



MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA  
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ISSN – 0255 – 4038

# **BOLETÍN DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DEL URUGUAY**

Comisión de Publicaciones

Ac. Francisco Crestanello (Director de Publicaciones)

Ac. Juan Carlos Bagattini

Ac. Enrique Probst

Ac. Carlos Romero



Volumen XXVIII  
2011  
MONTEVIDEO  
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

**Academia Nacional de Medicina del Uruguay**  
**Sede: Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y**  
**Enfermedades Prevalentes**  
**(CHLAEP)**  
**18 de Julio 2175 – 5º piso. Montevideo C.P. 11200**  
**Tel.: (598) 2408 4103 – Telefax: (598) 2401 6058**  
**e-mail: [academiamed@adinet.com.uy](mailto:academiamed@adinet.com.uy)**  
**Secretaria Administrativa: Sra. Irma López de Puppi**

## **AGRADECIMIENTOS**

---

La Academia Nacional de Medicina agradece el sostén recibido del Ministerio de Educación y Cultura y de la Fundación de Apoyo a la Academia Nacional de Medicina (FAANAM).

Al mismo tiempo expresa su reconocimiento a las autoridades de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes, y al Diario El País.

## SUMARIO

---

### INTRODUCCIÓN

1.- AUTORIDADES DE LA ACADEMIA EN EL BIENIO 2010-2011

2.- ACADÉMICOS TITULARES

3.- ACADÉMICOS EMÉRITOS

4.- ACADÉMICOS HONORARIOS

5.- ACADÉMICOS HONORARIOS EXTRANJEROS

6.- MIEMBROS CORRESPONDIENTES EXTRANJEROS

7.- ACADÉMICOS FALLECIDOS EN EL AÑO ACADÉMICO 2011

8.- NUEVOS ACADÉMICOS

9.- SECCIONES DE LA ACADEMIA Y SU INTEGRACIÓN

10.- COMISIONES Y GRUPOS DE TRABAJO

11.- NUEVOS REGLAMENTOS DE LA ACADEMIA

12.- RÉGIMEN DE REUNIONES DE LA ACADEMIA

13.- CONFERENCIAS DE ACADÉMICOS

13.1.- Ac. Carlos Salveraglio

“VIDA Y OBRA DE ELÍAS REGULES (1861-1929)” - IN MEMORIAM DEL AC. CIRO PELUFFO

13.2.- Ac. Juan Carlos Bagattini.

“ALTERACIONES IDROELECTROLÍTICAS Y ALTERACIONES NEUROLÓGICAS” – IN MEMORIAM AC. CARLOS GÓMEZ FOSSATI

13.3.- Ac. Eduardo Wilson

MÉDICOS URUGUAYOS EN EL TANGO

13.4.- Miembro Correspondiente Extranjero Marcos Gómez Sancho.

“DOLOR Y SUFRIMIENTO AL FINAL DE LA VIDA”

**14.- ACTIVIDADES CIENTIFICAS EN LOS PLENARIOS**

Ac. Guido Berro Rovira y Celso Silva.

**“AUTOPSIA HISTÓRICA DE DIONISIO DÍAZ. CONSIDERACIONES MÉDICAS, LEGALES Y QUIRÚRGICAS SOBRE LAS LESIONES, EVOLUCIÓN CLÍNICA Y MUERTE DEL NIÑO HÉROE DEL ARROYO “EL ORO””**

**15.- ACTIVIDADES DE EXTENSIÓN ACADÉMICA**

15.1.- **JORNADA NACIONAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL**, en homenaje al Ac. Orestes Fiandra

15.2.- **JORNADA INTERNACIONAL DE RADIOPROTECCIÓN**

**16.- XXXII REUNIÓN CONJUNTA DE ACADEMIAS DE MEDICINA DEL PLATA**

**17.- PREMIOS OTORGADOS EN EL AÑO 2011 (CORRESPONDIENTES AL LLAMADO EFECTUADO EN ABRIL DE 2010)**

**GRAN PREMIO NACIONAL DE MEDICINA PREMIO DIARIO “EL PAIS”**

**PREMIO MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

**ACTO DE ENTREGA DE LOS PREMIOS**

**18.- LLAMADO A PREMIOS CORRESPONDIENTES A 2011.**

**19.- DISTINCIONES OTORGADAS A LOS ACADEMICOS**

Ac. Henry Cohen.

Ac. Antonio Turnes.

**20.- COLEGIO MÉDICO DEL URUGUAY**

**21.- COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS**

**22.- COMITÉ DE DESARROLLO PROFESIONAL MÉDICO CONTINUO**

**23.- OTRAS ACTIVIDADES Y LOGROS DE LOS  
ACADÉMICOS**

**24.- REUNIÓN CON LA ALANAM.**

**25.- AUSPICIOS OTORGADOS POR LA ACADEMIA  
NACIONAL DE MEDICINA A REUNIONES  
CIENTÍFICAS REALIZADAS EN URUGUAY**

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

## INTRODUCCIÓN

---

Al final de cada año la Academia Nacional de Medicina resume y publica en un Boletín, los hechos más salientes que se registraron en el mismo.

De esta manera informa por escrito y de modo transparente sobre sus inquietudes, actividades y realizaciones más notorias, y las registra en forma sintética para su historia.

### 1.- AUTORIDADES DE LA ACADEMIA EN EL BIENIO 2010-2011

---

<b>PRESIDENTE</b>	<b>AC. JOSÉ L. PEÑA</b>
<b>1ER. VICE PRESIDENTE</b>	<b>AC. DANTE PETRUCELLI</b>
<b>2DO. VICE PRESIDENTE</b>	<b>AC. JOSÉ BLASIAK</b>
<b>SECRETARIO GENERAL</b>	<b>AC. GUIDO BERRO</b>
<b>TESORERA</b>	<b>AC. EVA FOGEL DE KORC</b>
<b>SECRETARIO DE ACTAS</b>	<b>AC. MARIO MÉDICI</b>
<b>PRO TESORERO</b>	<b>AC. LUIS GARCÍA GUIDO</b>
<b>DIRECTOR PUBLICACIONES</b>	<b>AC. F. CRESTANELLO</b>
<b>DIRECTOR BIBLIOTECA</b>	<b>AC. GLORIA RUOCCO</b>

### 2.- ACADÉMICOS TITULARES

---

<b>SITIAL</b>	<b>OCUPADO POR</b>	<b>DESDE</b>
1	PEÑA, José L.	08.12.94
2	CRESTANELLO, Francisco	12.03.09
3	PRADERI, Raúl C.	08.08.91
4	FIANDRA, Orestes	29.10.87 (†)
5	FOGEL de KORC, Eva	11.11.99
6	CORREA, Humberto	14.08.03
7	GARCÍA GUIDO, Luis	08.03.07
8	SILVA, Celso	16.10.97
9	SALVERAGLIO, Carlos	11.03.10
10	MAZZUCHI, Nelson	12.03.09
11	PONS, José E.	17.09.11
12	TURNES, Antonio	11.03.10
13	PROBST, Enrique	25.03.04

14	ROTONDO, María Teresa	18.09.08
15	BORRÁS, Antonio	22.08.85
16	BAGATTINI, Juan Carlos	18.09.08
17	ÁLVAREZ, Carmen	22.09.11
18	RUOCCO, Gloria	18.12.04
19	MÉDICI, Mario	25.10.07
20	COHEN, Henry	18.09.08
21	ROMERO, Carlos	11.03.10
22	QUADRELLI, Roberto	02.11.00
23	POLTO, Jaime	19.11.98
24	WILSON, Eduardo	11.03.10
25	BONIFAZIO, Juan	18.09.03
26	PETRUCCELLI, Dante	18.09.03
27	ARTUCIO, Hernán	11.08.05
28	BLASIAK, José	11.08.05 (††)
29	BERRO, Guido	11.08.05
30	SILVERI, Asdrúbal	22.09.11

(†) Fallecido el 22 de abril de 2011

(††) Fallecido el 23 de septiembre de 2011

### **3.- ACADÉMICOS EMÉRITOS**

---

MAZZELLA Héctor  
 VIGNALE, Raúl  
 SANJINÉS, Aníbal (†)  
 MAZZA, Milton  
 MAÑÉ GARZÓN, Fernando  
 ABÓ, Juan Carlos

(†) Fallecido el 25 de noviembre de 2011

### **4.- ACADÉMICOS HONORARIOS**

---

CASTIGLIONI, Dinorah  
 HORTAL, María  
 LÓPEZ SOTO, Roberto  
 RAVERA, Juan J.  
 REBOLLO, Antonieta.

### **5.- ACADÉMICOS HONORARIOS EXTRANJEROS**

---

VIACAVAL, Enrique P.	Buenos Aires – Argentina
SEGUNDO, José P.	San Diego – E.U.A.
LOCKHART SURRECO, Jorge L.	Tampa – E.U.A.
WIERNIK, Peter	Nueva York – E.U.A.
BERNARD, Jean	París – Francia
BRICAIRE, Henri	París – Francia
DE SEZE, Stanislav	París – Francia
LOUISOT, Pierre	París – Francia
OBE, Gunter	Essen – Alemania
LUBIN, Ernesto	Israel
PETROLITO, José	Buenos Aires – Argentina
HERRERO, Hernán	Buenos Aires – Argentina
GARCÍA BADARACCO, Jorge	Buenos Aires – Argentina
CASTILLA, Eduardo	Buenos Aires – Argentina
GÓMEZ SANCHO, Marcos	Gran Canaria – España

## 6.- MIEMBROS CORRESPONDIENTES EXTRANJEROS

---

MAEDA, Katzuo	Japón
SALING, Erich	Berlín – Alemania

## 7.- ACADÉMICOS FALLECIDOS EN EL AÑO ACADÉMICO 2011

---

### Ac. Orestes Fiandra

Falleció el 22 de abril luego de un traumatismo.

### Ac. José Blasiak

Falleció el 23 de septiembre luego de una prolongada enfermedad.

### Ac. Em. Aníbal Sanjinés

Falleció el 25 de noviembre a avanzada edad.

## 8.- NUEVOS ACADÉMICOS

---

**Acs. Carmen Álvarez, José Enrique Pons y Asdrúbal Silveri.**

En la Sesión Plenaria de la Academia del 22 de septiembre de 2011 se designaron a los Dres. José Enrique Pons y Asdrúbal Silveri (Sección Cirugía) y a la Dra. Carmen Álvarez (Sección Biología Médica) para ocupar tres sitaliaes de Académicos Titulares.

Tomaron posesión de sus sitaliaes en una sesión pública extraordinaria de la Academia realizada el 24 de noviembre de 2011, que tuvo el siguiente programa.

- Palabras de apertura del Presidente de la Academia Nacional de Medicina Ac. José L. Peña.
- Ac. José L. Peña: presentación de la Dra. Carmen Álvarez.
- Ac. Carmen Álvarez: discurso de asunción.
- Ac. Jaime Polto: presentación del Dr. José E. Pons.
- Ac. José E. Pons: discurso de asunción.
- Ac. Eva Fogel de Kork: presentación del Dr. Asdrúbal Silveri.
- Ac. Asdrúbal Silveri: discurso de asunción.

**Discurso de asunción de la Ac. Carmen Álvarez.**

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Académico José Luis Peña.

Señores Académicos.

Profesores, colegas, familiares y amigos.

Considero un gran honor y distinción mi designación como miembro titular de la Academia Nacional de Medicina.

Agradezco a la Académica Eva Fogel de Kork por haberme invitado a aspirar a uno de los sitaliaes de esta prestigiosa institución, y también al Académico José Luis Peña, presidente del Consejo Directivo de la Academia por sus elogiosas palabras.

Los objetivos de la Academia, que se enuncian en sus estatutos y se revelan en sus publicaciones, corresponden a los más importantes y

actuales temas que preocupan a nuestra sociedad, entre los que se encuentran la ética profesional, el Colegio Médico, la educación médica y el desarrollo profesional médico continuo, temas sobre la violencia y el consumo de sustancias adictivas, entre otros. Su inserción en el ámbito del Ministerio de Educación y Cultura, así como sus vinculaciones con el Ministerio de Salud Pública, la Facultad de Medicina, el Sindicato Médico del Uruguay y distintas sociedades científicas y asociaciones civiles, etc., le confieren una vía a través de la cual, la opinión informada y calificada de la Academia, pueda ser objeto de consideración y reflexión y un invaluable aporte a estos temas. Espero poder contribuir en alguna medida a lograr estos objetivos.

Deseo ahora agradecer todo lo que he recibido de mis maestros, tanto en el plano científico como a nivel ético y moral y que forman parte de la esencia de mi desempeño profesional.

Agradezco a los profesores del departamento de Anatomía Patológica, con quienes compartí tareas y adquirí experiencias durante mi larga vinculación con el mismo.

Deseo resaltar un especial recuerdo a quienes me enseñaron las primeras armas de la especialidad, los Drs. Osvaldo Grosso y María Luz Iraola, ambos ya desaparecidos, quienes me recibieron en el Laboratorio del Instituto Mussio Fournier, en el Hospital Pasteur.

Del Dr. Grosso, quien fue colaborador desde su inicio de los Drs. Piaggio Blanco, Paseyro, Maggiolo, Cerviño, etc., recuerdo su paciencia y generosidad al haberme acompañado personalmente en el estudio de múltiples temas de patología.

Mi agradecimiento a los profesores de Ginecología y Obstetricia con quienes en estrecho diálogo, desentrañamos tantos desafíos del diagnóstico en el Hospital Pereira Rossell.

Señalo mi reconocimiento especial al Profesor y Académico Jaime Polto, de quien recibí un apoyo permanente y que al enviarme a Santiago de Chile en 1979 a una reunión sobre patología ginecológica, organizada por la Unión Internacional Contra el Cáncer, me dio la oportunidad de conocer a los más prominentes patólogos de la especialidad, con quienes mantuve luego una larga vinculación profesional y de amistad. Esta relación me permitió la introducción en el ámbito de la Sociedad Latinoamericana de Citopatología, de la

Sociedad Latinoamericana de Anatomía Patológica y de las demás sociedades nacionales. Mi vinculación con la Sociedad Latinoamericana de Citopatología me llevó a ser Presidenta de la misma en el período 2000-2004, continuando luego como su Secretaria General hasta junio de 2011. Fui fundadora de la Sociedad Uruguaya de Citología en 1991, ocupando la presidencia en su primer y segundo períodos.

Mi agradecimiento al Profesor Yamandú Sica Blanco, ya desaparecido, con quien mantuve una estrecha relación desde mis inicios en el Laboratorio de Estudios Placentarios en el Hospital Pereira Rossell. Más tarde, desde la Comisión Honoraria de la Lucha Contra el Cáncer el Profesor Sica Blanco, confiando en el esquema de organización que adopté para el laboratorio de anatomía patológica del Hospital Pereira Rossell, con su Sección de Citología y Patología Cervical, lo designa a partir de 1995, como el Laboratorio de Referencia del Primer Proyecto Piloto de Detección Precoz del Cáncer Cervical, de la Comisión Honoraria de la Lucha Contra el Cáncer, organización que fijaría luego las pautas para la estructuración de los laboratorios del resto del país en dicho programa.

Mi agradecimiento a tantos otros, como el Profesor Alejandro Bozzolo, el Profesor Fued Cura ya desaparecido, y al Profesor Ricardo Topolanski, que se encuentra presente entre nosotros en esta ceremonia. Con el profesor Topolanski mantengo hasta hoy, una hermosa relación de amistad que comienza en el inicio de mi actividad en el hospital. Éste lleva a cabo una admirable y generosa tarea de educación continua a través de su página web “Pescando en Internet” desde la que difunde las más recientes y relevantes publicaciones científicas en ginecología.

¡Qué puedo decir de mi padre, el Profesor Hermógenes Alvarez! Mi introducción en la patología placentaria, en la citología de cuello uterino y la patología ginecológica, comenzó en los primeros años de mi trabajo en el Laboratorio de Estudios Placentarios bajo su dirección. Acompañando sus conocimientos en estas áreas, tuve la oportunidad de familiarizarme con los mismos, desde el inicio de mi formación.

Debo agradecer también a tantos otros como el Profesor Raúl Leborgne, quien cotidianamente visitaba el laboratorio de patología con la finalidad de correlacionar sus hallazgos radiológicos mamarios

con los de la macro y microscopía. Luego esa relación se continuó con los Drs., Félix y José Honorio Leborgne quienes contribuyeron a obtener los mejores resultados posibles en la tarea diagnóstica.

También deseo resaltar mi agradecimiento especial a mis mentores de la Universidad de Buenos Aires. La UBA, fue para mí, así como para tantos colegas, un centro donde se discutían los conocimientos más avanzados de la especialidad. Particularmente a partir de 1970, época fermental en la que se desarrollaba una moderna y revolucionaria revisión conceptual de la patología y citología ginecológicas.

Mi recuerdo para la Profesora Nidia Gómez Rueda, ya desaparecida, encargada del Laboratorio de Patología Ginecológica de la 1ª Cátedra de Ginecología dirigida por el Profesor Guillermo Di Paola. Alumna del Profesor Rodolfo Sammartino. Brillante patóloga y docente, fue durante tantos años mi mentora y amiga y de quien recibí tantos consejos y conocimientos.

Mi agradecimiento al Profesor Marcos Peluffo. Patólogo formado también en el laboratorio de Patología bajo la dirección del Profesor Rodolfo Sammartino. Cuando lo conocí ya era el Encargado del Laboratorio de Citología de la 1ª Cátedra de Ginecología dirigida por el Profesor Guillermo Di Paola. El Profesor Peluffo había sucedido al Dr. Guillermo Terzano, quien durante muchos años trabajó con el Profesor George Papanicolaou en la Universidad de Cornell de Nueva York, siendo uno de sus más estrechos y queridos colaboradores. El Profesor Peluffo, con su personalidad carismática y su enorme capacidad docente, fue un apoyo en mi formación en citología y patología y un amigo personal y de mi familia.

Mi recuerdo para el Profesor de Ginecología Miguel Angel Tatti de la UBA, con quien compartí tantas instancias docentes.

Mi agradecimiento también al Profesor Alexander Meisels, profesor de las Universidades de Laval y de Saint Sacrement en Québec, Canadá. En ésta última fue Director del Departamento de Patología y Citología. Su fama internacional se vio incrementada explosivamente en 1976, al describir los cambios morfológicos que provoca el virus del papiloma humano en las células cervicales y señalar su relación con el cáncer cervical. Incansable docente, dotado de una elocuencia brillante, que hace de sus clases un deleite, viaja por

el mundo brindando cursos en el campo de la citología. En uno de esos cursos, realizado en Buenos Aires, tuve la oportunidad de conocerlo y ello fue para mí un punto decisivo en la incorporación de criterios diagnósticos. Ha recibido innumerables distinciones y premios, sin perder jamás su sencillez y refinamiento en el trato.

En Argentina, también tuve la oportunidad asistir a varios de los cursos que dictó el Profesor Robert Edward Scully, del Massachussets General Hospital. Autoridad internacional en patología ginecológica, creador de la clasificación de los tumores del tracto genital adoptada por la WHO y que se usa actualmente. Especialista en patología del ovario. El poderoso peso de sus conceptos se ha reflejado en toda una generación de patólogos de la época, entre los que me incluyo.

Desde 1985 me integro como miembro de la Academia Internacional de Citología, Destaco especialmente mi relación con el profesor Volker Schneider, Director del Laboratorio de Patología en el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Ulm, ex Secretario General de la Academia Internacional de Citología y con el profesor Matías Jiménez-Ayala, Director del Laboratorio de Citopatología del Hospital Universitario Gregorio Marañón en Madrid, ex Presidente de la Academia Internacional de Citología. Mi colaboración con la IAC me permitió integrar su Comité Ejecutivo en el período 2004-2007 y además varias de sus comisiones hasta el día de hoy. En el año 2007 se me distingue con el Premio Masubuchi de la Academia Internacional de Citología, que se otorga a las personas que hayan contribuido en forma destacada al progreso de la especialidad. Este es uno de los 4 premios que la Academia Internacional otorga cada 3 años. Es la primera vez que dicho premio es recibido en Latinoamérica.

Antes de terminar quiero referirme a esa particular cualidad que designamos como talento, cualidad inherente a todas estas personalidades. Podemos encontrar múltiples definiciones del talento, pero deseo resaltar la siguiente en particular. Para ello voy a citar entonces unas reflexiones sobre el talento tomadas de una excelente escritora norteamericana, Flannery O'Connor, que fallece a los 39 años en 1964, y que enuncia en una conferencia sobre "Naturaleza y finalidad de la narrativa", pero que creo se aplica también al acto médico:

“Un talento natural de cualquier tipo es una responsabilidad importante. Es un misterio en sí mismo, algo gratuito y totalmente inmerecido, algo cuya utilidad real probablemente estará siempre oculta para nosotros. Normalmente, el artista debe sufrir ciertas privaciones para utilizar su talento natural en su totalidad. El arte es una virtud del intelecto, y la práctica de cualquier virtud requiere un cierto ascetismo y un definitivo dejar atrás la parte egoísta del ego...”  
Nuevamente agradezco a mis colegas, a mis colaboradores médicos, técnicos y administrativos que me han acompañado durante tantos años, al apoyo incondicional de mi familia y a mis amigos, que han hecho posible que hoy me encuentre entre ustedes en esta ceremonia.

### **Discurso de asunción del Ac. José E. Pons.**

Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina,  
Ac. Prof. Dr. José Luis Peña,  
Sras. y Sres. Académicos,  
Mis estimados Carmen y Asdrúbal,  
Profesores, colegas, familiares,  
Amigos... amigos (¡esplendoroso título!).

Quienes me conocen saben que suelo hablar sin papeles. Pero hoy no quiero que el momento me nuble la mente, aunque sé que corro el riesgo de que se me enturbie la vista.

Tuve el propósito de obviar las emociones, para marginar cosas que sólo atañen a mi intimidad. Sin embargo, debo traicionarme inmediatamente después de afirmar lo anterior. En primer lugar, porque quiero recordar a quienes antes que nosotros, ocuparon estos siales. La pesadísima carga de pretender honrar sus méritos con mi aporte, será sin embargo voto imperativo de compromiso.

En segundo lugar, porque no alejo de mi mente, y menos de mi sentimiento, el deber de honrar a las mujeres que en mi práctica profesional, no pude, o no supe, ayudar.

Y por fin, aunque siempre en el norte, porque no puedo dejar de nombrar a una persona muy especial en mi vida: usted, Académico, Profesor, Doctor, Hombre de Bien, Jaime Polto. Su presentación de hoy es uno más de los regalos con que me ha privilegiado a lo largo

de décadas de estímulo, ayuda y magnanimidad. Sus palabras vuelven a honrarme más allá de mis merecimientos, como siempre lo ha hecho, en su enseñanza clínica, su tutoría quirúrgica y sobre todo su ejemplo, estremecedor en ética y dignidad, revelándome una condición humana superior, propia de quien es maestro sin necesidad de la ostentación. Homenajeo en usted a todos quienes han encarnado –más allá de la obligación-vocación de continuar la cadena de transmisión del conocimiento– a hombres y mujeres que han ganado el ennoblecedor título de Maestros de Vida.

Sería plena justicia que en este momento, en que se arraciman recuerdos, evocara a tantos otros de mis Maestros. Sin embargo, faltaré a ello, para enfocarme en mis discípulos. No alumnos, es decir quienes circunstancialmente me tuvieron como transmisor de conocimiento, porque esa enseñanza está destinada a caducar, para ser sustituida por nociones más frescas... también sentenciadas a cumplir su ciclo. Sí, discípulos, vale decir a quienes fui capaz de hacer ver los valores que han sustentado a la Medicina desde que alboreó el primer gesto epimelético de un humano hacia otro.

Y no es que olvide a quienes marcaron mi vida personal y mi trayectoria profesional. Están en mí, me moldearon, me cambiaron, invitándome a hacer lo propio con quienes me siguieran. Pienso en mis padres, formándome en la época más maleable de mi mente. Ambos fueron hijos de inmigrantes, que dejaron atrás familia y terruño, para llegar con mínimos recursos económicos pero con fortuna en valores y principios. Pienso en mis maestros y profesores de enseñanza primaria y secundaria, en un momento en que Uruguay priorizaba la educación antes que el éxito efímero o el lauro mezquino. Y pienso en mis profesores de medicina en la gloriosa época en que este país, territorialmente pequeño, mostraba gigantes al mundo.

Si ahora miro con fanal más esplendente hacia mis discípulos, es porque mis maestros también me enseñaron que quienes abrazamos la tarea de educar somos, antes que nada, instrumentos en la perpetuación de un camino de enriquecimiento personal capaz de entregar avíos a quienes serán mejores que nosotros. Algunos de mis discípulos, que están encastrados en mi alma, me hacen ver que al

enseñar he honrado –dentro de mis posibilidades– el deber de depositar en nuevas manos, el legado que de mis mayores recibí.

Quizás en este instante, en algún laboratorio del mundo se esté aislando una molécula que cambiará la terapéutica; en algún quirófano se esté dando el último toque a una técnica que sorteará escollos; y en algún aula se esté vertiendo una concepción paradigmática. Cualquiera de ellas, talvez, abriendo la cuenta a un futuro Premio Nobel.

Hace cientos de miles de años, en algún lugar de África, alguien – seguramente una mujer– se sintió conmovida por el sufrimiento de otra mujer durante un parto y se acercó a ayudarla. Junto con otros gestos de similar tonalidad fraternal, se estaba dando inicio a lo que hoy llamamos Medicina. Las diferencias entre esos gestos y los que mencioné como hipótesis del hoy, son sólo de grado. Todos ellos se basan en la misma inquietud humana por ayudar al prójimo. En ese deseo hay también un encadenamiento que lleva desde el chamán al médico. El primero era vidente, mago, sanador y oráculo. El médico de hoy, al cual parece exigírsele ser asimismo “Johannes fac totum”, se ve desbordado por la apabullante avalancha de conocimientos. Se hace imperioso especializarse y subespecializarse. Nos encaminamos hacia la microespecialización, si es que no existe ya.

Las posiciones radicales, tanto las que exageran las ventajas de la especialización, como las que hacen lo propio con las desventajas, terminan caricaturizando la situación, en claro ejemplo de lo que Vaz Ferreira llamaba paralogismo de falsa oposición. Eso impide mirar desde ambos ángulos, con criterio realista y constructivo.

Ventajas y desventajas realmente existen, pero importan poco si se visualiza, como estrella Polar, el mandato básico del ejercicio de la medicina –en cualquiera de sus ámbitos: la asistencia, la enseñanza, el desarrollo técnico, la investigación y la inclusión social de todas las anteriores–, el mandato, decía, de la estricta afiliación a la ética, al derecho, y en definitiva a las expresiones del manido y maltratado, aunque perennemente altivo, concepto de humanismo en la medicina. Hace un momento recurrí a la imagen de “abrazar”. En el gesto de estrechar con los brazos se simboliza la intención de abarcar en totalidad. Y ese concepto se tiñe, además, de emoción. Se abraza para

demostrar afecto, protección, consuelo, Se abraza para contener, para amparar.

Quienes abrazamos la Medicina aprendemos, a veces a bofetadas que nos da la vida, que nuestra disciplina es inabarcable. Que cada día más, el primer aforismo de Hipócrates se hace verdad palpable: “*Ho bios brakhys, hê de tekhnê makrê*” (La vida es breve, el arte largo). Y que esa verdad apunta, forzosamente, a límites. Aprendí también de mis maestros que se deben tener claras las propias limitaciones. Conozco perfectamente las mías. Por eso me estremece que se me haya honrado con la designación de Académico.

