

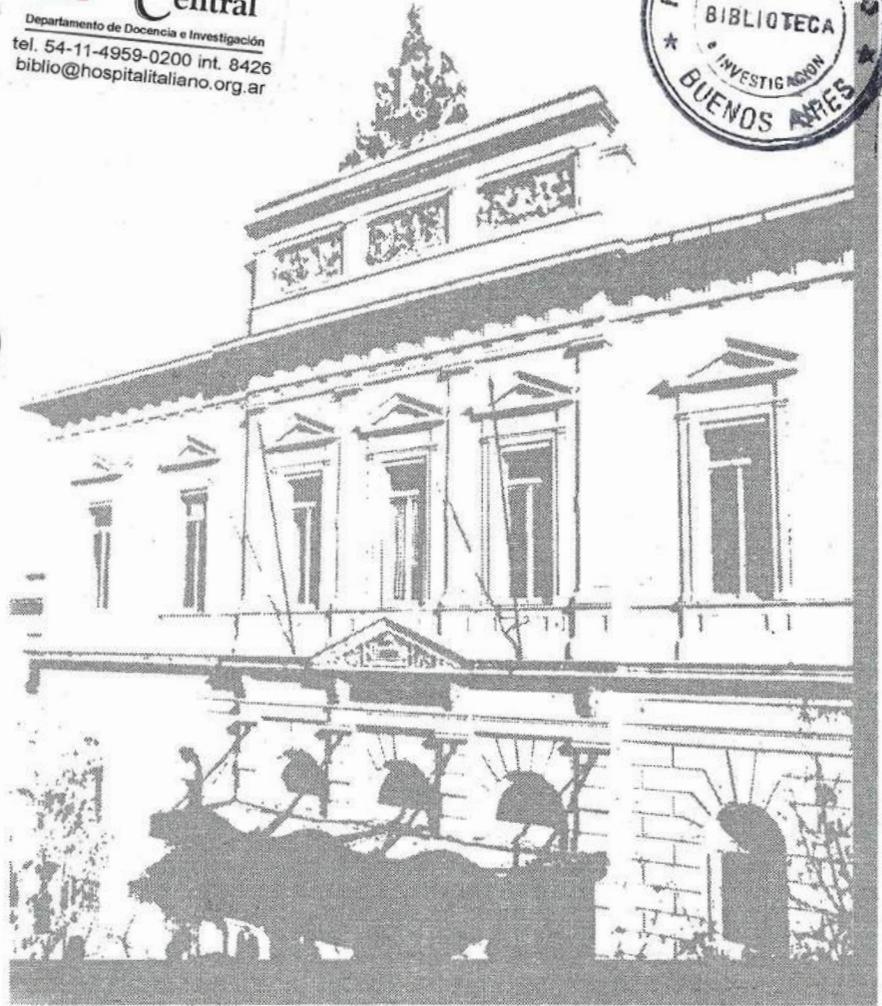


**Biblioteca Central**  
Departamento de Docencia e Investigación  
tel. 54-11-4959-0200 int. 8426  
biblio@hospitalitaliano.org.ar



# NEXO

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



Volumen XVII

Número 1

Diciembre 1997

## INDICE

Editorial .....	3
Evaluación del Tamaño al Nacer en una Población de 7476 Recién Nacidos en una Maternidad Privada de la Capital Federal .....	6
Fustiñana C., Luppo E., Barzizza J., et al Los Servicios de Información Teratogénica .....	11
Izbizky G., Sebastiani M., Sod R., et al Aspectos Éticos de los Trasplantes de Órganos .....	15
Pace R. Internet: ¿Qué se necesita para conectarse? .....	21
Otero P. In Memoriam Dr. Juan Carlos Lamattina .....	24
In Memoriam Dr. Alberto Pataro .....	25
DDI 33° Promoción de Residentes y Becarios - 1997 .....	26
Índice Volumen 16 año 1996 .....	29
Instrucciones para autores .....	33



---

**GOLDEN CHEF**

---

**CATERING**

**SERVICIOS INSTITUCIONALES**

**EVENTOS ESPECIALES**

Tel.: 983-3378/3546

[goldcenter@impsat1.com.ar](mailto:goldcenter@impsat1.com.ar)

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

**Director:**

Dr. Carlos Fustiñana

**Comité Editorial:**

Lic. Norma Caffaro de Hernández; Dr. José María Lastiri, Dra. Paula Otero, Bibliotecaria María del Rosario Revello, Dr. Herman Schargrodsky, Dr. Enrique R. Soriano.

**Consejo Editorial:**

Dres.: Fernando Alhabe, Enrique M. Beveraggi, Arturo Cagide, Mario Cámara, Luis J. Catoggio, José M. Ceriani Cernadas, Juan A. De Paula, Francisco Eleta, Gunther Fromm, Roberto Kaplan, Ricardo Mastai, Marcelo Mayorga, Domingo Múscolo, Titania Pasqualini, Mario Perman, Juan C. Puigdevall, José Ramirez, Jorge Sívori, José Tessler.

**DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E  
INVESTIGACION**

**Jefe:**

Dr. Enrique S. Caruso.

**Sub - Jefe:**

Lic. Norma Caffaro de Hernández.

**Editor Responsable:**

Publicación del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires, Gascón 450 (1181) Capital Federal.

Esta publicación no puede ser reproducida o transmitida, total o parcialmente, sin el permiso del editor y de los autores.

Diagramación: Claudia I. Fattor.

Producción y realización gráfica:

Hospital Italiano de Buenos Aires.

**HOSPITAL ITALIANO  
DE  
BUENOS AIRES**

**Director:**

Dr. Jorge Sívori

**Vicedirector:**

Dr. Héctor Marchitelli

**Vicedirector Administrativo:**

Dr. Pablo Pedro Zavaglia

**Directores Honorarios:**

Dr. Francisco Loyúdice, Dr. Enrique M. Beveraggi

**CONSEJO DIRECTIVO  
EJERCICIO 1997/1998**

**Presidente:**

Sr. Antonio Macri

**Vicepresidente Primero:**

Ing. Juan Mosca

**Vicepresidente Segundo:**

Ing. Franco A. Livini

**Consejeros:**

Sr. Roberto Baccanelli, Dr. Enrique M. Beveraggi, Sr. Alfredo Biasutto, Sr. Domingo Cutuli, Ing. Roberto Chioccarelli, Ing. Bartolo Denaro, Dr. Raúl Droznes, Dr. Arturo Lisdero, y Sr. Eduardo D. Tarditi.

**Revisores de Cuentas:**

Titulares: Dr. Eduardo Cariglino, Dr. Alberto R. Levy, Sr. Santos O. Sarnari.  
Suplentes: Sr. Franco E. Caffarone, Dr. Ricardo J. Demattei.

## LOS CAMBIOS EN LA MEDICINA Y LA DIGNIDAD DE LA PROFESION MEDICA

Los avances que ocurrieron en la Medicina en los últimos años han sido de una magnitud notable y se observan en todos los campos de la misma (prevención, diagnóstico, tratamiento, investigación, etc.). Junto con los avances, vemos hoy con preocupación que algunos cambios en la profesión médica han traído aparejados consecuencias desfavorables, tanto para los pacientes como para los médicos. Las que siguen son algunas reflexiones referidas a esos cambios y a la situación actual del médico en la sociedad.

Durante cientos de años y hasta las últimas décadas del siglo 19 y el comienzo de esta centuria, el médico no gozaba de prestigio en la comunidad y en general, con la excepción de unos pocos, eran figuras con muy escasos conocimientos que ejercían una Medicina exclusivamente empírica y que no eran por lo tanto respetados. En gran parte esto se debía a que la inmensa mayoría de sus terapéuticas no tenían ninguna base sólida, no curaban casi ninguna afección y, lo que es peor, solían ser más perjudiciales que beneficiosas produciendo frecuentemente dolores y sufrimientos de todo tipo. Poco o nada se podía hacer sobre la evolución natural de la enfermedad, excepto el acompañar al paciente y a su familia. Los que entendían y practicaban esto último, que constituye el don más importante de nuestra profesión, eran los únicos que gozaban de la consideración de la gente.

Durante las primeras décadas de esta centuria lo más importante que ocurrió en la Medicina fue que el médico comenzó a "abandonar" los tratamientos inútiles que durante siglos se habían empleado y que, como ya señalé, les ocasionaban a los pacientes muchos pesares e incluso la muerte. Así fue que aún cuando no surgiesen nuevos medicamentos (la inmensa mayoría no servían, excepto digital, morfina, y el salicilato y tal vez otros pocos) el médico fue ganando respetabilidad, sus conocimientos comenzaron a ser muy valorados y progresivamente logró la confianza de sus pacientes y un reconocimiento de la sociedad. La profesión médica se fue transformando en algo muy prestigioso y digno.

El médico había comprendido que la ayuda al paciente y a su familia se podía alcanzar mediante un abordaje comprensivo, escuchando sin prisa los pesares y utilizando de una manera muy razonable las escasas medidas terapéuticas y farmacológicas que disponía. Prácticamente hasta la aparición de las primeras vacunas y luego de la Penicilina (recién en los finales de la década del 30) no hubo ningún medicamento que produjese un cambio significativo en la evolución de la enfermedad.

Sin embargo esos increíbles avances de la medicina, que aún hoy continúan, fueron, paradójicamente, deteriorando la imagen del médico y su consideración en la comunidad. Aparecieron en pocos años un alud de nuevas tecnologías y con el mal uso de ellas se produjo un progresivo "alejamiento" entre el médico y el paciente y un aumento de los costos.

El mercantilismo fue invadiendo la medicina, al principio en forma insidiosa y en la actualidad cada vez con mayor ímpetu y con ello se observó una progresiva pérdida de los valores éticos y morales del médico y concomitantemente una también progresiva pérdida del buen concepto que la sociedad tenía del médico. El prestigio y el reconocimiento que se lograron en los "años dorados de la Medicina" se fueron perdiendo y con ellos la dignidad de nuestra profesión. También hubo un cambio muy importante que deterioró aún más la imagen del médico y que fue lo que hoy conocemos como los "Sistemas Privados de Salud". La gran mayoría de ellos han lucrado con la medicina en las últimas décadas y fueron incorporando nuevos trastornos, aún cuando es justo reconocer algunos beneficios. Como recientemente señalara Mario Bunge, filósofo argentino radicado en Canadá, "la salud es algo demasiado importante como para dejarla en manos de empresas cuyo fin principal es el lucro". En los países más desarrollados es el Estado o los Sistemas sin fines de lucro quienes tienen a cargo el cuidado de la salud de la población. Antiguamente la relación médico-paciente era un "contrato" entre ambas partes, sin intermediarios, y que se acordaba por lo general a través de la libre elección del médico por parte del paciente. Actualmente esa modalidad prácticamente ha desaparecido y la atención médica es regida por terceros (llámense obras sociales,

sistemas prepagos, clínicas, etc) que son los que determinan los honorarios profesionales, las diferentes modalidades de pago y la cobertura asistencial. Esos "sistemas de salud" definen cuánto van a pagar, de que modo lo van a hacer y cuando lo van a hacer. Como consecuencia de esto se llega a una "Medicina supermercadista" donde hay que atender muchos pacientes en un horario acotado para pretender lograr un salario digno. Esto tiene un mayor impacto en la actividad ambulatoria y en la atención primaria o prioritaria que no gozan de ningún reconocimiento por parte de los agentes prestadores (hay Obras Sociales provinciales que pagan \$2,60 la consulta). El pago digno de la consulta no es condición excluyente pero es condición necesaria para una adecuada atención de la población. Una de las dificultades para enfrentar los cambios es que los médicos somos particularmente vulnerables, en gran parte porque atendemos aisladamente o en pequeños grupos y además porque hay una oferta médica excesiva y los administradores no corren riesgos de quedarse "sin mano de obra". Esto nos coloca en una importante desventaja ante las empresas privadas, que sí están perfectamente organizadas y que tienen objetivos claros, permitiendo fácilmente que la planificación de los cuidados de la salud sea regulada sin la participación de los médicos.

El desafío para los próximos años, en cuanto a cómo enfrentar los cambios, va a depender en gran medida de que todos los participantes de salud: prestadores, médicos y pacientes puedan, cada uno en su lugar mantener un diálogo y tener objetivos concordantes que no significa iguales. Claramente surge que un diálogo o una discusión o un convenio se logra de una forma equitativa cuando las partes se respetan mutuamente. Es necesario tomar conciencia de que los médicos somos muy responsables de esta situación y no son sólo los factores externos los causantes. Durante años hemos actuado como si nada ocurriese y continuamos trabajando en forma aislada (una excepción son los anestesiólogos) y sin buscar puntos de apoyo y estrategias comunes tendientes a defender la dignidad de nuestra profesión y por ende lograr una mejor atención de la salud. Ciertas experiencias recientes en los EE.UU. señalan que la unión de algunos grupos de médicos han podido establecer contratos directos con diversas Empresas, prescindiendo de ese modo de las HMO, con lo cual lograron retribuciones acordes con su trabajo y una reducción importante de los costos (los gerentes generales de las principales HMO, que obviamente no son médicos, perciben salarios promedio de 5.000.000 U\$S al año).

Nosotros en el Hospital Italiano tenemos una situación de privilegio en muchos sentidos, aunque obviamente la Institución debe adecuarse a las exigencias actuales que le impone el Sistema. El privilegio significa el poder trabajar en un lugar que aún cree que la "buena medicina" es lo más importante, que invierte en docencia e investigación, que tiene un grupo mayoritario de médicos preocupados en defender esos principios y que han comprendido que hoy en día se debe (y se puede) brindar una adecuada atención al costo más razonable posible. Debemos valorar esta situación y concordar con el Hospital estrategias comunes que permitan una progresiva mejoría en la asistencia médica, dentro de una estructura que logre la mayor satisfacción de los pacientes, de la Institución y de los que trabajan en ella. Desgraciadamente ello no ocurre en la mayoría de los lugares del país y las condiciones del médico empeoran diariamente, no sólo en lo económico, sino principalmente en su formación, en sus motivaciones y en la dedicación. A mi juicio, más allá de que debemos bregar por una mejor y más equitativa distribución de los recursos y una más adecuada organización y unión de las asociaciones médicas, el velar continuamente por el mantenimiento de los principios éticos y humanísticos de la profesión médica será el principal elemento y el que verdaderamente nos va a permitir mantener la dignidad y obtener el respeto y la confianza de los pacientes, sin las cuales no hay forma de ejercer debidamente la medicina.

Deseo terminar estas reflexiones citando a nuestro maestro el Dr. Gianantonio, quien a sus extraordinarias cualidades como médico unió una gran humildad, una enorme sabiduría y una devoción por la profesión, que nos transmitió con el ejemplo de su vida y su dedicación. En una oportunidad escribió: "La Medicina ha evolucionado a través de los siglos hasta constituir una disciplina que enorgullece al género humano. Se trata de una actividad de servicio, basada en un sentimiento profundo de solidaridad con el prójimo. Muchos de sus contenidos son científicos, otros escapan al encuadre estricto de las ciencias naturales, al invadir otros campos como el de los sentimientos, el de los afectos, el de la moral "

*Dr. José M. Ceriani Cernadas  
Departamento de Pediatría*

# EVALUACION DEL TAMAÑO AL NACER EN UNA POBLACION DE 7476 RECIEN NACIDOS (RN) EN UNA MATERNIDAD PRIVADA DE LA CAPITAL FEDERAL.

