia en 1883: "Este monumento (el Hospital Italiano) digno de un Príncipe, ha sido inaugurado por la caridad, la concordia, el amor de todos, todos los italianos"<sup>12</sup>.

El Hospital Italiano ha seguido una evolución paralela a la del hospital público, aunque manteniendo sus especiales características. Fue inicialmente un hospital de beneficencia, cuando la Società Italiana di Beneficenza asumía el rol de la asistencia social, en ayuda de los connacionales a quienes abatía la enfermedad.

Sin embargo, aún desde el principio adoptó las modalidades del mutualismo, y los que podían, obraban una cuota mensual como socios activos de una institución de socorros mutuos.

Los cambios profundos de la medicina, especialmente a partir de la segunda posguerra, inducidos por la alta especialización, la tecnificación, los elevados costos, el incremento de la demanda y el desarrollo de las obras sociales, hicieron que el Hospital Italiano, y con él los demás hospitales de colectividad, se incorporaran al sistema de la atención financiada por el tercer pagador de las obras sociales, los pre-pagos y los seguros privados de salud. Es el Hospital de Comunidad, participativo y de financiación plural.

No pocos problemas y dificultades deben afrontar los hospitales y sanatorios privados ante la ausencia de claras definiciones políticas y de adecuada estructuración institucional. En realidad, el sistema funciona "de hecho", con medidas asumidas en forma coyuntural, con muy limitada o nula participación de los propios interesados en la discusión de programas, pla-



nes y políticas del sector. Entre tanto, el Hospital Italiano de Buenos Aires, ha alcanzado desde hace varias décadas un alto desarrollo científico-técnico, asociado al Sistema de la Seguridad Social, tal cual se presenta en nuestro país.

Las páginas de este número dedicadas al desarrollo y situación actual de este moderno centro médico, dan buena cuenta de ello.

Alrededor del 85% de sus prestaciones médicas, están destinadas a satisfacer la demanda de diversas formas institucionales de la Seguridad Social. Así, mantiene contratos prestacionales con obras sociales en el contexto del sistema de aportes y contribuciones obligatorias.

Asimismo, atiende pacientes de diversas mutualidades voluntarias (muchas de ellas instituciones italianas), pre-pagos y cooperativas médicas, tanto de la capital como del interior<sup>23</sup>.

Desde hace 4 años ha implantado su propio Plan de Salud, como pre-pago voluntario y mantiene un contrato por capitación con el P.A.M.I.

Tan sólo el 15% de sus pacientes, corresponden a la estricta clientela privada de pago directo.

Por lo tanto, es una institución de la Seguridad Social, en la que el régimen de pago por terceros es la norma, como una adaptación a las características y exigencias de la atención médica moderna.

Mas es necesario aclarar que el hospital de colectividad es tan distinto de una institución pública como lo es de una sociedad lucrativa. Está llamado a superar las limitaciones del hospital público, que mantiene resabios de su antigua condición de institución de beneficencia, escasamente participativa para los usuarios y los mismos profesionales, así como de reducido confort para unos y otros y aún conserva cierto aire de oficina pública.

Está llamado también a superar al centro médico lucrativo, a veces más atento a las condiciones del mercado, a las exigencias mercantiles del rendimiento económico, más preocupado por el prestigio y la calidad asistencial en cuanto promotores de beneficios económicos y de la docencia de posgrado como instrumento de mano de obra barata, que por sus fines

y objetivos declarados.

No hay institución social que no esté acechada por riesgos desviatorios y es responsabilidad de dirigentes e integrantes el desarrollar aquellas condiciones que mantengan en pie los principios que la definen.

En el caso del Hospital Italiano, son las voces de su constitución inicial las que le reclaman la vigencia del espíritu de solidaridad social y el sentido de participación, que permitieron a sus fundadores llevar adelante una empresa de bien público.

Vale la pena mencionar aquí el segundo párrafo del artículo 1º del Reglamento del Cuerpo Médico Profesional que declara con énfasis el papel reservado a los profesionales de planta, quienes... "constituyen la columna vertebral del Hospital y del cuerpo profesional y son responsables del nivel asistencial, científico, docente e investigativo y mediante la productividad y eficiencia de los servicios, son factor sustancial de la marcha económica de la institución"<sup>24</sup>.

Ningún hospital público ni empresa comercial, reservarían este definitivo rol a sus cuadros profesionales.

De todos modos, la situación actual que enfrentan los hospitales de colectividad es especialmente grave. En efecto, los altos costos del equipamiento y los requerimientos del personal especializado, entre otros, plantean erogaciones que no son fáciles de compatibilizar con los objetivos de carácter social y de bien público, a menos que el aporte voluntario de la comunidad concorra de manera efectiva al cumplimiento de las finalidades sociales propias de estas instituciones.

El Hospital Italiano de Buenos Aires, como hospital de colectividad, se debe a los principios que le dieron vida.

Su relevante contribución a la capacitación médica y paramédica, tanto de pre-grado como de posgrado; su inserción en el sistema de salud; la acción mancomunada de la Sociedad Italiana de Beneficencia y del cuerpo médico-profesional; expresan el empeño por el cumplimiento de una responsabilidad social irrenunciable dadas sus características institucionales y su trayectoria más que secular.

## BIBLIOGRAFIA

1. Maeder, E. J. A.: "Población e inmigración en la Argentina entre 1880 y 1910", en "La Argentina del ochenta al centenario", G. Ferrari y E. Gallo (compiladores), Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1980, p. 556.
2. Alberdi, J. B.: Bases, XV (citado por E. J. A. Maeder, loc. cit.).
3. Maeder, E. J. A., loc. cit., p. 563.
4. Maeder, E. J. A., loc. cit., p. 566.
5. Gallo, E.: "La Pampa gringa", Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1983, p. 61.
6. Rojas, R.: "El santo de la espada", Ed. Kraft, Buenos Aires, 1962, p. 629, capítulo titulado "La barbarie cosmopolita".
7. Korn, F. y de la Torre, L.: "Constituir la unidad nacional 1880-1914", en "La Argentina del ochenta al centenario", p. 585.
8. García Díaz, C. J.: "La salud y la Seguridad Social"; Revista del Centro de Investigación y Acción Social, 38: 263, p. 17 y siguientes, 1977.
9. Campbell, R.: "El movimiento obrero". El Cid edit., Buenos Aires, 1982.

10. Perrin, G.: "Reflexiones sobre 50 años de seguridad social". Rev. Int. de Trabajo. 79:3, 1972, p. 28-30.
11. Oddone, J. A.: "El tema de la inmigración a través de los archivos italianos y españoles", en "La Argentina del ochenta al centenario", loc. cit., p. 575 y siguientes.
12. Zuccherini, E.: "La storia dell'Ospedale Italiano. 1853-1922". Società Italiana di Beneficenza in Buenos Aires, 1923.
13. García Dfáz, C. J.: "El Hospital Público y la Seguridad Social". Medicina y Sociedad, 6: 6, noviembre/diciembre, 1983.
14. Malamud, M.: "Domingo Cabred". Ediciones Culturales Argentinas, Buenos Aires, 1972.
15. Carrillo, R.: Obras Completas. Tomo IV, "Planes de Salud Pública 1952-1958". EUDEBA, 1975, p. 113-115.
16. "Reforma Hospitalaria". Ministerio de Salud Pública de la Prov. de Buenos Aires". La Plata, 1961.
17. Oñativia, A.: "Política Sanitaria y Social". Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Buenos Aires, 1965.
18. Holmberg, E. A. D.: "Políticas de Salud. La experiencia argentina". Medicina y Sociedad. 4: 12, 1981, p. 22-29.
19. I.N.O.S.: "Las obras sociales en la Argentina". V Congreso Iberoamericano de Seguridad Social. Buenos Aires, 1972.
20. García Dfáz, C. J.: "El Sistema Nacional Integrado de Salud". Revista del Centro de Investigación y Acción Social. Buenos Aires, 24:244, 1975, p. 5-19.
21. García Dfáz, C. J.: "Sistemas asistenciales y seguridad social en la Argentina". Revista del Hospital Italiano, 1: 2, 1981, p. 31-38.
22. de Estrada, S. M.: "Las Obras Sociales y la Seguridad Social", en "Coloquio de Obras Sociales", Medicina y Sociedad, Buenos Aires, 3: 3, 1980, p. 164.
23. Informe del Gerente de Prestaciones y Cómputos, Dr. I. Meletti. En el mes de setiembre de 1983, fueron atendidos pacientes de 693 instituciones, de las cuales 246 (36%) fueron obras sociales y 447 (64%) otras entidades. El total facturado en ese mes fue de \$a 19.076.744,00.
24. Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires. "Reglamento del Cuerpo Médico Profesional del Hospital Italiano" Buenos Aires, 1982.





# HISTORIA DEL HOSPITAL ITALIANO

Carlos A. Rezzónico

En 1853, la ciudad de Buenos Aires, con su chatura sólo interrumpida por cúpulas de iglesias y algunas torres y miradores, y sin perjuicios de sus límites oficiales, se recostaba por el Este sobre el gran río cuyas aguas llegaban hasta las actuales avenidas Leandro N. Alem y Paseo Colón; y, más allá del Pilar, del Mercado del Oeste (Plaza 11 de Setiembre) y del Hueco de los Sauces (Plaza Garay), las quintas y las chacras formaban el prolegómeno de la pampa. La población podía calcularse en unos 85.000 habitantes, adhiriendo a los cálculos que nos parecen más aceptables.

Sus calles —mal empedradas o de tierra— eran transitadas por carruajes, galeras, carros, carretas y jinetes. Los abundantes pantanos, se rellenaban casi siempre con basura.

En sus numerosos "huecos" se acumulaban los desperdicios. No existían servicios de aguas corrientes ni cloacas.

Sus noches sólo conocían las luces titilantes y amarillentas de las velas y los faroles de aceite o de petróleo.

El Hospital de la Residencia (Hospital General de Hombres) en Humberto I° entre Defensa y Balcarce, el Hospital General de Mujeres en Esmeralda entre Federación (Rivadavia) y Piedad (Bartolomé Mitre), la Enfermería Irlandesa en Cangallo entre Esmeralda y Suipacha, el Hospital Francés de Libertad entre Córdoba y Paraguay, el hospital de los residentes ingleses, eran los centros asistenciales de la época.

Desde hacía algún tiempo, residentes italianos pensaban en la posibilidad de fundar un hospital para la colectividad, pero nada se concreta hasta el 14 de setiembre de ese año, fecha en que se reúnen en la casa del señor Marcelo Cerruti, encargado de negocios del Rey de Cerdeña, calle Federación 240, los señores asistenciales del señor Juan Carossini, el nombrado Cerruti y el conde Juan Bautista Albini, comandante de la corbeta "Aquila" que se hallaba en aguas del Río de la Plata. En esa reunión se consideraron la utilidad y la oportunidad de establecer un hospital italiano. Respecto a la primera, podría verse disminuida si se concretaba el proyecto existente de edificar un

gran hospital para todos los extranjeros y es por eso que se encomienda al señor Amadeo que averigüe si aún subsiste la idea. En cuanto a la oportunidad, si bien hubo coincidencias sobre la situación poco próspera del momento, también se expuso el convencimiento de que tal circunstancia no impediría llevar la obra adelante.

Quedó aclarado que el Hospital Italiano sería una fundación sarda puesta bajo la exclusiva protección del Rey de Cerdeña, eliminando la injerencia de otros estados o gobiernos, pero abierto a todos los connacionales en igualdad de condiciones, razón por la cual se aceptarían donaciones de otros italianos no sardos, pero no se iría a golpear sus puertas para conseguirlos. El 13 de noviembre de 1853 se realiza otra reunión cuyo temario y resoluciones se desconocen pero que, junto a otra del 11 de diciembre y a contactos de persona a persona, condujeron a la celebración de la asamblea del 14 de diciembre que se llevó a cabo en la casa del señor Bartolomé Viale, calle Reconquista 521, a la cual, convocados por el señor Marcelo Cerruti y el conde Albini, asistieron los señores Presbítero José Arata, Luis Repetto, Bernardo Delfino, Luis Amadeo, Jacinto Caprile, Antonio Miguel Delfino, Santiago Corti, Esteban Francischelli, Juan Demartini, Vicente Amadeo, José Viale, Juan Devincenzi, Juan Robbio, Antonio Parodi, Juan Amoretti, Juan Podestá, José Parma, Domingo Garibaldi, Antonio Rosani, Esteban Natta, Francisco Amoretti, Nicolás Massone, Pedro Viale, Juan Piaggio, Antonio Doderó, Antonio Demarchi y el dueño de casa.

El encargado de negocios advierte sobre las dificultades del plan, aunque con el convencimiento de que las mismas serían superadas, y propone la designación de una Comisión Provisoria para la cual expone un programa de atribuciones referidas, principalmente, a la organización de las suscripciones, a la elección del terreno sobre el cual se levantaría el hospital, a los planos de éste y a su construcción.

El terreno estaría en las cercanías de la ciudad y no lejos de la Boca y Barracas, centros primarios de la población italiana.

En esa misma reunión, el R.P. José Arata, iniciando lo que luego se convertiría en una larga lista de benefactores, ofrece en donación un terreno de 33 varas y media de frente por 45 varas de fondo, con alguna construcción, valuado en 40.000 pesos, para servir de primer capital, y suscribe, además 4.000 pesos en dinero efectivo.

Por su parte, el conde Albini suscribe, en nombre de Su Majestad Víctor Manuel II, la cantidad de 45.000 pesos.

Sin perjuicio del problema financiero, había que dar prioridad a la adquisición del terreno donde se edificaría el hospital. Tres posibilidades fueron materia de debates y detenidos estudios en varias reuniones que se realizaron a fines de 1853 y comienzos de 1854: a) un predio situado "extramuros" cercano al Mercado Once de Setiembre, en la parroquia de Balvanera, entre Cuyo (Sarmiento) y Corrientes, de propiedad de don Pablo Juan Aramburú; b) un terreno que ofreció donar la señora Melania Deangelis con la única condición de construir en él el hospital, c) otro terreno del señor Roque Petrocchi, próximo a la Residencia.

Hubo marchas y contramarchas, se oyeron críticas, sobre todo a los dos primeros inmuebles por considerarlos muy alejados del centro de la ciudad y, además, al segundo, por hallarse en lugar pantanoso e insalubre; se analizaron otros argumentos en favor y en contra de cada uno y, finalmente, por escritura del 14 de febrero de 1854, el conde Juan Bautista Albini y don Marcelo Cerruti, en calidad de Comisarios Reales, adquirieron de los señores Roque y Pedro Petrocchi un terreno ubicado en la calle Santa Rosa (Bolívar) esquina Ituzaingó (Caseros) de 50 varas de frente al Este, 78 varas al Sur, 75 varas al Norte y 42 varas al Oeste, y otro terreno, contiguo al anterior, de 22,75 varas de frente al Este por 48 varas de fondo, y por escritura de igual fecha compraron al presbítero Ildefonso García una fracción de 22,75 varas al Este por 30 varas al Norte y al Sur, lindando por este último rumbo y por el Este, con los terrenos antes descriptos.

El 12 de marzo de 1854, el entonces gobernador de la Provincia de Buenos Aires, don Pastor Obligado, en nombre propio y en el de Su Majestad el Rey de Cerdeña, Víctor Manuel II, procede a colocar la piedra fundamental del edificio en un solemne acto que contó con gran asistencia de público.

Aprobadas las bases del concurso para los planos y realizado el mismo, cesa la actuación de la Comisión Provisoria, en razón de haber cumplido su programa, y surge la designación de la Comisión Edilicia.

El 21 de abril de 1854 se aprueba el contrato de adjudicación de la obra estipulado con el arquitecto Pedro Fossati, que también fue autor de los planos y dirigió la construcción del palacio arzobispal de Buenos Aires.

Todo parecía perfectamente encaminado hacia la consecución del fin perseguido, pero causas de distinta naturaleza obstaculizaron la obra y llegaron a paralizarla. Citaremos algunas: continuas desinteligenacias con el adjudicatario motivadas, algunas, por falta de precisión de los términos del contrato y otras, por actitudes asumidas por aquél. La temporal ausencia del país del señor Marcelo Cerruti, principal impul-

sor y organizador de la empresa acometida. El irregular funcionamiento de la Comisión Edilicia, que llegó a no reunirse desde el 16 de febrero de 1857 hasta el 12 de octubre de 1858. La disminución de donativos como consecuencia de la división de los residentes italianos en republicanos y monárquicos, reflejo de la situación vivida en la madre patria.

A tal extremo habían llegado las cosas, que en esa sesión del 12 de octubre de 1858 se consideró una oferta de compra del edificio del hospital, en el estado de construcción en que se encontraba el mismo, recibida del gobierno de Buenos Aires. ¡Con qué estado de ánimo discutirían el tema los concurrentes que en gran porcentaje habían sido los campeones de la primera hora! Por suerte para ellos, la propuesta no prosperó.

El núcleo republicano funda el 18 de julio de 1858 la "Società Italiana di Unione e Benevolenza" y del seno de esa sociedad surgiría en 1861 la idea de crear un Hospital Italiano de "Unione e Benevolenza". Por su parte, el grupo monárquico que el 25 de marzo de este último año fundara la Società Nazionale Italiana, buscando la forma de reactivar la obra inconclusa.

El conde Bartolomé De la Ville sustituye a don Juan Bautista Cerruti en el Consulado Italiano y lanza de inmediato una proclama llamando a la cordura y unión de los residentes. Pero —como lo señala Zuccarini— el cónsul comprendió que la única forma de calmar los ánimos, era ponerse a trabajar para terminar el hospital. Así se hizo y el 20 de abril de 1862 se reorganiza la Comisión Edilicia.

Nuevos aportes, nuevas demostraciones de solidaridad, nuevos contratos de obra, volvieron a impulsar la construcción del edificio, pero éste no estaba aún en condiciones de abrir sus puertas cuando en 1865 estalla la guerra con el Paraguay. El gobierno argentino lo requirió para la atención de los heridos de guerra y le fue concedido de inmediato. Transferido su uso al ejército brasileño, éste lo ocupó hasta el 31 de enero de 1867, dejándolo tan deteriorado que originó un reclamo ante el Ministerio de Guerra y Marina.

A fines de 1867 se desencadenó en Buenos Aires una epidemia de cólera que, solamente en el primer mes, tronchó la vida de unas 1.200 personas y el 3 de enero de 1868 se llevó al vicepresidente Marcos Paz, dejando acéfalo al Poder Ejecutivo por hallarse el presidente Mitre al frente de las tropas que luchaban en el Paraguay. Fue con motivo de ese flagelo que el municipio de Buenos Aires arrendó el edificio del hospital hasta mediados de 1869 para usarlo como lazareto.

No se habían terminado las reparaciones, cuando el Gobierno Nacional solicita nuevamente el hospital en alquiler para atención de los militares enfermos. Las llaves se reintegran el 1° de febrero de 1872 y es penosa la lectura del informe presentado a la Comisión Edilicia por el arquitecto Canale sobre los deterioros y elementos faltantes que observó en la inspección ocular realizada.

Finalmente, en 8 de diciembre de 1872, con la presencia de autoridades nacionales, provinciales y municipales, los cónsules francés e italiano, el comandante de la cañonera "Ardita", oficiales, marineros





y numeroso público, fue solemnemente inaugurado el Hospital Italiano. ¡Habían transcurrido 19 años desde aquellas memorables asambleas de 1853! Sobre la base de la réplica de la estatua de la Caridad de Bertolini, que lo adornaba, se consignó una inscripción en homenaje a los beneméritos italianos que con generoso sentimiento iniciaron la obra.

Ese primitivo hospital fue objeto de sucesivas ampliaciones. Había demorado demasiado en nacer y el proceso de crecimiento demográfico de la ciudad había sido vertiginoso: los 85.000 habitantes de 1853, llegarían en 1869 a 177.800 y, en 1872, se podrían calcular en 200.000. Por otra parte, la inmigración italiana había superado ampliamente a la de otras nacionalidades.

Si a lo dicho agregamos que se suscribieron acuerdos con sociedades filantrópicas de algunos países para la atención de sus asociados (suizos, portugueses, etc.) y que si bien era de una excelente arquitectura, su distribución no era la más apropiada, fácilmente justificaremos que pocos años después comenzara a pensarse en la construcción de un nuevo hospital.

La ciudad seguía creciendo. Una ley de 1887 le incorpora los partidos de Flores y Belgrano y un censo de ese año arroja un total de 437.875 habitantes de los cuales 209.224 eran argentinos y 228.651 extranjeros, entre los que se contaban 138.166 italianos.

En 1888, la Intendencia Municipal cursa una nota solicitando el traslado del hospital a un sitio más apropiado que no ofreciera riesgos para la higiene pública, y en la asamblea del 12 de agosto de ese mismo año el presidente José Solari informa sobre la adquisición, ad-referendum de la asamblea, de un terreno ubicado en Almagro en la manzana comprendida por las actuales calles Gascón, Potosí, Rawson y Cangallo. La compra se aprueba casi por unanimidad. El inmueble formaba parte de una mayor fracción que había pertenecido al doctor Dalmacio Vélez Sarsfield y, antes, a don Tomás Grigera. En ese lugar, el preclaro jurisconsulto redactó el Código Civil.

El barrio había entrado en una etapa de transformación que se acentuaría más en los años '90 y sobre todo en las primeras décadas del presente siglo. Contaba con 170 faroles de kerosene y estaban llegando los primeros a gas. Hacía tiempo que el "tranvía Billinghurst", como lo llamaban, había comenzado a cubrir el recorrido entre Plaza de Mayo y Flores por la calle Rivadavia. Don Federico Lacroze había obtenido la concesión de otra línea para llegar por Corrientes a la Chacarita siguiendo en parte el mismo itinerario y llenando a veces la misma función de aquel tren de triste memoria que se habilitó con motivo de la epidemia de fiebre amarilla. Como contrapartida, en atención a que tenía muy poco movimiento, el 1° de junio de 1887 se dispuso la supresión de la estación Almagro del Ferrocarril del Oeste. También debemos recordar que, por lo menos hasta fines de ese mismo año, existían mujeres que lavaban sus ropas en algunas lagunas de la vecindad y una crónica de la época, citada por Llanes, señala que el agua que se estancaba, mezclada con jabón y mil desperdicios, llegaba a impedir el tránsito por esas calles a raíz del olor nauseabundo que despedía.

El 15 de diciembre de 1889 fue colocada la piedra fundamental del nuevo hospital. Fue madrina de la

ceremonia la señora Elisa F. de Juárez Celman, esposa del Presidente de la República, y padrino el Rey de Italia, Humberto I°, representado por su ministro duque Anfora de Licignano.

Para encuadrar el terreno sobre el cual se edificaría el hospital, faltaba una franja que abarcaba todo su frente sobre la calle Gascón y que era de propiedad de la viuda de Anchorena la cual se obstinó en reclamar un elevado precio que fue necesario aceptar.

Mientras se encaraba la construcción en Almagro, el viejo hospital de la calle Bolívar seguía prestando sus servicios con un médico director al frente que contaba con la colaboración de tres médicos jefes de sección, tres médicos asistentes, tres practicantes internos, un farmacéutico jefe y dos asistentes, ocho hermanas de caridad y treinta enfermeros y personal de servicio. Tenía 200 camas, de las cuales 190 estaban destinadas a los enfermos y 10 a los empleados.

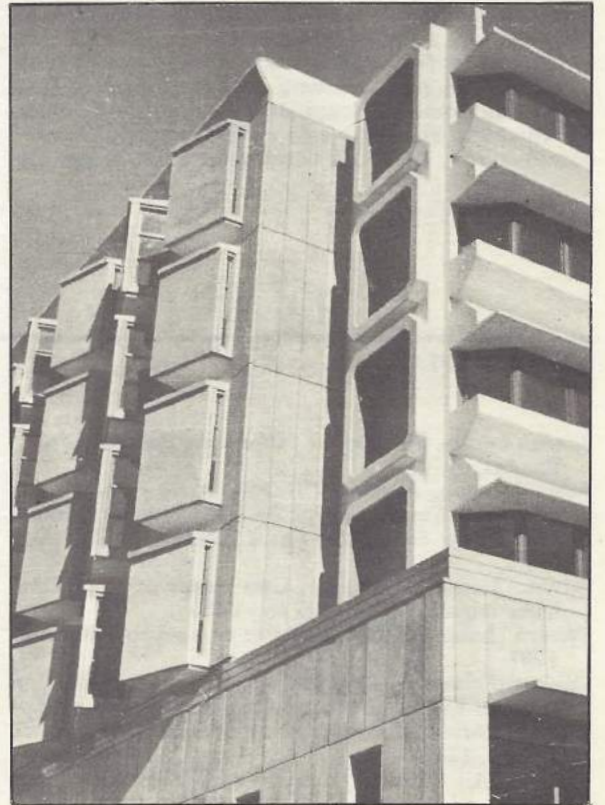
El ingeniero Juan Buschiazzi asume la responsabilidad de los planos y de la edificación del nuevo hospital. Fue este profesional una de las personalidades más distinguidas de la época que proyectó y dirigió importantes y bellísimas obras públicas y privadas.

Para facilitar la financiación, se obtienen sendos préstamos del Banco de Italia y Río de la Plata (100.000 pesos), del Nuevo Banco Italiano (50.000 pesos) y del Banco del Comercio (50.000 pesos), garantizados por el aval de veinte personas a razón de 10.000 pesos cada una.

La construcción finalizó y el hospital fue inaugurado el 21 de diciembre de 1901. Fue padrino de la ceremonia el conde Francisco Bottaro Costa y madrina, la esposa del cónsul General, doña Melinda Gioja. Al acto fueron invitados todos los socios del hospital y sus respectivas familias, las autoridades argentinas, italianas y de otros países, los presidentes de los hospitales locales y sus médicos directores, los presidentes de las sociedades italianas, los beneméritos de la institución, los presidentes y médicos directores de los hospitales italianos de Montevideo, Rosario, Santa Fe y La Plata. En la reunión se informó sobre la donación que don Marco De Marchi ofrecía en memoria de su padre Demetrio De Marchi, consistente en todo lo necesario para la instalación completa de una farmacia en el edificio del nuevo Hospital Italiano. Nueve días después, con la colaboración de la Cruz Roja y de la Asistencia Pública, se trasladan los enfermos del viejo hospital al recién inaugurado.

Hasta ese momento, los vecinos del barrio de Almagro sólo habían contado con la proximidad del Hospital Español, inaugurado a fines de 1877, y del actual Ramos Mejía, conocido por los nombres de San Roque y de Caridad, que funcionaba desde 1883, pues casi no cuenta la breve permanencia en el vecindario del primer hospital de niños inaugurado el 21 de abril de 1875 en la actual calle Hipólito Yrigoyen al 3400 y trasladado al año siguiente a una casa de la calle Arenales 1460.

En 1903 se instala la escuela de enfermería. A partir de 1905 el hospital comienza a ser escuela de medicina y cirugía. El doctor Repetto, profesor de la Facultad de Medicina, fue autorizado a dar semanalmente en el hospital un curso práctico de clínica quirúrgica adscripto a la citada facultad. También el gabinete anatómo-patológico fue un precioso auxi-





liar para el estudio y la investigación en el campo histológico y bacteriológico.

En la asamblea del 9 de setiembre de 1906 se autoriza al Consejo para encarar, fuera del recinto del hospital, la construcción de consultorios externos en un lote de terreno a adquirirse. La piedra fundamental fue colocada el 20 de setiembre de 1910, en una modesta ceremonia, y se inauguró el 20 de setiembre de 1913 con la asistencia del embajador, comendador Cobianchi, del intendente municipal, doctor Joaquín de Anchorena, del diputado por la Capital, doctor Nicolás Repetto, del representante de la Asistencia Pública, del cónsul general, comendador De Gaetani, y otras personalidades.

Hagamos un paréntesis y volvamos al edificio del viejo hospital: ¿Qué pasaba con él? En 1901 —según dato que nos suministrara el historiador Enrique Horacio Puccia— se fundó el Colegio del Santísimo Nombre de Jesús del que fuera director Fray Alvaro Alvarez y Sánchez, y Priora la señora Adela D. de Lagos y cuyos fines eran cuidar a los hijos de las mujeres que debían trabajar. En 1902, el Consejo Directivo recomendaba a la Junta Administrativa gestionar ante la Casa Real Italiana la transferencia al hospital de la propiedad del viejo. El Rey Víctor Manuel III, por decreto del 3 de mayo de 1903, autorizó la venta del primitivo Hospital Italiano con la condición de que el respectivo precio se destinara a cancelar el pasivo que pudiera existir originado por la construcción del nuevo. La condición expuesta no fue del agrado de la asamblea que la consideró, teniendo en cuenta que la obra era el fruto del esfuerzo de los residentes en el país y que prácticamente no existía pasivo. Una institución como el Hospital Italiano no debía obtener completa libertad y esto motivó un pedido de reconsideración. El 27 de octubre de 1911, el Rey de

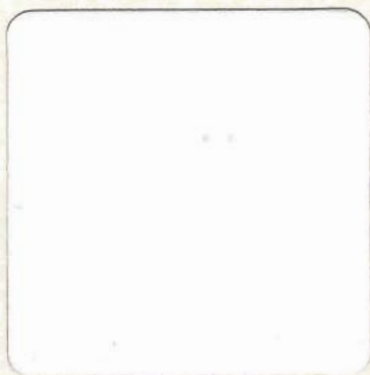
Italia elimina la citada condición.

No obstante lo que acabamos de relatar, nadie dejó de pensar en la querida Italia: cuando ésta entró en la Primera Guerra Mundial, el Hospital Italiano puso a disposición del comité de guerra su personal médico y elementos sanitarios para el reconocimiento de los ciudadanos llamados a las armas y en el edificio de Bolívar y Caseros se dio alojamiento a los reservistas. Además, partieron como voluntarios varios médicos del hospital y la Junta dictó una orden del día de la cual resultaba: que se concedería una licencia extraordinaria a aquél personal que por propia voluntad o por obligación, entrara a formar parte del ejército italiano; que a los empleados que no tuvieron familia se les entregaría dos meses de sueldo al partir; que para los que tuvieran familia, correspondería a ésta un 50% del sueldo durante todo el tiempo que permanecieran en servicio; que en caso de muerte por causa de guerra, se daría a la familia residente en la República un subsidio único cuyo monto se fijaría teniendo en cuenta las condiciones financieras de la misma y los años de servicio que el fallecido tuviese en su haber. En el año 1926 el Hospital tuvo decisiva participación en el diagnóstico de una epidemia de triquinosis que afectó a personal del Ferrocarril Oeste proveniente en su mayor parte de las estaciones Merlo y Mechita. La necesidad de ampliar sus instalaciones, hizo que se continuara con la adquisición de muchos otros lotes linderos y así, según relevamiento catastral realizado en el año 1944, la superficie de la parcela ocupada por el Hospital era, a esa fecha, de 28.956 metros cuadrados.

Esta es, sintéticamente, la historia de un gran hospital, producto del amor y la generosidad de una colectividad que, a su vez, en una etapa difícil, encontró la concordia a través de su propia obra.

## BIBLIOGRAFIA

- Arenas Luque, Fermín V.: "Cómo era Buenos Aires", Bs. As., 1979.
- Besio Moreno, Nicolás: "Buenos Aires - Puerto del Río de la Plata - Capital de la Argentina. Estudio crítico de su población. 1536-1936". Bs. As., 1939.
- Bilbao, Manuel: "Buenos Aires desde su fundación hasta nuestros días", Bs. As., 1902.
- Cánepa, Luis: "El Buenos Aires de antaño". Bs. As., 1936.
- Cunietti-Ferrando, Arnoldo J.: "Apuntes históricos sobre el barrio de Almagro" en Boletín del Instituto Histórico de la Ciudad de Buenos Aires Nro. 7. Bs. As., 1982.
- Galarce, A.: "Bosquejos de Buenos Aires". Bs. As., 1886.
- Llanes, Ricardo M.: "El barrio de Almagro". Bs. As., 1968.
- Meletti, Idilio. Trabajo sobre historia del Hospital Italiano, 1980.
- Muello, E.: "Cincuentenario de la Federalización de Buenos Aires, 1880-1930". Bs. As. 1930.
- Penna, José y Madero, Horacio: "La Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Ciudad de Buenos Aires". Bs. As., 1910.
- Scobie, James R.: "Buenos Aires del centro a los barrios". Bs. As., 1977.
- Toullard, A.: "Los planos más antiguos de Buenos Aires". Bs. As., 1940.
- Wilde, José Antonio: "Buenos Aires desde 70 años atrás". Bs. As., 1977.
- Zuccarini, E.: "La Storia dell'Ospedale Italiano". Bs. As., 1923.
- Suplemento del diario "La Nación". 1816-1916. Bs. As., 1916.



# DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

## SERVICIO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR

El Servicio de Cirugía Cardiovascular tiene una extensa trayectoria en el Hospital Italiano y en la cirugía del país. Su organización se inició en los comienzos de la década de 1950. Hoy es un Servicio en pleno desarrollo en el orden asistencial y en el de la investigación clínica, con una relevante actuación en el orden nacional e internacional.

### 1. Actividad asistencial

El trabajo creciente en forma sostenida en cirugía cardíaca en los últimos dos años, nos ha llevado en este momento a considerar una programación de lunes a viernes de tres operaciones diarias con circulación extracorpórea. En el período 1984-1988 debemos considerar seriamente un promedio de cuatro extracorpóreas por día. El prestigio del Servicio de Cardiología de este Hospital ha sido una causa concurrente para este aumento progresivo de trabajo médico al punto que se ha elevado a la Dirección, un estudio médico conjunto de los siguientes sectores: Cardiología, Área de Recuperación Cardiovascular, Anestesia Cardiovascular, Perfusión Extracorpórea, Hemodinámica y Cirugía Cardiovascular, para que en forma integral sea considerado este aspecto del estudio. Los Servicios involucrados en este mismo propósito han sido alertados al respecto y preparan en este momento el estudio de referencia.

### 2. Actividad docente

El eje de la docencia pasa en nuestro Servicio a través de la asociación con el Servicio de Cardiología y en forma práctica con los ateneos clínico-quirúrgicos que en conjunto sostienen ambos Servicios los días martes y viernes en las primeras horas de la tarde. Además, los profesionales del Servicio, en este caso para el grupo de nuestros propios residentes, sostiene

conferencias periódicas sobre temas fundamentales.

La actividad rotacional de nuestros residentes a través de la sala de operaciones en sus diversos sectores y de la recuperación cardiovascular, contribuye a una docencia de características teórico-prácticas.

### 3. Investigación

Los fundamentos de la investigación en nuestros Servicios de Cardiología y Cirugía son de tipo clínico.

Esta investigación se realiza a través del seguimiento alejado de las diferentes patologías tratadas o en estudios de enfermedades determinadas. En este último grupo se estudian en una forma sistemática las afecciones valvulares y enfermedades de la aorta torácica. La investigación básica se realiza en este momento en forma conjunta con el Servicio de Patología. Es una actividad extramural en la cual se aborda un tema de importancia como es la consideración de las bioprótesis valvulares y la calcificación alejada de las prótesis de tejidos biológicos implantados en el aparato cardiovascular. Esta investigación en particular, perdurará aproximadamente durante los años 1984-1985.

De reciente creación es el Consejo Internacional para la Investigación Clínica de la Circulación Mecánica (International Council for Clinical Research on Mechanical Circulation).

Es de importancia destacar la integración de comisiones de trabajo dentro de este Consejo Internacional, que posibilitan el desarrollo de trabajos de investigación cooperativos como los que llevaron a cabo durante el año 1983 en Estados Unidos, en el Servicio del Dr. Denton A. Cooley y en Francia durante el año 1984.

La Secretaría General del Consejo funciona en este Hospital, coordinando a nivel internacional, todos los programas cooperativos de investigación del Consejo, vinculando al Servicio Quirúrgico con centros relevantes del mundo entero.



Este Servicio está en la faz pre-clínica para la obtención de su ventrículo auxiliar de uso prolongado. A fines de este año se realizará el primer estudio cooperativo extramural a través del Consejo, entre este Servicio y el Texas Heart Institute de Houston.

En resumen: a) El Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Italiano se muestra con relevante actividad en el orden asistencial en el período 1971-1983; más de 8.000 operaciones se realizaron en el Servicio que incluyen cirugía cardíaca, cirugía vascular y marcapasos implantables.

b) En el orden de la investigación clínica es el centro de una importante actividad internacional para la coordinación de todos los programas de investigación cooperativos del Consejo Internacional para la Investigación Clínica de la Circulación Mecánica.

#### SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

Siguiendo líneas de trabajo modernas y que parecieron coherentes, los cirujanos del Hospital Italiano, en los últimos 25 años, nos fuimos agrupando alrededor de ideas, fuerza que podríamos resumir en:

- a) Integración en un Servicio único de Cirugía General aunando esfuerzos individuales y aglutinado requerimientos de espacio físico y apoyatura tecnológica cada vez más cambiante y costosa en los últimos años.
- b) Fuerte apoyo a la residencia en cirugía, no sólo en lo que a formación del recurso humano se refiere, sino como factor de cambio en el propio Servicio e Institución.
- c) Consolidar la idea de las ventajas del trabajo en un solo centro asistencial, donde poder desarrollar la actividad lo más integralmente posible: asistencial, docente y de investigación.
- d) Fomentar el trabajo en equipo, con toda la significancia que esto tiene en el logro de cambios de actitudes, integración humana, minimizando egoísmos personales y creando un clima de trabajo compatible con una permanencia prolongada en el Hospital.
- e) Participación activa en los distintos estamentos de la institución que favorezcan la concreción de estas ideas. Ejemplo: Trabajar en el Departamento de Docencia e Investigación, en los distintos comités e incluso en las comisiones que tiendan a proteger y perfeccionar la actividad profesional.
- f) Insistir en los aspectos éticos y humanos de la conducta médica como pilar fundamental en toda actividad tan compleja como el ejercicio médico en tiempos modernos.

Comenzamos así de cinco Servicios quirúrgicos, para encontrarnos hoy con un sólo Servicio de Cirugía General, altamente desarrollado, que hemos sectorizado a fin de profundizar en distintos aspectos técnicos asistenciales, para brindar lo mejor a los pacientes que asisten a un centro de alta complejidad y referencia como es el Hospital Italiano de Buenos Aires. En una palabra adecuar más los objetivos del servicio a los objetivos del Hospital.

Los distintos sectores: torácico, gastroesofágico, coloproctológico, hepatobiliopancreático, flebolinfológico,

de paredes abdominales y de cabeza y cuello, se han ido desarrollando en general alrededor de ex residentes del Servicio que se han perfeccionado en centros especializados del exterior, siguiendo objetivos claros y compartidos por el grupo.

Se ha tenido especial cuidado que estos sectores no dejen de tener elementos comunes de funcionamiento en lo médico asistencial, en lo humano y en lo económico, a fin de proteger la permanencia de una cirugía básica que con idea totalizadora debe ser protegida como punto de partida de toda idea de perfeccionamiento.

En definitiva, los lineamientos trazados nos han permitido constituir un grupo humano más o menos homogéneo, que trabaja activamente en lo asistencial, en niveles que creemos francamente aceptables para nuestro país, que desarrolla una intensa tarea docente de pre y posgrado (en relación con la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires) una importante tarea académica en los más prestigiosos foros quirúrgicos del país, sin abandonar tareas de investigación, siguiendo líneas modernas de desarrollo médico, todo esto dentro de un clima de relaciones personales bueno y con un alto compromiso con el devenir de la Institución.

#### CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA

La palabra "cirugía (*gr. cheurugía, de chéir, mano y ergon, obra*) es la parte de la medicina que se sirve de la mano, sola o provista de instrumentos, en el tratamiento de las enfermedades o de las lesiones traumáticas".

"Plástica (*gr. plastike, modelar*) indica una intervención cuyo fin es corregir, integrar o reconstruir una estructura, normalizando su aspecto y forma e incluso devolviéndole su función en la medida de lo posible".

Gustavo Sanvenero-Roselli, eminente cirujano plástico contemporáneo de la Universidad de Milán, definió a la cirugía plástica como "rama de la cirugía que se ocupa del modelado, restauración y reconstrucción de partes deformes o que faltan por defecto congénito, por accidente o por enfermedad". Esta especialidad se intensificó a partir de la Primera Guerra Mundial por el número creciente de traumatismos y lesiones que produjo, sumándose más tarde, la mecanización de la industria, la mayor rapidez de los medios de transporte y la participación más amplia en actividades deportivas del hombre.

Quizás históricamente todo se inició con el concepto de "trasplante de tejidos", siendo su fiel exponente el "injerto", masa de tejido vivo separada totalmente de su asiento original e implantada en otra zona, de la cual ha de recibir su nutrición, y del "colgajo", masa de tejido vivo separada de su asiento original, pero que mantiene conexión parcial con éste por medio de un pedículo que le proporciona su nutrición principal.

El papiro de Ebers (1500 años a.C.) señala que los egipcios practicaban los injertos 3.500 años a.C. y la cultura judía transmitió a persas y árabes la técnica de corrección de narices destruidas.

Pero, en realidad, el trasplante libre de tejidos no resucita hasta la mitad del siglo XIX. En 1869, Reverdin (cirujano suizo que trabajaba en el Hospital Necker de París) transplanta con éxito porciones de epidermis de 2 a 4 mm a zonas de granulación; y en 1886, Thiersch, en el 15° Congreso de la Sociedad Alemana de Cirugía, hace nuevos aportes con tomas más generosas y completas, hasta que en 1929 aparecen los injertos de "mediana piel" de Blair. La guerra mundial proporcionó un enorme número de casos para la aplicación del trasplante en gran escala, y Padgett, con el invento del Dermátomo, facilitó el método. Se agregaron Filator y Gillies con el desarrollo de los colgajos tubulares, y desde entonces, infinitas posibilidades de variantes con Kazanjian, Diefenbach y muchos otros.

En nuestro país fueron pioneros en esta especialidad: Ivanisevich, Malbec, Marino, Lelio Zeno, Palacio Posse, Dellepiane Rawson, los Finochietto y otros. Todos ellos eran, sin duda, cirujanos generales. Por ello, como bien dice Gelbke "si bien la cirugía plástica y reconstructora tiene sus técnicas especiales, sus bases patogénicas se encuentran en el terreno de la cirugía general, fuente original de todas las disciplinas operatorias". Pero Pick agregaba "la cirugía plástica es la que tiene mayor número de problemas por resolver y la más abundante en métodos de difícil aplicación general".

#### Actividad asistencial

El Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Italiano tiene varias décadas de antigüedad.

En él se desarrolla la totalidad de áreas que caben a un centro de alta complejidad, y se atienden pacientes con un poliformismo de patologías dignas de destacar, como ser:

**Traumatología facial.** La industrialización y los accidentes de tránsito son los principales proveedores de esta patología, con compromiso de partes blandas y del maciso óseo con fracturas simples o complejas, únicas o múltiples, que si no son resueltas convenientemente pueden afectar la función respiratoria, la visión y la masticación. A tal fin se integra el Servicio al equipo multidisciplinario que concurre a la solución de estos casos, compuesto con frecuencia por otorrinolaringólogos, oftalmólogos, ortopedistas generales y odontólogos, como asimismo neurólogos y neurocirujanos por la repercusión encefálica de los traumas y lesiones de la bóveda craneana. Dejándose para un segundo tiempo las severas secuelas cicatrizales en el rostro, de larga y seria evolución por la presencia de cicatrices viciosas, hipertróficas y pigmentadas (queloides), que no sólo alteran el contorno facial, sino que con frecuencia provocan deformaciones a nivel de zonas orificiales, como ser ojos, boca, fosas nasales, etcétera.

Aspectos importantes a considerar son también los que corresponden a los padeceres congénitos y a los oncológicos adquiridos, donde se practican infinitas variedades de colgajos como desaffo constante de técnicas de geometría quirúrgica.

Los avances logrados en estos aspectos señalados son

realmente espectaculares y donde la cirugía plástica-reparadora-maxilofacial desarrolla su máximo potencial científico-técnico.