Cuando Platón instituyó su escuela se la llamó Academia, porque el sitio físico en el que se reunía había pertenecido antes –se decía– a Academo. Era el bosquecillo, o el jardín, de Academo, regado por el río Cefiso, a seis estadios de Atenas. Allí, quienes rodeaban a Platón contribuyeron al desarrollo de una época luminosa, ya no sólo de Grecia sino de la humanidad. Las Academias que desde entonces han sido, perpetúan lo que seguramente Academo nunca soñó, que sus flores y frutos espejarían otras flores: el derecho de los seres humanos a su crecimiento personal, y otros frutos: los saberes que posibilitan encarnar los derechos en realidades, pero también los anhelos en esperanzas.

Llego a esta Academia con la avidez de aprender, como seguramente lo hizo el estagirita. Líbreme Dios de compararme con él. Llego con la humildad de contribuir a alcanzar el agua del Cefiso para el riego del jardín, como quizás llegó el tasio Leodamas. Me bastará con saber que pude aportar una gota, que sin la contribución de cada una no existiría el océano. Y no uso esta imagen gratuitamente. La Medicina se nutre de “gotas”, cada una tan valiosa como las demás, para que el conjunto siga siendo el de una disciplina abarcadora, compasiva, afectuosa y protectora, como la poesía dice mejor: “*Seid umschlungen, millionen*” (Abrazaos, multitudes), Schiller dixit.

José Eduardo, Delfina, Ernesto, Elsa, Cristina, Irene, y tantas otras personas que reservo “*in pectore et in cor*”. Mi personal océano sería Mar Muerto sin las gotas con las que a raudales ustedes lo han dimensionado.

Gracias.

## **Discurso de asunción del Ac. Asdrúbal Silveri.**

Les prometo que hablaré desde lo alto para que todos me vean, hablaré fuerte para que todos me oigan y breve para que todos me aplaudan.

Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina Dr. José Luis Peña.

Sres. Académicos, distinguidos colegas, familiares y amigos

Mi agradecimiento a la Academia Nacional de Medicina y a cada uno de sus miembros por el honor de haberme incorporado a la misma.

Agradezco especialmente a la Académica Dra. Eva Fogel, por sus palabras, y por haber sido ella, quien en forma reiterada, propuso mi nombre para esta designación.

Quiero felicitar a los nuevos académicos entrantes, deseándole lo mejor.

Entiendo que la gratitud es una obligación, para quienes nos contienen en su seno.

Debo confesar que la Academia de Medicina era para mí, algo lejano, de modo que nunca consideré que ese privilegio me pudiera corresponder.

La Academia es una Institución con fines trascendentes y está integrada por personas que llevan consigo experiencia, pensamiento y sabiduría.

Me permito corresponder al honor de este nombramiento, asumiendo el compromiso y prometiendo ofrecer trabajo, dedicación y esfuerzo.

Pondré el máximo empeño para colaborar en mantener el prestigio de la ANM en el ámbito social, político y profesional.

Circunstancias como la presente nos obligan a repasar nuestras vidas, a retrotraernos al pasado, pensar en mis padres, en todo lo que me ofreció mi país de adopción, donde pude obtener una formación médica y humana adecuada, pude lograr fuentes de trabajo estable, realizar mi carrera docente, formar mi familia, tener mis amigos.

Luego de obtener el título de médico, supe claramente a dónde dirigir mis primeros pasos: decidí transitar por el camino de la Ortopedia y la Traumatología. Tuve un pasaje por el Instituto Ortopédico Rizzoli en Bologna, donde se había formado otro miembro de la Academia, el Prof. José Luis Bado, quien había dejado un recuerdo maravilloso en aquellos lares.

Para mí fue una experiencia muy enriquecedora.

De vuelta, en el Instituto de Traumatología, pude absorber la mística impuesta por el Prof. Bado; por doquier existían frases escritas en las paredes, como una que recuerdo que me caló muy hondo: “No sufras el trabajo como un castigo. La sentencia bíblica no es una condena, sino un destino promisor”.

Pero a su vez insistía: “No basta tener las manos encallecidas por el trabajo, es necesario tener iluminado el espíritu por la reflexión. Es necesario pensar. Observar sin pensar es tan peligroso como pensar sin observar”, concepto que comparto plenamente.

En el mismo Instituto pude vincularme con el Prof. Oscar Guglielmo, con quien hice gran parte de mi carrera docente, quien también merece ser recordado como Académico y presidente de la ANM en el bienio 1990-1991. Supo ser un observador muy sagaz. Daba más importancia a la observación y al razonamiento, que a la lectura, decía de nada vale leer, tragar libros y revistas, si no se le filtra en el tamiz de una crítica inteligente, cuidando de no transformarse en papagayos. Una de sus frases predilectas era: “no repitan como loros”, quizá queriendo avalar aquel aforismo: “las lecturas de trabajos científicos son al médico, lo que la columna del alumbrado al borracho: sirve más para apoyarse que para iluminarse”. En sus ateneos diarios nos abrió la mente a la observación, a la discusión y al análisis de las diferentes patologías. A mi entender fue un precursor en la Educación Médica Continua y Permanente, de la cual el Ac. Dr. Dante Petrucelli fue gran impulsor desde los años 90 a través su trabajo desde la Escuela de Graduados.

El Prof. Gugliemone, era un integrador, convocaba a todos los traumatólogos del medio, fueran docentes o no, a sus ateneos, nos obligaba a llevar casos del hospital o de nuestras prácticas privadas y en forma colectiva, a discutir el caso y buscar soluciones adecuadas y consensuadas.

Fue él, quien entendiendo que la especialidad se iba ampliando, alentó la formación de equipos de trabajo (cadera del niño, cadera del adulto, rodilla, tumores, pie, columna, etc.), cuyos integrantes llegaron a brillar en el contexto nacional e internacional. Cada grupo lograba profundizar conocimientos, hacer aportes y reunir una casuística importante para un país con tan poca población como el nuestro.

En circunstancias como éstas, en las que muchos recuerdos vuelven a la mente, no puedo obviar citar al Dr. Esteban Nin Vivó, con quien nos unió una AMISTAD FRATERNAL. Se esforzó en la creación de un equipo de trabajo dedicado a la patología de la columna vertebral, donde aprendimos a escucharnos, a consensuar conductas, a escuchar al paciente, a su familia, lograr un intercambio muy enriquecedor para todos. Así, lentamente, se fue gestando lo que hoy es el Centro de Deformidades de Columna, que no es sólo un ámbito laboral; es una clara expresión del trabajo en equipo, es un claro ejemplo del aprendizaje en el lugar del trabajo, lo que hoy se pretende con la denominada Educación Médica Permanente en Salud.

Mis compañeros de la Comisión de Acreditación de la Escuela de Graduados, (Ac. José Luis Peña y Carlos Romero), así como el Ac. Petrucelli, estarán muy complacidos en oír este término. Debería hacer mención a nuestros vínculos laborales, de amistad, con infinidad de Académicos y amigos que hoy nos acompañan, con muchos seguimos trabajando en diferentes ámbitos, Comisión de Acreditación de Escuela de Graduados, Comisión Honoraria de Salud Pública, etc., con quienes aprendo en el día a día, para cumplir y mejorar el ejercicio de vivir.

Sería muy ingrato de mi parte si no tuviera unas palabras de agradecimiento para mi esposa, nuestros hijos biológicos y políticos y mis 5 nietos, sobre todo para Magdalena, mi nieta mayor, de 10 años, quien habiendo leído el borrador de este discurso y ante una

omisión mía, me anotó en la última hoja con lápiz; “acordate de los nietos”.

Para terminar, ya que aquí, esta noche, hay personas de todas las edades, me permito repetir algunas frases de un discurso memorable pronunciado por el Prof. Bado muy cerca del final de su vida, en 1977 en Congreso SLAOT de Río de Janeiro, cuyo título era Exhortación a la juventud.

En él decía: “No es más viejo aquél que vive más; ni es tampoco decrepitud e inútil esfuerzo. Es expresión de una vida cumplida, pero no detenida, aún en movimiento y en acción. Es la serenidad, la calma del tiempo transcurrido en el trabajo, en el esfuerzo, en la meditación. No vive más quien más años vive, sino quien con superior maestría multiplica y repite los elementos de su actividad espiritual.” Refiriéndose a la serenidad y equilibrio que pueden dar los años y permitir frenar los traspiés de los impulsos juveniles, le decía a los jóvenes: “esforzaos en llegar a ser viejos con tiempo, si deseáis ser viejos durante mucho tiempo.” Es como si lo adelantara en el tiempo y le enseñara años en plena juventud.

Y recordaba: “hay cuatro cosas viejas que son buenas: viejos amigos para conversar, leña vieja para calentarse, vino añejo para beber, libros viejos para leer.” En fin.....

Para finalizar, quiero agradecerles a todos Uds. la presencia esta tarde aquí, en una jornada tan emotiva e importante para nosotros.

### **Designación del Ac. José Grunberg**

El 8 de diciembre en sesión plenaria fue designado Académico Titular el Dr. José Grunberg (Sección Medicina). Asumió en el año 2012.

## **9.- SECCIONES DE LA ACADEMIA Y SU INTEGRACIÓN**

---

### **Sección Medicina**

Académicos: Juan Bonifazio, Humberto Correa, José L. Peña, Dante Petruccelli, Enrique Probst, Hernán Artucio, Mario Médici, Juan C. Bagattini, Henry Cohen, Nelson Mazzuchi, Carlos Romero y Carlos Salveraglio.

### **Sección Cirugía**

Académicos: Antonio Borrás, Jaime Polto, Raúl C. Praderi, Celso Silva, José Blasiak, Luis García Guido, Francisco Crestanello, Eduardo Wilson, José E. Pons y Asdrúbal Silveri.

### **Sección Biología Médica**

Académicos: Eva Fogel de Korc, Roberto Quadrelli y Carmen Álvarez.

### **Sección Medicina Social y Salud Pública**

Académicos: Gloria Ruocco, Guido Berro, María Teresa Rotondo y Antonio Turnes.

## **10.- COMISIONES Y GRUPOS DE TRABAJO**

### **10.1.- Comisión de Reglamentos**

Acs. Antonio Borrás (responsable), Dante Petruccelli, Francisco Crestanello, Jaime Polto y Nelson Mazzuchi.

### **10.2.- Comisión de Publicaciones, Difusión y Relaciones Públicas**

Acs. Francisco Crestanello, Juan C. Bagattini, Enrique Probst y Carlos Romero.

### **10.3.- Comisión de Asuntos Internacionales**

Acs. Celso Silva (responsable) Roberto Quadrelli,  
Antonio Turnes, Henry Cohen y Eva Fogel.

#### **10.4.- Comisión Calificadora Intersectorial**

Ac. José L. Peña (Presidente)

Seccional Medicina:

Orestes Fiandra, Carlos Romero (titulares)

Mario Médici y Juan Bonifazio (suplentes)

Seccional Cirugía:

Raúl Praderi, Celso Silva (Titulares)

José Blasiak, Eduardo Wilson (suplentes)

Seccional Biología Médica, Medicina Social y Salud  
Pública

Acs. Eva Fogel y Gloria Ruocco (titulares)

Roberto Quadrelli, Antonio Turnes  
(suplentes)

#### **10.5.- Comisión de Relación con las Facultades de Medicina (UDELAR y CLAEH)**

Acs. José L. Peña, Enrique Probst y Mario Médici

#### **10.6.- Comisión de Violencia en la Relación Clínica**

Acs. José L. Peña (responsable) José Blasiak, Carlos  
Salveraglio, Guido Berro y Antonio Turnes.

#### **10.7.- Comisión de informatización de la Academia**

Acs. Gloria Ruocco (responsable), Luis García  
Guido y Francisco Crestanello.

#### **10.8.- Comisión de Investigación**

Acs. José L. Peña (responsable) María Hortal, Eva Fogel, Gloria Ruocco.

#### **10.9.- Comité de Ética de la Investigación Clínica en seres humanos**

Acs. Gloria Ruocco (responsable) Eduardo Wilson, Guido Berro, Echevarría Leúnda, R. González Rocco, María T. Rotondo y Juan C. Bagattini.

#### **10.10.- Comisión de Colegiación Médica**

Acs. Milton Mazza, Mario Médici, Antonio Turnes, Guido Berro y Francisco Crestanello.

#### **10.11.- Comisión de Desarrollo Profesional Médico Continuo**

Acs. José Blasiak, Nelson Mazzucchi, Hernán Artucio, Juan C. Bagattini, Carlos Romero

#### **10.12.- Comité organizador de las Jornadas sobre Violencia en la relación clínica**

Acs. Gloria Ruocco, Guido Berro, Eva Fogel, Antonio Turnes, Carlos Salveraglio y Enrique Probst.

#### **10.13.- Delegados de la Academia al Grupo de Trabajo Inter-institucional Permanente (GTIP)**

En sesión del 2/6/10 se designaron como delegados alternos a los Acs. Hernán Artucio y Carlos Romero.

### **11.- NUEVOS REGLAMENTOS DE LA ACADEMIA**

#### **Reglamento Interno.**

Desde el inicio de sus actividades la Academia Nacional de Medicina cumplió con esas disposiciones, y se dio un Reglamento Interno. Para adaptarlo a condicionantes que no existían cuando se elaboró, fueron necesarias revisiones y modificaciones (la última se aprobó en la Asamblea el 12 de junio de 2008) y la elaboración de reglamentos complementarios.

A fines de 2009 la Academia disponía de varios buenos reglamentos, que no estaban convenientemente articulados entre sí ni con el Reglamento Interno, lo que dificultaba su consulta y su aplicación.

Para resolver esta situación, durante 2010 y 2011 la Comisión de Reglamentos los revisó, actualizó e integró en un solo Reglamento Interno, respetando sus espíritus pero dándoles un ordenamiento, una redacción y una articulación más funcionales.

Fue aprobado en General en sesión de la Asamblea del 14 de julio de 2011 y en particular el 10 de noviembre de 2011.

### **Reglamento de Premios.**

Es una nueva y actualizada versión del anterior Reglamento de Premios, Becas y Concursos.

## **12.- RÉGIMEN DE REUNIONES DE LA ACADEMIA**

### **Reuniones plenarias.**

Se realizan los segundos y cuarto jueves de cada mes.

### **Reuniones del Consejo Directivo.**

Se realizan todos los jueves.

## **13.- CONFERENCIAS DE ACADÉMICOS**

En el año 2011 se realizaron las siguientes conferencias:

**13.1.- Ac. Carlos Salveraglio  
“VIDA Y OBRA DE ELÍAS REGULES (1861-1929)”  
IN MEMORIAM DEL AC. CIRO PELUFFO**

El Ac. Salveraglio hizo una detallada y amena exposición sobre la vida y obra de este hombre polifacético, que honró a la Medicina nacional, a su especialidad, a su Facultad y a la Universidad y que cultivó el amor por las cosas del campo y su cultura, que conocía en profundidad.

La exposición estuvo ilustrada con la proyección de imágenes de gran valor histórico, algunas de las que se reproducen, y con una interpretación muy emotiva del poema de Regules “Mi Tapera”, a cargo de un integrante de la Sociedad Criolla “Elías Regules”.

Lo que sigue es el resumen de la misma.

---

El Dr. Elías Regules Uriarte nació el 21 de marzo de 1861 en la ciudad de Montevideo.

De niño convivió y disfrutó del entorno campero, de las vicisitudes de lo rural en el campo de sus padres, sobre el arroyo Malbajar, en las cercanías de Sarandí del Yi, localidad que su padre ayudó a gestar.

La convivencia con el medio campesino marcó en su personalidad una afición y admiración permanentes por todo lo rural.

En la adolescencia, para darle una mayor instrucción, sus padres lo envían a Montevideo. Al prepararse para el ingreso a la Universidad de la República, percibe que los estudios secundarios, en ese entonces a cargo de la Universidad, eran insuficientes, siendo para ello necesaria la concurrencia simultánea a institutos privados. Conoce así, por vivirlo, las carencias de los cursos oficiales y la imposibilidad de algunos compañeros de costearse una enseñanza privada. Ante ello, junto a tres compañeros, Osvaldo Acosta, Luis G. Murguía y Benito del Campo, organizan un grupo de ayuda en el que los alumnos de cursos superiores dictan desinteresadamente clases a sus compañeros de cursos inferiores, clases que se dictaron inicialmente en la propia casa de Regules.

Este grupo daría origen a la “Sociedad Universitaria”, que llegó a ocupar un papel protagónico en materia docente, fundamentalmente cuando Latorre por decreto elimina de la Universidad oficial los cursos secundarios.

En ese entonces Regules tenía sólo 15 años de edad; demostró así desde su juventud un acendrado espíritu de solidaridad para sus compañeros y con marcado desinterés revirtió una situación de injusticia social.

Ingresa a la Universidad en 1879. A poco de ingresar, conjuntamente con el Dr. José Scoseria, promueven la renuncia del profesor de Química por incumplimiento de sus tareas docentes, lo que le valió, de parte del Consejo Central de la Universidad, suspensión transitoria de su calidad de estudiante; fue así que rindió como estudiante libre las pruebas de los dos primeros años de Medicina, llamando la atención a compañeros y docentes por su brillantez.

El 2 de setiembre de 1893 obtiene su título de médico cirujano y en el banquete en su honor Segundo Posadas le expresa “de estudiante habéis sabido labraros vuestro pedestal sobre el cual descansa vuestro digno porvenir”, frase que encierra la admiración de sus compañeros y le augura un futuro prometedor.

En 1884 es designado secretario de la Facultad de Medicina.

En 1885 “Catedrático en propiedad de Higiene y Medicina Legal”, cargo desempeñado hasta 1928. En el mismo año es designado Vice decano.



**E. Regules dictando una clase de Medicina Legal**

En 1888 es nombrado Decano Interino, y un año más tarde Decano de la Facultad de Medicina siendo reelecto anualmente hasta 1897, cargo del que se retira para ocupar un escaño a nivel gubernamental como integrante del Partido Constitucional, y como él lo expresase “con la única meta de dar al país las respuestas adecuadas para su natural y necesario desarrollo”.



**Retrato de Elías Regules en el Decanato de la Facultad de Medicina**

Elías Regules, hombre de firmes convicciones y de enérgicas decisiones llevó adelante una trascendente transformación de la joven Facultad de Medicina. Durante su decanato presentó innumerables y oportunas ideas en favor del mejoramiento de la preparación de los estudiantes de medicina, se crearon nuevas cátedras, logró que se permitiera ingresar a los estudiantes a sala de mujeres, a los establecimientos de internación psiquiátrica, y que las autopsias por orden judicial se realizaran en la Facultad de Medicina.

En 1887 actúa como médico de sanidad en la epidemia de cólera. En ese momento la economía del país dependía fundamentalmente de la exportación de tasajo a Brasil, la que fue interrumpida por el gobierno brasilero temiendo la trasmisión de esta enfermedad. Por este motivo Elías Regules designa al Dr José Arrechavaleta para estudiar si era factible que el tasajo fuese un medio de trasmisión. Arrechavaleta concluye “No sólo no es un medio de vida para el cólera sino que constituye un medio de muerte.” Juntos se trasladan en misión diplomática a Río de Janeiro donde son recibidos por las máximas autoridades gubernamentales y de Salud Pública, quienes reconocen las experiencias sobre el cólera realizadas por el Dr. Arrechavaleta y logran la reapertura de este mercado para el tasajo, imprescindible entonces para la economía nacional.

Como médico tuvo intensa participación en la Asociación Fraternidad y realizó una importantísima obra de ayuda social al frente de la Sociedad Filantrópica Cristóbal Colón, logrando, por su personalidad, que un distinguido grupo de docentes de la Facultad de Medicina asistiera gratuitamente a la población cuando las dependencias del Ministerio de Salud Pública no eran suficientes para ello.

En 1904 fue jefe de la Expedición Sanitaria que actuó en Masoller, durante la batalla en que perdió la vida Aparicio Saravia y en la que hubo 274 muertos y 921 heridos.

La Junta Central de Auxilios, presidida por el Dr. Pedro Figari y José Irureta Goyena, secretario, brindó a Regules homenaje “por sus importantísimos servicios” en esta misión.

Concibió también la idea de la creación de un hospital universitario frente al antagonismo y tirantez con la Comisión de

Caridad, idea que se concreta a impulso del Dr. Manuel Quintela con la fundación del Hospital de Clínicas, el edificio más grande del país, destinado a la asistencia, a la enseñanza y al desarrollo de la medicina.

Dado su dinamismo y entrega por las obras en que creía, su actividad se multiplica. Conjuntamente con el Dr. José Scoseria promueve a nivel de la sociedad universitaria un acto de homenaje a José Pedro Varela que se realizó en el Teatro Solís, participando delegaciones culturales de todo el país, lo que llevó a consagrar definitivamente la figura del ilustre Reformador de nuestra Enseñanza.

Fue también presidente del Comité de homenaje a Don Juan Zorrilla de San Martín, promoviendo la compra, por aporte popular, de la casa en que vivía y la que le entregara con estas palabras: “Para un poeta su casa, la casa en la que ha vivido sus horas más llenas de emoción y de recuerdos, tiene que ser parte de su yo y por eso el pueblo ha querido que sea suya, para que esa identificación se realice permanente.”

Culmina su dedicación a la Facultad de Medicina al alcanzar la máxima jerarquía académica como Rector de la Universidad el 1º de noviembre de 1922.

Sin distingo de color político fueron unánimes los elogios de los valores de Regules, como hombre y como universitario para regir los destinos de la Universidad.

El entonces bachiller Juan Vicente Chiarino expresó “El Dr. Elías Regules ha sido electo con justicia para ocupar el primer cargo del organismo universitario. Independencia de carácter, honradez intachable, personalidad descollante, integridad moral a toda prueba.”

En el homenaje realizado en su honor, dirigiéndose a los estudiantes, Elías Regules señaló: “los legítimos intereses de los universitarios no se tutelan con concesiones desorientadas y comodidades pasajeras. No los quiere mal quien les dé expresiones y descansos; pero los quiere mejor quien les reclame trabajo y les pida orden para su mayor y más sólido triunfo. Subo para ellos y debo custodiar su positiva cultura.”

Al finalizar el trienio como Rector fue reelegido por un período de otros tres años, hasta 1928.

Entre noviembre de 1931 y mayo de 1932 Elías Regules fue Presidente del Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay.

Esta vida tan rica de realizaciones universitarias es también fermental en otra de sus grandes pasiones: el tradicionalismo.

Refiriéndose a ello expresa: “Yo elogio la ilustración y en esas ventajas de amparo, como lo crean bien claro mi vida y mi profesión, pero la alta perfección que la cultura se encierra no ha sido grito de guerra para matar en mi pecho el gusto franco y derecho por las cosas de mi tierra.”

Es así que el 24 de mayo de 1894, Elías Regules reaccionando a la admiración que tenía Montevideo a todo lo que venía del exterior, sale a la búsqueda de las características que dan la identidad nacional, realiza con su formidable personalidad, vestido de gaucho, luciendo su estampa de a caballo y junto a otros 33 paisanos una recorrida por el centro de la ciudad.

Al día siguiente, el 25 de mayo, crea la primer Sociedad Criolla de Uruguay y de América. Institución destinada a rendir culto a nuestras tradiciones, a exaltar el sentimiento de nacionalidad, los valores de su identidad, el espíritu republicano democrático y la figura del gaucho como protagonista de nuestra historia y cultura.



**La primera Sociedad Criolla fundada por el Dr. Elías Regules hace casi 125 años, en la calle Atahualpa del Prado**



**Regules, encabezando el desfile de la Tradición, promovido por él, por 18 de Julio**

Ésta fue la simiente de innumerables sociedades criollas en Uruguay y en América.

Presidió la comisión que materializó el monumento al gaucho en 18 de Julio y fue también un reconocido escritor nativista, autor de versos criollos entre los que se destacó “Mi Tapera” y de obras teatrales como “Los Gauchitos” y “El Entenado” representadas en teatros de Uruguay y Argentina.

“Vivo feliz con sangre americana, yo no tengo vergüenza de mi raza”.

El 4 de noviembre de 1929 fallece en La Margarita mientras realizaba su habitual periplo por el campo.

Su figura seguirá presente como ejemplo de vida.

### **13.2.- Ac. Juan Carlos Bagattini.**

**“Alteraciones hidroelectrolíticas y alteraciones neurológicas” – In Memoriam Ac. Carlos Gómez Fossati**

### **Palabras del Ac. Francisco Crestanello**

Autoridades, integrantes de la Academia, señoras y Señores.

Tal vez por conocer la larga y profunda amistad que me unía al Académico Carlos Gómez Fossati, el Presidente Peña me ha confiado la tarea de dedicarle, *in memoriam*, esta sesión científica.

Carlos fue un integrante tan natural de todos los ambientes en que actuaba, que se llegaba a considerarlo exceptuado de la ley que establece que la vida corporal tiene un límite.

Evoco su imagen parado en este podio, cuando en marzo de 2009 me presentó en la ceremonia en que asumí como Académico. Nunca imaginé que los papeles se invirtieran y en algún momento yo tuviera que hablar de él en una circunstancia como ésta.

En realidad todos sabemos por qué la Academia Nacional de Medicina le dedica esta sesión; todos conocemos los múltiples porqués.

*In memoriam* significa en memoria, en recuerdo y en homenaje a un fallecido.

*In memoriam*; en recuerdo. En recuerdo del cirujano, universitario, académico, docente, maestro, familiar, amigo, persona y ejemplo de vida que todos sabemos que fue, en grado superlativo.

Fue Académico por sólo 5 años: asumí a principios de 2005 y trabajó hasta fines de 2009. En la Academia coincidimos muy poco, de modo que no puedo dar testimonio personal completo de su actividad. Pero de algunas conversaciones que mantuve con él y del repaso de las actas, surge muy claramente que también en ella aplicó la inteligencia de su andar pausado y sin estridencias con que resolvía con seriedad y eficiencia todos los asuntos.

La única actividad suya en la Academia de la que fui testigo y por ello la menciono como ejemplo, fue la jornada de conmemoración de los 40 años del primer trasplante renal, perfectamente organizada por él y el Académico Luis García Guido.

Han pasado diez y seis meses desde su muerte. La sorpresa, la incredulidad y el dolor han cedido su lugar a la serenidad de mirar esta realidad desde otra perspectiva.

*In memoriam* también significa en homenaje. Después ser un amigo que en medio siglo de vida compartiendo la carrera quirúrgica se transformó en el hermano que no tuve, puedo afirmar que a Carlos no le gustaba otro homenaje que no fuera trabajar. Dejémosle el

tiempo a la Conferencia del Académico Juan Carlos Bagattini, que será el homenaje de trabajo que la Academia quiere brindarle y él recibiría gustoso.

Pero antes permítaseme recordar este verso de Octavio Paz que describe con belleza por qué al recordarlo con afecto y homenajearlo con trabajo, el Académico Carlos Gómez Fossati estará realmente aquí entre nosotros.

Dice así:

Para poder ser yo he de ser otro,  
salir de mí, buscarme entre los otros,  
los otros que no son si yo no he sido,  
los otros que me dan plena existencia.  
No soy, no hay yo,  
siempre somos nosotros.

Octavio Paz  
(1914-1998)

Muchas gracias.

### **Conferencia del Ac. Juan C. Bagattini (FACP)**

#### **Alteraciones hidroelectrolíticas y alteraciones neurológicas (Sección 1: HIPONATREMIAS) <sup>1</sup>**

##### **Introducción**

**La presencia de una afectación neurológica de cualquier tipo** (alteración de la conciencia, coma, convulsiones, parálisis de diversos tipos, etc.) es justificadamente privilegiada por el médico clínico, pensándola habitualmente, como manifestación de una afección primitiva del sistema nervioso central ó de una enfermedad orgánica sistémica con participación importante de este último. Más raramente, la atribuye a un trastorno metabólico sistémico (como ejemplos destacados: la hipoglicemia, la

---

<sup>1</sup> Esta conferencia es parte de un extenso trabajo del autor sobre otras alteraciones hidroelectrolíticas (hipokaliemia, hipocalcemia, hipercalcemia, etc.) y alteraciones neurológicas

cetoacidosis diabética). Es bastante excepcional, sin embargo, que se piense en una alteración hidroelectrolítica como generadora de ese cuadro clínico y, muchas veces, la ignora.