Carlos A. Fustiñana, Ernesto Luppo, Jorge Barzizza, José María Ceriani Cernadas.\*

La representación del crecimiento intrauterino mediante curvas de peso al nacer (PN) es de gran utilidad clínica y constituye una herramienta para la detección del alto riesgo tanto en el período neonatal como en etapas ulteriores. La información que brindan las curvas puede ser variable debido a las características de la población y/o a la selección de la muestra. Con el objetivo de determinar el crecimiento intrauterino en una población de recién nacidos (RN) en una maternidad privada de Bs As. se construyeron curvas de peso al nacer (PN), longitud corporal (LCN) y perímetro cefálico (PCN). De un total de 8071 RN se excluyeron 575 por causas que alteran el crecimiento fetal: hipertensión (260), diabetes (88), retardo de crecimiento intrauterino (30), malformaciones (47) y gemelaridad (198). Se determinó la media, mediana, desvíos estandar, percentilos, sesgo y curtosis en cada semana evaluada. Con los datos obtenidos se construyeron tablas de peso al nacer desde las 26 hasta las 42 semanas y las de PCN y LCN desde las 30 hasta las 42 semanas. Se comprobó la existencia de diferencias significativas entre varones y mujeres a partir de la semana 35 ( $p < 0.0001$ ). Las presentes curvas muestran el tamaño al nacer de RN provenientes de una clase social media y confirman la necesidad de tener curvas por sexo a partir de las 35 semanas de edad gestacional.

## INTRODUCCION

La representación del crecimiento intrauterino se realiza mediante curvas de peso al nacer (PN). Su gran utilidad clínica las ha constituido en una importante herramienta para la detección de recién nacidos de riesgo. Los estudios pioneros de Lubchenco y col.<sup>(1)</sup>, constituyeron un aporte significativo a la moderna neonatología, al mostrar la influencia ejercida por el peso (tamaño) y la edad gestacional (madurez) en la morbilidad y mortalidad durante el período neonatal<sup>(2)</sup> y también en la infancia. Estas características hacen que la construcción de los estándares de referencia deba ser cuidadosamente planificada y evaluada. Dicha construcción se basa en la recolección de datos del tamaño al nacer de niños con edad gestacional conocida, pese a ello la información que brindan puede ser variable debido a las características de la población<sup>(3)</sup>,

la selección de la muestra<sup>(4)</sup>, etc. En nuestro país, si bien se han publicado datos locales<sup>(5,6)</sup> los mismos representan cohortes hospitalarias y no muestras representativas de la población general. La maternidad de nuestro Hospital atiende predominantemente pacientes provenientes de clase media es por ello que planificamos este estudio con el objetivo de construir curvas de crecimiento intrauterino de peso longitud corporal y perímetro cefálico correspondientes con nuestra población.

## MATERIAL Y METODOS

Para el presente estudio se utilizaron las fichas del resumen perinatal (epicrisis) computado puesto en funcionamiento en nuestra Institución desde enero de 1989. El mismo es iniciado en el momento del nacimiento y supervisado por uno de los autores (E.L.) hasta el alta o fallecimiento del paciente. Fueron incluidos todos los recién nacidos vivos cuyo parto se produjo entre Enero de 1989 y diciembre de 1995.

### a. Definición de edad gestacional y

\*División Neonatología. Departamento de Pediatría. Hospital Italiano de Buenos Aires. Gascón 450 (1181) Cap. Fed. Bs. As. Argentina

**“crecimiento normal”**: En la epicrisis perinatal normalmente se incluyen dos evaluaciones distintas de la edad gestacional (EG) del recién nacido. La primera es la que expresa el tiempo transcurrido entre el primer día del último período menstrual y el día del parto, llamado EG por fecha de última menstruación (FUM) y el segundo es la llamada EG por examen físico, que es la evaluación postnatal del recién nacido y la determinación de la edad de acuerdo a la aparición de determinados estigmas de madurez o inmadurez sean estos físicos y/o neurológicos, por métodos descriptos por diversos autores<sup>(7,8,9)</sup>. En el presente estudio se utilizó la EG por FUM. Se descartaba el registro si se desconocía la EG por FUM o si existía una discrepancia mayor de 2 semanas entre la FUM y la evaluación por examen físico. Entendimos por “crecimiento normal” a la ausencia de factores maternos y/o fetales que producen deterioro en el peso y/o tamaño al nacer: toxemia, gemelaridad, diabetes, infección intrauterina, malformación congénita grave o cromosomopatía.

**b. Determinación del tamaño al nacer**: Todos los recién nacidos fueron pesados en sala de partos desnudos y luego de la realización el examen físico completo. El peso se realizó en balanza de palanca hasta los últimos 10 gramos completos. El perímetro cefálico y la longitud corporal se determinaron a las 48 de vida según técnica<sup>(10)</sup>, expresándose la medición en milímetros.

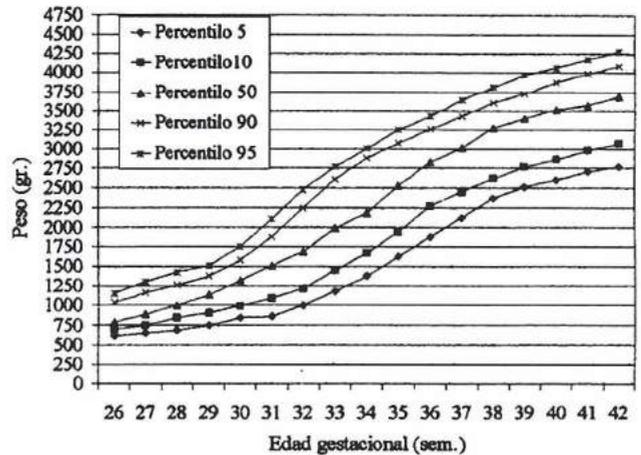
**c. Recolección de los datos**: Los datos de los recién nacidos se volcaron en una hoja pre-formada donde constaron los siguientes aspectos: identificación de la madre y del recién nacido, datos demográficos, antecedentes del embarazo y parto, puntaje de Apgar, patología neonatal y datos específicos del estudio (peso, longitud corporal, perímetro cefálico y edad gestacional).

**d. Análisis estadístico**: Las bases de datos fueron analizadas mediante un programa estadístico, determinándose las medias, mediana y medidas de dispersión (desvíos estandar y percentilos) en cada edad gestacional. El suavizamiento de las curvas se realizó mediante una fórmula polinomial de cuarto grado para permitir su ajuste.

## RESULTADOS

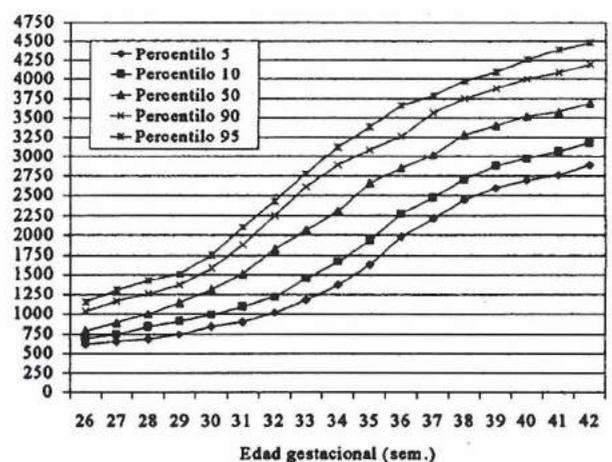
De un total de 8071 RN vivos elegibles (no ingresaron 89 niños por discrepancias o incertidumbre de la FUM) fueron excluidos 575 neonatos por causas

**Figura 1: Crecimiento en peso desde las 26 hasta las 42 semanas, niñas. n: 3698.**

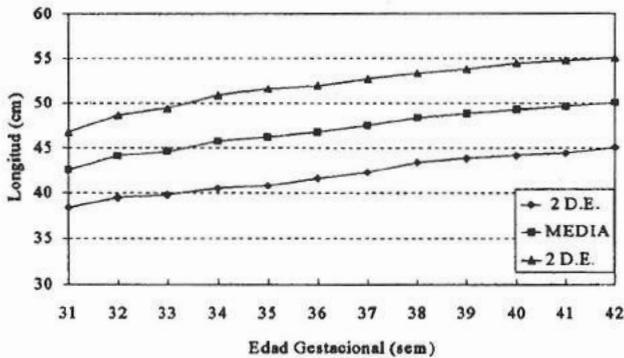


que alteran el crecimiento fetal: hipertensión (260), diabetes (88), retardo de crecimiento intrauterino (30), malformaciones (47) y gemelaridad (198). Fueron incluidos un total de 7407 R.N. . Se determinó la media, mediana, desvíos estandar y percentilos en cada semana evaluada y con estos datos se construyeron tablas de peso al nacer desde las 26 hasta las 42 semanas y los datos disponibles sólo permitieron la realización de curvas de Perímetro Cefálico y Longitud corporal desde las 30 hasta las 42 semanas dado que en los prematuros muy pequeños estas medidas se registraban luego de la primera semana. En las tablas 1, 2 y 3 se muestran las medias, desvíos estandar, percentilos, sesgo y curtosis del peso al nacer, longitud corporal y perímetro cefálico de la población estudiada, divididas

**Figura 2: Crecimiento en peso desde las 26 hasta las 42 semanas, varones. n: 3778**



**FIGURA 3: Crecimiento en longitud corporal entre 31 y 42 semanas. Ambos sexos.**

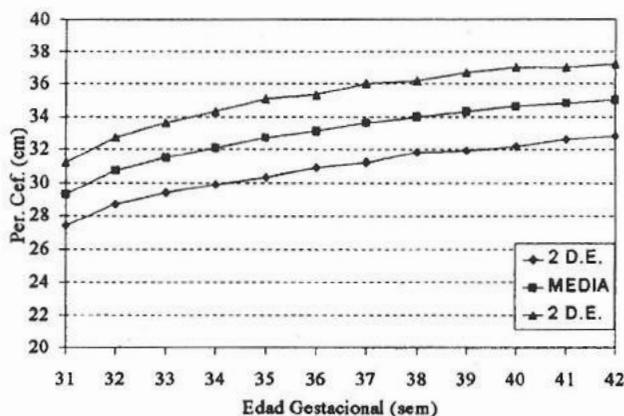


por sexo. Las Figuras 1 (Mujeres) y 2 (Varones) muestran las curvas de Peso al Nacer de ambos grupos entre la 26 a 42 semanas; en la Figura 3 se visualiza la longitud corporal entre las 30 y 42 semanas al igual que la Figura 4 dibuja el crecimiento del perímetro cefálico durante el mismo período. Se encontraron diferencias significativas entre los sexos a partir de la semana 35 ( $p < 0.0001$ ), mostrando que los varones tienen un mayor peso que las niñas en las últimas semanas de la gestación.

## DISCUSION

Los presentes datos se han elaborado con una población de niños sanos provenientes de familias de clase media de la Capital Federal. Existen pocas publicaciones que permitan acceder a esta información en nuestro medio y son pocas las publicaciones de curvas de crecimiento en niños a partir de las 26

**Figura 4: Perímetro cefálico. Ambos sexos desde las 34 a las 42 semanas.**



**Tabla 1: Valores de peso (gramos) en niñas desde las 26 hasta las 42 semanas postmenstruales. P (percentilo)**

Edad gestacional	P5	P10	P 50	P90	P 95
26	615	690	790	1040	1150
27	650	748	890	1159	1309
28	685	845	1003	1260	1425
29	750	910	1140	1375	1512
30	845	998	1320	1580	1750
31	865	1092	1513	1876	2102
32	1000	1214	1686	2248	2480
33	1180	1450	1990	2612	2768
34	1375	1665	2185	2888	3012
35	1536	1936	2529	3084	3201
36	1875	2276	28835	32660	3400
37	2125	2450	3020	3430	3640
38	2375	2620	3280	3604	3810
39	2514	2770	3400	3720	3970
40	2597	2870	3520	3870	4070
41	2710	2889	3570	3990	4170

semanas de edad gestacional. En parte esto se explica por los bajos índices de sobrevida por debajo de las 32 semanas, que existían en el momento en que se elaboraron los estándares nacionales (año 1976) y porque la baja incidencia de nacimientos en estas

**Tabla 2: Valores de peso (gramos) de varones entre las 26 y 42 semanas postmenstruales. P (percentilo)**

Edad gestacional	P5	P10	P 50	P90	P 95
26	660	690	790	1040	1140
27	650	748	890	1390	1309
28	690	845	1003	1260	1425
29	750	910	1140	1400	1512
30	845	998	1320	1580	1750
31	902	875	1513	1840	1920
32	1023	1208	1825	2248	2855
33	1334	1450	2025	2689	3010
34	1464	1550	2160	2888	3140
35	1625	1936	2660	3084	3200
36	2100	2294	2855	3260	3400
37	2302	2450	3020	3500	3640
38	2479	2710	3280	3745	3979
39	2501	2770	3400	3745	3980
40	2597	2879	3520	3875	4090
41	2758	3064	3570	4090	4394
42	2890	3178	3685	4200	4485

**Tabla 3: Longitud corporal. Ambos sexos desde 34 a 42 semanas.**

Edad gestacional	2 D.E.	Media	2D.E.	D.E.
34	39.5	44.7	49.9	2.6
35	40.8	46.2	51.6	2.7
36	41.6	46.8	52	2.6
37	42.3	47.5	52.7	2.6
38	43.4	48.4	53.4	2.5
39	43.8	48.8	53.8	2.5
40	44.1	49.3	54.5	2.6
41	44.4	49.6	54.8	2.6
42	45.1	50.1	55.1	2.5

edades gestacionales, hacía difícil obtener una muestra suficiente, dado que sobre la población de 1401 R.N. vivos, solo 14 pesarían menos 1500 g. Como puede observarse en las Figuras 1 y 2, el crecimiento en peso presenta una aceleración a partir de la semana 30. Este incremento de la velocidad expresa la acreción grasa en el feto y es una constante de las curvas de crecimiento intrauterino. Esta característica obliga al uso de funciones polinomiales de cuarto o quinto grado para el suavizamiento de los datos crudos en las curvas<sup>(12,13,14)</sup>. El uso de funciones lineales, cuadráticas o cúbicas hace que el ajuste de las mismas sea imperfecto y no exprese el fenómeno biológico subyacente a ellas. En este estudio sólo fue necesario utilizar una forma polinomial de cuarto grado dado que, dicho ajuste se mostro adecuado por la escasa variación de las desviaciones residuales. La relación entre edad gestacional y peso al nacer ha demostrado un inmenso valor en la predicción de la morbilidad

**Tabla 4: Crecimiento del perímetro cefálico entre las 31 y 42 semanas. Ambos sexos.**

Edad gestacional	2 D.E.	Media	2D.E.	D.E.
31	27.4	29.3	31.2	0.95
32	28.7	30.7	32.7	1
33	29.4	31.5	33.6	1.05
34	29.9	32.1	34.3	1.1
35	30.3	32.7	35.1	1.2
36	30.9	33.1	35.3	1.1
37	31.2	33.6	36	1.2
38	31.8	34	36.2	1.1
39	31.9	34.3	36.7	1.2
40	32.2	34.6	37	1.2
41	32.6	34.8	37	1.1
42	32.8	35	37.2	1.1

neonatal. Este criterio de selección de riesgo en R.N., se basa en calificar a los mismos de acuerdo a su adecuación en el peso al nacer para la edad gestacional y los distribuye en tres categorías: bajo peso, peso adecuado y alto peso. También permite definir otra categoría, pero esta asociada al criterio de madurez: pretérmino (menor de 38 semanas), término (entre 38 y 42 semanas) y postérmino (mayor de 42 semanas). Estas categorías se asocian a distintas tasas de morbilidad y mortalidad. Otro elemento a considerar en el crecimiento fetal, corresponde a las características de la madre tanto en los aspectos sociales como en el de algunas condiciones que se ha reconocido influyen desfavorablemente en el producto del embarazo: edad materna, hábito de fumar e intervalo intergenésico. Estos factores hacen que poblaciones distintas tengan un crecimiento intrauterino diferente con pesos de nacimientos muchas veces discordante. Así mismo la existencia de la llamada tendencia secular produce cambios en el tamaño final de las poblaciones y debe ser considerado cuando determinados patrones de crecimiento son usados por décadas. Estudios realizados por nosotros<sup>(20)</sup> han mostrado diferencias significativas entre muestras de RN de distintas maternidades de la capital federal evidenciando una tendencia secular negativa (deterioro del peso al nacer) en una misma maternidad con un intervalo de 20 años. Es por ello que creemos que si bien el estándar nacional fue usado con éxito por casi dos décadas, hoy no cubre totalmente las necesidades de nuestra Institución. Por ello nos parece conveniente que por ahora las maternidades que atienden RN de alto riesgo construyan tablas que reflejen el crecimiento intrauterino de las poblaciones a su cargo hasta que puedan rediseñarse un nuevo estándar que contemple las edades gestacionales de las poblaciones de mayor riesgo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Lubchenko L. The high risk newborn. 1970. W. B. Saunders. Philadelphia.
2. Wilcox A, Skjaerven R, Buekens P, Kiely J. Birth Weight and perinatal mortality. A comparison of the United States and Norway. J.A.M.A. 1995;273:709-711.
3. Dougherty CRS, Jones AD. The determinants of birth weight. Am J Obstet Gynecol. 1982;144: 190-200.
4. Tanner JM, Thomson AM. Standards for birthweight at gestation periods from 32 to 42 weeks, allowing for maternal height and weight. 1970;45:566-569.
5. Lejarraga H, Díaz Ballvé C, Guerra A. Estudio antropométrico de 1401 recién nacidos sanos del área urbana de Buenos Aires.