**Tratamiento de los quemados y sus secuelas.** Este aspecto que podríamos considerarlo como uno de los más severos de la accidentología actual, se halla en vías de reestructuración para dotar al Servicio de los elementos para una óptima atención. Actualmente se asisten a estos pacientes en conjunto con internistas y ello es un buen ejemplo de integración entre servicios.

Estos pacientes realmente nunca abandonan el hospital, puesto que aparecen secuelas funcionales; y es aquí donde nace una subespecialidad de la cirugía plástica que ha logrado resultados felices en la solución de bridas y retracciones en zonas de flexión o movimiento y apoyo; nos referimos a la microcirugía, que con sus delicadas anastomosis microvasculares y sus colgajos libres, abre un futuro promisorio para los pacientes y para lo cual el Servicio ha preparado los recursos físicos y humanos.

El tratamiento de los pacientes escarados es otro campo importante. Se trata de pacientes parapléjicos o gerontes enfermos, donde los largos períodos de postración desencadenan las úlceras por presión, y donde a la labilidad que corresponda a la edad, se suma la infección crónica originando en ocasiones verdaderas "cloacas" de tejidos mortificados. En la actualidad, la vigencia de las operaciones con colgajos músculo-cutáneos está obrando verdaderos prodigios en este campo, pues aporta el verdadero acolchado biológico que requieren las zonas de apoyo. Nuestra experiencia al respecto se trasunta en trabajos científicos ya presentados en sociedades y congresos.

"El cirujano esteta tiene una misión delicada y riesgosa a la vez; de su justo criterio y artesanal quehacer depende el comportamiento psíquico del paciente que trata. Muchos éxitos puede lograr, pero resultados mediocres también provocar. Pero he aquí la necesidad de establecer un verdadero vínculo de honestidad y real valer y experiencia." Este fragmento debería ser ubicado a continuación de: "En las operaciones de corrección nasal (...) y también sujetos a riesgos y complicaciones".

Otro de los aspectos que nuestra especialidad contempla, y quizás es el más difundido se refiere a la cirugía estética.

En las operaciones de corrección nasal, orejas, párpados, cara, cuello y frente, como asimismo, la región mamaria y abdominal, una técnica prolija y cuidadosa brinda resultados halagüeños, pero sin promesas de juventud perenne y también sujetos a riesgos y complicaciones.

#### Actividad docente e investigativa

En el área docente la mayor parte de los integrantes del Servicio colaboran con la Unidad Hospitalaria en los temas quirúrgicos que le atañen, en el curso de instrumentación y en la escuela de enfermería. En el área de la investigación se ha completado un importante ciclo de experimentación en el Sector Medi-



cina Experimental. Se ha cubierto desde los primeros pasos la práctica de microsutura en materiales inertes y posteriormente en animales, aprovechando el bien dotado bioterio con que contamos. En nuestros planes figura continuar prestando a este aspecto en especial una preferencial atención.

### SERVICIO DE GINECOLOGIA

El Servicio de Ginecología fue fundado en abril de 1964. Desde 1966 es asiento de la Tercera Cátedra de Ginecología de la Universidad de Buenos Aires. Fue su primer jefe el profesor Leoncio A. Arrighi hasta 1970.

Desde 1970 hasta 1980 el profesor Héctor L. Guixá y desde enero de 1980 hasta la actualidad el profesor Arturo A. Arrighi.

#### Organización

El Servicio de Ginecología organizado en secciones que intentan globalmente asegurar la completa atención de las enfermedades del aparato genital de la mujer. Dichas secciones son:

1. *Fertilidad*: para atención de los problemas del área específica de la reproducción: esterilidad (dificultad o imposibilidad de lograr embarazo) e infertilidad (imposibilidad de llevar a feliz término una gestación lograda).
2. *Endocrinología femenina*: atención de los problemas vinculados al anormal funcionamiento del sistema endocrino-genital de la mujer (alteraciones del ciclo, amenorreas, metrorragias, climaterio, etcétera).
3. *Ginecología infantojuvenil*: atención de los problemas ginecológicos aparecidos en niñas o adolescentes, enfocados por especialistas en el manejo de dicha patología y en pacientes de esa edad.
4. *Regulación de la natalidad*: cuya finalidad es aconsejar médicamente en relación a los métodos que las pacientes que desean regular su natalidad han elegido.
5. *Patología mamaria*: atención de las pacientes que concurren con signos o síntomas de enfermedad mamaria.
6. *Oncología ginecológica*: atención de las pacientes en las que se ha llegado al diagnóstico de carcinoma o malignidad del aparato genital pelviano.
7. *Patología cervical*: destinado a realizar la pesquisa intensiva del carcinoma cervical.
8. *Control ginecológico*: destinado a la atención de las pacientes que desean efectuar exámenes de control o sea mujeres asintomáticas.
9. *Quimioterapia ginecológica*: destinado a la atención y terapia oncológica ambulatoria, bajo riguroso control médico, especializado en el manejo de dicha medicación.
10. *Consultorio de urología ginecológica*: atención de ginecopatías con repercusión urinaria y al control urológico de pacientes con malignidad pelviana.

El Servicio cuenta con un Registro de Tumores Geni-

tales, perfectamente organizado, lo que facilita el control ulterior de las pacientes tratadas con el importante beneficio que ello significa para las pacientes y para el perfeccionamiento terapéutico del Servicio. Hemos logrado un seguimiento a 5 años aproximado del 95% de las pacientes tratadas, cifra elocuente a nivel mundial de la eficacia del sistema.

Cada una de las secciones ha desarrollado un sistema propio de fichaje que permite una útil recopilación de datos con la finalidad de mejorar nuestra atención sobre la base de nuestra experiencia así documentada.

#### Docencia e Investigación

El Servicio, como sede oficial de la Tercera Cátedra de Ginecología de la Universidad de Buenos Aires, desarrolla tareas docentes en distintos niveles. Desarrolla actividades de pregrado en forma continua, en ciclos de seis semanas, desde marzo a diciembre. A nivel posgrado se dictan dos cursos: básico de ginecología y especializado. Este último toca anualmente temas específicos de sub-áreas de nuestra especialidad: oncología, esterilidad, patología mamaria, etcétera. Además, la Cátedra ofrece tres becas anuales de perfeccionamiento (esterilidad, oncología y patología mamaria) integradas en su plan de perfeccionamiento de posgrado. El Servicio cuenta con residentes y becarios, quienes durante un lapso de tres años desarrollan un progresivo aprendizaje de la especialidad. Estas últimas actividades se hallan bajo el control del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital. El Servicio desarrolla intensa actividad en investigación clínica. Han sido presentados ante las distintas Sociedades de nuestro medio diferentes publicaciones en las que se han puntualizado resultados obtenidos por la estricta aplicación de protocolos de investigación:

- a. Valor de la ecografía en el diagnóstico de los tumores pelvianos (Premio Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, año 1981).
- b. Receptores hormonales en el cáncer de la mama (Premio Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Año 1982).
- c. Infertilidad (Premio Sociedad Argentina de Esterilidad y Fertilidad Bienio (1981-1982).
- d. Valor de la biopsia colposcópica (Premio Dr. Enrique Vázquez Ferro de la Sociedad Argentina de Patología Cervical Uterina y Colposcopia. Año 1982).
- e. Genética del aborto espontáneo (Premio Prof. Dra. Gaudino de la Facultad de Medicina de Buenos Aires). Año 1981.

En la actualidad, el Servicio se halla trabajando en los siguientes protocolos: 1) Estadificación del cáncer genital, 2) Estudio de la esterilidad sin causa aparente, 3) Cirugía en menos en el cáncer de la mama, 4) Estudio de la enfermedad pelviana inflamatoria.

### SERVICIO DE NEUROCIRUGIA

La neurocirugía es la más antigua de las artes quirúrgicas, ya la practicaban las primeras civilizaciones del



Medio Oriente. También algunas civilizaciones indígenas americanas conocían la neurocirugía; lo prueba el hallazgo de cráneos trepanados en cementerios incas. Luego queda perdida en el devenir de la historia, para reaparecer recién a principios de este siglo. Por ello podemos decir que es la más antigua, pero también una de las más jóvenes prácticas dentro de la cirugía.

En el Hospital Italiano el Servicio de Neurocirugía se creó en 1950, siendo su primer jefe el doctor Enrique Morea. Ocupó dicho cargo hasta 1968, siendo sucedido por el doctor Juan Carlos Christensen, y desde octubre de 1971 por el profesor Raúl F. Matera.

La Medicina ha evolucionado más en los últimos 30 años que en los últimos 30 siglos; por lo tanto, no puede compararse la actividad neuroquirúrgica de la década del 50 con la actual. Pero dentro de la posibilidad de cada momento el Servicio siempre prestó asistencia a primer nivel; por ejemplo, desde su inicio realizó actividades neuroradiológicas, y fue uno de los primeros centros del país en que se efectuaron angiografías cerebrales con un aparato equipo para tal fin.

El advenimiento de la tomografía computada y la introducción del microscopio en el quehacer quirúrgico, han provocado un progreso neuroquirúrgico que permite diferenciar en la neurocirugía una etapa previa y otra posterior a la utilización de la tomografía computada y el microscopio en esta cirugía.

A la luz de esos progresos, el Servicio se ha convertido en uno de los primeros del país, de los que más intervenciones quirúrgicas realiza, cubriendo la casi totalidad de las subespecialidades neuroquirúrgicas.

#### Actividad asistencial

El Servicio de Neurocirugía cuenta con una planta física en la que se incluyen cuatro camas de terapia intensiva y cinco de cuidados especiales, un área de Cuidados Intensivos "bacteriológicamente limpia" que permite un mejor manejo de los pacientes, en especial de los posoperatorios, ya que toda esta patología es controlada directamente por neurocirujanos, lo que redundó en un mejor nivel asistencial, concepto compartido en importantes centros del extranjero.

Dado el carácter institucional del centro de referencia, son derivados al Servicio, pacientes complejos o complicados de cualquier parte del país, lo cual nos ha llevado a tener que desarrollar todas las técnicas quirúrgicas modernas para poder cumplir nuestro cometido.

Un ejemplo de ello es la cirugía vascular encefálica, la cual aborda un importante y frecuente grupo de patologías como las aneurismas y las malformaciones arteriovenosas encefálicas y medulares, las cuales han obligado al desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas, en especial la cirugía vascular con microscopio; con amplio desarrollo de la microneurocirugía.

Un párrafo aparte merece la realización de "bypass" o puentes vasculares entre las otras áreas extracraneanas y el cerebro. Otra técnica es la de "revascularización cerebral", que mediante "bypass" o puentes vasculares entre la circulación extracraneana y cere-

bral abre una importante esperanza para los pacientes portadores de afecciones obstructivas de los vasos encefálicos. Esta técnica la venimos aplicando desde hace siete años.

Hemos desarrollado también las técnicas de embolización a través de cateterismos con cineangiografía, lo cual nos permite enfrentar diferentes tipos de malformaciones y fístulas arteriovenosas.

Hace algo más de veinte años el neurocirujano canadiense Jules Hardy desarrolló una técnica especial para abordar quirúrgicamente la hipófisis por vía transnasal. Posteriormente, con el progreso de las técnicas radioinmunológicas en endocrinología se pudieron diagnosticar precozmente varias afecciones hipofisarias, todas subsidiarias de este tipo de cirugía. Nosotros somos uno de los tres centros en Buenos Aires, en el cual se aplican rutinariamente y con éxito las técnicas de cirugía transeptoefenoidal hipofisaria.

Recientemente hemos comenzamos a aplicar una técnica realmente novedosa dentro de nuestra especialidad: la toma de biopsias cerebrales bajo técnicas estereotáxicas con ayuda de la tomografía computada. Este método será de gran ayuda para el diagnóstico anátomo-patológico de las lesiones tumorales, inflamatorias, etcétera y para evaluar, cuando se hace necesario, el empleo de técnicas radicales de neuroquirúrgica o cuando está indicada la radioterapia como medida primaria.

El Servicio tiene montado un sistema de guardia permanente que permite realizar cualquier intervención neuroquirúrgica de urgencia en cualquier momento. Esto soluciona un considerable número de urgencias neuroquirúrgicas derivadas de otros centros asistenciales.

#### Actividad docente

La tarea docente de pregrado se efectúa rutinariamente, facilitada en tanto que la mayoría de los médicos del Servicio son docentes de la Universidad de Buenos Aires. La tarea docente de posgrado más importante es el dictado de cursos teórico-prácticos de microneurocirugía o conferencias dictadas por personalidades nacionales y extranjeras.

Periódicamente se efectúan "cursos internacionales" con primeras figuras de la neurocirugía mundial, dirigidos a neurocirujanos jóvenes de Argentina y América Latina. En ellos se desarrollan temas de actualidad, en íntima relación docente-alumno, lo que permite un gran aprovechamiento y un fructífero intercambio de ideas.

La tarea docente de mayor trascendencia del Servicio es la formación de médicos residentes y becarios en la práctica neuroquirúrgica.

Desde 1972 han pasado por el Servicio 23 médicos residentes y/o becarios, que han completado ciclos de 3 a 4 años de permanencia. En dichos ciclos han realizado un período de intensa capacitación formativa, egresando con la preparación necesaria para abrirse camino con idoneidad en la especialidad. La mayoría de estos médicos, del interior del país y otros de países latinoamericanos, han regresado a sus sitios de origen, y hoy día constituyen verdaderos





nexos entre esta casa y los centros quirúrgicos donde actúan con eficiencia y responsabilidad.

### SERVICIO DE OBSTETRICIA

El Servicio de Obstetricia se constituye en octubre de 1976 con la designación como jefe, del doctor Omar H. Althabe.

Desde su creación estuvo inspirado en la moderna concepción de la atención obstétrica que se basa en el concepto perinatólogico; es decir, la conjunción de la obstetricia y neonatología en una interacción permanente, a su vez relacionándose con todas las especialidades de la medicina, dando a la atención de la embarazada un enfoque multidisciplinario integral. Sus objetivos básicos pueden resumirse en:

- 1) Prestar servicios de atención obstétrica permanente, eficiente y en forma coordinada con las otras unidades de salud del Hospital.
- 2) Desarrollar funciones de servicio de docencia y de capacitación e investigación científica en aspectos vinculados a la salud y enfermedad de la población femenina en el período de gestación.
- 3) Incorporar, dentro del criterio de atención obstétrica, el concepto de perinatología en función de la salud materno-feto-neonatal.

### Organización

El Servicio está integrado en áreas bien definidas:

*Area del Centro Obstétrico:* Es la destinada a la atención materno-neonatal durante el parto y el puerperio inmediato. Comprende dos zonas: una semi-restringida, destinada a las embarazadas durante el período de dilatación, a la recuperación del posparto y al personal de Servicio en el área; la otra es restringida y comprende salas de parto, sala de recepción del recién nacido y quirófanos.

*Area de Internación:* Comprende un sector internación de embarazadas normales y puérperas y otro sector para embarazadas de riesgo materno-perinatal aumentado.

*Area de Consulta Externa:* También posee dos sub-áreas: una común a otras especialidades del Hospital, donde se ofrece atención ambulatoria a la paciente obstétrica y la otra dedicada a la preparación psicofísica de la embarazada.

La atención ambulatoria se cumple diariamente de 8 a 20 horas.

*Area de emergencia:* Es un área funcional que, coordinada con las otras áreas, presta atención durante las 24 horas a la emergencia obstétrica, sea ésta referida o espontánea.

### Funcionamiento

El Servicio brinda a la población asistida una atención médica durante las 24 horas, cubierta de la siguiente forma:

- a) Los médicos de planta cumplen un horario de 8 horas.

- b) Los consultorios externos funcionan de 8 a 20 horas de lunes a viernes.

- c) Las emergencias están cubiertas por un sistema de guardia médica, a cargo de especialistas bajo la supervisión de los médicos de planta.

Las conductas médicas del Servicio están normatizadas para homogeneizar la asistencia de las gestantes. Dichas normas fueron elaboradas por los integrantes del Servicio y son sometidas a evaluación y actualizaciones periódicas, siendo algunas de ellas adoptadas por otros Servicios de la especialidad en el país.

A lo largo de estos últimos años el Servicio ha desarrollado todas las actividades inherentes al alto riesgo obstétrico, entre los que podemos enunciar: el diagnóstico prenatal de malformaciones, la amniocentesis bajo control ecográfico, los estudios de líquido amniótico, las transfusiones fetales intraútero, el monitoreo fetal electrónico previo al parto (pruebas de non stress y pruebas de tolerancia fetal a las contracciones inducidas), así como durante el desarrollo del mismo.

Es de destacar que estas actividades se ven favorecidas para su desarrollo por la infraestructura y nivel asistencial de los demás Servicios de este Hospital.

### Otras actividades

En forma paralela a la tarea asistencial el Servicio de Obstetricia desarrolla una intensa actividad docente que, con fines prácticos, podemos dividir en:

- a) Docencia de pregrado para alumnos de 5° y 6° año de la Facultad de Ciencias Médicas.
- b) Docencia de posgrado para médicos rotantes y becarios nacionales y extranjeros que desarrollan tareas de perfeccionamiento en nuestro Servicio.
- c) Desde hace 4 años el Servicio participa en el plan de formación de recursos humanos del Hospital en el plan de residencias médicas en el área de la especialidad.
- d) El Servicio dicta de 3 a 4 cursos anuales sobre temas de actualización para médicos obstetras y enfermeros de la especialidad.

### Actividades docentes extramuros

Durante estos siete años los médicos de planta han dictado gran número de cursos en diversos puntos del país y del extranjero, así como también han desarrollado tareas de asesoramiento en servicios hospitalarios de la provincia de Salta.

En el área de investigación, el Servicio ha presentado ante diferentes sociedades y en congresos de nuestro país más de 20 trabajos de investigación clínica, así como han publicado algunos de ellos en revistas nacionales y extranjeras, habiendo obtenido en dos oportunidades premios al mejor trabajo presentado.

### SERVICIO DE ODONTOLOGIA

El Servicio de Odontología está ubicado en el hall central que da sobre la calle Cangallo, donde funcionan también los Servicios de Oftalmología, Otorrinolaringología y Neurología.

laringología y el Servicio de Emergencia (próximo a inaugurar).

En lo que respecta a la infraestructura, consta de cinco consultorios dedicados exclusivamente a la práctica dental y un consultorio destinado a radiodiagnóstico dental, equipado con la aparatología correspondiente, realizándose atención de lunes a viernes en el horario de 9 a 17 horas y guardias pasivas los días sábados y feriados.

Nuestro Servicio se encuentra en la parte técnica y práctica, realizando todas las especialidades; la práctica de algunas de ellas es casi exclusiva y se efectúa en pocos Servicios del país.

Las especialidades que se prestan son: cirugía oral, prótesis completa, parcial y fija, somatoprótesis, ortodoncia y ortopedia maxilar, operatoria dental, endoconcia, odontopediatría, periodoncia, radiodiagnóstico dental, tratamiento de la disfunción A.T.M., tratamiento de los fisurados labiopalatinos, y rehabilitación oral en todas sus formas.

**Cirugía oral:** La práctica quirúrgica en cualquier nivel, con excepción de las extracciones dentales simples; es decir, cirugía menor, se desarrolla en quirófano.

Hemos organizado equipos quirúrgicos en los cuales, recibido el caso, se analiza y planea la intervención, incluyendo en algunos, la internación del paciente.

En esta especialidad se atienden todos los casos de cirugía oral que compete a la odontoestomatología, fracturas maxilares en todas sus clasificaciones, fisurados labiopalatinos, neoplasias bucales, malformaciones congénitas, asimetrías faciales, prognatismo, prominentismo, etc., siendo alta la estadística de los mismos y excelente el resultado de los tratamientos.

**Prótesis:** Su objetivo es la restauración de la función perdida. Hemos subdividido esta especialidad de acuerdo a todas las necesidades bucales, prótesis del desdentado total, prótesis del desdentado parcial y somatoprótesis.

Sería obvio detallar las dos primeras. Dirigimos la atención a la tercera: somatoprótesis, que es la rehabilitación posquirúrgica de neoplasias bucales y la corrección de malformaciones bucales o faciales.

**Ortopedia maxilar y ortodoncia:** Consiste en corrección de malformaciones dentarias y dento-maxilares. Se inicia el tratamiento completo del enfermo. En el fichado incorporamos datos referidos a la alimentación, los parámetros de desarrollo corporal, mental dentario y óseo. Para un éxito completo en la terapia ortopédica se entrega a los padres una ficha educativa conteniendo todas las indicaciones que deberá cumplir el enfermo para el uso de la aparatología y la función de los padres en la misma. Se completa el diagnóstico clínico con el diagnóstico radiográfico a través de la cefalometría.

**Endodoncia:** Aplicando el criterio conservador que mantenemos en nuestro Servicio se realizan toda clase de tratamientos endodónticos para la conservación de las piezas dentarias borrando de esta manera la imagen de que piezas muy destruidas van necesariamente a la extracción, logrando con ello resultados estéticos y funcionales favorables.

**Periodoncia:** En cada paciente que llega a la consulta se realiza un cuidadoso examen periodontal, enseñando y motivando al mismo a mantener una correcta higiene bucal como base fundamental para la

prevención de la enfermedad y como complemento del tratamiento local.

**Tratamiento de la disfunción A.T.M.:** Es con frecuencia un motivo de consulta en otros Servicios debido a que el paciente no descubre la causa de sus dolores pero los localiza, lo que lo constituye en un paciente ambulatorio. Este tipo de patología necesita un tratamiento sumamente estricto, prolongado y de control permanente comenzando con estudios radiográficos, condilografías en sus variadas posiciones montaje de modelo, estudio de su estado emocional y planeamiento del tratamiento.

**Odontopediatría:** Se realizan todos los tratamientos de prevención y motivación de los pacientes, así como la curación de las caries, enfermedad periodontal y focos sépticos. También se realizan intervenciones con anestesia general, realizando en una sesión todo el tratamiento en el caso de niños con problemas de conducta.

**Tratamiento de los fisurados:** Es un trabajo en equipo y una conjunción de especialidades como pediatría, cirugía plástica, fonología, psicología, otorrinolaringología, etc. Nuestra función podríamos subdividirla en prequirúrgica, que es aquella en que se realiza ortopedia maxilar desde los primeros días del nacimiento, activando las láminas palatinas para confrontarlas y remitir así la segunda fase que es la quirúrgica, generalmente es una función que puede ser exclusiva o en colaboración con el cirujano plástico. La tercera fase es la posquirúrgica en la cual es necesario seguir activando las láminas armoniosamente de ambos maxilares hasta que cese el desarrollo óseo. Quizás el momento más importante es el de la detección inmediata de la anomalía y su tratamiento; es ese el punto más importante, puesto que si se prolonga, más allá de los primeros días del nacimiento es asegurar un pronóstico inseguro. Son varios los casos atendidos en nuestro consultorio y la casuística nos gratifica por los resultados obtenidos.

**Sialografías:** Se efectúa el estudio radiológico de glándulas salivares y sus conductos excretores con sustancias de contraste para detectar las existencias de anomalías (cálculos, etcétera).

**Relaciones con otras áreas clínicas:** Se realiza un estudio clínico-odontológico y fichado de pacientes en consultorios externos, como en el caso pediatría, con la motivación del niño para facilitar su mejor atención, detectando caries, focos sépticos, control de recambio dentario y previniendo posibles anomalías ortodónticas posteriores, informando a los padres la importancia de un control periódico sobre el desarrollo de la dentición de sus hijos. Siendo la estomatología de por sí una especialidad, la interrelación médico-odontológica surge por sí sola; por lo tanto, la relación con Dermatología se enfoca en muchas circunstancias con un conocimiento más profundo de las variaciones de la mucosa bucal.

Conociendo el hecho de que la cavidad bucal no sólo presenta su propia patología, sino además es receptáculo de toda una variedad de patología general, no hace más que reafirmar la acepción elemental que el organismo todo, como entidad biológica, tiene en la boca sus señales de alarma, de ahí su importancia y la razón de su colaboración con todos los



#### Servicios de Clínica Médica.

Debido a los numerosos casos de malformaciones máxilo-faciales y grandes traumatismos mandibulares y del tercio medio de la cara, efectuamos trabajos en conjunto con Cirugía Plástica. También dirigimos nuestra atención al Servicio de Maternidad en la forma de odontología preventiva, ya sea de caries, enfermedad periodontal, cuadros gingivales, etcétera. El objetivo de nuestra función será la instrucción de la mujer embarazada sobre la prevención de la salud bucal propia y la del neonato. La proximidad de las áreas de trabajo y vecindad anatómica marcan una estrecha relación con las intervenciones y consultas en Otorrinolaringología sin olvidar la importante relación con Cirugía Cardiovascular, Oftalmología, Psicopatología, etcétera.

Todo esto da una idea de la amplitud con la que se desempeña nuestro Servicio de Odontología, complementando de este modo el trabajo de los servicios nombrados.

#### SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

El Servicio de Oftalmología cumple funciones asistenciales, docentes y de investigación.

##### Funciones asistenciales

Estos se desarrollan en un sector provisorio hasta tanto estén finalizadas las obras de remodelación del consultorio principal, funcionando diariamente de 8 a 16 horas. Además el Servicio dispone de una guardia permanente constituida por un médico de planta y un becario hasta las 18 horas. En dicho consultorio se realizan los exámenes complementarios que involucran: un equipo de retina, un equipo de glaucoma, un equipo de estrabismo y un equipo de oftalmología pediátrica, funcionando los mismos de lunes a viernes. La cirugía se realiza en dos quirófanos funcionando los días martes, miércoles y viernes.

##### Funciones docentes

A los alumnos de pregrado se les dictan 14 clases teóricas, de 8 a 10 horas, según el programa de la Cátedra Oficial y de 10 a 11 horas realizan trabajos prácticos en consultorios externos con exposición de enfermos. Estos se reciben mensualmente desde abril a diciembre, cursando la especialidad durante el año aproximadamente 270 alumnos.

Las actividades de los posgrado comprenden:

- a) Actividad docente con el grupo de becarios.
- b) Trabajos publicados en la Sociedad Argentina de Oftalmología.
- c) Cursos realizados por los becarios fuera de la Institución, enviados por el Servicio.
- d) Clases teóricas dadas por el cuerpo docente del Servicio a los mismos.
- e) Enseñanza quirúrgica.
- f) Intervención de los profesionales del Servicio de Oftalmología en congresos, simposios, etcétera.

##### Funciones de investigación

En este momento se realiza un programa de investigación sobre el papel del cuerpo vítreo en la cirugía de catarata extracapsular e implante de lentes intraoculares.

#### SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

La ortopedia y traumatología, al decir de grandes maestros como Putti y Böhrler, es una rama diferenciada de la cirugía general que, por distintos factores, se desprendió y creció en forma tal que rápidamente adquirió derechos para independizarse.

El Dr. José Valls fue el primero en ganar por concurso la beca del Instituto Rizzoli en 1924. A su regreso al país, luego de especializarse bajo la dirección del profesor Putti, el doctor Valls intenta regresar al Hospital Español, donde se había formado, para organizar un consultorio de ortopedia y traumatología, pero se encuentra con la oposición de la gran mayoría de los cirujanos de dicho Hospital. Ante esta circunstancia y mediando la intervención del profesor Putti, obtuvo de las autoridades del Hospital Italiano, cuyo director era el doctor Luis Lenzi, el beneplácito para la creación del Servicio de la especialidad. De esta manera el Dr. Valls se incorpora en 1926 al cuerpo médico del Hospital Italiano y su Servicio se constituye en el primero y exclusivo de la especialidad en el país. En ese mismo año, las circunstancias hacen que el doctor Valls se encuentre con un joven médico recién recibido, emprendedor y atraído con gran entusiasmo por las lesiones médicoquirúrgicas del aparato locomotor, y lo invita a colaborar con él en el Servicio recientemente creado. Fue en esa forma como se incorporó en agosto de 1926 al Hospital Italiano el Dr. Carlos E. Ottolenghi, quien con fe y amor trabajó e impulsó el desarrollo del Servicio de Ortopedia y Traumatología de nuestro Hospital, hasta llevarlo al primer nivel, no sólo entre los Servicios de nuestro país sino de Latinoamérica.

El Prof. Carlos Ottolenghi luchó infatigablemente por el progreso de la ortopedia y del Servicio del Hospital Italiano al cual concurrió en forma asidua durante cincuenta y ocho años, organizando una escuela ortopédica de gran prestigio en nuestro país. La dedicación a sus pacientes y el amor por la docencia no lo abandonaron durante toda su existencia, prueba de ello es como pasó su último día de vida, el 26 de julio de 1984, por la mañana atendiendo a sus enfermos, y en las horas de la tarde en una Reunión Académica en el momento de su deceso.

En esa época de comienzo no se descuidó la faz docente, organizándose cursos y otras actividades académicas que fueron convirtiendo al Servicio del Hospital Italiano en centro orientador en el ámbito de la ortopedia y traumatología y lugar de formación de numerosos médicos con deseos de iniciación o perfeccionamiento en la especialidad.

Al poco tiempo, la primitiva asignación de camas se mostró muy escasa, por lo que se destinaron dos salas, una de hombres de 40 camas y otra de mujeres de 20 camas.

En 1936, en ocasión de una visita a Buenos Aires del maestro inspirador de la Escuela Argentina, Vittorio Putti, éste, refiriéndose a los logros alcanzados por sus discípulos en esta tierra, escribe una frase que revela la profundidad y grandeza de espíritu del maestro y que perdura escrita en mármol en nuestro Instituto de Ortopedia y que dice: "Una vez más humildad y silencio han dado buen fruto; es fácil hacer el bien, pidiendo poco, hablando menos, pero trabajando intensamente".

En 1938 el profesor Valls es nombrado Titular de la Cátedra y la Municipalidad lo nombra Jefe de Servicio de la Sala VIII del Hospital Durand, sede de la misma. El profesor Valls compartió la jefatura de ambos servicios durante seis años, hasta que en 1944 debió optar por el Durand y en ese año asume la jefatura del Servicio del Hospital Italiano el profesor Carlos E. Ottolenghi. El profesor Ottolenghi desde un principio comprendió que las instalaciones del Servicio no estaban de acuerdo con la gran expansión de la especialidad y con los requerimientos que las instalaciones del Servicio no estaban de acuerdo con la gran expansión de la especialidad y con los requerimientos de las actividades asistenciales y docentes de la misma. Poseedor de un espíritu de lucha encomiable, no cejó en sus esfuerzos hasta lograr la creación e inauguración de un pabellón independiente para sede del Servicio en 1956, que en el año 1964 se amplía a costas de unos terrenos no utilizados que daban a la calle Potosí, lográndose una entrada directa al nuevo Instituto de Ortopedia y Traumatología. Las nuevas instalaciones le dan al Servicio una disponibilidad de 180 camas, convirtiéndose en la unidad de la especialidad más grande del país y una de las mejores de Latinoamérica, motivo de orgullo del Hospital Italiano y de la ortopedia argentina.

En el nuevo edificio en el que estaba incluida una moderna aula con capacidad para 80 personas, el profesor Ottolenghi con su gran capacidad de organización, le imprime un nuevo impulso a las actividades de la especialidad.

La incesante inquietud del profesor Ottolenghi en la búsqueda y creación de nuevos y más perfectos métodos de diagnóstico y tratamiento de las afecciones ortopédicas lo llevó a frecuentar los más renombrados centros de la especialidad en el mundo y relacionarse con los más destacados maestros de la ortopedia.

Al día de hoy son más de dos mil las prótesis de cadera efectuadas. A pesar de su juventud como especialidad, la ortopedia y traumatología, se fue desarrollando a grandes pasos.

En 1975, el profesor Ottolenghi, por iniciativa propia y en un gesto que lo honra, renuncia a la Jefatura del Servicio pasando a ocupar el cargo el Prof. Luis J. Petracchi.

El profesor Petracchi siguió al frente del Servicio hasta el año 1981, imprimiéndole a su conducción los lineamientos de la ya caracterizada Escuela de Ortopedia y Traumatología del Hospital Italiano.

Desde el 29 de junio de 1982 está a cargo de la jefatura del Servicio el Dr. Guillermo L. Vázquez Ferro. Desde el punto de vista funcional en el Servicio se desarrollan actividades en las tres clásicas áreas: 1) asistencial; 2) de docencia; 3) de investigación.

#### Area asistencial

Comprende cuatro sectores: a) internación; b) consultorios externos; c) guardia de urgencias; d) quirófanos.

Cada uno de estos sectores está coordinado por un médico de planta.

Además, dentro del área asistencial hay que destacar

el funcionamiento de secciones dedicadas a subespecialidades, que están a cargo de los médicos de planta y que son las siguientes.

**Cirugía de la mano:** Esta ha sido una de las primeras secciones creadas, ya que desde hace mucho tiempo se vio la necesidad de una dedicación especial en honor a la complejidad y características singulares de esta cirugía. Recientemente, se ha incorporado a la misma la microcirugía de los nervios periféricos.

**Neuroortopedia:** Rama de nuestra especialidad que se dedica a las afecciones de la columna vertebral y su relación con el contenido mielomeningoradicular. Es de destacar la gran experiencia que se logró acumular en esta Sección con los estudios complementarios para el diagnóstico de estas afecciones. A la fecha se llevan efectuados aproximadamente 20.000 electrodiagnósticos y más de 4.000 radiculografías y mielograffías.

**Centro de escoliosis:** Creado y dirigido hasta hace pocos años por la doctora Nora Bloise de Napolitano, fue uno de los primeros centros del país dedicado al estudio y tratamiento de las deformaciones vertebrales. Este centro no sólo se dedicó a la faz asistencial, sino que tuvo activa participación en la divulgación de la profilaxis y la detección y tratamiento precoces de esta afección de la columna.

**Ortopedia y Traumatología infantil:** Aunque etimológicamente existe cierta redundancia en el término ortopedia infantil, pues la palabra ortopedia deriva del griego de la unión de los prefijos *ortos*: derecho y *país* o *paidos*: niño, que quiere significar en su expresión literal niño derecho. Actualmente se utiliza la palabra ortopedia para el estudio de las afecciones del aparato locomotor. Por ello también se aceptan los términos de ortopedia infantil para referirse a los problemas del aparato locomotor en la infancia o durante el crecimiento.

Esta sección se desempeña en una estrecha colaboración con el Departamento de Pediatría.

**Cirugía de la cadera:** La articulación de la cadera es asiento de una importante patología ortopédica que se ha incrementado últimamente con la frecuente utilización de las prótesis totales.

**Cirugía de la rodilla:** La articulación más grande del cuerpo humano tiene características propias, sobre todo las lesiones ligamentarias de la misma y en los reemplazos articulares. Últimamente está jugando un rol importante como elemento diagnóstico y de tratamiento la artroscopía de esta articulación.

**Deportología:** La enorme y creciente difusión del deporte en la vida moderna hace la necesidad de la creación de una rama de la Medicina dedicada a la misma.

**Accidentes de trabajo:** Esta rama de la accidentología que depende de nuestro Servicio hace aproximadamente un año, ha sido la última sección incorporada. Con el transcurrir de los meses se fue notando en esta Sección un desarrollo creciente en todos sus aspectos: asistencial, administrativo y de relación directa fluida con quienes envían los accidentados, fábricas, compañías de seguros, etcétera.

**Rehabilitación:** Esta área, complemento indispensable en todo Servicio de Ortopedia y Traumatología, ha sido objeto de esencial atención por parte del profesor Ottolenghi, quien tuvo destacada actuación en el desarrollo de la rehabilitación nacional. En este mo-



mento, a pesar de que Rehabilitación en nuestro Hospital es un Servicio autónomo e independiente, el centro funciona en el mismo edificio que el Servicio de Ortopedia y Traumatología, con el cual mantiene una estrecha vinculación laboral.

*Patología del pie:* Originalmente dirigido por el doctor Pascual Amato, desde que éste dejara el Hospital Italiano, está en etapa de reorganización. Actualmente se está desarrollando una acción conjunta con el Servicio de Dermatología, con el cual deben encararse varias afecciones que le competen a ambos.

#### Area docente

Desde los comienzos de su creación fue una inquietud primordial por parte de los jefes de Servicio y sus colaboradores inmediatos, la enseñanza y difusión de los conocimientos en nuestro medio.

Nuestro Servicio mantiene en esta área, actividad en los dos aspectos de la docencia, pregrado y posgrado.

*Pregrado:* A lo largo del año se imparte instrucción en la materia a los alumnos de la Unidad Hospitalaria correspondiente al Hospital Italiano en las sucesivas rotaciones y también a otros alumnos enviados por la Facultad de Medicina correspondientes a otras Unidades Hospitalarias que no tienen enseñanza de nuestra especialidad.

En los cursos que se dictan diariamente, intervienen casi todos los médicos de planta que son docentes autorizados y otros colaboradores y en su organización está comprometido nuestro jefe de trabajos prácticos supervisado por el encargado de enseñanza de la materia. Al final de cada rotación, los docentes autorizados concurren a tomar examen final a la sede de las Cátedras Oficiales de la Facultad.

*Posgrado:* Esta actividad se desarrolla por un lado, mediante la instrucción regular a través del sistema de residentes y becarios que van rotando en el Servicio por períodos de tres años y por otro lado a través de cursos de actualización y/o perfeccionamiento que se dictan sobre diversos aspectos de la especialidad. También es de destacar la intervención de los médicos del Servicio invitados a formar parte del cuerpo docente en diversos cursos que se dictan en otras instituciones. Otra modalidad para el perfeccionamiento en la materia, es la de incentivar a los integrantes del Servicio a efectuar viajes de actualización en ciertos aspectos de la especialidad.

La producción de trabajos científicos para su publicación o para la presentación en sociedades científicas o congresos médicos, ha sido siempre objeto de interés para los integrantes del Servicio. Se han efectuado varios cientos de trabajos, muchos de ellos han obtenido premios de la Academia Nacional de Medicina y otras Sociedades.

El Servicio cuenta con un archivo de alrededor de 50.000 historias clínicas de los últimos 20 años y con una sección de iconografía, en la que hay registrado más de 25.000 diapositivas.

#### Area de investigación

En noviembre de 1982 se inauguró el Centro de In-

vestigaciones y Estudios Ortopédicos y Traumatológicos (CINEOT). Este Centro fue creado mediante un convenio entre la Fundación Ottolenghi para el Progreso de la Ortopedia y Traumatología y el CONICET. El predio para su instalación fue cedido por el Hospital Italiano en terrenos adyacentes al Servicio de Ortopedia y Traumatología. Los objetivos de la creación de dicho Centro están relacionados con la investigación básica y clínica y con inquietudes que surgen de la actividad asistencial del Servicio de Ortopedia y Traumatología.

Dada la experiencia del Servicio en trasplantes óseos en tumores, uno de los objetivos iniciales del trabajo es el estudio de la inmunología de los elementos óseos transplantados.

Este Centro, destinado a una actividad sin desarrollo en nuestro país, consideramos que tendrá también un gran valor en el entrenamiento de especialistas en formación. También es intención del mismo, la creación y organización de un banco de huesos con órganos tipificados en íntima relación a su aplicación clínica.

#### SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Durante el comienzo de la década del cuarenta, el Hospital Italiano era una institución con un prestigio heredado de los buenos equipos de cirujanos que habían pasado por ella en tiempos anteriores.

En esa época, el Hospital se desenvolvía en una cierta inercia que alcanzaba también a este Servicio; y es a partir de ese período cuando comienza el cambio.

A fines de la década del cuarenta, el profesor Beco ejercía la jefatura del Servicio de Otorrinolaringología. Era un eximio cirujano de oídos y cirugía de los procesos infecciosos que producían serias complicaciones.

La aparición de las sulfamidas y antibióticos hizo que disminuyera ese tipo de patología y, por lo tanto, bajó la frecuencia de la cirugía otológica, algunas veces heroica, ya que con ella podía salvarse una vida, evitando una complicación endocraneana o solucionando la misma en momentos muy graves.

Era la época en que el objetivo primero consistía en eliminar el foco séptico sin pensar aún en el problema funcional.

Al fallecer el profesor Beco, el Servicio quedó un poco a la deriva, ya que no se había formado una escuela continuadora de la actividad que realizaba.

La nueva dirección médica del Hospital ejercida por el doctor Borla, inicia una revolucionaria etapa y abre los concursos para jefes, entrando al Hospital grandes figuras de la medicina argentina, desplazados por razones políticas.

Es así como el profesor Agra se hace cargo de la jefatura del Servicio en 1950 y, comienza una nueva era para la Otorrinolaringología del Hospital Italiano.

La cirugía de cabeza y cuello es reconquistada, aportando los nuevos conceptos y técnicas, a la cirugía del cáncer de laringe y el vaciamiento ganglionar de cuello.

Se incorporó la microcirugía a la cirugía del oído, comenzando a trabajar con las técnicas reconstruc-



tivas del oído, realizando las primeras timpanoplastías, siguiendo a las técnicas ya realizadas en el Hospital Rawson por el profesor Tato y su escuela.

En muchas mañanas dominicales, uno podía encontrar al profesor Agra trabajando en piezas anatómicas, con el entonces practicante del Servicio y que más tarde llegaría a ser el jefe del mismo.

Nuevos médicos ingresaron en ese entonces; como subjefe el doctor Cayetano Lockhart, quien se destacaba en la cirugía de cabeza y cuello, y los doctores Volonteri, Vásquez Ferro y Pirás, que comenzaban los primeros pasos en la especialidad y encontraban en el nuevo jefe, al maestro necesario para prepararlos como especialistas. A posteriori ingresaron Eladio Mascia, Alberto Piras y Emilio Giachello.

En 1956, los cambios en la política también trabajaron por acción refleja cambios en el Servicio de Otorrinolaringología, y el profesor Agra pasaba a ser jefe en el Hospital Pirovano y quedaba como jefe interno el doctor Cayetano Lockhart, quien, con su correcta actuación, condujo al grupo de especialistas durante cuatro años hasta que se hizo concurso, resultando ganador el profesor Tato, de reconocidos y notables antecedentes.

La cirugía otológica del Hospital Italiano recibía con él un impulso tal, que pasó a ser el asiento de la escuela otológica más importante del país y una de las más importantes del mundo.

Muchos médicos otorrinolaringólogos concurren a este Hospital, desde el interior, desde Latinoamérica y aún desde Europa, para ampliar sus conocimientos. Estos volvieron a sus lugares de origen, donde se destacaron, expandiéndose el prestigio de la escuela del profesor Tato, llegando muchos de ellos a ocupar cargos importantes en universidades y hospitales.

Durante las tres jefaturas últimamente mencionadas, el Servicio de Otorrinolaringología aportó a la especialidad una serie de adelantos tales como: nueva técnica para la extirpación de los tumores glómicos del golfo yugular; trabajo experimental sobre la fisiología de las amígdalas, realizado por el doctor Agustín Pirás, en la Cátedra de Histología de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, bajo la dirección del extinto profesor Porto; aplicación de las nuevas técnicas en la otosclerosis tales como la movilización del estribo y más tarde la estapedotomía; trabajos de investigación de Campo, realizado por el profesor Tato y su equipo en Bolivia y Perú, en la búsqueda de la incidencia de la otosclerosis en las tribus de indios puros; trabajo del mismo autor, sobre la importancia del flúor de las aguas sobre la incidencia de la misma enfermedad; trabajo de investigación sobre la segunda fase del nistagmo, realizado en Leyden (Holanda), en su primera etapa, y continuada en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Italiano; el uso clínico del "torsion swing" por primera vez en el país, aporte del fruto de sus viajes a Europa de los doctores Mascías y Agustín Pirás.

Durante ese período fueron al exterior, en viaje de estudio, los doctores R. Volonteri a Milán, E. Mascías a Milán y Amsterdam, Agustín Pirás a Milán, Leyden y Amsterdam, como becarios.

El profesor Tato realizó innumerables viajes a EE. UU y Europa, para asistir a congresos y visitar importantes centros de la especialidad, donde era recibido con la consideración que se le tiene en los países del norte a los científicos de primera línea.