En el ejercicio de la Medicina Interna hospitalaria y de la Medicina Intensiva, el Médico se ve enfrentado, con cierta frecuencia (y no siempre con éxito) situaciones, en las que las alteraciones antes dichas pueden ser la causa de la afectación neurológica presente. Igualmente, su presencia suelen contribuir a la agravación de una enfermedad neurológica primitiva o dentro del espectro de enfermedad sistémica. Debe admitirse que el celo puesto por algunos de los Maestros clínicos anteriores en mostrar las maniobras específicas para realizar una precisa semiología cardiovascular, respiratoria, o de otros aparatos, no estuvo orientada con igual fuerza a describir los síndromes hidroelectrolíticos. Se puede decir que esto, aún hoy, es una falencia en el entrenamiento de los Médicos Internistas. El desarrollo importante de la Medicina Intensiva y de la Nefrología impulsó la necesidad de conocer y manejar mejor estos temas.

#### Herramientas básicas

- Establecer la estructura de los diversos compartimientos hídricos

. En un paciente adulto “tipo” de peso corporal (PC) 70 kg (sin considerar las diferencias que imponen, entre otros, el género, la edad), groseramente puede decirse (con cifras redondeadas) lo que muestra el

#### CUADRO 1:

#### CUADRO 1: COMPARTIMIENTOS HÍDRICOS DEL ORGANISMO

(Adulto "tipo", Peso Corporal = 70 kg)

Masa sólida total (en kilogramos, kg): 40 % PC 28 kg.  
(0,4 × 70)

Líquido Corporal total (LCT, en litros, L): 60 % PC 42 L  
(0,6 × 70)

Distribuido en

Líquido Intracelular (LIC) 40 % PC 28 L (0,4 × 70)

Líquido Extracelular (LEC) 20 % PC 14 L (0,2 × 70)

Líquido Intersticial 16 % PC (±) 11 L (0,16 × 70 = 11,2)

Líquido Plasmático Endovascular (LPev) 4% PC (±) 3 L (0,04 × 70 = 2,8)

Estas abreviaturas serán usadas en el transcurso del texto: **Líquido o agua intracelular LIC**, **líquido o agua extracelular LEC**; **líquido o agua plasmática (endovascular) LP(ev)**; **líquido o agua intersticial LI**

Es importante recordar estos valores pues serán necesarios en algunos cálculos simples.

**Diferenciar Masa o Capital corporal de un electrolito de las Concentraciones (séricas y en otros líquidos orgánicos) que, no siempre, corren paralelas.**

- **Masa o Capital de un electrolito** es la cantidad del mismo en el organismo. De estudios cadavéricos de ambos sexos y en el sujeto vivo por técnicas de dilución isotópica (utilizables en la práctica clínica) pueden conocerse y estimarse los capitales de los mismos. A modo de ejemplo:

**El Capital de Sodio** para un sujeto de 70 kg p.c. es de aproximadamente 4000 mmol(meq) (**58 mmol/kg p.c.**). De ellos, 2800 (40 mmol/kg p.c) pueden movilizarse e intercambiarse (Sodio”intercambiable”). **2700 mmol de Sodio (97%) están disueltos en el líquido extracelular (LEC)**, mientras que los restantes 100 mmol están dentro de las células. Por ello, el **capital de Sodio constituye el “esqueleto osmótico” del LEC: si disminuye, el LEC se contrae; si aumenta, el LEC se expande.**

**El Capital de Potasio** para un sujeto de 70 kg es de aproximadamente 3500 mmol(meq) (50 mmol/kg p.c.). Siendo el **Potasio un ion predominantemente intracelular (90%del total)**, la determinación de su capital es, por lógica, **una función de la masa celular del organismo** (verdadero “laboratorio corporal”), en **donde el tejido muscular, por su abundancia, es su principal representante**. Es así que se considera para edad, peso corporal, talla y estado fisiológico determinados una verdadera constante biológica

- **La concentración de los electrolitos** en algunos de los líquidos corporales expresa la **relación** existente entre la **cantidad** del electrolito y el **volumen líquido** en que el mismo está disuelto.

**Desde el punto de vista clínico**, se dispone de la mayor información sobre las **concentraciones iónicas del LEC** y en éste, **los resultados** están referidos **al plasma**, dada la facilidad de obtención de las muestras.. Debe aclararse que las **concentraciones iónicas a nivel del líquido intersticial (LI) NO son idénticas a las del líquido plasmático (LPev)** y que para obtener aquéllas debieran corregirse los valores plasmáticos en relación al agua plasmática y al equilibrio de Donnan. Desde que la composición del LI es solo ligeramente diferente de la del LPEV, **las concentraciones plasmáticas de Sodio, Potasio y otros iones pueden considerarse como una muy buena estimación** de lo que sucede en el LEC.

Por ello, es importante referirse al cuadro siguiente, dado que permitirá entender por qué las **consideraciones sobre los líquidos corporales y sus variaciones tendrán como escenario las del LEC** (normal, disminuido, aumentado) y, **en éste, las del LPEv** (normal, disminuido, aumentado) en dirección coincidente u opuesta.

**Lo que en cada situación ocurre a nivel del Líquido Intracelular (LIC) está basado en los conocimientos sobre los mecanismos físicos que intervienen en el transporte de agua e iones** (normal, disminuido, aumentado) hacia y desde la célula, como se verá más adelante. La verdadera composición de dicho LIC es una "incógnita" para el **Médico clínico** que "lo mira desde el LEC" (FIGURA 1)



**FIGURA 1: EXAMENES SERIADOS DEL "MEDIO INTERNO" ( datos extraídos desde el LPEv)**

La **Natremia** ( $\text{Na}^+$ , concentración plasmática de Sodio) es la expresión de la **relación cantidad de sodio extracelular/volumen del LEC**. Es una concentración (relación soluto/solvente) Pueden coexistir **Natremia normal, hiponatremia o hipernatremia con LEC normal, contraído o expandido. NO informa sobre el Capital de Sodio y, por lo tanto, NO informa sobre el volumen del LEC**. Su importancia radica en que, como se verá, es la **determinante mayor de la presión osmótica total y de la efectiva ("tono")del LEC**, comandando así la entrada al y la salida de

agua del líquido Intracelular (LIC) . Su valor normal oscila entre 138-150 mmol/L plasma (= meq/L, pues es ion monovalente). Se consideran: **Hiper natremia** valores >151 mmol/L plasma; **Hiponatremia** valores <135 mmol/L plasma. Por lo anterior, la **hipernatremia**, al aumentar la presión osmótica del LEC, **contrae el LIC**; la **hiponatremia hipo-osmolar**, al disminuir la presión osmótica del LEC, **expande el LIC**.

**La Kaliemia o Potasemia (K+p, concentración plasmática de Potasio)** estima la concentración extracelular del potasio y **es independiente en sus variaciones del Capital potásico**. Este puede estar **normal o disminuido** y existir **Hipo, Normo o hiperkaliemia**. Por otro lado, por más elevada que sea la hiperkaliemia, **NO representa un aumento del Capital** de este ion. Su **valor normal** oscila (dependiendo de la técnica) entre **4-5,5 mmol/L plasma** (=meq/L, porque es un ion monovalente). Se considera **hipokaliemia** valores <4mmol/L plasma; **hiperkaliemia** valores >5,6 mmol/L plasma

Esto permite entender, por ejemplo, que: a) un paciente con insuficiencia cardíaca congestiva (con aumento del capital acuoso y del sodio) pueda tener una natremia normal (concentración en plasma, o sea dependiente en dicho líquido de la relación sodio/agua) b) un paciente diabético (clásico ejemplo de capital potásico deprimido o kaliopenia) pueda desarrollar (e incluso, morir por) hiperkaliemia (concentración de potasio en el plasma)

**Reconocer las variables físicas que permiten:**

**a) el intercambio entre el líquido intracelular y el líquido extracelular (separado por la membrana semipermeable de la célula): la osmolalidad** (concentración de partículas disueltas, independiente de su tamaño o forma) existente en la solución a cada lado de dicha membrana, permitiendo los desplazamientos del agua hacia el compartimiento donde ella es mayor.

-Mediante el **osmómetro** (el de punto de congelación es el más usado) es posible determinar de **modo directo la osmolalidad total** (o sea, la presión osmótica, expresada **en miliosmoles/kgH<sub>2</sub>O de agua**) de cualquier líquido orgánico (plasma, orina, LCR, etc.).

**En el caso del plasma, la osmolalidad total** es equivalente a la **osmolalidad extracelular** y tiene un valor normal de **285-295 mOsm/kg de agua plasmática, sin diferenciar** las partículas **“activas” osmóticamente** (sodio, glucosa, el agregado de manitol y otros que, por su

mayor permanencia en el líquido extracelular provocan desplazamiento del agua, a través de la membrana celular semipermeable, hacia donde la presión osmótica es mayor) de las **“inactivas”** (pasan hacia uno y otro lado de la membrana celular”; p.ej.: urea, alcohol)..

**En el plasma** se puede calcular la **osmolaridad total**, conociendo la concentración de los osmoles “activos” o “pasivos” que habitualmente aparecen en la fórmula, en todos los casos, **expresados en Litros (L) de plasma** (NO de agua plasmática), a través de una **fórmula simplificada** que contiene:

**-Sodio en plasma (Na: Natremia**, expresada en **meq/L o mmol/L**) el responsable principal de la osmolaridad plasmática, que se **multiplica por 2** porque el coeficiente osmótico de sodio y de cloro es “casi” 1 (en realidad 0,93 cada uno, lo que llevaría el coeficiente a 1,86, “casi” 2)

**-Glucosa en plasma (Glicemia**, expresada en g/L) 1 mol de glucosa son **180 g**. 1 milimol (mmol) son **180 mg**. Cada **1 g/L (1000 mg/L) de glicemia genera a 5,6 mOsm (1000/180)**. Ejemplo: en paciente con **4 g/L de glicemia**, el aporte de mOsm por la misma es de: (5,6 x 4) **22 mOsm**

**-Urea en plasma (Azoemia**, expresada en g/L). 1 mol de urea son **60 g**. 1 mmol son **60 mg**. Cada **1g/L (1000 mg/L) de urea genera 16,7 mOsm**. Ejemplo: en paciente con **0,5 g/L de azoemia**, el aporte de mOsm por la misma es de: (0,5 x 16,7) **8 mOsm** (redondeo; 8,35 en realidad).

Algunos (principalmente sajones) utilizan el valor de **Nitrógeno (N) Ureico en plasma** (“Blood Urea Nitrogen” o BUN). 1 mol de N Ureico son **28 g** (no a 60 g como la urea). 1 mmol de UN son **28 mg**. Esto implica que **1000 mg de azoemia contienen (1000x28/60) 467 mg de NU** (o sea **1g/L de azoemia equivale a 0,467 g/L de NU**). En este caso, **0,467 g/L/28** aportan igualmente 16,7 mOsm.

**Si uno quiere convertir el valor de la Urea en Nitrógeno Ureico**, un modo aproximado y sencillo es dividir la Azoemia entre 2 (1g/L de azoemia contiene “casi” 0,5 g/L de NU)

**Fórmula de Osmolaridad Plasmática Calculada (en L/Plasma):**

**Natremia (mmol/L) x2 + Glic (g/L)/180 + Azoemia (g/L)/60**

**o, lo que es lo mismo,**

**Natremia (mmol/L) x 2 + Glic (g/L) x 5,6 + Azoemia (g/L) x 16,7**

En la normalidad, la **osmolaridad calculada** tiene una diferencia con la **osmolaridad medida directamente** entre **5 a 8 mOsm**. Esto se denomina **“Agujero osmolar (“gap” o “vacío” osmolar)”**.

Esta diferencia (reitero, normal) puede ser explicada porque la **osmolaridad plasmática calculada** se expresa en **miliosmoles/L plasma**, y la **osmolaridad directa** se establece en **miliosmoles/Kg agua plasmática**

Los **electrodos ion-selectivos actuales** determinan la **natremia en milimoles/L plasma**. Esto obliga a considerar la existencia de **otras sustancias presentes** (marcadas hiperlipidemias y/o hiperproteinemias por para-proteínas > 10 g/dL) pues, en este caso, **los lípidos y las proteínas, ocupan volumen que desplaza el agua plasmática, por lo que la concentración de sodio y de todos los otros electrolitos en términos de milimoles/L plasma, está descendida de modo falso.**

Este inconveniente lo evitaban los que determinaban la concentración de los iones por litro de agua plasmática, lo que llevaba a una mejor correlación entre la **osmolaridad medida** y la **osmolaridad calculada**, porque así se ignoraban las sustancias antes citadas como factores de dilución. De cualquier manera, el uso clínico habitual es del **ion/L plasma**

Si ese **“agujero” es >10 mOsm /L**, está indicando que **hay “otro osmol”** en la solución (activo o inactivo) **presente, NO representado en la fórmula**. Entre ellos, se encuentran: etanol, metanol, etilenglicol, paraldehído, manitol, contrastes iodados, idiosmoles, etc. que hacen que la **osmolaridad medida pueda superar los 300 mOsm/Kg de agua plasmática**, sin “denunciarlo” la calculada. **De allí, que sea necesario conocer ambos valores para poder apreciar la existencia del “agujero osmolar” normal o patológico.**

Por ejemplo: si un paciente tiene **1 g/L de alcoholemia** (alcohol, osmol inactivo), la **osmolaridad directa** mostrará un **ascenso de 22 milimoles/L**, por lo que el **“agujero osmolar” será de 22 ( > 10 mOsm/L)**, en relación a la calculada (1 mol de etanol es de 46 g. Un milimol es igual a 46 mg. 1000 mg/L de alcohol generan 21.7 mOsm/L).

La **osmolaridad efectiva (o “tono”)** de una solución está determinada por los **osmoles “activos” presentes** en ella. En el caso del plasma, **si no hay otros osmoles extraños**, los “activos” son los que figuran en la fórmula siguiente:

**Osmolaridad Efectiva Plasmática Calculada:**

**Natremia (mmol/L plasma) x 2 + Glic (g/L plasma) x 5,6**

Dos ejemplos ayudarán a aclarar lo anterior:

### Ejemplo 1:

En un paciente con insuficiencia renal, Natremia: 127 milimoles/L; glicemia: 1g/L; azoemia 1.5 g/L.

**OsmolaLidad plasmática medida:** 290 mOsm/kgH<sub>2</sub>O (VN: 285-295)

**OsmolaRidad plasmática calculada:**  $(127 \times 2) + (1 \times 5.6) + (1.5 \times 16.7) = 254 + 5.6 + 25 = 285$  mOsm/L. (VN: 285-295)

**“Agujero osmolar”:** 5 mOsm/L (< 5 mOsm/L). No hay osmoles extras

**OsmolaRidad Efectiva plasmática calculada**  $(127 \times 2) + (1 \times 5.6) = 254 + 5.6 = 260$  mOsm/L. (VN: 275-285)

-la osmolaLidad medida y la osmolaRidad calculada están en el rango normal, a pesar de la hiponatremia, debido al aumento de la azoemia.

-No hay “agujero osmolar” (<10 mOsm/L)

-La osmolaRidad efectiva plasmática (“tono”) está disminuida (por ello, se habla de “hipotonía” plasmática), secundario a la insuficiencia renal presente.

### Ejemplo 2:

Paciente con cetoacidosis diabética severa. Poliuria intensa, polidipsia y vómitos Natremia 134 mmol/L, glicemia 8 g/L, y azoemia 0.6 g/L.

**Osmolalidad plasmática medida:** 322 mOsm/KgH<sub>2</sub>O plasmática.

**Osmolalidad plasmática calculada:**  $(134 \times 2) + (8 \times 5.6) + (0.6 \times 16.7) = 264 + 45 + 10 = 319$  mOsm/L plasma.

**“Agujero osmolar”:** 3 mOsm/L (<10 mOsm/L). No hay osmoles extras

**Osmolalidad efectiva plasmática calculada:**  $(134 \times 2) + (8 \times 5.6) = 268 + 45 = 313$  mOsm/L.

• La osmolaLidad total medida y la osmolaRidad total calculada plasmáticas están elevadas.

• La osmolaRidad efectiva plasmática calculada es alta.

-No hay “agujero osmolar” aumentado.

Hiperosmolaridad total y plasmática efectiva debida s/t al ascenso importante de la glicemia.

En adelante, se utilizará indistintamente (como sinónimos)

**OsmolaRidad=OsmolaLidad y Osmolaridad plasmática = Osmolaridad extracelular.**

De ese modo, se entiende que puedan existir situaciones clínicas en donde, p.ej., la osmolalidad plasmática esté elevada (**hiperosmolaridad total**) con

**osmolalidad efectiva elevada** ( solución “hipertónica”, en presencia de hipernatremia o hiperglicemia aisladas o conjuntas ) u **osmolalidad efectiva baja** (soluciones “hipotónicas”, p.ej., en las hiponatremias verdaderas dentro del cuadro de una insuficiencia renal, en donde la hiperazoemia participa de la osmolalidad total, sin intervenir en el “tono” de la solución)

b) el intercambio entre el líquido endovascular y el líquido intersticial, través de las membranas capilares, está regida por la Ley de Starling de los fluidos.

$$\text{Filtración neta (Q)} = Kf ([P_c - P_i] - R [\pi_c - \pi_i])$$

Q= flujo

K f= coeficiente de filtración (permeabilidad de la pared capilar para los líquidos)

(mL.min<sup>-1</sup>. mmHg<sup>-1</sup>)

PC= presión (mmHg) hidrostática capilar

PI= presión (mmHg) hidrostática Intersticial

R= coeficiente de reflexión (eficacia de la pared capilar para impedir el paso de las proteínas. En condiciones normales es igual a 1 (totalmente impermeable). En situaciones patológicas puede llegar a 0 (totalmente permeable).

$\pi_c$ = presión oncótica capilar (o coloidosmótica, debida a las proteínas plasmáticas en el compartimiento vascular; tiende a meter agua en el compartimiento vascular. Se opone a la presión hidrostática)

$\pi_i$ = presión oncótica intersticial (idem del compartimiento intersticial)

Un ejemplo:

a nivel arteriolar:  $P_c = 37$  mmHg  $P_i = 1$   $R = 1$   $\pi_c = 25$  mm Hg  $\pi_i = 0$

a nivel venular:  $P_c = 17$  mmHg  $P_i = 0$   $R = 1$   $\pi_c = 25$  mm Hg  $\pi_i = 0$

$$Q \text{ arteriolar} = (37 - 1) - (25 - 0) = 36 - 25 = (+) 11$$

$$Q \text{ venular} = (17 - 0) - (25 - 0) = 17 - 25 = (-) 9$$

Del lado arteriolar, el líquido tiende a fluir hacia el intersticio (filtración); del lado venular, el líquido tiende a entrar al capilar (reabsorción). La diferencia es recuperada al sistema circulatorio por el sistema linfático.

Este conocimiento es importante porque los procesos patológicos pueden alterar una o más de estas variables.

**Recordar el valor de la determinación de la Osmolalidad Urinaria, sus aplicaciones y su diferencia con la Densidad Urinaria (gravedad específica)**

La **Osmolalidad Urinaria** es un parámetro más eficiente que la Densidad Urinaria (gravedad específica) para la medida de la función renal. La **densidad (D) urinaria** (parámetro informado habitualmente en el examen de "orina completo") es expresión de la relación "**Masa (M, tamaño de la molécula)** de las sustancias y el volumen (V) en que están disueltas ( $D=M/V$ ), **NO de su "Concentración"**(número de moléculas) **en ese volumen (que es lo que determina la Osmolalidad)**. Las moléculas "**pesadas**" (glucosa, albúmina) si están presentes, aumentan la densidad de la orina muy por encima de su concentración, **por lo que se genera una disociación** (a veces NO recordada por el Médico Clínico) **entre ambas**: Un valor de **1025 de densidad urinaria** puede parecer una excelente capacidad funcional renal de concentración. Sin embargo, la **Osmolalidad Urinaria** puede variar desde **725 a 1200 mOsm/kg** de orina, dependiendo de la existencia de las citadas moléculas "pesadas".

**El riñón normal tiene una formidable "elasticidad" funcional** en relación a lo que recibe del "pre-riñón"; no así el riñón insuficiente, que es mucho más "rígido" para eliminar osmoles.

En una persona adulta con **función renal normal**

- Si se determina la **Osmolalidad urinaria en primer orina de la mañana, luego de un ayuno de 10-12 hs** en, el valor puede ser de **800 mOsm/kg orina o aún mayor**

- Si está bajo una **dieta promedio de proteínas y de sal**, excreta alrededor de **1200 mOsm/día** (alrededor de 500 mOsm pertenecen a la urea; el resto se debe a sodio, potasio, sales de amonio, etc)

- Si solo **ingiere glucosa**, la Osmolalidad Urinaria desciende a **200 mOsm/día**

- Si está bajo una **dieta muy rica en proteínas y con restricción hídrica**, puede llegar a una Osmolalidad Urinaria de **>1600 mOsm/día**

**En persona adulta con insuficiencia renal moderada**, la Osmolalidad Urinaria está en **<600 mOsm/día**; si es severa, **<400 mOsm/día**.

• **Recordar el valor de la relación Osmolalidad Urinaria/Osmolalidad plasmática, y sus aplicaciones en síndromes con pérdida o ganancia de agua corporal**

- Normalmente, la **relación Osmolalidad Urinaria (Uosm)/Osmolalidad plasmática (Posm)** es **> 1** y usualmente **≥ 3**.

- En **Insuficiencia renal** es alrededor de **1**.

- En **psicosis con dipsomanía** (toma compulsiva de agua) con función renal normal, **Uosm/Posm es  $<1$**  pues el riñón debe eliminar el exceso de agua. Cuando se le somete a **deprivación acuosa**, **la relación aumenta  $\geq 1$**
- **En la diabetes insípida es  $<1$**  pues, ante la ausencia de ADH o la falta de respuesta renal a la misma, se produce una gran excreción de agua con **hipernatremia** (aumento de la Posm). A la inversa del caso anterior, **la deprivación acuosa** puede aumentar ligeramente la Uosm, pero **Uosm/Posm sigue siendo  $<1$**  por el aumento concomitante del denominador
- En los **Síndromes de Secreción Inapropiada de ADH (SIADH)**, lo característico es que **Uosm  $>$  Posm**, a pesar de la presencia de **hiponatremia severa**.

- **Recordar el valor del Balance Hidroelectrolítico Externo clínico /instrumental (BHE Ext.), su utilidad y sus limitaciones**

Partiendo de que el agua y los solutos principales no sufren alteraciones metabólicas (a la inversa de lo que sucede con los nutrientes y sus metabolitos), se puede admitir que las concentraciones de los mismos encontradas en los líquidos orgánicos representa el balance entre ingresos y egresos de agua y solutos. El BHEExt. implica el análisis de los **ingresos visibles (volumen, calidad, osmolaridad)** por cualquier vía (oral, enteral, parenteral) vs. los **egresos visibles (volumen, calidad, osmolaridad)** por cualquier vía (oral, enteral, cutánea, respiratoria). Será nombrado como: **BHEExt (+) Positivo**, con ingresos  $>$  egresos;

**(-) Negativo**, con egresos  $>$  ingresos; **(0) Cero o Neutro**, con ingresos visibles más o menos iguales a los egresos visibles. De todos modos, es aproximado **y se detallan algunas fuentes de error:**

- Subestimar las pérdidas insensibles (por largos períodos)
- Subestimar los ingresos en una ingesta compulsiva de agua o luego de un acto anestésico-quirúrgico prolongado, con necesidad de soporte hemodinámico y/o con pérdidas objetivas abundantes con aportes masivos
- Subestimar los egresos en los casos de sudoración intensa, diarreas, drenajes, fístulas digestivas, quemaduras, sangrados persistentes en heridas operatorias o traumáticas (el material blanco y de curaciones es pesado antes y después de su uso)
- Existencia de “tercer espacio” por secuestro líquido en tejidos blandos y/o en cavidades orgánicas (derrames pleurales, peritonitis, oclusión intestinal, ascitis, hemoperitoneo, hemo-retro o hemo-subperitoneo, etc.)

**Un correcto BHEExt requiere de:**

- a) **detallada Historia Clínica (INSUSTITUIBLE)**, tratando de reconstruir total o parcialmente lo sucedido en las horas/días que preceden el momento de enfrentar al paciente (Día y Hora 0)
- b) **registro preciso (Planillado) de ingresos y egresos visibles** (volumen, calidad, osmolaridad), de la fiebre, de la frecuencia respiratoria, etc., desde el Día 0 en adelante.
- c) **registro del Peso Corporal diario** (existen balanzas especiales aditadas a las camas que permiten pesar a pacientes gravemente enfermos). Desgraciadamente, no es una práctica frecuente en Uruguay el registro de peso diario, aún en autoválidos. **Toda pérdida o ganancia aguda de peso es igual a pérdida o ganancia de agua, respectivamente.** Tampoco es habitual el registro del peso del material blanco y de curaciones.

En adultos promedio (en clima templado, con dieta estándar, desplegando una actividad física suave, en períodos de 24 hs, sin pérdidas anormales elegidos para un BHEExt = 0) **los ingresos y egresos habituales y promediales de fluidos y electrolíticos diarios** se expresan en el Cuadro siguiente (**CUADRO 2**):

**CUADRO 2: INGRESOS Y EGRESOS PROMEDIALES DE FLUIDOS Y ELECTROLITOS/DIA**

	Ingreso Habitual/d		Total	Egreso Habitual		Total	Ingreso Mínimo
Agua mL	Bebida Alimento Metabolismo	1200 1000 300	2500	Orina Insensibles Heces	1500 900 100	2500	1700
Sodio mmol(=meq)	75			Orina Insensibles Heces	74 0,5 0,5		70-90
Cloro mmol(=meq)	75			Orina Insensibles Heces	74 0,5 0,5		70-90
Potasio mmol(=meq)	50			Orina Insensibles Heces	45 0 5		30-40

**Es claro que hay considerables variaciones individuales y de un día a otro para el mismo individuo.**

Se ha visto que las **necesidades de agua y electrolitos** están más relacionadas con la tasa metabólica que con la edad, superficie corporal, etc., por lo que **algunos prefieren vincular los**

requerimientos básicos de agua y de electrolitos al gasto metabólico. Así:

Agua: 100 mL c/100 Kcal  
 Potasio: 2-3 mmol c/100 Kcal  
 Sodio: 2- 3 mmol c/100 Kcal  
 Cloro: 4- 6 mmol c/100 Kcal

En el CUADRO 3, se expresa el volumen diario y composición electrolítica promedios de varios fluidos orgánicos.