Rev Hosp Niños.1976;XVII:9-21.

6. Sampedro M, Larguía AM, Grandi C, Solana C, Chiesa M. Estudio del peso de nacimiento en 30249 recién nacidos de una maternidad pública del área urbana de Buenos Aires. Arch Arg Pediatr. 1994; 92: 259-270.

7. Dubowitz LMS, Dubowitz V, Goldberg C. Clinical assesment of gestational age in the newborn infant. J Pediatr 1970; 77:1-10.

8. Capurro A, Konichetzky S, Fonseca D, Caldeyro-Barcia R. A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. J Pediatr 1978; 93:120-4.

9. Ballard JM, Novak KK, Driver MA. Simplified score for diagnosis of gestational age in the newborn infant. J Pediatr 1979;95:769-73.

10. Cameron N. The methods of auxological anthropometry. En: Falkner F, Tanner JM, eds. Human Growth Vol I. New York. Plenum Press, 1978:9-29.

11. Usher R, McLean F. Intrauterine growth of liveborn Caucasin infants at sea level: Standards obtained from meassurements in 7 dimensions of infants born between 25 and 44 weeks of gestation. J Pediatr 1969;74:901-910.

12. Fryer JG, Karlberg J, Hayes M. An approach to the estimation of growth standars: the univariate case. Acta Paeditr Scand 1989; Suppl 350:21-36.

13. Lawrence C, Fryer JG, Karlberg P, Niklasson A, Ericson A.

Modelling of reference values for size at birth. Acta Paeditr Scand 1989; Suppl 350:55-69.

14. Marubini E. The mathematical handling of long-term longitudinal data. En: Falkner F, Tanner JM, eds. Human Growth Vol I. New York. Plenum Press, 1978: 169-181.

15. Falkner F. Key issues in perinatal growth. Acta Paeditr Scand 1985; Suppl 319:21-25

16. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. N Engl J Med 1995;332:1113-1117.

17. Conter V, Cortinovic I, Rogari P, Riva L. Weight growth in infants born to mothers who smoked during pregnancy. BMJ 1995;310:768-771.

18. Rawlings JS, Rawlings VB, Read JA. Prevalence of low birth weight and preterm delivery in relation to the interval between pregnancies among white and black women. N Engl J Med 1995;332:69-74.

19. Karlberg P, Niklasson A, Erikson A y col. A methodology for evaluating size at birth. Acta Paeditr Scand 1985; Suppl 319:26-37.

20. Fustiñana CA, Lupo EA, Barzizza J, Ceriani Cernadas JM. Size at Birth. Local studies or national standards? XXXIII Reunión S.L.A.I.P. Ica. Perú.

---

## El Departamento de Docencia e Investigación Informa *Cursos 1998*

---

### *Curso de Educación a Distancia de Lecto-Comprensión de Inglés*



**Destinatarios:** Profesionales de la Salud que posean o no conocimientos previos del idioma inglés.

**Modulos:** Cuatro, con guías de trabajos de textos científico-médicos a entregar en mayo-julio-septiembre-noviembre.

**Inscripción:** A partir del 2 de marzo de 1998.

**Certificación:** De participación. De aprobación, no presencial.

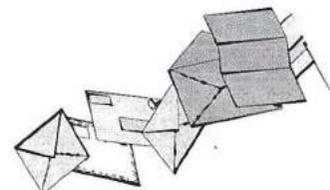
**Informes:** Departamento de Docencia e Investigación.

Sector Educación a Distancia.

Gascón 450, 2° piso (1181) Cap. Fed.

Tel/Fax:(01)959-0368

e-mail: profam@hitalba.edu.ar



## ARTÍCULOS ORIGINALES

# LOS SERVICIOS DE INFORMACION TERATOGENICA

Gustavo Izbizky, Mario Sebastiani, Raquel Sod, Teodoro Fried, Bruno E. Famá.\*

## INTRODUCCION

Los fracasos reproductivos y las anomalías congénitas constituyen una pesada carga tanto para la persona afectada, como para su familia y la sociedad en su conjunto. Uno de cada 33 recién nacidos vivos padecen un defecto congénito y para la edad escolar entre un 12% y 14% de los niños presentan algún trastorno del desarrollo. Los efectos adversos sobre la salud reproductiva de las toxinas y agentes teratogénicos muchas veces pasan inadvertidos por manifestarse en formas no tomadas en consideración, como fracasos en la reproducción (esterilidad, infertilidad); niños con trastornos de la conducta o enfermedades que aparecen en la edad adulta (carcinoma de células claras en hijas de mujeres expuestas intraútero al dietilestilbestrol). Socialmente las malformaciones congénitas provocan importante discapacidad, que desde el punto de vista epidemiológico se puede medir por los años de vida sana potencialmente perdidos por un individuo. Las malformaciones congénitas acompañan al individuo desde su nacimiento y por lo tanto afectan profundamente este indicador. Desde el punto de vista económico las anomalías congénitas son extremadamente costosas. Un estudio del CDC estimó en 8 mil millones de dólares el costo total de las 17 principales malformaciones mayores y la PC en 1 año. Los costos incluyeron costos médicos, servicios de apoyo, educación especial así como costos indirectos (pérdida de productividad, cargos debido a muerte prematura o discapacidades) (Tabla 1). En este estudio sólo se consideraron el 22% de los niños nacidos con malformaciones, por lo que el costo total es

probablemente mucho mayor. Con tal costo social no se puede menospreciar cualquier esfuerzo que se haga para prevenir las malformaciones.

Existen más de 100.000 sustancias químicas en el mercado mundial, de los cuáles sólo alrededor de 3.000 han sido evaluados en animales. Preocupante resultó una encuesta internacional realizada por la OMS mostró que el 86% de las embarazadas recibían en promedio 2,9 drogas (rango 1 a 15) de prescripción durante la gestación.

Sin embargo es gratificante ver que la prevención de ciertas anomalías del desarrollo es posible. Dos ejemplos claros de ello son la disminución a la mitad de la incidencia de malformaciones en hijos de madres diabéticas insulino dependientes bien controladas antes del embarazo y la prevención de la ocurrencia y recurrencia defectos del cierre del tubo neural con la suplementación periconcepcional de vitaminas.

Por otro lado resulta preocupante el incremento de anomalías funcionales relacionadas a la exposición intrauterina al alcohol y el incesante aumento del consumo de tabaco en países en desarrollo como consecuencia de las restricciones impuestas en los países desarrollados.

Es básicamente en el grupo de malformaciones de causas ambientales o por enfermedades maternas donde podemos poner en práctica medidas preventivas de muy fácil realización

En los últimos 10 años se han fundado distintos Servicios de Información Teratológica (SIT) en varias partes del mundo. Los SIT son servicios especializados de asesoramiento, que tienen como principal objetivo la prevención primaria de las malformaciones congénitas atribuibles a teratógenos. Estimulan al desarrollo de actitudes más críticas sobre las influencias externas en su salud reproductiva a través del asesoramiento sobre planificación del embarazo e información adecuada sobre la seguridad de los diferentes agentes a los que una pareja pueda estar expuesta.

El asesoramiento médico sobre los riesgos teratogénicos es un desafío difícil, pero actualmente posible. La información recogida se vuelca en riesgos que son comunicados a los profesionales de la salud o al público en general.

Este tipo de información permite a las parejas tomar decisiones informadas sobre su actitud ante exposiciones a diferentes agentes y evaluar la toma de decisiones no justificadas y no queridas respecto de la evolución del embarazo.

\*Servicio de Obstetricia Hospital Italiano de Buenos Aires Potosí 4135 (1199) T.E. 958-4421 e mail: ciate@italob.fmed.uba.ar

Para lograr estos objetivos los SIT entre otras cosas, asesoran directamente a las embarazadas o a sus médicos, publican artículos en la literatura científica, participan en los medios masivos de difusión, organizan reuniones científicas o para la comunidad. Alrededor de 60 centros en Estados Unidos cooperan en el OTIS (Organization of Teratologic Information Services) y 31 centros en Europa, América Latina y Asia constituyen el ENTIS (European Network of Teratology Information Services). Esta red fue fundada con el objeto de coordinar y estimular las distintas actividades de los SIT. Parte de los objetivos de la colaboración comprenden la asistencia ad hoc en casos de difícil asesoramiento, y el diseño y realización de estudios epidemiológicos.

## PREGUNTAS A LOS SERVICIOS DE INFORMACION TERATOLOGICA

La modalidad de acuerdo a la que funcionan los SIT varía según las características socioculturales de la población y el apoyo financiero y académico con el que cuentan. La mayor parte de los SIT Europeos y en Estados Unidos tienen su aciento en Universidades, sea a nivel de centros de investigación o de salud.

El número de consultas varía ampliamente desde 200 a más de 10.000 al año. En 1995 se recibieron más de 40.000 consultas entre todos los miembros del ENTIS. Aproximadamente el 30% de las mismas cuentan con un seguimiento. La modalidad de atención

**Tabla 1: Costo económico de los principales defectos congénitos**

<b>Condición</b>	<b>Tasa de incidencia (por 100 mil nacidos vivos)</b>	<b>Costo Total (millones) (\$)</b>	<b>Costo por Caso Nuevo (miles) (\$)</b>
<b>Sistema nervioso</b>			
Parálisis cerebral	12.3	2426	503
Espina bífida	4.2	489	294
<b>Cardiovascular</b>			
Ductus persistente	1.1	210	505
Ventrículo único	1.3	173	344
Transposición grandes vasos	4.9	515	267
Tetralogía de Fallot	3.5	360	262
<b>Tracto alimentario</b>			
Fístula traqueo-esofágico	2.9	165	145
Atresia colo rectal	4.5	219	123
Hendidura facial	17.7	697	101
Atresia/estenosis intestino delgado	3.8	110	75
<b>Urogenital</b>			
Agenesia renal	4.3	424	250
Obturación	10.4	343	84
<b>Musculoquelético</b>			
Reducción miembros inferiores	2.2	167	199
Reducción miembros superiores	4.4	170	99
<b>Pared abdominal</b>			
Onfalocele	1.9	132	176
Gastrosquisis	2.6	109	108
<b>Cromosopatías</b>			
Síndrome de Down	10.5	1848	451
<b>Otras</b>			
Hernia diafragmática	3.7	364	250
<b>Total</b>	<b>83.3</b>	<b>8031</b>	<b>244</b>

también es diversa: algunos SIT sólo atienden telefónicamente o por Fax, otros realizan entrevistas personales, y en otros SIT utilizan una modalidad mixta en la que se cita a aquellos casos de alto riesgo. La variabilidad depende de las posibilidades logísticas y de las características de los sistemas locales de atención sanitaria.

Las preguntas más frecuentes por parte de las embarazadas o de los médicos son las siguientes:

1.- Una embarazada ha ingerido una droga sin tener conocimiento aún de su estado gravídico.

¿Cuál es el riesgo?. ¿Qué procedimientos de diagnóstico prenatal pueden sugerirse?

2.- Un obstetra indica una determinada medicación a una gestante. ¿Es esta droga segura?. ¿Existe otra droga con un efecto tóxico/teratogénico menor pero con igual eficacia terapéutica?

3.- ¿El riesgo de la droga puede ser mayor que el riesgo de la enfermedad que motiva su indicación?. ¿Los riesgos que presenta una droga pueden ser comparables a los riesgos espontáneos de alteraciones en el desarrollo de un feto?

4.- Una pareja planifica una gestación y se encuentra expuesta a drogas o agentes químicos. ¿Cuál es el riesgo? ¿Se puede modificar o evitar el riesgo?

5.- Una embarazada ha sufrido un accidente. ¿Qué información se le puede suministrar al médico a cargo respecto de los potenciales riesgo de las intervenciones diagnósticas o terapéuticas a realizar?

6.- ¿Cuál es el riesgo de exposición a las radiaciones o al calor, a las vacunas o a la polución ambiental?

7.- Información sobre los riesgos de las adicciones al alcohol o a las drogas.

8.- Un bebé ha nacido con una malformación congénita. ¿Se puede atribuir esta alteración a la ingesta o exposición de algún agente teratogénico durante el embarazo?

9.- Un hombre ha sido expuesto a agentes químicos o ha estado ingiriendo alguna droga. ¿Puede afectar su fertilidad? ¿Existen riesgos de transmisión paterna a los fetos o a los recién nacidos?

10.- Asesoramiento durante la lactancia

prenatal anormal y agentes ambientales. Las consultas son evacuadas por médicos cuya labor consiste en buscar potenciales peligros de los agentes teratogénicos sobre el embarazo utilizando la información científica disponible y confeccionando resúmenes que permitan una toma de decisiones sobre evidencia científica en el embarazo en cuestión.

La valoración del riesgo individual se basa en la literatura científica: libros, revistas, bases de datos (REPROTOX, TERIS, REPRORISK, etc.) y la experiencia acumulada de los diferentes SIT.

Dependiendo del tipo de pregunta los SIT tienen tres diferentes formas de cuantificar el riesgo:

1) asesoramiento terapéutico: el médico o la mujer embarazada desean información sobre la droga de elección para un tratamiento determinado, en forma simple, desean un 100% de seguridad en cuanto a toxicidad prenatal;

2) evaluación retrospectiva del riesgo en casos de exposición pasada: especialmente las mujeres embarazadas asumen un alto riesgo teratogénico aún en casos de drogas inocuas.

3) valoración de una relación de causalidad entre una anomalía congénita diagnosticada en un recién nacido y la exposición materna a algún agente durante el embarazo.

Para prevenir cualquier mala interpretación y decisiones erróneas es imperativo diferenciar estos tres tipos de consultas cuando deban volcarse la información en un riesgo. Una incorrecta interpretación de la información puede llevar a una embarazada a realizarse procedimiento diagnósticos invasivos, muchas veces incorrectamente indicados, o aún más a terminar la gestación. La simple clasificación con letras o dígitos o con etiquetas como "contraindicado en el embarazo" podrían ser útiles para no prescribir el fármaco. Sin embargo si la droga ya ha sido administrada dicho rótulo puede ser interpretado como "Embarazo contraindicado después de consumir la droga" y llevar a la conductas que no conciden con aquella advertencia.

Cuando se realiza el asesoramiento individual en embarazos ya expuestos, es importante cuantificar el riesgo con el objeto de disminuir la ansiedad y evitar intervenciones injustificadas.

## RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

De acuerdo con las recomendaciones del ENTIS, los operadores de estos servicios deben poseer formación y conocimientos en Obstetricia, pediatría, genética y otras disciplinas relacionadas al desarrollo

## NUESTRA EXPERIENCIA

En 2 años de funcionamiento se recibieron alrededor de 400 consultas. De ellas, un 3,4 % fueron realizadas a través de un FAX y un 96,6 % por teléfono.

En el 21,7 % de los casos consultaron los médicos y en el 78,3 % las consultas fueron realizadas por las embarazadas. Las pacientes tenían una edad media de 29 años, con un rango entre 18 y 42 años. El origen geográfico de las consultas provino de: Capital Federal (82%); Gran Buenos Aires (8,8%), del interior del país (6,8%) y del exterior Mercosur (2%).