Por unos años funcionó la cátedra de O.R.L. de la Universidad del Salvador, bajo la dirección del profesor Tato.

Se dictaron innumerables cursos para graduados, bajo la dirección de los profesores Agra, Tato y Pirás.

En algunos de esos cursos les cupo la actividad docente a distinguidos invitados de nuestro país y del exterior, tales como: Portmann Causse, de Francia; Marquet, de Bélgica; Hermiro, de Lima; Magabeira Albernaz y Malavasi Gananca, de Brasil; Oreggia y Rius, de Uruguay; Rondon Lozano, de Perú; Rivas, de Colombia; Aguilar Paz, de Honduras; Guilford, Buckinhan y de la Cruz, de EE.UU.; Gavilán, García Ibáñez e hijos, Adrados y Prades, de España; Bocca, Arslan, Brunetti, de Italia, etcétera.

El Servicio de Otorrinolaringología fue siempre un polo de atracción para los colegas jóvenes que querían aprender la especialidad y concurren a él un sinnúmero de colegas del interior y del extranjero, principalmente de Latinoamérica.

Se implantó un régimen de residencia de becarios residentes a partir de 1971 hasta la fecha.

El profesor Tato, mientras ejercía la jefatura del Servicio, recibió varias distinciones en mérito a una brillante actuación en el país y en el extranjero.

Fue presidente del XI Congreso Mundial de Otorrinolaringología efectuado en marzo de 1977 en Buenos Aires.

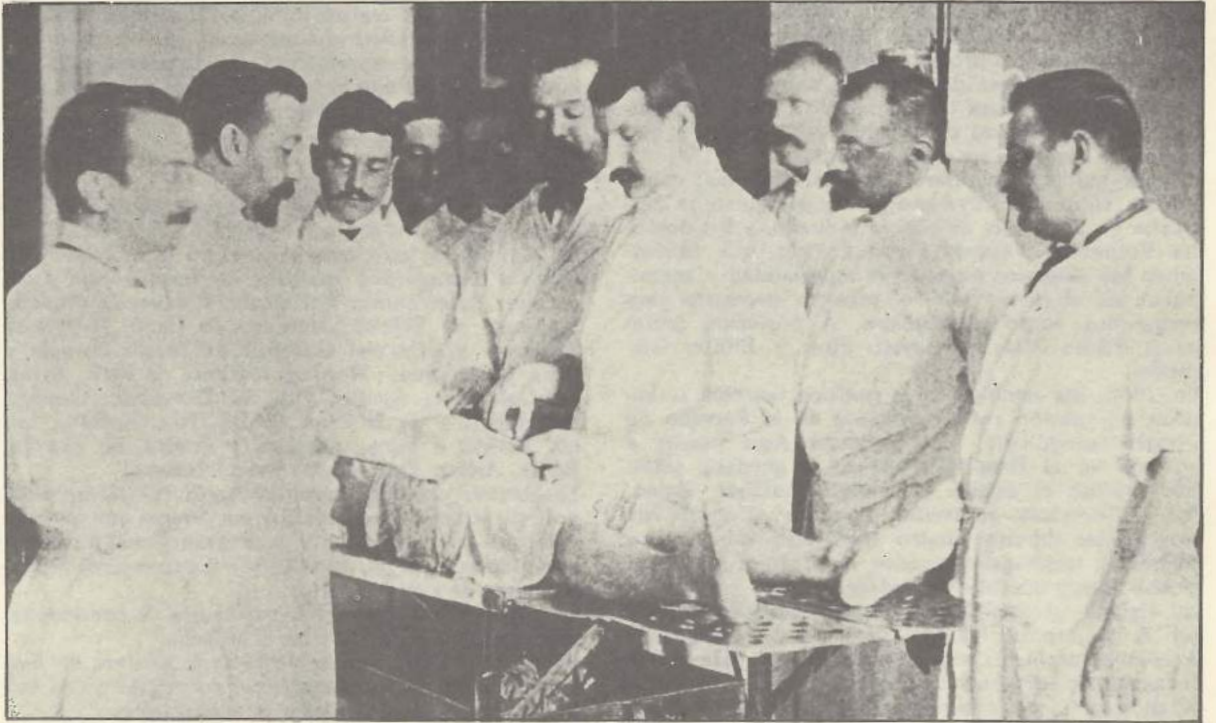
Fue nombrado profesor emérito de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires; profesor fundador y Titular Consulto de la Cátedra de O.R.L. de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador (Buenos Aires); Profesor Honoris Causa de la Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba, Bolivia; y de la Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, Bolivia; Profesor Honorario de la Universidad de Bolivia; etcétera.

Miembro Honorario de varias Sociedades Científicas del país y del extranjero, entre ellas el título de Miembro Correspondiente de la Academia de Medicina de Francia y Miembro del Collegium Otorrinolaryngologium. Merecedor del Premio "Eliseo Segura" otorgado por la Confederación Latinoamericana de Otorrinolaringología. Escribió varios libros sobre temas de la especialidad.

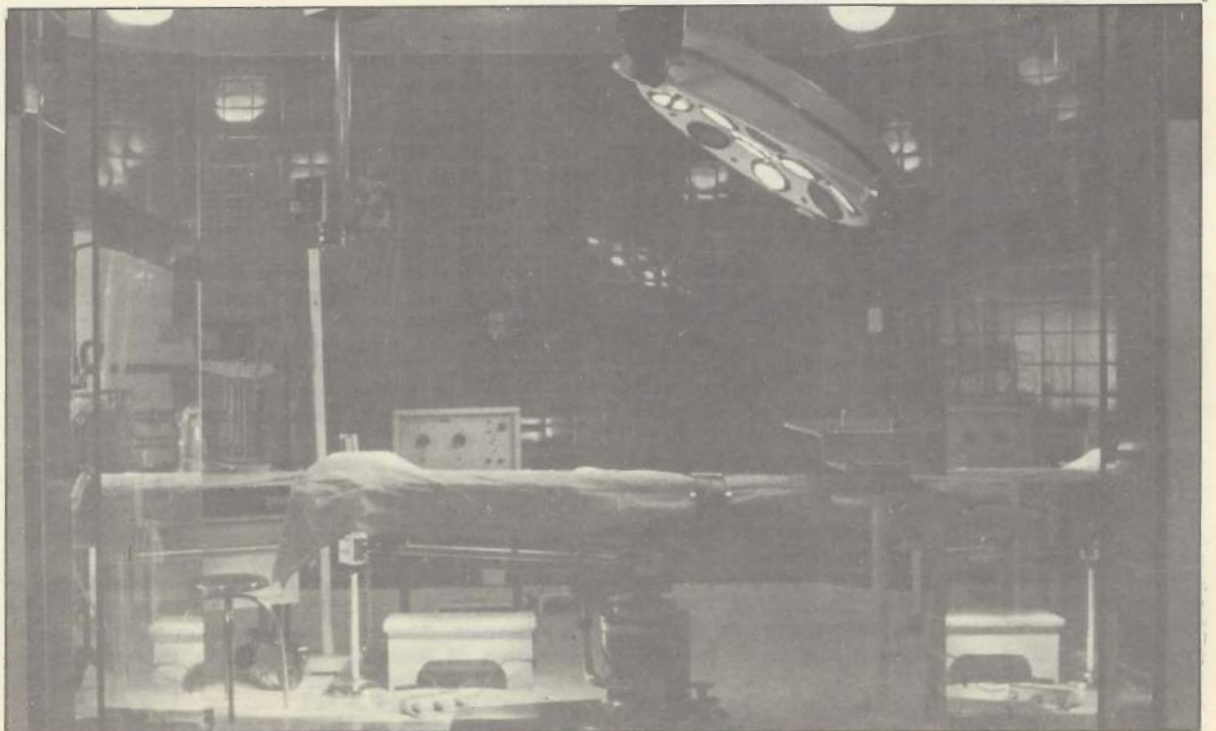
Ultimamente, los profesores Agra y Tato fueron nombrados Maestros Otorrinolaringólogos por la Sociedad Argentina de Otorrinolaringología; título máximo que se otorga en el país a quienes, en esta especialidad, se dedicaron a formar una escuela.

Bajo la jefatura del profesor Pirás se continúa con la tendencia de los anteriores jefes en lo que respecta a la asistencia, docencia e investigación y se crearon las secciones de foniatría, vestibulología, cabeza y cuello, otología, rinosinusología y de atención geriátrica para enfermos del P.A.M.I.

El aspecto asistencial ha mejorado al dotarse al Servicio de otomicroscopios para el examen del oído con magnificación.



*Una lección de cirugía en el Hospital Italiano (1895).*



*Quirófano.*

Un nuevo impedanciámetro está en camino para mejorar la evaluación de la audición.

También está en trámite la compra de un nuevo electrónistagmógrafo.

Continúa el aflujo de médicos jóvenes en búsqueda del aprendizaje de la especialidad y el perfeccionamiento en cada uno de los capítulos de la Otorrinolaringología.

Actualmente, además de los residentes, asisten becarios de Brasil, Costa Rica, Guatemala, Panamá y de nuestro país.

Se continuaron dando cursos de perfeccionamiento, unos auspiciados por el Departamento de Docencia e Investigación y otros por el Departamento de Graduados de la Facultad de Medicina de U.B.A. y de la Facultad de Medicina de la Universidad del Salvador.

El doctor Agustín G. Pirás es nombrado profesor adjunto de la Primera Cátedra de O.R.L. de la Facultad de Medicina de Buenos Aires y la similar de la Universidad del Salvador.

Ejerce además, como profesor adjunto de la Cátedra de O.R.L. de la Universidad del Salvador.

El futuro del Servicio de O.R.L. dependerá de la actualización de la infraestructura y la modernización de los instrumentos de investigación de la vía auditiva y vestibular, que permita hacer diagnósticos con mayor precisión.

## SERVICIO DE UROLOGIA

El Servicio de Urología fue creado en el año 1928, siendo su primer jefe el doctor Luis Paglière, uno de los maestros urólogos que tuvo el país, socio fundador de la Sociedad Argentina de Urología, de la cual fue uno de sus primeros presidentes y de la Revista Argentina de Urología; extendió su jefatura hasta el año 1956.

Lo sucedieron los doctores Tomás Schiappapietra, Ricardo Bernardi, Belisario Otamendi y desde 1978 hasta la actualidad el doctor Jorge Schiappapietra.

En 1979 se estableció la residencia de Urología con un plan de enseñanza de cuatro años, y al mismo tiempo se crearon becas de iniciación de tres años de duración para la formación en la especialidad de médicos del interior del país.

El Servicio cuenta actualmente con seis médicos de planta y un médico contratado. Todos ellos cumplen función asistencial y docente a nivel pre y posgrado. Completan el plantel médico un médico consultor y un médico honorario.

La actividad asistencial se realiza en horario continuo de 8 horas, y es prolongada durante las 24 horas por los residentes que realizan el control de los pacientes internados.

Funcionalmente se han establecido cuatro áreas o sectores, cada una de ellas a cargo de un coordinador, el cual se responsabiliza de su normal funcionamiento. Estos son: Internación, Consultorios Externos, Quirófano y Endoscopías.

Consta a su vez de seis secciones, con un jefe con función específica por sección, tales como: andrología, litiasis renal, oncología urológica, transplante renal, uretra y próstata, urodinamia.

La actividad docente se realiza a nivel del pregrado mediante el curso de urología para los alumnos de la Unidad Hospitalaria y los que destina la Facultad de Medicina, para lo cual el Servicio cuenta con dos docentes autorizados y cuatro docentes adscriptos. A nivel de posgrado realiza y colabora en curso de la especialidad a través de sus docentes y del resto de los médicos, todos los cuales integran el programa de enseñanza de la residencia.

En el aspecto científico, continuamente se realizan aportes en jornadas y congresos de la especialidad sobre diferentes temas, técnicas y resultados obtenidos, en los que participan también los residentes y becarios, los cuales inician de esta manera su preparación científica.

## Secciones

Actualmente, el Servicio de Urología cumple a través de sus secciones con una función asistencial, y desarrolla una actividad docente y científica de reconocida capacidad que prestigia al Hospital.

**Sección Andrología:** Funciona desde 1980 y se ocupa específicamente de estudiar y tratar los trastornos urogenitales que producen infertilidad masculina y el grupo de las disfunciones sexuales.

El estudio y tratamiento de estas patologías se efectúa en forma multidisciplinaria con endocrinólogos, ginecólogos, genetistas, laboratoristas y psiquiatras.

**Sección Litiasis Urinaria:** A partir del año 1976 fue intención del Servicio normalizar el estudio del paciente litiasico. Se creó la sección en 1979 y se logró normatizar el estudio y tratamiento de estos pacientes en conjunto con otros Servicios.

La sección funciona con un horario especial en consultorios externos, actúa como receptor de pacientes ambulatorios y de un ordenado seguimiento y fichado de los pacientes operados. De esta manera se realiza la evaluación de los pacientes que deben ser intervenidos quirúrgicamente, se orienta el estudio metabólico y posible diagnóstico etiopatogénico del cuadro litiasico, y se establece la táctica quirúrgica más apropiada para cada caso. En la litiasis coraliforme se ha implementado una técnica con hipotermia renal para su cirugía conservadora. Además se realiza la supervisión y orientación terapéutica de la litiasis residual, con la aplicación de preparados litolíticos en pacientes internados.

Actualmente, la sección lleva estudiados 470 pacientes, 350 de los cuales han sido operados y 95 de ellos por litiasis coraliforme.

**Sección Oncología Urológica:** En 1970 se organiza la Sección como tal, efectuándose el control y seguimiento de pacientes de acuerdo al "Registro Nacional de Tumores" a través de una ficha tipo. Esta se ha ido adaptando a las necesidades del Servicio, y desde 1979 funciona con protocolos de estudio y tratamiento realizados en un plan conjunto con otros Servicios e instituciones (Oncología Clínica; Comité de Tumores; Cátedra y Sociedad Argentina de Urología).

Desde 1979 se han registrado 400 pacientes los que son controlados y actualizados periódicamente por consultorios externos.





**Sección Próstata y Uretra (Patología benigna):** La patología de esta sección incluye el adenoma de próstata, las enfermedades del cuello vesical, los procesos inflamatorios de la próstata y las afecciones inflamatorias, traumáticas y estenóticas de la uretra.

El adenoma de próstata es la patología más frecuente y su tratamiento es quirúrgico. Se han utilizado varias técnicas operatorias, especialmente la cirugía endoscópica, todo lo cual ha permitido descender la morbi-mortalidad de estas intervenciones; un ejemplo es el descanso de 10 a 5 días de internación posquirúrgica. Existe preferencia por aquellas vías de abordaje que aceleran el rápido restablecimiento del paciente, como ser la resección transuretral y la vía transcapsular.

**Sección Urodinamia:** Creada en 1980, esta Sección se ocupa del examen y orientación terapéutica de pacientes con disfunciones vésicouretrales.

Los procedimientos básicos comprenden:

- a) La cistometría de distensión y evacuación, que investiga la presión del destrusor en estos eventos a partir de las presiones vesical y abdominal.
- b) el perfil manométrico uretral, que se obtiene registrando las presiones al retirar un catéter lentamente desde la vejiga a la uretra, a través del cual se

perfundes un líquido.

- c) la flujometría resulta de la medición del volumen evacuado por unidad de tiempo integrado en cada momento de la micción.
- d) la actividad eléctrica (potenciales de unidad motora) de uno o más músculos del suelo perineal, es captada y registrada durante el lleno vesical y la micción.

La selección y combinación de técnicas para cada caso permite efectuar una biopsia funcional del aparato urinario inferior, obteniéndose deducciones valiosas para cirugía y clínica urológica.

Constituida por un médico especialista y un médico residente, la sección recibió en el último año 230 consultas, estudió 176 pacientes y realizó 714 prácticas.

**Sección Trasplante Renal:** En el Hospital Italiano existen dos equipos de trasplantes renales autorizados por el Ministerio de Salud Pública (adultos y pediatria).

La Sección de Trasplante Renal de Urología interviene en ambos, efectuando la evaluación urológica de los donantes vivos y de los futuros receptores adultos. En la cirugía del dador, realiza la nefroureterectomía y la anastomosis uréterovesical en el receptor adulto.

# DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

El organigrama del Hospital implantado en diciembre de 1979 promovió la departamentalización de la asistencia médica, lo cual facilitó la estructuración de las actividades de diagnóstico y tratamiento en forma coordinada, permitiendo una programación de las funciones actuales y de desarrollo, evitando la superposición de tareas y equipamiento, promoviendo un uso más integral y racional de los recursos en beneficio de la calidad de la atención médica.

El Departamento está formado por los Servicios del área de Medios Físicos de Diagnóstico, integrado por: Diagnóstico por Imágenes, Medicina Nuclear y Hemodinamia y los del área Laboratorial, compuesto por: Anatomía Patológica, Laboratorio Central y Hemoterapia.

En el Departamento se realizan más de 725.000 prácticas diagnósticas anuales, siendo casi un 35% de éstas efectuadas en pacientes ambulatorios.

El Departamento, a través de alguno de sus Servicios, tiene participación directa en la asistencia del 74% de los pacientes egresados, efectuando en promedio 21,52% de prácticas diagnósticas.

El Departamento ocupa 3.255 m<sup>2</sup> de superficie, siendo ésta aproximadamente el 9% de la superficie cubierta del Hospital.

El plantel humano está formado por el 61 profesionales, 10 residentes, 17 becarios, 114 técnicos, 41 auxiliares técnicos, 63 empleados administrativos, 26 agentes de maestranza.

El incesante desarrollo científico-técnico ha exigido un permanente avance del sector mediante la adquisición y adaptación de técnicas y equipos, para responder a las crecientes necesidades del medio.

Este dinámico proceso es un permanente desafío de adecuación, integración, crecimiento y programación, para brindar a los pacientes una asistencia acorde con los conocimientos científicos de la actualidad.

## SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

El Servicio de Anatomía Patológica se ha desarrollado y crecido con el resto del Hospital por un lado y con la misma patología por el otro.

Desde los primeros tiempos, este hospital fue concebido con un criterio moderno y científico; al construir el laboratorio de patología junto a la morgue, se incorporaron las autopsias al aprendizaje y el propio crecimiento del Servicio es un ejemplo de la creciente importancia y complejidad de la inserción de la patología en un hospital moderno.

Uno de los primeros patólogos fue el doctor Silvio Dessy, médico italiano, que llegó al hospital alrededor de 1934. Por ese entonces había una sola técnica, la señora Estela Rena.

Luego, el Servicio estuvo a cargo del doctor Rodolfo Palazzo, que era médico forense. El laboratorio incluía análisis clínicos, bacteriología, hemoterapia y anatomía patológica.

Al hacerse cargo el profesor J. C. Lascano González del sector de Patología en 1946, su prestigio implicó un nuevo enfoque al sistematizar la histopatología diagnóstica. El material procesado respondía al requerimiento de la actividad asistencial (piezas quirúrgicas y biopsias), que se desarrollaba en el hospital.

El Servicio de Ortopedia y Traumatología había incorporado un laboratorio de patología ósea a cargo del doctor Fritz Schajowicz. Este sector experimentó un desarrollo notable por el volumen y calidad de su trabajo asistencial y científico, convirtiéndose en centro de referencia internacional y sede del Registro Latinoamericano de Patología Ósea.

En la década del 60 se incorporó una incipiente actividad docente y de investigación, modificando la estructura del funcionamiento del hospital. Fue contratado un nuevo médico, el doctor Descalzi, quien posteriormente, emigró a Estados Unidos. En su reemplazo ingresó la doctora Margarita Telenta.



Se produjo un incremento importante del volumen y la diversidad del trabajo. Se desarrollaron estudios experimentales con perros, se efectuaron las primeras autopsias y se implementó la residencia en patología, adscripta al CONAREME, siendo la primer residente la doctora Ana Morandi, luego incorporada al Servicio.

Hacia 1975, al retirarse el doctor Lazcano González se fusionaron el Servicio de Patología General con el Registro de Patología Osea, asumiendo la jefatura el doctor Schajowicz y desde 1977 está a cargo de la doctora Telenta.

En los últimos diez años los cambios en el Servicio se han sucedido con un ritmo casi vertiginoso. Estos cambios se podrían resumir en tres puntos principales. En primer lugar, estas modificaciones han sido prácticamente obligadas debido a la imprescindible especialización de los conocimientos en anatomía patológica y a la introducción de nuevas tecnologías que prácticamente han revolucionado toda esta rama médica. Casi no existe especialidad clínica o quirúrgica que no posea "su" anatomía patológica propia. Por eso, el Servicio ha debido incorporar a especialistas en patología renal, pediátrica, ginecológica, cutánea, del sistema nervioso central, etc., aunque todos lógicamente, poseen sólida formación en patología general. Incluso uno de los ex residentes del Servicio, el doctor Labarrere, actual becario del CONICET, es un verdadero especialista en patología de la placenta. En forma paralela al crecimiento del núcleo humano, se efectuó la introducción de nueva tecnología, fundamentalmente la inmunomarcación (inmunofluorescencia, inmunoperoxidasas), que permite identificar en el tejido células que producen, secretan o almacenan una variedad de sustancias naturales (antígenos, hormonas, proteínas, etc.). Esto a su vez conduce a un grado de discriminación entre las diversas entidades patológicas mucho mayor del permitido por la morfología convencional. Lo novedoso del método no permite, en muchos casos, determinar exactamente la utilidad de cada hallazgo. En otros, sin embargo, identificar estas sustancias, "verlas", permite un grado de precisión diagnóstica imprescindible para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los pacientes. El ejemplo más concreto es en patología del glomérulo renal, donde por ejemplo, la aparición de una inmunoglobulina o su disposición puede hacer cambiar todo el tratamiento. El material, en un primer momento, era remitido a centros especializados fuera del hospital, pero desde hace aproximadamente cuatro años todo se procesa en el Servicio.

El tercer gran cambio es la estructuración definitiva de las actividades docentes del Servicio. En primer lugar, entrenamiento en patología posgrado (residentes y becarios), con la incorporación anual de un residente y de un becario, nacional o extranjero, quienes reciben por tres años un entrenamiento gradual y progresivo en todas las subespecialidades de la anatomía patológica. De los cuatro residentes que han finalizado su residencia, dos siguen ligados al Servicio, uno como becario del CONICET y el otro como médico contratado, y los dos restantes se hallan practicando la especialidad, uno en Estados Unidos y el otro en la provincia de Neuquén. Además, el Servicio

realiza ateneos conjuntos con Clínica Médica, Nefrología, Pediatría, Ginecología, Radiología, etc., y contribuye de manera significativa en el ateneo clínico central del hospital y oncológico, donde cada especialidad presenta sus casos más complejos.

En 1983, trabajaban en el Servicio 7 médicos de planta full time, 2 médicos contratados, 1 médico becario del CONICET, 3 residentes y 2 médicos consultores, aparte del Sector de Patología Osea del Registro Latinoamericano. Se procesan entre 500 y 600 especímenes quirúrgicos por mes, un número similar de exámenes citológicos, un número importante de autopsias generales, pediátricas y del sistema cardiovascular. Todo el material, desde la inclusión hasta el diagnóstico final y el archivo, se procesa en el Servicio, y en no pocas ocasiones es reevaluado en el Servicio, material remitido desde el interior del país, lo que está de acuerdo con el carácter de centro de derivación y referencia de todo el hospital.

El equipamiento actual del Servicio consiste en 3 procesadores de inclusión automáticos, 2 criostatos, microscopio de fluorescencia y de microfotografía, 8 microscopios para uso general, coloreador automático de preparados de citología, entre otros instrumentos. En el archivo de preparados histológicos se encuentran catalogados más de 100.000 casos.

No parece, por lo tanto, que los 50 años que han pasado entre aquel Servicio de Patología que dirigía (como único miembro) el doctor Dessy, y el actual, hayan sido un mero transcurso del tiempo.

## SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES

Desde el nacimiento de la radiología a partir de Roentgen en el siglo pasado, esta especialidad de la medicina ha presentado un constante desarrollo, que en los últimos diez a quince años, ha constituido una de las características más sobresalientes de la medicina moderna y ha elevado la especialidad hasta constituir uno de los troncos principales que sustentan la atención médica.

El desarrollo de la medicina y la incorporación de métodos donde la energía exploratoria no está formada por rayos X, así como la creciente participación de la computación, determinaron una tendencia por modificar el nombre de la especialidad, de radiología a diagnóstico por imágenes.

### Objetivos

El Servicio de Radiología del Hospital Italiano comenzó un profundo proceso de transformación a partir de 1976, que fue acentuándose progresivamente y cuyas características principales son las siguientes:

1. *Desarrollo de la tecnología radiológica* convencional e incorporación de la nueva tecnología del diagnóstico por imágenes.
2. *Ampliación del plantel de profesionales* mediante la incorporación de nuevos médicos, por lo general formados en las tareas docentes realizadas en el mismo Servicio.
3. *Desarrollo docente* que abarca el pregrado y el posgrado.

4. *Coordinación* con los restantes servicios del Hospital mediante la consulta directa, ateneos, etcétera.
5. *Tareas de investigación* que se expresan a través de la producción de trabajos originales, presentación de casos, obras escritas, etc.

#### Actividad asistencial

Los datos siguientes objetivan lo señalado previamente:

En el año 1975 el número de pacientes examinados mensualmente por el Servicio de Radiología se elevaba a 2.500. Actualmente, esa cifra subió a 7.043 pacientes durante el mes de agosto último pasado. Durante el año 1982 se atendieron 67.418 pacientes con 114.283 prácticas. El incremento del trabajo es permanente y promedia en un aumento del 10% anual, tendencia que no se ha detenido en el curso de 1983. A partir de 1976 se logró el mejoramiento de las técnicas radiológicas convencionales efectuadas hasta ese momento, y se incorporaron las siguientes: mamografía, politomografía, ecografía, tomografía computada y ahora fluorografía digital.

#### Docencia

Desde el punto de vista docente de pregrado nuestro Servicio constituye uno de los tres autorizados por la Cátedra de Radiología de la Universidad Nacional de Buenos Aires para dictar el curso completo de la materia. En el posgrado debe destacarse la creación de la Escuela de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Italiano en el año 1978, dependiente del Departamento de Docencia e Investigación, que realiza un ciclo de enseñanza para médicos de tres años de duración al que se incorporan médicos residentes y becarios. También se dictan cursos de posgrado dependientes del Departamento de Graduados de la Facultad de Medicina, visita de médicos de otros Servicios, intercambio de residentes y becarios nacionales y extranjeros, etc.

#### Coordinación

El Servicio de Diagnóstico por Imágenes realiza un constante esfuerzo para que su labor se realice en un permanente intercambio y coordinación con el resto de los Servicios del hospital; con ese objeto y entre otras medidas adecuadas se implementaron los ateneos radiológicos, que actualmente se realizan en forma mensual con los siguientes servicios: Ginecología, Anatomía Patológica, Cirugía, Ortopedia, Gastroenterología, Pediatría, Clínica Médica y Neurocirugía.

Por último, se han realizado numerosos trabajos científicos, muchos de ellos premiados por instituciones de alto nivel académico, que se han originado en el curso de los últimos años.

#### SERVICIO DE HEMODINAMIA

La atención de pacientes está cubierta las 24 horas del día, mediante guardias pasivas rotativas. Se han efectuado más de 24.000 estudios en total. La infraestructura radiológica está dada por dos salas de cateterismo, una que consta de cinepulsado de 35 mm y fue inaugurada en julio de 1974 siendo adecuada para estudios cardíacos, tales como cateterismos cardíacos, cineangiografías, cinecoronariografías y estudios congénitos. La segunda sala fue inaugurada en noviembre de 1978 y consta de cine de 35 mm, de 70 mm y una cámara Puck. Esta sala se utiliza para panarteriografías, realizándose aortogramas, arteriografías de miembros, arteriografías cerebrales, renales, de tronco cefálico y mesentéricos, cavografías, presión en cava suprahepática, hisiogramas y arteriografías pulmonares.

En los dos últimos años se han incorporado numerosos procedimientos terapéuticos realizados mediante cateterismo, que incluyen:

- a) Inyección selectiva de fármacos quimioterápicos, fibrinolíticos.
- b) Introducción selectiva de materiales embolizantes (embolizaciones, filtro Mobin Uding).
- c) Procedimientos mecánicos:
  1. Extracción de cuerpos extraños intravasculares.
  2. Angioplastia transluminal de varios territorios (coronarios, renales, ilíacos y femorales).
  3. Necrosis terapéutica de glándula suprarrenal.

La angiografía, además de su antigua función diagnóstica, ha adquirido con el desarrollo de nuevas tecnologías una función terapéutica, siendo posible completar los estudios angiográficos con tratamiento selectivo de determinadas afecciones, mediante procedimientos realizados por cateterismo. Estas nuevas posibilidades son agrupadas bajo la denominación de angiología intervencionista, constituyendo un nuevo desafío para los laboratorios de hemodinamia.

El Servicio de Hemodinamia presenta una de las principales casuísticas de Latinoamérica y como ya se mencionara, no se limita exclusivamente a estudios cardíacos, sino que abarca todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos angiográficos actuales. En el Servicio se efectúan aproximadamente 2.500 estudios angiográficos anuales. Este hecho permite una completa formación de los numerosos médicos becarios, nacionales y extranjeros, que concurren al mismo.

La actividad docente está fundamentada en un ateneo diario donde se revisan los pacientes estudiados el día anterior, un ateneo bisemanal preoperatorio que es conjunto con los Servicios de Cardiología y Cirugía Cardiovascular y con clases bisemanales para médicos becarios y residentes rotantes.

Desde hace varios años se trabaja con un horario prolongado de atención, siendo frecuentes los estudios de urgencia que se realizan brindando así una atención prácticamente continua.

El Servicio ha realizado hasta la fecha más de 8.000 estudios angiográficos selectivos extracardíacos, habiendo instalado una infraestructura adecuada a la continuidad y expansión de dichos procedimientos. Los estudios extracardíacos se realizan con la colaboración multidisciplinaria de Servicios como: Neuro-



cirugía, Neurología, Cardiología y Cirugía Cardiovascular, elaborándose informes en conjunto y habiendo logrado una integración de estos Servicios con el nuestro conforme a los objetivos generales del Hospital, manteniéndose el Servicio de Hemodinamia dentro de los avances científicos y tecnológicos actuales.

#### SERVICIO DE HEMOTERAPIA, INMUNOHEMATOLOGÍA Y HEMOSTASIA

El Servicio de Hemoterapia, Inmunoematología y Hemostasia (HIH) se encuentra integrado por las secciones: Banco de Sangre, Preparación de Componentes, Transfusiones, Inmunoematología, Féresis, Coagulación y Trombosis, componiendo una unidad técnico-administrativa dedicada a la realización de pruebas diagnósticas y a cubrir las necesidades transfusionales de la población asistida en el Hospital, en su modalidad de internación y en la ambulatoria; la propia y la enviada por otros centros en derivaciones o consultas.

Esta estructura se logró luego de un largo proceso de adecuación y formación, que insumió los últimos 7 años, para alcanzar los objetivos previstos de desarrollar un Servicio acorde con las necesidades y el prestigio de la Institución.

#### Area asistencial

**Banco de Sangre.** Se mantiene una dotación diaria de sangre entre 250 y 300 unidades de 500 ml, que varía directamente en relación a la demanda. Promoviendo su uso integral se logra la utilización de la sangre extraída, en más del 90% de los casos, alcanzando con ello el más alto nivel de economicidad. Si bien se trata de un recurso renovable, su obtención no es sencilla, de ahí los esfuerzos para un uso eficiente.

Un paciente que se interna, de cada siete, requiere transfusión de sangre, utilizando de promedio 3,5 unidades. En otros términos, los requerimientos de sangre son de media unidad por paciente internado.

Se cuenta con un sistema de reclutamiento de donadores que promueve y asegura un permanente flujo de público y permite la disponibilidad de sangre y derivados para cubrir las necesidades asistenciales. Los donadores de sangre, en su totalidad voluntarios, son más de 800 por mes de promedio. Se mantienen también reservas adecuadas de plasma fresco congelado y concentrados de factor VIII.

**Preparación de componentes.** Se efectúa la separación de componentes sanguíneos con técnicas que aseguran la calidad y viabilidad de los mismos. Actualmente se obtienen concentrados de plaquetas, leucocitos, glóbulos rojos y crioprecipitados en forma rutinaria, permitiendo una terapia racional en pacientes oncológicos, aplásicos, politransfundidos, renales, etc. al transfundirlos con los elementos deficitarios en la cantidad adecuada y con los ritmos necesarios.

**Transfusiones.** Se efectúan más de 10.000 actos transfusionales por año con el máximo control de calidad de los elementos transfundidos, a través de las pruebas serológicas para la detección de las enfermedades

transmisibles en estrecha colaboración con el Laboratorio Central, la utilización de estrictas pruebas de compatibilidad transfusional y el seguimiento y evaluación postransfusional.

**Inmunoematología.** Este Sector se desarrolló en dos áreas: a) Estudios para el diagnóstico de las anemias hemolíticas primarias y/o secundarias; b) La prevención de la eritroblastosis fetal, mediante el control de las embarazadas para la detección precoz de anticuerpos dirigidos contra el feto, utilizando métodos que permiten detectar, caracterizar y cuantificar los anticuerpos involucrados en estas afecciones, para promover las decisiones terapéuticas.

**Féresis.** Las actividades de este Sector se incrementaron recientemente con la incorporación de la procesadora de sangre haemonetics. La posibilidad de separar los elementos sanguíneos en un circuito extracorpóreo cerrado, de flujo continuo o discontinuo, ha abierto un nuevo y vasto campo terapéutico ya que nos permite extraer o cambiar elementos sanguíneos que son los causantes directos de la patología que presentan los pacientes. Se espera que el trabajo de la misma vaya en paulatino aumento por la incesante aparición de nuevas indicaciones terapéuticas para esta técnica que, cabe recordar, es de alta complejidad y su desarrollo está en la calidad y oportunidad de su utilización.

**Hemostasia y trombosis.** Este sector ha desarrollado las técnicas necesarias para un estudio profundo de los mecanismos de coagulación para el diagnóstico, tratamiento y prevención de los pacientes con procesos hemorrágicos y/o trombóticos. Las determinaciones de la especialidad se pueden realizar durante las 24 horas del día.

#### Area docente

En el área docente se desarrollaron cursos para posgrado, recibiendo médicos becarios del interior que efectuaron becas de iniciación y de perfeccionamiento en la especialidad.

El Servicio ha sido calificado por la Sociedad Argentina de Hematología como centro de rotación para los alumnos del curso para la formación de médicos hematólogos. Asimismo, rotan por el Servicio los residentes de Hematología de los hospitales Ramos Mejía y de Pediatría Ricardo Gutiérrez.

Se dictan periódicamente cursos de perfeccionamiento y actualización en hemoterapia e inmunoematología para profesionales y técnicos.

Para niveles técnicos se dictaron cursos para la carrera de técnicos universitarios de hemoterapia y para el curso de técnicos en hemoterapia de la Cruz Roja Argentina, con un programa que propicia el desarrollo científico, técnico y humanístico de los alumnos a nivel universitario. Egresados de dichos cursos permitieron la incorporación de personal, cuando fue necesario, formado y evaluado previamente en el Servicio. Se promovió la formación de personal para los recambios futuros en los niveles de supervisión.

#### Area de investigación

Se realizan trabajos de investigación clínica propios y

en colaboración con los Servicios de Hematología, Pediatría, Neonatología, Obstetricia, Anestesia, Cardiovascular, tomando temas de Inmunohematología, Hemoterapia y Organización.

#### Area de personal

El plantel está formado por 4 profesionales médicos, 12 técnicos, 3 auxiliares y 3 administrativos para prestar asistencia los 365 días del año, las 24 horas del día.

Es propósito del Servicio continuar el desarrollo de las actividades propias de la especialidad en el área asistencial, adecuando los adelantos técnicos en la extracción, conservación, separación y administración de la sangre y sus componentes y los estudios diagnósticos en oportunidad, cantidad y calidad según la demanda de los pacientes. Promover, además, la integración con las especialidades afines y desarrollar los programas docentes y de investigación.

#### RECUERDOS DE LOS ULTIMOS 40 AÑOS DEL "LABORATORIO"

El laboratorio micrográfico, tal era su nombre en 1940, ya tenía más de tres lustros de vida y una intensa actividad.

Su creador, el doctor Silvio Dessy, médico italiano especializado en patología, había sido contratado por la Gobernación de la Provincia de Buenos Aires. Las autoridades del Hospital Italiano, aprovechando su presencia en el país, le encomendaron la creación del Servicio de Patología. Al estilo de ese entonces, alrededor de Patología con su bien dotada morgue, se fueron moldeando la sección de Bacteriología, una incipiente Hematología, y la sección de Química. Al poco tiempo se incorporó al Servicio el doctor Rodolfo Palazzo, médico interno del Hospital y poco después se contó con el concurso de la señorita Irene Pisarro, profesora de química.

Estos tres profesionales fueron secundados en su labor por una media docena de ayudantes formados por ellos mismos.

Por ese entonces el doctor Palazzo, contando con el entusiasta apoyo del médico clínico doctor Juan Tenconi, continuaba con la organización comenzada en el año treinta, de lo que sería el germen del Servicio de Hemoterapia. Se tuvieron que idear y fabricar todos los implementos necesarios para la extracción y trasfusión de sangre, desde los frascos ad-hoc, hasta los filtros de seda, las llaves múltiples, los goteros, etcétera. Todo esto fue precedido por el empleo de un original aparatito, el transfusor de Henry, que permitía el pasaje de sangre directamente del donante al paciente sin anticoagulante, el cual consistía en una especie de molinillo con una manivela que accionaba un excéntrico colocado en su eje, el cual exprimía un tubo de goma que forzaba el paso de la sangre contenida en su interior. Tenía un contador de revoluciones que marcaba la cantidad de sangre pasada.

En esa época se efectuaban unas 3 ó 4 transfusiones

diarias, y ya se contaba con un pequeño banco de sangre.

En Bacteriología, los mayores esfuerzos se habían encaminado a detectar, por diferentes métodos, la incidencia de los dos mayores flagelos de esa época: la sífilis y la tuberculosis.

A la búsqueda directa del treponema por medio de la impregnación argentina de Fontana-Tribondeau o en examen a fondo oscuro con iluminación por medio de un arco voltaico, se había sumado la organización del estudio serológico correspondiente, efectuándose rutinariamente las reacciones de Wasserman y de Kahn, el estudio de las alteraciones en L.C.R., etcétera.

Para el caso de la tuberculosis, con la búsqueda ansiosa del bacilo de Koch por medio directo, se había perfeccionado todo un sistema de cultivos muy eficiente y que permitía un rápido desarrollo, para glicerina, medios de Lowenstein y de Petragani, todos de confección propia.

En la sección Química, además del habitual examen de orina y parasitológico de material fecal, se determinaba en sangre por método titrimétricos o usando un pequeño colorímetro: urea, glucosa, ácido úrico, colesterol, creatinina, fosfatasa alcalina, calcio, fósforo inorgánico, cloro, bilirrubina total y directa, proteínas con albúmina y globulinas.

En la sección Hematología a cargo de un técnico, el señor Celio Struchil, posteriormente distinguido por el Gobierno italiano con el título de "Maestro del Trabajo", se efectuaban los hemogramas consistentes en el recuento de glóbulos rojos y blancos por medio de pipetas cuentaglobulos y cámara, hemoglobina con el hemoglobímetro de Helliges o el de Sahli y la fórmula leucocitaria, después de sacar personalmente las muestras por punción digital al pie de la cama de los pacientes.

En el año 1947 la sección Hemoterapia fue encomendada a la doctora Gerda Meyer, que terminaba de revalidar su título de médico; se consigue el concurso del prestigioso patólogo, el profesor Julio C. Lascano González, ya que el doctor Dessy, muy anciano, se había retirado. En ese año el Dr. Orlando Lo Guelo es nombrado por la Dirección del Hospital Médico Frecuentador en el Servicio del Laboratorio. Bajo el auspicio del Director del Hospital Dr. Juan B. Borla, comienzan en esa época las obras para el traslado del Servicio de su primitivo emplazamiento sobre la calle Cangallo a su actual ubicación. El doctor Palazzo no sólo fue el animador del proyecto, sino que ejerció un estricto control durante toda la ejecución de la obra, la cual fue costeadada en parte por medio de una donación a la memoria del doctor Luis Repetto, y que se inauguró en 1951 con un gran asado y un "risotto alla milanese" bajo las respectivas direcciones del doctor Alfredo Carabelli y el señor Guido Zappa congregando prácticamente a las 300 personas que conformaban el Hospital.

En ese momento se pudieron comprar dos microscopios, dos fotocolorímetros y algunas centrifugas.

Hacia el año sesenta se hicieron las primeras corridas electroforéticas en papel con una cuba confeccionada en el mismo hospital y aprovechando un cable con corriente continua; posteriormente se compró una fuente de poder transformador.

Las secciones de Hemoterapia y la de Patología se van



perfilando como Servicios independientes del resto del laboratorio. Hemoterapia consigue la construcción de una planta física propia, mientras que Patología, aunque ya con completa autonomía, sigue físicamente dentro del laboratorio.

En 1965 cesa en sus funciones el doctor Rodolfo Palazzo y se obtiene el valioso aporte de un nuevo director, el doctor José M. Guerisoli, quien vuelca su gran experiencia en la organización del laboratorio moderno fue pionero entre nosotros de los estudios sobre equilibrio ácido base y medio interno. Bajo su gestión se perfeccionaron las estructuras y los métodos usados hasta entonces, y se incorporan numerosas técnicas nuevas. Un gran número de profesionales, sobre todo bioquímicos, van enriqueciendo el plantel humano y se establecen nuevas secciones como endocrinología, proteínas, serología, hepatología y se estructura el laboratorio especializado de terapia intensiva y emergencias, el cual, a cargo de la doctora Irene Da Graca, cubre las prestaciones de urgencias durante la 24 horas del día.

Con su temprana desaparición, el doctor Guerisoli no pudo concretar su dorado sueño de automatizar el laboratorio, lo que le correspondió a su sucesora, la doctora Amanda Ascione.

#### LABORATORIO CENTRAL

El Laboratorio Central surgió como tal alrededor de 1960 a partir del antiguo Laboratorio Micrográfico, madre de nuestro Servicio y de los de Hemoterapia y Anatomía Patológica.

Actualmente está constituido por 16 secciones distribuidas en 4 áreas técnicas: química clínica, microbiología, hematología y emergencias; y por 3 sectores complementarios: extracciones, preparaciones y administración con actividades comunes a todas ellas.

El plantel del Servicio está constituido por un jefe, un subeje, profesionales de planta, profesionales contratados, técnicos, auxiliares técnicos y personal administrativo.

Esta estructura permite realizar las tareas asistenciales, actividad fundamental del Servicio y simultáneamente llevar a cabo las docentes y de investigación clínica, requeridas por la Institución, como consecuencia natural de su constante desarrollo y avance científico.

Actualmente se realizan en el laboratorio 120.000 determinaciones mensuales, agrupadas en más de 300 análisis diferentes, las cuales se procesan con técnicas automatizadas o manuales, atendándose como promedio 450 pacientes diarios. La diversidad de patologías, tanto agudas como crónicas, ha creado la necesidad de incorporar tecnología de avanzada, tanto en química clínica como en microbiología, inmunología y hematología.

Así, se han introducido últimamente 150 análisis nuevos, los cuales son generados por las secciones de Inmunología, Micología, Coprología, Virología, Bioquímica pediátrica y genética, entre los que podemos citar la investigación de antígenos y anticuerpos antivirales, de microorganismos anaerobios, estudios cromosómicos, detección de metabolopatías, estudios de isoenzimas, enzimoimmunoensayo, estudios de anti-

cuerpos, monitoreo de antibióticos, etcétera.