**CUADRO 3: VOLUMEN DIARIO Y COMPOSICION ELECTROLITICA PROMEDIOS DE VARIOS FLUIDOS ORGANICOS**

FLUIDO	mL/24 hs	Sodio mmol/L	Potasio mmol/L	Cloro mmol/L	Bicarbonato mmol/L
Sudor	200	50-80	5	40-85	
Saliva	700-1500	10-33	10-30	15-34	10-20
Jugo gástrico	1500-2500	10-115	1-35	150-250	0-15
Bilis	300-1200	130-160	3-12	90-120	40-50
J. pancreático	700-1200	115-150	5-15	55-95	60-120
J.Intestinales	3000				
Yeyuno		85-150	2-10	45-125	15-80
Ileal		85-120	6-19	60-130	30
Heces normales	100	5	50	5	
Ileostomía reciente	1200-3000	128-138	6-19	93-122	30
Fístula duod-yey		75-132	7-13	42-95	
Ileostomía vieja		40-50	3-5	20-30	
Cecostomía		45-135	5-45	20-90	75
Tranversostomía		60-100	40-70	20	
Sigmoidostomía		30	135	15	
Diarrea (Cólera)		130	20	100	50

Basado en: Mudge G, Welt LG. Agents affecting volume and composition of body fluids. In: Goodman I, Gilman A (eds) The pharmacological basis of therapeutics. New York (USA): Mac Millan eds, 1975: pp753-69 (Modificado)

- **Recordar las características clínicas y las etiologías más habituales de la “Encefalopatía Metabólica”**

Si bien hay **varias definiciones** (todas muy abarcativas y, por lo tanto, poco específicas);

de acuerdo a **PD Ravin** [In: Irwin RS, Cerra FB Rippe JM(eds) Intensive Care Medicine (4th ed). Philadelphia (USA):Lippincott-Raven ed, 1999; 2078-89], **“Encefalopatía Metabólica es cualquier proceso que afecte la función cortical cerebral de modo global, alterando las funciones bioquímicas del cerebro”**. Quizás, lo más importante es que **es la causa más común de alteración del estado mental de los pacientes graves médico-quirúrgicos**.

Su presencia **aumenta mortalidad** en pacientes **>60 años, alcoholistas, portadores de enfermedades endócrinas** (p.ej.: diabetes mellitus, hipotiroidismo), **neoplásicas, bajo drogas tóxicas para el SNC, desnutrición, trauma grave, sepsis, trastornos psiquiátricos, etc.)**

**Su perfil clínico** (cuando no se sobre-agrega a otra enfermedad neurológica de base) está dotado de algunos de los caracteres siguientes:

-**Comienzo gradual(en horas)**

-**Conciencia oscilante, de la confusión mental hasta el coma**

-**Sin síndrome focal**

-**Incremento de la actividad motora (temblores, mioclonias, rigidez, asterixis)**

- **Inicio convulsivo focal o generalizado**

-**Imagenología normal**

-**Evolución progresiva**

-**Recuperación gradual post-tratamiento efectivo de la (las) causa(s)**

-**Etiología habitualmente multifactorial**, en donde confluyen: postoperatorios, disfunciones orgánicas única o múltiple, descompensaciones de enfermedades endócrinas, alteraciones de los gases sanguíneos, anemias, intoxicaciones con drogas de uso terapéutico o “recreativo”, infecciones, etc., etc. **Dentro de este grupo están los trastornos hidroelectrolíticos, particularmente las disnatremias (aisladas o junto a alteraciones iónicas, acido-básicas u otras)**, como se verá en el análisis de los casos clínicos.

**Caracterización clínica sistemática de las alteraciones hidroelectrolíticas y ácido-básicas** (estas últimas fuera del propósito de este trabajo).

Lo primero es volver a recordar que se está mirando el fenómeno " **DESDE el líquido Extracelular (LEC)** y su cuota-parte, **el Líquido Plasmático Endovascular (LPev)**, de **apreciación clínica posible**. Así, se intentarán diagnosticar primero las variaciones de estos compartimientos hídricos (en **MÁS** y en **MENOS**), empleando las definiciones que siguen:

- **LEC EN MÁS** (p.ej.: insuficiencia cardíaca, síndrome nefrótico, etc.) = **EXPANSIÓN**

-**LEC EN MENOS** (p.ej.: cólera, cetoacidosis diabética severa, etc.) = **CONTRACCIÓN**

-**LEC "NORMAL"** (puede ser **NORMAL**, pero existen situaciones clínicas en las que **NO** es posible detectar anomalías, aunque estén presentes)

**LPev (VOLEMIA) en MÁS = HIPERVOLEMIA**

**LPev (VOLEMIA) En MENOS = HIPOVOLEMIA**

**LPev (VOLEMIA) "NORMAL"** (puede ser **NORMAL**, pero existen situaciones clínicas en las que **NO** es posible detectar anomalías, aunque estén presentes).

**EXISTENCIA DE "TERCER ESPACIO"** (secuestro hídrico de LEC en tejidos blandos, cavidades orgánicas, etc) **SI/NO**

El cuadro CUADRO 4 es auto-explicativo y resume adecuada y esquemáticamente lo que se trata de transmitir:

Cuadro 4 ¿CÓMO CARACTERIZAR CLÍNICAMENTE A LAS ALTERACIONES DE LOS COMPARTIMIENTOS LÍQUIDOS?		
EN MENOS		EN MÁS
<b>CONTRACCIÓN LEC</b> Pérdida aguda de peso negativo Sed Piel hipoelástica Mucosas secas Lengua de menor tamaño Hipotonía de globos oculares	<b>NORMAL</b>	<b>EXPANSIÓN LEC</b> Ganancia aguda de peso Balance H <sup>2</sup> O acumulativo positivo Piel turgente Edemas o anasarca

<b>HIPOVOLEMIA</b> <b>Venas colapsadas</b> <b>PVC disminuida</b> <b>Hipotensión arterial</b> <b>Pulso taquicárdico y fino</b> <b>Oliguria</b>	<b>HIPERVOLEMIA</b> <b>Ingurgitación venosa</b> <b>PVC aumentada</b> <b>Hipertensión arterial</b> <b>Pulso lleno</b>
--	--

Sin embargo (y sin pretensiones de exhaustividad), conviene recordar algunas observaciones útiles:

- **El registro diario del peso** es infrecuente, por lo que se pierde el importante dato de la **“pérdida aguda de peso en hora/días”= pérdida aguda de agua** (en las Unidades de Medicina Intensiva, las balanzas incluidas en las camas especiales se usan poco, pero aún en los pacientes con suficiente autonomía para tomar la posición de pie, esta determinación falta). Es esencial su conocimiento, además, para juzgar la efectividad terapéutica de la insuficiencia cardíaca global descompensada o en la cirrosis hepática descompensada.

-**El balance hídrico acumulativo** forma parte de la rutina asistencial de las Unidades de Medicina Intensiva, no así de las Salas de Medicina. Sus variaciones **en más o en menos** son datos de valor.

-La **sed** es un **homeostato impreciso** en pacientes lúcidos y, obviamente, falta en pacientes discapacitados, confusos, dementes o en coma.

-**el pliegue cutáneo hipoplástico** es **difícil de juzgar** en pacientes (sobre todo, ancianos) muy desnutridos.

-**Las mucosas secas de la boca** pueden verse en los que respiran agitadamente por esta vía.

-**El tamaño de la lengua** (por su riqueza en LEC, además de sus músculos) puede verse modificado **en más** (macrogllosia con indentaciones; “sobra” lengua para ese espacio bucal) o **en menos** (pequeña, “asada”, le “sobra” espacio bucal) y puede ser una guía para los casos de expansión y contracción del LEC, respectivamente.

-**La oliguria** puede ser característica de las contracciones del LEC, cuando el riñón responde adecuadamente a la situación pre-renal. Recordar, empero, que cualquier afectación renal aguda actual o crónica pre-existente (funcional u orgánica) puede acompañarse de **oliguria, volumen urinario “normal” o de poliuria, con independencia de la situación del LEC.**

-**El Síndrome Neurológico Acompañante** está colocado al final de este análisis a propósito. **¿Primario? ¿Secundario? Su presencia (ya se dijo) domina la escena clínica** y obliga a pensar en **las múltiples causas** que

pueden originarlo. Asimismo, cualquier trastorno neurológico primario puede acompañarse (y, además, estar vinculado etiológicamente) con las alteraciones descritas y agravarlo.

**Son manifestaciones habituales: Confusión mental (agitada o hipoactiva), coma, convulsiones generalizadas o parciales, paraparesias, tetraparesias, hipodinamias respiratorias por debilidad muscular de instalación aguda (que, a veces, recuerdan fuertemente a cuadros clásicos como el Síndrome de Guillain-Barré), trastornos extrapiramidales ( rigidez, mioclonias, asterixis,etc), parestesias ácras y circunorales, y otros pueden ser debidas a trastornos hidroelectrolíticos. Su pesquisa y su tratamiento posterior pueden hacer remitir totalmente la sintomatología. Es habitual que, de manera retrospectiva y luego de su tratamiento, se reconozca su importancia. (CUADRO 5)**

Cuadro 5 ¿CÓMO CARACTERIZAR SISTEMÁTICAMENTE A LOS SINDROMES HIDROELECTROLÍTICOS (y ácido-básicos) FUNDAMENTALES?				
ESTADO LEC	ESTADO VOLEMIA	OSMOL. PLASM. DIR/CALC	ESTADO ÁCIDO- BASE	SIND. NEURO L. 1º/2º?
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	SI/NO
CONTRACCIÓN	HIPOVOL	HIPO- OSMOL	ALT. SIMPLES	SI/NO
EXPANSIÓN	HIPERVO L	HIPEROSM OL	ALT. COMPLEJ AS	SI/NO
“TERCER ESPACIO” SI/NO		(*) OSMOL EFECTIVA (*) “AGUJERO” OSMOL OSMOL URINARIA	Excitación, estupor, coma, convulsiones G/P; paraparesias, tetraparesias, hipodinamia respiratoria, sind. extrapiramidal, etc.	
+ Otros IONES (K, Ca, P, etc.) + Hb + Prot/Alb + etc. etc.				

Lo que aquí se desea transmitir al Médico clínico es que las alteraciones hidroelectrolíticas y de la volemia, de la osmolaridad total y efectiva (y ácido-básicas: 1) deben tener un lugar en la sistemática semiológica de cada paciente 2) “per se” pueden provocar el síndrome neurológico o agravar otros primarios.

**Frecuencia relativa de las principales disonías en una Unidad de Cuidados Intensivos (al ingreso o durante la internación)**

Para el Laboratorio del Hospital Británico (Montevideo, Uruguay), los valores normales de los iones integrantes del **ionograma sanguíneo básico** son:

Natremia: 138-150 mmol/L

Kaliemia: 3,8- 5 mmol/L

Cloremia: 95-103 mmol/L

A los fines de lo que sigue, se consideraron como:

**HIPONatremia  $\leq 133$  ; HIPERnatremias  $\geq 151$  mmol/L**

**HIPOkaliemia  $\leq 3,3$  ; HIPERkaliemia  $\geq 5,1$  mmol/L**

**HIPOcloremia  $\leq 94$ ; HIPERcloremia  $\geq 105$  mmol/L (o  $>15-20\%$  de la Natremia)**

Se estudiaron las **frecuencias relativas de las disionías** mencionadas, en 2 series diferentes en la Unidad Polivalente de Medicina Intensiva del mismo Hospital(UCI-HB):

**a) al ingreso, en una serie de 442 pacientes críticos o potencialmente críticos** (1 paciente= 1 determinación = 442 en total), las **HIPONatremias**, acompañadas o no de HIPOcloremias (28/434 - 6,5%) fueron las **predominantes** (59/442- 13,4%), seguidas por las **HIPOkaliemias** (48/442- 10,9%)

**b) durante su estadía en la UCI, en otra serie de 408 pacientes** (un paciente= 2 a 50 determinaciones= 2170 en total), las **HIPONatremias** fueron nuevamente las **predominantes** (294/2170- 13,5%), seguidas por las HIPO kaliemias (187/2170- 8,6 %).

Las **HIPONatremias** oscilaron entre 100- 133 mmol/L (leves:  $\leq 133$  a 125; moderadas:  $\leq 124$  a 120; severas:  $\leq 110$  mmol/L) y acompañaron, en estas series, a pacientes con trastornos muy diversos como:

1. **CUADROS DIGESTIVOS AGUDOS** (Altos y Bajos)
2. **TRAUMA ENCEFALO-CRANEANO**
3. **CONVULSIONES TIPO GRAN MAL**
4. **ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO ó HEMORRÁGICO** (Hemorragia Sub-aracnoidea; Hematoma intracerebral)
5. **POSTOPERATORIO** (Abdominal , Urológico, Ginecológico, Neuroquirúrgico, etc)
6. **INFARTO AGUDO MIOCARDO, INSUF. CARDÍACA CONGESTIVA- PARO CARDIO-RESPIRATORIO**
7. **CRISIS ASMATATICA PROLONGADA.**

8. **ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA DESCOMPENSADA**
9. **DROGAS ( Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina ,Carbamazepina, Oxcarbamazepina, etc.)**

**Relación hiponatremias vs. osmolaridad total (directa) y vs. osmolaridad efectiva**

El análisis de la **relación HIPONatremias vs. Osmolaridad Plasmática Total (directa)** en la primera serie de UCI-HB (442 pacientes al ingreso) muestra que:

1) Las **59 hiponatremias** variaron entre **100-133 mmol/**, mientras que la **Osmolaridad Plasmática Total** estuvo entre **221-330 mOsm/Kg H<sub>2</sub>O**, distribuyéndose como sigue:

a) **26/ 59 (44 %)** Hiponatremias se acompañaron de **HIPOSMOLARIDAD** Plasmática Total

b) **33/59 (56%)** Hiponatremias tenían **NORMO-HIPEROSMOLARIDAD** Plasmática Total. En estos casos, las Hiponatremias se asociaban a **HiperGLICEMIA (17/33-51%)**, a **HiperAZOEMIA (25%)** y a **Hiper GLICEMIA + HIPERAZOEMIA (24%)**

2) La relación entre **Hiponatremias vs. Osmolaridad Plasmática Total vs. Osmolaridad plasmática efectiva** (presencia de Osmoles "activos" contenidos en la Fórmula; "extraños" NO incluidos en ella) ya fue explicada en la sub-sección "Herramientas básicas".

Queda así, bien claro, que:

a) **HIPONatremia NO ES SIEMPRE IGUAL a HIPO-OSMOLARIDAD** Plasmática **TOTAL**

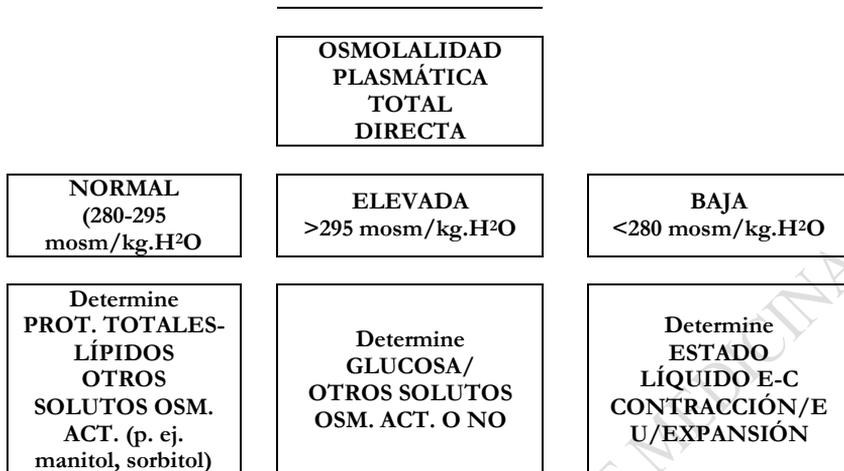
b) **HIPONatremia NO ES SIEMPRE IGUAL a HIPO-OSMOLARIDAD EFECTIVA**

c) pueden co-existir **HIPONatremia y Osmolaridad plasmática efectiva con HIPER-OSMOLARIDAD Plasmática TOTAL**

De esta "aparente incongruencia", utilizando las variables (**HIPONatremia, OSMOLARIDAD PLASMÁTICA TOTAL Directa, EFECTIVA, "AGUJERO OSMOLAR"** y Estado del LEC), es posible profundizar en la evaluación de las Hiponatremias. (**CUADROS 6 y 7**)

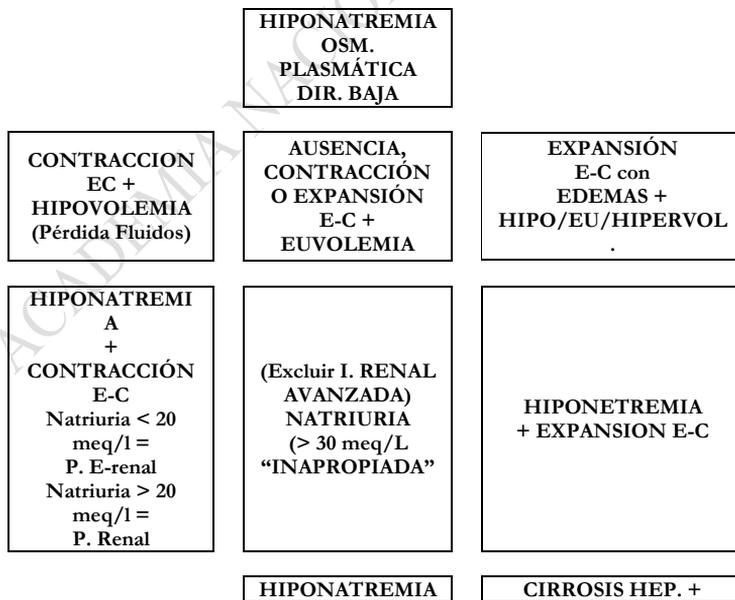
**Cuadro 6**

<b>HIPONATREMIA</b>
---------------------



En los ejemplos clínicos siguientes, seleccionados de la casuística del autor, se demostrará la utilidad de esta metodología sistemática de análisis.

Cuadro 7



+ LIQ.E-C  
NORMAL

ASCITIS  
SIND. NEFRÓTICO  
INS. REN. AG./CRON.

STADH  
DIAGNÓSTICOS  
DIFERENCIALE  
S

### Caso clínico 1

NA 82 a Fem Blanca

AP: desconocidos; auto-válida?

EA: Traída desde un Geriátrico, diarreas abundantes y líquidas desde 48 hs. Confusión mental, contracción LEC severa, hipovolemia severa (¿shock hipovolémico? ¿sepsis?), oligoanuria, respiración acidótica.

EXL: Na 124 mmol/l, K 2.5 mmol/l, Cl 103 mmol/l, Cr 3.4 mg/dl,

Az 1.1 g/l, pH 7.25, paCO<sub>2</sub> 14 mmHg, paO<sub>2</sub> 100 mmHg, EB - 20 mmol/l, BSt. 5 mmol/l, VA 16 mmol/l, Glic 1,58 g/L; OsmP calc. 273 mosm/L

### Análisis:

82 a. Diarreas líquidas abundantes ¿de causa infecciosa? ¿Viral?

Confusión mental; Contracción LE-C severa, insuficiencia renal, Oliguria; Hipovolemia severa (shock hipovolémico); Hiponatremia moderada; hipokaliemia severa, Hipercloremia relativa, Hipo-osmolalidad plasmática total leve; Hipo-osmolaridad efectiva baja; Acidosis metabólica con buena respuesta respiratoria, severa con acidemia + Vacío Aniónico aumentado (mixta, a neto predominio de disminución del Bicarbonato con hipercloremia relativa); Insuficiencia renal aguda oligoanúrica.

**Siguiendo los esquemas de los Cuadros 5, 6 y 7:**

**Contracción severa LEC + Shock hipovolémico (+ componente séptico?) + Hiponatremia moderada + Hipo-osmolaridades Total y Efectiva bajas + Confusión Mental + Insuficiencia Renal (aguda? crónica previa y agudizada?) + pérdida líquida extrarrenal importante.**

El tratamiento de reposición hidroelectrolítico enérgico repuso la funcionalidad del LEC y del LP(ev), la hiponatremia y la hipoosmolaridad efectiva, la hipokaliemia y la alteraciones acido-básicas y, junto a la mejoría de su enterocolitis aguda, permitió la recuperación completa. Al alta, lúcida, y sin elementos de laboratorio de insuficiencia renal. La alteración neurológica fue multifactorial.

En el síndrome neurológico acompañante (que desapareció al alta) pueden invocarse varios factores: ¿Factor infeccioso? + contracción severa del LEC+ hiposmolaridad efectiva con polidisonías (sobresaliendo hiponatremia, hipercloremia relativa, hipokalemia)+ insuficiencia renal aguda + acidosis metabólica mixta con acidemia

## **Caso clínico 2**

SPP 48 a Fem. Blanca

AP: Apendicectomía; Quistectomía de Ovario y Miomectomía

EA: 2días: Polipectomía por Histeroscopia en Quirófano

Horas después: malestar gral, cefaleas, náuseas, vómitos repetidos e incoercibles, oliguria, confusa, febrícula

Hoy: Apirética, letárgica, confusión, PA100/60 mmHg, Eupneica, bien perfundida, buen relleno venoso, leve edema cara pies y manos, distensión abdominal, detención del tránsito. Babinski bilateral.

Cirujano (+ Eco-abd.) descarta cuadro de abdomen agudo quirúrgico.

EXL: TAC E-C y PL s/p; Na 119 mmol/l, K 3,4 mmol/l, Cr 5 mg/dL, Az 1,07 g/L, Glu 1,1 g/L, GA (VEA) pH 7,34 , paCO2 34, paO2 98 mmHg, Bic.st 19,5 mmol/L, BE (-) 4,5, Ht 26% Hb 9 g% OsmP Dir 260 mosm/kgH2O (VN 275-295)

## **Análisis**

48 a. Cir. intra-uterina por histeroscopia en quirófano (Distensión uterina permanente con líquidos hipo-osmolares, NO electrolíticos). Postoperatorio Inmediato: Cefaleas, vómitos, Sind. Confusional agudo. Expansión LEC – Euvolemia. Hiponatremia severa, Hipokaliemia leve, Hipo-osmolalidad plasmática total y efectiva; Descenso agudo Ht y Hb; Ins.Renal Aguda Oligoanúrica.

**Siguiendo los esquemas de los Cuadros 5, 6 y 7:**

**Expansión LEC + Euvolemia + Hiponatremia severa + Hipokaliemia leve + Hipo-osmolaridades Total y Efectiva bajas + sin alteraciones ácido-básicas importantes+ Confusión Mental + cefaleas y vómitos +Insuficiencia Renal Aguda oligúrica + distensión uterina con líquidos hipo-osmolares no electrolíticos**

El empleo de soluciones hipo-osmolares NO electrolíticas a presión está indicada en las histeroscopías resectoscópicas con energía monopolar, para la distensión uterina permanente durante el procedimiento (puede suceder igualmente en intervenciones endo-vesicales). Se utiliza por su baja

toxicidad, porque no conduce la electricidad y se obtiene una buena visión endoscópica, y una reabsorción fisiológica por el peritoneo. Su desventaja es que tienen una gran capacidad miscible con la sangre y pueden provocar (como en el caso del ejemplo) una intoxicación por agua (síndrome de "intravasación" con expansión del LEC e hiponatremia severa). El descenso brusco de la hemoglobina y el Hematocrito y la insuficiencia renal aguda se explican por hemólisis secundaria a los líquidos hipotónicos. Esto obliga a anestelistas y cirujanos a realizar controles osmolares y del sodio plasmático intra y postquirúrgicos, reiterados. Las alteraciones neurológicas estuvieron claramente vinculadas a la hiponatremia severa e hipoosmolaridad efectiva severa, con elementos de probable edema cerebral. Tratada la hiponatremia (como urgencia, ya que era sintomática), la restricción hídrica permitió la remisión del cuadro clínico con la normalización progresiva de la misma. Alta en buenas condiciones

### **Caso clínico 3**

EII 35 a Fem. Blanca

AP: Trapecista, sana

EA: 1 hora: En función circense, caída 7 m. Politrauma TEC no Q (TAC E-C contusión encefálica difusa), Obnubilación importante desde el inicio, pupilas simétricas intermedias, RFM+, PA 100/65 mmHg FC: RR 60pm; LEC "normal". Euvolémica, sin edemas, resto s/p. VVP H<sub>2</sub>O + electrolitos + Dexametasona + Manitol. 48 hs: Mejoría de la conciencia. Na 126 mmol/L, K 4,4 mmol/L. Aumento aporte NaCl - Alta al 4to. día.

En sala: empeora obnubilación y, luego, coma en 48 hs. Nueva TAC E-C s/novedades. Volumen urinario desconocido

Na 114 mmol/L, K 3,4 mmol/L, OsmP Dir 238 mosm/kgH<sub>2</sub>O (VN 275-295), NaU 100 mmol/L, OsmU Dir 250 mosm/kg.H<sub>2</sub>O. Normoglicemia y Normozoemia. Reingresa a UCIHB. Diuresis 2200 mL/24 hs. Normofunciones renal, tiroidea y suprarrenal.

### **Análisis**

35 a. Politrauma- TEC. Coma de Instalación gradual(>24 h), sin sind.focal TAC Cráneo normales (ingreso y en evolución) .

**Siguiendo los esquemas de los Cuadros 5, 6 y 7:**

**LEC "normal" + Euvolemia + Hiponatremia severa + Hipokaliemia leve + Hipo-osmolaridades Total y Efectiva muy bajas + Natriuria y Osmoluria inapropiadas (en ausencia de insuficiencia renal, tiroidea o suprarrenal) + Diuresis < 3000 mL + sin alteraciones ácido-básicas + Confusión mental de instalación gradual (luego de mejoría inicial) y coma**

Cumple todos los requisitos del Síndrome de Secreción Inapropiada de Hormona Antidiurética (SIADH); en este caso, secundario al trauma encéfalo-craneano.

La reposición con solución salina hipertónica (para elevar cuidadosamente esta hiponatremia sintomática- no más de 8-10 mmol/L en las primeras 24 hs.) y, posteriormente, la restricción hídrica con el balance hídrico negativo mantenido (acentuado por las diarreas de los últimos días) normalizaron la natremia y el síndrome neurológico acompañante.

Esto dio lugar a la publicación del 1er. caso en el Uruguay de SIADH (Vanerio G, Bagattini JC: TEC y SIADH. Arch Med Int (Uruguay), 1986; 8,1-2: 31-35). Actualmente, la utilización de corticoides (dexametasona) no se acepta en el trauma de cráneo y la administración de manitol tiene indicaciones precisas, de acuerdo a elementos clínicos que esta paciente no presentaba. Ambas se explican por la fecha en la que fue realizada esta intervención.

#### **Caso clínico 4**

MP 19 a F B UCIHB 50 días Alta

AP: Astrocitoma maligno frontal Izq. a los 4 años-

Radioterapia. Epilepsia parcial. Recidiva a los 13 a. Osteítis del colgajo óseo

Fístula LCR- plastia frontal y Derivación Ventrículo-Peritoneal (DVP)

Oxcarbamacepina 1-2 comp/d (300 mg<sup>2</sup>/600 mg<sup>2</sup>) irregular

EA: Meningitis bacteriana por fístula persistente LCR.

Trat. médico ATB (con respuesta buena) y retiro DVP. Crisis de gran mal y parciales con generalización secundaria. En la evolución: Letargia, confusión, vómitos persistentes. Coma. Euvolémica. PVC normal. Sin edemas ni evidencias de contracción LEC Sin poliuria. Planteo: nueva derivación DVP y cierre de Fístula LCR.

En preoperatorio: Natremia. 118 y 122 mmol/L, Kaliemia 3,3 mmol/L. Natriuria 142 mmol/L, Az 0,2 g/l, Cr 0,8 mg% , Glu 0,8 g/l OsmP Dir 253 mosm/kgH<sub>2</sub>O (VN 275 - 295).