La mayoría de las consultas se refirieron a pacientes gestantes (85 %). La edad gestacional a la consulta osciló entre 4 y 32 semanas con una media de 10,13 semanas. El resto de las consultas se distribuyó en pregestacionales (9,6 %), y postparto (5,4 %). El 45% de las consultas fueron por ingesta de múltiples agentes. Los agentes más consultados se observa en la tabla 2.

**Tabla 2: Exposiciones de consulta más frecuente.**

---

Alprazolam  
Fluoxetina  
Carbamazepina  
Radiación diagnóstica  
Exposición a varicela  
Metoclopramida  
Loratadina  
Vitamina A (tópica y oral)  
Fenobarbital  
Amitriptilina

---

## DISCUSION

El acceso a la información es uno de las características propias de nuestro fin de siglo. Muestras de ello lo constituyen entre otras, la Red Internet, los servicios de asistencia a los consumidores, las líneas abiertas de toxicología. Lamentablemente carecemos de información sobre los posibles efectos de la mayoría de las sustancias presentes en los productos medicinales, alimenticios y químicos agroindustriales, fundamentalmente porque nunca han sido evaluados en cuanto a sus toxicidad reproductiva y del desarrollo.

Resulta obvio que necesitamos drogas más seguras para usar en el embarazo, y para obtenerlas es necesario realizar una vigilancia continua de los productos, así como de los estudios que se realizan. Los obstáculos para realizar esta tarea surgen de la carencia o

insuficiencia de las regulaciones de las agencias estatales y de la oposición de la industria a ejercer su propio control. Las únicas organizaciones que por el momento parecerían en condiciones de realizar esta vital tarea vital son los SIT.

Con los resultados de los registros de casos que llevan adelante los SIT, junto a los sistemas de vigilancia epidemiológica de malformaciones congénitas existentes (ej. Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas) se podrán elaborar listas de sustancias que hayan sido provadas como seguras durante la gestación, para ser utilizadas en caso de ser necesario.

El CIATE (Centro de Información sobre Agentes Teratogénicos) es la primera línea de asesoramiento exclusivamente sobre Agentes Teratogénicos abierta de manera gratuita a las embarazadas, los profesionales de la salud y los medios de comunicación social. Hemos querido mostrar nuestra experiencia a la comunidad del Hospital Italiano con el objetivo de promover accesos similares en otros servicios.

## BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

1. Brent R. Complejidades del problema de las malformaciones en seres humanos. *Clin Perinatol Norteámerica* 1986; 3: 531-544.
2. Czeizel A, Dudas I. Prevention of the first occurrence of neural tube defects by periconceptional vitamin supplementation. *N Eng J Med* 1992; 327: 1832-5.
3. Collaborative Group on Drug use in Pregnancy. An international survey on Drug Utilization during pregnancy. *International Journal of Risk and Safety in Medicine* 1991; 1:1.
4. Mills JL, Knopp RH, Simpson JL. Lack of relation of increased malformation rates in infants of diabetic mothers to glycemic control during organogenesis. *N Eng J Med* 1988; 318: 671-676.
5. Needleman H., Belinger D. Prenatal exposure to toxicants. Developmental consequences. Johns Hopkins University Press, 1994.
6. Schaeffer C. The teratology information centers: studying drug effects and communicating risks. *EUROCAT Newsletter* 1997; 11: 1-2.
7. Stevenson R, Hall J, Goodman R. Human malformations and related anomalies. Oxford University Press 1993: v 1
8. United Nations. Environmentally sound management of toxic chemicals including prevention of illegal international traffic in toxic and dangerous products: Earth summit: Agenda 21: the United Nations programme of action from Rio. New York: United Nations; 1993: 186-196.
9. Waitzman NJ, Romano PS, Scheffer RM, et al. Economic costs of birth defects and cerebral palsy- United States 1992. *MMWR* 1995; 44:694-699.
10. Wise L. The state of the web for developmental toxicologists. *Reprod Toxicol* 1997; 11: 7 51-755.

## ASPECTOS ETICOS DE LOS TRASPLANTES DE ORGANOS

Rosina Pace\*

En la actualidad pocas dudas pueden quedar acerca de la real utilidad terapéutica de muchos trasplantes de órganos. Han sido superados los escollos técnicos y la principal dificultad clínica, el rechazo, está siendo controlada aceptablemente. Por lo que varios trasplantes se consolidaron como opción válida dentro del arsenal terapéutico. La mayoría de las veces es la única alternativa a la muerte y en otros, como el renal, mejora en forma importante la calidad de vida que la medicina puede ofrecer a este tipo de enfermos. Pero todo esto con una peculiar característica: Para poder llevarse a cabo necesita de la solidaridad de toda la sociedad. Al menos hasta que los xenotrasplantes o los órganos artificiales se establezcan como útiles, las únicas fuentes de órganos son humanas y por tanto se requiere del altruismo de una persona viva o de quien fue persona y de su familia para realizar un trasplante. Además, por la complejidad de todo el proceso de donación y trasplante se ponen a prueba todos los estamentos sociales. Es muy fácil imaginar entonces que los problemas éticos son innumerables y que sólo con la adecuada resolución de los mismos podremos obtener resultados de calidad.

### ALGO DE HISTORIA

El tipo de trasplante que nos interesa en este trabajo son los homotrasplantes, es decir aquellos

que se realizan entre individuos diferentes de una misma especie. En este caso, la especie humana. El ejemplo histórico típico es la transfusión sanguínea que recién logró ser exitosa en 1901 cuando Lansteiner descubre el sistema ABO. Comenzaba a vislumbrarse el problema y las causas del fenómeno de rechazo. En 1902 Alexis Carrel<sup>(1)</sup> pone a punto la técnica de anastomosis vascular y resuelve así uno de los principales problemas técnicos. En 1958 Van Roux descubre el sistema HLA y se logra explicar el rechazo. Ya en 1954 se había realizado con éxito el primer trasplante renal en gemelos en el Peter Bent Brigham Hospital<sup>(2)</sup> y por esos años comienzan a probarse diversas combinaciones de drogas inmunosupresoras y se inicia una serie de trasplantes de órganos. En 1963 Hardy<sup>(3)</sup> realiza el primer trasplante de pulmón y luego Starzl<sup>(4)</sup> los primeros de hígado. En 1967 Cristhian Barnard<sup>(5)</sup> logra el primero de corazón con toda la repercusión social que se pueda imaginar ya que nuestra cultura convirtió a ese órgano en un símbolo de la afectividad. Sólo basta recordar las innumerables expresiones estéticas que aluden al mismo. Recién en 1978, momento en que aparece la ciclosporina A y es posible controlar aceptablemente el rechazo, se pudieron establecer como útiles dichos trasplantes.

### HISTORIA DE LOS PROBLEMAS ETICOS

En este corto lapso de tiempo que constituye la historia de los trasplantes de órganos se fueron sucediendo diferentes problemas éticos que se pueden agrupar, siguiendo a Diego Gracia, en torno a tres etapas o fases:

**1- Fase experimental:** comprende los años transcurridos desde 1950 a 1975. Se plantean todos los problemas éticos relacionados con la experimentación en humanos. Los criterios de muerte cerebral no estaban bien establecidos y tampoco legislados y se consideraba mutilación la obtención de órganos de donantes vivos.

**2-Fase de consolidación:** Abarca de 1975 a 1983. Se legisla acerca de la muerte cerebral y sobre los requisitos que debe cumplir el proceso de donación y trasplante. Mejora la relación costo-beneficio y riesgo-beneficio, pero se sigue cuestionando la inversión que requieren.

**3-Fase terapéutica:** Esta etapa comienza con la aparición de la ciclosporina A y con ella una efectiva inmunosupresión, por lo que el trasplante comienza a ser realmente útil. En esta fase los

\*Departamento de Pediatría. División Cirugía Pediátrica. Hospital Italiano de Buenos Aires. Gascón 450 (1181) Cap. Fed. Buenos Aires. Argentina

problemas tienen que ver con la escasez de recursos y de órganos, así como la justa selección de los receptores.

## EL PROBLEMA DE LA MUERTE CEREBRAL

El cambio conceptual que significó la muerte cerebral fue crucial en la historia de los trasplantes, pero es importante subrayar que no fue la necesidad de la trasplantología lo que provocó ese cambio sino el desarrollo de la Terapia Intensiva. De todas maneras a partir de entonces existe la posibilidad de trasplantar órganos impares como el corazón, antes impensable. Probablemente para poder entender las razones de los cambios en torno al concepto de muerte que se sucedieron a lo largo de la historia, tengamos que situarnos dentro del marco de una sentencia de Laín Entralgo: "Para la mente humana, lo cierto será siempre penúltimo y lo último será siempre incierto"<sup>(6)</sup>. Sólomente así podremos asegurar con Diego Gracia<sup>(7)</sup> que la muerte no es un hecho natural, sino un constructo cultural, convenciones racionales siempre mediatizadas por la cultura, siendo un tema siempre abierto e imposible de cerrar definitivamente.

A través de la historia de la cultura occidental el concepto de muerte fue variando. En la Grecia antigua y por su peculiar manera de interpretar el mundo nace el concepto de muerte natural que tuvo enorme suerte llegando hasta nuestros días. La muerte natural tradicionalmente ha sido la muerte cardiopulmonar. Aquel estado en que el corazón deja irreversiblemente de funcionar y esto determina la muerte del individuo. Pero a mediados de este siglo, con el desarrollo de la Terapia Intensiva se revoluciona el concepto de muerte. En 1959 en dos lugares de Francia casi simultáneamente se describe un estado fisiopatológico caracterizado por coma apneico, ausencia de reflejos osteotendinosos y de tronco, con corteza silente a los estudios electroencefalográficos y por lo general en pacientes con graves alteraciones intracraneales al cual denominaron "coma dépassé"<sup>(8,9)</sup>. Ante esta nueva realidad, lograda como consecuencia de las técnicas de soporte vital, se plantea la pregunta de qué es lo que dota de naturaleza "humana" a un ser vivo y frente a esa pregunta

se hizo estrictamente necesaria la reformulación del concepto de muerte. Nace así el concepto de muerte cerebral y en la XXII Reunión Médica Mundial en Sydney (Australia) surge un informe sobre estos cambios y aparecen también los famosos criterios de Harvard. Posteriormente avalados por la President's Commission que define la muerte de la siguiente manera: "Un individuo está muerto cuando le ha sobrevenido o bien el cese de las funciones respiratoria y circulatoria, o bien el cese irreversible de todas las funciones cerebrales incluyendo el tronco cerebral. La determinación de muerte debe realizarse de acuerdo a los estándares médicos aceptados."<sup>(10)</sup> Pero como afirmábamos más arriba, este "concepto" no es estático sino está sujeto a cambios científicos y filosóficos, es decir culturales. De hecho ya hay quienes proponen otro tipo de criterios de muerte cerebral basándose en que el cerebro es un órgano complejo que data de diversos momentos de la evolución filogenética y por lo tanto lo específicamente "humano" en esa compleja estructura sería la encargada de las funciones intelectuales superiores y las afectivas. Pero esto último es un problema que nada tiene que ver con los trasplantes y las discusiones se establecen aún sólomente en el plano teórico. Pero nos confirma la afirmación de que la muerte es un hecho cultural, porque: "a diferencia de las restantes especies animales, la especie humana tiene y no puede no tener historia, el hecho de proyectar y la actitud ante lo proyectado y conseguido hacen que el hombre sea animal historicum"<sup>(11)</sup>.

### *Ética y muerte:*

Hace unos años era imposible imaginar muerto a un cuerpo cuyo corazón late. Hoy esto es real y para muchos, este nuevo concepto quizá dé más certeza de la muerte específicamente humana. Pues actividades que dotan de naturaleza humana a nuestra realidad tienen su sede en el cerebro que con rigor intelectual y científico puede considerarse como lo hace Laín como "órgano del alma": "La vida humana es intimidad y acción en el mundo, amor y odio, creación artística y creación intelectual, religiosidad y arreligiosidad, heroísmo y cobardía, alegría y dolor, socialidad e historia, diversión y tedio, tantas cosas más. Lo cual no es óbice para pensar que en el nivel actual del pensamiento y de la ciencia es altamente razonable

referir todas esas formas de vida a la actividad psíquica del cerebro del hombre, tal como evolutiva y estructuralmente se ha configurado en el actual *Homo sapiens sapiens*; más razonable desde luego que atribuir las a un alma concebida como ente inmortal, contradistinto del cuerpo y superior a él<sup>(12)</sup>.

Desde el punto de vista de la Bioética debemos decir que nuestras obligaciones morales van a estar inscriptas en el marco del absoluto respeto por los seres humanos quienes merecen ser tratados como fines y no como medios. Esto significa que el diagnóstico de muerte debe hacerse con la mayor certeza posible y hasta tanto no se confirme dicho diagnóstico estamos ante un paciente. Sólomente de esta manera cumpliremos con el principio de no maleficencia. El diagnóstico de muerte debe ser independiente de la eventual donación de órganos.

Seremos justos si ante esta nueva concepción de la muerte, que tiene más repercusión social que la tradicional por la estrecha relación con los trasplantes, se hacen públicos los criterios fomentando la discusión del tema en el seno de las sociedades. De manera que la comprensión del mismo facilite la toma de decisiones autónoma. Cuanta más información y educación acerca del tema posean las sociedades, las donaciones serán menos complicadas, y probablemente la educación deba comenzar fundamentalmente por la sociedad médica.

Probablemente el deber de beneficencia de todas las personas que estamos relacionadas con el tema sea justamente el de educar, para que la comprensión del mismo no quede reservada a unos pocos y redunde en beneficio de todos.

Ahora bien, en ética se pueden distinguir dos dimensiones muy relacionadas entre sí pero con ciertas diferencias. El ámbito de lo público y el de lo privado. El ámbito de lo público es aquel en el que todos los individuos que conformamos una sociedad interaccionamos. Es aquel de los intereses comunes y es aquel que debe estar garantizado por ciertas organizaciones supraindividuales que conforman ese ente llamado Estado. La dimensión en la que se desarrollan los problemas éticos relacionados con el diagnóstico de muerte es la dimensión pública. Nacemos públicamente y morimos también públicamente. Por lo tanto, los criterios de muerte cerebral deben ser claros, transparentes, deben

arbitrarse los mecanismos para que no puedan existir dudas al respecto. Se debe garantizar la corrección de los mismos. Sobre todo porque al estar relacionados con los trasplantes la sensibilidad de toda la sociedad se acentúa. Es por lo anteriormente dicho que la muerte tiene en todos los países un marco legal. En nuestro caso, en Argentina, la institución que debe garantizar la corrección de todo el proceso, es el INCUCAI. No sólomente asegurando esto sino educando, promoviendo la donación, saliendo al paso de noticias que puedan perjudicar el sistema de donación y trasplante, estando accesible a la gente en general, etc, etc.

## CONSENTIMIENTO PARA LA DONACION

Existen dos maneras en que se puede considerar el consentimiento para la donación desde el punto de vista legal:

**Consentimiento expreso:** es aquel en el que la persona, en vida, positivamente da su consentimiento para que en caso de muerte cerebral le sean extraídos sus órganos.

**Consentimiento presunto:** es aquel en el que se considera donante potencial a todo sujeto que previamente no haya expresado su negativa a la donación. En realidad es presunción de no oposición. Aunque esta forma pueda parecer más útil, la negativa no necesariamente debe ser por escrito sino que se debe preguntar a la familia si el sujeto, alguna vez en vida expresó su desacuerdo, y se corre peligro de obtener la opinión de las familias y no la real del difunto. De todas maneras no conviene violar la opinión familiar pues a largo plazo podría ir en contra de todo el sistema. Así también, en el caso de que un sujeto haya donado expresamente pero su familia se oponga a la donación, es preferible respetar la opinión de la familia y perder un donante a que se sientan coaccionados. Esto último es muy perjudicial para todo el sistema de donación. La idea debe ser apelar al altruismo de la gente, y esto no se hace por la fuerza. Aunque legalmente nadie es dueño del cadáver, por lo menos afectivamente le pertenece a su familia.