Estos análisis, que en nuestro Hospital son requeridos diariamente, constituyen prácticas de demanda poco frecuente o inexistente en laboratorios de instituciones similares, públicas o privadas.

La complejidad alcanzada por el Servicio, creó un interés creciente en los colegas que a diario se presentan realizando consultas y solicitando asesoramiento situación que se vio reflejada en el gran interés que han suscitado los cursos teórico-prácticos organizados por el Servicio durante el segundo semestre de 1983.

En ellos se trataron temas relacionados con virología, citogenética, metabolopatías y proteínas, dictándose con la colaboración de profesionales de los Departamentos de Pediatría y Medicina, además de prestigiosos invitados especiales.

Junto a la tarea asistencial y docente descripta, se han realizado un considerable número de trabajos y relatos que fueron presentados en distintas reuniones científicas, participándose además en comisiones profesionales de distintas sociedades para el estudio de aspectos que hacen a nuestra actividad.

La preocupación permanente por mejorar la calidad de las prestaciones nos ha llevado a participar activamente en la elaboración de un plan de vastos alcances nacionales para la creación de un sistema de control interlaboratorial, logro que sin lugar a dudas será de significativa trascendencia para el futuro de la profesión bioquímica y significará un prestigioso aporte a la Institución, al ser considerado su Laboratorio Central, como centro de referencia y estandarización de técnicas.

Indudablemente no hubiera sido posible llegar al actual estado de desarrollo sin el respaldo político de la institución, que se traduce permanentemente en la orientación y aporte de todo tipo y del interés ampliamente demostrado y apreciado del cuerpo médico de los distintos Servicios.

#### SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR Y ENDOCRINOLOGÍA

##### Breve historia

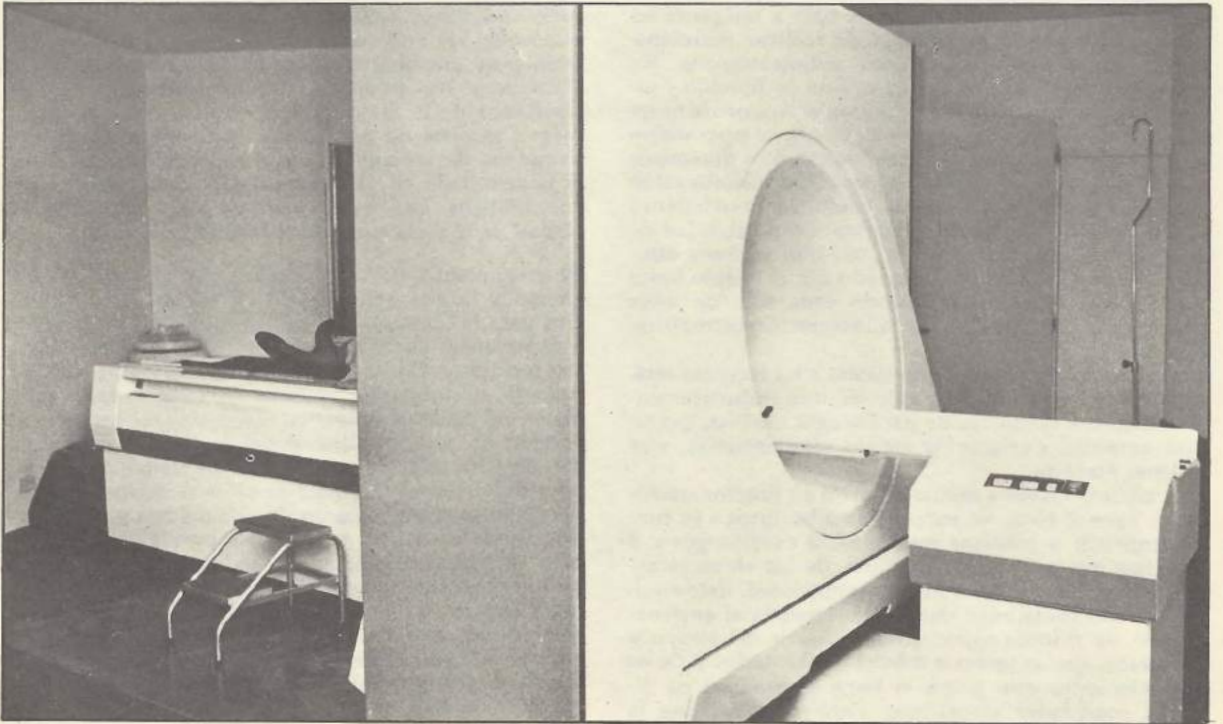
En el año 1971 se creó el Servicio de Endocrinología y Medicina Nuclear, adquiriendo un equipamiento adecuado a las necesidades asistenciales del momento y asignándose un área de cincuenta metros cuadrados, con una dotación de tres médicos y una secretaria.

La incorporación del uso de trazadores radioactivos en las técnicas médicas de diagnóstico, base de la medicina nuclear, data de 1925, año en que se aplicaron al estudio de la función y morfología de la glándula tiroides.

Los trazadores radioactivos son sustancias cuyos isótopos estables forman parte de los tejidos investigados y tienen incorporados en su composición molecular un átomo radiactivo que permite su detección desde el exterior, por lo que la información que suministran es la resultante de un proceso dinámico que implica no sólo estructura del órgano investigado sino, ade-



*Primitiva farmacia del Hospital.*



*Equipo para tomografía axial computada.*





más, la función del mismo. Entre 1950 y 1965 se produjo una explosión de métodos diagnósticos que utilizaron estos trazadores, hecho que trajo como consecuencia la necesidad de contar rutinariamente con los mismos en toda institución médica que se precie de poseer un complejo arsenal de técnicas diagnósticas específicas.

El advenimiento en el interín de los isótopos de vida media corta, como el indio y el tecnecio que permitieron trabajar con una menor irradiación, tanto de pacientes como de operadores, produjeron un gran incremento en la utilización de la información que esta metodología proporciona.

Este hecho aparejó el crecimiento del Servicio de Medicina Nuclear, el cual incorporó en 1976 a su tarea asistencial, el uso de generadores de isótopos de vida media corta producidos por CNEA, independizándose así del envío diario de material radioactivo. Ahora bien, en la década del setenta, dos hechos trascendentales ampliaron los confines de la especialidad, uno ocurrió en el campo de la radioquímica con la introducción de la técnica del radioinmunoensayo y el otro fue la utilización de la computación para la elaboración de los datos que la exploración radioisotópica proporciona.

#### Desarrollo actual

La aparición de técnicas sofisticadas de computación y de radioisótopos de vida media cada vez más corta, provocó una revolución tecnológica que dio un nuevo empuje a las técnicas de diagnóstico que hasta ese momento eran obtenidas sólo en base a imágenes estáticas, al crear la posibilidad de realizar cotidianamente los estudios dinámicos radioisotópicos. En éstos, la imagen es a su vez expresión de función y estructura, aspectos que se relacionan activamente entre sí. Basándose en este concepto puede comprenderse el principio en el que se basan los estudios dinámicos que se efectúan en cámara Gamma. Los mismos están fundados sobre la noción de cambio y movimiento como base de diagnóstico médico. La posibilidad de rastrear un trazador en un órgano que se desea estudiar, desde que llega y es captado por el mismo hasta que lo abandona cuantificando cada uno de estos pasos, cierra el circuito de la integración estructura-función.

Lo antedicho ha posibilitado sumar a las técnicas estáticas centellográficas, las exploraciones eminentemente dinámicas como las de cardiología nuclear, perfusión cerebral, exploración de las vías urinarias, vías biliares, etcétera.

Una cámara Gamma digital, se halla en funcionamiento desde hace 2 años. Se encuentran adscriptos a su funcionamiento 3 médicos nucleares, 2 cardiólogos y 3 técnicos que realizan la mayoría de las técnicas actualmente disponibles a nivel internacional. Este equipo médico contribuye con su experiencia al entrenamiento de futuros especialistas a partir del apoyo y recepción que se presta a médicos del interior y de las presentaciones que sobre el tema se realizan en diversas sociedades científicas. Cabe destacar que la colaboración interdisciplinaria con los Servicios de Cardiología, Pediatría, Gastroenterología, etc., han

permitido contribuir al estudio de múltiples temas.

El radioinmunoensayo, la principal forma de aplicación de la medicina nuclear *in vitro*, posibilitó el dosaje de sustancias en concentraciones imposibles de valorar con los métodos comunes de laboratorio, dando gran impulso a especialidades como la endocrinología y contribuyendo con determinaciones aisladas al diagnóstico de múltiples afecciones no endocrinas. Fue así como se creó la necesidad de desarrollar un laboratorio de radioinmunoensayo que contó en sus comienzos sólo con una radioquímica y una técnica. Su paulatino crecimiento llevó a que actualmente cuente entre su personal, altamente especializado, con 1 médico, 3 radioquímicas y 4 técnicas. Actualmente se procesan en forma rutinaria asistencial, 21 radioinmunoensayos de distintas especialidades. Además se desarrolla en dicho laboratorio una tarea de investigación metodológica tendiente a obtener la independencia de la importación de costosa y compleja tecnología en esa área.

Esta actitud permite que en la actualidad, a partir de sólo algunos insumos críticos importados, se pueda procesar la mayoría de los dosajes sin depender de los avatares de la importación.

El desarrollo del laboratorio trajo aparejado paralelamente el crecimiento de la endocrinología clínica, que se tradujo en un aflujo cuantitativo y cualitativo de pacientes y posibilidades para profundizar el estudio de distintas poblaciones. Entre ellas revistieron especial interés los tumores hipofisarios, la patología neuroendocrina de la reproducción, el control hormonal del cáncer de tiroides hormonodependiente, la regulación de la secreción de hormona tirotrófica por concentraciones séricas de hormonas tiroideas, el estado del eje corticosuprarrenal de los pacientes que recibieron glucocorticoides, la fisiopatología de la diabetes y los síndromes hipoglucémicos, etc. Los resultados de la investigación clínica de estos temas fueron motivo de publicación y comunicaciones en reuniones de sociedades de la especialidad. La tarea es desarrollada en este campo por siete médicos endocrinólogos que componen en este momento el plantel de la sección de Endocrinología Clínica.

El crecimiento de la población clínica, su diversificación y la alta complejidad de los estudios necesarios para la investigación de las mismas, han obligado a departamentalizar la parte clínica del Servicio en cuatro secciones: Endocrinología General, Neuroendocrinología, Osteopatías médicas y tratamientos especiales del paciente diabético. Asimismo, se montó una sección de pruebas funcionales en las cuales se realizan diversos test, algunos de ellos de riesgo, necesarios para documentar la dinámica de la secreción endocrina. El mismo está a cargo de una médica y dos técnicas. Desde cada uno de estos campos, la actividad cubrió además de la asistencia médica específica, tareas de investigación clínica. Con respecto a la endocrinología general cabe destacar que la colaboración interdisciplinaria con otros Servicios aportó un flujo de pacientes portadores de patología endocrina secundaria a enfermedad general, tal el caso de la alteración de la función tiroidea en la enfermedad general, la secundaria al uso de yoduros en patología cardiovascular. El hiperandrogenismo de las mujeres fue estudiado en

cada momento según las técnicas más actualizadas. Se investigó al paciente portador de cáncer de tiroides diferenciado, tratando de establecer pautas para el control de su hormonodependencia. En lo que respecta a la neuroendocrinología de la reproducción, se establecieron los perfiles hormonales del hipogonadismo, de la anorexia nerviosa; se instrumentó la exploración funcional del hipogonadismo hipogonodotrófico y en colaboración con el Servicio de Anatomía Patológica, se trabajó en el diagnóstico inmunohistoquímico de la enfermedad de Cushing sin adenoma, etc. El estudio de la reserva hormonal anterohipofisaria posibilitó el diagnóstico precoz y el pronóstico funcional de los tumores de hipófisis, este hecho aunado a la falta de morbilidad y mortabilidad que presenta la técnica de abordaje hipofisario por vía transeptoefenoidal introducida por el Servicio de Neurocirugía permitió ofrecer a los portadores de esta patología soluciones radicales. La sección de Diabetología introdujo en 1980 técnicas piloto para el control biomédico de la diabetes. Para ello, el Servicio adquirió un sensor glucémico capaz de registrar las glucemias cada 45 segundos, que permitió monitorizar metabólicamente al diabético en forma continua y durante períodos de hasta 48 horas a embarazadas diabéticas, posoperatorios complicados y diabéticos de difícil control. Se instrumentó en forma pionera en nuestro país el uso de bombas de infusión portable de insulina, que permitieron lograr euglucemia en pacientes que no pudieron ser compensados por métodos tradicionales. Su uso se extendió a la atención de la diabética embarazada, pacientes con severas neuropatías y retinopatía y el manejo pre y/o posquirúrgico de patologías específicas. Se instrumentó la educación de la población diabética especialmente en el grupo de automonitoreo glucémico. El funcionamiento del consultorio de osteopatías médicas ha permitido la valoración y reconocimiento, así como renovación de esquemas de tratamiento de una cantidad insospechada de pacientes con alteraciones del metabolismo cálcico. Esto ha sido facilitado por la creciente formulación de consultas por los Servicios de Clínica Médica, Ortopedia y Urología del Hospital y el resto del país. La osteopatía que ha promovido mayor concurrencia es la osteitis deformante de Paget, cuya incidencia es notoriamente elevada en nuestro país y en la que hemos registrado 351 fichas. A este consultorio le cupo la oportunidad de iniciar jun-

tamente con el Hospital de Clínicas José de San Martín, la valoración clínica de los disfosfonatos. En 1973 se comenzó la investigación del etidronato bisódico (EHDP), cuyos resultados fueron objeto de diversas comunicaciones. En febrero de 1981 se inició la valoración clínica del 3-amino-1-hidroxipropilidene 1,1 difosfonato (ADP).

En el curso de los últimos años se logró un reconocimiento más frecuente y temprano, tanto del hiperparatiroidismo primario como del secundario, a los que ha contribuido notablemente la determinación del PTH sérico mediante radioinmunoanálisis. Otra población muy numerosa y merecedora de particular atención está constituida por los pacientes con síndrome osteoporótico. Se logró un aporte importante para su valoración mediante la determinación del contenido mineral óseo, por absorción de fotones.

Cabe destacar el estímulo moral que implica que los Servicios de Endocrinología de los Hospitales, Ramos Mejía y Alvarez, así como los Servicios de Neurología de los Hospitales, Durand y Policlínico Ferroviario, remitan desde 1979, a esta sección en forma constante por períodos de dos meses a sus médicos residentes para cumplir una rotación de entrenamiento. Además de la actividad docente individual desarrollada por miembros del Servicio, ya sea colaborando con la Unidad Hospitalaria o en distintos cursos dentro o fuera de la Institución, se dictaron cursos de endocrinología general (años 1980, 1982 y 1984) y su diabetología (1982). Al cabo de 12 años de su creación y en una superficie de trescientos metros cuadrados desarrollan sus tareas ocho médicos a tiempo completo, tres radioquímicas, nueve técnicas, cuatro secretarías y dos mucamas. Colaboran además con los mismos cinco médicos becarios.

Como se puede observar, el crecimiento y desarrollo del Servicio guardó una estrecha relación con sus posibilidades tecnológicas. Por ello es fundamental para el futuro contar con un equipamiento instrumental que permita desarrollar otras técnicas radiobiológicas in vivo e in vitro, a fin de enfocar con criterio moderno el estudio de la patología tumoral, en lo que a receptores hormonales y detección tumoral por anticuerpos específicos ante tumorales respecta, completando el así llamado radioinmunodiagnóstico tumoral.

Es nuestro propósito dedicar a este campo, en el futuro inmediato, el mayor de nuestros esfuerzos.



# DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION

En el año 1968 se creó el Departamento de Docencia e Investigación por disposición de la Dirección del Hospital con el propósito de "promover, facilitar y coordinar un conjunto de actividades no asistenciales que cada vez con mayor intensidad se venían desarrollando en el Hospital". Estas actividades de Docencia e Investigación fueron creciendo estando en la actualidad comprendidas en cuatro sectores.

- I. Docente,
- II. Investigación.
- III. Información y Documentación,
- IV. Publicaciones.

## I. SECTOR DOCENTE

El Departamento es el encargado de asesorar a la Dirección del Hospital sobre la política educativa a seguir. Actualmente se cuenta con un sistema educativo de pregrado y posgrado, dirigido tanto a profesionales recién recibidos, como a aquellos que deseen perfeccionarse en un área específica.

### 1. Posgrado

El sistema de posgrado comprende:

#### a) Residencias Médicas

En el año 1962 se organizó la primera Residencia del Hospital en el Servicio de Cirugía. En 1984, 13 servicios del Hospital desarrollan sus programas de Residencias de tres o cuatro años de duración, según la especialidad.

Todo lo referente a la selección e ingreso de los residentes se efectúa desde el año 1976 en el Departamento de Docencia e Investigación (DDI). Dicha selección consta de un examen escrito y de una entrevista personal. En 1984 participaron 651 médicos, de los cuales 131 provenían del interior del país y 520 del Gran Buenos Aires. El número total de residentes del Hospital para 1984 es de 91.

#### b) Becarios

Veintidós servicios y sectores del Hospital desarrollan

programas de becarios que varían en cantidad de años según sean de iniciación o de perfeccionamiento.

Los becarios ingresan por una selección de antecedentes personales. Para el año 1984 el número total de becarios fue de 117, de los cuales 65 son del interior del país, 30 del Gran Buenos Aires y 22 del extranjero, habiendo ingresado a primer año 36 becarios nacionales, con predominio del interior del país y 15 de países latinoamericanos.

#### c) Visitas

El sistema educacional de posgrado prevé además la concurrencia de profesionales del interior del país, en visitas de hasta 30 días, para aquellos que deseen aprender específicamente el manejo de un nuevo aparato o el adiestramiento en una técnica determinada. El número total de visitantes en 1984 fue de 39.

#### d) Rotantes

El Hospital acepta un número considerable de residentes y técnicos pertenecientes a instituciones nacionales, municipales y/o provinciales que solicitan la rotación de hasta tres meses en distintos servicios de este Hospital. Durante 1984 rotaron por el Hospital 50 profesionales.

En el año 1983 se estableció un convenio oficial con la provincia de San Juan para el intercambio de residentes de ambas instituciones; dichas rotaciones son supervisadas y evaluadas por el Departamento de Docencia e Investigación y los resultados son enviados al término de cada rotación a los organismos respectivos.

#### e) Cursos

Es preocupación fundamental del Departamento, la organización de cursos para graduados con la finalidad de acentuar la continuidad en la formación profesional.

En el año 1984 el Departamento de Docencia e Investigación organizó 50 cursos para profesionales médicos, bioquímicos, kinesiólogos y enfermeras.

En el año 1982 se inició un programa de educación médica continua con la provincia de Salta para médicos de planta del Hospital de Orán, en las especialidades de obstetricia, clínica médica y ginecología.

## 2. Pregrado

El pregrado está constituido por la Unidad Hospitalaria. La Facultad de Medicina de la U.B.A. acordó que el ciclo completo de los tres últimos años de la carrera se cursen en el Hospital para un número determinado de alumnos, Unidad Hospitalaria "N".

En el año 1983 ingresaron 70 alumnos al primer año. El Departamento de Docencia e Investigación cuenta también con dos escuelas de nivel terciario para la formación de enfermeras profesionales e instrumentación quirúrgica.

## 3. Escuela de Enfermería

Fue en principio una filial de la Cruz Roja Argentina y a partir de 1973 pasó a ser dependencia de la Sociedad Italiana de Beneficencia en Buenos Aires. En 1976 se obtiene la aprobación de la Superintendencia Nacional de Enseñanza Privada del nivel auxiliar de enfermería y al año siguiente se obtiene el reconocimiento del nivel profesional.

Como todo lo que se inicia, tuvo que quemar a lo largo de los años las etapas que de una u otra manera pasaron todas las profesiones. No obstante, a partir de 1976, se ajustó a la Resolución Ministerial 35/69 (Decreto 1469/68) que rige la enseñanza de la enfermería no universitaria, con lo cual la formación de la enfermera se enriqueció al incluir en el plan de estudios materias de las áreas socio-humanísticas y se agregó el fundamento científico a las materias profesionales. A pesar de esto, este plan de estudios resultaba insuficiente para el logro de una capacitación adecuada. Por este motivo, a partir de 1979 se introdujeron cambios en varios aspectos tendientes a obviar las carencias de ese plan y a la vez ampliar la formación en algunas áreas, que son de prioridad en nuestra institución. En 1980 se obtuvo el nivel terciario para la carrera, lo que significó mayor disponibilidad de recursos docentes y se cerró transitoriamente el curso de auxiliares.

El currículum toma como eje integrador el proceso de enfermería, que tiende al desarrollo de actividades y conductas que posibiliten una atención integral del paciente, tomado como una unidad biopsicosocial y a la vez les proporciona las herramientas para llevar a cabo actividades de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud.

En este momento, la escuela cuenta con ocho supervisoras docentes, más un auxiliar de trabajos prácticos para enfermería. En el período 1971/1979 el número de egresados de auxiliares de enfermería fue de 170 y de enfermería profesional para 1976 y 1983 de 110.

El número de egresados que trabaja actualmente en el Hospital es de 63. Del total de egresados como enfermeros profesionales, cuatro se desempeñan como enfermeras jefes en los sectores 3, 4, 6, 7, 9, 10, 27, 28, 29 y 30 y dos auxiliares de enfermería ocupan el cargo de jefes de pabellón en el Instituto Geriátrico "Agustín Rocca" de la localidad de San Justo.

## 4. Escuela de Instrumentación

Fue acrecentando su prestigio a través del tiempo y

es así que a partir de 1981 cuenta con el reconocimiento oficial de la Superintendencia Oficial de Enseñanza Privada y se incorpora a la enseñanza oficial.

Los objetivos de la escuela son:

- Formar instrumentadoras de cirugía idóneas en los conocimientos y principios de la técnica de la instrumentación quirúrgica, capaces de adquirir habilidad y destreza en la misma.
- Desarrollar actitudes que permitan:
  - Asumir la función con responsabilidad y equilibrio emocional.
  - Comprender su rol dentro del equipo de salud.

Para ingresar a la Escuela se debe aprobar un examen escrito de evaluación, además de una entrevista personal.

El plan de estudios comprende tres áreas:

- Ciencias biológicas.
- Ciencias de la conducta.
- Área técnica.

En 1983 el personal docente para la carrera de instrumentación fue de dos instructoras y el número de alumnos de 39.

## Centro Perfeccionamiento Docente Supervisoras para Enfermería

A partir del año 1983 se oficializó el Departamento de Docencia e Investigación como Centro de Perfeccionamiento Docente para Enfermería. En años anteriores este Departamento ya había dictado cursos en esta área dedicados a supervisoras y docentes de enfermería, por lo que se le otorgó dicho reconocimiento oficial.

## II. SECTOR INVESTIGACION

En el año 1975, el Departamento de Docencia se planteó la necesidad de contar con una infraestructura adecuada para la realización de experiencias en animales dentro del Hospital. Hechos los estudios de factibilidad, se llevó a cabo en los dos años siguientes la construcción de la Unidad de Medicina Experimental, la cual es inaugurada el 8 de diciembre de 1977. Al año siguiente se le agregó el bioterio de animales pequeños y se comenzó con un plan para su equipamiento instrumental mínimo.

Actualmente, la Unidad de Medicina Experimental (U.M.E.) cuenta con un espacio físico de aproximadamente 250 m<sup>2</sup> con las siguientes características: dos laboratorios, uno para trabajar con pequeños animales; un quirófano para grandes animales, sala de recuperación, un bioterio para animales grandes y otro para animales pequeños (con ratas y conejos de cepas reconocidas y reproducidas por el D.D.I.), sala de reuniones y facilidades centrales. La dotación humana está integrada por un técnico con funciones de asistir a los investigadores en sus experiencias y un encargado de bioterios, ambos a horario completo.

A la fecha se llevaron a cabo 72 proyectos de investigación, que utilizaron las instalaciones e infraestructura de la U.M.E. para la realización de sus experiencias.



El D.D.I. apoya los proyectos presentados facilitando el uso de las instalaciones, equipos e instrumental, recursos humanos y bioterios de la U.M.E.; a ello se agregó la provisión y mantenimiento de animales y, en numerosos casos, el uso de drogas, medicamentos y otros insumos sin cargo alguno para la mayoría de los investigadores.

En 1983 se constituyó un Comité de Evaluación formado por un representante de cada Departamento Médico del Hospital más un representante del D.D.I. Las funciones de este Comité son:

- Definir las áreas que, actualmente y dadas las necesidades del Hospital, contarán con un apoyo preferencial, y elevarla para su consideración y aprobación final a la Dirección.
- Evaluar las condiciones técnicas y la relevancia institucional de cada proyecto presentado para ser subsidiado.
- Clasificar por nivel cada trabajo en particular y, en función de ello establecer el monto y tipo de subsidio. Una norma a seguir es la de financiar sólo partes de proyectos, en función de que las otras partes sean financiadas con los recursos obtenidos por el esfuerzo de los propios investigadores y/o de los servicios a los que pertenecen.

En octubre de 1983 el Sector Investigación organizó su Simposio sobre Investigaciones Médicas en Hospitales Generales, con respaldo económico y profesional de la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.) y el auspicio de los siguientes organismos:

- Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente de la Nación.
- Subsecretaría de Ciencia y Tecnología.
- Universidad de Buenos Aires.
- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.
- Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

Concurrieron destacados profesionales médicos, líderes de la investigación básica y/o clínica en hospitales generales de todo el país de reconocido prestigio y responsables directos de centros de investigación nacionales, municipales, universitarios o privados.

Los temas tratados fueron:

- Fundamentos de la inclusión de la investigación clínica y básica en hospitales generales.
- Estado actual de la investigación en hospitales generales.
- Organización de la investigación.
- Aspectos éticos de las investigaciones en el hombre.

Los objetivos de la realización de este Simposio fueron:

- Posibilitar el intercambio de opiniones y experiencias entre investigadores y profesionales de la salud acerca de la investigación médica en hospitales generales.
- Discutir los fundamentos, alcances y limitaciones de la investigación en el hospital general.
- Proponer líneas y guías para la acción, que tiendan a promover tareas y proyectos estables de investigación.

Se encuentran en prensa para su posterior difusión el documento con las conclusiones finales elaboradas por los participantes.

### III. SECTOR INFORMACION Y DOCUMENTACION

#### Biblioteca

La primer tarea que originó la integración de un grupo de trabajo, que luego se convertiría en el Departamento de Docencia, fue la organización de una Biblioteca Central en 1968.

El objeto de ésta es mantener al día las publicaciones periódicas (revistas) seleccionadas por los profesionales del Hospital, que pueden ser consultadas durante el día en un horario prolongado. Existe además un préstamo domiciliario de fin de semana. La Biblioteca está abierta a todos los profesionales del país. Para la información y actualización permanente, personal especializado orienta la búsqueda de información y procura material a quien lo solicita.

El fondo bibliotecario actual es de 3.100 volúmenes y 120 títulos de revistas.

Dentro del local de la Biblioteca funciona una fotocopidora que facilita la provisión de artículos de interés para los profesionales del Hospital. El Servicio de fotocopias también está dirigido a personas que no pertenecen al Hospital.

La Biblioteca Central se halla conectada con el BIREME (San Pablo, Brasil). La comunicación con ésta y otras instituciones del interior y exterior del país es fluida a través del sistema de télex con que cuenta el Departamento.

#### Iconografía

Este sector está dedicado casi fundamentalmente a la fotografía médica, clínica o quirúrgica destinada a la docencia y a la documentación de trabajos o publicaciones.

Insistir sobre la importancia de este material para la enseñanza y la documentación en un hospital de la complejidad del nuestro sería innecesario, ya que el valor de este servicio fue comprendido por los profesionales del Hospital aún antes de la creación y organización del D.D.I.

### IV. PUBLICACIONES

#### Revista

El Departamento de Docencia es el responsable de la publicación de la Revista del Hospital. En el año 1983 cumplió el tercer año de su aparición, durante ese año se publicaron seis números, ya que se decidió que la misma fuera de circulación bimestral a diferencia de los cinco números del segundo año. Su tirada es de 3.000 ejemplares por número, de distribución gratuita.

El objetivo de la revista es llegar al interior del país con un fin docente y de colaborar en la formación de profesionales de edad intermedia.

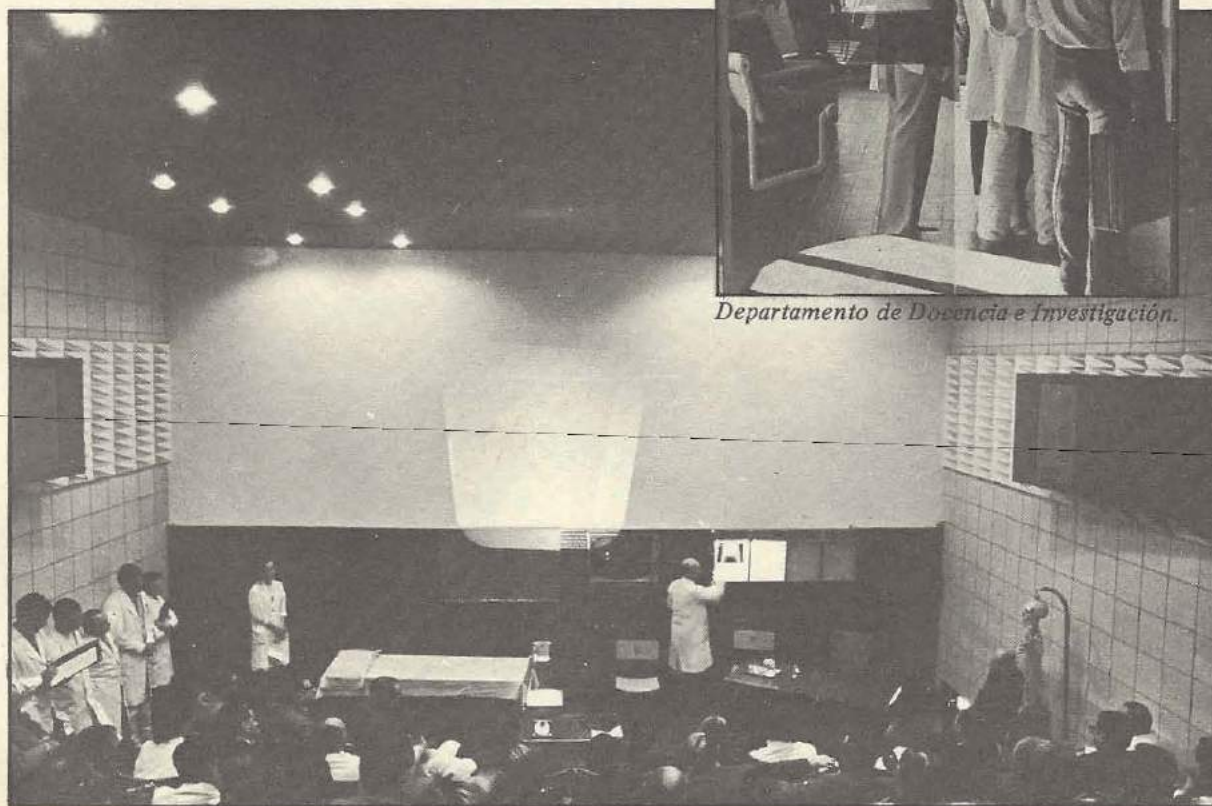
El material de la revista es elaborado por médicos de la institución. El contenido se divide en secciones permanentes, tales como: editorial, de la práctica médica, ateneo anatómico clínico, diálogos médicos, nove-



*Biblioteca.*



*Departamento de Docencia e Investigación.*



*Ateneo anatomoclínico.*



dades en biomedicina, artículos de actualidad y revisión de las distintas especialidades que se desarrollan dentro del Hospital.

#### Boletín

El Departamento de Docencia e Investigación redacta un boletín para circulación interna con el objeto de difundir noticias de interés para el personal del Hospital.

#### Catálogo de Investigación

En el año 1982 se publicó el primer catálogo con el listado de publicaciones y comunicaciones científicas que los profesionales del Hospital realizaron desde octubre de 1981 a setiembre de 1982.

Se editó el catálogo que abarca el período de octubre 1982 a setiembre 1983.

El objetivo de esta publicación es informar acerca de las distintas líneas de trabajo en desarrollo dentro del Hospital y promover el interés de ideas y recursos que posibiliten potenciar las actividades del Sector Investigación.

#### V. INFRAESTRUCTURA

El Hospital cuenta con una importante infraestructura

exclusivamente destinada a la enseñanza, en los niveles y modalidades señaladas anteriormente. Estos recursos físicos forman parte del D.D.I., quien es el encargado del mantenimiento, supervisión y asignación tanto de las aulas (8 en total con capacidades que van desde las de 15 a 80 butacas) como así también de los medios audiovisuales destinados a la enseñanza (proyectores de diapositivas, proyectores de películas, retroproyectors, negatoscopio, simuladores) que son utilizados en clases también en ateneos y conferencias. Una persona con dedicación exclusiva coordina el uso de las instalaciones y equipos.

Se inauguró una planta destinada a las reuniones de los distintos grupos de trabajo del Departamento (Revista, Sector Residentes y Becarios), y con despachos para el jefe, subjefe, responsables de sectores, secretaría, administración, escuela de enfermería, instrumentación, laboratorio fotográfico y sala de estar para profesionales.

Estas obras de mejoramiento del Departamento se continuarán incorporando en el futuro, el sector Biblioteca, para quien el cambio edilicio no resultaba urgente por encontrarse actualmente en un local amplio y confortable.

A todo esto hay que agregar la ya mencionada U.M.E. (Unidad Medicina Experimental).

# DEPARTAMENTO DE MEDICINA

## SERVICIO DE CARDIOLOGIA

A partir de su creación a mediados de la década del sesenta, la División de Cardiología del Hospital Italiano se ha desarrollado en una línea de permanente ascenso hasta convertirse en uno de los grupos cardiológicos más importantes del país. En este proceso de crecimiento existieron algunos principios básicos a los cuales se ha ajustado la tarea cotidiana.

### Principios básicos

1. Concepción ética y humanística del ejercicio profesional, lo cual implica una actitud de respeto y amor por el individuo enfermo, que en nuestra especialidad ve su vida amenazada o significativamente restringida en su calidad.
2. Adquisición de la mayor capacitación profesional acorde con el desarrollo médico contemporáneo; en esto ocupa un lugar primordial la irrupción de la revolución científico-técnica en la medicina y particularmente en la cardiología moderna.
3. Incorporar la investigación clínica como una de las actividades básicas del grupo, ya que la misma significa, por una parte, la posibilidad de adquirir nuevos conocimientos y poder realizar aportes al desarrollo de la ciencia médica, y por la otra, crear un ambiente intelectual estimulante para el pensamiento y la discusión científica.
4. Necesidad de implementar un sistema de trabajo que posibilite a los médicos de planta un horario de 8 horas, considerado indispensable para el cumplimiento integral de la tarea propuesta. Ello implica obtener, entre otras cosas, una retribución económica que solucione los problemas vitales básicos de cada profesional. En este sentido hemos procurado desde hace varios años lo que el Reglamento del Cuerpo Médico Profesional del Hospital define sobre los profesionales de planta cuando dice que "constituyen la columna vertebral del Hospital y del cuerpo profesional y son responsables del nivel asistencial, científico, do-

cente e investigativo y mediante la productividad y eficiencia de los servicios resultan factor sustancial de la marcha económica de la Institución" y luego cuando dice: "El profesional de planta tiene centrado en el Hospital su interés científico y profesional, de modo que el eje de su actividad pasa por el Hospital".

5. Necesidad de crear una infraestructura técnica contando con personal paramédico e instrumental, acorde con las necesidades asistenciales y de investigación clínica en el más alto nivel posible, teniendo en cuenta la realidad socio económica del país y de nuestra institución.
6. Contribuir a la creación de recursos humanos en el campo de la salud, realizando una intensa tarea de educación profesional permanente, tanto a nivel médico (residentes y becarios de iniciación y perfeccionamiento) como paramédico (enfermería y personal técnico).
7. Trabajar con un criterio de equipo en el cual las tareas de conducción y ejecución son compartidas por los integrantes de la División, sin diluir las responsabilidades ni tampoco ser excluyentes en la participación.

### Organización

La organización de la División ha seguido el esquema de la tarea asistencial, definiendo de este modo tres grandes sectores de trabajo:

1. Área de Cuidado Intensivo (Unidad Coronaria y Recuperación Cardiovascular) con 28 camas.
2. Área de Cuidado Intermedio (entre 50 y 70 camas).
3. Área Ambulatoria (consultorios externos, diagnóstico no invasivo, rehabilitación cardíaca).

Para la ejecución y control de las tareas generales de la División, se han integrado tres comités de trabajo a saber: 1) Docencia e Investigación; 2) Auditoría; 3) Económico y de Promoción. La Jefatura tiene un comité asesor con el cual discute los temas trascendentes que hacen a la marcha del conjunto.





La División de Cardiología cuenta actualmente con 16 médicos de planta, 3 médicos contratados, 4 médicos asociados, 13 médicos residentes y 9 becarios de iniciación, todos de tiempo completo. Este personal médico es el que realiza todas las tareas asistenciales, de docencia e investigación. El personal paramédico está constituido por 10 técnicos, 65 enfermeras de cuidados intensivos y 11 secretarías y recepcionistas.

#### Tarea asistencial

Todos los pacientes agudos y los posoperatorios de cirugía cardiovascular son atendidos en el Área de Cuidado Intensivo.

La Unidad Coronaria ha sido pionera en nuestro país y en ella se han desarrollado, desde comienzos de la década del setenta los más importantes trabajos argentinos sobre hemodinamia del infarto agudo de miocardio. Desde hace cinco años se trabaja en asistencia mecánica de la circulación, tanto en pacientes médicos como quirúrgicos, habiéndose reunido la mayor experiencia nacional en un tema de indudable trascendencia.

El área de cuidados intermedios recibe los pacientes no agudos, cubre la atención prequirúrgica cardiovascular y la fase posaguda de la internación. Allí se evalúan los tratamientos de alta y la capacidad funcional de los pacientes. En los primeros ocho meses de 1983 pasaron por la internación general de Cardiología 843 pacientes.

En enero de 1979 se creó un sistema de internación cardiológica domiciliaria cuyos resultados beneficiosos fueron evidentes tanto desde el punto de vista médico-asistencial como desde el socio-económico. Dicha experiencia era inédita en nuestro país y despertó gran interés en diversas instituciones médicas.

El área ambulatoria está integrada por el consultorio externo, las secciones de diagnóstico no invasivo y rehabilitación cardiovascular. El consultorio externo es atendido por todos los médicos de la División.

Dentro del consultorio externo funciona el consultorio prequirúrgico, donde son recibidos e historiadados la mayoría de los pacientes de cirugía cardiovascular, que luego son presentados en el ateneo prequirúrgico con la concurrencia de cirujanos, cardiólogos y hemodinamistas; en dichos ateneos se discute la indicación y la técnica quirúrgica, constituyendo un factor primordial para el análisis exhaustivo y profundo de cada caso.

Las secciones de diagnóstico no invasivo son las siguientes:

- Holter
- Ecocardiografía.
- Ergometría.
- Fonomecanocardiografía.
- Vasculatura periférica.
- Medicina nuclear.

Los estudios efectuados en estas secciones se realizan a pacientes de la Institución y de otros centros enviados para tal fin.

La rehabilitación cardiovascular ha tenido un gran crecimiento en nuestra División en el último período, impulsada por la creación de un nuevo gimnasio

y por haber destinado personal médico y paramédico a ese fin específico.

#### Docencia

En la División de Cardiología la docencia de pre y posgrado constituye uno de los objetivos básicos. La primera de ellas se cumple a través de la participación de los médicos de planta de Cardiología en la enseñanza de la especialidad, dentro del marco de la Unidad Hospitalaria N, dependiente de la Universidad de Buenos Aires.

Con respecto a la segunda (posgrado), cabe señalar que se han formado en nuestra residencia más de 50 cardiólogos, distribuidos actualmente por todo el país, cuya formación ética y profesional ha constituido un motivo de constante preocupación. En la actualidad médicos residentes de nueve servicios de cardiología y de clínica médica de la Capital Federal, del conurbano y del interior, reciben entrenamiento en cardiología a través de rotaciones sistemáticas por diferentes secciones de la División.

Es interesante destacar que el 80% de los médicos de planta de Cardiología son ex residentes del Servicio que se han incorporado al mismo en los últimos diez años.

La tarea docente dirigida a residentes y becarios se cumple a través de la asistencia médica cotidiana y de actividades teórico-prácticas (ateneos, clases, seminarios) que se realizan diariamente.

#### Investigación

La División de Cardiología tiene desde hace varios años una intensa actividad académica y de investigación clínica. Actualmente se desarrollan tres importantes estudios prospectivos; dos de ellos vinculados a la enfermedad coronaria: uno sobre angina inestable, al cual se incorporarán 400 pacientes y cuyo objetivo es definir conductas terapéuticas a partir de un enfoque de diagnóstico fisiopatológico y otro sobre infarto de miocardio, que comprenderá 200 pacientes, con un enfoque semejante al anterior. El tercer trabajo prospectivo en curso es el seguimiento de 850 pacientes que han sido sometidos a cirugía de reemplazo valvular y a los cuales se les ha implantado una prótesis biológica de porcino diseñada por el grupo de Cirugía Cardiovascular de nuestro Hospital.

En estos trabajos juega un papel preponderante la Sección de Epidemiología y Seguimiento Alejado, creada hace ya 5 años, cuyo objetivo es analizar a largo plazo, clínica y quirúrgicamente, los resultados de las pautas terapéuticas utilizadas por el grupo cardiológico.

También se desarrollan trabajos de investigación clínica en las Áreas de Recuperación Cardiovascular y de Cuidado Intermedio y en las Secciones de Ergometría, Cardiología Nuclear y Ecocardiografía. Toda la experiencia del Servicio se ha volcado en numerosas publicaciones, presentaciones y conferencias en reuniones científicas dentro y fuera del país, cursos de capacitación de la especialidad, etcétera.

Las actividades académicas tuvieron una culminación en 1981: 1) con la organización de un Simposium Internacional de Cardiología, que se llevó a cabo en



el Centro Cultural General San Martín y que contó con la participación de seis invitados extranjeros de alto nivel científico; 2) con la publicación del primer tomo de una obra de tres, *Cardiología Clínica del Adulto*, escrito por médicos de la División.

En 1980 se creó la Fundación para el Progreso de la Cardiología (PROCOR), entidad de bien público destinada a brindar apoyo al grupo cardiológico en los aspectos docentes y de investigación y a prestar ayuda a pacientes carentes de recursos o de cobertura social que requieran ser atendidos en el Hospital Italiano.

La tarea de la Fundación ha sido muy beneficiosa y en su corta vida ha donado al Hospital la remodelación total del área ambulatoria y financia actualmente seis de los nueve becarios de iniciación.

Por todo lo dicho hasta aquí, puede comprobarse que la mayoría de los objetivos enumerados al comienzo se han cumplido o están en vías de alcanzarse. Como consecuencia de la tarea desarrollada, la División de Cardiología goza de prestigio dentro y fuera del país, tanto por la buena calidad de su trabajo médico en el campo estrictamente técnico como por la ineludible defensa de los aspectos humanos y éticos del ejercicio profesional.

Cada año, seis jóvenes médicos egresan de nuestro Servicio habiendo completado una formación cardiológica integral. Algunos de ellos regresan a sus países de origen pero la mayoría se distribuyen en nuestro país, contribuyendo en todos los casos a elevar el nivel de atención de la especialidad. Esta realidad concreta nos llena de orgullo porque tenemos la clara sensación de que dentro de nuestras modestas posibilidades, estamos contribuyendo a mejorar la situación crítica por la que estamos atravesando los argentinos.

## SERVICIO DE CLINICA MEDICA

### Un poco de historia

El Servicio de Clínica Médica nace junto con el primitivo hospital de la calle Bolívar. Hacia 1887, todos sus médicos eran italianos sin reválida argentina, los cuales atendían a una población de pacientes con afecciones predominantemente crónicas.