#### **Análisis**

19 a; afección neurológica primaria severa (Tumor cerebral recidivado) + radioterapia). Crisis convulsivas parciales controladas con Oxcarbamacepina. Actualmente, complicación infecciosa aguda por Fístula LCR persistente (Meningoencefalitis bacteriana trada con éxito con ATB y retiro de la DVP)

Sind. Confusional agudo y coma posterior. Letargia y vómitos. Crisis de gran Mal y parciales con generalización secundaria. Hiponatremia severa; Hipo-osmolalidad plasmática severa; LEC “normal”; euvolemia, natriuria inapropiada, sin poliuria. Normofunciones renal, tiroidea y supra-renal.

**Siguiendo los esquemas de los Cuadros 5, 6 y 7:**

**LEC normal + Euvolemia + Hiponatremia severa + Hipokaliemia leve + Hipo-osmolaridades Total y Efectiva muy bajas + Natriuria inapropiada (ausencia de insuficiencia renal, tiroidea o suprarrenal) + Diuresis < 3000 mL + sin alteraciones ácido-básicas + Confusión mental de instalación gradual y coma.**

Se unen varios de los elementos característicos del Síndrome de Secreción inapropiada de Hormona Antidiurética (SIADH). La hiponatremia severa causa disminución del umbral convulsivo (aún cuando deba admitirse lo pluricausal de las convulsiones aquí). A su vez, la Oxcarbamacepina está entre las drogas que pueden contribuir a la instalación de este síndrome. La elevación cuidadosa de la natremia sintomática en las primeras 24 hs. y la restricción hídrica posterior acompañaron la mejoría clínica de la conciencia, las convulsiones y la normalización de la natremia.

### **Caso clínico 5**

TST 62 a F B UCIHB 4 días Alta

AP: EPOC CF III O2 Domiciliario. Beta2adrenérgicos de Acción Corta y Prolongada, Corticoides inhalados, Antidepresivos ISRS. ¿Diuréticos?

EA: 10.04. Empuje Agudo infeccioso en Bronquitis Crónica (EABact.Br.Cr). Disnea CF III-IV (agrega ATB vía oral). Peoría de nivel consciente y asterixis. MFC 28% pH 7,28, paCO<sub>2</sub> 84, paO<sub>2</sub> 67 mmHg, Bic st. 32 mmol/L. Ingresa para VNI (no IOT ni ARM)

11.04. UCI: Coma reactivo. Asterixis MMSS. Polipnea 28 rpm. SpO<sub>2</sub> 90% (MFC 28%) LEC “normal”; “Euvolemia” .VNI-BiPAP (por horas.) . Na 112 /Cl 64 mmol/L; OsmP calc. 250 mosm/L (VN 275-295), NaU 134 mmol/L. Diuresis 2600 mL/24 hs.

Mejoría de los parámetros de la oxigenación y de la hipercapnia. Corrección cuidadosa de hiponatremia sintomática. Restricción hídrica y Balance hídrico negativo con progresiva normalización de la Natremia; mejoría espectacular del nivel de vigilia (Na+140 mmol/L al alta)

### **Análisis**

62 a., EPOC severa CF II-IV– O2 domiciliario, Probable EA Bact.Br.Cr.; Acidosis resp. crónica agudizada; Coma reactivo- Asterixis MMSS; LEC “normal” – “Euvolemia”; Hiponatremia e hipo-osmolalidad plasmática severas; Natriuria inapropiada, Diuresis <3000 mL.

Siguiendo los esquemas de los Cuadros 5, 6 y 7:

**LEC normal + Euvolemia + Hiponatremia severa + Hipokaliemia leve + Hipo-osmolaridades Total y Efectiva muy bajas + Natriuria inapropiada (ausencia de insuficiencia renal, tiroidea o suprarrenal) + Diuresis < 3000 mL + Acidosis respiratoria crónica agudizada, con acidemia + Confusión mental de instalación gradual y coma.**

Encefalopatía metabólica hipóxico -hipercápnica, acompañada de hiponatremia e hipo-osmolaridad severas que deben haber contribuido a su agravación. Retrospectivamente, junto a la mejoría de su descompensación respiratoria, es posible atribuir a la normalización de la natremia, la mejoría evidente de su conciencia. La Hiponatremia no tiene una causa clara y se comportó como un SIADH. Infección respiratoria + ISRS??

En el CUADRO 8 se explicitan las múltiples etiologías de este Síndrome, del cual se han dado ejemplos (Casos 3,4 y 5)

<b>Cuadro 8</b>	
<b>Postoperatorio</b>	
<b>ADH ectópica</b>	Neoplasma pulmón, páncreas, duodeno, uréter, nasofaringe, leucemia Hodgkin, timoma
<b>Desórdenes SNC</b>	Tumor cerebral, meningoencefalitis, absceso cerebral, TEC, HSA, SG-B, LES)
<b>Enf. pulmonares</b>	TBC, neumonía, absceso, I.R.Aguda, asma
<b>Inducida por drogas</b>	Vasopresina, desmopresina, ocitocina, ISRS, ciclofosfamida, alc. Vinca, clorpropamida, carbamacepina y oxcarbamacepina, nicotina, morfina, AINEs
<b>EN AUSENCIA DE DESÓRDENES ENDÓCRINOS (hipotiroidismo, déficit de glucocorticoides)</b>	

**SIADH: Secreción Inapropiada de Hormona Anti-Diurética (Acrónimo en Inglés)**

**ADH: Hormona Antidiurética (Acrónimo en Inglés)**

**CNS: Sistema Nervioso Central (Acrónimo en Inglés)**

## **ISRS: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina**

### **AINEs: Antiinflamatorios NO esteroideos**

#### **Caso clínico 6**

EFP 42 a M B UCIBH 5 días Alta

AP: s/p

EA: 09.04: HSA Aneurisma comunicante anterior. Clipado sin incidentes.

En UCI: Se extuba a las 24 hs.

10.04: Poliuria importante (> 4,5 L).

12.04: Tendencia al sueño, confusión, TAC Cr. sin/novedades agregadas. Desmopresina nasal, disminuye poliuria.. Hiponatremia leve (131 mmol/L). Aporte SS 0,9%. Mejoría. Pasa a Sala

13.04: Tax 37,7 °C, Escala de Coma de Glasgow (GCS) 10 (E 3-V2-M5); PA: 150/90 mmHg Pulso filiforme 90-100 lpm., PVC: 0, relleno capilar lento, poliuria intensa > 3 L.

ExL: Natremia 117 mmol/L, Natriuria 142 mmol/L, OsmP Dir 253 mosm/kgH<sub>2</sub>O (VN 275 - 295)

Reposición importante con Solución Salina Hipertónica 3% (al inicio, por hiponatremia sintomática) + Solución Salina Isotónica 0,9% posteriormente. Fludrocortisona 0,2 mg v/o (indicación discutida). Natremia 137 mmol/L; diuresis 2-3 L/d. Recuperación lenta y sostenida de lo neurológico

#### **Análisis**

42 a., Hemorragia Subaracnoidea por Aneurisma de Comunicante anterior del Polígono de Willis que se clipa sin incidentes. Sind. Confusional agudo a las 48 hs del post-operatorio y progresiva obnubilación de la conciencia. TAC craneana sin elementos destacables. Diuresis importante, que se interpreta como secundario a una Diabetes Insípida Central (DIC). Se indica Desmopresina nasal que, al confirmar Hiponatremia leve, se retira. Mejoría con Solución Salina Isotónica 0,9% (conocida inadecuadamente como "suero fisiológico") que contiene 9 g ClNa/L= 154 mmol/ Na/L.

En la evolución en Sala: Contracción moderada del LEC, HIPOVolemia evidente; Hiponatremia severa, Hipo-osmolalidad plasmática directa total y efectiva severas; Poliuria intensa y Natriuria inapropiadas. Normofunciones renal y tiroidea.

Por muchos motivos, éste es un caso paradigmático.

#### **Siguiendo los esquemas de los Cuadros 5, 6 y 7:**

**Contracción del LEC + HIPOVolemia clara + Hiponatremia severa + Hipo-osmolaridades Total y Efectiva muy bajas + Poliuria y Natriuria inapropiadas (ausencia de insuficiencia renal, tiroidea o**

**suprarrenal) Poliuria >4000 mL + Confusión mental de instalación gradual y disminución del nivel conciente (GCS 10).**

La poliuria inicial es mal interpretada como Diabetes Insípida Central (que puede verse en estos casos) y motiva la Desmopresina nasal (que agregaría en este caso un componente de "exceso de ADH" exógeno) La presencia de LEC contraído + HIPOvolemia + Hiponatremia e Hipo-osmolaridad severas + Poliuria intensa + Natriuria Inapropiada no sólo descarta la DIC sino que aleja este caso del SIADH y lo contiene en las características del llamado Síndrome de Pérdida Cerebral de Sal (CPS en epañol; CSWS en inglés: Cerebral Salt Wasting Syndrome), renombrado hoy como Nefropatía Perdedora de Sal (RPS: Riñón Perdedor de Sal) y frecuentemente confundido con el SIADH.

Las etiologías de este Síndrome, así como sus características clínicas y de laboratorio, se encuentran en los CUADROS 9 y 10 que siguen:

#### **Cuadro 9**

### **CPS (CSWS): ETIOLOGÍAS**

**TRAUMA E-C**

**TUMOR CEREBRAL (Gliomas, Meningosis carc.)**

**CIRUGÍA INTRACRANEANA**

**ATAQUE CEREBROVASCULAR**

**HEMORRAGIA INTRACEREBRAL (HSA s/t COM. ANT.)**

**MENINGITIS (Incluida la B.K.)**

**ENCEFALITIS**

**En ausencia de hipofunción tiroidea o adrenal y de diuréticos excesivos (s/t del asa)**

**Puede ocurrir en ausencia de afección cerebral y a cualquier edad**

CPS: Cerebro Perdedor de Sal (CSWS: Cerebral Salt Wasting Syndrome). Actualmente, se denomina RPS: Riñón Perdedor de Sal (otras etiologías pueden generarlo, sin afección cerebral)

HSA: Hemorragia Sub-Aracnoidea s/t COM. ANT: Sobre todo, Arteria comunicante Anterior del Polígono de Willis

CUADRO 10 PARÁMETRO	DI	SIADH	CPS (CSWS)/ RPS
Diuresis	Poliuria importante	N o disminuida	Poliuria importante
Natremia	ALTO	BAJO	BAJO
Natriuria	BAJO	ALTO	ALTO
Osmol plasm	ALTA	BAJA	BAJA
Osmol Urin	BAJA	ALTA	ALTA
Presión Venosa Central/Presión Capilar Pulmonar	N ó BAJA	N o ALTA	BAJA

DI: Diabetes Insípida SIADH: Secreción Inapropiada de Hormona Anti-Diurética CPS: Cerebro Perdedor de Sal ("CSWS": Cerebral Salt Wasting Syndrome"). Actualmente, se denomina RPS: Riñón Perdedor de Sal N: Normal

### Manejo terapéutico general de las Hiponatremias con Hipo-osmolaridad

La consideración de un plan de reposición detallado está fuera de los propósitos de este capítulo.

Sin embargo, hay 2 aspectos de especial importancia en el manejo de las Hiponatremias Hipo-osmolares:

**a) ¿es de instalación AGUDA (<48 hs) o CRÓNICA (>48 hs)? En caso de no tener elementos, se considera crónica. Igualmente, importa mucho lo siguiente**

**b) ¿es SINTOMÁTICA o ASINTOMÁTICA?** Se refiere a la presencia de SÍNTOMAS Y SIGNOS NEUROLÓGICOS (especialmente, como se ha intentado demostrar en los ejemplos clínicos, la alteración del estado mental y las convulsiones) que puedan relacionarse de modo probable o seguro con la situación clínica.

**Las opciones terapéuticas** incluyen medidas aplicables a cada caso: **aporte de soluciones salinas hipertónicas o isotónicas; restricción** (con balance negativo de agua, en los casos de dipsomanía; LEC "normal" o expandido) o **aportes de fluidos** (con balance hidro-salino positivo, cuando el LEC está contraído); **diuréticos** (furosemide. ahorradores de potasio), **acuaréticos** (antagonistas de los receptores de ADH como el Conivaptan) en indicaciones precisas(SIADH), **corticoides** (gluco y mineralo-corticoides) en caso de insuficiencia supra-renal, de hormonas tiroideas en el hipotiroidismo, etc.

En caso de ser **AGUDA y SINTOMÁTICA**, si se deja sin tratamiento puede conducir a **daño neurológico irreversible o a la muerte. El objetivo será aumentar el sodio lo suficiente para aliviar las manifestaciones neurológicas.** Se administrarán **soluciones que aumenten 1-2mmol/L de Natremia /hora o hasta 125 mmol/L.** De este modo, se aleja la posibilidad de daño neurológico osmótico por desmielinización.

**a) En los casos de LEC Contraído**, el aporte será de **Solución salina Isotónica al 0,9 % (9 g ClNa/L=154 mmol Na + 154 Cl /L / 1 mL= 0,15 mmol Na), sobre todo si la Natriuria es <30 mmol/L.**

**Si los síntomas son severos**, se recurrirá a la **Solución Salina Hipertónica al 3,0%** (30 gClNa/L= 513 mmol Na + 513 mmol Cl/l; **1mL= 0,52 mmol Na / 2 mL= 1,04 mmol Na** ) a una velocidad de **1-2 mL/kg\*hora, NO aumentando más de 8-12 mmol/L Na en las primeras 24 hs + Diurético de Asa** para excretar más agua libre de Sodio . **Se aconseja NO aumentar más de 18 mmol/L Na en las primeras 48 hs.**

Un ejemplo ayudará a aclarar lo que se pretende:

Paciente de 82 a. Fem., 70 kg . Diarreas abundantes. Confusión mental. LEC contraído. Natremia real 116 mmol/L

Agua Corporal Total=Total Body Water = Masc.:  $0,60 * PC$  (kg) Fem. y en añosos:  $0,50 * PC$  (kg)

**RESTRICCIÓN!!! NO AUMENTAR MÁS DE 8-12 mmol/L en las PRIMERAS 24 hs. (Natremia deseada /1ras. 24 hs.: 125 mmol/L).** El objetivo de las primeras 24- hs. **NO es la Natremia NORMAL (138-150 mmol/L)**

Cálculo:  $0,5 * 70 * (125-116) = 35 * 9 = 315 \text{ mmol Na}$  (AGREGAR: pérdidas de Na y agua obligatorias) **SS 0.9% 1000 mL=154 mmol/ Na+) / 315 mmol Na+/154 = 2 L**

- Si es **SINTOMÁTICA**:

**SS 3% 10000 mL = 513 mmol Na / 315 mmol Na/513 = 615 mL**

70-140 mmol/hora = 140- 280 mL/h ( 70 mmol Na /h  $\approx 4\text{g Na/h/}$  140 mmol Na/h  $\approx 8\text{ g Na/h}$  **Control de natremia c/2-4 hs**

**Una vez que los síntomas se resuelven**, la corrección será entre 0,5-1 mmol /L de Natremia/h.

- **La hiponatremia ASINTOMÁTICA** se trata con reposición de 0,5-1 mmol/L de Natremia/h.

**b) en los casos con LEC "normal" o Expandido, la restricción hídrica es lo fundamental.** Se puede acompañar con tabletas de sal (ClNa 1 g n1-3 veces/día). En caso de síntomas neurológicos e hiponatremia severa, será necesario utilizar **Solución Salina Hipertónica al 3%** por un corto período y agregar un diurético de asa (Furosemide) para excretar agua libre de sodio. En los casos refractarios, puede utilizarse Demeclociclina o un Acuarético (Conivaptan). Ambos productos NO están disponibles en Uruguay y, además, el autor no tiene experiencia con ellos.

### **Bibliografía básica**

- 1-Liberman IM, Rodriguez Demarco J, Bagattini JC, Capano A, Brazzuna H. Las disionías. Montevideo (Uruguay): Librería Médica Editorial SRL, 1976; 281pp
- 2-Artucio H, Correa H, Mazza N, Bagattini JC, Muchada R, Recarte MR. Normas de tratamiento del Paciente Crítico. Montevideo (Uruguay): Librería Medica Editorial SRL, 1979; 355 pp.
- 3- Vanerio G, Bagattini JC: TEC y SIADH. Arch Med Int (Uruguay), 1986; 8,1-2: 31-35
- 4- Goldberger E. A primer of water, electrolyte and acid-base disorders (7th ed). Philadelphia (USA): Lea & Febiger, 1986; 414 pp
- 5-Palmer B. Hyponatremia in a neurosurgical patient: syndrome of inappropriate antidiurectic hormone vs. cerebral salt wasting. Nephrol Dial Transplant 2000, 15: 262-68
- 6-Androgué Hj, Madias NE. Hyponatremia N Engl J Med 2000; 342, 21: 1581-9
- 7- Shah B, Samson SL. Hyponatremia. In: Bope ET, Rakel RE, Kellerman R. Conn's Current Therapy 2010. Philadelphia (USA): Saunders Elsevier, 2010; pp 598-605

### **13.3.- Ac. Eduardo Wilson**

## MÉDICOS URUGUAYOS EN EL TANGO

En primer lugar, les ruego disculpar la calidad de la ilustración musical, que en muchos casos corresponde a grabaciones antiguas o caseras, sin la tecnología de hoy en día.

En segundo lugar, una aclaración: el material que he ido reuniendo durante los últimos 25 años es tan abundante que he debido hacer una selección para la presentación de hoy. Me limitaré, pues, a recordar a aquellos uruguayos graduados de médicos que han tenido una actuación profesional o pública reconocida como autores, compositores o intérpretes del tango en alguna de sus formas. He omitido el análisis de la trayectoria de médicos que han dedicado al tango mucho de su tiempo en menesteres no creativos ni interpretativos, pero no menos importantes. De cualquier manera quiero recordar algunos nombres: Roberto Mariño, autor del libro “Uruguayos en la historia del tango”, Ovidio Tomasco, autor de una interesante historia de “La Cumparsita”, Carlos Romero, como cardiólogo ha investigado el uso de la palabra corazón en el léxico tanguero, Juan Pedro Rubinstein, como directivo y Presidente de Joventango y desde Futango ha contribuido enormemente a la difusión y resurgimiento del tango en nuestro medio en los últimos años, y a nuestra querida colega neuróloga desaparecida Marta Pietra, que durante años dirigió su “Bar Tabarís”, auténtico refugio tanguero, donde “no faltaba la guitarra bien encordada y lustrosa ni el bacán de voz gangosa con berretín de cantor”.

### *Martín Lasala*

Martín Alfredo Lasala Álvarez (“El Chino”) se graduó como doctor en medicina en 1916. Como médico, Lasala actuó en el Servicio de Pediatría del Prof. Luis Morquio. Pero la mayor parte de su actividad laboral fue como diplomático en París, donde residió la mayor parte de su vida.

Pianista aficionado, compuso los siguientes tangos: “Borrarme la falta Pedro”, instrumental, fue dedicado a Pedro De Maestri, bedel de la Facultad de Medicina. Entre los festejos de la Segunda Semana Galénica, celebrada en 1913, figura el estreno de la opereta “El

crepúsculo de un dios”, que tenía como personaje central al mencionado bedel. El tango de Lasala formó parte del acompañamiento musical. Años más tarde, en 1982, “Borrarme la falta Pedro” fue grabado por César Zagnoli en solo de piano, y a fines de esa década, también en solo de piano, Beba Ponce de León hizo una grabación particular del mismo tema.

“El estagiario”, también instrumental, fue interpretado por Roberto Firpo y su orquesta en 1916, en el Teatro Urquiza, junto con “El Pollo Ricardo”, del también uruguayo Luis Fernández. Ante el notable éxito obtenido, Firpo los llevó a Buenos Aires. Posteriormente el tango de Lasala fue grabado por varias orquestas típicas. La versión de Di Sarli de 1941 es sin duda la más difundida.

Beba Ponce de León grabó otro tango de Lasala: “Carolí”, en 1958. Otros tangos compuestos por él, todos instrumentales, son: “El Pollo” y “El trancazo”, registrados en AGADU, y “El pesao” y “El tipógrafo”, éstos sin registro.

Escuchamos “Borrarme la falta Pedro” en solo de piano por César Zagnoli.

### ***Manuel Salsamendi***

Manuel Salsamendi se graduó de médico en 1937. Pianista y organista y compositor, fue uno de los fundadores de AGADU. Fue un ejecutante de órgano de primera línea, llevando al disco varias obras de Juan Sebastián Bach.

En materia de música popular se dedicó preferentemente al jazz. Integró la Troupe Ateniense, para la cual compuso varias obras con Ramón Collazo, entre ellas un tango, el único de su producción, titulado “Pituco”. Al parecer este tango fue grabado junto con otros 5 temas en 3 discos 78, por la orquesta de Ramón Collazo en Buenos Aires en 1930, en el Sello Nacional Odeón, cantando Guillermo Peña. No hemos podido acceder a este registro.

### ***Alberto Munilla***

Alberto Munilla Arboleya nació en Montevideo. Al momento de decidir su ingreso a la Facultad de Medicina se manifestaron en él

dos vocaciones bien definidas y bien distintas. Por un lado la vocación científica orientada a la investigación. Por otro lado la vocación de artista popular, acaparada por los carnavales.

Canalizó la orientación científica acercándose en el año 1928 a la Clínica de Benigno Varela Fuentes y Pascual Rubino, como ayudante. A partir de ese momento Varela Fuentes fue su maestro admirado y referente obligado. En 1936 se graduó como doctor en medicina, desarrollando una trayectoria que, como lo ha señalado Mañé Garzón, lo define como nuestro primer médico nutricionista. Como tal, se carteo con dos Premios Nobel de la vecina orilla, Bernardo Houssay y Federico Leloir, publicó libros y trabajos científicos y organizó y fue el primer director y docente de la Escuela de Dietistas.

Pero hoy nos interesa su otra vocación juvenil, la de artista popular. Si bien fue muy intensa, solo se extendió durante sus años de estudiante.

Desde antes de ingresar a la Facultad de Medicina, Munilla hizo amistad con un joven pianista, algo mayor que él, Orlando Romanelli, que poseía tanta facilidad para componer cualquier tipo de música como la que tenía Munilla para componer poemas. De esta amistad comenzaron a surgir diversas piezas musicales. Se vivía la década de los años veinte, época en que el carnaval montevideano vivía un notable resurgimiento por la aparición de las llamadas “troupes”. En 1930 Orlando Romanelli decidió formar una nueva troupe, a la que llamó, acorde con la fecha, “Centenario”. Para escribir las letras de las canciones que él componía, acudió a la colaboración de su amigo Alberto Munilla. La nueva troupe salió a competir nada menos que con “Un real al 69” de Salvador Granata, y la “Oxford” de Ramón “Loro” Collazo. La “Centenario” tuvo un éxito sorprendente. Obtuvo ese año el segundo premio, detrás de “Un real al 69” y al año siguiente obtuvo el primer premio, que repitió en 1933 y 1937, año éste en que dio término a su actuación y dijo adiós a los carnavales.

En estos años de la troupe Centenario Munilla fue autor de rotundos éxitos como lo fueron los tangos “Sacate el antifaz” y “Ahí va un tango” y la ranchera “La choza de María Chucena”, todos con música de Romanelli y grabados en Buenos Aires.

En la Asociación General de Autores del Uruguay (AGADU), institución de la que fue socio fundador, Munilla registró 49 composiciones musicales, de las cuales 17 son tangos de su autoría, de los cuales mostramos un par de ejemplos. La cantidad real de tangos que escribiera supera esta cifra, ya que varios no están registrados. Su principal colaborador como autor de la música, aunque no el único, fue Orlando Romanelli.

De los 20 tangos con letra de Munilla llegaron al disco 7, en distintas épocas y por distintos intérpretes. Es de recordar que recién a partir de 1941 fue posible realizar grabaciones comerciales en Montevideo, tras la aparición de la empresa Sondor.

Como ejemplo de los tangos de Munilla, escucharemos “Ahí va un tango”, compuesto en 1931, en una versión reciente, de 2006, a cargo del Trío de Guitarras argentino “Las Bordonas”. El recitado que precede a la canción también es de Munilla.

### ***Ramón Carlos Negro***

Ramón Carlos Negro se graduó en 1936. Es muy conocida por todos su extraordinaria trayectoria en la Pediatría nacional, culminando como Profesor de Clínica Pediátrica, Profesor Emérito de la Facultad de Medicina y Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina.

Poseía gran oído musical pero no estudió música. Solía cantar tangos como aficionado en todo tipo de reuniones, incluso congresos. Puso música a letras de tango de su amigo Munilla, de los cuales solo fue registrado en AGADU “Chau luna”, con letra y música compartidas con Munilla. Este tango fue interpretado pero no grabado por César Zagnoli. “Puerto” y “Sin rencor” son tangos versificados por Munilla pero no registrados en AGADU, y “Jacinta” es una milonga, también con letra de Munilla y sin registrar.

### ***José Antonio Appratto***

Nació en Santa Lucía, Canelones, donde pasó su infancia. Sin estudiar música, aprendió a tocar de oído.

Aprobó su último examen de Medicina en 1943, obteniendo la Medalla de Plata. Se orientó a la pediatría. Rápidamente adquirió gran prestigio, llegando a tener una numerosa y absorbente clientela. Más adelante, fue designado, concurso mediante, Jefe del Servicio de Pediatría de Asignaciones Familiares, cargo que ejerció hasta su retiro en 1980.

Su gusto por la música y en especial por la música típica se había iniciado ya en Santa Lucía. Pero fue en la década del sesenta, estabilizada ya su vida médica, que comenzó a prestarle mayor atención. Se rodeó de amigos que compartían sus gustos musicales, como el Dr. Héctor Bello, Mario Núñez, Toto D'Amario, Luis Di Matteo y César Zagnoli, entre otros. En 1962 compuso un tango que tituló "Íntimo", al que puso letra su amigo y colega Héctor Bello. Este tango fue pasado al pentagrama por Toto D'Amario y fue firmado con un seudónimo de Appratto: José Galeno. Años después, en 1969, al ser presentado por Bello a Juan D'Arienzo, éste aceptó incorporar este tango a su repertorio, pero con el nombre de "Sin ti". Fue grabado por la orquesta D'Arienzo en 1969, cantando Osvaldo Ramos. Posteriormente compuso un vals, interpretado por la orquesta de D'Amario y otro tango, solo instrumental, titulado "A Toto D'Amario", que fue interpretado por Jaurés Lamarque Pons al piano en el programa televisivo "Mediodía con usted" en 1969. Todas estas piezas musicales lucen la firma de "José Galeno".

### ***Ricardo Dubcovsky***

Ricardo Dubcovsky Naistal nació en la provincia de Santa Fe, Argentina, pero desde niño se radicó en Montevideo.

Desde muy joven manifestó gusto por la música, en especial por el tango y por el piano. Hizo uso de esas dos inclinaciones para ayudar a financiar su carrera médica, trabajando como pianista en locales nocturnos.

Se graduó como médico en 1953. Ejerció como médico general durante 40 años.

Pianista y prolífico compositor, registró 41 obras musicales en AGADU, entre ellas 9 tangos. También registró 2 obras en SADAIC, Argentina.

De estos tangos, tres llegaron a ser grabados. Muchas de sus composiciones no tangueras también llegaron al disco.

Entre los autores de letras de sus canciones hay conocidos poetas.

Su última actuación pública fue en un acto organizado por la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina en el Sindicato Médico del Uruguay en el año 1993, donde interpretó al piano dos de sus tangos: “Como un cascabel” y “Por varón”. Escucharemos este último, grabado en esa ocasión.

### ***Raúl Risso Comesaña***

Raúl Risso Comesaña fue laboratorista del Sanatorio Español. En la Facultad de Medicina fue Ayudante de Clase de Química Biológica y posteriormente, en 1958, Practicante Interno de Laboratorio en el Hospital de Clínicas. En 1975 obtuvo su título de especialista en Laboratorio Clínico por competencia notoria.