### **Problemas éticos:**

Se debe dar abundante y clara información a las familias, respondiendo a sus consultas

respetuosamente. Es el médico tratante el que debe informar a las familias del estado de muerte cerebral, porque es la persona más cercana a los familiares. Y en principio la solicitud de donación también debería hacerla él. Debería contarse con un espacio físico adecuado para poder explicar la muerte cerebral y solicitar la donación. No debe procederse a la extracción si la familia se opone. Con respecto a los equipos médicos y de enfermería se considera que desde el momento en que se realiza el diagnóstico de muerte cerebral dejan de existir las responsabilidades morales con el paciente pero se contraen nuevas obligaciones morales para con la sociedad. De manera que cambiando el esquema terapéutico, los esfuerzos deben ir dirigidos a mantener el "cadáver latente" en las mejores condiciones para posibilitar la extracción de los órganos. Se debe asegurar la competencia de los equipos médicos así como que las instituciones donde se lleven a cabo estos procedimientos cuenten con la infraestructura necesaria.

#### *La escasez de órganos:*

Este es un importante problema en casi todos los países del mundo. Las donaciones siguen siendo insuficientes y con el éxito demostrado por ciertos trasplantes están aumentando las indicaciones. Frente a esta situación lo ideal sería establecer los mecanismos como para agotar todos los medios para aumentar las donaciones de cadáver y tratar de recurrir lo menos posible al donante vivo. Los profesionales de la salud y la autoridades tenemos una enorme responsabilidad ante este problema, pues al introducir este procedimiento en la terapéutica somos también responsables de fomentar la donación. Al hablar de muerte cerebral ya dije que la comprensión de la misma es fundamental para la donación. Que es un problema de educación y que esa educación debe comenzar fundamentalmente por los profesionales de la salud. Es llamativo el desconocimiento existente entre los propios médicos acerca del tema. Muchos mitos se desmoronarían en una población bien educada, siendo un paso adelante en la donación. Pero por otro lado esto no es suficiente. Al estado de muerte cerebral hay que detectarlo, y en esas condiciones hay que mantenerlo, lo que no resulta fácil dada la inestabilidad hemodinámica y los desequilibrios metabólicos que produce. Por lo que países que han alcanzado una alta tasa de donación basaron su éxito no sólo en educar a la sociedad sino en la mejor detección y mantención

de los donantes a cargo del Coordinador de trasplante. Tal es el caso de España que con su Organización Nacional de Trasplantes (ONT) logró las cifras más altas del mundo en materia de donación desarrollando un sistema reticular que se apoya en el coordinador de trasplante que trabaja activamente dentro de cada hospital<sup>(13)</sup>. La confianza en la solvencia técnica y ética de toda la red de trasplantes es fundamental para la donación.

#### *La distribución de los órganos:*

Una de las funciones más importantes de las organizaciones de trasplantes, además de garantizar la solvencia de los equipos médicos y de las instituciones que llevan a cabo los trasplantes es asegurar la justa distribución de los órganos. Deben existir claros criterios de inclusión en las listas de espera así como criterios de exclusión de las mismas. En principio deberíamos decir que estos criterios deben ser médicos, no deberían existir razones sociales o culturales que influyan, o si existe alguna de mucho peso tratar de solucionarla por alguna vía de manera de no discriminar a la gente por dichos motivos. Los criterios deben ser consensuados entre todos los equipos de trasplante, para cada órgano, de acuerdo a los conocimientos médicos actuales. Además deben ser revisados año a año.

La asignación del receptor ante una donación debe estar presidida por el principio de justicia. Se trata de repartir un recurso escaso, por lo que es fundamental hacerlo de la manera más justa posible. Deben existir claros criterios de asignación, especificando las excepciones a los mismos, por ejemplo en el caso de urgencias. La simple asignación de acuerdo al momento de llegada a la lista de espera no parece la manera más justa de asignar un órgano.

Dichos criterios deben ser públicos, es decir estar al alcance de cualquier persona que quiera conocerlos.

Se debe asegurar la gratuidad de los órganos.

Sólo una organización transparente puede asegurar lo anteriormente expuesto.

#### *El problema del donante vivo:*

Si bien los primeros trasplantes que se realizaron fueron con donantes vivos, después del cambio conceptual acerca de la muerte y del desarrollo de técnicas de ablación y preservación adecuadas, la connotación ética del trasplante de donante vivo es diferente. La donación de tejidos regenerables tales

como sangre o médula ósea no plantea excesivos problemas éticos. Pero la donación de un órgano o parte de él es un problema diferente. Como es obvio, se puede aceptar la donación de un órgano par o parte de un órgano impar, tal es el caso del hígado.

### ***Ventajas y riesgos:***

Las ventajas en general dependen de la elección del momento del trasplante evitando períodos de diálisis en el caso renal, o de deterioro de la función en el caso hepático y pulmonar. Se reduce el tiempo de isquemia y se aumenta, en teoría aunque no está comprobado, la histocompatibilidad. Además de estrechar los vínculos donante-receptor.<sup>(14)</sup> Pero por otro lado los riesgos no son despreciables. Para el caso renal la mortalidad es de 0,1 a 0,2%<sup>(15,16)</sup> y una morbilidad del 2,5%<sup>(17)</sup> al 8% según otros autores<sup>(18)</sup>. En donantes de hígado, la cirugía de explante es más compleja, pero con morbimortalidad baja cuando los equipos son entrenados.<sup>(19,20,21)</sup> Aunque ya existe en el mundo un caso por lo menos de muerte del donante. Por la cantidad de masa trasplantable es útil en niños casi exclusivamente. El caso del pulmón es aún más complejo, con enormes desventajas y con resultados a largo plazo no tan satisfactorios.<sup>(22,23)</sup>

### ***Cuestiones éticas:***

Muchos autores consideran que este tipo de donación compromete en cierta manera el principio de no maleficencia<sup>(24)</sup> dados los riesgos que debe afrontar la persona que dona. Por lo que debería estar reservada para aquellas situaciones en que no existe otra alternativa aceptable, cuando existe escasez de órganos cadavéricos por ejemplo.

¿Cuándo y en qué condiciones sería aceptable el donante vivo?. Tiene que ser la única alternativa. Evidentemente si la oferta de órganos de cadáver permite un tiempo de espera razonable no sería deseable el donante vivo<sup>(24)</sup>. Se deben ofrecer las mejores condiciones técnicas. Es aceptable únicamente en centros donde similares cirugías se realizan frecuentemente por otros motivos. El donante ha de ser necesariamente adulto y competente. Debe decidir por sí mismo y debe estar libre de presiones externas. Para tomar este tipo de decisión debe conocer en forma exhaustiva los riesgos y las ventajas para él y para el receptor así como la posibilidad de la falla del injerto. El donante ha de hacer constar por escrito su

Consentimiento Informado. Es importante hacerlo por etapas de manera que la persona tenga tiempo para la reflexión, de lo que se deduce que en general no debe ser una indicación de urgencia. Por otro lado debe tener la posibilidad de tener una salida decorosa en caso de no estar dispuesto; hay que pensar que las presiones familiares a veces son muy marcadas. El donante debe ser sometido a una evaluación psicológica. El donante es quien en último término debe decidir en un acto libre.<sup>(25)</sup> La donación debe ser altruista y motivada por el afecto, se tiene conciencia de que en otros países las cosas son muy distintas<sup>(26)</sup> pero sostenemos que no debe existir remuneración alguna para las donaciones, por lo que quedaría reservada para donantes emparentados genética o emocionalmente. La comercialización de órganos es inaceptable. Por lo que hay que llamar la atención sobre el peligro de la misma en los países en que se acepta la donación de vivo no emparentados. Esto último no hace más que acentuar las injusticias sociales.

### ***Escasez de recursos económicos:***

Si bien los trasplantes son costosos no hay que olvidar que al menos el renal, no solamente mejora la calidad de vida sino que además cuesta menos que años de diálisis. En los demás casos las sociedades son las que deben decidir, en virtud del principio de justicia, si considerarlos o no necesarios en sus organizaciones de salud. Y en esto también hay algo más a tener en cuenta, este tipo de terapéutica son un desafío para todos los estamentos de una organización de salud por lo que en general redundan en beneficio de muchos más que los propios trasplantados, sino en mejorar la calidad de la atención en general.

Por último lo que es difícilmente aceptable es que exista la posibilidad técnica de los trasplantes y la imposibilidad práctica de realizarlos por escasez de órganos de cadáver y tener que recurrir al donante vivo en los casos en que se puede o en el caso del corazón morir esperándolo.

### **REFERENCIAS**

1. Carrel, A. Results of the transplantation of the blood vessels, organs and limbs. JAMA 1908;51:1662.
2. Merrill JP, Murray J, Hamison H, et al. Successful homotransplantation of the human kidney between identical twins. JAMA 1956;160:277-282.
3. Hard y JD, Watts RW, Dalto ML, et al. Lung homotransplantation in man. JAMA 1963;186:1065-1074.
4. Starzl, TE., Marcharo, TL., Von Kaulla, K., et al.

Homotransplantation of the liver humans. Surg.Ginecol.Obstet 1963; 117:659.

5. Barnard,CN., The operation, a human cardiac transplant; a intering report of a succesful operation at Groote Schuur Hospital, Cape Town. S.Afr.Med 1967;41:1271.

6. Laín Entralgo P. Cuerpo y alma. 2da de. Madrid: Espasa Calpe, 1995:38.

7. Gracia, D. Vida y muerte: bioética en el trasplante de órganos. En: García AE, Luis Escalante Cobo L. Muerte encefálica y donación de órganos. Comunidad de Madrid, 1995; 19.

8. Wertheimer,P.,Jouvet,M y Descotes,J. A propos du diagnostic de la mort du systeme nerveux dans le comas avec arreespiratoire traites par respiration artificielle. Press Med 1959;67:87-88.

9. Mollaret P, Goulon M. Le coma depasse.Rev Neurol 1959: 101:3-15.

10. Guidelines for the determination of death. Report of the Medical Consultant on the diagnosis of death to the President's Comission for the Study of Ethical problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. JAMA 1981;246:2184-2186.

11. Laín Entralgo P. Cuerpo y alma. 2da ed. Madrid: Espasa Calpe, 1995: 173.

12. Laín Entralgo P. Cuerpo y alma. 2da de. Madrid:Espasa Calpe, 1995: 308.

13. Matesanz R, Miranda B. Donación y trasplante.El modelo español. Madrid: .Aula Médica, 1995

14. Kamstra-Henne L, Beebe J, Stumm S, et al. Ethical evaluation of related donation: The donor after five years. Transplant Proc 1981; 13:60-61.

15. D'Alessandro AM, Sollinger HW, Knechtle SJ et al. Living related and unrelated donors for kidney trasplantation: A 28 years experience. Ann Surg 1995;222:353-364.

16. Najarian JS, Chavers BM, Mc Hugh LE, et al. 20 years or more of follow up of living kidney donors. Lancet 1992; 340:807-810.

17. Weiland,D. Sutherland,D. Chavers,B et al: Information on 628 living related kidney donors at the single institution, with long term folow up in 472 cases. Transp Proc 1984:16:5-7.

18. Dunn J, Nylander WA Jr, Richie RE, et al. Richie,R. Living related kidney donors: A 14 years experience. Ann Surg 1986;203:637-643.

19. Ozawa K, Uemoto S. Tanaka, K, et al. An apraisal of pediatric liver transplantation from living relatives. Initial clinical experiences in 20 pediatric liver transplantation from living relatives as donor. Ann Surg 1992; 216:547-553.

20. Shimahara YV, Yamaoka Y, Awan M, et al. Analyses of the risk and operative stress for donors in living related partial liver transplantation. Transplantation 1992; 54:983-988.

21. Kawarasaki , Hawarasaki H, Iwanaka et al. Partial liver transplantation from living donor. Experimental research and clinical experience. J Pediatr Surg 1994;29:518-522.

22. Shaw LA, Miller JN, Slutsky AS. Ethics of lung transplantation with living donors. Lancet 1991;338:678-681.

23. Griffith B, Hardesty R, Armitage JM, et al. A decade of lung transplantation. Ann Surg 1993; 218:310-318.

24. Kleinman I, Lowy F. Ethical consideration in living organ donation and a new approach. Arch Intern Med. 1992; 152:1484-1488.

25. Spital A. Living organ donation, Shifting responsibility. Arch Intern Med 1991;51:234-235.

26. Daar A, Salahudeen AK, Pingle A, et al. Ethics and commerce in live donor renal transplantation: clasification of the issues. Transplant Proc 1990; 22:922-924.

---

## El Departamento de Docencia e Investigación Informa *Cursos 1998*

---

### *Programa de Educación a Distancia de Medicina Familiar y Ambulatoria*

**Destinatarios:** Médicos que se dediquen o se quieran dedicar a la atención médica primaria y ambulatoria de la salud.

**Modulos:** Dos años. Cuatro entregas por año.

**Evaluación:** Dos pruebas de rendimiento, una parcial al finalizar el primer año y otra final, al concluir el segundo año.

**Certificados de:** Hospital Italiano de Buenos Aires  
75 créditos para la especialidad de la  
Asociación Argentina de Medicina Familiar.  
Optativo: Certificado de la Facultad de Medicina de la Universidad  
de Buenos Aires.

**Informes:** Departamento de Docencia e Investigación. Sector Educación a Distancia.  
Gascón 450, 2º piso (1181) Cap. Fed.

Tel/Fax:(01)959-0368. e-mail: profam@hitalba.edu.ar



## ARTÍCULOS ORIGINALES

# INTERNET: ¿QUE SE NECESITA PARA CONECTARSE?

Paula Otero\*

## INTRODUCCION

En la historia del mundo hay avances tecnológicos que determinan cambios importantes en la evolución. Algunos son trascendentales, como Internet, que se está posicionando como el adelanto de mayor impacto en lo referente a las comunicaciones en nuestro siglo.

Como la invención de la imprenta en el siglo XV, la red de redes está transformando las formas de conocer y comunicar, pero también los modos de hacer y pensar todo lo relacionado con las comunicaciones. Los Internet es una red global de computadoras que permite a varios millones de usuarios compartirla e intercambiar información.

Para utilizar Internet no hay que ser un experto en computadoras. Diariamente se utilizan el teléfono o el televisor sin pensar en las redes de comunicación que envían y transmiten las palabras o imágenes. Para navegar por Internet no es preciso entender cómo funciona, pero es importante saber que tipo de hardware necesito para conectarme.

Internet puede entenderse de muchas formas, pero básicamente en Internet se pueden hacer solamente dos cosas: enviar y recibir información. Esta información puede ser de cualquier tipo: imágenes, sonidos, texto y videos.

Existen en tres grandes sistemas de comunicación definidos por una nueva ciencia: la telemática o comunicación mediada por computadoras.

Los sistemas personales de comunicación vinculan personas mediante aplicaciones básicas como el correo electrónico hasta la aplicaciones de alta tecnología como la telefonía por Internet.

Los sistemas grupales, como los de chat o la

videoconferencia vinculan múltiples personas al mismo tiempo.

Los sistemas masivos encuentran su máxima expresión en la WWW. La cual ha sido la responsable de la difusión a nivel mundial que ha tenido Internet..

Internet se estableció en 1969, y actualmente es una colección mundial que se estima en siete millones de computadoras que se interconectan para compartir información. El aspecto más remarcable de esta red, es que computadoras con diferentes sistemas operativos pueden intercambiar información.

Para conectarse a Internet se necesitan tres elementos: una computadora, un proveedor de Internet y una línea telefónica.

## Computadora

Lo que actualmente se conoce como una computadora estándar (microprocesador Pentium) es suficiente para conectarse a Internet

Nuestra computadora esta compuesta de múltiples productos, tanto de hardware como de software.