Desde 1883, diez camas se ocupaban para la asistencia gratuita de pacientes indigentes remitidos por la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, el resto de los pacientes pertenecía a la comunidad italiana residente en la Argentina, o tripulantes de barcos italianos que llegaban a nuestro puerto.

En 1884 las patologías más comunes eran tuberculosis, fiebre tifoidea, viruela, gangrenas, tétanos, abscesos y enfermedades de naturaleza infecciosa con alta mortalidad en pacientes jóvenes.

En 1906, la dotación hospitalaria era de catorce profesionales en el área de internación y dos en la consulta externa; comprendiendo este número a los clínicos y los cirujanos.

En 1910, el jefe de Medicina era el doctor Vittorio Fossati; en la década del 20 el doctor F. L. Grapiolo y en la década del 30 ya se habían desarrollado tres Servicios de Clínica Médica.

En 1942, el cuerpo nombrado de Clínica Médica

contaba con diez profesionales, entre los que se destacaban Francesco Grapiolo, Atilio Grapiolo, Vittorio Fossati, Luigi Berisso y Roberto Maglione. Entre los practicantes de esa época estaba el doctor Guido Gotta, quien sería posteriormente jefe de Servicio de Clínica Médica y destacado profesional en el país.

En 1946 la dotación del Servicio de Clínica Médica ya alcanzaba a 16 profesionales nombrados y en 1950 los Servicios de Clínica Médica estaban presididos por personalidades como los de los doctores Egidio Mazzei, Atilio Grapiolo y Alfredo Carabelli. Estos tres Servicios se fusionaron en dos, uno de ellos dirigido por el doctor Enrique Fongí, una de las glorias de la medicina interna que introdujo oleadas de jóvenes médicos a la medicina moderna uniendo profundos conocimientos fisiopatológicos a una enorme y universal experiencia clínica. El otro Servicio, a cargo del doctor Luis Gravano, semiólogo excepcional con gran capacidad docente, quien dejó su impronta en los jóvenes médicos a través del contacto personal y publicaciones científicas.

En 1964 se creó la residencia en Medicina Interna del Hospital Italiano, estando bajo la dirección del doctor Enrique Fongí, y de sus discípulos nace la primera sesión del Servicio "Medio Interno y Nefrología" y poco después la Unidad de Cuidados Intensivos y Hemodiálisis. El actual plantel profesional del Servicio está compuesto por ex-médicos residentes o discípulos directos del doctor Enrique Fongí y del doctor Luis Gravano.

Al ser nombrado para desempeñar la titularidad de la Octava Cátedra de Medicina Interna, el doctor E. Fongí es reemplazado por el doctor Mario Rígoli, apasionado fisiopatólogo con inclinaciones a la docencia e investigación clínica, quien lleva a la residencia a ostentar jerarquía universitaria (UNBA) y ser reconocida por el Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME). Consolida el esquema de médicos de planta, induce a sus médicos a la ejecución de trabajos de investigación clínica, iniciar la carrera docente, y a ejercer una tenaz autocrítica. Su desaparición prematura (falleció a los 51 años de edad mientras asistía a un paciente) dejó muchos proyectos inconclusos y un profundo vacío entre los muchos que lo estimaban. El doctor Luis Delfor Podestá tuvo la enorme responsabilidad de sustituirlo, consolidó la idea de médicos a tiempo completo, promovió la creación de la mayoría de las secciones con que actualmente cuenta el Servicio reforzando la residencia con su fuerte vocación docente.

### Situación actual

En 1979 la jefatura de Clínica Médica fue asumida por el doctor Germán Welz, cargo que ocupa actualmente. El cuerpo profesional se integra con médicos de tiempo completo y de tiempo parcial. Se crearon nuevas secciones como Infectología, y reforzaron otras como Reumatología. Se financió con fondos propios del Servicio la capacitación de médicos de planta en el exterior y en centros especializados del país cursos que medidos en tiempo, resultan equivalentes a 200 meses o 17 años aproximadamente, abarcando áreas como oncología, hematología, neu-



monología, infectología, hipertensión arterial, reumatología y hepatología.

La participación anual de los médicos del Servicio en cursos realizados en todo el país suman varias centenas. Se reciben médicos de diversos puntos del país y del exterior para su capacitación en áreas de la medicina interna, y numerosos ex-residentes ocupan lugares relevantes en la medicina argentina.

Se prolongó a cuatro años la residencia médica, cubriendo la misma el área de internación de todo el Departamento de Medicina, la guardia de terapia intensiva y el manejo supervisado de la guardia externa del Hospital.

El Servicio tiene a su cargo el manejo clínico de la salud del personal del Hospital, así como la asistencia de un amplio sector de ancianos.

La dotación actual está constituida por 31 profesionales de planta, 17 residentes y 7 becarios nacionales y extranjeros. Este grupo participa semanalmente de ateneos clínicos, radiológicos, anatomoclinicos, bibliográficos y de supervisión de altas.

Tiene a su cargo la Unidad Hospitalaria "N", dependiente de la UBA, que imparte formación de pregrado a 70 alumnos.

#### Secciones

La Sección de Alergia realiza 500 prestaciones mensuales. Neumonología efectúa 850 consultas mensuales a pacientes internados y ambulatorios, hallándose dotada de importante tecnología, tanto para diagnóstico morfológico como funcional, destacándose un laboratorio de fisiología pulmonar único en su tipo; a su cargo está la aerosolterapia, con nebulizaciones ultrasónicas y respiradores de gruesas partículas.

La Sección Hipertensión Arterial con 350 consultas mensuales, funciona en estrecho contacto con Hemodinamia, Diagnóstico por Imágenes, Medicina Nuclear, Nefrología, Cardiología y Neurología. La misma posee una sistemática operatoria que permite evaluar, etiología, estado de los órganos de mayor impacto de la enfermedad hipertensiva y factores de riesgo en la enfermedad arterioesclerótica. Se destaca en el terreno de la investigación clínica a través de publicaciones y participaciones en congresos.

La Sección Oncología encara el tratamiento y seguimiento de la mayoría de los pacientes oncológicos del Hospital, pasibles de quimioterapia.

La Sección Hematología que funciona indivisa con la anterior, realiza 150 interconsultas entre internos y externos y numerosas técnicas, colaborando en el desarrollo de un laboratorio hematológico altamente especializado.

La Sección de Infectología es la de más reciente formación; su campo de acción desborda los límites del Servicio, prestando su asistencia en todo el ámbito hospitalario, hecho que incluye la epidemiología y las infecciones nosocomiales, cumpliendo un papel protagónico en el Comité de Infecciones. Mantiene un estrecho contacto con laboratorio de bacteriología y médicos de distintas disciplinas.

La tarea de interconsultas se enriquece con la elaboración de protocolos y sistemas estandarizadores, tanto para el campo del tratamiento como del co-

respondiente a la prevención de infecciones.

La Sección Nutrición consta de dos médicos que trabajan con la colaboración del cuerpo de dietistas en el manejo de las enfermedades metabólicas, especialmente en la conducción integral del paciente diabético y obeso, con amplia experiencia en cirugía de estos últimos, desnutrición secundaria a sepsis y poscirugía y en las distintas dislipidemias. Se han constituido grupos terapéuticos para la atención del paciente obeso con la colaboración del Servicio de Psiquiatría. En su función docente, se desempeña como Cátedra de Nutrición dependiente de la Universidad de Buenos Aires.

La Sección Hepatología cuenta con tres médicos con dedicación completa. Dispone de los métodos más modernos de diagnóstico por imágenes, como así también un laboratorio de virología e inmunología que satisface las necesidades actuales.

Está representado en el área académica local e internacional a través de numerosas comunicaciones.

El Servicio cuenta con un consultorio inmunológico de nivel internacional que actúa como asesor en esta área de alta complejidad.

La Sección Reumatología cuenta con dos profesiones que abarcan la internación y el manejo del paciente ambulatorio, colaborando en el desarrollo de un moderno laboratorio reumatológico.

Medicina Interna: Esta Sección se ocupa de la asistencia de los pacientes internados en el Departamento de Medicina, que abarca todas las disciplinas clínicas y por el mecanismo de interconsulta apoya al Departamento de Cirugía. Por su naturaleza es interdisciplinario, colabora con todas las especialidades nutriéndose de ellas e integrándose a su vez.

Esta concepción se diferencia claramente del manejo unipersonal en medicina interna. Cuenta con catorce profesionales los cuales realizan un total de 3.500 consultas mensuales entre internación y ambulatorios. Esta Sección es eje en la realización de una gran actividad docente de pregrado (unidad hospitalaria), y posgrado (en especial la residencia).

Interviene en la normatización de procedimientos asistenciales para homogenización de criterios en el Hospital en diversas patologías, acordes con el mejor nivel internacional.

#### SERVICIO DE DERMATOLOGIA

El desarrollo de las actividades asistenciales, científicas y docentes es un trípode que debe manejarse en perfecto equilibrio para lograr el crecimiento integral de la Medicina.

La Dermatología como especialidad no debe escapar a estos objetivos, y su participación en medicina general es de vital importancia, como lo demuestran los planes activos para el control de enfermedades de transmisión sexual, lepra, profilaxis del cáncer cutáneo, etc.

A este desempeño clásico de la Dermatología no se puede dejar de adicionar el tratamiento de las afecciones estéticas, que son motivo del 30% de las consultas según estadísticas mundiales, lo que demuestra la importancia de la salud cutánea para la



*Sala de espera (Area de Internación).*



vida de relación en el mundo moderno. El objetivo del Servicio de Dermatología del Hospital Italiano es lograr el desarrollo armónico de las áreas asistenciales, científicas y docentes.

#### Tareas asistenciales

Los consultorios externos desarrollan una actividad de 8 horas diarias, aumentando año tras año el número de pacientes asistidos, llegando durante 1982 a 18.000 consultas. Esta realidad crece mes a mes, demostrando en el primer semestre de 1983 una variación positiva de más de 9,1% en relación a 1982.

La relación existente entre consultas de primera vez y ulteriores es de 1 a 4, lo que demuestra la eficacia médica asistencial y la respuesta obtenida de los pacientes.

El apoyo de lo expuesto anteriormente está dado por la creación de distintos sectores dentro de la especialidad, que permiten distribuir las tareas para conseguir una mayor eficiencia en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cutáneas. La sección de cirugía dermatológica completa esta disciplina agregando a las técnicas convencionales la incorporación de la criocirugía con nitrógeno líquido, la cual posee indicaciones precisas para diversas patologías cutáneas. Este avance se demuestra en el control de más de 380 pacientes tratados con este método lo cual ha sido motivo de trabajos científicos de reconocimiento nacional como lo comprueba el hecho de haber obtenido el premio Alcides Conti, otorgado por la Fundación Mainetti en la utilización de la criocirugía para el tratamiento de tumores malignos de piel.

El número de consultas referentes a problemas estéticos y cosmetológicos determinó la creación de la Sección Cosmiatría atendida por médicas y cosmetólogas egresadas de nuestros cursos de perfeccionamiento en cosmiatría, que se desarrollan con el auspicio del Departamento de Docencia e Investigación y del cual egresan 35 cosmetólogas por año.

En esta Sección se efectúa la más moderna técnica para el tratamiento del acné, rosácea, seborrea y tratamientos capilares, incluyendo en este último los estudios en las distintas fases de crecimiento del pelo por microscopía mediante tricogramas.

El adelanto tecnológico en pruebas de diagnóstico no ha sido ajeno a nuestro Servicio, incorporando la inmunofluorescencia, que determinó la creación de la Sección de Inmunopatología Cutánea, de capital importancia para el diagnóstico diferencial de todas las enfermedades ampollares y en el lupus eritematoso.

El 20% de la población mundial padece de micosis superficiales, según informes estadísticos de la OMS. La Sección de Micología Clínica tiene la posibilidad de efectuar estudios micológicos completos, incluyendo microscopía, cultivo y serología para detectar estas afecciones.

El alto porcentaje de pacientes afectados con psoriasis mueve nuestra preocupación en la búsqueda de terapéuticas nuevas, efectivas e inocuas. Muestra de esto es la planificación para la creación de un centro integral para el tratamiento del enfermo psoriásico, el próximo año.

Actualmente la incorporación de la fotoquimioterapia, asociación de psoralenos y radiación ultravioleta de larga longitud de onda (P.U.V.A.), permitió la terapéutica con esta moderna técnica a más de 400 enfermos psoriásicos en los últimos 4 años.

La participación en investigación es de vital importancia para el desarrollo de la dermatología, tanto desde el punto de vista clínico como terapéutico. En este último ítem se destacan los trabajos efectuados en colaboración con el Centro de Micología de la Universidad Nacional de Buenos Aires, ante la aparición de nuevos derivados imidazólicos de potente acción antimicótica que determinaron hallazgos de relevancia internacional en la acción de estos fármacos.

#### Actividad docente

Un alto número de publicaciones a nivel nacional e internacional, como la participación en diferentes simposios y congresos tanto locales como en el extranjero, demuestran la activa colaboración del Servicio en el desarrollo científico de la dermatología argentina.

Toda esta estructura participa de los fines propuestos desde el punto de vista educativo con la incorporación de becarios con carácter de residentes, tanto del extranjero como nacionales, que durante tres años rotan por las distintas Secciones para su preparación médica en dermatología.

La especialidad no debe quedar aislada en el contexto médico, pues los mayores frutos y enriquecimientos se obtienen con las permanentes interconsultas de las demás especialidades que demuestran la importancia de la dermatología en la clínica general.

La relación con instituciones públicas permiten trabajos cooperativos como por ejemplo el que se lleva a cabo para el control y tratamiento de enfermos de lepra y con enfermedades de transmisión sexual.

La complejidad que presenta el actual Servicio de Dermatología, lo transforma en uno de los más completos dentro del ámbito nacional. Tal realización se logra únicamente en un marco institucional caracterizado por la interrelación permanente entre los distintos departamentos y disciplinas médicas del Hospital.

#### SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA

La Gastroenterología surgió como especialidad durante el presente siglo y tal como otras especialidades clínicas lo hizo al amparo de procedimientos técnicos que requerían un entrenamiento específico. En el caso de la Gastroenterología, el procedimiento técnico que le dio jerarquía de especialidad fue la gastroscopía, que fuera perfeccionada como para ser utilizada en forma más o menos rutinaria a partir de 1932.

Si bien las enfermedades del hígado fueron objeto principalísimo del saber gastroenterológico, en los últimos años fue posible observar una tendencia a la división entre gastroenterólogos —más interesados en el tubo digestivo y el páncreas— y hepatólogos que se dedicaron en forma preferencial o exclusiva a las

enfermedades del hígado. El Servicio de Gastroenterología del Hospital Italiano se dedica especialmente al primer aspecto, en tanto que Hepatología funciona en la Institución como sección dentro del Servicio de Clínica Médica.

El plantel del Servicio de Gastroenterología se halla integrado por un médico jefe, un médico subjefe, 4 médicos de planta, cumpliendo todos ellos 8 horas de labor diaria.

El Servicio desarrolla tarea asistencial, docente y de investigación.

#### Tarea asistencial

La tarea asistencial comprende la atención de pacientes y la realización de prácticas propias de la especialidad.

##### 1. Atención de pacientes

La atención de consultorio externo se realiza en forma ambulatoria mañana y tarde de lunes a viernes y sábados por la mañana. En el mismo se atienden alrededor de 300 pacientes mensuales de los cuales aproximadamente 60 son consultas de primera vez y 240 consultas ulteriores. El 70% de los pacientes que se atienden presentan trastornos funcionales en los cuales inciden malos hábitos alimentarios, stress y otros factores psicológicos. Por lo tanto, se brinda especial atención al interrogatorio, no sólo de la enfermedad actual, sino del entorno familiar y social que rodea al enfermo, así como a sus relaciones laborales y afectivas.

La atención de pacientes internados abarca aquellos enfermos que presentan una enfermedad gastroenterológica como trastorno fundamental, así como pacientes internados por otros procesos patológicos en los cuales se requiere la presencia del gastroenterólogo por alguna intercurencia o por necesitarse algunas de las prácticas específicas propias de la especialidad. En este rubro adquiere especial trascendencia la alimentación enteral.

Alimentación enteral: este procedimiento es utilizado para la nutrición de aquellos enfermos que se hallan imposibilitados de ingerir el aporte calórico necesario para reponerse de su afección. La imposibilidad puede tener diversos orígenes: a) disfagia por enfermedades de esófago o faringe o bien derivada de trastornos neurológicos; b) pacientes inconscientes; c) anorexia.

En otros casos, la alimentación convencional puede ser inconveniente porque se requiere poner en reposo algún sector del aparato digestivo. Esto ocurre en a) fístulas del tubo digestivo, b) enfermedades inflamatorias crónicas del intestino, como la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, c) pancreatitis aguda.

Cuando la alimentación convencional resulta imposible, insuficiente o inconveniente es necesario recurrir a procedimientos de alimentación no convencionales como la alimentación enteral o la alimentación parenteral. En la alimentación parenteral los nutrientes se administran directamente en torrente sanguíneo. En la alimentación enteral los nutrientes se hacen llegar al estómago o intestino por medio de sondas de pequeño calibre introducidas por vía nasal

o a través de la pared abdominal por medio de gastrostomías o yeyunostomías. En muchos casos se requiere el auxilio de nutribombas para que la infusión alimentaria se efectúe regularmente y con buena tolerancia.

La alimentación enteral es más fisiológica, menos riesgosa, de más fácil manejo y más económica que la alimentación parenteral; por lo tanto sólo se recurre a esta última cuando la primera es insuficiente o inconveniente.

En esta técnica, el Servicio de Gastroenterología ha sido pionero en nuestro medio, y lleva tratados más de 500 pacientes con este procedimiento, lo que constituye una de las mayores experiencias del país.

##### 2. Prácticas de la especialidad:

En cuanto a procedimientos diagnósticos, se realizan en el Servicio la casi totalidad de prácticas propias de la especialidad. Un aspecto principal dentro de las mismas son los estudios endoscópicos, realizándose esofagogastroduodenoscopías, rectosigmoidoscopías, colonoscopías y colangiopancreatografías retrógradas. En lo referente a terapéutica endoscópica se practican, entre otros procedimientos, extracción de pólipos por vía endoscópica y esclerosis de várices esofágicas. A este último procedimiento le dedicaremos un párrafo aparte.

Esclerosis endoscópica de várices esofágicas: como es sabido, la hemorragia por ruptura de várices esofágicas posee elevada mortalidad y las anastomosis quirúrgicas portosistémicas, si bien reducen la incidencia de hemorragia, no han prolongado satisfactoriamente las expectativas de vida y se acompañan de efectos secundarios indeseables como aumento de la incidencia de encefalopatía portal. Para evitar la ruptura y sangrado de las várices, se ha desarrollado en los últimos tiempos, la esclerosis de las mismas mediante la inyección de sustancias químicas esclerosantes a través de fibroscopios.

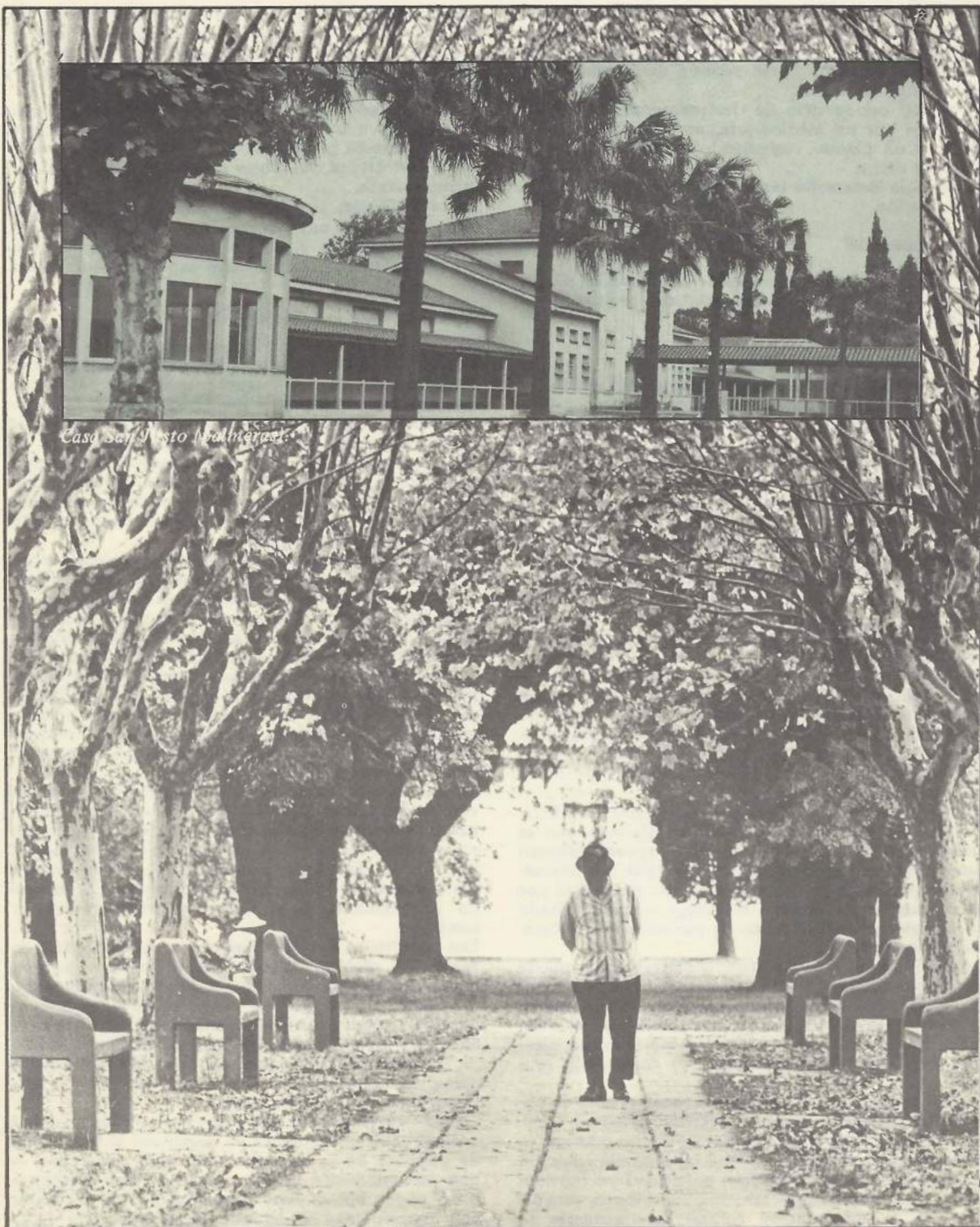
El tratamiento esclerosante fibroendoscópico de las várices esofágicas (E.F.E.V.E.) requiere varias sesiones programadas que se efectúan semanalmente durante varios meses hasta alcanzar la erradicación de las várices. En todo momento los pacientes son controlados por un equipo multidisciplinario integrado por clínicos, hepatólogos, gastroenterólogos y cirujanos.

Los resultados son alentadores y la esclerosis de várices se efectúa actualmente en los centros más avanzados del mundo. En nuestro país, el Servicio de Gastroenterología del Hospital ha sido pionero en esta técnica, habiendo tratado en los últimos 4 años, 53 enfermos con este procedimiento, logrando la erradicación de várices en más del 75% de los casos, lo que constituye una de las experiencias más importantes de nuestro medio.

Dentro de la terapéutica endoscópica cabe destacar además, que se encuentra en desarrollo la extracción de cálculos de la vía biliar por vía endoscópica y que recientemente se han realizado dos gastrostomías endoscópicas para alimentación de pacientes con imposibilidad de deglutir. La gastrostomía debía realizarse anteriormente por medio de un acto quirúrgico y por lo tanto con mayor morbilidad. Tam-



*Casa San Justo (Bahía Roca).*



*Paseo otoñal (San Justo).*

bién se efectuó este año, por primera vez en nuestro medio, el tratamiento quirúrgico endoscópico de dos estrecheces posquirúrgicas del esófago y se ha incorporado un equipo de dilatación neumática del esófago.

En cuanto a prácticas no endoscópicas, se efectúan en el Servicio: estudio de la secreción ácida del estómago con estímulo histamínico máximo, estudio de la secreción exócrina del páncreas con estímulo secretínico, biopsia del intestino delgado, determinación del pH y clearing esofágico para investigar la presencia de reflujo gastroesofágico patológico. Debemos resaltar que en el corriente año se ha incorporado la electromanometría del esófago que permite a través del estudio de las presiones del esófago, efectuar un preciso diagnóstico de los trastornos de la motilidad esofágica. También se ha iniciado la realización de electromanometría rectoanal y colónica.

#### Actividad docente

El Servicio de Gastroenterología desarrolla una permanente tarea en la enseñanza de pregrado de la Unidad de Medicina de nuestra institución. En cuanto a la docencia de posgrado los integrantes del Servicio despliegan una continua actividad en la Escuela de Graduados de la Sociedad Argentina de Gastroenterología y desarrollan periódicos cursos de perfeccionamiento destinados a médicos clínicos y gastroenterólogos.

Además, se incorporan anualmente dos médicos becarios que permanecen dos años en el Hospital para completar su formación como gastroenterólogos. Se tratan en su mayoría de médicos del interior del país o de otros países latinoamericanos (en el momento actual concurren dos becarios ecuatorianos).

#### Actividad en investigación

El Servicio mantiene un estrecho vínculo con el Instituto de Gastroenterología "Dr. Jorge Pérez Compagn", realizándose ateneos conjuntos e interviniendo en el desarrollo de trabajos gastroenterológicos experimentales. En lo que se refiere a investigación clínica, se realizan trabajos todos los años y un trabajo conjunto realizado con el Servicio de Clínica Médica y el Laboratorio Central sobre colitis pseudomembranosa mereció el Premio Britania 1982 al mejor trabajo sobre microbiología clínica.

#### Integración con otros Servicios

Gastroenterología mantiene una estrecha vinculación con otros Servicios del Hospital como Clínica Médica, Cirugía, Diagnóstico por Imágenes, Patología, Terapia Intensiva, Endocrinología y Medicina Nuclear, Otorrinolaringología y Pediatría.

Los enfermos gastroenterológicos son vistos y discutidos con el Servicio de Clínica Médica. Se practica alimentación enteral de los enfermos de Cirugía, Terapia Intensiva, así como en los operados de laringe del Servicio de Otorrinolaringología. Se realizan ateneos conjuntos con los Servicios de Clínica Médica, Diagnóstico por Imágenes y Patología. Se están desarrollando técnicas de estudio de la motilidad

gastrointestinal por medio de cámara gamma conjuntamente con el Servicio de Medicina Nuclear y se efectúan estudios endoscópicos a los pacientes pediátricos trabajando en equipo con los médicos de Pediatría.

#### INSTITUTO DE GERIATRIA AGUSTIN ROCA

Cuando desde mediados del siglo pasado comenzaron a llegar a nuestro país miles de inmigrantes provenientes de una empobrecida Europa, tal vez la corriente migratoria más numerosa e influyente, la italiana, demostró desde los primeros tiempos una rápida y significativa integración al país ocupando su gente posiciones relevantes en diferentes campos de la ciencia, las artes, la industria y el comercio.

En aquellos tiempos, la escasa o inexistente protección social estatal obligó a las diferentes colectividades a organizar la asistencia de sus connacionales, proveyéndoles la ayuda económica, la seguridad, la pertenencia y el mantenimiento de los valores ético-morales de sus lugares de origen.

Así, fueron estableciéndose en todo el país, las más diversas sociedades de beneficencia, asociaciones filantrópicas, mutualidades, etcétera.

Como valor capital las colectividades se nuclearon en torno al elemento más relevante de la comunicación: la palabra, más: la lengua original.

Lejos de la Madre Patria, la conservación de la salud se convirtió en una necesidad esencial; de allí que las instituciones que ninguna colectividad excluyera serían los hospitales.

Así aparecieron los diferentes Hospitales de Colectividad; entre ellos el nuestro, que como se sabe se fundó en 1854. Una de las celebraciones más publicitadas 70 años después fue la colocación el 8 de diciembre de 1922, de la piedra fundamental "Asili dei Cronici..." "para asistir a la vejez indigente..." "y con la esperanza de poder dar también allí protección para la infancia abandonada...". Fue de tal magnitud el evento, que contó con la presencia de enviado del Rey de Italia, y hasta un tren especial se destinó para el traslado de la concurrencia desde Plaza Once hasta San Justo.

La elección del lugar, al cual se le adjudicarían seguramente propiedades terapéuticas, así como las encantadoras descripciones acerca de la belleza y la poesía que trasuntaba el predio en el cual se encuentra hoy el Instituto, marcan sólo algunos de los profundos cambios que se produjeron en estos sesenta años. San Justo era "una inmensidad en la cual predomina una paz profunda y restauradora con la visión de algunas casitas blancas en la lejanía..." ("La Historia del Hospital - Bs. As. 14/9/1853 - 8/12/1922", Commemoración del 1er. cincuentenario - Editado en 1923), siendo hoy cabeza de un partido de más de un millón de habitantes y uno de los más poderosos parques industriales del país.

Por otra parte, los criterios filantrópicos respecto de la utilización de estas instituciones asilares, de brindar ayuda a ancianos y niños desprotegidos —de inestimable y profundo valor social en aquel momento—





también se encuentran hoy en una revisión total, con criterios de institucionalización diferentes, a través de la aplicación de diversos recursos y programas que precisamente tiendan a evitar o postergar la internación, hasta donde fuera posible.

El desarrollo de la Seguridad Social en los últimos años, influyó notablemente en el funcionamiento de estas instituciones de salud. Los nuevos sistemas delegados de cobertura masiva para la atención médica, y su consecuente financiamiento, ejercieron —y siguen ejerciendo— una fuerte presión integradora sobre hospitales y asilos originariamente basados en los valores ancestrales de los países de origen.

Pero, a pesar de los cambios de personajes, los códigos y los lenguajes, estas instituciones conservan patrones de actuación (su folklore) y ocupan un importante espacio asistencial, que les permite mantener una peculiar vigencia en nuestro medio.

Toda esta breve reseña, aplicada específicamente al H. I., permitirá comprender el desarrollo alcanzado por el mismo, el cual ocupa hoy una posición de excelencia no sólo dentro de la colectividad sino a nivel nacional y continental.

El prestigio de esta institución fue creado condiciones de receptividad y estímulo para propuestas y aplicaciones de programas experimentales o no-con convencionales, a nivel académico.

De este modo, en 1973, se encaró la reestructuración de aquel Hogar de Ancianos, fundado en 1922. La modificación sustancial se produce con la incorporación de profesionales en Gerontología, quienes pudieron generar los cambios necesarios para el pasaje de la tradicional institución asilar, proveedora de techo y comida, a concepciones más científicas y organizadas en las cuales el "viejo" aparece como un ser total con sus 80 ó 90 años de historia acumulada, con su personalidad, sus aciertos y frustraciones, sus limitaciones y sus potencialidades, su enfermedad y finalmente —porqué no— su muerte próxima.

Esta formulación conceptual nos llevó a desarrollar una estructura humana especialmente orientada y con interés manifiesto en el conocimiento y la práctica de la gerontología y geriatría.

En la actualidad el equipo profesional está formado por:

- a) 1 Director médico geriatra
- b) 3 Médicos psiquiatras
- c) 3 Médicos geriatras
- d) 2 Kinesiólogos
- e) 1 Asistente social
- f) 1 Terapeuta ocupacional
- g) 1 Psicóloga
- h) 1 Musicoterapeuta

El equipo, además de sus respectivas formaciones y capacitaciones (algunos han recibido entrenamiento en centros de prestigio mundial) realiza, además de ateneos bibliográficos, reuniones semanales donde se evalúan todos los ingresos, como así los casos que requieren especial atención.

Estas reuniones son formativas, puesto que permiten intercambiar las experiencias y lograr un lenguaje común con una visión individual y personal de cada anciano.

La admisión se realiza, en lo posible, mediante la visita —interdisciplinaria— (en general un médico con la asistente social), en el domicilio del solicitante.

De este modo se trata de evaluar con una óptica totalizadora, la situación real del pedido de internación. En general se tienen en cuenta los siguientes criterios:

1. *Optimismo terapéutico*: se trata de aquellos casos que con nuestro apoyo terapéutico al paciente y su grupo familiar podría obtenerse después de un período razonable el retorno del anciano a su habitual lugar de residencia.
2. *Urgencia médico-social*: se trata de aquellos casos muy graves que requieren cuidados custodiales, en general por un lapso de tiempo imprevisible, y que no exista la posibilidad de brindárselos en otro medio.
3. *Carencia de cuidados básicos*: casos derivados por el Consulado Italiano donde predomina la patología social en los que la institución debe actuar como una "prótesis", brindando el tradicional "techo y comida", y además cuidando su higiene, resocialización, sus derechos, etc.
4. *Agotamiento familiar*: casos que, a pesar de contar con todos los recursos, requieren ayuda institucional, para librar la tensión que produce una asistencia muy prolongada de ancianos discapacitados, especialmente cuando conllevan trastornos de la conducta.

Otras de las preocupaciones esenciales es la formación de recursos humanos y a tal fin se desarrollan actividades académicas para alumnos universitarios de pre y posgrado, en distintas subdisciplinas de Gerontología y Geriatría, así como se llevan a cabo algunas líneas de investigación clínica.

Estas importantes actividades, proveen estímulos intelectuales indispensables para llevar adelante actividades en las cuales no siempre aparece la "curación" gratificante.

En cuanto al aspecto práctico y cotidiano del anciano internado, se ha buscado estimular y crear los más variados canales de comunicación tanto verbales como a través de diversas actividades.

Funciona en la institución un taller de terapia ocupacional que, a través de oficios y hobbies, trata de encauzar las necesidades de ocupación del tiempo libre. Las excursiones, paseos y actividades recreativas se canalizan en el Círculo de Residentes (ancianos que no necesitan tratamientos especiales).

La orientación de nuestro Instituto apunta a dos aspectos fundamentales: cuidado de la salud y la prevención de los residentes "sanos", por un lado; y la asistencia y rehabilitación de aquellos ancianos portadores de patología física o psiquiátrica, por el otro, para quienes resulta difícil hallar respuestas satisfactorias en las instituciones convencionales de la salud.

En síntesis, esta formulación conceptual de asistencia a ancianos, nos provee de dos instrumentos terapéuticos que tienden a:

- Una asistencia médica multidisciplinaria, en un marco adecuado a la atención de la persona anciana y,
- Aliviar el agobio que las instituciones asilares

llegan a ejercer sobre pacientes internados durante largos períodos.

En síntesis, se trata de lograr el objetivo principal de este quehacer: mejorar la calidad de vida institucional y el respeto por la individualidad de las personas ancianas a las cuales servimos.

## SERVICIO DE NEFROLOGIA Y TERAPIA INTENSIVA

### Breve historia

En la década de los sesenta surgen nuevas ideas en el Hospital y se generan cambios. Parte de ello se lleva a cabo en el "Reparto C", los cuales van conformando el área de Medio Interno, Nefrología y Terapia Intensiva.

En los años cincuenta, la literatura mundial dedica atención a las alteraciones del medio interno en diversas situaciones clínicas, y en 1958 se publica la obra magistral de Francis D. Moore "El cuidado metabólico del enfermo quirúrgico" que estructura conceptos de la asistencia médica, principalmente de los pacientes posquirúrgicos normales y complicados, integrando la clínica con el laboratorio.

En esta línea de trabajo, en 1958, en el Servicio de Medicina Interna C (Reparto C), que dirigía el profesor Enrique Fongí, se instala un laboratorio para determinaciones de "medio interno", adquirido y manejado por el equipo médico (fotómetro de llama, fotocolorímetro, centrífuga, microscopio, y tonómetro de Van Slike).

Algún tiempo más tarde, en el laboratorio del Servicio comenzaron a efectuarse estudios de función renal y del sedimento urinario. El agregado de las biopsias renales fue "especializando" el estudio de los pacientes con patología renal, que hasta ese momento eran patrimonio de la medicina interna general. El equipo médico, que fue profundizando en el campo de la nefrología clínica, también lo hizo con el manejo de los pacientes posoperatorios complicados con alteraciones del medio interno, gracias a la adquisición, por medio de una donación, de un equipo para la determinación de pH y gases en sangre por micrométodos (uno de los dos primeros en su tipo introducidos en el país en 1963).

Junto al desarrollo técnico, el 1° de enero de 1964 comenzó a funcionar la Residencia de Medicina Interna del Servicio de Medicina C, ad-honorem, con horario prolongado y guardias activas, la cual introdujo un cambio significativo en la atención clínica de los pacientes hospitalizados, complementando a la Residencia de Cirugía General, en funcionamiento desde 1962.

En el curso de 1964 se comenzó a utilizar un equipo de hemodiálisis a bobina tipo Kolff-Friedburg, donada por la Asociación Le Donne Italiane. El grupo médico fue el primero en el país que utilizó la cánula de Quinton Scribner como acceso vascular y la hemodiálisis crónica como tratamiento de sostén en la insuficiencia renal.

Durante 1965 se comenzó a utilizar la diálisis peritoneal intermitente como terapéutica alternativa de

la hemodiálisis y se inició el entrenamiento de personal técnico para efectuar los tratamientos hemodialíticos, figura que ya existía en el extranjero y que fue original en nuestro medio.

Con motivo de un curso que dictó en el Hospital el doctor Roy Calne (Inglaterra), se efectuó junto con el Servicio de Cirugía General, un trasplante de riñón con donante vivo, práctica que continuó a posteriori.

A fines de 1965, principios de 1966, un médico del Servicio diseñó y comenzó a fabricar un equipo de hemodiálisis de tipo plancha a flujo paralelo, el cual fue ampliamente utilizado en el país durante varios años. En la misma época se efectuó una remodelación edilicia de la planta física del Reparto C, para albergar la Unidad de Terapia Intensiva (U.T.I.).

Al principio con un equipamiento escaso, pero cumpliendo los criterios de aislamiento, vigilancia constante de un técnico las 24 horas del día, varios servicios centrales del Hospital, rayos y hemoterapia deben incrementar sus prestaciones de urgencia, lo que al igual que las interconsultas de urgencia a los Servicios, obliga a ampliar los horarios y/o cambiar las características de la atención, etc.

De esta manera el área va constituyendo el Servicio de Medio Interno, Nefrología y Terapia Intensiva, el cual comienza a recibir colegas en formación, especialmente del interior del país, quienes a posteriori implementaron en varias ciudades de provincias "nuevos" conceptos de asistencia médica, mientras que, por otro lado, en la Capital Federal se creaban y desarrollaban otros centros de Terapia Intensiva, de Hemodiálisis Crónica, etc.

### Estructura actual

El Servicio de Nefrología y Terapia Intensiva depende del Departamento de Medicina y está dividido en dos secciones: Nefrología y Terapia Intensiva.

### Organización

La sección Nefrología comprende los sectores de Nefrología Clínica (consultorio externo e internados), Hemodiálisis (agudas y crónicas) y Trasplantes.

La Sección Terapia Intensiva tiene a cargo la Unidad de Terapia Intensiva Polivalente de Adultos, la asistencia de pacientes críticos que no requieran o no hayan egresado de la U.T.I. y la alimentación por vía parenteral.

### Personal del Servicio

El Servicio cuenta con 8 médicos de planta de tiempo completo y dos de tiempo parcial, dos médicos contratados y dos asociados, además de los residentes y becarios. Actúan, además, 7 técnicos de hemodiálisis, así como enfermeras, mucamas y personal administrativo.

### Plata física

Está próxima a habilitarse la nueva planta de hemodiálisis de adultos, cuyo proyecto y construcción se ha llevado a cabo con los aportes de los médicos del Servicio. Dicha planta consta de 760 m<sup>2</sup>, completa-



mente refaccionada de acuerdo a los conceptos más modernos de arquitectura sanitaria. Prueba de ello será el área asistencial única en su tipo, ya que el área técnica está totalmente independizada del paciente, quien podrá efectuar sus tratamientos con gran confort: televisión a color de circuito cerrado, música funcional, lectura, etc.

En esta unidad se podrán hemodializar simultáneamente 18 pacientes por turno (separados en áreas para agudos o crónicos descompensados, portadores de antígeno de superficie virus B de la hepatitis y ambulatorios convencionales). El manejo de 70 a 100 pacientes con insuficiencia renal crónica terminal permitirá realizar por año entre 15 y 20 trasplantes renales.

Dentro del área se preve, además, montar un centro de diálisis peritoneal continúa ambulatoria para lo cual el Servicio ha adquirido los elementos necesarios.

La Unidad de Terapia Intensiva cuenta con 8 camas y las áreas correspondientes de apoyo, las cuales están ubicadas en el lugar original, pero es prioritario el proyecto de construcción de una nueva planta física para terapia intensiva.

#### *Tarea asistencial*

La Sección Nefrología tiene reuniones diarias de discusión de problemas asistenciales y desarrollo de investigación clínica. El Sector de Hemodiálisis está permanentemente cubierto por un médico de planta y un becario de Nefrología. En el sector de Trasplantes, los médicos del Servicio cumplen guardias (días hábiles y feriados) para cubrir las emergencias de ablaciones y los llamados del C.U.C.A.I. (Centro Único Coordinador de Ablación e Implantes).

Los integrantes de la Sección tienen estrecha interrelación asistencial y académica (discusión conjunta de pacientes y ateneos) con otros Servicios y Secciones del Hospital.

La U.T.I. con una ocupación promedio del 75% recibe pacientes del Hospital y una proporción significativa de enfermos derivados de otras instituciones, tanto de Capital Federal como del interior. La mayor proporción de enfermos asistidos son posoperatorios complicados con sepsis o alteraciones del medio interno, sepsis sistémicas de etiologías varias, politraumatismos e insuficiencias parenquimatosas, en especial la respiratoria y renal (en este último caso es de gran utilidad la conjunción del manejo de terapia intensiva y hemodiálisis).

El concepto de medicina crítica se extiende más allá de la U.T.I. (al igual que un cirujano fuera de quirófano), por lo cual se evacúan consultas de enfermos críticos o complicados de diversas especialidades, muchos de los cuales siguen siendo asistidos en sus habitaciones. También se efectúa el seguimiento de pacientes que egresan de la U.T.I. hasta que se logra total estabilidad clínica. Algunos procedimientos, como la alimentación parenteral, son efectuados fuera de la U.T.I. a pedido de los médicos de cabecera.

#### *Tarea docente*

Concurren a la Sección Nefrología médicos tratantes

de otras instituciones, residentes rotantes del Hospital y becarios de la sección. A través de reuniones y ateneos, regularmente programados y de un estrecho contacto con los médicos de planta, se cumple con la educación médica continua de dichos profesionales. También se colabora con la docencia de pregrado que se dicta en el Hospital.

La estructura asistencial de la U.T.I. siempre estuvo teñida por la actividad docente, especialmente de posgrado.

Ya en 1970 la Unidad albergaba médicos becarios del interior del país y de Montevideo (Uruguay) y rotantes provenientes de residencias de medicina y cirugía del propio Hospital y de otros hospitales de Capital Federal y del interior del país.

La intensa tarea docente obligó a elaborar programas, lo cual culminó con la creación en 1975, de la primera residencia de terapia intensiva polivalente del país. Con una formación previa de dos años en medicina interna, los dos residentes que ingresaban por año, cumplían un programa asistencial en la U.T.I. y rotaciones por otras unidades y áreas del Hospital, en el curso de los dos años de la residencia.

Esta fructífera experiencia duró hasta 1980, año en el cual se reestructuraron las residencias del Departamento de Medicina, fusionándose ésta, la de Neurología y la de Clínica Médica, conformándose una residencia de cuatro años de Medicina Interna. En las 4 camadas se formaron 8 residentes; en la actualidad 5 de ellos son jefes de unidades en el interior del país y los tres restantes ocupan cargos importantes en la Capital Federal.