Compañero de estudios de Héctor Bello, con él compuso los tangos “Maroñas” y “Palermo mío”, de los cuales no se conocen grabaciones. El tango “Maroñas” se transformó en “Piano Bar”, luego de modificarse con la colaboración de Héctor Bello y Santiago Chalar, y fue interpretado y grabado por Judith Cedrés.

### ***León Oliver Castro***

León “Pocho” Oliver Castro nació en la ciudad de Florida. Hizo estudios primarios y liceales en su ciudad natal. Ingresó a la Facultad de Medicina en 1944 y obtuvo su título en 1952. De inmediato volvió a Florida, donde se desempeñó como médico general. Se retiró de su actividad médica en el año 2001.

De muchacho, se transformó en obligado cantor de tango en ruedas de amigos. Ya recibido, en Florida, continuó con su afición, cantando en múltiples funciones benéficas, o en celebraciones donde, junto con el Dr. Jacobo Zibil, era invitado constante. El Pocho Oliver para cantar tangos, el Jaco Zibil para animación y contar cuentos.

Tuvo otras actuaciones menos espontáneas en los clubes sociales del departamento. En el Centro Democrático, en especial

durante la presidencia del Dr. Nelson Sica, actual Presidente de la Academia del Tango uruguayo, eran frecuentes los eventos tangueros a los cuales se invitaba a intérpretes locales, entre ellos Oliver, y a intérpretes con reconocimiento nacional e internacional. Compartió escenarios con la orquesta de Oscar Raúl Pacheco, con los guitarristas Héber Bruno y Nelson Peralta, con Aníbal Oberlin, con quien cantó en dúo, y el 18 de julio de 1982, con Alberto Castillo.

El 24 de junio de 1995, recordando a Gardel, la Intendencia Municipal de Florida organizó un gran espectáculo de tango, al cual invitó a los grandes cantores floridenses, entre ellos al Pocho Oliver.

Fuera de Florida, participó en el programa “El millonario” de Saeta TV Canal 10 de Montevideo.

### ***Héctor Bello Schmitt***

Nació Héctor Bello en Montevideo. En marzo de 1948 ingresó a la Facultad de Medicina y en 1957 se le otorgó el título de médico. Orientado desde estudiante a la anestesiología, recibió su título de especialista por “Competencia notoria”, otorgado por la Escuela de Graduados, en 1975.

Ejerció su especialidad en distintas clínicas de la Facultad y del Ministerio de Salud Pública y en la actividad privada, principalmente en el Hospital Británico. Aquí lo vemos con profesores de la Facultad.

Fuera de la práctica de la anestesiología, sus intereses abarcaron la música popular, en especial el tango, y la historia nacional. Es muy extensa la obra musical de Bello, que incluye 14 tangos.

Un episodio de especial trascendencia en la vida artística de Bello ocurrió en 1961. Durante una actuación de Juan D’Arienzo en Radio Carve, el director de orquesta se sintió mal y se solicitó la presencia de un médico. Bello, que estaba entre los numerosos oyentes ubicados en la Fonoplatea de la radio, concurrió de inmediato. Comprobó un cuadro doloroso de abdomen y le aconsejó internación en el Hospital Británico. El músico atendió el consejo, fue asistido rápidamente y en poco tiempo se solucionó su problema de salud.

Este fue el comienzo de una larga amistad que se extendió hasta la muerte de D'Arienzo. Fue así como en 1962 le presentó el tango “Del compás te llaman Rey”, con letra y música propias. D'Arienzo decidió incorporar el tango a su repertorio, llevándolo al disco en 1962 con la voz de Horacio Palma.

A partir de ahí se sucedieron varias incorporaciones de tangos escritos por Bello al repertorio y a la discografía de la orquesta de D'Arienzo hasta llegar a un total de ocho, cantados por Horacio Palma, Armando Laborde y Osvaldo Ramos. Escuchamos la versión de “Presente barra querida”, de Bello y Mario Orrico.

Dos hechos revelan la afinidad del afamado director porteño por las letras de Héctor Bello. Primero, fue Bello el autor uruguayo que cuenta con más obras musicalizadas por D'Arienzo. Segundo, con excepción del exitoso Federico Silva, a quien le grabó 12 tangos, fue Bello el letrista uruguayo más llevado al disco por la orquesta D'Arienzo.

Esta es la lista de tangos de Bello que llegaron a grabarse. “Piano Bar” es la nueva versión de “Maroñas”, de Bello y Risso, en la que colaboró Santiago Chalar. Escucharemos “Falso”, en la versión de Judith Cedrés. Este tango fue el último al que puso música D'Arienzo.

### ***Hugo Di Yorio***

Hugo Walter Di Yorio Lambert nació en Montevideo. Ingresó a la Facultad de Medicina en marzo de 1958 y egresó en 1967. Su actividad profesional se desarrolló en el campo de la medicina general. Se retiró al llegar a los 68 años.

Comenzó a estudiar piano a los 8 años y recibió el título de profesor de piano pocos días antes de cumplir los 18. Posteriormente estudió Armonía y Contrapunto con el Prof. Marino Rivero.

Compuso música a partir de los 18 años, principalmente tangos, a los cuales agregaba letras de su autoría. También compuso valsos y milongas y música popular de la época. En la Asociación General de Autores del Uruguay (AGADU) hay registrados 39 obras musicales suyas. De éstas, 27 son tangos.

Los sibuyentes tangos de Hugo Di Yorio llegaron a la grabación en discos o en cassettes:

“Poco y nada”, por la orquesta de los Hermanos Bianco, cantando Roberto Lister. Disco de 78 revoluciones, sello Rodnos.

“Luna de Trouville”, por Dos Pianos para el Recuerdo (Miguel Villasboas y Washington Quintas Moreno). Grabado en el LP “Las tres de la mañana”, sello London, 32-14600.

“Una pasión arrabalera”, milonga, por Miguel Villasboas y su orquesta típica, en el LP “Un pasaje al ayer”, sello London, 32-14497.

“Rapsodia en humo y ansiedad”, por el dúo de pianos Villasboas – Di Yorio.

“Charlemos de tango”, por un conjunto integrado por Toto D’Amario en arreglos, dirección y bandoneón, Juan Francisco Mouro en violín, Hugo Di Yorio al piano, Neldo Castro en contrabajo y Carlitos Tagliabué cantor.

Aparte de componer música, actuó como pianista profesional integrando entre 1954 y 1967 las orquestas típicas de Francisco (Panchito) Maquieira, los hermanos Yozzi, los hermanos Bianco y Mario Di Brana.

Su actuación más prolongada fue en la segunda época del conjunto “Cuatro pianos para el tango”, que actuó en Radio Carve y Saeta TV.

Más adelante fue llamado por Miguel Villasboas para sustituir a Washington Quintas Moreno, con quien hacían un dúo de pianos. Grabaron así un disco de tangos de autores uruguayos en 1990, inaugurando las grabaciones digitales en el país.

También fue convocado con frecuencia por Humberto Torre Cedrez, un periodista y académico del tango, para intervenir y darle marco musical a sus comentarios radiales.

Nunca detuvo su producción como compositor y letrista. El tango “Me sorprenden los cuarenta” se estrenó en una reunión de su generación médica al cumplir los cuarenta años del ingreso a la Facultad, en 1998.

Como pianista de tangos, llegó a grabar:

“De los orígenes del tango”, con 23 tangos, comentados por Humberto Torre Cedrez e ilustrados musicalmente por Di Yorio en solo de piano.

“Tangos uruguayos en digital. Villasboas – Di Yorio, Dúo de Pianos”, con 12 tangos.

Escucharemos el tango “Matasanos”, de Francisco Canaro, en solo de piano por Hugo Di Dorio.

### ***Carlos Paravís***

Carlos Alfredo Paravís Salaberry nació en Montevideo en 1938. Ingresó a la Facultad de Medicina en 1958 y en 1970 obtuvo su título de Doctor en Medicina. Después de recibido cultivó la especialidad de Traumatología y Ortopedia, que desempeñó principalmente en la ciudad de Minas, donde se radicó en 1974 y donde dirigió el Hospital Vidal y Fuentes. Falleció en 1994.

A partir de 1964, durante sus 30 años de vida artística, grabó cerca de 20 discos como solista, con milongas, serraneras, valsecitos y canciones y actuó en festivales internacionales. Obtuvo varios premios, entre ellos el primer disco de platino otorgado a un cantante de canciones camperas.

Un aspecto poco conocido de Santiago Chalar es su incursión en el tango. En 1980 grabó un disco de larga duración, “Aros de humo”, que contiene tres tangos con música suya y letras de Santos Inzaurrealde, que recuerdan lugares y personajes de Minas. En el acompañamiento musical participaron músicos de Minas. Esos tangos fueron “Aros de humo”, “Estación” y “Para vos, bandoneón”. Junto con estos tangos de su autoría, canta otros dos tangos, “Boliches viejos” de Carrizo y “Yuyo verde” de Homero Expósito y Domingo Federico, y ejecuta con su guitarra el tango instrumental “Adios Nonino” de Astor Piazzola. Son los únicos tangos llevados al disco por Santiago Chalar y, que sepamos, los primeros tres, junto con “Piano Bar”, son los únicos que compuso. Escucharemos “Para vos bandoneón”.

### ***Mario Medina***

Nació en 1925 en el Cordón. Ingresó a la Facultad de Medicina a los 17 años, en 1943, y egresó en 1954.

Orientado a la Medicina Interna, hizo docencia toda la vida. Se inició en la Clínica Médica del Prof. Fernando Herrera Ramos y continuó en las Clínicas de los Profesores Carlos Oehninger y Carlos Gómez Haedo como Profesor Agregado. En 1993 fue honrado con el muy merecido título de Profesor Emérito de la Facultad de Medicina.

Prestó servicios en varias mutualistas, en especial en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, donde llegó a ser Jefe del Servicio de Puerta y de Medicina Interna. También dirigió los Centros de Tratamientos Intensivo del Hospital Maciel, Sanatorio Americano y de la Asociación Española desde que iniciaron sus actividades. Se retiró en 2003.

Su afición por el tango canción es de toda la vida. Su prodigiosa memoria le permite conocer no menos de mil letras de tango.

Si bien nunca actuó profesionalmente como cantor de tangos, actuó en forma honoraria cada vez que se le invitaba a participar de funciones benéficas. De la misma manera accedió a cantar en reiteradas ocasiones en Joventango, tanguerías, confiterías y restaurantes, donde nunca faltaba alguien que lo invitara, conociendo sus condiciones de cantor de tangos. Una de sus actuaciones públicas más recordadas fue su participación como cantor en una orquesta típica integrada por médicos, formada para actuar en el Canal 4 en el programa televisivo “Las tres tareas de la buena voluntad” en la función en beneficio del Hospital Pasteur.

En sus diversas presentaciones como cantor fue acompañado por selectos músicos, como el pianista César Zagnoli, los bandoneonistas Edison Bordón, Héctor Urtazú, Toto D’Amario y Néstor Vaz, los guitarristas Julio Cobelli, Domingo Spano y el teclado de su hijo, el excelente músico Raúl Medina. Ha grabado varios CD no comerciales, con acompañamientos de teclado, guitarra y bandoneón.

A la condición de cantor agrega la de ser un excelente bailarín de tangos, ganador de dos concursos. Lo escucharemos cantando “La abandoné y no sabía” de José Canet.

***Enrique Pera Erro***

Nació en 1930 en Salto. Ingresó a Facultad de Medicina en 1948 y se recibió como médico cirujano en 1962. Especialista en cirugía plástica por competencia notoria, desarrolló actividad docente como Profesor Adjunto de la primera cátedra de cirugía plástica de la Facultad de Medicina y como Profesor de la Cátedra de Cirugía Vasculard de la Facultad de Medicina de la Universidad El Salvador de Buenos Aires. Tuvo una extensa producción científica premiada a nivel nacional e internacional.

No tuvo educación musical pero aprendió a ejecutar varios instrumentos de oído. Compuso música y letra para sus composiciones, entre las cuales se encuentran 7 boleros, 9 foxtrots, 4 milongas y 6 tangos, la mayoría registrados en AGADU. Todas sus composiciones están firmadas con un seudónimo: “Enrique P. Soledad”. Los tangos son:

“Chiquilina caprichosa”, grabado por orquesta Sondor en 1957.

“Llueve en el bulín”, grabado por la cantante Luz Mari.

“Te necesito” grabado por el autor en piano.

“La gran verdad”, grabado por la orquesta de D’Amario con Manuel Correa y por el Trío Hagopian con Ernesto Camino.

“Muchachos viejos”, grabado por la orquesta de D’Amario con Ledo Urrutia y por el Trío Hagopian con Ernesto Camino.

“Qué felicidad”, tango incompleto.

Escucharemos “Muchachos viejos” en versión del Trío Alvaro Hagopian con Ernesto Camino.

### ***Ernesto Santero***

Ernesto Santero nació en 1937 en Montevideo. Ingresó a la Facultad de Medicina en 1956 y recibió su título de médico en 1965.

Hizo carrera docente en Clínica Médica y Gastroenterología, alcanzando a ser designado Profesor Agregado de Clínica Médica con el Prof. Carlos Oehninger y luego con el Prof. Ricardo Elena. En 1993 se retiró de la carrera docente y en 2001 del mutualismo. En el año 2006 viajó a España, radicándose en Cataluña, en la ciudad de Tarragona.

Su actuación pública como violinista de tango comenzó a los 11 años. Integró la Revista Infantil dirigida por Miguel Angel Manzi en Radio Carve, junto a Manolo Guardia.

En febrero de 1956 formó parte de la orquesta típica de Francisco (“Panchito”) Maquieira, en una exitosa temporada en el Argentino Hotel de Piriápolis. En julio de ese año se unió al Quinteto Típico de Juan Mouro y Carlos Maquieira. Hasta 1959 participó en ese renombrado conjunto tanguero, con el cual tuvo una intensa actuación en radio, bailes y giras por el interior del país, llegando incluso a Concordia y Santana do Livramento. En 1957, en los bailes del Club Colón, este quinteto alternó con el Quinteto de Roberto Firpo. Estas actuaciones le permitieron tener ingresos que le ayudaron a financiar sus estudios médicos. En 1959, obligado por las exigencias de los estudios se vio en la necesidad de suspender su actividad como violinista profesional del tango. No llegó a la grabación de discos.

En junio de 2001, ya retirado de la medicina, y reiniciado como violinista, ingresó a la Orquesta Típica de Miguel Villasboas como primer violín, con la cual hizo presentaciones en Argentina y todo el Uruguay. En octubre del mismo año, la orquesta realizó una extensa gira de 45 días por 30 ciudades del Japón. De vuelta a Montevideo, aunque no intervino en las grabaciones de la orquesta, continuó participando regularmente en sus actuaciones públicas.

### ***Carlos Solís***

Carlos Horacio Solís nació en 1937 en el Cordón. En 1956 ingresó a la Facultad de Medicina, de la cual egresó en 1965. Recibió el título de oftalmólogo por competencia notoria en 1973.

Desde 1962, antes de recibirse, se orientó a la oftalmología, trabajando como ayudante de su tío, el prestigioso oftalmólogo Raúl Rodríguez Barrios. Permaneció junto a él absorbiendo sus enseñanzas durante 15 años. En el año 1977 decidió radicarse en Melo. Retornó a Montevideo luego de dos años y medio, instalando consultorio propio, donde continúa ejerciendo su profesión.

Su vinculación con el tango y su danza fue reciente y relativamente casual, luego de un encuentro fortuito con el Presidente

de Joventango, su colega el Dr. Juan Pedro Rubinstein, quien convenció a Solís y su esposa Cristina, de tomar unas clases de danza en Joventango. Rápidamente se entusiasmaron, y cautivados por la danza del tango, Solís y Cristina comenzaron a frecuentar las milongas de Montevideo y de Buenos Aires. Un local muy visitado, mientras existió, fue el Bar Tabarís, de la Dra. Marta Pietra. En la actualidad suelen concurrir 4 veces por semana a distintas milongas.

Solís y Cristina han sido invitados a numerosas actuaciones públicas a partir de 2006. Bailaron en la presentación del primer disco del Cuarteto Rica Cosa en la Sala Zitarrosa en 2009. Este disco, “Bien parejito”, tiene como carátula una fotografía retocada de la pareja.

Participaron, integrando la comparsa “La Clínica”, en las Llamadas de los Carnavales de 2009 y 2010, cuando por primera vez se incluyó un cuerpo de baile de tango en los desfiles.

En marzo de 2011, en la presentación del segundo disco del cuarteto Rica Cosa, que se realizó en el Teatro Solís, fueron invitados nuevamente, y compartieron el escenario con varios destacados artistas, entre los cuales Adriana Varela. En esta ocasión, su actuación fue presentada como “Los Solís en el Solís”.

Una semana después fueron invitados a Buenos Aires por Ernesto Rassi, a participar en una demostración de tango organizada en la sede porteña de la Academia del Tango Argentina.

Como bailarines del tango canyengue, “Los Solís” han merecido alabanzas de los expertos de ambas márgenes del Río de la Plata.

### ***Alejandro Habibi***

Médico anestesiólogo, trabajó en el Hospital de Clínicas, Sanatorio Americano, Casa de Galicia, entre otras instituciones.

Ya desde su juventud, aparte de los estudios de medicina, dedicó especial atención al estudio y la práctica del canto, particularmente del tango. Durante más de 20 años actuó profesionalmente en radios y distintos locales bailables y vinerías de Montevideo, Buenos Aires y Mar del Plata, como vocalista de distintos conjuntos musicales uruguayos como las orquestas de Puglia-Pedroza y de César Zagnoli y los tríos de Oldimar Cáceres,

César Zagnoli, Toto D'Amario, Raúl Jaurena y Tanguísimo. Llegó a acompañar con su voz a Aníbal Troilo en bandoneón y Mario Núñez en guitarra. Finalmente pudo más la anestesiología y abandonó definitivamente el tango como cantor profesional. No llegó a grabar discos con ninguna de sus conjuntos acompañantes, pero hemos podido rescatar algunas de sus versiones grabadas directamente de sus actuaciones en la fonoplatea de Radio Carve con el Trío de César Zagnoli. Le escucharemos su interpretación de “Ya estamos iguales” de García Jiménez y Anselmo Aieta.

### ***Eduardo Lenzi***

Eduardo Lenzi Failache nació en 1942 en Santa Lucía y poco después su familia se trasladó a Cardal (Dpto. de Florida), donde Eduardo hizo sus estudios primarios. Para sus estudios liceales volvió a Santa Lucía. Culminado el liceo, se radicó en Montevideo para continuar sus estudios y en 1960, ingresar a la Facultad de Medicina. En 1968 recibió su título de médico cirujano y volvió a su ciudad natal, donde se radicó.

En su departamento desarrolló una intensa actividad como médico y como Director de la Colonia Santín Carlos Rossi y Director de la Regional Sur. Posteriormente fue Director Técnico del Círculo Católico de Montevideo.

Al mismo tiempo que concurría a la escuela en el Cardal, Lenzi estudiaba piano. Siendo adolescente, organizó un conjunto musical con amigos amantes del tango. Este conjunto nunca llegó a actuar en público porque cuando ya se había programado el debut, fueron invitados a sumarse a la Orquesta Típica de Oscar Raúl Pacheco. Lenzi formó parte de la orquesta entre 1957 y 1960. Salvo el violinista, que era de 25 de Mayo, todos eran de Cardal. Esta orquesta actuó en Florida, San José y Canelones. Era una orquesta muy profesional, con orquestaciones que enviaba Héctor Stampone de Buenos Aires, y alternaban en los bailes con las orquestas de Washington Oreiro y Walter Méndez entre otras menos conocidas. Se iniciaron en esta orquesta los excelentes bandoneonistas Héctor Ulises Pasarella y Néstor Vaz, flordenses de trayectoria internacional.

En 1985 se juntaron varios amigos tangueros de Santa Lucía y fundaron un club de tango. Eran Lenzi, Raúl González Brignoni, también oriundo de Cardal y conocido como “Gotán”, seudónimo con que firmaba sus artículos sobre tango en “Clarín” de Buenos Aires, “El Vasco” Poyhu, nativo de Santa Lucía, que había ganado el premio mayor en “Martini pregunta” contestando sobre Juan D’Arienzo, y varios más. Se auto-denominaron “Tanguería 85”, organizaron espectáculos con artistas locales y de Montevideo en el Hotel Bilmore, con cenas-show a beneficio de obras sociales locales. La “Tanguería 85” funcionó hasta 1994, dejando una recordada huella tanguera en Santa Lucía.

### ***Gerardo Pérez***

Gerardo Pérez Méndez nació en 1954 en Montevideo pero hizo sus estudios primarios en Empalme Sauce, departamento de Canelones. Sus estudios de Medicina fueron accidentados, cumpliendo una parte en Montevideo, otra en Buenos Aires y la última en Montevideo. Una vez recibido en 1991, inició el post-grado de Nefrología. Desde entonces, durante su permanencia en Montevideo, ha trabajado en diversos centros de diálisis crónica y de agudos de Montevideo y del interior.

A los 11 años su padre y su padrino le regalaron un bandoneón. Recibió clases de Carlos Belozzo, músico que tenía una orquesta típica. Cinco años después Gerardo fue invitado a integrar la orquesta como segundo bandoneón, y en ella se mantuvo hasta su ida a Buenos Aires en 1975. Allí retomó sus estudios musicales con Ernesto Díaz Roca, pero el 4 de julio de 1978 le robaron el bandoneón, y dejó de tocar. Por 16 años quedó en suspenso su vocación de intérprete tanguero.

En 1994, ya de vuelta en su ciudad natal y recibido de médico, decidió reiniciar sus estudios de bandoneón y comenzó a tomar lecciones con René Marino Rivero, a quien Gerardo considera su verdadero maestro en la ejecución. Comenzó sus actuaciones públicas, acompañando a Malena Muyala en sus presentaciones y giras. Con ella grabó “Temas pendientes”, el primer disco de Malena. Formó un trío, llamado “Estilo tango” con Alvaro Hagopian al piano,

Juan Antonio Rodríguez violoncello y él en bandoneón, de intensa actuación en el Bar Tabarís. Paralelamente introdujo su música en la práctica médica, acompañando a sus pacientes en diálisis con la ejecución del bandoneón y logrando calmar ansiedades y alegrar el ambiente.

En el año 2001 viajó a EEUU como integrante del Cuarteto Mala Junta, que actuó en el estado de Florida y en Nueva Orleans con marcado éxito. Como consecuencia, en 2003 fue llamado desde Nueva Orleans para trabajar con músicos norteamericanos en la orquesta “Milonga”, durante tres meses. En marzo de 2004, integrando la orquesta “Montevideo Tango”, viajó a Medio Oriente, actuando en Jordania, Egipto y Líbano.

El mismo año, ya con visa artística, volvió a Nueva Orleans. Su intención era hacer sólo música, siendo que no había revalidado su título de médico. Pero en 2005, por culpa del Huracán Katrina que azotó Nueva Orleans, sufrió otro percance instrumental. La casa que habitaba y que debió abandonar por las crecientes se inundó y le arruinó en forma definitiva el bandoneón junto con gran parte de su biblioteca. En enero de 2006 adquirió un nuevo bandoneón que se decía había pertenecido a un integrante de la orquesta de Osvaldo Pugliese, y se trasladó a Chicago.

Fueron varios los conjuntos musicales que organizó en Chicago. El conjunto más permanente fue el cuarteto, luego ensemble, “Alma de tango”, con el que grabó 6 piezas musicales:

Su última actuación en Chicago fue en abril de 2009, como solista invitado para preceder a la actuación del conjunto rioplatense Bajo Fondo, que visitaba la ciudad como parte de su gira por EEUU. La relegada vocación médica había resurgido lo suficiente como para obligarlo a retornar a su país y a su condición de nefrólogo, aun a expensas de olvidar, por el momento, la música.

Pero no del todo, aquí lo tenemos entre nosotros y se ha ofrecido a interpretar un par de tangos con su bandoneón. Adelante, Dr. Pérez.

Por mi parte, he terminado mi exposición. Muchas gracias.

**13.4.- Miembro Correspondiente Extranjero Marcos Gómez Sancho.**

## **“DOLOR Y SUFRIMIENTO AL FINAL DE LA VIDA”**

El Dr. Gómez Sancho no dejó texto de su conferencia

### **14.- ACTIVIDADES CIENTIFICAS EN LOS PLENARIOS**

---

En las sesiones plenarias de la Academia, se realizaron las siguientes actividades científicas.

**14.1.- Acs. Guido Berro y Celso Silva.**

**“AUTOPSIA HISTÓRICA DE DIONISIO DÍAZ. CONSIDERACIONES MÉDICAS, LEGALES Y QUIRÚRGICAS SOBRE LAS LESIONES, EVOLUCIÓN CLÍNICA Y MUERTE DEL NIÑO HÉROE DEL ARROYO “EL ORO””**

#### **Introducción**

Debemos situarnos en mayo de 1929, a unos cuatro kilómetros hacia el norte, en “El Oro”, pequeño y humilde grupo de viviendas en plena campaña del Departamento de Treinta y Tres, oficialmente Pueblo Mendizábal. En la ribera del arroyo del mismo nombre vivía Juan Díaz con su familia. Es sobre su nieto, Dionisio, que se centrará esta investigación médico-histórica. Mucho se ha dicho y publicado sobre los protagonistas y los hechos<sup>1</sup>, pero por primera vez haremos un análisis medicolegal y quirúrgico a partir de documentos oficiales. Especialmente el expediente judicial, recuperado por Raúl Ronzoni autor del libro “Criminales”<sup>2</sup> luego de décadas de haber estado desaparecido y hasta ahora no conocido en su plenitud. Nos basaremos en los informes médicos de las lesiones, el manejo de las heridas y del niño, así como, finalmente, los

---

<sup>1</sup> Destacamos por ej.: La investigación denominada “El Pequeño Dionisio” de los Maestros Abel Pinho Poasso y Santiago Rivero Amaro.

<sup>2</sup> Ronzoni, Raúl. “Criminales, dramas, mitos y tradiciones” Ed. Fin de Siglo. Montevideo, 2011.

hallazgos autopsicos de los fallecidos, todo lo cual surge del expediente judicial.

Con el término “autopsia histórica” queremos expresar, como lo han señalado Rodríguez Almada y Verdú Pascual, que será conceptualmente una investigación de una muerte en forma diferida, sin acceso al cadáver o a sus restos. Es por lo tanto una interpretación de hechos conocidos a través de documentos o testimonios, especialmente médicos<sup>3</sup>.

Este análisis tiene fundamentalmente un valor histórico-médico, en virtud de que han vencido los plazos de prescripción de los presuntos delitos que pudieran haber estado en juego o por haber sido, como en este caso, “cosa juzgada”.

Perdura en cambio en la sociedad, en determinados ambientes docentes, literarios o periodísticos, y especialmente entre la población de Treinta y Tres, un destacado interés de conocer o llegar a la verdad de lo sucedido, y la autopsia histórica es el instrumento científico más idóneo a estos propósitos. Especialmente en este caso de ribetes tan destacados como heroicos.