Dentro del hardware, lo que más nos interesa es la CPU o unidad de proceso central, la memoria de trabajo o RAM y el módem.

## CPU (unidad central de procesamiento)

La CPU, es también conocida como el "cerebro" de la computadora, ya que controla las funciones de la PC, y por lo tanto, de ella dependen la velocidad de los comandos. Los microprocesadores recomendados es del tipo Pentium pero un procesador 486 sería lo mínimamente recomendado.

## RAM (memoria de acceso aleatorio)

La memoria RAM o memoria de escritorio, es importante, tratemos de imaginar esta memoria como una mesa de trabajo, cuanto más grande sea la mesa, podremos colocar más cosas en ella, por ejemplo agenda, libros, textos, etcétera. En la computadora la RAM es donde se depositan en forma temporaria los programas en los que estamos trabajando, cuando navegamos por Internet sería conveniente poseer memoria de 16 Mb o más.

## MODEM

Finalmente, el módem, es muy importante a la

\*Médica del Departamento de Pediatría. Hospital Italiano de Buenos Aires. Gascón 450 (1181) Cap. Fed. Bs As. e-mail: paula@exito.pccp.com.ar

hora de hablar de una conexión a Internet, ya que, es lo que nos va a permitir la transferencia de datos con la red.

La palabra módem es un acrónimo de modulador-demodulador. La modulación describe la conversión de datos binarios a analógicos; la demodulación, el proceso inverso. Esto significa que el módem "interpreta" la señal digital de la computadora la convierte a analógica para que viaje a través de la línea telefónica y la vuelve a transformar en digital cuando llega al módem y computadora de destino.

La velocidad a la que un módem es capaz de transferir información se mide en bits por segundo o (bps). Para tener una idea un texto de 100 páginas tardaría menos de 90 segundos en ser transferido por un módem de 28800 bps. A la hora de elegir un módem es importante conocer qué velocidad de transferencia maneja. Esta velocidad se mide en bits por segundo los módem más adecuados para acceder a Internet son aquellos que transfieran a mayor velocidad, considerando un módem estándar aquel que transmite más de 28800 bits por segundo.

Existen diferentes tipos de módem, externos, internos y de tarjeta pcmcia. No existen diferencias a la hora de evaluar la performance de cada uno, a igual velocidad de transmisión; pero si existen diferentes precios, debido a que los modems externos y de pcmcia son portátiles, su costo es mayor. A mayor complejidad por ejemplo (con manejo de voz) mayor precio. Es importante asegurarse que el módem pueda enviar datos de manera rápida, adecuada y sin errores.

Ultimamente se han comercializado los modems de 56000 bps, el problema que surge de la utilización de estos, es que la línea telefónica no puede soportar esta velocidad de transmisión y además no se ha estandarizado el protocolo de comunicación dado que existen dos tipos: por lo cual si nuestro módem maneja distinto protocolo que el de nuestro proveedor no podremos conectarnos a Internet

Cabe destacar que se están desarrollando nuevas tecnologías en lo que se refiere a modems. Los cable-modem optimizarán la transferencia de datos, dado que la misma podría llegar a ser de hasta 10 Mbps, y se ahorraría el costo de la comunicación telefónica, ya que se realiza la conexión directa al cable a través de una placa de red.

Los cable-modem existentes en Argentina son de dos tipos: simétrico (se solicitan y reciben los datos a través del cable) y se calcula un costo mensual de \$150, y asimétrico (donde se solicitan la información

por teléfono y se recibe por cable) siendo el costo estimado de \$100. No existe todavía un cableado para brindar el servicio simétrico a todos los hogares, pero las empresas más importantes de cable ya ofrecen el servicio asimétrico.

### *Software*

El software es el conjunto de programas que le imparte órdenes a la computadora para que las ejecute.

Para la conexión básica a Internet, es necesario dos tipos de software: un programa de comunicaciones y un programa navegador o "browser".

El programa de comunicaciones es aquel que permite establecer la conexión con el proveedor de Internet, en el sistema Windows 95, ya existe el software para la conexión, se denomina "acceso telefónico a redes", en el caso de utilizar Windows 3.1 se necesita de otros programas como Trumpet o IBM internet connection que cumple funciones similares al anterior.

El programa navegador nos permitirá interactuar con las diferentes páginas y sitios que existen en Internet, así como para poder visualizar un documento en formato de texto, se necesita un procesador de palabras, para ver la información existente en Internet se utiliza el navegador. Las dos empresas líderes en programas de navegación son Netscape ( Netscape Communicator 4.0) y Microsoft ( Internet Explorer 4.0). Ambos programas son similares en su funcionamiento y han ido mejorando en sus últimas versiones.

### *Línea telefónica*

La conexión telefónica debe ser de la mejor calidad posible, ya que ruidos en la línea pueden entorpecer la transferencia de datos y hasta cortar la comunicación.

Las nuevas centrales digitales han contribuido a optimizar las conexiones a Internet.

Así como es importante conocer que tipo de central posee nuestro teléfono, también se debe conocer los costos del uso telefónico. El costo promedio de conexión en hora no pico (22hs.a 8hs.) cuesta \$0,80/hora, en hora pico (8hs.-22hs.) cuesta \$1,70/hora, existiendo un aumento en el horario de 10hs. a 13hs. donde la hora de conexión cuesta \$2,10.

Aparte de disminuir costos por conexión, la navegación en horas no pico es más rápida, por lo cual los horarios más convenientes de conectarse son después de las 23hs. o antes de las 9hs.

### **Proveedor de Internet**

Debido a que Internet, es un nuevo y floreciente mercado debido al interés que todos los usuarios han puesto sobre ella, existe una sobreoferta de proveedores de Internet.

En el momento de elegir un proveedor de Internet, es importante averiguar ciertas características de las empresas:

**Costos:** los costos promedio van de \$30 a \$60/mes por tarifa plana, por tarifa plana se entiende uso irrestricto sin límite de horario.

**¿Qué tipos de módem posee?:** los proveedores deben ofrecer los modems mas rápidos que existan en el mercado en ese momento, ya que al realizar la conexión los modems (del proveedor y el nuestro) se "conectan" a la velocidad del módem más lento, entonces no serviría de nada poseer un módem de 33600 bps si el proveedor tiene modems de 14400 bps.

**¿Qué tipo de asistencia y servicio técnico ofrecen?:** cuando recién se inicia la navegación por Internet es importante tener siempre a mano el teléfono del servicio técnico porque siempre existen dudas.

**¿Qué otros servicios ofrecen?:** por ejemplo: publicación gratuita de paginas web personales, acceso

a grupos de noticias, etc.

Finalmente es importante destacar que el Hospital Italiano de Buenos Aires, posee conexión a Internet y puede ofrecer acceso a todos los médicos del hospital. Su dirección es <http://www.hitalba.edu.ar>

### **BIBLIOGRAFIA SUGERIDA:**

- 1.- Wang K K, Wong Kee Song L M. The physician and the Internet. Mayo Clin Proc 1997;72:66-71.
- 2.- Spooner S A. The pediatric Internet. Pediatrics 1996;98:1185-1192.
- 3.- Kramer J M, Cath A. Medical resources and the Internet: making the connection. Arch Intern Med 1996;156:833-842.
- 4.- Spooner S A. On-line resources for pediatricians. Arch Pediatr Adolesc Med 1995;149:1160-1168.
- 5.- Pallen M. Introducing the Internet. BMJ 1995;311:1422-1424.
- 6.- Pallen M. Electronic mail. BMJ 1995;311:1487-1490.
- 7.- Pallen M. Guide to the Internet. The World Wide Web. BMJ 1995;311:1552-1556.
- 8.- Pallen M. Guide to the Internet. Logging in, fetching files, reading news. BMJ 1995;311:1626-1630.
- 9.- Fikar CR. The Internet and the pediatrician: should there be a connection? Clin Pediatr 1996;35:229-235.
- 10.- Millman A, Lee N, Kealy K. ABC of medical computing. The Internet. BMJ 1995;311:440-443.
- 11.- McEnery K W. The Internet. World Wide Web, and Mosaic: an overview. Am J Roentgenol 1995;164:469-473.
- 12.- Glowniak J V. Medical resources on the Internet. Ann Intern Med 1995;123:123-131.




---

*In memoriam*  
**DR. JUAN CARLOS LAMATTINA**

---

El sábado 9 de agosto, nos golpeó la noticia de la muerte del Dr. Juan Carlos Lamattina, quien había luchado denodadamente con su enfermedad, sin claudicar en ningún momento su enorme fe cristiana.

El nombre de Lamattina se encuentra íntimamente vinculado con el Hospital Italiano, ya que desarrolló toda su actividad médica en dicha Institución. Se inició como Practicante Frecuentador en 1958 y desde entonces tuvo importante dedicación asistencial, volcando con el tiempo toda su experiencia en los jóvenes colegas que lo acompañaban, enseñando los secretos de la especialidad y fundamentalmente los criterios morales y éticos que deben regir en la profesión, dando él con su comportamiento el mejor ejemplo a seguir.

Su trayectoria hospitalaria se enriqueció con la designación en 1980 de jefe de la Sección de Patología Mamaria, especialidad por la que tuvo particular dedicación y más recientemente, en 1982, la de Jefe de la Unidad de Tocoginecología, cargos que ostentaba en el momento de su muerte.

La docencia, por la que sentía especial dedicación, acaparó muchas horas de su vida, siendo panelista, relator o director de numerosos cursos para graduados, congresos y jornadas nacionales y extranjeras. De su espíritu de trabajo surge la publicación de numerosos escritos científicos de excelente factura haciéndose acreedor a diversos premios, entre ellos el Natalia Kabsch de Caviglia en 1980, el Armando de Onaindia en 1991, el de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires en 1982 y 1992 y el María Teresa F. de Gandino en 1992. También escribió varios capítulos en diferentes libros que constituyen importantes puntos de referencia en esos distintos temas.

En mérito a sus antecedentes docentes al título de Profesor Regular Adjunto obtenido en 1989 sucede el de Profesor Titular de Ginecología, que le fuera otorgado muy recientemente.

Tuvo también importante actividad societaria en el país y en el extranjero. En la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires tuvo distintos cargos, siendo designado presidente en 1990 y en la Sociedad Argentina de Mastología, donde había sido Director de Publicaciones ocupaba actualmente la Presidencia. Fue además miembro del Comité Científico de la Escuela European de Oncología y Director de Redacción de la Revista Argentina de la European School of Oncology E.S.O..

Pero son sobre todo sus condiciones de excepcional ser humano las que llegan a empequeñecer su actuación médica, y hay que valorar. Mi amistad me permite calibrar muy de cerca sus valores éticos y morales. Muy lejos de la soberbia, su humildad, modestia, generosidad y amor al hogar, ya que había constituido una hermosa familia, son brillantes facetas que pudimos aquilatar plenamente quienes teníamos con él un trato diario. Al desaparecer nos dejó, a todos los que teníamos la dicha de conocerlo, el imborrable recuerdo de su bondad y hombría de bien.

*Dr. Héctor Guixá*





---

*In memorian*  
**DR. ALBERTO PATARO**

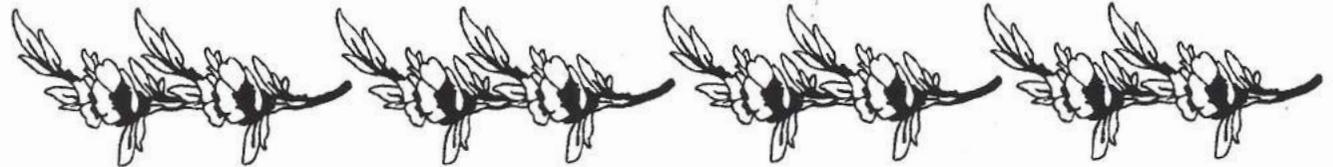
---

El 11 de agosto de 1997 un desgraciado accidente tronchó la vida del Dr. Alberto Pataro, médico cirujano que desarrolló toda su carrera en el Hospital Italiano de Buenos Aires.

Desde su época de practicante (1945) hasta su retiro (1985) trabajó intensamente, destacándose rápidamente por su pensamiento claro y vivaz, que sumado a su enorme experiencia acumulada en su actuación como Cirujano en la Asociación Mutual de Obreros y Empleados del Transporte Automotor de la Ciudad de Buenos Aires, lo convirtieron en un verdadero experto en Cirugía de Urgencia frente a las más variadas patologías, condición ésta que lo destacó nítidamente en toda su larga carrera, en distintos cargos desempeñados en Servicios Quirúrgicos del Hospital Italiano.

Pero por encima de su capacidad médica sobresalió nítidamente su profundo apego a los verdaderos valores que hacen a la defensa de la dignidad humana.

Sin vanas ostentaciones, su rectitud de conducta marcó su trayectoria personal, tanto en el seno familiar como en la práctica profesional y en el culto de la amistad.



## Departamento de Docencia e Investigación

### 33° Promoción de Residentes y Becarios - 1997



## Residentes

#### ANATOMÍA PATOLÓGICA

Christiansen, Silvia B. - Jefe de Residentes  
Dorn, Gabriela V.  
García Rivello, Hernán

#### ANESTESIOLOGÍA

Cabero, Laura L.  
Casas, Daniel M.  
García Fornari, Gustavo - Jefe de Residentes  
Lupi, Silvina M.  
Silvestri, Otto C.

#### CARDIOLOGÍA

Bahit, María Cecilia.  
Boissonnet, Carlos P.  
Bruno, María C.  
Ferreirós Ripoll, Ernesto R. - Jefe de Residentes  
Iglesias, Diego E.  
Ostolaza, Sandra E.  
Rizzo, Amadeo M.

#### CLÍNICA MÉDICA

Luna, Daniel R.  
Michelangelo, Hernán G. - Jefe de Residentes  
Ponce de León, Carolina P  
Seoane, Hernán A.  
Vázquez, Fernando

#### CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Diodato, Luis H.

#### CIRUGÍA GENERAL

Bescow, Axel F.  
Mazza, Oscar María - Jefe de Residentes  
Ruda Vega, Pablo F.

#### LABORATORIO

Nadal, Juan F.

#### MEDICINA FAMILIAR

Carrete, Paula.  
Discacciati, Vilda R.  
Gaete, Alfredo C.  
Terrasa, Sergio A.  
Zárate, Miguel Angel. - Jefe de Residentes

#### NEFROLOGÍA

Mengarelli, María Cecilia.

#### NEUROCIRUGÍA

Mirande, Luis.

#### NEUROLOGÍA

Burgos, Marcos G.

#### OFTALMOLOGÍA

Picotti, Gabriela A.  
Sanchez de Antonio, Celia.

#### ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

González Della Valle, Alejandro M.  
Rubel, Iván F.  
Segal, Eduardo D. - Jefe de Residentes



**PEDIATRÍA**

---

Angelino, Leda  
 Caprotta, César G.  
 Negro, Fernando D.  
 Otero, Paula D.  
 Steimberg, Clarisa E.  
 Uberto, Valeria - Jefe de Residentes

**PSICOPATOLOGÍA**

---

Perez Rivera, Ricardo J.

**TERAPIA INTENSIVA**

---

Svoren, Eduardo  
 Príncipe, Gustavo J. - Jefe de Residentes

**TOCOGINECOLOGÍA**

---

Arredondo, José Roberto S.  
 Botbol, Juliana B.

**UROLOGÍA**

---

Di Gregorio, Marcelo  
 Fefer, Sergio - Jefe de Residentes  
 Martinez, Pablo

**ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

---

Gutierrez, Patricia L.  
 Ilari, Silvia  
 Romero, Gladys G.

**ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS  
CARDIOLÓGICOS**

---

Avalos, Alicia  
 Ellal, Miryam R.  
 Skerk, Claudio - Jefe de Residentes  
 Sturba, Karina

**ENFERMERÍA EN PERINATOLOGÍA Y PEDIATRÍA**

---

Bourlot, Yolanda B.