Los becarios de iniciación cumplen un programa similar al de la residencia, durante 1 a 3 años; la mayor parte provienen del interior del país y algunos del extranjero (Uruguay y Panamá). En varias Unidades de 12 provincias están distribuidos becarios o rotantes formados en nuestra U.T.I.

#### *Tareas de investigación*

Las líneas de investigación clínica en la Sección Nefrología son: litiasis renal, insuficiencia renal aguda, glomerulopatías, hemofiltración continua en insuficiencia renal aguda y crónica y trasplante renal. Desde hace años el equipo médico de terapia intensiva ha comunicado observaciones y propuesto criterios asistenciales que han sido originales en su momento en nuestro medio y que han generado cambios de conducta. Conceptualmente se pueden citar: comprensión y manejo del paciente séptico en la U.T.I., en especial las fallas parenquimatosas producidas por la misma (hígado de sepsis, insuficiencia renal aguda no oligoanúrica, síndrome de dificultad respiratoria aguda, etc.), el monitoreo clínico y hemodinámico, algunos aspectos terapéuticos (corticoides, drogas vasoactivas, antibióticos) y el síndrome de falla multiparenquimatosas.

En la actualidad las líneas principales de investigación clínica se orientan al transporte de oxígeno, aspectos metabólicos y nutricionales del enfermo crítico y hacia algunos procedimientos como ultrafiltración y plasmaféresis en patologías diversas.

### Perspectivas

El Servicio de Nefrología y Terapia Intensiva espera completar toda la reestructuración de planta física y equipamiento para ampliar y cambiar algunos aspectos de la tarea asistencial, cuyos objetivos son la evaluación permanente de los resultados terapéuticos y la producción de la información científica necesaria para lograr una óptima relación costo-efectividad, lo cual permita continuar sugiriendo pautas de atención médica para Instituciones con menor desarrollo asistencial.

## SERVICIO DE NEUROLOGIA

### Breve historia

Hasta el año 1970 la neurología del Hospital estuvo a cargo de médicos neurólogos que cumplían funciones en distintas salas de la Institución, pero sin componer un estructurado Servicio de la especialidad. Así actuaron los doctores Di Mateo, Menzani, Vaccaro (padre).

La organización propiamente dicha y germen de la actual estructura del Servicio se debe al profesor doctor Carlos A. Bardeci que se incorpora al Hospital como consultor y en 1973 es designado jefe de Servicio. La calidad de este profesional, en lo que a Neurología se refiere, provoca una demanda creciente de la especialidad.

El Servicio no sólo se destaca desde el punto de vista asistencial, sino también docente, recibiendo entonces alumnos de pregrado y residentes rotantes de otros Servicios.

En 1975 se crea la residencia neurológica de la cual egresaron profesionales que se desempeñan eficientemente en el país y en el extranjero.

Finalizada la jefatura del doctor Bardeci, se hace cargo de la misma el doctor Rubens Granillo, reestructurándose el Servicio en áreas de trabajo y de estudio.

En 1981, la Institución incorpora al Servicio el área de Neurofisiología Clínica (E.E.G. y E.M.G.) y en 1983 la planta física del Servicio es trasladada a otra más adecuada y acondicionada para un mejor funcionamiento.

### Situación actual

A la fecha la dotación médica está formada por cuatro profesionales de planta, médicos contratados, becarios y residentes.

Sobre ese conjunto de profesionales se consolidan 6 áreas básicas o secciones:

- a) Clínica
- b) Enfermedades cerebro-vasculares
- c) Enfermedades periféricas
- d) Epilepsia
- e) Potenciales evocados
- f) Docencia

Estando proyectados dos grupos futuros: enfermedades extrapiramidales y desmielinizantes respectivamente.

A excepción del área docente, todas cuentan con un consultorio donde se evacuan las consultas correspondientes.

Los objetivos de las secciones son:

- a) Formar grupos de trabajo que profundicen el estudio de las enfermedades que le competen.
- b) Codificar de manera técnica las patologías de los mismos y formar expertos.

El área docente comprende la planificación y desarrollo de la actividad pedagógica de pre y posgrado. La primera para alumnos de la Unidad Hospitalaria y del curso de la materia Neurología que pertenecen a la Cátedra de Neurología de la Universidad de Buenos Aires y la segunda destinada a becarios y residentes del Servicio.

La actividad docente comprende: ateneos, clases, conferencias, realización de trabajos científicos, etc. El resultado de esta actividad se ve reflejado cada año en el número de trabajos presentados en congresos de la especialidad.

Podemos juzgar que en el momento actual y con los recursos que cuenta la Institución, el Servicio presta una atención médica neurológica de alta calidad científica.

Ningún programa de atención médica sería posible si el Servicio no contara con la ayuda invaluable de su personal auxiliar técnico y de administración.

Debemos agregar en lo referente a la formación auxiliar técnica que nuestro Servicio junto con el de Neuropediatria dicta un curso anual para técnicos en electroencefalografía, con resultados altamente satisfactorios.

Se acaba de crear el Laboratorio de Neurofisiología Experimental, siendo el tema actual de estudio: epilepsia experimental.

De ninguna manera el Servicio ha cerrado su trayectoria, por el contrario, es propósito de sus integrantes seguir evolucionando hacia su estructuración definitiva que estaría condicionada a las exigencias del medio y al progreso de la clínica neurológica.

## SERVICIO DE PSICOPATOLOGIA

### Breve historia

El primer nombramiento que figura en el libro de Actas del Hospital es el del doctor Alberto de Zabaleta, que fue médico agregado desde el 1º de octubre de 1948. La tarea de este primer tiempo se realizaba en un consultorio externo y el doctor de Zabaleta atendía también interconsultas.

El 23 de agosto de 1950, se nombra al doctor Carlos R. Pereyra, 'Consultor de Psicopatología', aclarando que no se lo nombre médico agregado en consideración a sus méritos y trayectoria. Carlos Pereyra fue uno de los clínicos más inteligentes que tuvo la especialidad. Su libro "Semiología de los procesos de la esfera intelectual", en vigencia, muestra su increíble sutileza como semiólogo. Su conocimiento de las personas a través de la observación de los más pequeños rasgos dejó imborrables enseñanzas en los que tuvieron el privilegio de trabajar con él.



Durante el tiempo en que estuvo el doctor Pereyra, hasta su muerte, el Servicio siguió funcionando esencialmente como un consultorio externo. Siguió luego a cargo como jefe interino el doctor Alberto de Zabaleta.

En 1970, se llamó a concurso abierto para la jefatura y el 19 de diciembre del mismo año es nombrado el doctor Mauricio Goldenberg. Durante el primer año de su gestión, el Servicio siguió como un consultorio externo. A partir de 1971, Goldenberg junto con un grupo que había trabajado con él en el policlínico "Araoz Alfaro" de Lanús, pone en marcha un Servicio de Psiquiatría con las características organigramáticas del actual. Mauricio Goldenberg es un psiquiatra de amplia formación en todas las áreas cuyo conocimiento es indispensable para el ejercicio de la especialidad.

Es un pionero en el trabajo del especialista en Psiquiatría que desarrolla su tarea en un hospital general, sacando la Psiquiatría de los hospitales psiquiátricos. Esto apunta a colocar el eje de la tarea mucho más en la promoción de la salud que en la curación de las enfermedades. En su labor de pionero, en este mismo período Goldenberg crea e implementa el Plan de Salud Mental de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires abriendo Servicios en los Hospitales municipales y creando los dos primeros centros comunitarios de Psicopatología. El plan Goldenberg es el que se reactiva bajo el actual gobierno democrático. Goldenberg lidera así un grupo que cuenta con un background teórico y técnico que incluye la clínica psiquiátrica, la farmacología, la psicología social y las escuelas psicoterápicas, muy especialmente el psicoanálisis.

Esto configura la tan mentada psiquiatría dinámica. El Servicio inicia así un sala de internación, todavía con muy pocas camas y en un lugar diferente al actual (primer piso - Policlínico) y un Hospital de Día. En ambos empiezan a implementarse los modernos recursos para el tratamiento de las perturbaciones emocionales. Dos años después la sala de Psicopatología y el Hospital de Día se instalan en su ubicación actual. El consultorio externo comienza a organizar tareas en nuevos sectores que hasta hoy siguen en desarrollo.

En 1976, el doctor Mauricio Goldenberg debe abandonar el país a causa de amenazas a su vida y a la de su familia. El Servicio pudo seguir funcionando sin interrupción pese a esta convulsionante y dolorosa pérdida. Esto pudo ser porque los integrantes, en su gran mayoría, habían acompañado a Goldenberg en su gestión en el Policlínico de Lanús y eran sus discípulos. Uno de estos médicos, la doctora Lía Ricón, quien se desempeñaba como subjefe desde el 31 de agosto de 1973, queda a cargo de la jefatura interina.

El 19 de abril de 1980 como resultado de un concurso abierto, es confirmada como jefa titular en el cargo en el que continúa hasta la actualidad.

Una mención especial e ineludible es la que tenemos que hacer al Ing. Pedro Bronzini, quien posibilitó en un comienzo la existencia edilicia y el equipamiento

de la Sala de Internación y del Hospital de Día y quien continúa actualmente colaborando en el mantenimiento de estas estructuras. Sin su ayuda hubiera sido imposible esta obra.

## LA PSIQUIATRIA EN UN HOSPITAL GENERAL

Antes de mencionar las características del Servicio de Psiquiatría del Hospital Italiano, nos parece útil hacer algunas consideraciones históricas que permitan comprender la importancia y la significación que reviste la existencia de un Servicio de esta especialidad en una institución policlínica.

Así como los barberos fueron los antecesores de los cirujanos en la era pre-científica, los brujos de las tribus fueron los primeros que se ocuparon de los aspectos emocionales del individuo humano. Estos magos usaron métodos que hoy llamamos sugestivos y efectivizaron en conductas el pensamiento mágico de los pueblos primitivos. La cirugía, disciplina más antigua que la psiquiatría y especialmente apoyada en las ciencias fácticas, ha conseguido librarse más fácilmente de los prejuicios que rodearon su origen. La práctica de la psiquiatría, especialmente en lo que se refiere a la psicoterapia, necesita de disciplinas tales como la historia, la antropología, la sociología, la lingüística, que se incluyen en las ciencias humanas. Esta particularidad, especialmente en el ámbito de la práctica médica que se basa en las ciencias fácticas, da muchas veces a nuestra especialidad, un aire de esoterismo y magia que perjudica su seriedad y rigor científico.

La falta de información sobre las características de nuestra especialidad, creemos que justifica estas consideraciones previas a la descripción de nuestra tarea. Las categorías de sanos y enfermos son puestas mucho más por las pautas de la sociedad en que se vive que por las características individuales de cada patología. Esto está ampliamente documentado por libros y trabajos de autores de muy diversas tendencias. Un ejemplo extremo de esto es suministrado por los estudios ya clásicos de Margarita Mead. Esta autora demuestra cómo un individuo que puede ser loco para una tribu, puede ser normal y aun sobreestimado por otra comunidad, que valoriza las cualidades que lo hacen alienado en la primera.

Esta conceptualización permite a través de una comprensión del psiquismo normal y patológico con el mismo modelo, encontrar mejores soluciones a muchos problemas institucionales que son inevitables en la abigarrada comunidad de un hospital general. Otra consecuencia de lo que terminamos de mencionar es la que se evidencia a través de la ayuda que los colegas de todas las especialidades pueden recibir a través de grupos coordinados por psicoterapeutas en los que se investigan aspectos emocionales de la situación de enfermedad, esto es, la significación de sentirse enfermo. Esta tarea contribuye especialmente en el quehacer de nuestros jóvenes colegas, a que en nuestro Hospital se acceda a un acto médico esencialmente humano. Sabemos que las pautas de cada grupo social, de cada familia, tienen sus particularidades, las sutiles diferencias que lo discriminan aún del grupo familiar muy próximo. Estas circunstancias hacen que la patología de cualquier tipo

adquiera rasgos particulares en cada paciente, que pueden así ser contemplados y tratados técnicamente en estos grupos. No nos pasa inadvertido que esto es una precisión técnica de los aspectos emocionales ya tenidos en cuenta en el viejo adagio de la Medicina: "No hay enfermedades sino enfermos".

#### Organización asistencial

El Servicio de Psicopatología integra el Departamento de Medicina, es una clínica más. La internación de pacientes agudos, los tratamientos ambulatorios y la estructura intermedia entre estas dos instancias terapéuticas, el Hospital de Día, nos permite abarcar toda, o casi toda la patología.

Otra ventaja del Servicio es la posibilidad de atender las necesidades emocionales no sólo de los pacientes que consultan por tener clara conciencia (ellos o sus familiares) de padecer emocionalmente, sino también a pacientes internados o atendidos en el resto del Hospital. Esto posibilita la interconsulta permanente entre los colegas de las distintas especialidades.

Abarcar toda la gama de la patología es de suma importancia para atacar los prejuicios que llevaron a los pacientes de la especialidad a ser considerados como posesos. Su patología es organigramáticamente colocada en el mismo nivel que la de los otros pacientes clínicos o quirúrgicos.

El Servicio está sectorizado en diferentes áreas, destinadas al tratamiento de los distintos tipos de pacientes. Nuestro "background" teórico y técnico incorpora los aportes de las distintas disciplinas que se conjugan en el tratamiento de los padecimientos emocionales. Esto es la clínica psiquiátrica, las psicoterapias individuales y grupales provenientes de las distintas escuelas teóricas, la psicofarmacología y las disciplinas afines. Contamos con las siguientes áreas o sectores:

1. Internación total (Sala de internación).
2. Internación parcial (Hospital de Día).
3. Consultorio externo.
4. Interconsulta.

**Internación total:** En esta área los pacientes son atendidos para resolver una crisis, para precisar un diagnóstico o para iniciar y afianzar un vínculo terapéutico que luego deberá continuar en otra estructura asistencial del Servicio. Esto quiere decir que internamos solamente pacientes que requieran tiempos cortos de permanencia, pacientes agudos. Durante su paso los pacientes reciben psicoterapia individual, grupal y familiar. Realizan además actividades grupales con fines terapéuticos y diagnósticos tales como terapia ocupacional, musicoterapia y actividades recreativas de distinta índole. Todo el personal de salud junto con los pacientes participan de una reunión semanal que apunta a fortalecer y utilizar los aspectos preservados de la personalidad de los pacientes internados.

**Hospital de Día o internación parcial:** Los pacientes continúan su programa terapéutico, una vez externados de la sala de internación, o bien lo inician directamente allí, cuando no ha sido necesaria una

internación previa. La finalidad particular de esta modalidad terapéutica es la contribución activa a la socialización del paciente y su readaptación paulatina a su medio familiar o laboral.

El programa terapéutico incluye, como en la internación total, psicoterapias individuales y grupales, terapias familiares y multifamiliares, musicoterapia, terapia ocupacional y psico-drama. Se realizan dos modalidades de asistencia que se utilizan de acuerdo a las necesidades del paciente: El Hospital de Día de tiempo completo (8 horas por día) y el de tiempo parcial (4 horas por día).

Nos interesa destacar que tanto en la sala de internación como en el Hospital de Día y también en la interconsulta y en los pacientes ambulatorios, ponemos énfasis en el abordaje familiar del enfermo. Concebimos su padecimiento no sólo como una perturbación individual, sino como una crisis que afecta la estabilidad de la familia en su conjunto y por lo tanto consideramos de fundamental importancia la inclusión de la familia. Esto puede encararse ya sea a través de un tratamiento de psicoterapia familiar en el que se llegará hasta donde sea posible en la solución de los conflictos grupales o bien algunas entrevistas de apoyo y esclarecimiento que permitirán una mejor ubicación del grupo familiar ante la situación del miembro señalado como enfermo. Esta tarea es llevada a cabo por médicos y psicólogos especializados en tratamientos familiares quienes desarrollan estas terapias en estrecha colaboración con los profesionales que tienen a su cargo las otras terapias.

**Consultorios externos:** Aquí se atienden aquellos pacientes que no han requerido internación o bien aquellos que terminan sus programas terapéuticos en sala de internación o en Hospital de Día y pueden pasar a terapias de menor intensidad. En las diferentes áreas (adultos, adolescentes, gerentes) se realizan terapias grupales, familiares e individuales. Estamos particularmente interesados en las terapias de duración limitada tendientes a una resolución efectiva, lo más rápido posible, de las crisis del paciente. Ofrecemos horarios prolongados por las tardes para facilitar la concurrencia.

**Interconsulta:** El área de Interconsulta atiende a todos aquellos enfermos que fueron internados en nuestro Hospital por una patología orgánica y presentan además problemas psicológicos. Se realizan entonces abordajes terapéuticos de brevísima duración dirigidos fundamentalmente a la relación médico-paciente de acuerdo a los modelos teóricos y técnicos de la medicina en nuestros días.

**Prevención primaria y secundaria:** Se desarrollan en colegios y a través de cursos y conferencias, utilizando los medios de comunicación a nuestro alcance.

**Docencia e Investigación:** Por último queremos destacar que la existencia de múltiples actividades docentes hace que nuestros terapeutas, agreguen a su excelente capacitación desde el punto de vista asistencial, el ejercicio constante de la enseñanza. Hacemos tarea docente de pregrado con alumnos de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (U.B.A.) de cuarto,



quinto y sexto año y prácticas clínicas a terapeutas ocupacionales de la Escuela de Terapia Ocupacional del Ministerio de Salud Pública y Acción Social.

Nuestra labor docente de posgrado está dedicada especialmente a residentes argentinos y becarios extranjeros que realizan un curso de tres años de duración. También estamos especialmente interesados en colaborar con las residencias del interior del país mediante la inclusión como rotantes de residentes de varias provincias con las que mantenemos intercambio docente y asistencial. Hemos iniciado hace dos años un curso teórico-práctico para psicólogos clínicos, con lo que creemos que llenamos un vacío asistencial en la formación universitaria de estos profesionales de la salud. Este curso es de dos años de duración.

Nos falta mencionar en las tareas docentes lo que entendemos como capacitación en terreno del personal de enfermería. La tarea de los médicos y psicólogos, puede resultar de nula eficacia terapéutica si las enfermeras que están con el paciente más tiempo que el resto de los profesionales no tienen actitudes coherentes con la ideología de trabajo en grupo. Esto se efectúa a través de reuniones grupales con las enfermeras.

También nos ocupamos de estar atentos a las actitudes del personal de limpieza y de cocina quienes entendemos que forman parte del grupo humano que "crea un clima" en todas las áreas del Servicio. Este clima será terapéutico o nocivo según cuales sean las actitudes que determinan conductas con las que se atiende a los pacientes.

Nos importa mencionar en el mismo sentido que las secretarías del Servicio están incluidas en la consideración de esto que terminamos de mencionar que constituye el clima terapéutico. La discreción, la gentileza y el afecto resultan ingredientes indispensables en el trato que deben tener con los pacientes. Entendemos que esta tarea docente enriquece la tarea asistencial a través de obligar a los docentes a una actualización permanente. No hay examen más duro de pasar que el de un grupo de alumnos que pregunta.

Las tareas de investigación se desarrollan todavía en forma incipiente especialmente en dos áreas: a) *Áreas de la conducta*. Se terminó una investigación en colaboración con la Universidad de Belgrano, realizada por el grupo de psicólogas que están a cargo de estudios psicométricos; b) *Psicofarmacología*. Está en curso una investigación con antidepresivos en colaboración con el Servicio de Endocrinología del Hospital.

Los profesionales de la salud que trabajan en este Servicio, consideran que la tarea en los consultorios aislados se esteriliza a poco de andar por la falta de comunicación y de tareas compartidas, de modo que resulta de vital importancia para el desarrollo de cada uno la pertenencia a una institución.

También es importante enfatizar que la psiquiatría que se desarrolla en un Hospital General es la que entendemos como única posible a la altura actual de los conocimientos teóricos y técnicos de la especialidad. Las instituciones psiquiátricas aisladas aunque cuenten con todas las comodidades edilicias y con personal capacitado en algunas áreas, siguen perte-

neciendo a la categoría de los antiguos hospicios.

La psiquiatría dinámica es tal, no sólo por el nivel y el tipo de capacitación teórica y técnica con el que trabajan los profesionales, sino también y muy especialmente por la integración edilicia, administrativa, asistencial, docente y de investigación con el resto de las especialidades médicas.

## SERVICIO DE REHABILITACION

El Servicio de Rehabilitación del Hospital Italiano fue creado en el año 1976, y es el primero entre los hospitales privados de comunidad.

Contamos con la Sección Kinesiología por especialidades divididas en cuatro áreas: Traumatología y Ortopedia - Asistencia Respiratoria y Cardiovascular - Neurología y Neurocirugía - Otras Especialidades. En las mismas se desempeñan kinesiólogos y terapeutas físicos altamente capacitados, que además de realizar la tarea asistencial, desarrollan una intensa actividad docente con alumnos de la Escuela de Terapia Física de la Universidad del Salvador, como asimismo cursos de posgrado para médicos y kinesiólogos.

El Servicio de Rehabilitación está equipado con un gimnasio central donde se desarrolla la actividad con pacientes ambulatorios. En materia de fisioterapia estamos a la vanguardia de los hospitales del país contando con equipos de onda corta, ultrasonido, electroterapia, electroanalgésia, rayos infrarrojos, etc., teniendo además un equipo de micro-ondas (Energard).

Sección Terapia Ocupacional. En la actualidad es el Servicio de Rehabilitación de los hospitales generales de agudos que mayor casuística en rehabilitación de pacientes amputados posee.

Es de destacar que el horario de atención es de lunes a viernes de 8 horas a 20 horas, y los sábados de 8 horas a 12 horas, manteniendo una guardia kinésica respiratoria las 24 horas.

Por tratarse de una actividad multidisciplinaria trabaja en íntima relación con otros Servicios del Hospital.

El Servicio de Rehabilitación brinda atención en internación domiciliaria, internación institucional y ambulatorio.

## INTERNACION DOMICILIARIA

El programa de Internación Domiciliaria del Hospital Italiano comenzó en marzo de 1978 como una experiencia destinada a plantearse como hipótesis la posibilidad de que el paciente geronte se recuperara más rápidamente en el hogar posibilitando al Hospital un giro mayor de camas destinada a este sector. Se tomó como grupo la población de afiliados del I.N.S.S.P.J. y P. según convenio con el Hospital (C.P.E.) y se entendió como filosofía del sistema la extensión del Hospital hacia la comunidad, la revalorización del domicilio como ámbito de prestaciones de atención médica, las características de la familia como continente de las necesidades del paciente y la

posibilidad para profesionales y técnicos del Hospital Italiano de aprender y definir un nuevo rol frente al núcleo familiar y su hábitat cotidiano.

Con estos principios se elaboraron normas de admisión que contemplaban criterios médicos, de enfermería y de servicio social.

Los criterios médicos fueron elaborados por cada Servicio, considerando en qué momento del proceso patológico agudo por el cual el paciente había sido internado, estaba en condiciones de proseguir su recuperación en el domicilio.

Los criterios de enfermería se refirieron fundamentalmente a dos conceptos:

1) que el paciente no requiriera cuidados continuos, por ejemplo no más de una prestación por día. 2) que el paciente estuviese acompañado en su hogar por una persona, familiar o amigo, que comprendiese su responsabilidad y fuese capaz de colaborar en el cuidado del paciente. El servicio social colaboró en la reinserción del paciente en el hogar y en la solución de problemas que competen a esta área. Se creó entonces una nueva modalidad no convencional de trabajo en atención médica: la internación domiciliaria.

El Hospital Italiano la llamó internación porque esta palabra conlleva intrínsecamente un significado esencial, para el entendimiento de este programa: el paciente pasa a domicilio como pasa de un Servicio a otro, dentro del Hospital. Es trasladado a su casa y se registra como existente en el Sector Internación Hospitalaria. El Hospital mantiene su responsabilidad institucional sobre el paciente.

Administrativamente es considerado bajo las normas del Hospital; y para ello lleva hasta el domicilio el equipo de salud correspondiente, medicamentos y otras prácticas necesarias para su completa recuperación, como si estuviera en el Hospital y de acuerdo con las normas de contrato con esta Obra Social. La dinámica del sector tiene distintos momentos: el pase lo inicia el médico tratante del Servicio a cargo del paciente. El Sector Internación Domiciliaria evalúa al paciente, la familia y el domicilio dentro de la flexibilidad que le da el encuadre de las normas y cada situación en particular. Definido el pase se articula administrativa y estadísticamente y se programan en el sector, las actividades a desarrollar en el domicilio.

Es de destacar que desde el principio el elemento más indicativo de éxito de este programa, fue la incorporación de la familia al equipo del sector a cargo del paciente.

La asimilación de las enseñanzas impartidas por la enfermera (movilización, higiene parcial, detección de signos y síntomas importantes, enseñanza de la dieta, control de los horarios de la medicación, toma de temperatura, colocación de chata, higiene de los utensilios para la preparación de los alimentos, prevención de riesgos como caídas, según ubicación de la cama en la habitación, indicaciones sobre higiene e iluminación, etc.); el grado de colaboración nacido del afecto de los familiares hacia el paciente, la información acerca de su evolución al equipo del sector, son ejes fundamentales por donde pasa la recuperación efectiva del paciente. Donde la familia aprende hábitos y donde se personaliza la

atención profesional.

En un principio y casi todos los pacientes del año 1978, fueron del área quirúrgica (curaciones simples, luego complejas posoperatorias, curaciones de escaras, curaciones de úlceras venosas), luego se agregaron pacientes urológicos, adicionándose a las otras prestaciones; cambio de sonda hecho por el médico, lavado vesical realizado por la enfermera, lavado vesical continuo controlado por ambos y la familia, talla vesical, etc.

Ese año fue propicio en éxitos y posibilidades de investigar más profundamente otro tipo de pacientes y otras prestaciones. En 1979 el Servicio de Cardiología inicia sus actividades en el sector, consideradas un verdadero desafío, no sólo por el riesgo que significa en sí la especialidad, sino por el agravante de las condiciones generales y de la polipatología que presenta el anciano enfermo. Con un supervisor de méritos indiscutibles para la iniciación, conducción, rectificación y evaluación del programa cardiológico, más la designación de una calificada enfermera de la especialidad, se definen los criterios de admisión médicas al programa. Se controla al paciente por el especialista en el domicilio, se informa, entrega, enseña, y evalúa a la familia en la administración de medicamentos, que debe ser rigurosa y exacta tanto por la cantidad de productos diferentes como por el efecto de los mismos. Se agregan entonces como prestaciones cotidianas para estos pacientes, sacar y leer ECG en domicilio, control de signos vitales, extracciones de sangre para análisis de laboratorio, y la evaluación del control de la familia sobre dieta y medicamentos. Aquí fue muy importante la recepción de la familia para contener y atender pacientes de estas características. El programa fue rectificando, evaluando según las experiencias y se realizó una investigación sobre los resultados, trabajo hecho por el Servicio junto con el Sector Internación Domiciliaria. Para fines del año 1980, el 50% de los egresos totales de Cardiología C.P.E., habían pasado por el Sector Internación Domiciliaria.

Luego se agregaron en alto porcentaje pacientes de Clínica Médica, de Ortopedia y Traumatología, pacientes más complejos de Cirugía y pacientes en estado terminal con aceptación del grupo familiar. Se agregaron otras prácticas como nebulizaciones, alimentación por sonda nasogástrica, gastroclisis, cortar y sacar yesos, vendajes, sacar puntos, higiene de colestomía, tratamientos para el dolor por vía intravenosa, etc.

En el año 1983 se incorpora el servicio de O.R.L. con pacientes traqueostomizados, con la asignación de un médico del Servicio, agregándose prácticas como limpieza y recambio de cánulas y curaciones específicas de estos pacientes.

En un principio se constituyó un equipo cuyos objetivos fueron tener en el Sector Domiciliario el 10% de la internación hospitalaria de pacientes de C.P.E. Con algunas modificaciones en el equipo, el agregado de mayores recursos materiales, en el corriente año se ha llegado hasta el 40% como tope máximo, teniendo en el domicilio, bajo control, hasta 23 familias, lo cual indica por sí mismo, el éxito del programa.





El Sector Internación Domiciliaria en este momento depende de la Gerencia de Programación y Auditoría, con una coordinadora, médicos asignados por los Servicios, enfermeras que dependen del Departamento de Enfermería y el grupo de kinesiólogos del Servicio de Fisiatría. Es de recordar que el sector tuvo desde su inicio rehabilitación kinésica respiratoria o general para los pacientes que así lo requieran.

La experiencia ha sido fructífera y el ámbito domiciliario ofrece expectativas quizás inimaginables, para los programas de atención médica. Las posibilidades de investigación, extensión y profundidad en esta área son sensiblemente creativas.

Ya, en este momento, se prevé mediante programas estructurados con alternativas operativas de atención, la difusión más amplia de este importante sector del Hospital Italiano.

# DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

La salud del niño depende del flujo armónico de tres factores básicos: amor, protección y nutrición. Esta convergencia sólo se aprecia considerando al niño inmerso en la familia a la cual pertenece. A su vez la familia funciona como una placenta inserta en el medio social que la rodea, filtrando influencias que pudieran ser nocivas para el niño, permitiendo pasar sólo las beneficiosas. Por otra parte, y al igual que la placenta biológica, sintetiza y crea elementos propios que el niño requiere para su crecimiento y desarrollo, a la vez que es influenciada por aquél de una manera decisiva a lo largo de un prolongado proceso de interacciones múltiples.

Así como la indemnidad de la familia es condición necesaria para la salud del niño, todas las alteraciones familiares tienen repercusión sobre los hijos. Por cierto que la salud o la enfermedad de estos últimos, modifica también a la familia.

La pediatría moderna se ha orientado en esa dirección, haciendo del antiguo especialista de niños un experto en medicina de familia.

Este hecho requiere un profundo cambio de actitud y el reconocimiento final de que la salud de los niños no es proporcionada por la medicina, sino por sus padres.

Asimismo el anterior concepto de uncausalidad de las enfermedades ha sido sustituido por el de multicausalidad. Así, visto de este modo, los niños no tienen enfermedades, sino problemas con los cuales todos tenemos que luchar.

El desarrollo de esta Pediatría no niega, por cierto, la necesidad de atender convenientemente a los padecimientos que por su complejidad, requieren el auxilio de la moderna tecnología. El problema radica en no confundir los términos de buena medicina con medicina compleja. Podríamos preguntarnos si es más complejo el comportamiento de una enzima en el hepatocito, que el de un niño en el seno de su hogar.

Una institución como el Hospital Italiano, es un campo más que apto para el desarrollo de esta modalidad de la medicina infantil al tratarse de un

hospital general con un alto nivel de integración entre los sectores que lo componen.

Resulta ya familiar ver la concurrencia de padres, hijos y abuelos que buscan confiados la solución de sus problemas de salud y a quienes encontramos como habitantes diarios y normales en pasillos, salas de espera, consultorios y áreas de internación.

Por cierto que la perspectiva que puede brindar un hospital permite apreciar tan sólo un pequeño sector de la problemática de salud del niño y de la familia. Salvo en el sector de atención primaria, al que concurren niños básicamente sanos para control, el resto de la población hospitalaria está integrada por niños enfermos, que son la excepción dentro de la población infantil. Por lo demás, la enfermedad constituye para la mayoría de ellos un emergente transitorio que interrumpe su vida en salud.

Para integrar esta concepción de la atención médica, se requieren también actividades extramurales que vinculen la medicina con todo sitio y lugar donde haya niños, es decir, familias.

Esta medicina, más orientada al cuidado de la salud que a la reparación de las enfermedades, debe ser enseñada a las futuras generaciones, creando modelos adecuados en que pueda aprenderse a través de la experiencia directa.

Mientras tanto, se están utilizando todas las múltiples y enriquecedoras situaciones que plantean los muchos niños que en el Hospital Italiano se asisten, para ofrecer a residentes y alumnos las bases iniciales de este enfoque amplio de la Pediatría.

Muchas veces he pensado que la presencia de estos niños que recorren como pájaros los ámbitos del Hospital Italiano, ha de haber conmovido a los viejos muros y emocionado a muchos habitantes de esta casa.

Estamos seguros que esta presencia ha de contribuir a enriquecer el clima de afecto y humanidad que reina en el Hospital, tal como hacen los hijos en nuestros hogares.

Lo que sigue es una descripción somera de alguna de las actividades más especializadas y de mayor



relevancia que se cumplen en el Departamento de Pediatría. Muchas de ellas son únicas en el país y están siendo desarrolladas por profesionales del más alto nivel de competencia.

La necesidad de especialidades pediátricas deriva de la concepción del niño enfermo como un todo y no de las enfermedades que pueden afectarlo.

Cada una de estas subespecialidades ha adquirido personería propia y su integración en el Departamento teje finalmente una trama que permite la asimilación de cada niño y cada familia, sin que deba darse el habitual fenómeno inverso, cuando se obliga al paciente a ajustarse en su problemática a una estructura rígida pre-existente.

En los próximos años, y de acuerdo con el progreso científico y tecnológico, se irán incorporando nuevas subespecialidades y nuevas actividades integradas, tanto ambulatorias como de internación, ya sea intra o extramurales.

La meta fue crear el Departamento de Pediatría del Hospital Italiano y no un Servicio de Pediatría. Esta meta se ha logrado, queda ahora perfeccionarla y adaptarla a las necesidades de futuros desarrollos.

#### ATENCION PRIMARIA EN PEDIATRIA

En el concepto general, la atención médica primaria se orienta hacia los principales problemas sanitarios de una población, prestando los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de promoción de la salud. De esta definición se desprende que se trata de una actividad médica primordial o fundamental dentro de un plan de salud comunitario y así se interpreta actualmente su ejercitación.

En los consultorios externos del Departamento de Pediatría, se realiza dicha atención sobre una población infantil que concurre periódicamente. Esta deriva de las altas del Servicio de Neonatología, de la demanda espontánea externa y de las altas de internación, como así también de los asociados al Plan de Salud del Hospital.

Nuestro programa de atención se basa en el cuidado de la salud infantil, mediante el enfoque amplio y resolución de la mayoría de los problemas habituales que afectan a dicho estado de salud. Nótese que no nos referimos específicamente a enfermedades, sino a problemas de salud, relacionados con el paciente infantil y su medio familiar. Este enfoque particular responde a la idea básica de que no existen sólo enfermedades causadas por una única etiología, sino que se entrelazan numerosos factores en la patogenia de un problema determinado de salud. Desde ya, este concepto se aparta bastante de la rotulación nosológica clásica, pero responde a modernos métodos de registro que en los últimos años han tomado vigencia.

Para una agilización y mejor sistematización del registro de datos, hemos institucionalizado la llamada historia clínica orientada o estructurada por problemas que apunta directamente a la posibilidad de detección y solución de los diferentes problemas que afectan a la salud de los niños y a su medio familiar.

A ello se ha agregado, en el último año, un programa de detección temprana de problemas evitables o tratables que incluye: pesquisa audiovisual (visión, estrabismo y audición), desarrollo psicomotor, examen bucodental y detección precoz de escoliosis.

Asimismo, y desde hace tres años, se estructuró un programa de preparación prequirúrgica, que incluye el enfoque preventivo, previo a cualquier intervención quirúrgica, no sólo de aspectos clínicos y de laboratorio, sino también de la preparación psicológica del niño y de su familia, para que se supere dicha intervención de la mejor forma posible.

De la detección de los referidos problemas surge frecuentemente la necesidad de interconsulta y eventual derivación al grupo de médicos especialistas con que cuenta el Departamento y que cubren todas las eventualidades, no sólo de la atención médica primaria, sino también en algunos casos secundaria y ambulatoria.

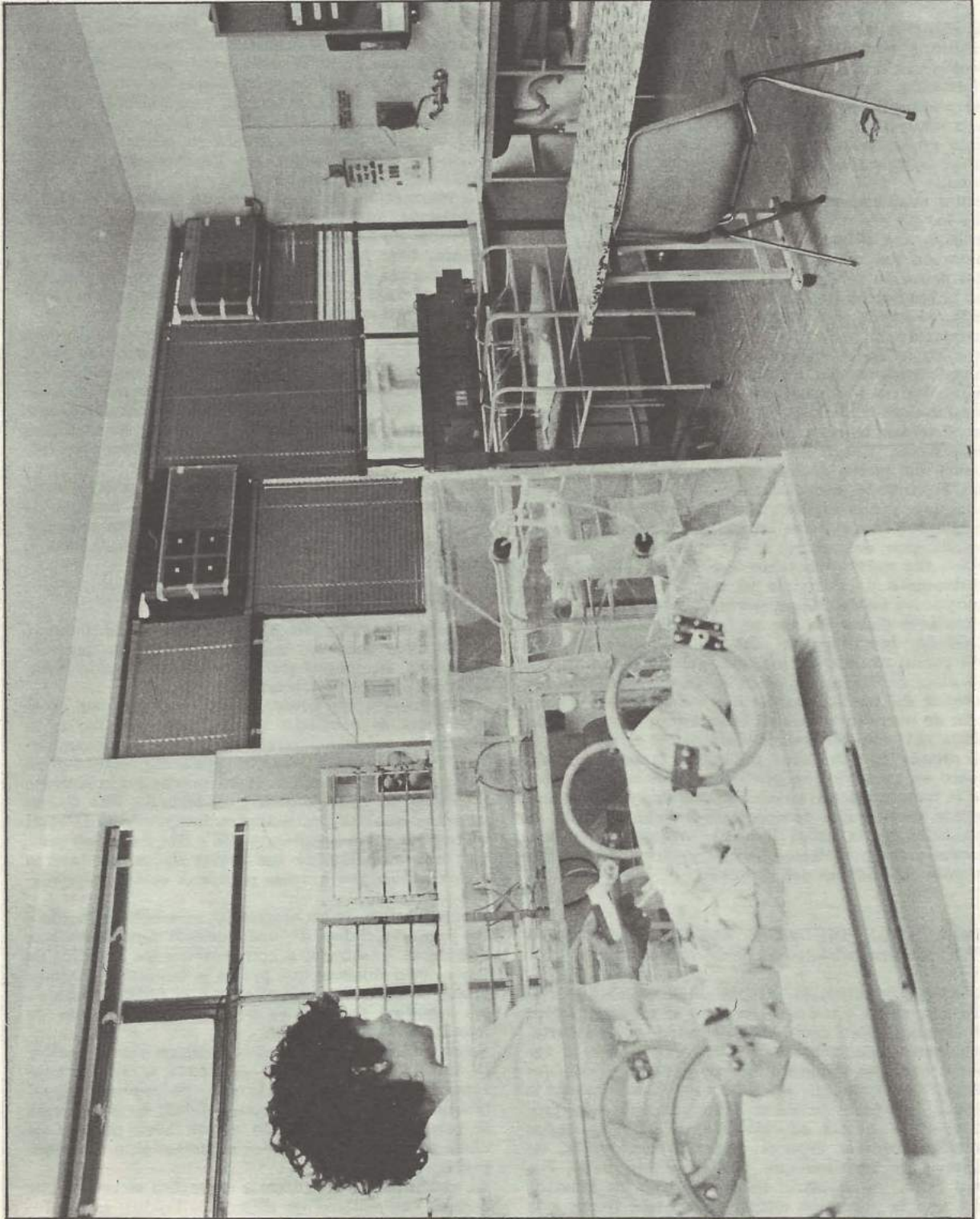
La atención es personalizada, estimulando la adecuación de la realización médico-paciente-familia, mediante un contacto prolongado programado. Para ello se ofrecen horarios de atención amplios —de 8 a 20 horas—, en los que se cumple con un sistema de citación concertado con anticipación resolviendo asimismo los numerosos problemas emergentes cotidianos de niños que concurren sin turno previo. A partir de las 20 horas, la asistencia queda a cargo de los médicos pediatras de Guardia, que resuelven las consultas que aparecen hasta el próximo día.

En un futuro no lejano, pretendemos un acercamiento hacia un enfoque aún más integralista, que abarque no solo a los problemas del niño y su familia, sino también a su medio social, que bien sabemos, cierra el círculo de influencias para el mantenimiento de la salud infantil.

#### LA ATENCION NEONATOLOGICA

Es evidente que la atención del recién nacido constituye, en especial en las últimas décadas, uno de los objetivos principales de salud pública en la mayoría de los países del mundo. La correcta asistencia a nivel institucional (hospitales, clínicas, sanatorios), contribuye a obtener progresivamente mejores niveles en el cuidado neonatal, teniendo siempre presente que toda acción debe estar destinada a asegurar una buena calidad de vida futura.

En el año 1977 se produce en el Hospital Italiano una reestructuración total del Servicio de Neonatología, dando comienzo entonces a una etapa en donde la atención del recién nacido se basó en tres o cuatro pilares fundamentales, sobre los cuales se edificaría toda la estructura de la asistencia médica. Uno de esos aspectos estaba ya asegurado y es el referente a la estrecha relación con el Servicio de Obstetricia, formando una verdadera actividad perinatal ya desde el comienzo de nuestra labor. La absoluta afinidad y los objetivos similares de estas dos especialidades hacen que el trabajo en común sea una lógica resultante y que con ello se obtengan mejoras evidentes en los cuidados de la madre y su hijo durante este importante período. En cuanto a



*Atención neonatológica.*



la atención neonatal, la misma se centró primariamente, y continúa siendo así, en la asistencia de los recién nacidos sanos que constituyen el 90% de la población. Se comenzó planificando las tareas y normatizándolas luego en las áreas de recepción en sala de partos, internación y consultorio externo. Esta asistencia del recién nacido sano no es compleja ni sofisticada, pero rinde enormes beneficios a la familia y a la salud pública en general. A fin de evitar interferencias institucionales en la relación entre los padres y su hijo, promovemos desde el nacimiento una activa participación de los padres en la atención del niño. Medidas tales como la presencia del padre en sala de partos, la internación conjunta en la habitación de la madre con su hijo, la información adecuada y el conveniente estímulo de la alimentación al pecho, las indicaciones apropiadas sobre los cuidados generales de puericultura, las reuniones grupales con las madres antes del alta y otras más, fueron instauradas en nuestro Servicio desde los momentos iniciales y han brindado satisfacciones importantes tanto a los padres como a médicos y enfermeras. Luego de asentar los pilares de la asistencia del recién nacido sano, se comenzó a organizar el cuidado neonatal intensivo, área sumamente compleja y que requiere una alta especialización de médicos y enfermeras, como así también equipos sofisticados de control y de diagnóstico. En esta etapa fue muy importante la estructuración del Departamento de Pediatría ya que ello nos brindó el apoyo necesario e imprescindible para desarrollar estas actividades de alta complejidad. La Unidad de Cuidado Intensivo ha atendido aproximadamente mil recién nacidos en los últimos seis años, muchos de ellos derivados de otros centros, en especial del interior del país. Los avances producidos en la atención de neonatos gravemente enfermos o con prematuridad extrema han permitido mejorar notablemente el pronóstico de estos pacientes, tanto inmediato como en su evolución posterior. De cualquier manera la terapia intensiva neonatal constituye un permanente desafío que compromete a todos aquellos interesados en la salud infantil, médicos y personal paramédico, pediatras, clínicos y cirujanos y a las mismas autoridades del Hospital.

#### UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: Los cuidados en el niño accidentado.

A lo largo de este siglo, y especialmente en las últimas décadas, se ha observado en todo el mundo que los accidentes, como causa de enfermedad y de muerte, han incrementado continuamente su número, al extremo que han llegado a figurar entre las principales causas de muerte. Es evidente que el esfuerzo de la comunidad debe dedicarse principalmente a la promoción de planes educativos que difundan todas aquellas medidas capaces de evitar accidentes, en especial de aquellos que afectan a los niños. Por otro lado, es necesario hacer conocer los recursos con que la población cuenta para hacer frente a la emergencia y conocer cuál es la respuesta de un centro de alta complejidad frente al niño accidentado.