### **Antecedentes**

La “autopsia histórica” se ha definido como la: “investigación médico-legal de las causas y las circunstancias de una muerte con interés histórico, que se sustenta en la interpretación crítica, armónica, jerarquizada y objetiva del conjunto de la información aportada por documentos y testimonios, cuando no se tuvo acceso directo al cadáver o a los restos óseos”. (1)

---

3 En nuestro medio existen, en los últimos veinte años, algunos antecedentes de las denominadas “autopsias históricas”, destacándose las siguientes: Soiza Larrosa A. “Herida y muerte del General Aparicio Saravia”. SUHM [Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina], 1990; 7: 87-116. Wilson E. “Consideraciones acerca de la autopsia del General Lavalleja”. Rev Méd Urug 1991; 7: 83-90. Soiza Larrosa A. “La muerte del médico y senador Francisco Ghigliani”. SUHM, 1995; 15: 30-34. Soiza Larrosa A. “Singular peritaje médico-legal”. SUHM, 1995; 15: 54-57. Wilson E. “Fraile Aldao por el Dr. Miguel Rivera. Análisis del Diario, sus protagonistas y sus circunstancias. Singular peritaje médico-legal”. SUHM, 1996; 17: 150-158. Rodríguez Almada H y Verdú Pascual F: “La autopsia histórica: presentación del método y su aplicación al estudio de un hecho violento ocurrido en Uruguay en el año 1972”. Rev Med Urug 2003; 19: 126-139. Riveiro G y Roó R: “Análisis médico-legal del primer caso de responsabilidad médica en Uruguay. La muerte de Garzón.” Rev Med Urug 2007; 23: 179-186. Berro Rovira G y Turnes A L: “Autopsia histórica: la muerte de Washington Beltrán Barbat. Rev. Med Urug 2011; 27:112-119.

## **Dionisio Díaz. Los hechos. Sus heridas e intervención médica**

Dionisio era un niño de nueve años de edad cuando fue herido. Había nacido en el rancho en el que vivía su familia en “Arroyo del Oro”, el 8 de mayo de 1920 a la hora 18 (como surge de la partida de nacimiento, que luce en el expediente, 2ª Sección de 33, fs.37, N° 74). Asistió su nacimiento “doña Laurentina”, una curandera del pueblo que atendía los partos. Su madre: María Luisa Díaz, tenía veinte años de edad, su padre era probablemente el vecino Quintín Nuñez, su abuelo Juan Díaz, de 74 años, y su tío y padrino: Eduardo Fasciolo. Doña Laurentina era además hermana de Quintín, el presunto padre citado. El niño es descrito en diferentes escritos y testimonios como de “ojos color cielo y cabellos color trigo”, como “varón rubio de tiernos y hermosos ojos azules”, como “el niño rubio de ojos color cielo”, como “cachorro ‘e tigre” o como “delgadito, alegre, de ojos azules. Muy blanco de cutis, con los cachetes bien rosaditos”. Hasta los 5 años la madre le dejó crecer hermosos rizos<sup>4</sup>.

Dionisio tenía una hermanita, Marina, quien cuando él es herido, tiene 15 meses. Es hija de una relación de su madre, María Luisa, con un tal Luis Ramos, una persona cuya presencia, según los testimonios de la época descompensaba notablemente al abuelo Juan Díaz.

Al otro día de su cumpleaños, el 9 de mayo de 1929, su abuelo “no se sentía bien” y llegó -desde el rancho contiguo que compartía con el tío Eduardo- hasta el rancho en el que vivían María Luisa, Dionisio y Marina.

De pronto, Juan Díaz se lanza con un puñal sobre su hija María Luisa que estaba a punto de acostarse y Dionisio, al ver el ataque, se interpone y a su vez clama por la presencia de su padrino Eduardo.

Luego del ataque a su madre Dionisio toma a Marina, pasa por encima del cuerpo caído de su madre y corre hacia el rancho

---

<sup>4</sup> Se encuentran hoy en el museo Municipal de Treinta y Tres.

donde está Eduardo, una vivienda que separada unos cuatro metros de la suya por un guarda patio con parral. Eduardo sale y se traba en lucha con su padre en el guarda patio, un cuerpo se desploma. Es Eduardo.

Del hecho violento resultan muertos María Luisa y Eduardo, herido Dionisio y puesta a salvo y en sus brazos la pequeña Marina. El abuelo habría abandonado la escena, Los hechos, se ha estimado, ocurrieron aproximadamente a las 21 hs. del 9 de mayo de 1929.

Dionisio pasa toda la noche cuidando a su hermana, herido, y temiendo que volviera su abuelo.

Refiere el propio Dionisio que de una herida en su abdomen salía una grasita que recortó con tijera. Cortó una tira de sábana y se fajó. Sentía sed y dolor, pero igualmente tomó a su hermana -de 15 meses y “gordita”- en brazos y escapó del lugar, con el temor de que regresara su abuelo. Era una mañana muy fría, en su trayecto habría tomado agua de una cañada en dos oportunidades, atravesó varios alambrados y finalmente llegó al rancho de Don Lalo (Adelaido González), el alcalde de El Oro, y su Sra. Braulia. Les entregó a Marina y siguió hasta la Comisaría que se encontraba distante a una media cuadra. El trayecto completo le había demandado unas 4 horas, llegando al poblado próximo al mediodía.

Allí contó con lujo de detalles lo sucedido, les dijo de sus heridas y sobre las muertes de los familiares a manos de su abuelo a quien calificó como “enloquecido”.

Luego de las comunicaciones correspondientes, a las 17 hs del 10 de mayo Dionisio es examinado por el médico supernumerario de Policía Dr. XX<sup>5</sup>, quien expidió, en Vergara, Mayo 11, el siguiente certificado médico-legal:

“Reconocimiento médico legal de las heridas del niño Dionisio Díaz.

1° Herida penetrante de abdomen en la región epigástrica de 3 cms de ancho, interesando todos los planos musculares inclusive el peritoneo, saliendo por este orificio un ansa intestinal.

2° Herida superficial en la fosa ilíaca derecha.

3° Herida superficial de antebrazo derecho, tercio inferior.

El carácter de la primera herida es grave, las otras leves. Dr. XX”

---

<sup>5</sup> Los autores estiman innecesario referir los nombres de los profesionales actuantes, señalando como XX a uno y XXX a otro.

Luego de haberlo examinado y asistido, los testigos afirman que el Dr. XX dijo: “mañana me lo llevan al hospital”. Según él, dijo: “Hay que llevarlo al hospital”.

### **Las autopsias de María Luisa y Eduardo**

Fueron realizadas por el mismo Dr. XX y confirman plenamente la versión de los hechos:

*“Reconocimiento médico legal y necropsias de los cadáveres de Eduardo Fasciolo y María Díaz;*

*Eduardo Fasciolo: 1° Herida penetrante de cara, lado izquierdo, región geniana, de 3 centímetros de ancha y atravesando los planos musculares y mucosa, teniendo un orificio de salida en la cavidad bucal*

*2° Herida penetrante en la región axilar izquierda de 4 ctms de ancho y dirigida de arriba abajo lesionando el lóbulo inferior de dicho pulmón, atravesando el diafragma y además el pequeño epiplón, llegando hasta la retrocavidad de los epiplones. Esta herida se encuentra a la altura del 4° espacio intercostal. Por la abertura del diafragma hacía entrada en la cavidad torácica el intestino grueso.*

*3° En el hemotórax izquierdo, parte posterior, una herida superficial de 2ctms a la altura del 4° espacio intercostal.*

*4° En el hemotórax derecho, parte posterior, y en el 1/3 inferior presenta seis heridas, de las cuales tres son superficiales y tres profundas.*

*De las tres profundas dos solamente interesaron los planos musculares y pleura, sin lesionar ningún órgano y la tercera, la situada a nivel del 10° espacio intercostal interesando el lóbulo correspondiente del hígado en una extensión de 5 ctms. El orificio de entrada de esta es de 3ctms.*

*La primera es una herida leve.*

*La segunda mortal.*

*La tercera leve.*

*La cuarta, la que interesa el hígado, también mortal.*

--

*María Díaz: 1° Herida penetrante, de 3 ctms de ancho en el hipocondrio izquierdo, dirigida de abajo arriba, interesando la cara antero superior del hígado en la extensión de 2 ctms.*

*2° Herida superficial de la glándula mamaria derecha.*

3° Herida penetrante en el hemitórax derecho, parte posterior, a la altura del 10° espacio intercostal, dirigida de arriba abajo, lesionando el lóbulo inferior del pulmón y cara superior del hígado en una extensión de 5 cms.

4° Herida superficial del dedo índice derecho borde externo.

5° Herida superficial en el pliegue entre el pulgar y el índice derecho.

6° Herida superficial en el pulgar izquierdo borde interno

La primera y la tercera son de carácter mortal. Las demás leves.

Dr. XX”

El día 11 de mayo de mañana –dos días después del hecho– emprenden camino hacia la capital departamental trasladando al niño. La salud de Dionisio se ha agravado. Poco antes de las 10 de la mañana, cuando ya estaban cerca de la ciudad de Treinta y Tres, quienes lo trasladaban advierten que ha muerto. Más tarde el Dr. XXX, Médico del Servicio Público de Treinta y Tres practica la autopsia con el siguiente resultado:

*“El médico del S. Público certifica que ha practicado la autopsia al cadáver de Dionisio Díaz constatando en el antebrazo derecho, tercio inferior, borde cubital una herida de arma blanca de tres centímetros de extensión; en la región umbilical, a seis centímetros por encima del ombligo, una herida de arma blanca de siete centímetros de extensión, penetrante en la cavidad abdominal, que ha lesionado el intestino grueso; en la fosa iliaca derecha, una herida de arma blanca, penetrante, que ha lesionado el intestino delgado. Estas dos heridas habían sido suturadas, dejándose en la primera un drenaje de gasa. A consecuencia de las heridas intestinales se desencadenó una intensa peritonitis. Las heridas de intestino y la peritonitis consecutiva fueron la causa del fallecimiento.  
Dr. Miguel XXX”*

El 6 de setiembre de 1929 a unas 20 cuadras de la que fuera su vivienda aparece el cuerpo de Juan Díaz, según surge del expediente judicial, ahogado en el arroyo. El 13 de setiembre el Dr. XX extiende el siguiente reconocimiento medicolegal:

*“Vergara. Setiembre 13/1929.*

*Llamado a reconocer un cadáver ahogado en el arroyo Oro pude comprobar que se trataba del cadáver de Juan Díaz; Se hallaba en estado de descomposición avanzada. Dr. XX”*

Y la partida de defunción (fojas veintiséis vuelto, número cincuenta y dos) del 7 de setiembre de 1929, del Libro de Defunciones, firmada por el juez de paz Abelardo Correa, en su condición de Oficial del Estado Civil, deja constancia que el del certificado del Dr. XX surge que Juan Díaz falleció “a consecuencia de afixia por sugmerción” (sic).

### **Sobre las lesiones, evolución clínica y muerte de Dionisio Díaz**

Previamente a entrar en el análisis en referencia al caso, donde es fundamental la determinación de las lesiones, su gravedad, evolución y causa de muerte, es necesario expresar:

Que la Medicina Legal, tenía dentro de los procedimientos forenses habituales de esa época, a fines de la década de 1920 en el Interior del País, un desempeño a cargo de los Médicos de Policía o del Servicio Público. Evacuaban los pedidos de informes del juez y realizaban los reconocimientos de lesiones y las autopsias. Es usual constatar que quienes elaboraban esos informes forenses en esa época lo hacían con bastante rigurosidad científica como resultado de una buena formación médico-quirúrgica general; incluso algunos informes pueden catalogarse de muy buenos si se considera que los médicos actuantes que no eran especialistas en la materia. Veremos luego lo sucedido en el caso concreto.

Los informes forenses eran tomados muy en cuenta por la Policía, como eslabón o auxiliar de la justicia. Y los médicos en general y los forenses en particular gozaban de prestigio y autoridad.

La inspección de las lesiones y la vivisección en el caso de autopsias, se practicaban con técnicas que en esencia no han variado en cuanto a la apreciación directa de las heridas y lesiones que los

conocimientos anatómicos y anatomopatológicos macroscópicos suministraban al médico actuante.

Aunque se nos pueda considerar reiterativos en la narración de los hechos, creemos que se entenderá mejor la evolución clínica apelando a la paciencia del lector y relatar cronológicamente los hechos.

A) Según parte de la época, el día 9 de mayo de 1929 alrededor de la hora 21 el Sr. Juan Díaz agredió con un arma blanca a las víctimas ya referidas.

B) Como consecuencia de la agresión mueren María Luisa Díaz y Eduardo Fasciolo.

C) El nieto del homicida, Dionisio Díaz, recibe dos heridas de arma blanca en el abdomen y otra en tercio inferior de antebrazo derecho. Dionisio, herido, pasa toda la noche del día 9 al día 10 en un rincón de una de las habitaciones escondido acompañando y protegiendo a su hermanita Marina de 15 meses de edad, temiendo que regresara su abuelo y volviera a agredirlos.

D) Dionisio observa que por la herida superior del abdomen hace protrusión grasa recortando parte de ellas con una tijera. Esta grasa seguramente correspondía a parte del epiplón mayor. Se coloca una venda de tela en forma de faja comprimiendo la herida.

E) A las seis de la mañana del día 10 de mayo Dionisio decide abandonar la casa con su hermanita en brazos y dirigirse a la Comisaría que distaba unos cinco kilómetros del lugar. El recorrido no lo hace por los caminos sino a campo traviesa cruzando alambrados y cañadas a fin de no encontrarse con su abuelo temiendo, que si esto ocurriera podría volver a herirlo a él o herir a su hermanita. Este trayecto le insumió aproximadamente cuatro horas.

El propio Dionisio relató que en el trayecto tuvo mucha sed lo que lo obligó a beber agua en las cañadas que encontró en el camino.

F) Llega al paraje de “El Oro” alrededor de las 9 de la mañana del día 10 de mayo. En ese momento las heridas abdominales llevaban 12 horas de evolución. En primer término se dirige a la casa del Sr. Adelaido González, vecino del lugar, dejando a su hermanita Marina a cargo de la Sra. Braulia, esposa del Sr. González. Luego por sus propios medios, se dirige a la Comisaría donde relata a las autoridades los hechos ocurridos en la noche del día 9 de mayo.

G) A la Comisaría llega el día 10 de mayo aproximadamente a la hora 10 de la mañana. Ese mismo día a la hora 17, es decir a más de 20 horas después de haber sido herido, es visto por el Dr. XX, Médico Supernumerario de la Policía, para que realice el reconocimiento de las heridas y de la situación de Dionisio.

H) El informe del médico XX, recordemos, fue el siguiente: “Herida penetrante de abdomen en la región epigástrica de 3 ctms. de ancho (luego el Dr. XXX la describirá en la autopsia de 7 centímetros)., interesando todos los planos musculares, inclusive el peritoneo, saliendo por este orificio un ansa intestinal (en la autopsia se constata que es intestino grueso y lesionado). Herida superficial en la fosa ilíaca derecha (en la autopsia el Dr. XXX comprueba su carácter penetrante y con lesión de intestino delgado). Herida superficial de antebrazo derecho tercio inferior. El carácter de la primera herida es grave, las restantes leves”.

I) No menciona si existían lesiones de la víscera prolapsada o en la proximidad de la herida. Reduce la víscera prolapsada y cierra la herida por una sutura aparentemente de piel.

J) En cuanto a la segunda herida situada en la fosa ilíaca derecha (como dice el parte en sector derecho del hipogastrio) el Dr. XX la cataloga, erróneamente, como superficial, procediendo al cierre de la piel por sutura.

K) La de antebrazo, sobre borde cubital del mismo, es típica herida provocada en actitud de protección o defensa con elevación y anteposición del mismo.

L) Aparentemente el Dr. XX indicó el traslado de Dionisio al Hospital de Treinta y Tres. Sin embargo esto no se emprendió sino hasta el día 11 de mayo (36 hs luego de producidas las heridas penetrantes del abdomen). Dionisio fallece durante el traslado en el propio vehículo que lo transportaba, el día 11 de mayo alrededor de las 10 de la mañana.

### **Análisis y consideraciones finales**

El primer error en el manejo de Dionisio fue la falta de reconocimiento de que en la herida epigástrica estaba el colon perforado por la herida penetrante.

Frente a una herida penetrante de abdomen (esto es que ingresa a la cavidad peritoneal) siempre se debe sospechar la presencia de lesiones de alguna de las vísceras abdominales, en este caso el colon.

El segundo error fue considerar como superficial la herida de fosa ilíaca derecha cuando en realidad una correcta exploración hubiera demostrado que era penetrante.

El tercer error, seguramente el mayor, es no haber trasladado de inmediato, sin ninguna demora, a Dionisio al Hospital de Treinta y Tres. Seguramente esto sucedió porque basándose en el informe del reconocimiento de Dionisio, con los errores señalados, hizo suponer que las heridas abdominales eran banales. Esta conducta ya en 1929 era inadmisibles. Desde muchos años antes la práctica quirúrgica había señalado que en toda herida penetrante del abdomen el paciente debe ser laparotomizado de urgencia. Las vísceras abdominales deben ser exploradas minuciosamente y las lesiones encontradas tratadas adecuadamente.

Es llamativo que en el caso se asumiera el doble rol, de perito y a su vez de médico tratante, cosa que no ocurre hoy y que resultan actividades incompatibles.

En 1929 no existían aún los antibióticos que fueron introducidos en medicina a partir de 1945. Sin embargo el gesto terapéutico fundamental frente a una peritonitis por perforación del tubo digestivo es la cirugía. Los antibióticos aun hoy no son capaces de curar una peritonitis séptica por sí solos. Se les debe considerar como una medida adyuvante secundaria.

Si Dionisio hubiera sido trasladado al Hospital de inmediato y sus lesiones viscerales tratadas en forma correcta, hubiera podido ser salvado.

La suma de errores llevó a que el traslado de Dionisio se hubiera decidido luego de 36 hs de evolución de la peritonitis. En estos casos, aún hoy, se acompañan de una mortalidad casi sin excepciones del 100%, aun contando con el uso de antibióticos. (2)

En peritonitis aguda por perforación de vísceras huecas la causa más común de muerte es el retardo en el tratamiento quirúrgico.(3)

La autopsia realizada por el Dr. XXX confirmó que Dionisio tenía “intensa peritonitis” causada por dos perforaciones, una a nivel del colon y otra en el intestino delgado.

En el año 1929 ya existían, no sólo en Montevideo sino también en las capitales departamentales del País, hospitales adecuadamente equipados y cirujanos capacitados para realizar esta cirugía.

### **Referencias bibliográficas**

- (1) RODRÍGUEZ ALMADA H y VERDÚ PASCUAL F: La autopsia histórica: presentación del método y su aplicación al estudio de un hecho violento ocurrido en Uruguay en el año 1972. Rev Med Urug 2003; 19: 126-139
- (2) BERRO ROVIRA G Y SILVA C: “Aspectos Médico-Legales en el Diagnóstico y Tratamiento de las Peritonitis Agudas”. En: Peritonitis Aguda -Celso Silva-. Oficina del Libro FEFMUR. UdelaR. F. de Medicina. Cap. 26.7, págs..629-648. Montevideo, 2010.
- (3) SILVA C: Peritonitis Aguda -Celso Silva-. Oficina del Libro FEFMUR. UdelaR. F. de Medicina. 648 págs. Montevideo 2010.

## **15.- ACTIVIDADES DE EXTENSIÓN ACADÉMICA**

### **15.1.- Jornada Nacional de Hipertensión Arterial, en homenaje al Ac. Orestes Fiandra**

#### **Comité organizador:**

Ac. Carlos Romero (responsable) Juan C. Bagattini, Carlos Salveraglio y Dra. María del Carmen Fontáns.

#### **Consejo consultivo:**

Ac. José L. Peña, Dante Petruccelli, Hernán Artucio y Dr. Ricardo Bachmann.

### **Actividades previas**

Lunes 29 de agosto: Conferencia de prensa en el Museo Zorrilla. Asistieron (y se les tomó la presión) la Intendente Ana Olivera, el Diputado Javier García y el Maestro Federico García Vigil.

Se tomaron fotografías, notas y se realizaron entrevistas varias.

A partir de esta conferencia se coordinaron diversas actividades de divulgación:

- entrevistas en medios de prensa: AM libre, CX 26 radio Uruguay, radio Montecarlo,
- grabación de un video-reportaje a los Ac. Salveraglio y Romero para su difusión en el programa de TV Calidad de vida del día 1° de setiembre y de un breve mensaje que fue difundido varias veces por canales de TV en el transcurso de la semana,
- grabación de un video de 15 minutos del Ac. Romero con un hijo y un nieto, quienes formulaban preguntas e inquietudes que eran aclaradas, para difundir en medios televisivos del interior.
- grabación de un mensaje de 1 minuto para pasarlo reiteradamente en esos mismos medios, invitando al público a tomarse la presión.
- emisión radial de una extensa entrevista telefónica al Ac. Bagattini,
- publicaciones de reportajes sobre la Jornada en la revista Charoná y El Diario Médico, etc.
- presentación en Power Point para apoyo a los médicos de FEMI que realizarían tareas de difusión.

Se llevó a cabo el 1° de setiembre de 8.30 a 18 hs. en la Intendencia de Montevideo.

### **Jornada Nacional**

Jueves 1 de setiembre.

Centro de Conferencias de la Intendencia Municipal de Montevideo.

08.00 a 08.30 Acreditaciones

08.30 a 09.00 Acto inaugural.

Asistieron los ministros de Salud Pública, Dr. Jorge Venegas, de Educación y Cultura, Dr. Ricardo Erlich, la Intendente Municipal de Montevideo, Prof. Ana Olivera, el Decano de la Facultad de Medicina, Prof. Fernando Tomasina, presidente de FANAM, Sr. Jorge Tomasi.

El Ac. Dante Petrucelli ocupó el estrado como representante del Comité Consultivo de la Jornada, y por ser además quien propuso su realización.

Estuvieron presentes los invitados extranjeros: la Dra. Paula Cuffaro y el Dr. Carlos Galarza, de Argentina y el Dr. Carlos Machado de Brasil.

Hicieron uso de la palabra el Presidente de la ANM, Ac. José Luis Peña, quien explicó el objetivo de la jornada y agradeció a las múltiples entidades que apoyaron el evento, el Presidente de la Comisión Organizadora de la JNHA, el Ac. Carlos Romero, el Decano de la FM, la Intendente de Montevideo y el Ministro de Salud Pública.

09.00 a 10.00 Homenaje al Prof. Dr. José E. Ventura

Ac. Carlos Romero

¿Cómo te estás portando?

El estilo de vida y la hipertensión arterial

Coordinador: Dr. Ricardo Bachmann Co -

Coordinador: Dr. Oscar Noboa Mini Conferencia:

El impacto de los cambios de estilo de vida en la hipertensión arterial Dr. Carlos Galarza (Argentina)

Consumo de sodio y control de las cifras de Presión Arterial Dra. Leonella Luzardo

Impacto del estado nutricional en el riesgo cardiovascular asociado a la hipertensión arterial Dr. José Boggia

Actividad física y la hipertensión arterial Dr. Oscar Díaz Arnesto

10.00 a 10.15 Movete un poco. Pausa activa

- Dirige: Prof. de Educación Física Ernesto Costa
- 10.15 a 10.30 ¿Querés un café?
- 10.30 a 11.30 Los chicos primero  
Apuntando a la promoción y prevención desde la infancia  
Organiza: Sociedad Uruguaya de Pediatría  
¿Por qué a los pediatras nos preocupa este tema?  
Coordinadora: Dra. Alicia Fernández  
Co- Coordinador: Dr. Walter Pérez  
Hipertensión Arterial en el niño y el adolescente  
Dr. Juan Carlos Gambetta  
Aspectos nutricionales en la prevención y tratamiento de la hipertensión Dra. Rosario Satriano  
Obesidad como factor de riesgo cardiovascular  
Dra. Laura Delgado
- 11.30 a 12.30 ¿Qué hay que hacer?  
Manejo de la hipertensión arterial. Nuevas estrategias, nuevas metas, nuevos fármacos.  
Coordinadora: Dra. María del Carmen Fontáns  
Co- Coordinador: Dr. Carlos Schettini  
Nuevas estrategias. ¿Nuevas metas?  
Dr. José Boggia  
Alcanzando las metas Dr. Edgardo Sandoya  
Indicaciones: nuevos y viejos fármacos  
Dr. Gustavo Tamosiunas Mini - Conferencia:  
Estrategia global del manejo del paciente hipertenso  
Dra. Paula Cuffaro (Argentina)  
Preguntas. Conclusiones
- 12.30 a 14.00 Descanso
- 14.00 a 15.00 ¿Entonces qué hacemos? en la diabetes mellitus, la enfermedad renal crónica, en los ascensos tensionales, urgencias y emergencias hipertensivas. Si no se puede bajar la presión arterial ¿hipertensión refractaria?  
Coordinadora: Dra. María del Carmen Fontáns  
Co- Coordinador: Dr. Juan Fernández-Cean  
En la diabetes mellitus  
Dr. Carlos Schettini

- En la Enfermedad Renal Crónica  
Dr. Oscar Noboa
- En ascensos tensionales, urgencias y emergencias hipertensivas Dr. Alvaro Niggemeyer
- Mini conferencia: Si no se puede bajar la presión arterial ¿hipertensión refractaria?  
Dr. Carlos Galarza (Argentina)
- 15.00 a 15.30 Homenaje al Prof. Dr. Luis E. Folle  
Ac. Dante Petruccelli  
¿Por casa, cómo estamos?  
Prevalencia de la hipertensión arterial en Uruguay  
Presenta: Dra. Rossana Gambogi
- 15.30 a 16.30 ¿En qué fallamos?  
La visión del médico, el paciente, las autoridades nacionales, las instituciones de asistencia.  
Coordinador: Ac. Carlos Romero  
Co- Coordinador: Dr. Oscar Gianneo  
Participantes: Dr. Alvaro Díaz  
Dr. Juan Carlos Gambetta  
Nta. Sonia Nigro  
Dra. Clara Niz  
Dr. Edgardo Sandoya
- 16.30 a 17.00 Dificultades en el manejo de la presión arterial  
Dr. Carlos Alberto Machado (Brasil)
- 17.00 a 17.15 Tomate un café
- 17.15 a 17.30 Ac. Antonio Turnes Homenaje al Ac. Orestes Fiandra
- 17.15 a 18.45 ¿Cómo podemos arreglar esto?  
Propuestas de los pacientes, médicos, instituciones de asistencia, autoridades de la salud y enseñanza, legisladores, prensa  
Coordinador: Ac. Juan Carlos Bagattini  
Co-Coordinadora: Prof. Mg. Miriam Costabel -  
Facultad de Enfermería  
Participantes: Dr. Oscar Bazzino  
Dra. Liliana Etchevarne  
Dr. Roberto Superchi

Senadora Dra. Mónica Xavier

¿En qué quedamos?. Conclusiones y Recomendaciones.

Ac. José Luis Peña.

Ac. Carlos Romero.

Ac. Carlos Salveraglio.

Ac. Antonio Turnes

El Ac. Peña cerró la actividad con un especial agradecimiento a la Facultad de Enfermería por su participación en las actividades comunitarias en el atrio.

Asistieron 247 personas. El evento se financió con el aporte del laboratorio Roemmers, y dejó para la Academia un saldo positivo de \$ 23.600.

Se filmaron dos mesas redondas y la conferencia del Dr. Carlos Alberto Machado para emitir a todas las terminales de FEMI el día viernes 2 de setiembre.

### **Actividades comunitarias.**

El conjunto de estas actividades fueron coordinadas por el Ac. Salveraglio

### **Atrio de la Intendencia de Montevideo.**

Las actividades que se desarrollaron en este lugar fueron coordinadas por el Ac. Bagattini y la Dra. Fontáns (presidenta de la Sociedad Uruguaya de Hipertensión Arterial).

Con la participación de la Escuela de Enfermería y de la Escuela de Nutrición y Dietética, se hizo una evaluación del riesgo cardiovascular a más de 400 personas que mostraron gran interés.

El canal 10 hizo una nota en vivo, con una entrevista al Ac. Romero y a participantes.