---

**Becarios**

---

**ANESTESIOLOGÍA**

---

Collante Hernández, L  
 Gastezi Quintana, Sofía  
 López Rico, Elizabeth

**CARDIOLOGÍA**

---

Cheja, Diego F.  
 Espinoza Inga, Diego  
 Kufert, Simón  
 Oberti, Pablo  
 Pizarro, Rodolfo

**CIRUGÍA CARDIOVASCULAR**

---

Montalvo, Edgar F.

**CIRUGÍA GENERAL**

---

Aldet, Alfredo

**CIRUGÍA PEDIÁTRICA**

---

Martorelli, Juan Miguel

**DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES**

---

Carrascosa, Patricia

**GASTROENTEROLOGÍA**

---

Coronel Paredes, Antonio  
 León de la Torre Villegas, Xavier F.

**NEFROLOGÍA**

---

Mosquera Vivas, Noralma

**NEUROLOGÍA**

---

De Filippi, Alfredo

**NUTRICIÓN**

Dorín, Alicia Noemí

**TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**

Angarita, Alberto O.

**OFTALMOLOGÍA**

Abadie, Gustavo

**UROLOGÍA**

Amaya Mengual, Erwin

**OTORRINOLARINGOLOGÍA**Martinez Corvalán, María  
Mejía Morato, Orlando**UROLOGÍA PEDIÁTRICA**

Castellán, Miguel

**PEDIATRÍA**

Buena Jimenez, José A

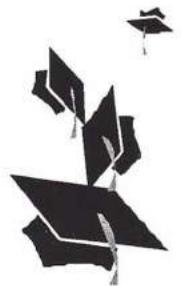


## *Instructores de Becarios*

### *Período 1996-1997*

**OTORRINOLARINGOLOGÍA**

Dr. Sandoval Tinoco, Urbano Gustavo



## *Instructores de Residentes*

### *Período 1996-1997*

**ANESTESIOLOGÍA**

Dr. Teijido, Carlos Alberto

**OFTALMOLOGÍA**

Dra. Palis, Ana Gabriela

**GINECOLOGÍA**

Dr. Slavutsky, Martín

**PSIQUIATRÍA**

Dra. Horigian, Viviana Elizabeth

**NEUROCIRUGÍA**

Dr. Garretón, Pablo

## Indice Volumen 16 Año 1996

### Indice de Autores

#### Alter Augier A

Efectos de la cocaína durante la gestación y en el período neonatal, 16(3); p.91

#### Amaya E

Correlación entre la estadificación clínica y los hallazgos anatomopatológicos postquirúrgicos en el cáncer de próstata, 16(4); p.115

#### Argibay PF

Ateneo anatomoclínico, Servicios de Anatomía Patológica y Medicina Interna, 16(1); p.25

Editorial, 16(2); p.38

Informática en medicina. Realidad virtual (1a parte), 16(3); p.100

#### Benati M

Programa de prevención y tratamiento del cáncer hereditario: una tarea de todos, 16(4); p.131

#### Beveraggi E

Ateneo anatomoclínico, Servicios de Anatomía Patológica y Medicina Interna, 16(1); p.25

#### Bonadeo F

Programa de prevención y tratamiento del cáncer hereditario: una tarea de todos, 16(4); p.131

#### Caffaro de Hernández N

Evaluación ética de protocolos de investigación, 16(3); p.88

#### Cagide A

Cardiopatía isquémica: un nuevo escenario, 16(1); p.10

#### Caruso ES

Editorial, 16(1); p.4

#### Casas M

Correlación entre la estadificación clínica y los hallazgos anatomopatológicos postquirúrgicos en el cáncer de próstata, 16(4); p.115

#### Cava CR

Ferrotterapia en la embarazada. Bases racionales para la administración de hierro durante la gestación, 16(3); p.98

#### Caycedo D

Microsomia craneofacial bilateral. Elongación mandibular bilateral con distracción gradual bidireccional, 16(2); p.46

#### Ceriani Cernadas JM

Ateneo anatomoclínico, 16(4); p.135

#### Daels P

Tratamiento de la litiasis urinaria en pacientes obesos, 16(3); p.85

#### De Cunto C

Ateneo anatomoclínico, 16(4); p.135

#### Di Gregorio M

Correlación entre la estadificación clínica y los hallazgos anatomopatológicos postquirúrgicos en el cáncer de próstata, 16(4); p.115

Tratamiento de la litiasis urinaria en pacientes obesos, 16(3); p.85

#### Doval HC

La ética de la investigación clínica. ¿Son éticos los comités de bioética?, 16(4); p.122

#### Fantl D

Ateneo anatomoclínico, 16(2); p.61

#### Fattor CI

Internet: red de redes, 16(2); p.65

#### Fefer S

Correlación entre la estadificación clínica y los hallazgos anatomopatológicos postquirúrgicos en el cáncer de próstata, 16(4); p.115

#### Ferraces G

Características de los tratamientos quimioterápicos, 16(2); p.39

#### Figari MF

Editorial, 16(3); p.77

#### Fustiñana C

Editorial, 16(4); p.114

#### Galdame O

Utilidad del metabolismo hepático de la lidocaína como prueba de función hepática en pacientes con enfermedades crónicas del hígado, 16(1); p.5

#### Galimberti RL

Ateneo anatomoclínico, 16(2); p.61

#### Gallo G

Ateneo anatomoclínico, 16(4); p.135

#### Gerona S

Utilidad del metabolismo hepático de la lidocaína como prueba de función hepática en pacientes con enfermedades crónicas del hígado, 16(1); p.5

#### González Zambrano LM

Ventilación mecánica en el síndrome de distress respiratorio agudo: nuevas opciones para un viejo problema, 16(2); p.50

#### Iwanyk P

Microsomia craneofacial bilateral. Elongación mandibular bilateral con distracción gradual bidireccional, 16(2); p.46

#### Jurado A

Correlación entre la estadificación clínica y los hallazgos anatomopatológicos postquirúrgicos en el cáncer de próstata, 16(4); p.115

#### Langlois E

Ateneo anatomoclínico, 16(2); p.61

Ateneo anatomoclínico, Servicios de Anatomía Patológica y Medicina Interna, 16(1); p.25

#### Lastiri JM

Características de los tratamientos quimioterápicos, 16(2); p.39

#### Llera J

Ateneo anatomoclínico, 16(4); p.135

#### López P

Utilidad del metabolismo hepático de la lidocaína como prueba de función hepática en pacientes con enfermedades crónicas del hígado, 16(1); p.5

#### Margaride LA

Microsomia craneofacial bilateral. Elongación mandibular bilateral con distracción gradual bidireccional, 16(2); p.46

#### Martínez P

Correlación entre la estadificación clínica y los hallazgos

anatomopatológicos postquirúrgicos en el cáncer de próstata, 16(4); p.115

Tratamiento de la litiasis urinaria en pacientes obesos, 16(3); p.85

#### **Mastai R**

Utilidad del metabolismo hepático de la lidocaína como prueba de función hepática en pacientes con enfermedades crónicas del hígado, 16(1); p.5

#### **Mayorga M**

Ateneo anatomoclínico, 16(2); p.61

Ateneo anatomoclínico, Servicios de Anatomía Patológica y Medicina Interna, 16(1); p.25

#### **Mullen E**

Ateneo anatomoclínico, Servicios de Anatomía Patológica y Medicina Interna, 16(1); p.25

Utilidad del metabolismo hepático de la lidocaína como prueba de función hepática en pacientes con enfermedades crónicas del hígado, 16(1); p.5

#### **Munarriz M**

Correlación entre la estadificación clínica y los hallazgos anatomopatológicos postquirúrgicos en el cáncer de próstata, 16(4); p.115

Tratamiento de la litiasis urinaria en pacientes obesos, 16(3); p.85

#### **Musso CG**

Ateneo anatomoclínico, Servicios de Anatomía Patológica y Medicina Interna, 16(1); p.25

Envejecimiento renal: conceptos actuales, 16(1); p.21

#### **Ocampo JM**

Correlación entre la estadificación clínica y los hallazgos anatomopatológicos postquirúrgicos en el cáncer de próstata, 16(4); p.115

#### **Ojea Quintana G**

Programa de prevención y tratamiento del cáncer hereditario: una tarea de todos, 16(4); p.131

#### **Orozco G**

Microsomia craneofacial bilateral. Elongación mandibular bilateral con distracción gradual bidireccional, 16(2); p.46

#### **Pallotta MG**

Ateneo anatomoclínico, 16(2); p.61

Ateneo anatomoclínico, Servicios de Anatomía Patológica y Medicina Interna, 16(1); p.25

Características de los tratamientos quimioterápicos, 16(2); p.39

#### **Prodan NL**

Microsomia craneofacial bilateral. Elongación mandibular bilateral con distracción gradual bidireccional, 16(2); p.46

#### **Rubinstein A**

Algoritmos o reglas de predicción clínica, 16(3); p.78

#### **Saenz M**

Características de los tratamientos quimioterápicos, 16(2); p.39

#### **Schiappapietra J**

Tratamiento de la litiasis urinaria en pacientes obesos, 16(3); p.85

#### **Sorroche P**

Utilidad del metabolismo hepático de la lidocaína como prueba de función hepática en pacientes con enfermedades

crónicas del hígado, 16(1); p.5

#### **Specterman S**

Características de los tratamientos quimioterápicos, 16(2); p.39

#### **Telenta M**

Ateneo anatomoclínico, 16(2); p.61

Ateneo anatomoclínico, 16(4); p.135

Ateneo anatomoclínico, Servicios de Anatomía Patológica y Medicina Interna, 16(1); p.25

#### **Torres J**

Utilidad del metabolismo hepático de la lidocaína como prueba de función hepática en pacientes con enfermedades crónicas del hígado, 16(1); p.5

#### **Vaccaro CA**

Cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis (CCHNAP): implicancias clínico-quirúrgico y genéticas de una patología poco sospechada, 16(1); p.16

Programa de prevención y tratamiento del cáncer hereditario: una tarea de todos, 16(4); p.131

#### **Varela M**

Características de los tratamientos quimioterápicos, 16(2); p.39

#### **Vera S**

Características de los tratamientos quimioterápicos, 16(2); p.39

### *Indice de Materias*

#### **ABUSO DE SUSTANCIAS**

Efectos de la cocaína durante la gestación y en el período neonatal, 16(3); p.91

#### **ACTITUD FRENTE A LA SALUD**

Características de los tratamientos quimioterápicos, 16(2); p.39

#### **ACTIVACION DE MACROFAGOS**

Ateneo anatomoclínico, 16(4); p.135

#### **ALGORITMOS**

Algoritmos o reglas de predicción clínica, 16(3); p.78

#### **ANALISIS DE REGRESION**

Algoritmos o reglas de predicción clínica, 16(3); p.78

#### **ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO**

Ferrotterapia en la embarazada. Bases racionales para la administración de hierro durante la gestación, 16(3); p.98

#### **ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO/sangre**

Correlación entre la estadificación clínica y los hallazgos anatomopatológicos postquirúrgicos en el cáncer de próstata, 16(4); p.115

#### **APACHE**

Algoritmos o reglas de predicción clínica, 16(3); p.78

#### **ARTRITIS REUMATOIDEA JUVENIL**

Ateneo anatomoclínico, 16(4); p.135

#### **ASIMETRIA FACIAL/cirug**

Microsomia craneofacial bilateral. Elongación mandibular bilateral con distracción gradual bidireccional, 16(2); p.46

#### **BIOETICA**

Evaluación ética de protocolos de investigación, 16(3); p.88

#### **CALCULOS URINARIOS/terap**

Tratamiento de la litiasis urinaria en pacientes obesos, 16(3);

p.85

**CALIDAD DE VIDA**

Características de los tratamientos quimioterápicos, 16(2); p.39

**CANCER COLORRECTAL HEREDITARIO NO ASOCIADO A POLIPOSIS**

Cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis (CCHNAP): implicancias clínico-quirúrgico y genéticas de una patología poco sospechada, 16(1); p.16.

Programa de prevención y tratamiento del cáncer hereditario: una tarea de todos, 16(4); p.131

**CANCER COLORRECTAL/clas**

Cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis (CCHNAP): implicancias clínico-quirúrgicas y genéticas de una patología poco sospechada, 16(1); p.16

**CANCER DE PROSTATA/diag**

Correlación entre la estadificación clínica y los hallazgos anatomopatológicos postquirúrgicos en el cáncer de próstata, 16(4); p.115

**CANCER/quimioter**

Características de los tratamientos quimioterápicos, 16(2); p.39

**COCAINA/ef adv**

Efectos de la cocaína durante la gestación y en el período neonatal, 16(3); p.91

**COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA**

Ateneo anatomoclínico, Servicios de Anatomía Patológica y Medicina Interna, 16(1); p.25

**COMITES DE ETICA**

La ética de la investigación clínica. ¿Son éticos los comités de bioética?, 16(4); p.122 Evaluación ética de protocolos de investigación, 16(3); p.88

**COMPLICACIONES DEL EMBARAZO/ind quim**

Efectos de la cocaína durante la gestación y en el período neonatal, 16(3); p.91

**COMPLICACIONES HEMATOLOGICAS DEL EMBARAZO**

Ferrotterapia en la embarazada. Bases racionales para la administración de hierro durante la gestación, 16(3); p.98

**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS**

Ateneo anatomoclínico, Servicios de Anatomía Patológica y Medicina Interna, 16(1); p.25

**COOPERACION DEL PACIENTE**

Características de los tratamientos quimioterápicos, 16(2); p.39

**DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS**

Efectos de la cocaína durante la gestación y en el período neonatal, 16(3); p.91

**DESARROLLO DE PROGRAMAS**

Programa de prevención y tratamiento del cáncer hereditario: una tarea de todos, 16(4); p.131

**EMBARAZO**

Efectos de la cocaína durante la gestación y en el período neonatal, 16(3); p.91

Ferrotterapia en la embarazada. Bases racionales para la administración de hierro durante la gestación, 16(3); p.98

**ENFERMEDAD CORONARIA**

Cardiopatía isquémica: un nuevo escenario, 16(1); p.10

**ENFERMEDAD CRONICA**

Utilidad del metabolismo hepático de la lidocaína como prueba de función hepática en pacientes con enfermedades crónicas del hígado, 16(1); p.5

**ENFERMEADES FETALES/ind quim**

Efectos de la cocaína durante la gestación y en el período neonatal, 16(3); p.91

**ENFERMERIA ONCOLOGICA**

Características de los tratamientos quimioterápicos, 16(2); p.39

**ENSAYOS CLINICOS**

Características de los tratamientos quimioterápicos, 16(2); p.39

La ética de la investigación clínica. ¿Son éticos los comités de bioética?, 16(4); p.122

**ENSAYOS CLINICOS CONTROLADOS**

Cardiopatía isquémica: un nuevo escenario, 16(1); p.10

**ENVEJECIMIENTO**

Envejecimiento renal: conceptos actuales, 16(1); p.21

**ESTADIFICACION DE NEOPLASMAS**

Correlación entre la estadificación clínica y los hallazgos anatomopatológicos postquirúrgicos en el cáncer de próstata, 16(4); p.115

**ESTUDIOS DE EVALUACION**

La ética de la investigación clínica. ¿Son éticos los comités de bioética?, 16(4); p.122

**ETICA**

La ética de la investigación clínica. ¿Son éticos los comités de bioética?, 16(4); p.122

Evaluación ética de protocolos de investigación 16(3); p.88.

**FERRITINA/sangre**

Ferrotterapia en la embarazada. Bases racionales para la administración de hierro durante la gestación, 16(3); p.98

**FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO**

Ateneo anatomoclínico, 16(4); p.135

**GUTMAN, RAUL ABRAHAM**

In memoriam: Dr. Raúl Abraham Gutman (Rubén), 16(3); p.103

**HEPATOPATIAS**

Utilidad del metabolismo hepático de la lidocaína como prueba de función hepática en pacientes con enfermedades crónicas del hígado, 16(1); p.5

**HIERRO/admin.**

Ferrotterapia en la embarazada. Bases racionales para la administración de hierro durante la gestación, 16(3); p.98

**INFORMATICA**

Informática en medicina. Realidad virtual (1a parte), 16(3); p.100

**INTERCAMBIO MATERNO-FETAL**

Efectos de la cocaína durante la gestación y en el período neonatal, 16(3); p.91

**INTERFASE USUARIO-COMPUTADORA**

Informática en medicina. Realidad virtual (1ª parte), 16(3); p.100-102

**INTERNET**

Internet: red de redes, 16(2); p.65

**INVESTIGACION**

La ética de la investigación clínica. ¿Son éticos los comités

de bioética?, 16(4); p.122

Evaluación ética de protocolos de investigación 16(3);p.88.