El diagnóstico correcto y el tratamiento precoz, tendrán un valor sustancial en la evolución del politraumatizado, por lo cual puede afirmarse que el empleo de los métodos auxiliares de alta complejidad (centellografía, ecografía, tomografía axial computada), la asistencia coordinada de un equipo médico (terapeuta intensivo, neurólogo, cirujano, neurocirujano y traumatólogo), son los factores que permitirán una rápida recuperación.

La internación de un niño en un sector de cuidados intensivos, posibilitará un control permanente por personal de enfermería especializado, y donde como nunca, bajo esta circunstancia, necesita el paciente la presencia de sus padres. En las unidades pediátricas modernas esta situación está contemplada facilitando la presencia de los padres junto al niño.

Un accidente, cualquiera sea su magnitud, podrá estar insertado sobre una situación previa de stress en el niño o su familia, o bien ser generadora de vivencias desestabilizantes sobre la integridad familiar. Es por ello que la inclusión del psicoterapeuta en el equipo asistencial de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, cumple un papel fundamental.

Por todo lo expuesto destacamos la importancia de un traslado rápido a aquellos centros capaces de resolver integralmente la situación y evitar los sucesivos desplazamientos que comprometen la vida o gravitan en las secuelas.

#### UNIDAD METABOLICA

Las enfermedades del metabolismo en la infancia constituyen para el médico pediatra un capítulo complejo, en general difícil de abordar por la diversidad de sus manifestaciones.

La frecuencia de presentación de niños con estas afecciones se considera que es baja, aunque no se cuenta con datos concretos al respecto. Sin embargo, tenerla presente constituye un importante desafío porque su reconocimiento precoz no solamente posibilita un consejo genético adecuado, sino que es evidente que las posibilidades terapéuticas de estas afecciones van aumentando día a día, haciendo posible la prevención de los graves daños mentales o nutricionales que a veces provocan estas enfermedades.

El diagnóstico de las afecciones metabólicas requiere en primer término de una correcta semiología que oriente su búsqueda; a continuación los estudios de laboratorio iniciales que avalan la impresión diagnóstica y llevan a la realización como última etapa de los estudios funcionales necesarios para poner de manifiesto la enfermedad.

Estos estudios funcionales se realizan con el paciente internado en un área destinada a tal fin, bajo supervisión médica permanente. Se requiere de un laboratorio de mediana complejidad; de esta forma se establece el diagnóstico en un buen número de casos para poder así iniciar el tratamiento en forma precoz.

La confirmación diagnóstica específica se realiza por dosajes enzimáticos en diferentes tejidos; este estudio no es siempre necesario, puede tener más bien un carácter académico; se realiza en centros fuera del Hospital y aun fuera del país. Debido al crecien-

te interés que ha surgido en el Departamento de Pediatría por esta área, y para poder estudiar acabadamente estos niños, se ha creado la Sección de Metabolismo y Nutrición. La tarea se desarrolla en la consulta externa y en un área fija de internación, con dos médicos especialistas, médicos residentes y un técnico.

Los pacientes concurren a la consulta en forma espontánea o son derivados al Departamento por médicos del interior del país o de la Capital.

Se han establecido programas, a través del Hospital, con otros laboratorios que complementan los exámenes necesarios que aquí no pueden realizarse, y se mantiene el contacto con médicos consultores de la especialidad en el extranjero.

Desde 1980 hasta la fecha, se estudiaron 215 pacientes, descartándose enfermedad metabólica en algunos de ellos y diagnosticándose en otros: glucogenosis, acidemia metilmalónica, acidemia propiónica láctica, disturbios del metabolismo del piruvato, hiperamonemia, déficit de carnitina, fenilcetonuria, déficit de fructosa 1/6 difosfatas, hipoglucemias, diabetes, hiperlipemias, intolerancia a los hidratos de carbono.

## CRECIMIENTO Y DESARROLLO

La supervisión del crecimiento y desarrollo del niño constituye uno de los métodos más confiables para evaluar su salud a lo largo del tiempo.

Actualmente se conocen muy bien las variaciones normales del crecimiento, de manera tal que el simple seguimiento de la curva del peso corporal, o la estatura, o de otra medición semejante hecha con instrumental y técnicas adecuadas, permite detectar problemas de salud en forma oportuna, muchas veces antes de que aparezcan otros síntomas o signos, y por lo tanto, posibilitan mejores resultados terapéuticos. La figura ilustra la curva de crecimiento de un niño seguido en la Sección de Crecimiento y Desarrollo que presentó un problema intestinal, que fue detectado gracias a que su crecimiento fue supervisado regular y periódicamente. Los métodos usados para supervisar este crecimiento son confiables, sencillos, indolores y de bajo costo.

Además de la supervisión de niños sanos, la Sección de Crecimiento y Desarrollo se ocupa de asistir a niños con problemas de crecimiento y desarrollo físico. Concurren a este Servicio pacientes con diversos tipos de problemas: retardo del crecimiento, alta o baja estatura, obesidad, desnutrición, asimetrías corporales y otras anomalías, así como con enfermedades constitucionales del esqueleto o enfermedades crónicas generales que afectan el crecimiento del niño. Se atienden en la Sección niños de toda edad, desde recién nacidos que han tenido retardo del crecimiento fetal, niños con diversos problemas de crecimiento posnatal, adolescentes con maduración puberal perturbada la cual repercute sobre su desempeño deportivo y social, hasta adultos que, preocupados por la estatura de sus hijos solicitan un cálculo de estatura fina, cosa que hoy en día es factible hacer. La Sección está en permanente e íntima relación con los distintos grupos de trabajo del Departamento, especialmente Gastroenterología y Psicopatología. Para su tarea cuenta con todo el instrumental necesario, de avanzada tecnología y

alta precisión.

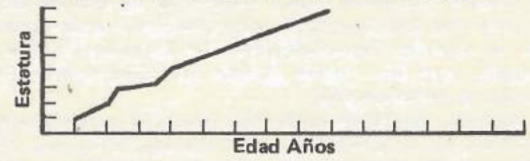
Se desarrolla asimismo una amplia tarea docente a distintos niveles:

- de pregrado, con los alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires que cursan Pediatría en este Hospital, y
- de posgrado, con los médicos residentes de Pediatría, con cursos en el interior del país, y recibiendo becarios de distintos hospitales de Capital y del Interior.

Colabora también en forma decisiva en la formación de recursos humanos (médicos) para la evaluación nutricional y el crecimiento infantil a nivel nacional, en un programa con la Dirección Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública de la Nación.

La Sección tiene activa participación en tareas de investigación clínica; en este momento hay en marcha una evaluación del crecimiento de los niños que han recibido un trasplante de riñón, y también de niños sometidos a intervenciones correctoras de cardiopatías congénitas. Junto con el Servicio de Psicopatología, se están estudiando los problemas emocionales y de integración familiar y social en los niños con baja estatura.

Curva de crecimiento de la estatura de un niño seguido en la Sección de Crecimiento y Desarrollo.



Hasta el año y medio de edad este niño crecía normalmente, pero a partir de ese momento su curva comenzó a alejarse de su canal normal, lo que motivó la decisión de efectuar estudios para investigar la causa de su retardo del crecimiento. Se encontró una perturbación en la absorción de los alimentos la que fue tratada en forma oportuna, posibilitándose así la recuperación completa del déficit de crecimiento a partir del momento de comenzado el tratamiento.

## LA ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

La oncología pediátrica trata y con notables éxitos, de resolver problemas asistenciales enteramente distintos a los habituales en la oncología general. Las neoplasias, no rara vez congénitas, son de estirpe celular y biológica distinta a la del adulto y en consecuencia con una historia natural bien diferente. El paciente prácticamente no es tratable sin la cooperación de la madre y de toda la familia, que a su vez requiere un manejo muy especial al cual no está habituado el especialista no pediatra.

La leucemia es el cáncer pediátrico más frecuente, siendo su porcentaje de curación algo mayor del 50%. Esta enfermedad modelo de cáncer generalizado ha servido como ejemplo para el tratamiento exitoso de otras enfermedades neoplásicas del niño. Los tratamientos utilizados actúan sobre un organismo en períodos de muy activo crecimiento natural y pueden interferir en su desarrollo y no solamente en la evolución del tejido neoplásico. Este concepto es válido tanto para la cirugía, la radioterapia como



para la quimioterapia. Conocer y prever estos efectos indeseables a largo plazo es esencial para que la eventual y posible curación no consienta la creación iatrogénica de una invalidez residual médica y socialmente intolerable.

También es de considerable importancia el manejo de las complicaciones pediátricas secundarias al tratamiento inmediato, tales como infecciones intercurrentes en pacientes inmunosuprimidos, las cuales requieren conocimientos y experiencia en el manejo de niños que los oncólogos generales no tienen.

En la actualidad, la causa médica más frecuente de mortalidad infantil en los países desarrollados es el cáncer. Se estima que algo más de la mitad de los pacientes pueden curarse. Se trata pues de un problema real, y de un desafío terapéutico y científico de características excepcionales dentro del quehacer médico.

El Departamento de Pediatría cuenta con un Sector de Oncología y Hematología, ingresando al mismo 50 nuevos pacientes oncológicos por año. Este Sector atiende consultorio externo tres veces por semana y efectúa pasajes de sala diarios supervisando la atención de los pacientes internados que ocupan aproximadamente el 10% de las camas de Pediatría. Se utilizan en estos niños esquemas de tratamiento acordes con los conocimientos más modernos aplicados en centros especializados de Estados Unidos y Europa, con los cuales existe un intercambio frecuente de información.

La íntima relación entre los diversos especialistas, cirujanos, ortopedistas, neurocirujanos, cirujanos vasculares, nefrólogos, psicopatólogos, infectólogos, terapeutas intensivos, etc., todos con formación pediátrica, permite efectuar en nuestros pacientes tratamientos agresivos y de rescate (quimioterapia preoperatoria, intraarterial, cirugía de las metástasis, etc.).

Aunque este Sector es de reciente fundación y no se pueden dar datos definitivos a largo plazo, todo indica que nuestros pacientes logran sobrevividas y curaciones acordes a su patología y en porcentaje similar a los niños tratados en instituciones dedicadas a la oncología pediátrica y de alta complejidad a nivel mundial.

#### MONITOREO ELECTROENCEFALOGRAFICO PROLONGADO

El registro electroencefalográfico continuo de 24 horas es un método de reciente utilización en nuestro medio, siendo el Hospital Italiano uno de los pioneros en la utilización del mismo.

Consiste en el uso de grabadores de reducidas dimensiones que registran la señal bioeléctrica cerebral en forma electromagnética en cassettes comunes, de larga duración y similares a los utilizados en el sistema Holter, más difundido en nuestro medio. La señal es captada a través del cuero cabelludo mediante pequeños electrodos adheridos con colodión y preamplificadores que reducen notablemente la posibilidad de artefactos y no implican, dado su tamaño, ninguna alteración estética.

Mediante un sistema de cables el paciente adosa su

grabador a la cintura y puede realizar sus tareas habituales sin ninguna limitación. Posteriormente la grabación obtenida es convertida mediante una decodificadora y observada en una pantalla de video para su interpretación y ulterior inscripción.

Consta de cuatro canales para registro electroencefalográfico que pueden, dada su concepción, modificarse y permitir el estudio electrocardiográfico simultáneo, o movimientos oculares en los estudios de sueño, actividad muscular, etcétera.

Nuestra experiencia, basada en el estudio de 370 casos, cuyas edades oscilan entre prematuros y gerontes, permiten establecer que su máxima utilidad diagnóstica se halla en el estudio electrofisiológico de la epilepsia.

De esta manera se han podido determinar el tipo de crisis, frecuencia de las mismas, manifestaciones subclínicas, interictales, respuestas al tratamiento medicamentoso, adecuación de las dosis, etcétera.

Es muy importante su utilización en el diagnóstico diferencial con síndromes psiquiátricos y pérdidas de conocimiento de causa vascular y trastornos del sueño.

También ha sido muy significativo su aporte en el diagnóstico de crisis convulsivas en el recién nacido, de causa metabólica.

Por lo dicho anteriormente creemos que en un futuro podemos aumentar aún más su utilidad diagnóstica y permitir de esta forma una adecuada interpretación de los distintos casos clínicos estudiados.

#### HEMODIALISIS Y TRANSPLANTE RENAL EN PEDIATRIA

En el año 1967 se organizan en Estados Unidos los primeros grupos médicos que se dedicarían al tratamiento integral de la insuficiencia renal crónica del niño, lo que significó el comienzo de tratamientos con el riñón artificial o hemodiálisis y el trasplante renal, extendido ahora a la edad pediátrica.

El Departamento de Pediatría cuando se organizó en setiembre del año 1977, aceptó el desafío de desarrollar un programa para el niño y el adolescente con severa disminución de la función de sus riñones, el que obviamente incluía la hemodiálisis y el trasplante renal.

Este programa comenzó en el año 1979 y el primer trasplante renal se realizó en setiembre del mismo año. Desde su comienzo se tuvo la clara idea de que ningún paciente se aceptaría exclusivamente para hemodiálisis crónica. Este es un procedimiento de sostén que se sigue necesariamente con trasplante. Cuando éste es exitoso, el niño ha "curado" su enfermedad renal crónica.

Pronto surgió la impresión de que el éxito de un programa de esta naturaleza, asentaba en una comunicación constante entre todos los participantes: padres, paciente, personal médico y paramédico. La importancia de la solvencia técnica y científica no hacen menos trascendente a la comunicación que permite el logro y la conservación de la adaptación emocional del niño y la familia, satisfaciendo además requerimientos sociales y educativos. Esto seña-

la la necesidad de un programa multidisciplinario en el tratamiento del niño con insuficiencia renal crónica; la hemodiálisis y la preparación fisiológica y psicológica para el trasplante renal, renuevan esperanzas de un futuro con la rehabilitación del niño y su familia.

Con la iniciación del tratamiento hemodialítico se comienzan los estudios de histocompatibilidad, que permitirán seleccionar el donante familiar óptimo, (madre, padre, hermanos). De no surgir de estos estudios un donante adecuado, el niño es inscripto en el CUCAI (Centro Unico de Ablación e Implante de Organos), en espera de un riñón cadavérico. En la actualidad, nuestra Unidad de Hemodiálisis realiza 312 hemodiálisis mensuales en 26 niños y adolescentes.

Desde setiembre de 1979 a agosto de 1983, se efectuaron 29 trasplantes en niños y adolescentes de edades comprendidas entre 3 y 19 años.

El trasplante fue con dador familiar relacionado en 21 de los casos; los otros 8 fueron con donante cadavérico. Es importante añadir que 5 de estos trasplantes con donante cadavérico se efectuaron en el año 1983. Tanto los dadores vivos como los niños transplantados fueron operados exitosamente. Un grupo de 16 pacientes que recibieron riñones, provenientes de dadores vivos, con un seguimiento mínimo de 18 meses, tuvieron una sobrevida del riñón transplantado del 75%.

La causa de la insuficiencia renal crónica fue una enfermedad renal adquirida en el 64% de los pacientes, siendo congénita o hereditaria en el 36% restante.

La causa más importante del fracaso del trasplante renal es el rechazo del riñón. El rechazo agudo irreversible o el rechazo crónico, le significan al paciente volver al riñón artificial. El conocimiento por parte de los padres y del niño de que el rechazo "existe", hacen que las esperanzas y el entusiasmo por un segundo trasplante no se pierdan, con lo que el retorno al riñón artificial, es también menos frustrante.

#### Conclusiones

1. El trasplante renal es el procedimiento terapéutico de elección en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica en el niño.
2. El éxito del trasplante renal hoy y en el futuro asienta sobre el empleo de nuevas drogas que frenen el rechazo y/o el avance en las técnicas de histocompatibilidad para la mejor selección de los donantes.
3. Con lo expuesto anteriormente se podrá disminuir la dosis de corticoides a administrar, y junto a la preservación de la función renal, redundará en un mejor crecimiento estatural del niño y en menos complicaciones relacionadas a los corticoides.
4. El avance de los conocimientos en el campo técnico, científico y fisiológico, no pueden estar divorciados de una ajustada atención de los aspectos emocionales y sociales de la enfermedad.

#### CIRUGIA DEL RECIEN NACIDO CON MALFORMACIONES CONGENITAS GRAVES

Las anomalías o malformaciones congénitas son relativamente raras y afortunadamente un gran número de ellas son de escasa trascendencia anatómica o funcional.

Hay sin embargo, un grupo de anomalías congénitas que son incompatibles con la sobrevida del recién nacido, ya que determinan alteraciones en el funcionamiento del aparato o sistema comprometido, de modo que la evolución natural de estos pequeños, de no mediar un tratamiento adecuado, es hacia la muerte en un plazo de horas o días.

En las últimas décadas, los progresos del conocimiento científico y el desarrollo tecnológico han hecho posible el perfeccionamiento de la cirugía y cuidados intensivos del recién nacido, al punto que la mayoría de estas malformaciones incompatibles con la vida pueden ser corregidas totalmente, a veces en forma inmediata, a veces mediante un procedimiento paliativo transitorio previo a la corrección definitiva.

Cuando se analizan las razones que condujeron a la espectacular mejoría en los resultados obtenidos, se advierte claramente que ha sido la consecuencia de una diversidad de factores, algunos propios de la patología en cuestión y otros de índole más general. Entre éstos, cabe destacar la posibilidad, impensable hasta hace pocos años, de diagnosticar una malformación grave mucho antes del nacimiento principalmente por medio de la ecografía. Por otro lado, los avances en el conocimiento de la repercusión que tienen las distintas malformaciones en las funciones vitales del recién nacido, ha llevado a la formulación de planteos terapéuticos mucho más eficaces.

Asimismo, se ha progresado considerablemente en las técnicas generales de atención al neonato gravemente enfermo, incluyendo la anestesia y las técnicas quirúrgicas propias de esta edad, lo mismo que en el difícil seguimiento posoperatorio.

El Hospital, acorde con esta situación actual, brinda por medio del Departamento de Pediatría y con el apoyo de los servicios generales, una atención neonatal de alta complejidad que permite el tratamiento de malformaciones congénitas graves, con resultados comparables a los obtenidos en los centros reconocidos internacionalmente; queda así demostrada la eficacia de este enfoque global del problema, que ha permitido la sobrevida de un gran número de neonatos afectados por nuevas malformaciones congénitas de los más diversos tipos.

#### CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIATRICA

En noviembre de 1978, se dio comienzo a un programa de atención global de las cardiopatías congénitas en un esfuerzo conjunto de las Secciones de Cardiología y Cirugía Cardiovascular del Departamento de Pediatría.

Desde la fecha mencionada hasta septiembre de 1983, fueron intervenidos 1.053 pacientes con los resultados comparables a los publicados internacionalmente.





Debe destacarse que el tratamiento de estos niños se efectúa en un medio enteramente pediátrico y provienen de un grupo cardiológico pediátrico que concentra todos sus pacientes en el Hospital. Previamente a su internación realizan un examen prequirúrgico que permite detectar patologías asociadas y que asegura que el paciente se interviene en las mejores condiciones posibles. Este sistema contribuye, sin duda, a los resultados quirúrgicos finales.

El grupo quirúrgico se dedica exclusivamente a la cirugía cardíaca pediátrica.

Luego de la operación, los pacientes reciben los cuidados posoperatorios en un sector especial de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Las enfermeras son en su mayoría universitarias y especialmente entrenadas en la especialidad.

Dichos cuidados intensivos son supervisados por los médicos del grupo quirúrgico y del Sector de Cuidados Intensivos. En los casos que ha sido necesario, se ha requerido la colaboración de las distintas subespecialidades pediátricas. El Servicio de Neonatología ha sido de un valor inestimable en la atención pre y posoperatoria de los niños menores de 30 días que han requerido cirugía.

Los pacientes completan su recuperación posoperatoria en salas pediátricas generales, con el control diario del grupo quirúrgico. Cuando están en condiciones de ambular concurren a una sala de juegos orientada por licenciadas en psicología y psicopedagogía.

No hay dudas que este tipo de enfoque es superior a la atención de pacientes pediátricos en Servicios de Cirugía Cardiovascular, dedicados fundamentalmente al tratamiento de las afecciones del adulto.

El Hospital de Día está indicado para aquellos pacientes que no requieren una atención continua de veinticuatro horas, pero que por su patología, necesitan algo más que un tratamiento en consultorio externo, combinándolo con determinada rutina diaria y actividades específicamente planificadas y elaboradas. Nos referimos a niños entre cuatro y dieciséis años de edad, con severos trastornos neuróticos, psicosis, atipias, afasias, y enfermedades psicosomáticas graves.

Las actividades se desarrollan de lunes a viernes en el horario corrido de 9,00 a 16,30 horas, (turno mañana: 9,00 a 12 horas; turno tarde: 13 a 16,30 horas) con colación, almuerzo y merienda incluidos. Los pacientes están separados en distintos grupos por edades y tipo de trastorno. Las actividades se llevan a cabo en el Servicio de Salud Mental Pediátrica que cuenta con consultorios, gimnasio y talleres apropiados para realizarlas, y comprenden: psicopedagogía, terapia ocupacional, musicoterapia, fonaudiología, expresión corporal, reunión informativa de padres, terapia familiar y terapia grupal.

#### CLINICA PARA MALFORMACIONES CONGENITAS OROMAXILOFACIALES: TRATAMIENTO POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

Las malformaciones congénitas de la cara y la boca son alteraciones de la estructura normal, de causa genética o producidas por factores externos que actúan durante el primer trimestre de la gestación. Entre todas las malformaciones congénitas, la segunda en frecuencia estadísticamente, es la fisura labio-

Cirugía Cardiovascular Pediátrica Noviembre 1, 1978 - Setiembre 1, 1983

PACIENTES OPERADOS	Nº	FALLECIDOS	%
CON C.E.C. CONVENCIONAL	478	10	2.0
CON C.E.C. HIPOTERMIA PROF.	97	12	12.3
SIN C.E.C.	478	17	3.5
TOTAL	1053	39	3.7
C.E.C.: CIRCULACION EXTRACORPOREA		PROF.: PROFUNDA	

#### HOSPITAL DE DIA

El Hospital de Día que funciona en el Servicio de Salud Mental Pediátrico del Departamento de Pediatría desde marzo de 1981, es un ámbito en el que se plantea el abordaje multidimensional del niño con severos trastornos psiquiátricos, con fines diagnósticos y terapéuticos, en un marco interdisciplinario que incluye diversos tipos de terapias y actividades, permitiendo así el desarrollo de las distintas funciones Yoicas y la reinserción del niño en la familia, la escuela y la comunidad, siendo por lo tanto un paso intermedio entre el aislamiento o la internación del paciente y su posterior sociabilización.

palatina (actualmente 1/700 nacimientos).

En las últimas décadas el progreso más notable en el tratamiento de niños con fisuras labiopalatinas, se ha dado por la difusión del tratamiento por equipos multidisciplinarios. No es suficiente ni eficaz el esfuerzo personal de especialistas, cada uno dedicado a un aspecto del tratamiento.

COORDINACION - COMUNICACION - COOPERACION: son los tres criterios fundamentales en el funcionamiento del equipo multidisciplinario. Los malos resultados y secuelas muchas veces graves que aún hoy se observan por tratamientos incoordinados, son con frecuencia el fruto de la incomunicación entre los profesionales actuantes a lo largo de

un proceso de rehabilitación en el que no han cooperado realmente entre ellos, para el logro de un objetivo común.

En la clínica para niños con malformaciones congénitas oromaxilofaciales del Departamento de Pediatría, se atienden pacientes con fisuras labiopalatinas, malformaciones maxilo y craneofaciales y deformidades adquiridas.

Los profesionales que participan pertenecen a distintas especialidades médicas y paramédicas: Pediatría - Neonatología - Crecimiento y Desarrollo - Cirugía plástica y Maxilofacial - Neorocirugía - Otorrinolaringología - Fonoaudiología - Oftalmología - Genética - Psicología - Asistencia Social - Odontopediatría - Ortopedia Maxilar - Ortodoncia - Prótesis.

Cada niño es examinado por los especialistas que corresponda según indicación del pediatra.

En reuniones semanales los miembros de la clínica intercambian ideas acerca de los distintos aspectos del tratamiento y evolución de cada caso.

Los beneficios que se obtienen pueden ser evaluados en tres áreas:

*El paciente:* mejores resultados funcionales, estéticos y psicológicos, que permiten su incorporación sin limitaciones al medio social.

*La familia:* información coordinada, reducción de tiempo dedicado a las consultas y tratamientos individuales, y disminución de distancias recorridas.

*La institución:* mejor aprovechamiento de los recursos humanos, materiales y capacidad instalada, por disminución considerable del número de operaciones quirúrgicas y días de internación.

Es obvio que el costo de rehabilitación es así reducido a valores mucho menores.

Rehabilitar un niño malformado supone un esfuerzo institucional complejo y requiere entendimiento total entre los profesionales tratantes y la familia afectada.

## LABORATORIO DE APRENDIZAJE

En mayo de 1981 se creó el Laboratorio de Aprendizaje con computadoras en el Servicio de Salud Mental Pediátrica del Hospital con los propósitos primordiales de:

1. Brindar asistencia psicológica en el campo de los trastornos del aprendizaje mediante el uso de computadoras.

2. Desarrollar métodos de "terapia cognitiva computada", (ejercitación de las capacidades intelectuales por medio de las computadoras), en el tratamiento de trastornos neuróticos y psicóticos.

El Laboratorio está equipado con dos máquinas, una de las cuales, Texas Instruments 99/4A, se utiliza para trabajar con LOGO en español. La otra, una Apple 2 está dedicada al dibujo con una tableta gráfica y/o manivela, a la música (sistema ALF) y a la impresión de textos.

Ambos equipos se encuentran en la misma sala sobre diferentes mesas. Esta disposición permite trabajar simultáneamente en los dos aparatos o pasar de uno al otro en el curso de la sesión.

Los niños o adolescentes concurren al laboratorio durante 3 ó 4 sesiones para diagnosticar exclusiva-

mente su desempeño con la computadora, el cual se evalúa mediante un perfil de conductas.

En el caso de que el paciente tenga el nivel de desarrollo afectivo y cognitivo como para trabajar con las máquinas se continúa el tratamiento.

Los pacientes en tratamiento psicológico o psiquiátrico, requieren en general una asistencia especial y se recomienda un asistente responsable por cada paciente. El Laboratorio actual funciona con un médico consultor, una coordinadora del laboratorio, y dos concurrentes.

En la actualidad, las computadoras ocupan el lugar de un objeto privilegiado donde se reflejan las operaciones mentales con excepcional claridad. Esta propiedad de carácter formal y combinatorio, en el sentido piagetiano, tiene notable valor para el desarrollo intelectual de todos los niños y muy especialmente de aquellos que han sufrido perturbaciones en su evolución mental.

La introducción de las computadoras en el tratamiento de los trastornos mentales y de conducta en niños y adolescentes ha provocado un profundo cambio en nuestra concepción del desarrollo psíquico.

Desde el punto de vista individual hemos notado un significativo cambio en la autoestima, un renovado interés por aprender, una disminución de la fatiga intelectual y una genuina ampliación de sus capacidades intelectuales (inclusive en los débiles mentales).

Desde el punto de vista social observamos cambios positivos importantes en la dinámica familiar en torno al enfermo o al niño con problemas de aprendizaje. Sus trabajos con un equipo tan complejo estimulan y atraen a los familiares y amigos, resultando en algunos casos, que el enfermo se ha convertido en maestro de los sanos.

## PSICOPROFILAXIS QUIRURGICA

Esta es un área del Servicio de Salud Mental Pediátrico en el cual todos los niños que van a ser sometidos a una intervención quirúrgica, concurren al Servicio donde en forma grupal son preparados psicológicamente para esta situación.

Esta preparación se realiza en pocas sesiones. En ella los niños y los padres reciben toda información sobre el acto quirúrgico, complementaria a la dada por el cirujano, y sobre el hospital mismo.

A través de un audiovisual el niño conoce el hospital, su habitación, sala de juegos, quirófano, etc. Luego en sesiones de juego verbalizará y actuará sus temores adquiriendo dominio sobre ellos.

De esta manera la evolución posquirúrgica no sólo es mejor, sino que se evitan las secuelas psicológicas que toda intervención puede traer.

## PROGRAMA DE PREPARACION PREQUIRURGICA EN PEDIATRIA

Dentro de las distintas vertientes de asistencia primaria en consultorios externos del Departamento de Pediatría, se lleva a cabo junto con el Servicio de Salud Mental, el programa de preparación prequirúrgica.



Una intervención quirúrgica implica riesgos; si estos son previstos y evaluados, se puede disminuir el impacto que puede ocasionar en el paciente.

En este sentido, es criterio del programa darle un enfoque amplio al problema.

Consideramos a la familia ante una situación traumática, como es en lo físico y emocional la intervención quirúrgica de uno de sus miembros, en este caso, un niño.

Es reconocido que esta situación traumática, entendida como crisis vital, puede significar un hito negativo en el desarrollo del paciente y su familia, si no es adecuadamente contenido por el equipo de salud, permitiendo que se viva como una experiencia enriquecedora. En estas líneas se esbozan nuestros fundamentos y objetivos.

No pretendemos que el paciente y su familia vivan una internación e intervención con euforia, pero intentamos que tampoco prevalezcan actitudes de extrema depresión. Tratamos de acompañar al grupo familiar en un marco de seguridad que sirva de apoyo para que cada paciente transite por la experiencia de la mejor manera posible.

Tomada la decisión quirúrgica comienza nuestro trabajo. Independientemente de la gravedad del caso o la complejidad de la intervención, cada paciente se toma como un caso serio por el hecho de que será internado o intervenido.

Ofrecer la necesaria información es primordial como elemento disipador del temor a lo desconocido.

Iniciamos una pesquisa global pretendiendo evaluar riesgos en lo físico y psicológico. Así es que se realizan algunos estudios básicos que acompañan al criterio clínico en el examen físico final. Mientras esto está en marcha, el niño y su familia van viviendo un acercamiento gradual a la institución, conociendo el ambiente físico y su funcionamiento, son acompañados por el personal especializado por los distintos sectores en los que pasará su experiencia. Se van familiarizando con personas y ámbitos hasta entonces desconocidos y por lo tanto muy temidos.

Reconocemos a ésta como una etapa trascendente. Todo lo realizado en estos días tendrá incidencia directa en la evolución de la enfermedad que motiva la cirugía.

De poco sirve realizar numerosos estudios complementarios, si el paciente no es atendido con actitud comprensiva esclarecedora y veraz. Por mínima que sea la tarea que desarrolle, esta actitud, repetida en cualquier personal del Hospital, contribuye a la preparación prequirúrgica del niño.

Este programa tiene más de tres años de vigencia. Un promedio de 10-12 niños por semana pasan por él desde entonces.

Resulta estimulante comprobar un progresivo interés de profesionales y servicios mutuales que comprenden los fundamentos médicos y aún el sentido económico de un plan de prevención.

Para nosotros la contribución, para con una familia en situación de crisis, de vivenciar positivamente una experiencia y los resultados observados en este sen-

tido, justifican nuestro interés y preocupación por el perfeccionamiento constante del programa de preparación prequirúrgica en pediatría.

#### SALA DE JUEGOS

Hace cuatro años se crea por primera vez en el país una Sala de Juegos en un hospital con el apoyo de la Embajada del Canadá.

Este es un ámbito donde los niños internados en el Departamento de Pediatría juegan bajo la supervisión de psicólogos y psicopedagogas. La actividad lúdica es imprescindible para todo niño, más aun el enfermo y hospitalizado. Esto les permitirá elaborar la hospitalización y toda otra situación potencialmente traumática, permitiéndoles una estadía más agradable y menos amenazadora en el hospital.

#### COLONIAS DE VACACIONES

El Departamento de Pediatría a través del Servicio de Metabolismo y Nutrición, realizó dos colonias de vacaciones para niños diabéticos (febrero 1982 y febrero 1983), en el predio que la Sociedad Italiana de Beneficiencia posee en San Justo. Su duración fue de dos semanas.

Las colonias estuvieron integradas por: médico residente del Departamento, profesor de educación física, maestra y niños de ambos sexos entre 8 a 12 años.

Este personal trabajó con el asesoramiento permanente de médicos de planta, incluido diabetólogo.

Los objetivos planteados comprendían aspectos generales y aspectos específicos de la enfermedad. Entre los primeros se mencionan los que pretendían lograr que los niños pasaran días de esparcimiento en contacto con la naturaleza, con actividades recreativas y deportivas que incluyeron: armado de las carpas que serían su lugar de descanso, natación, equitación, ciclismo y paseo por lugares cercanos de interés turístico.

Con respecto a su dolencia, los objetivos planteados fueron: iniciar al niño en el conocimiento íntimo de la diabetes, aprendizaje en el control y tratamiento personal (manejo de los reactivos, autoinyección de insulina).

Dado que por su patología el niño diabético tiene una dependencia total con su familia, un objetivo importante fue que el mismo tomase una pequeña distancia del grupo familiar a través de la experiencia vital de su propio manejo de la enfermedad. Los niños portadores de enfermedades crónicas invalidantes desarrollan a veces una extrema dependencia debido a la necesidad que tienen de mantener constantemente el control de su régimen terapéutico. En estos casos, la convivencia de estos pacientes en una colonia de vacaciones es de considerable beneficio para el grupo familiar.

Estos programas iniciales han tenido un gran éxito y es así que el Departamento de Pediatría, tiene proyectado extender estas experiencias a niños con otras enfermedades de curso crónico.

# GERENCIA TECNICA

La Gerencia Técnica fue definiéndose y estructurándose, como otros sectores "jóvenes" del Hospital, respondiendo a las exigencias creadas a la Institución por la creciente complejidad asistencial y administrativa. Se hizo necesario agrupar una serie de actividades que dan soporte o complemento a la tarea médica. Era imprescindible coordinar e integrar a los sectores que componen la Gerencia para establecer una trama coherente de cuidados en torno del paciente.

Las áreas con dependencia directa de la Gerencia Técnica incluyen alrededor de 1.200 empleados del Hospital, lo que representa las dos terceras partes de su personal no médico. Cubren un espectro de funciones que contemplan distintos aspectos de la atención de los pacientes. La centralización gerencial de las mismas busca armonizarlas para obtener un mejor resultado.

## ALIMENTACION

Tiene como finalidad brindar una alimentación correcta a los pacientes internados y realizar una permanente educación alimentaria a los pacientes ambulatorios y su grupo familiar.

Cuenta con un plantel profesional integrado por: una nutricionista jefe de división, una nutricionista jefe de servicio y cuatro nutricionistas delegadas en las áreas de: a) Internación; b) Consultorio externo;

c) Cocina dietoterápica; d) Docencia.

a) Quienes se desempeñan en esta área, dan respuesta a las interconsultas solicitadas para los pacientes que requieren una dieta individual (diabéticos, obesos, renales, etcétera).

Se controla el cumplimiento de las prescripciones médicas a través de la supervisión de la preparación y distribución (cocina dietoterápica) y de la tolerancia y evolución del paciente.

El promedio mensual de interconsultas es de 170. El promedio mensual de dietas de alta es de 60.

b) La atención de consultorios se realiza diariamente, con un total de 11 horas semanales de atención en adultos y pediatría.

c) Las dietas individuales de cocina dietoterápica requieren una planificación anticipada de 24 horas para la solicitud de las distintas preparaciones a la usina alimentaria.

La cocina dietoterápica elabora también los frascos de alimentación para pasar por sonda.

d) Se realiza en varios niveles: pacientes internados y ambulatorios, familiares y acompañantes de pacientes, estudiantes de enfermería de 1° y 2° año, estudiantes de medicina de la Cátedra de Nutrición de la UBA.

El área administrativa tiene a su cargo la recepción de los pedidos de regímenes de todas las áreas de internación y su totalización diaria.

Otro sector de esta misma área emite los pedidos de compra mensuales de alimentos, recibe el ingreso de los mismos, controla su almacenamiento e informa los consumos a computación.

En el año 1982 se transformó la cocina del Instituto Geriátrico Agustín Roca que el Hospital posee en San Justo, en una Usina Alimentaria con una producción de 25.000 raciones mensuales y un promedio diario de 820 raciones completas.

Esta planta de elaboración y depósitos abastece al Hospital Italiano Central de todos los menús para sus internados, con regímenes normales y dietéticos, y produce también los menús para los internados en el Instituto.

Realiza una amplia variedad de preparaciones para satisfacer los requerimientos y gustos de una población con características tan diferentes, ya que abarca todas las etapas etarias, desde la niñez hasta la senectud y con patologías muy variadas dada la alta complejidad de la prestación hospitalaria.

## ENFERMERIA

El Departamento de Enfermería, dependiente de la Gerencia Técnica, está constituido por personal pro-



fesional, auxiliar y, atendiendo a características y necesidades de la situación actual del Hospital, instrumentadoras, técnicos de bomba extracorpórea, auxiliares de anestesia, preparadoras de central de materiales, administrativos y mucamas asignados a áreas cerradas. La fuerza laboral comprende actualmente 590 dependientes, de los cuales 517 son enfermeras/os o auxiliares de enfermería, los que son conducidos por un total de personal jerarquizado de 55 agentes en los distintos niveles, áreas y/o sectores de organización.

El nivel de conducción se compone actualmente por una jefe de departamento; una asistente administrativa, que entiende en la administración de los recursos; y una asistente docente que asume a la vez la dirección de la Escuela de Enfermería, responsabilizándose de todo lo ateniende a la formación y capacitación del personal.

El nivel de supervisión está organizado en base a diez áreas. Este esquema se complementa con supervisores de turno (en la tarde y la noche) y supervisores docentes, asignados a Escuela de Enfermería pero integrando sus actividades con los restantes supervisores en tareas educativas, asistenciales y normativas.

El nivel operativo está organizado en base a 36 unidades de enfermería, cada una de las cuales está bajo la responsabilidad de una/un enfermera/jefe. En quirófano y servicios intensivos se cuenta con encargados de turno, en la tarde y la noche, que coordinan las actividades que les delegan los enfermeros jefes respectivos.

El Departamento de Enfermería tiene asignada una supervisora de área como representante permanente en el Comité de Infecciones del Hospital. En dicho Comité y dependiendo funcionalmente de su coordinador, está asignada una enfermera epidemióloga cuyas acciones se desarrollan en todo el ámbito hospitalario.

A partir del segundo semestre de 1983 se llegó a brindar 3 horas diarias de atención de enfermería por paciente en internación general, y más de 13 horas diarias por paciente en los cuidados intensivos.

#### La capacitación en Servicio

Este aspecto que se considera esencial en el desarrollo humano y técnico de enfermería, se lleva a cabo con un enfoque de: actividad permanente, integración de lo docente con lo asistencial, y aporte a otros grupos laborales del Hospital.

Entre los años 1979 a 1982, tal esfuerzo se tradujo en: 49 cursos y 41 ateneos, charlas, conferencias y películas. Asistieron 198 becarios (disertantes o asistentes). Hicieron pasantías 387 personas provenientes de la Capital Federal, provincias, y del exterior. Durante el trienio se impartió capacitación para 4.990 personas: 3.195 de enfermería y 795 de otros Servicios (Esterilización, Diagnóstico por Imágenes, Servicios Generales, Mantenimiento, etcétera).

#### ESTADISTICA

El Departamento de Estadística comprende cinco áreas bien diferenciadas.

**Oficina Central:** Recibe, ordena, elabora y presenta los datos estadísticos sobre el movimiento de pacientes y otros datos de la actividad médica, con una progresiva participación del sector de computación. Prepara la información sistemática programada y resuelve los requerimientos especiales que frecuentemente surgen en los Departamentos y Servicios médicos.

El Servicio de Admisión y Egresos organiza y controla los ingresos, pases y altas de los pacientes internados. Funciona en forma permanente. Asume también responsabilidad sobre el sector de Informes.

En las diferentes áreas de consultorios externos tiene a su cargo a las recepcionistas que dan los turnos de consulta, efectúan los registros de los mismos, y manejan las fichas médicas de atención ambulatoria.

El archivo central alberga más de 300.000 historias clínicas. Hay un movimiento mensual de cerca de 6.000 historias, producto de las necesidades asistenciales, de auditoría médica, de informes para los pacientes o requerimientos judiciales, de docencia y de investigación.

En su ámbito funcionan las fotocopadoras, que producen más de 40.000 copias destinadas fundamentalmente a la facturación para obras sociales, auditoría médica y pacientes egresados, satisfaciendo además las necesidades de los servicios del Hospital.

Las llamadas "secretarías periféricas" están distribuidas en todos los sectores de internación, quirófanos y guardia. Están encargadas de ordenar y custodiar las historias clínicas mientras se hallan en los sectores. Llevan un detallado control de las prestaciones realizadas y procuran los registros correspondientes.

#### SERVICIO SOCIAL

El Servicio Social atiende la problemática planteada por el paciente ambulatorio o internado, quien concurre derivado por el equipo de salud o en forma espontánea.

Se trabaja haciendo una orientación y apoyo a fin de que el paciente por sí solo o con ayuda, logre la solución del conflicto.

La población atendida, en su mayoría, carece de cobertura médico-social. Se trata por lo general de pacientes derivados por el Consulado Italiano o por establecimientos de dependencia oficial.

En los casos de ciertos pacientes que presentan determinadas patologías y dificultades económicas para afrontar los gastos de atención médica, se tramitan subsidios ante autoridades del Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente. También se gestionan autorizaciones de obras sociales que no tienen relación contractual con el Hospital Italiano.

El Servicio Social interviene también en aquellos problemas sociales que impiden o dificultan el egreso cuando el paciente tiene el alta médica.

En muchas oportunidades atiende consultas del personal de la Institución. Además realiza la supervisión del funcionamiento del Jardín Maternal, dependiente del Hospital Italiano, donde concurren los hijos de sus empleadas.

#### SERVICIOS GENERALES

Constituye una importante área que se fue organizando

en los últimos años hasta adquirir su actual estructura departamental, con casi 300 dependientes.

**Lavadero:** Funciona en dos turnos y procesa toda la ropa del Hospital, incluyendo la destinada a la actividad quirúrgica, lo que significa unos 70.000 kg mensuales. Está provisto, además de las lavadoras e hidro-extractoras, de un secador rotativo tipo industrial, calandras para el planchado de ropa lisa, planchones para prendas de cuerpo y una prensa-plancha a vapor para hacer "control de calidad". Cuenta además con un moderno equipo de limpieza a seco de percloroetileno para limpieza, desodorización y desinfección de frazadas.

**Ropería:** Realiza la confección de todas las prendas de cama y, recientemente también de ambos y camisolines de cirugía. Asimismo, afecta el ribeteado de frazadas y está preparada para cualquier requerimiento en particular.

**Camilleros:** Constituyen un Servicio que cubre todas las áreas y turnos. Su función se ha jerarquizado a través de la capacitación de su personal en aspectos técnicos y psicológicos del cuidado de los pacientes, en un reconocimiento de la importancia de su tarea. Efectúan alrededor de 12.000 traslados mensuales

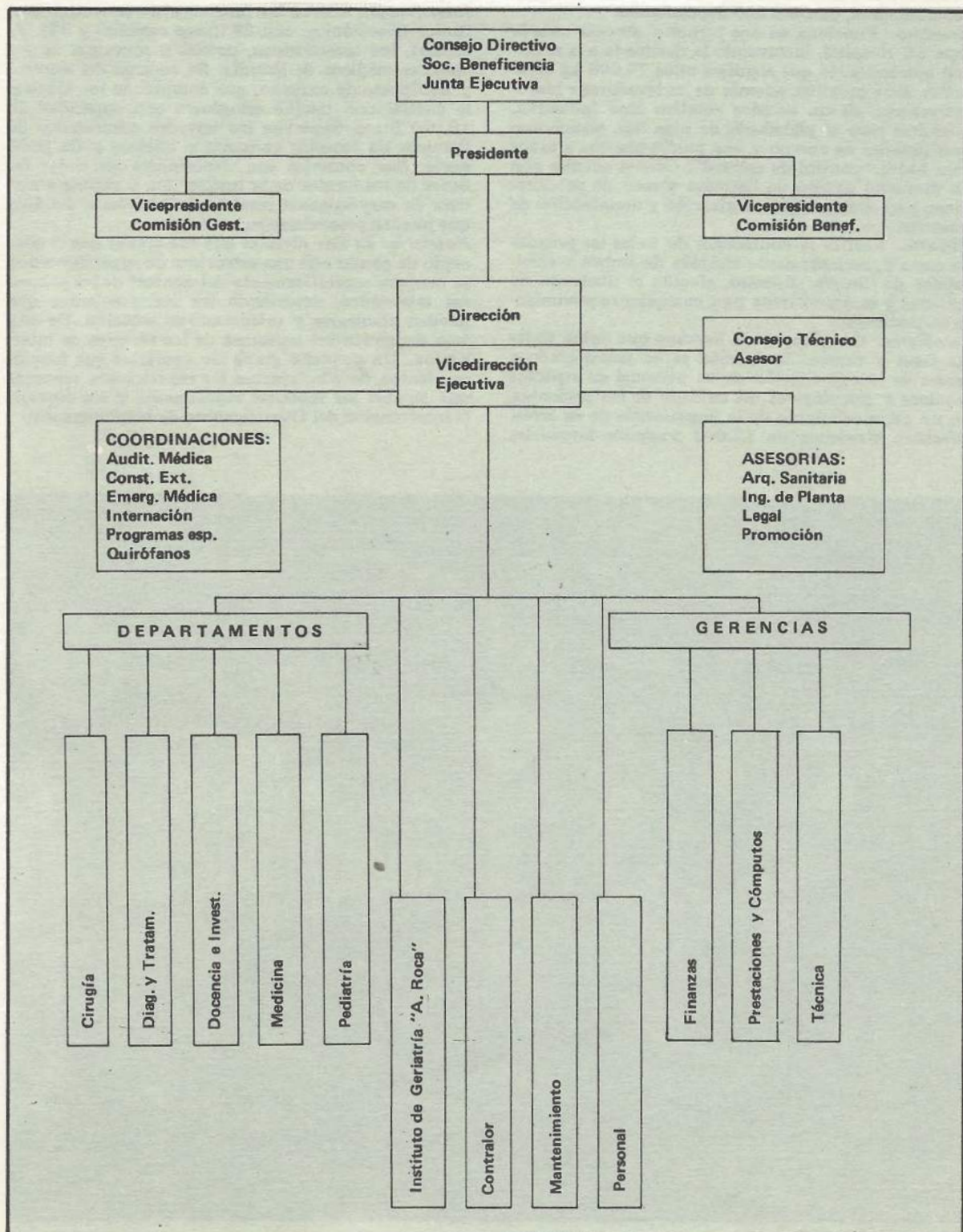
de pacientes de todo tipo.

**Intendencia:** Abarca las funciones de la central telefónica (electrónica, con 26 líneas externas y 342 internas), los ascensoristas, peones y mucamas de los sectores médicos de guardia. Se encarga del control y transporte de oxígeno, que comprende los tubos y la central con tanque criogénico con capacidad de 10.000 litros. Supervisa los servicios contratados de limpieza de espacios comunes y oficinas y de jardinería. Sus conserjes son depositarios de todas las llaves de los locales de la Institución, y actúan a manera de mayordomos resolviendo los temas del área que puedan presentarse en cada turno.

**Hotelería:** Es una división que fue creada con el concepto de contar con una estructura de supervisión que se ocupara específicamente del confort de los pacientes internados, detectando los inconvenientes que pueden plantearse y orientando su solución. De esta área dependen las mucamas de los sectores de internación. Un pequeño grupo de operarios que funciona dentro de ella, efectúa las reparaciones menores que pueden ser resueltas rápidamente y sin requerir la intervención del Departamento de Mantenimiento.



Bar y comedor central.



# CONSEJO DIRECTIVO

**Presidente:** Sr. Antonio Macri.

**Vicepresidentes:** Dr. Fausto Brighenti (Comisión Beneficencia) y Sr. Sebastián Maronese (Comisión Gestión).

**Comisión Beneficencia:** Ing. Francisco N. Alberti, Dr. Luis Amoroso, Ing. Roberto Chioccarelli, Dr. Elio Gabellini, Dr. Alfredo Lisdero y Dr. Francisco Loyúdice.

**Comisión Gestión:** Sr. Alfredo Biasutto, Ing. Pedro Bronzini, Sr. Domingo Cutuli, Ing. Bertolo Denaro, Dr. Guillermo R. Scarsoglio y Dr. Franco Seghetti.

**Consejeros:** Dra. Angela M. de Afeltra, Sr. Eduardo M. Applyyard, Sr. Roberto B. Baccanelli, Dr. Ugo Baldi, Sr. Mario Baratella, Dr. Luis Borio, Ing. Emilio Casnedi, Ing. Aldo Castelfranco, Dr. Sergio L. Einaudi, Ing. Ezio Ferretti, Dr. Francisco Gallo, Ing. Luis M. Gotelli, Sr. Mauro A. Herlitzka, Sr. Francisco Macri, Dr. Emilio Mondelli, Ing. Juan Mosca, Dr. Valentín Oliva, Ing. Victorio Orsi, Sr. Luis Pallaro, Sr. Antonio Petracca, Ing. Enrique Petrella, Dr. Dionisio Petriella, Sr. Angel J. Pini, Sra. Elena Ch. de Pizzini, Dr. Piero E. Rabello, Sr. Antonio Ramponi, Dr. Agustín O. F. R. Rocca, Ing. Roberto Rocca, Ing. Andrés Roccatagliata, Ing. Franco Speranza, Sr. Hilario Testa, Dr. César A. Tognoni y Sr. Luis Zanon.

**Revisores de Cuentas:** Sr. Franco E. Caffarone, Dr. Ricardo J. Demattei, Dr. Alberto R. Levy, Dr. Arturo Lisdero y Sr. Santos O. Sarnari.





## LISTADO DE PROFESIONALES

### DIRECCION

#### Director:

Dr. Enrique M. Beveraggi

Vicedirector ejecutivo:

Dr. Julio C. Genoud

Director honorario:

Dr. Francisco Loyudice

#### Consejo Técnico Asesor

Integrado por Jefe de Departamento y Gerentes

#### Asesorías:

- *Aquitectura Sanitaria*  
Arq. Mirta Páez
- *Ingeniería de Planta:*  
Ing. Eduardo R. Solon
- *Legal:* Dr. Guido Monti
- *Promoción:* Sr. Alvaro Ogara

#### Coordinación:

- *Auditoría Médica:*  
Dr. Augusto Despontin
- *Consultorios Externos:*  
Dr. Eduardo Crespo
- *Emergencia Médica:*  
Dr. Héctor Marchitelli
- *Internación:*  
Dr. Juan R. Justo
- *Programas Especiales:*  
Dra. Nelly Defina
- *Quirófanos:*  
Dr. Renato Interguglielmo

### DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

Jefe: Dr. Enrique Valerga  
Subjefe: Dr. Rodolfo Pusso

#### Servicio: Anestesiología

Jefe: Dr. Oreste Ceraso

*Profesionales de Planta:* Dres. Rafael Ariza, Daniel Bazzolo, Carlos Bonofiglio, Pedro Cambareri, Ricardo Cedrola, Osvaldo Delelis, Felipe Droblas, Julio Estala, Jorge Ferro, Jorge Grapiolo, Fernando Guzzo, Carlos Alberto Hug, Italo Lagama, María del Carmen Mateos, María Teresa Quaglio, María Elena Ranzini, Silvia Sierra.

#### Servicio:

##### Cirugía Cardiovascular

Jefe: Dr. Domingo Liotta  
Subjefes: Dres. Enrique N. Bertolozzi y José A. Navia

*Profesionales de Planta:* Dres. Daniel A. Bracco, Vicente Cesáreo, Esteban Mirtzouian y Juan Vázquez.

##### Servicio: Cirugía General

Jefe: Dr. Enrique Beveraggi  
Subjefe: Dr. Mario Piegari

*Profesionales de Planta:* Dres. Renato Interguglielmo, Raúl Pataro y Tomás Pirolo

*Sección Cabeza y Cuello:*  
Jefe: Dr. Héctor Marchitelli

*Sección Esófago-Gastroduodenal:*  
Jefe: Dr. Enrique Sívori

*Sección Flebolinfología:*  
Jefe: Dr. Antonio Pietravalle

*Sección Hígado, Vías biliares y Páncreas:*

Jefe: Dr. Jorge Sívori  
Dres. Alberto Pataro y Eduardo de Santibañes

*Sección Paredes Abdominales:*  
Jefe: Dr. Alejandro Copello  
Dr. Mario Frizzera

*Sección Patología Torácica:*  
Jefe: Dr. Enrique Caruso  
Dr. Bartolomé Vassallo

##### *Sección Proctología:*

Jefe: Dr. Fernando Bonadeo  
Dr. Mario Benati

*Profesionales Asociados:* Dres. Francisco Juan Mattera y Arnaldo Pataro

*Profesionales Contratados:*  
Dr. Guillermo María Ojea Quintana

*Profesionales Consultores:* Dres. Angel Bracco, Sergio Cascardo, Alberto Laurence y Adolfo Rey

*Profesional Honorario:*  
Dr. Francisco H. Corrao

##### Servicio: Cirugía Plástica

Jefe: Dr. Luis H. Diodato  
Subjefe: Dr. Manuel Sarrabayrouse

#### *Profesional de Planta:*

Dr. Pablo Bellino

*Profesionales Contratados:* Dres. Norberto Morales y Nora Prodan.

##### Servicio: Ginecología

Jefe: Dr. Arturo Arrighi  
Subjefe: Dr. Juan Carlos Lamattina

*Profesionales de Planta:* Dres. Enrique Cronenberg, Miguel Cogorno, Inés de la Parra, Guillermo Di Giovanni, Héctor Guixa (h), Leonor Lugones, Ignacio Medal, Elba Retamosa, Gioconda Simone, Ana María Tedeschi, Roberto Testa, Enrique Valerga, Eduardo Vallaza.

*Profesionales Contratados:*  
Dres. Sebastián Gogorza, Graciela Medal y Miryam Perrota

*Profesional Honorario:*  
Dr. Héctor L. Guixa

##### Servicio: Neurocirugía

Jefe: Dr. Raúl Matera  
Subjefe: Dr. José María Cupelli

*Profesionales de Planta:*  
Dr. José Raúl Giuso

*Sección Biopsia Cerebral Estereotomográfica y Cirugía Transeptoefenoidal:* Dr. Rubén Tramontano

*Sección Cirugía Vascular Cerebral:* Dr. Raúl Matera (h)

*Profesional Asociado:*  
Dr. Fernando Knezevich

##### Servicio: Obstetricia

Jefe: Dr. Omar Althabe  
Subjefe: Dr. Ernesto Torassa Durañona

*Profesionales de Planta:* Dres. Horacio De Sancho, Bruno Fama, Tedoro Fried, Mario Grasso, Alberto Martinotti y Oscar Nieva.

*Coordinadores de Secciones:*  
Dres. Jorge Arballo, José Luis Alonso y Carlos Cava.

##### Servicio: Odontología

Jefe: Dr. Héctor J. Sassone  
Subjefe: Dr. Norberto C. Venini

*Profesionales de Planta:* Dres. Cecilia Brugo, Elvira Coy, Jorge

Palmieri, Irma Pisano y Patricia Sebelli (Odontopediatría)

*Profesional Consultor:*  
Dr. Enrique Caruso

Servicio: Oftalmología

**Jefe:** Dr. Enrique Quaintenne  
**Subjefe:** Dr. Edmundo C. Pesce

*Profesionales de Planta:* Dres. Jorge Aguilar, Roberto García y Roberto Lanin.

*Sección Glaucoma:* Dr. Osvaldo Gossn.

*Sección Pediatría:* Dres. Roberto Borrone y Felisa Shokida

*Sección Retina:* Dr. Quiniano Chávez

*Profesional Asociado:*  
Dr. Alejandro Gonella

*Profesionales Consultores:*  
Dr. Enrique Malbrán

Servicio:  
Ortopedia y Traumatología

**Jefe:** Dr. Guillermo Vázquez Ferro  
**Subjefe:** Dr. Jorge Labeur

*Sección Accidentes de Trabajo:*  
Dres. José M. del Río y Arnaldo Pagani

*Sección Clínica y Cirugía de la Cadera:* Dr. Rodolfo Pusso

*Sección Cirugía de la Mano y Microcirugía:* Dres. Jorge Gallucci y Aldo Illarramendi

*Sección Clínica y Cirugía del Pie:*  
Dr. Atilio Migues

*Sección Inmunología y Cirugía de Trasplantes y Tumores Oseos:*  
Dr. Domingo Múscolo

*Sección Ortopedia Infantil y Escoliosis:* Dr. Héctor Malvárez

*Sección Medicina del Deporte:*  
Dres. Raúl Madero y Eduardo Ottolenghi

*Sección Neuroortopedia:* Dres. Eligio Ortolan y Carlos Traversa

*Profesional de Planta:*  
Dr. Edgar Frigerio

*Profesional Asociado:*  
Dr. Luis Ragno

*Profesional Consultor:*  
Dr. Luis J. Petracchi

*Profesionales Honorarios:* Dres.

Pascual Amato, Héctor Manfredi, Miguel Napolitano y Nora Bloise de Napolitano

Servicio: Otorrinolaringología

**Jefe:** Dr. Agustín G. Pirás  
**Subjefe:** Dr. César Vásquez Ferro

*Sección Cabeza y Cuello:*  
Dr. Emilio Giachello

*Sección Equilibriometría:*  
Dr. Enrique Lockhart

*Sección Fonoaudiología:*  
Dr. Patricio M. Martínez

*Sección Impedanciometría:*  
Dr. Carlos Ranieri

*Sección Rinosinusología:*  
Dres. Alberto A. Pirás y Ricardo A. Volontieri

*Sección O. R. L. Pediátrica:*  
Dr. Eladio Mascías

*Profesional Honorario:*  
Dr. Juan Manuel Tato

Servicio: Urología

**Jefe:** Dr. Jorge Schiappapietra  
**Subjefe:** Dr. Sergio Krizaj

*Sección Andrología:*  
Dr. Carlos Giudice

*Sección Litiasis:*  
Dr. Francisco Franco

*Sección Oncología Urológica:*  
Dres. Roberto Brugnone y Oscar Damia

*Sección Urodinamia:*  
Dr. Carlos Windaus

*Profesional de planta:*  
Dr. José Chocron

*Profesionales Asociados:* Dres. Mario Lola y Roberto Vento

*Profesionales Consultores:*  
Dr. Alberto Rochi

*Profesional Honorario:*  
Dr. Jorge Toro

DEPARTAMENTO DE  
DIAGNOSTICO Y  
TRATAMIENTO

**Jefe:** Dr. Alberto S. Slepoy  
**Subjefe:** Dra. Margarita Telenta

Servicio: Anatomía Patológica

**Jefe:** Dra. Margarita Telenta de Beveraggi

**Subjefe:** Dra. Ana Alceste Morandi

*Sección Citología:* Dres. María Edith Gabutti, Samuel Orman y Elsa Toro de Damia

*Sección Patología Dermatológica:*  
Dr. Oscar Bianchi

*Sección Patología Ginecológica:*  
Dr. Mario Wernicke

*Sección Patología Neonatológica y Cardiovascular:*  
Dra. Amelia Gallo

*Sección Patología Neuromuscular:*  
Dr. Eugenio Caputti

*Sección Patología Osteoarticular:*  
Dr. Fritz Schajowicz

*Sección Patología Pediátrica y Uronefrológica:*  
Dr. Guillermo Gallo

Servicio: Centro Integral para el Tratamiento del Dolor

*Profesionales Coordinadores:*  
Dres. Pedro Cambareri y Oreste L. Ceraso

*Profesionales de Planta:* Dres. Ricardo Cedrola y Rubén Tramontano

Servicio: Diagnóstico por Imágenes

**Jefe:** Dr. Jaime Roca  
**Subjefe:** Dr. Francisco Eleta

*Sección Angiografía Digital:*  
Dr. Jorge Da Silva

*Sección Ecografía:* Dres. Oscar B. Blejman, Roberto A. Secco y Zulema E. Waisburg.

*Sección Mamografía y Radiología Intervencionista:*  
Dr. Osvaldo Velan

*Sección Radiología Digestiva:*  
Dr. Mario Bais

*Sección Tomografía Computada:*  
Dres. Gustavo López, Nicodemo Odesser y Diana Torres

*Profesionales Consultores:*  
Dra. Gloria Díaz

Servicio: Hemodinamia

**Jefe:** Dr. Carlos Fiore  
**Subjefe:** Dr. Carlos Garlando

*Profesionales de Planta:* Dres. José Armando Aldasoro, Miguel del Río y Alberto Tamashiro



Servicio: Hemoterapia

**Jefe:** Dr. Alberto Slepoy  
**Subjefe:** Dr. Marcos Bujas

**Sección Hemostasia y Trombosis:**  
Dras. Beatriz Girardi y Esther Scionico

Servicio: Laboratorio Central

**Jefe:** Dra. Amanda Ascione  
**Subjefe:** Dra. Irene Da Graca

Sección Bacteriología:

- **Bacteriología;**  
Dras. María del Rosario Aragone, Graciela Silvia Greco y Elena Melfi
- **Genética:** Dr. Francisco Raúl Carnese
- **Serología:** Dra. Isabel Rivadulla
- **Inmunología:** Dra. Guillermina Felman

Sección Emergencia:

- **Urgencias:** Dr Raúl de Miguel
- **Bioquímica Pediátrica:**  
Dra. María Isabel Giménez
- **Bioquímicos de Guardia:**  
Dras. Marcela Susana Paola y Cristiana Inés Russo

Sección Hematología:

**Jefe:** Dr. Orlando Lo Gullo,  
Dr. Jorge Arroyo

Sección Química:

- Jefe:** Dr. José María Oyhamburu
- **Automatización:** Dra. Patricia Chicote
  - **Endocrinología:** Dr. Arturo Brom Soskin
  - **Orinas-Coprología:**  
Dra. Laura Dapia
  - **Proteínas-Lipoproteínas:**  
Dra. Patricia Sorroche

Servicio: Laboratorio Central

**Profesionales de Planta:** Dras. Liliana Couso, Hilda Fernández y Diana García

**DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION**

**Jefe:** Dr. Enrique S. Caruso  
**Subjefe:** Lic. Norma C. de Hernández

Sección Investigación:

**Jefe:** Dr. Raúl Gutman

**Dres. Luis Catoggio, Francisco Carnese, Domingo Múscolo y Eduardo Schnitzler**

Sección Residentes y Becarios:

**Jefe:** Dr. Bartolomé Vassallo  
**Dres. José Luis Alonso, José Bais y Elsa Nucifora**

Sección Biblioteca e Iconografía:

**Jefe:** Sra. María del Rosario Revello

Sección Publicaciones:

**Dr. Mario Perman**

Sección Epidemiología Clínica:

**Dr. Abraham Sonis**

Escuela Enfermería:

**Rectora:** Lic. Martha Bahler

- **Carrera Instrumentación Quirúrgica**  
**Coordinador:** Dr. Bartolomé Vassallo

Contaduría General:

**Sr. Mario Jermoli**  
**Consultor:** Dr. Andrés Santas

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**Jefe:** Dr. Hernán Herrero  
**Subjefe:** Dr. Germán Welz

Servicio: Cardiología

**Jefe:** Dr. Raúl Oliveri  
**Subjefe:** Dr. Gianni Corrado

Sección Cuidado Intensivo:

- **Asistencia Mecánica Circulatoria:**  
Dres. Carlos Borrego y Omar Lima Quintana
- **Recuperación Cirugía Cardiovascular:** Dres. Juan Kraus y Norberto Vulcano
- **Unidad Coronaria:** Dres. Oscar Bazzino, Arturo Cagide y Hernán Doval

Sección Cuidado Intermedio:  
Dres. José Navarro Estrada y Hernán Shargrodsky

Sección Interconsultas: Dres. César A. Belzitti, Alberto Garbarino y Juan Saglietti

- **Monitoreo:** Dr. Angel Scandroglio

Consultorio Externo:

**Jefe:** Dr. Guillermo de Elizalde

- **Vasculopatías Periféricas:**  
Dr. Mario Traina
- **Ergometría:** Dra. María del Carmen Di Marco

- **Fonocardiograma:**  
Dra. Gladys Calviño

**Profesionales Asociados:** Dres. Alberto Caccavo, Juan Carlos Cassera, Pedro Cossio y Daniel Siniawski

**Profesionales Consultores:**  
Dres. Juan A. Caprile y José Menna

**Profesionales Honorarios:**  
Dres. Vicente Franco y Francisco Romano

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

Servicio: Clínica Médica

**Jefe:** Dr. Germán Welz  
**Subjefe:** Dr. Hugo García

**Profesionales de Planta:** Dres. Luis Cámara y Enrique Fongi

**Consultorio Externo:** Dres. León Dyament, Edmundo La Riva, María Elina S. de Romaniello, Jorge Tuda y Hortensia Varier

Sección Hematología:

**Jefe:** Dr. Alfredo Precerutti  
Dras. Dorotea Fantl, Elsa Nucifora y Guadalupe Pallotta

Sección Hepatología: Dres. Jorge Gelpi y Federico Villamil

Sección Hipertensión Arterial:

**Jefe:** Dr. Mario Cámara  
Dres. Luis Marcelo Mayorga y José Zabludowski

Sección Infectología:

**Jefe:** Dra. Liliana Clara,  
Dr. Norberto Ghia

Sección Neumonología: Dres. Alicia De la Canal y Juan Precerutti

Sección Reumatología:

**Jefe:** Dr. Luis Catoggio  
Dr. Carlos Pomeranic

Profesionales de Planta:

Dres. Roberto Amenta, Pedro Brandi, José Dorado, Héctor Feruglio, Juan Carlos Gutiérrez, Julio R. Iovine, Roberto Romaniello, Carlos Pomeranic y Cayetano Pontorno

**Profesionales Asociados:**  
Dres. María Cecilia García,  
Eduardo Galli Mainini, Norberto  
F. Petraglia y Horacio Rivera

Servicio: Dermatología

**Jefe:** Dr. Ricardo Galimberti  
**Subjefe:** Dra. María Bonino

**Sección Cirugía Dermatológica:**

**Jefe:** Dra. Lidia Inés Villalba,  
Dra. María Galarza

**Sección Cosmiatría:**

**Jefe:** Dra. Graciela Cuomo

**Sección Enfermedades de  
Transmisión Sexual:**

**Encargado:** Dr. Luis Belli,  
Dr. Ricardo Casco

**Sección Fotoquimioterapia:**

**Jefe:** Dr. Rodolfo Milicich

**Sección Histopatología:**

**Jefe:** Dr. O. Bianchi,  
Dra. Alicia Kowalczyk

**Sección Inmunopatología:**

**Jefe:** Dra. Adelina García

**Profesionales Consultores:**

Dr. Augusto Casala

- **Pediatría:** Dr. Andrán Pierini

**Profesionales Honorarios:** Dres.  
Mario Fagnani, Bruno Perversi  
y José P. Rausa

Servicio: Gastroenterología

**Jefe:** Dr. Emilio Varela  
**Subjefe:** Dr. Jorge H. Davolos

**Sección Alimentación Enteral:**  
Dres. Juan Andrés de Paula y  
Héctor Piccioni

**Sección Endoscopia:**

Dr. Jorge Davolos

**Sección Esófago:**

Dr. Luis Soifer

**Sección Pruebas Funcionales:**

Dra. Marta Bosisio

**Profesional Asociado:**

Dr. Horacio Muñoz

**Profesional Honorario:**

Dr. Luis Bustos Fernández

**Profesional Consultor:**

Dr. Aldo de Paula

Servicio: Instituto de Geriatria  
"Ing. A. Rocca"

**Director:** Dr. Roberto Kaplan

**Subdirector:** Dr. Edgardo A.  
Guglielmucci

**Sección Clínica Geriátrica:**

**Profesionales de Planta:** Dres.  
Isidoro Fainstein y Carolina  
Signorelli

**Sección Gerontopsiquiatría:**

**Coordinador:** Dr. Osman N.  
Antonuccio

**Profesionales de Planta:** Dras.  
Norma Devoto y Graciela  
Requejo

**Sección Rehabilitación**

**Coordinador:** Kgo. Héctor Larrea

**Kinesiólogo:** Ricardo Facchin

**Terapeuta Ocupacional:**

Srta. María del Rosario Tula

**Profesional Consultor:**

Dr. Mario Strejilevich

Servicio: Medicina Nuclear,  
Endocrinología y Metabolismo

**Jefe:** Dra. Victoria Goldberg Jager

**Subjefe:** Dr. Raúl Gutman

**Sección Osteopatías Médicas:**

Dr. Gunther Fromm

**Sección de Clínica**

**Endocrinológica:** Dras. Carmen

Cabezón y Luisa Plantalech

**Sección Cámara Gama:** Dres.

Serafín Conde, Víctor Jager y

Oscar Parysow

**Sección Cardiología Nuclear:**

Dr. Hugo Baglivo

**Sección Endocrinología de la**

**Reproducción y Pruebas**

**Funcionales:** Dra. Nora Moses

**Sección Enfermedades**

**Metabólicas:** Dr. León Litwak

**Sección Laboratorio de**

**Radioisótopos:** Dra. Patricia

Fainstein-Day

Servicio: Neurología

**Jefe:** Dr. Rubens J. Granillo

**Subjefe:** Dr. Próspero Lorenzo

Bauso Toselli

**Profesionales de Planta:** Dres.

Daniel Eduardo Doctorovich, José

Eduardo Fusillo y Pascual Lucio

Serra

**Profesionales Asociados:** Dres.

Angel Vaccaro y Angel Vaccaro (h)

**Profesional Contratado:**

Dr. Edgardo Cristiano

**Profesionales Consultores:**

Dres. Jorge Burlo y Julio  
Ortiz de Zárate

**Profesionales Honorarios:**

Dr. Carlos A. Bardeci

**Sección Clínica:**

- Vasculares
- Extrapiramidales
- Musculares
- Epilepsia
- Geriatria
- Desmielinizantes

**Sección Electroencefalografía**

**Sección Electromiografía**

**Sección Potenciales Evocados**

**Sección Hemodinamia**

Servicio: Psicopatología

**Jefe:** Dra. Lía Ricón

**Subjefe:** Dr. Adolfo R. Canovi

**Consultorio Externo:** Dres.  
Jacobo Gutman, Enrique Loffreda  
y Raúl Scheerle

**Hospital de Día:** Dres. Carlos  
Finkelstein y Noemí Chervinsky  
de Vasquez (Internación)

**Profesionales Consultores:** Dres.

Carlos Repetto y Eduardo  
Zimmerman

Servicio: Rehabilitación

**Jefe:** Dr. José D. Freire

**Subjefe:** Klgo. Carlos A. Varela

**Sección Asistencia Kinésica**

**Respiratoria:**

**Coordinadora:** Klga. Hebe Quíveo  
Miranda

**Kinesiólogas:** Ana M. Albasini,

Emma V. Castelli, Gabriela

Ferreira, Lilliana C. Horrisberger

y Marina Ortega

**Terapia Física:** Klgo. Ricardo

Humberto Augeri

**Terapia Ocupacional:** Carmen

Suárez

**Sección Gimnasio Central:**

**Coordinadores:** Klgo. Carlos A.

Troncoso, Klga. Marta Beatriz

Rhynovec

**Kinesióloga:** Ana Clara Silva

**Terapia Física:** María O. Moreira,

Cristina Risso, Marcela Viviana

Felder

**Sección Neurología**

**Clínica y Quirúrgica:**



**Coordinador:** Klgo. Rubén A. Giffone  
**Kinesiólogos:** Enrique Malgay y Hugo A. A. Panza

Servicio: Terapia Intensiva y Nefrología

**Jefe:** Dr. José Petrolito  
**Subjefe:** Dr. Hernán Herrero

*Médicos de Planta:*

— *Sección Nefrología:*

**Jefe:** Dr. Eduardo dos Ramos Farfás  
**Dres.** Beatriz Abeijon, Luis Algranati, Héctor Buffa y Esteban Gatti

— *Sección Terapia Intensiva*

**Jefe:** Dr. Mario Perman  
**Dres.** Juan Butera y Antonio Gallesio

*Profesionales Contratados:*

**Dres.** Juan Eduardo San Román y Gustavo Greloni

**DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA**

**Jefe:** Dr. Carlos Gianantonio  
**Subjefe:** Dr. Arnaldo Humberto Rutti

Servicio: Clínica Pediátrica

**Jefe:** Dr. Carlos A. Gianantonio

*Profesionales de Planta:* **Dres.** Omar Alvarez-Bayon, Osvaldo Blanco, Jorge Dobal, Hugo Macarone, José Marco del Pont, Jorge Rossi, Andrés Sibbald y Carlos Wahren

*Sección Cardiología:*

**Encargado:** Dr. Mariano Ithurralde  
**Dres.** Jorge Gentile y Carlos Seara  
*Sección Crecimiento y Desarrollo:*

**Jefe:** Dr. Horacio Lejarraga

*Sección Endocrinología:*

**Encargado:** Dr. Marco Rivarola  
**Dra.** Elsa Granillo

*Sección Gastroenterología:*

**Encargado:** Dr. Daniel D'Agostino  
**Dra.** Marina Orsi

*Sección Genética:*

**Encargada:** Dra. Cristina Barreiro  
**Dra.** Teresa Negrotti

*Sección Inmunología:*

**Encargada:** Dra. Guillermina Feldman

*Sección Nefrología:*

**Jefe:** Dr. José Ramírez  
**Dres.** Cristina Cortines, Dr. Jorge Ferraris

*Sección Terapia Intensiva:*

**Jefe:** Dra. María de Domínguez  
**Dr.** Eduardo Schnitzler

*Sección Neonatología:*

**Jefe:** Dr. José María Ceriani Cernadas  
**Dres.** Carlos Fustiñana, Carlos Garbagnatti, Alejandro Jenik, Nora López y Ernesto Lupo

*Sección Neumonología:*

**Encargado:** Dr. Mario Grenoville

*Sección Neurología:*

**Jefe:** Dr. Julio Castaño  
**Dres.** Raúl Arizaga (EMG), Estela Ferraro (Reeducación), Raúl Moreno (EEG) y Mario Vasil (EEG Prolongado)

*Sección Nutrición y Metabolismo:*  
**Dras.** Luisa Bay y Amely Cayssials

*Sección Ortopedia y Traumatología:*

**Encargado:** Dr. Héctor Malvárez  
**Dr.** Rubén Maenza

*Sección Oncología-Hematología:*

**Encargado:** Dr. Federico Sackmann  
**Dras.** Blanca Diez y Lucía Richard

*Sección Urología:*

**Jefe:** Dr. Arnaldo Rutti  
**Dres.** Ernesto Bottini (Urodinamia) y Ana Gardes

Servicio: Cirugía General

**Jefe:** Dr. Juan Carlos Puigdevall  
**Subjefe:** Dr. Alberto Iñon

*Sección Cirugía Cardiovascular:*

**Encargado:** Dr. Rodolfo Neirotti  
**Dr.** Carlos Alvarez

*Sección Cirugía General:*  
**Dr.** Eduardo Ruiz

*Sección Cirugía Plástica y Maxilofacial:*

**Jefe:** Dr. Luis Magaride  
**Dra.** Paulina Iwanyk

*Sección Neurocirugía:*

**Encargado:** Dr. Pedro Picco  
**Dres.** Omar Konsol y Graciela Zuccaro

*Sección Cirugía Urológica:*  
**Dr.** Edgardo Martínez

Servicio: Salud Mental

**Jefe:** Dr. Carlos J. Robles Gorriti  
**Subjefe:** Dra. Ernesta Appiani

*Profesionales Asociados:* **Dres.** Marcela Armus, Fernando Fabregues, Elena Kogan y Eduardo Romano

*Profesionales Contratados (Consultorios Externos):* **Lic.** Inés García Laredo, Cristina Monferrán, Débora Powell, Adriana Schoch, Claudia Yelmini, Teresa Carniglia, Sandra Sternberg, Alicia S. de Albini (Hospital de Día), Cristina Di Carlo y Andrea Scala.

**Musicoterapeuta** Cristina Bonano y **Fonoaudióloga** Cecilia Giabbani

*Interconsultores con Pediatría:*  
**Dres.** Héctor Fulgenzi y Miguel Furman. **Lic.** Claudia Yoel

*Profesionales Consultores:*  
**Lic.** Elida Asso, Dr. Antonio Battro, **Lic.** Kamala Di Tella, **Dr.** Pedro Herscovici y **Lic.** Ombretta Nieto

**GERENCIAS**

**GERENCIA DE FINANZAS**

**Gerente:** Dr. Oscar Lolato

**Departamento de Contaduría General**

**Jefa:** Lic. Ana Gattuso

**Departamento Tesorería**

**Jefa:** Srta. Matilde Moure

**Departamento Suministro**

**Jefe:** Sr. Piero Buono

**GERENCIA DE SISTEMAS Y CONTRATACIONES**

**Gerente:** Dr. Idilio Meletti  
**Adscripto a la Gerencia:**  
**Sr.** Juan Carlos Osuna

**Centro de Cómputos**

**Jefe Equipo de Computación:**  
Sr. Jorge Luis Severino  
**Jefe Graboverificación y Control:**  
Sra. Olimpia Coronel

**División Sistemas y Organización**

**Jefe:** Sr. Pablo Lombardi

**División Facturación y Cobranzas**

**Jefe:** Sr. Pedro Abbondo

**GERENCIA TECNICA**

**Gerente:** Dr. Osvaldo E. Messein  
**Asistente:** Sra. Elsa Cangas de Visc

**División Alimentación**

**Jefe:** Nutricionista Liliana Florit  
**Subjefe:** Nutricionista Cristina Punzi

**Departamento de Enfermería**

**Jefe:** Lic. Marta Rojas  
**Subjefe:** Srta. Rosa Destefano

**Departamento de Estadística y Registros Médicos**

**Jefe:** Sra. Hortensia Maldonado  
**Asistente:** Sra. Susana Centeno  
Sra. Mercedes Berón de Astrada

**Departamento de Servicios Generales**

**Jefe:** Sr. Jorge Doi  
**Asistente:** Sra. Libia de la Fe Gómez

**División Servicio Social**

**Jefe Asistente Social:**  
Srta. Stella Salguero

**MEDICOS RESIDENTES**

**DEPARTAMENTO DE CIRUGIA**

— **Cirugía General**

*Jefe de Residentes:*  
Dr. Marcelo Figari

*1er. Año:* Dres. Claudio D. Brandi, Juan Pekolj y Diego B. Santillán.

*2do. Año:* Dres. Alberto Budano y Hugo Martínez.

*3er. Año:* Dres. Gustavo N. Lemme y Hugo D. Loustau.

— **Cirugía Cardiovascular**

*1er. Año:* —

*2do. Año:* Dr. Rodolfo González Plaza

*3er. Año:* Dr. Luis G. Frank

— **Ginecología**

*1er. Año:* Dr. Claudio A. Lorusso

*2do. Año:* Dr. Marcelo Bazzani

*3er. Año:* Dra. Stella Maris Lancuba.

— **Obstetrica**

*1er. Año:* Dr. Carlos F. Psevoznik

*2do. Año:* Dr. Fernando Althabe

*3er. Año:* Dra. Ana Delia De Luca.

— **Ortopedia y Traumatología**

*1er. Año:* Dr. Carlos F. Sancineto

*2do. Año:* Dr. Pablo De Carli

*3er. Año:* Dr. Guillermo Campi

*4to. Año:* Dr. Francisco Piccaluga.

— **Otorrinolaringología**

*1er. Año:* Dr. Samir Dayoub

*2do. Año:* Dr. Edgardo Roncoli

*3er. Año:* Dra. Marta E. Sosa

— **Urología**

*1er. Año:* Dr. Carlos A. Giudice

*2do. Año:* Dr. Juan Carlos Tejerizo

*3er. Año:* Dr. Francisco P. Daels

*4to. Año:* Dr. Mario Gueglio Sacccone

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

— **Cardiología**

*Jefe de Residentes:*  
Dra. Viviana Contrucci

*1er. Año:* Dres. Julio C. Arenzo, Adolfo Rubinstein,

Diego B. Sandler e Ingrid A. Terrile

*2do. Año:* Dres. Rodolfo Curiel, María López de Munain y Lidia Stazewsky.

*3er. Año:* Dres. Julio A. Panza, María Cecilia Presti y Raúl Schneider.

*4to. Año:* Dres. Armando Amin, Ricardo Iglesias y Marcelo Trivi

— **Medicina Interna**

*Jefe de Residentes:*  
Dr. Horacio Asis

*1er. Año:* Marcelo H. Mallagray, Gerardo Uceda y José P. Werba.

*2do. Año:* Dres. Jorge Farías, Patricia López, Enrique Soriano y Graciela Svetliza.

*3er. Año:* Dres. Cecilia C. Arévalo, Carlos E. García, Alejandra N. Peiro y Carlos A. Vignolo.

*4to. Año:* Dres. Laura Barcan, María T. Occello, Beatriz Rovai, Alberto R. Serruya y Gabriel Waisman

— **Neurología**

*1er. Año:* Dra. María de Lourdes Figuerola.

— **Psicopatología**

*Jefe de Residentes:*  
Dr. Marcelo Armando

*1er. Año:* Dres. Silvina Foks y Gustavo M. Guardo.

*2do. Año:* Dres. Lilia Neumeyer y Paulina Zalzman.

*3er. Año:* Dres. Renato Jarach y Carlos E. Cano

**DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA**

*Jefe de Residentes:*

Dr. Alejandro Heras

*1er. Año:* Dres. Claudio Collalto, Claudia P. López, Julián G. Llera, Carlos D. Kofman y María Gabriela Perichon.

*2do. Año:* Dres. Pablo González Aguilar, Olga Lifchitz, Viviana Sacccone y María Sánchez de Bustamante.  
*3er. Año:* María G. Obregón, Luis O. Pérez y Alejandro Severini.



**DEPARTAMENTO  
DE DIAGNOSTICO  
Y TRATAMIENTO**

— **Anatomía Patológica**

*1er. Año:* Dra. Mercedes C. L. Dalurzo  
*2do. Año:* Dr. Eduardo Mullen  
*3er. Año:* Dr. José H. Alonso.

— **Diagnóstico por Imágenes**

*Jefe de Residentes:*  
Dr. José L. San Román  
*1er. Año:* Dres. Alejandro H. Ayzaguer y Gabriel Ducrey.  
*2do. Año:* Dres. Ricardo García Mónaco y M. Parames Fernández  
*3er. Año:* Dres. Sergio Opper y Gustavo Sánchez

**Instructores:**

- *Ginecología:* Dr. Marcelo Lauría
- *Neurocirugía:* Dra. Graciela Di Lelle
- *Otorrinolaringología:* Dres. Jacinto Arana, Carlos Boccio y Héctor Rondon Cardoso
- *Ortopedia y Traumatología:* Dr. Pedro Marino
- *Psicopatología:* Dres. Eugenia Aptekar y Luis Campalans.
- *Urología:* Dr. Seiyu Goya

**MEDICOS BECARIOS**

**DEPARTAMENTO DE  
CIRUGIA**

- **Cirugía General:** Dres. Franklin Aispurúa Contreras, Fernando Carrera, J. Pérez Guaytarilla
- **Cirugía Cardiovascular:** Dres. Oscar Agüero, Mario Boullhensen, Fernando Carrera y Alberto Domenech

- **Cirugía Plástica y Reparadora:** Dres. Rubén Blasser San Martín y Fausto Cevallos Vasquez
- **Ginecología:** Dres. Delia López de Secco, Luis Alberto Macedo, Norberto Daniel Margulies, Pascualina María Melone, Roberto Orti y Bettina Florencia Ugolini
- **Neurocirugía:** Dres. Eduardo Enrique Bondio, Antonio Gando Coello, Sergio E. Roshdestwensky, Mario Antonio Rott y Roberto Talavera Adame

— **Oftalmología:** Dres. Mercedes Diez, Norma Silvia Illescas y Pablo Luis Piccilli

— **Obstetricia:** Dres. Ramiro Alvarez Pereyra Rozas y Oscar Roberto Levin

— **Ortopedia y Traumatología:** Dres. Luis Carlos Alvarez Livy, Juan Barbieri, Miguel Eduardo Calabrese, Carlos Alberto Esquivel, Víctor Flores Conforme, José Galante, Oscar Armando Jubis Gómez, Gastón Daniel Maignon, Arturo Makino, Carlos Alberto Sola.

— **Otorrinolaringología:** Dres. Luis Alves de Oliveira, José Campos Chacon, Jorge Jaquinandi, Estela Rosso Ricardo Tribaldos Stanziola y Jacinto Villatoro López

— **Urología:** Dres. Juan Carlos Flores y Guillermo Quintar

**DEPARTAMENTO DE  
MEDICINA**

- **Cardiología:** Dres. Héctor Bonaccorsi, Marco Antonio Borja Ortiz, Domingo Cúneo, Daniel Ferrero, Mariano Gordon, Teresa Estela Pasteris, Ruben Piraino, Antonio José Rodríguez Ramos y Elfes Saad.
- **Dermatología:** Dres. Adriana Bruní, Jorge F. Clara y N. Pocaterra G. de Barros.
- **Endocrinología:** Dres. Ricardo Mileo Vaglio y María Teresa Nofal.

— **Gastroenterología:** Dres. Orlando Agarinakazato, David Constante Paredes, Roberto José Fachinat, Pedro Rubén Farías, Adriana Mirian Medal, Jimmy Xavier Morales López y Jorge Ricardo Romaña Murga

— **Geriatría:** Dr. Luis Lee.

— **Medicina Interna:** Liliana Noemí Abraham, Guillermo A. Benchetrit, Marcelo A. Blumenfeld, Julio Ibáñez, Rodolfo B. Limansky, Emilio Peresson y Estela S. Viñuales Santa Fe.

— **Neurología:** Dres. Donna Chen Wong de Lee, Patricia Davino, María Ester González y Mario Orlando Leiva

— **Psicopatología:** Dres. Claudio Finkelsztejn, Angel García Rosales, Nora Liliana Kennar, Cecilia Lolato, Alejandro Mancho Martín y Claudia Rubins de Barbieri

— **Terapia Intensiva y Nefrología:** Dres. David Isaac Cohen, Ricardo M. Huguillen, Sergio Carlos Kolinski y Nancy Violeta Merchan Merchan.

**DEPARTAMENTO DE  
PEDIATRIA**

Dres. Eduardo Alfieri Hernández, Patricia Arias Alarcón, Pedro Manuel Azab Cataminza, Oscar Doldan Pérez, Margarita Giardelli, Eugenia Heiman, Olga Lavado, Pablo Gustavo Mincez, Carlos Fernando Robles Gorriti, Silvia Susana Soler, Shirley Patricia Tandazo y Alcira Villalobo  
Dres. Edgardo Dranovsky, Rosa M. Germ, Marcelo Huerta, Vivian Kabat, Roberto Mena y Susana Zgaib.

— **Salud Mental:** Dra. María Luisa Bracco de Bilbao y Lic. Marta Farmer de Bergel



DEPARTAMENTO DE  
DIAGNOSTICO Y  
TRATAMIENTO

— Diagnóstico por Imágenes:  
Dres. Juan Daniel Elías, Luis

Gómez Samela, Cristina M.  
Marino, Jorge Seclen Núñez  
del Arco y Oscar Ernesto  
Torales

— Hemodinamia: Dres. Pablo  
Castro Covelli, O. Herrera De  
Los Santos, Marcelo Pettinari

y Carlos A. Rojas Matas

— Hemoterapia: Dra. Silvia  
Mercedes Yañes

— Laboratorio: Dres. Graciela  
Ostera, Scheila Paupitz y Silvia  
Isolina Visentin





Esta edición especial de la Revista del Hospital  
Italiano de Buenos Aires se terminó de imprimir  
en Buenos Aires en el mes de junio de 1985

HI