#### **ISQUEMIA**

Cardiopatía isquémica: un nuevo escenario, 16(1); p.10

#### **LIDOCAINA**

Utilidad del metabolismo hepático de la lidocaína como prueba de función hepática en pacientes con enfermedades crónicas del hígado, 16(1); p.5

#### **LINFOMA DE CELULA T CUTANEO**

Ateneo anatomoclínico, 16(2); p.61

#### **MANDIBULA/cirug**

Microsomia craneofacial bilateral. Elongación mandibular bilateral con distracción gradual bidireccional, 16(2); p.46

#### **MARCADORES BIOLÓGICOS DE TUMOR**

Correlación entre la estadificación clínica y los hallazgos anatomopatológicos postquirúrgicos en el cáncer de próstata, 16(4); p.115

#### **MEDICINA PREVENTIVA**

Programa de prevención y tratamiento del cáncer hereditario: una tarea de todos, 16(4); p.131

#### **MODELOS LOGÍSTICOS**

Algoritmos o reglas de predicción clínica, 16(3); p.78

#### **NEFROPATIAS**

Ateneo anatomoclínico, Servicios de Anatomía Patológica y Medicina Interna, 16(1); p.25

Envejecimiento renal: conceptos actuales, 16(1); p.21

#### **OBESIDAD**

Tratamiento de la litiasis urinaria en pacientes obesos, 16(3); p.85

#### **PANCREATITIS**

Ateneo anatomoclínico, Servicios de Anatomía Patológica y Medicina Interna, 16(1); p.25

#### **PREDICCIONES**

Algoritmos o reglas de predicción clínica, 16(3); p.78

Cardiopatía isquémica: un nuevo escenario, 16(1); p.10

#### **PROSTATA/patol**

Correlación entre la estadificación clínica y los hallazgos anatomopatológicos postquirúrgicos en el cáncer de próstata, 16(4); p.115

#### **PROSTATECOMIA**

Correlación entre la estadificación clínica y los hallazgos anatomopatológicos postquirúrgicos en el cáncer de próstata, 16(4); p.115

#### **PROTOCOLOS CLÍNICOS**

La ética de la investigación clínica. ¿Son éticos los comités de bioética?, 16(4); p.122

Evaluación ética de protocolos de investigación, 16(3); p.88

#### **PROYECTO DE INVESTIGACION**

La ética de la investigación clínica. "Son éticos los comités de bioética?", 16(4); p.122

#### **PULMON/lesiones**

Ventilación mecánica en el síndrome de distress respiratorio agudo: nuevas opciones para un viejo problema, 16(2); p.50

#### **QUIMIOTERAPIA/ef adv**

Características de los tratamientos quimioterápicos, 16(2); p.39

#### **REALIDAD VIRTUAL**

Informática en medicina. Realidad virtual (1a parte), 16(3); p.100

#### **REDES DE COMUNICACION DE COMPUTADORAS/hist**

Internet: red de redes, 16(2); p.65

#### **RELACIONES ENFERMERO-PACIENTE**

Características de los tratamientos quimioterápicos, 16(2); p.39

#### **RESPIRACION ARTIFICIAL/métodos**

Ventilación mecánica en el síndrome de distress respiratorio agudo: nuevas opciones para un viejo problema, 16(2); p.50

#### **RIÑON**

Envejecimiento renal: conceptos actuales, 16(1); p.21

#### **SEPSIS**

Ateneo anatomoclínico, 16(2); p.61

Ateneo anatomoclínico, Servicios de Anatomía Patológica y Medicina Interna, 16(1); p.25

#### **SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO**

Ventilación mecánica en el síndrome de distress respiratorio agudo: nuevas opciones para un viejo problema, 16(2); p.50

#### **SINDROME DE LYNCH véase CANCER**

#### **COLORRECTAL HEREDITARIO NO ASOCIADO A POLIPOSIS**

SINDROMES NEOPLASICOS HEREDITARIOS/prev Programa de prevención y tratamiento del cáncer hereditario: una tarea de todos, 16(4); p.131

#### **TESTS DE FUNCION DEL HIGADO**

Utilidad del metabolismo hepático de la lidocaína como prueba de función hepática en pacientes con enfermedades crónicas del hígado, 16(1); p.5

#### **TESTS DE FUNCION RENAL**

Envejecimiento renal: conceptos actuales, 16(1); p.21

#### **TOMOGRFIA COMPUTADA**

Ateneo anatomoclínico, Servicios de Anatomía Patológica y Medicina Interna, 16(1); p.25

#### **VENTILACION MECANICA véase RESPIRACION ARTIFICIAL.**



# INSTRUCCIONES PARA AUTORES

**Nexo Revista del HOSPITAL ITALIANO de Buenos Aires**, publica trabajos relevantes a la medicina y áreas estrechamente relacionadas. Los artículos de investigación clínica, revisiones y actualizaciones podrán ser de autores pertenecientes y no pertenecientes al Hospital Italiano de Bs. As.

Estas indicaciones concuerdan con el: "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (El documento completo fue publicado en *N Engl J Med* 1991; 324: 424-28).

Todos los trabajos se presentarán mecanografiados, en hojas de tamaño carta y en un diskette con el texto del trabajo generado por un procesador de textos. Los mismos deberán ser enviados con una carta de presentación adjunta dirigida a: Editor Director Dr.: Carlos Fustiñana, Biblioteca Central, Gascón 450 (1181) Cap. Fed.. Esta deberá indicar en qué sección de la revista desean que sea publicado el artículo, el nombre, la dirección postal, número de teléfono y fax del autor responsable. Dicha carta deberá estar firmada por todos los autores.

Los trabajos serán sometidos, antes de su publicación, a revisión editorial y/o revisión por pares (peer review).

Se considerarán para su publicación las siguientes categorías:

**A) TRABAJOS ORIGINALES:** Son comunicaciones de trabajos originales. Estos, en principio, no deben haber sido publicados (excepto como resúmenes de presentación en congreso) ni estar considerados para publicación en otra revista. En caso de que parte o todo el trabajo haya sido previamente publicado, junto con la copia presentada, deberá enviarse una copia de la publicación.

Los trabajos originales deberán mantener la siguiente estructura:

**1. Página Inicial:** incluirá el título del trabajo; y en caso de que el título posea más de cuatro (4) palabras un título abreviado de no más de cuatro (4) palabras para las cabeceras de las páginas; apellido e iniciales nombre (es) del autor (es), cargo académico, servicio e institución a la que pertenecen, institución en la que se realizó el trabajo; nombre y dirección del autor a quien se debe enviar la correspondencia y solicitud de separatas.

**2. Resúmenes:** en español e inglés. Acompañarán al trabajo por separado y no deberán exceder las 250 palabras. Deberán mantener el siguiente ordenamiento: Introducción/Objetivo, Material y Métodos, Resultados, Conclusiones. Al pie de cada resumen deberán figurar 3 a 10 palabras claves que son terminos esenciales dentro del artículo que se destinan a emplearse como coordenadas de búsqueda bibliográfica y para la elaboración de los índices de las propias revistas.

**3. Texto:** será redactado de acuerdo con la siguiente secuencia: Introducción, Material y Métodos, Resultados y Discusión. Se deberán utilizar las unidades de medidas convencionales. Para las drogas se deberán utilizar los nombres genéricos. Las abreviaturas deben definirse la primera vez que se mencionan.

**4. Agradecimientos:** cuando se lo considere necesario y en relación a personas y/o instituciones.

**5. Referencias:** deberá contener únicamente las citas del texto e irán numeradas correlativamente de acuerdo con su

orden de aparición en aquél. Las referencias a comunicaciones personales y otros datos no publicados deben colocarse entre paréntesis ( ) en el texto (no en las referencias). Figurarán los apellidos y las iniciales de los nombres de todos los autores (si son hasta seis), sin puntos, separados unos de otros por comas. Si son más de seis indicar los seis primeros y agregar "et al"; la lista de autores finalizará con punto (.). A continuación se escribirá el título completo del trabajo, separado por un punto (.) del nombre abreviado según el *Index Medicus* de la Revista en el que se encuentra publicado el trabajo y año de aparición en aquella, seguido por punto y coma (;). Volumen en números arábigos seguido por dos puntos (:) y números de la página inicial y final, separados por un guión (-). Tratándose de libros la secuencia será: Apellido e inicial(es) de los nombres de los autores (no utilizar puntos en las abreviaturas y separar uno del otro por coma), dos puntos (:). Título del libro, punto (.). Número de la edición si no es la primera y ciudad en la que fue publicado (si se menciona más de una colocar la primera) dos puntos (:). Nombre de la editorial, coma (,). Año de la publicación, dos puntos (:). Número del Volumen (si hay más de uno) precedido de la abreviatura "vol.", punto y coma (;). Número de las páginas inicial y final separadas por un guión, si la cita se refiere en forma particular a una sección o capítulo del libro.

**6. Material Gráfico:** los gráficos, tablas, fotos y figuras irán numerados correlativamente por orden de aparición en el texto y se realizarán en hojas por separado de tamaño carta e impresión de calidad láser o similar. Estos deberán llevar un título y leyenda; (las abreviaturas utilizadas deberán aclararse en la leyenda) en hoja separada. Las fotos de observaciones microscópicas llevarán el número de ampliación efectuada y una flecha que indique la orientación (ej.: arriba); para aquellas fotos que hayan sido modificadas de alguna manera con respecto a el original deberá incluirse la foto original y una breve explicación de la modificación realizada.

**7. Tablas:** las tablas deberán estar numeradas según el orden en que son citadas en el texto. Cada tabla deberá presentarse en una hoja separada, constará de un título y si se utilizan abreviaturas deberán definirse en una nota al pie de la tabla.

**B) TRABAJOS DE ACTUALIZACION Y REVISION:** son revisiones detalladas y críticas de temas relevantes.

**C) CARTAS A EL EDITOR:** estarán referidas a los artículos publicados, comunicaciones breves de casos clínicos o cualquier otro tópico de interés general médico, incluyendo sugerencias y críticas.

Deben prepararse de la misma forma que los trabajos, procurando que la extensión no exceda las 500 palabras, podrán adjuntarse una tabla y una figura. Deberán incluirse las referencias que no excederán de diez.

**D) EDITORIALES:** aunque generalmente serán solicitadas, se invita a los autores a discutir posibles tópicos con el editor. La responsabilidad por el contenido, afirmaciones y autoría de los trabajos corresponde exclusivamente a los autores. No se devuelven los originales una vez publicados.

---

## El Departamento de Docencia e Investigación Informa

### Cursos 1° semestre de 1998

---

**XXII Curso A.I.T.P.**

Organiza: Servicio de Cirugía Pediátrica  
Desde el 1/4/98 al 16/5/98

**Auditoría Médica**

Organiza: Fundación de Estudios e Investigaciones Administrativas en Salud (F.E.I.A.S.)  
Desde el 7/4/98 al 7/7/98

**Superior de Administración para profesionales del interior del país**  
Organiza: Fundación de Estudios e Investigaciones Administrativas en Salud (F.E.I.A.S.)  
Desde el 16/4/98 al 15/10/98

**Ultimos Adelantos en el Tratamiento de la Diabetes Mellitus**  
Organiza: Servicio de Endocrinología, metabolismo y Medicina Nuclear, Servicio de Cirugía General, Unidad de Medicina Experimental y Departamento de Docencia e Investigación  
Desde el 16/4/98 al 17/4/98

**3er Curso de Instructores A.I.T.P.**

Organiza: Servicio de Cirugía Pediátrica  
Desde el 17/4/98 al 18/4/98

**Básico Intensivo de Arancelamiento y Facturación**

Organiza: Fundación de Estudios e Investigaciones Administrativas en Salud (F.E.I.A.S.)  
Desde el 20/4/98 al 25/4/98

**XXIII Curso A.I.T.P.**

Organiza: Servicio de Cirugía Pediátrica  
Desde el 4/5/98 al 20/6/98

**Manejo Inicial del Animal Traumatizado**

Organiza: Servicio de Cirugía Pediátrica  
Desde el 7/5/98 al 8/5/98

**Diagnóstico por Imágenes del Retroperitoneo** (Inscripción en Resonancia Magnética: Srta. Paola, int. 9888)  
Organiza: Servicio de Diagnóstico por Imágenes  
Desde el 1/6/98 al 3/6/98

**XXIV Curso A.I.T.P.**

Organiza: Servicio de Cirugía Pediátrica  
Desde el 22/6/98 al 8/8/98

**Informes: Secretaría del Departamento de Docencia e Investigación**

Gascón 450 – 2do Piso, Cap. Fed. (1181) T.E.: 959-0200 (interno 8477) 959-0348 Fax: 959-0349

Lunes a Viernes de 8:30 a 13:00 y 14:00 a 16:00 hs.

e-mail: [webmaster@hitalba.edu.ar](mailto:webmaster@hitalba.edu.ar) - <http://www.hitalba.edu.ar>



# MAS DE 140 AÑOS DE EXCELENCIA EN MEDICINA SE MANIFIESTAN ASI:

## **MAXIMA EFICIENCIA:**

Porque participamos en el liderazgo Profesional y Científico en la Medicina Argentina.

## **ALTA SEGURIDAD:**

Porque ofrecemos las mejores y más amplias posibilidades de recuperación de la salud.

## **ATENCION PERSONAL DEL PACIENTE:**

Porque es para nosotros, el principal Protagonista, y el destinatario de nuestros esfuerzos.

## **COBERTURA COMPLETA:**

Desde la atención del caso más simple, hasta el más complejo, con el apoyo de Tecnología de avanzada en Diagnóstico y Tratamiento.

## **VALORES GENUINOS:**

Nuestros costos son genuinos, sin ninguna intervención gravosa, retornando el ingreso en beneficios de mejoras al Paciente, porque somos una Entidad de Bien Público.

## **DOCENCIA E INVESTIGACION:**

Porque la base científica de la Actividad Asistencial, requiere la profundización y la permanente actualización del Conocimiento.

## **PREVENCION OPORTUNA:**

El criterio inteligente, de anticiparnos juntos a la concurrencia de la enfermedad, evitándola.

**Hospital Italiano, más de 140 años trabajando por la excelencia.  
Porque usted siempre merece más.**



**HOSPITAL  
ITALIANO**

SOCIEDAD ITALIANA  
DE BENEFICENCIA EN BUENOS AIRES



**PLAN DE  
SALUD**

## **ASOCIESE USTED Y SU FAMILIA EN NUESTRAS SEDES**

- Central:** Tte. Gral. J. D. Perón 4272 - Tel.: 958-3388/3401  
**Belgrano:** Juramento 2739 - Tel.: 781-2617 / 783-7652 / 787-3882  
**Villa Urquiza:** Olazábal 5378 - Tel.: 521-4900 / 523-4558 / 521-7576  
**Flores:** Avellaneda 2799 - Tel.: 611-3114 / 637-2703 / 637-6685  
**San Justo:** Malabia 2101 - Tel.: 441-4934 / 5216 / 651-1555 / 1726  
**Avellaneda:** Av. Mitre 1248 - Tel.: 222-1726 / 222-3189  
**Caseros:** Av. San Martín 2282 - Tel.: 759-9647 / 734-8782 / 0660  
**San Martín:** Moreno 3442 - Tel.: 713-2080 / 5222  
**Moreno:** Bartolomé Mitre 3410 - Tel.: (037) 22386 / 1256  
**San Isidro:** Alem 323 - Tel.: 742-6300 / 6451