En el atrio estuvieron presentes diversas instituciones. Conaprole entregó envases del yogur Vital plus y Cativelli ofreció jamón magro sin sal. A los asistentes que fueron chequeados se les entregó una manzana.

**Palacio Legislativo.** Con la coordinación de la Senadora Dra. Mónica Xavier se le tomó la presión arterial a varios legisladores y funcionarios. En la prensa escrita se mostraron fotografías del Ac. Salveraglio tomando la presión al Vicepresidente Danilo Astori. Varios medios de prensa se hicieron eco del evento.

La **Sociedad Uruguaya de Pediatría** participó tomando la presión arterial a escolares y los **estudiantes de Medicina Familiar y Comunitaria de la UDELAR** hicieron lo mismo con liceales, previa autorización de las autoridades de la enseñanza.

Esta actividad tuvo gran difusión en las **instituciones de asistencia médica colectiva de Montevideo.**

**En el interior,** contó con el apoyo y la participación protagónica y fundamental de **FEMI** y de la **Facultad de Medicina del CLAEH.**

En todas las actividades comunitarias se repartió folletería acerca de la hipertensión arterial y de promoción de estilos de vida saludables.

### **Ac. Antonio Turnes Homenaje al Ac. Orestes Fiandra Cuculic**

Es un honor recordar en esta Jornada sobre la Prevención de la Hipertensión Arterial, al Ac. Orestes Alfredo Fiandra Cuculic, fallecido hace pocos meses, el 22 de abril de 2011, en Montevideo a los 89 años. No solamente por tratarse de un distinguido y antiguo Miembro Titular de la Academia, sino porque fue el último Presidente de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, donde se hicieron los relevamientos epidemiológicos de la prevalencia e incidencia de esta peligrosa y difundida enfermedad.

#### **I**

Orestes Fiandra nació en Montevideo el 4 de agosto de 1921. Pero a los pocos días marchó con sus padres a Nueva

Palmira, Colonia, donde transcurrió una niñez feliz y donde encontró en la adolescencia su vocación. La infancia transcurrió entre Montevideo, en la época escolar, en el barrio del Cordón, y el terruño de su madre, Nueva Palmira, durante las vacaciones. Fue beneficiario de una época de esplendor en la Enseñanza pública uruguaya, de una calidad y disciplina que hoy añoramos.

1. Había iniciado sus estudios de preparatorios de Ingeniería y volvía en sus vacaciones a Palmira. Entonces un tío suyo, el Dr. Medulio Pérez Fontana, de rancia estirpe, que dirigía el Hospital de aquella ciudad, le pidió ayuda para cumplir una solicitud de investigación que le había hecho el Prof. Rodolfo V. Tálce, titular de la Cátedra de Parasitología, para detectar enfermedad de Chagas en aquella población. En medio de una epidemia de fiebre tifoidea, Medulio debía pasar operando las perforaciones intestinales que provocaba la enfermedad; entonces le pidió a su joven sobrino que le ayudara a recoger muestras de sangre de los pacientes y trazados electrocardiográficos. Culminada la tarea, le encomendó entregarle el material a Tálce en el Instituto de Higiene, que completaban 369 trazados. Allí éste le dijo que no tenían cardiólogo para interpretar los trazados, y ante la dificultad sugirió a Fiandra que fuera al Hospital Maciel, junto al Dr. Roberto Velasco Lombardini<sup>6</sup>, para aprender a interpretarlos. La sorpresa fue grande; le interesó el desafío. Aunque su línea de estudio era la Ingeniería Electrónica, fue aprendiendo la técnica de los trazados en las tres derivaciones primitivas y así pudo cumplir la encomienda. La cercanía con los

---

<sup>6</sup> CAVIGLIA STARICO, Saúl E.: Roberto Velasco Lombardini (1892-1984). En Médicos Uruguayos Ejemplares, Tomo II. Véase: [http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares\\_ii/art\\_46\\_velasco.pdf](http://www.smu.org.uy/publicaciones/libros/ejemplares_ii/art_46_velasco.pdf) (Consultada el 16.05.2011)

pacientes, el ver cómo morían de infartos y luego presenciar las necropsias confirmatorias, fue remodelando el destino de ese joven trabajador. Al finalizar la tarea estaba decidido: cambiaría a Medicina. Y así ingresó a la Facultad haciendo una carrera excelente. Ganó el concurso del Internado, junto a Carlos A. Gómez Haedo, ocupando los primeros lugares.

## II

Cuando era ya Practicante Interno del Hospital de Clínicas, vino la visita a Uruguay de Clarence Crafoord, el famoso cardiocirujano sueco, que había sido el primero en el mundo en operar una coartación de aorta en 1944. Venía con su equipo para estudiar, diagnosticar y operar pacientes, sobre todo con cardiopatías congénitas. De aquí fueron a Buenos Aires, y le pidió a Fiandra que les acompañara para comunicarse mejor con los colegas de la vecina orilla. Al término de la gira, le ofreció ir a perfeccionarse a Suecia, una vez recibido. Eso ocurrió, y fue al Instituto Karolinska, al cual viajaron su matrimonio con el niño Daniel, de apenas seis meses, y Jorge Dubra Tafernaberry, con su esposa Sara y sus dos pequeños hijos. En el Instituto participó en la Clínica Pediátrica del Prof. A. J. Wallgreen, con el equipo del profesor Edgar Mannheimer, de cardiología pediátrica, entrenándose en la realización de cateterismos diagnósticos. Pero en aquel rico ambiente fermental, trabó buena relación con un ingeniero y médico, Rune Elmqvist, con quien discutían a menudo aspectos técnicos del marcapasos que estaba desarrollando éste. Desde luego, ese marcapasos era un tremendo aparato, que vivía conectado a la red eléctrica y no permitía mayor autonomía al paciente, que la que le daba el cable de conexión. Allí se encuentra también con Roberto Rubio Rubio, otro hombre del interior, oriundo de Castillos, Rocha, un cirujano uruguayo interesado en la cardiocirugía, que fue al mismo lugar para aprender esas técnicas, que los suecos habían demostrado en su visita a Uruguay.

## III

De regreso al País, Fiandra trabaja en el Laboratorio Cardio Respiratorio del Hospital de Clínicas, en funcionalidad respiratoria, en tareas asistenciales, y se incorpora al naciente equipo de cirugía cardiovascular que integran Rubio, Juan Carlos Abó Costa y Aníbal Sanjinés Bros. Se encargará de la hemodinamia de las operaciones a cielo abierto para corregir graves defectos congénitos, luego de participar con Alberto Barcia Capurro en los eventos previos de diagnóstico de los pacientes a ser intervenidos. Eso es así durante muchos años, contribuyendo a formar a su lado a quienes le sucederían.

#### IV

Trabajaba en el CASMU, primero como Practicante, luego como médico de urgencia, más tarde como cardiólogo. Allí asistió por más de seis años, a una joven abogada, menor de 40 años, que tenía un bloqueo aurículo-ventricular de tercer grado, un síndrome de Stokes-Adams, haciendo hasta diez episodios diarios de paro cardíaco. Se la había referido un cirujano ginecólogo, el Dr. Enrique Barthe, formado junto a Larghero. Fiandra busca solución para este caso y retoma contacto con sus amigos suecos, que en su mayoría estaban de vacaciones, viendo si en ese tiempo habían desarrollado algún marcapaso implantable. Sus discusiones con Elmqvist, acerca de los diversos materiales para construir marcapasos más livianos y efectivos, habían dado resultado, pero todavía no eran definitivos. Más bien tenían dudas de que pudieran ser exitosos. Su paciente no estaba dispuesta a vivir conectada a la pared, y prefería morir si no se encontraba otra solución. Asumiendo total responsabilidad Fiandra y su paciente, el 3 de febrero de 1960 junto al cirujano Roberto Rubio colocan en el Sanatorio No. 1 del CASMU, en Arenal Grande y Colonia, el primer marcapaso que funcionó en el mundo. Como pudo comprobarlo muchos años más tarde el americano Seymour Furman, de Nueva York, que investigó el proceso de incorporación de estos elementos maravillosos, llegando a la conclusión que el uruguayo fue el primero, seguido de otro, implantado el 31 de marzo de ese año en el Hospital Saint George, de Londres, y de un tercero en los

Estados Unidos, en junio. La paciente sobrevivió muchos meses y falleció de una sepsis a fines de ese año.

#### V

Los marcapasos eran caros para importarlos de sus fabricantes originales suecos. Probaron más tarde, los fabricados en Brasil por Adib Jatene y su equipo, de costo mucho menor. Pero al cabo de poco tiempo comprobaron que no eran lo eficientes que se esperaba. Y Fiandra se embarcó en fabricar marcapasos nacionales. En el garaje de su casa, ayudado por su esposa. Esto se transformó entre 1969 y 1970, en una fábrica de marcapasos implantables, de renovadas generaciones, cada vez más eficientes y sofisticados, que terminaron siendo producto de exportación a los mercados más exigentes, y aun los más exóticos, como la República Dominicana, India o Rusia, en los últimos tiempos. Que llegó a ocupar 40 ingenieros electrónicos y un total de 140 funcionarios. Señal de dónde puede llegar el ingenio de las personas de valor, cuando tienen metas claras y perseverancia en su esfuerzo, sin entretenerse en las tentaciones del costado del camino. Esa fue la pasión y la auténtica virtud de Fiandra. Un luchador y un realizador toda la vida.

#### VI

En 1972 la Oficina del Libro de AEM publicó su libro Electrocardiografía, que él dedicó “A Élida, mi esposa, mi inigualable colaboradora” y también “A los jóvenes estudiosos, de cuyo esfuerzo depende, en gran parte, el porvenir de nuestra patria”. Con su esposa, a quien conoció en 1947 y contrajo matrimonio el 15 de junio de 1953. Con ella tuvo un largo y feliz matrimonio del que nacieron tres hijos: dos varones, Daniel Orestes y Héctor Alfredo, que optaron por la Medicina y siguieron los pasos de su padre, y una mujer, Alicia Teresa, que cursó Veterinaria y se ocupó luego de la fábrica de marcapasos. En el preámbulo de aquel libro desfila una galería de notables, la mayor parte desaparecidos. Los estudiantes le pidieron, a fines de 2009,

una nueva edición de este magnífico libro, que él consideró siempre como una contribución extremadamente modesta.

#### VII

Ese sentido de responsabilidad por sus pacientes, fue lo que le hizo un cardiólogo de éxito en su práctica privada. Un consultante obligado para médicos y pacientes, que acudían a él y llenaban su consultorio de la entonces calle Carapé, dejando otro compartido en la calle San José, con prominentes figuras de la Medicina nacional. Venían los médicos de todos los puntos del país, a verlo como pacientes. Y desde luego también le enviaban a sus propios pacientes. Porque la palabra, seriedad y diagnóstico de Fiandra, eran una garantía. Pero él brindaba al paciente algo que éste necesitaba más que el diagnóstico. La confianza de su dedicación, la serenidad de su palabra y su pronóstico, que hacía cuidadosamente, midiendo cada palabra y cada gesto. Eso es lo que a través de los siglos distingue a los médicos excelentes y hace que los pacientes se sientan bien, aunque su pronóstico no sea favorable. Y a la hora de ser pacientes, no había distinciones de filosofías o credos políticos. Todos le reconocían sus auténticas virtudes. Para ellos y sus familiares.

#### VIII

Un viejo proverbio chino señalaba: “El médico corriente trata la enfermedad; el buen médico trata al paciente; el mejor médico trata a la comunidad”. Fiandra hizo de este aforismo una realidad.

Tuvo una mirada social, unida a una clara noción demográfica y epidemiológica, es la que quiero especialmente destacar, porque es el origen de muchas de las cosas más trascendentes que logró plasmar nuestro homenajeado.

Hace diez años, con respecto a la accesibilidad a los progresos tecnológicos señaló<sup>7</sup>: “La preocupación era aún mayor porque una de las cosas que yo siempre he defendido es que la salud tiene que ser para todos y que no puede ser que la gente que tiene dinero pueda salir de algo y el que no

---

<sup>7</sup> *El Diario Médico*, No. 40, julio 2002, op. cit.

lo tiene, no. Me subleva el hecho de que una persona se pueda morir porque no tiene plata.”

Así fue madurando en él la idea de que estas tecnologías de alto costo debían estar al alcance de toda la población, no importando su condición económica o social. Y a principios de 1966 concibió crear un Fondo, el germen de lo que luego sería el Fondo Nacional de Recursos, que con un claro pensamiento reducía a esto: “un modesto aporte de los afiliados mutuales equivalente a lo que entonces costaba una cajilla de cigarrillos, y los pacientes de Salud Pública por un reducido aporte del Ministerio, por acto ejecutado a sus afiliados”. Esta idea pareció entonces imposible, porque no se aplicaba en ningún país del mundo. Entrevistó a gobernantes, los que casi todos aprobaron su idea. Pero el FNR no se creaba. Más tarde lo apoyó la Academia Nacional de Medicina y el Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca, y cuando su viejo amigo el anesthesiólogo Antonio Cañellas, fue Ministro de Salud, los viejos genes croatas del Dr. Fiandra, que no le habían dejado descansar en ese propósito visionario, finalmente lograron que se aprobara un Decreto-Ley, a fines de 1979, que comenzó a funcionar en 1980. Esto es, catorce años después del surgimiento de aquella idea. Desde luego, el mecanismo, muy criticado en su época, pero cada vez más reconocido y valorado por la comunidad médica y por toda la población, resolvió los problemas cardiológicos, pero también las prestaciones de prótesis de cadera y de diálisis renal crónica, hasta entonces impensables. He aquí el sentido social de la propuesta y del proyecto. Poner al alcance de toda la sociedad, tratamientos que ya eran corrientes para el desarrollo científico, pero que estaban frenados por una barrera económica infranqueable accesible sólo para unos pocos. Los Nefrólogos veían cómo sus pacientes con insuficiencia renal crónica morían, siguiendo un cronograma ineluctable. Los artríticos con problemas de cadera, no podían operarse para la colocación de una prótesis, si no tenían una fortuna detrás; estaban condenados a una paralización progresiva. Su liderazgo atrajo a Oscar

Guglielmono y Dante Petruccelli, que se unieron al proyecto desde el inicio.

De esta manera, por su tenacidad, pudo hacer realidad ese viejo y largo empeño, en el que derramaba un beneficio a toda la sociedad, más allá de sus pacientes, y para diversas patologías. Que con el curso del tiempo se fueron extendiendo a otros muchos procedimientos de alto costo, que por modificaciones primero de la ley, y luego por disposiciones administrativas, resolvieron y ensancharon permanentemente sus prestaciones fundacionales. Pero el puntapié inicial, sin duda, fue el que dio Fiandra, con su profunda mirada social, que nunca aprovechó para enaltecer su persona.<sup>8</sup> Haciendo de esta forma un triángulo de tres vértices: un cardiólogo fuertemente vinculado a Nueva Palmira, Colonia, un ortopedista oriundo de Salto, y un nefrólogo criado en San Gregorio de Polanco, Tacuarembó. Tres hombres del interior que pensaban diferente en muchos otros aspectos, pero que los vinculaba una misma mirada social buscando la Igualdad, como decía Guglielmono, o la Equidad, como se pregona hoy día. Diría Fiandra 30 años después, en julio de 2010: “Otra cosa que me da la satisfacción es que Barak Obama, se sintió muy contento porque consiguió aprobar una ley y de esta manera logró que todos los habitantes de Estados Unidos, tuvieran derecho a la diálisis renal. Nosotros hace 30 años que tenemos eso...”

## IX

Otro capítulo de la mirada social de Fiandra, fue la concreción de la Comisión Honoraria para la Salud

---

<sup>8</sup> Se trata de los Decretos-Ley Nros. 14.897 del 23 de mayo de 1979 y 15.617, del 24 de agosto de 1984, y de la Ley 16.343 del 24 de diciembre de 1992.

<sup>9</sup> Prof. Dr. Orestes Fiandra: El ingeniero del corazón. Radiografía de vida. En *Diga 33, revista médica cultural*, año 4, No. 18, julio 2010, pp. 44-48.

Cardiovascular.<sup>10</sup> Que por inspiración de un Pediatra y Salubrista, el Dr. Carlos Miguez Barón, logró consagrar, aunque con recursos escasos, en comparación con sus precedentes cercanas. Que en su Ley de creación fija entre sus cometidos y atribuciones promover, coordinar y desarrollar planes y programas concernientes a la prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación de las personas expuestas o afectadas por enfermedades cardiovasculares; así como proporcionar en forma sistemática información destinada a la población, programas de difusión y educación de la población, entre otros. Últimamente, además del énfasis en la reanimación cardiovascular y la difusión del masaje cardíaco externo, que tantas vidas ha salvado, se hizo hincapié en el estudio y registro genético preventivo de la hipercolesterolemia familiar heterocigota, para su diagnóstico precoz y adecuado tratamiento, montando un laboratorio con visión poblacional a fin de estudiar y corregir, en lo posible, uno de los mayores factores de riesgo, junto al sedentarismo, la dieta y otros elementos.

¿Qué sentido tiene organizar una Comisión Honoraria para la prevención y educación en salud en esta materia? Nada más, ni nada menos, que incidir en la primera causa de muerte de los ciudadanos uruguayos y de gran parte del mundo desarrollado. Incidir para disminuirla. Con una gran fortaleza de su área de Epidemiología y Estadística, que brinda información muy útil y poco conocida por la grey médica y la población general. Y que ha tenido una acción benéfica, como puede demostrarlo la reducción de los índices en los últimos diez años. En los que ha descendido la mortalidad por esta causa de manera significativa. Excepto para la hipertensión arterial, que continúa siendo el asesino silencioso. Para orientar esta obra se requiere una mente de salubrista, mirar por la Salud Pública, con gestos apropiados, bien pensados y mejor conducidos. Así se ha desarrollado la actividad de esta modesta Comisión, si la comparamos con

---

<sup>10</sup> Ley 16.626 del 22 de noviembre de 1994.

los presupuestos e ingresos de sus demás hermanas Comisiones Honorarias. Haciendo sus Semanas del Corazón y despertando en la población la conciencia por la prevención, incidiendo en muchos de los factores que llevan a instalar la enfermedad y luego el proceso ineluctable que conduce a la muerte y sus cercanías. Así como a los altos costos asistenciales, de patología que luego se intenta reparar mediante actos muy costosos, cuando el daño ya es irreversible, llevando a la práctica el viejo adagio de “Vale más prevenir que curar”.

#### X

Manifestó, en relación al Centro de Construcción de Cardioestimuladores, la empresa que fundó<sup>11</sup>: Ante la pregunta: Usted además de esa preocupación pública de que todo el mundo accediera, también desarrolla una veta de emprendedor médico. Fiandra respondió: “Siempre por mejorar la humanidad. La fábrica ganó plata que dió miedo, por eso creció tanto pero nunca saqué un peso de allí. El dinero lo reinvertía, para que pudiera progresar, por esta razón creció tanto. Me gustaba que progresara”.

Él fue, en todo caso, como dijo Rudolf Virchow, el gran patólogo alemán del siglo XIX, quien en lo suyo pudo hacer realidad este pensamiento:

- "Los médicos debemos ser los abogados de los pobres".
- "La Medicina es ciencia social, y la política no es otra cosa que Medicina en gran escala".

#### XI

Fiandra, como los Académicos Oscar Guglielme y Dante Petruccelli, fueron profundamente influidos, aunque no lo manifestaran, por el espíritu del Ariel de Rodó, que en su introducción dirigida a la Juventud de América sintetizaba:

“Ariel, genio del aire, representa, en el simbolismo de la obra de Shakespeare, la parte noble y alada del espíritu. Ariel es el

---

<sup>11</sup> *Diga 33, revista médica cultural*, año 4, No. 18, julio 2010, pp. 47-48.

imperio de la razón y el sentimiento sobre los bajos estímulos de la irracionalidad; es el entusiasmo generoso, el móvil alto y desinteresado en la acción, la espiritualidad de la cultura, la vivacidad y la gracia de la inteligencia – el término ideal a que asciende la selección humana, rectificando en el hombre superior los tenaces vestigios de Calibán, símbolo de sensualidad y de torpeza, con el cincel perseverante de la vida.”<sup>12</sup>

Su obra científica se tradujo en más de 180 trabajos o artículos y tres libros. Con multitud de premios nacionales e internacionales. Pero me interesa destacar, por su excepcionalidad, que le otorgaron en 1989 el Premio Nacional de la Academia Nacional de Ingeniería del Uruguay, por un trabajo sobre Marcapasos implantable dual multiprogramable con telemetría, que encabezó, junto al Ing. Julio Arsuaga y el Dr. Walter Espasandín, sus hijos médicos y otros colaboradores.

Recomendó a los jóvenes estudiantes de hoy<sup>13</sup>: “La Medicina es una noble profesión. Para desempeñarla dignamente es imprescindible adquirir conocimientos científicos firmes, a los que es necesario renovarlos y actualizarlos permanentemente, teniendo en cuenta lo que dijo Sir William Osler: “el valor de la experiencia no es ver mucho sino ver con inteligencia”.”

Fue un realizador; hombre comprometido con la acción en beneficio de la sociedad. Su pasión fue perfeccionar instrumentos y organizaciones para mejorar la calidad de vida de la población. Integra con honor, la galería de los más ilustres y trascendentes médicos uruguayos del siglo XX, con proyección universal, que son muy pocos.

---

<sup>12</sup> RODÓ, José Enrique: Obras completas. Editorial Aguilar, Madrid, 1957, pp. 202-203.

<sup>13</sup> *El Diario Médico*, No. 40, julio 2002, p. 9.

La Cámara de Representantes le tributó un Homenaje, en una sesión especial, el 11 de agosto de 2010, a iniciativa del legislador médico Dr. Daniel Bianchi, un médico, cirujano plástico de Carmelo. Es un tributo que rara vez se brinda en vida a una personalidad de la ciencia o la cultura en vida. Su reconocimiento rebasó las fronteras y recibió multitud de premios.

Mucho más de lo que pueda decirles hoy, podrán encontrarlo, con mayor rigor, riqueza de anécdotas y la vivencia compartida de toda una vida, en el libro que su esposa y compañera de esa aventura genial que fue la vida de Fiandra y su familia, acaba de escribir. No puede haber grandes hombres, si no tienen a su lado a grandes mujeres. Él tuvo esa fortuna.

En conclusión: recordemos a Orestes Fiandra, como un hombre del interior, que trajo a Montevideo una forma sencilla y práctica de hacer la Medicina, buscando el progreso y bienestar de sus pacientes y de toda la comunidad, con talento creativo. Tuvo pasión por saber más y convertir la teoría en hechos prácticos, palpables, innovadores y benéficos. Dotado de profundo sentido social, que se proyectará, más allá de las opiniones, a lo que serán las amplias avenidas de los avances que nos traerá el siglo XXI. A medida que pasen los años, tal vez se valore cada vez más la obra de este médico uruguayo que predicó y practicó la excelencia, y será orgullo de lo mejor de la Medicina uruguaya. Que trabajó hasta el día de su accidente, que le resultaría fatal, dando ejemplo de coherencia y compromiso. Con sencillez, humildad, trabajo y silencio.

Ahora que entró en la Historia, debemos darle las gracias por su ejemplo de vida, por su sencillez y su voluntad de plasmar sueños en realidades. Y porque nos dejó deberes: combatir la hipertensión arterial, y descubrirla precozmente, en el niño y en el adulto. Para que sus tristes efectos puedan controlarse, corregirse o atenuarse. Esa es la razón de esta Jornada y la tarea de todos nosotros.

Muchas gracias.

## **Recomendaciones elaboradas durante Jornada Nacional de Hipertensión Arterial**

A partir de la Jornada Nacional de Hipertensión Arterial que tuvo lugar en nuestro país el 1° de setiembre de 2011, las entidades abajo firmantes, participantes en esa actividad, elevan las siguientes recomendaciones para un mejor control de la hipertensión arterial.

1. A nivel poblacional
  - a. Medidas generales
    - i. Adoptar un régimen de vida saludable que incluya la realización de actividad física, alimentación adecuada a cada edad y circunstancia, evitando el tabaquismo, la utilización de drogas adictivas y el consumo exagerado de alcohol.
  - b. Medidas específicas acerca de la hipertensión arterial
    - i. Limitar el consumo de sal a 5 gramos por día
    - ii. Controlar periódicamente la presión arterial
    - iii. En personas a quienes se les haya detectado hipertensión, cumplir con las medidas higiénicas y dietéticas aconsejadas por su médico y tomar regularmente la medicación indicada
    - iv. Controlar el sobrepeso y la obesidad
  - c. Medidas específicas en niños
    - i. Controlar anualmente la presión arterial a partir de los 3 años de edad, y con mayor frecuencia si se lo indica el pediatra
    - ii. Evitar el sobrepeso y el sedentarismo, para lo cual se debe limitar el consumo exagerado de productos ricos en azúcares y grasas, realizar actividad física de acuerdo a la edad y limitar el tiempo de inactividad

física, destinado a la televisión y computadoras

2. A nivel del personal de salud
  - a. Los médicos deben medir la presión arterial de sus pacientes en forma asidua, preferentemente en cada visita, y procurar que los pacientes hipertensos concurren frecuentemente a los controles médicos.
  - b. Tanto los médicos como el personal de enfermería debe cumplir con los requisitos necesarios para la correcta medida de la presión arterial.
  - c. Asesorar a los pacientes en la adquisición de equipos de medida validados para el control domiciliario de la presión arterial

3. A nivel de las Sociedades Científicas en el área de la Medicina  
Las sociedades científicas involucradas deberían actualizar periódicamente a sus afiliados en la temática, difundir guías y consensos y, de ser posible, realizar actividades de promoción de salud en la población.

4. A nivel de las instituciones prestatarias de servicios de salud, debe promoverse y facilitarse el control de la presión arterial, para lo cual pueden implementarse distintas medidas:

- a. Facilitar el control gratuito de la presión arterial, dejando sin efecto el requisito de solicitud de la indicación médica escrita para el control; sin reserva de hora ni limitación alguna según la procedencia del interesado
- b. Disponer de un número suficiente de equipos para tomar la presión a sus afiliados, adecuados a la edad del paciente y calibrarlos cada 6 meses
- c. Disponer de equipos para el control domiciliario de la presión arterial de sus afiliados (automonitoreo de la presión arterial)
- d. Contar con unidades específicas para el manejo de la hipertensión por especialistas de referencia cuando el caso lo requiera

- e. Facilitar el suministro de medicación antihipertensiva, por ejemplo autorizando el retiro de medicamentos por lapsos extensos
  - f. Llevar el control de la frecuencia de las consultas, y citar a quienes no se presenten a los controles indicados por los médicos
  - g. Promover entre sus afiliados y el personal, los hábitos higiénico-dietéticos saludables señalados anteriormente
5. A nivel de las autoridades sanitarias y de gobierno
- a. Limitar el contenido de sal de determinados alimentos de consumo masivo, en especial panificados.
  - b. Reglamentar mediante los instrumentos adecuados la obligatoriedad de que las instituciones prestatarias de salud cumplan con las medidas indicadas más arriba
  - c. Promover medidas de salud con énfasis en la actividad física y la alimentación adecuada
  - d. Promover la inclusión de actividades físicas dentro de los horarios de trabajo.
  - e. Controlar la calidad y naturaleza de los alimentos que se expenden en las instituciones de enseñanza y en los comedores de instituciones de distinta naturaleza (comercio, industria, oficinas públicas, etc.)
  - f. Favorecer mediante medidas fiscales el consumo de alimentos saludables
6. A nivel de las instituciones educativas
- a. Incluir la enseñanza de temas vinculados a la salud en todos los niveles educativos
  - b. Controlar la calidad de los alimentos que se expenden en los locales de enseñanza
  - c. Promover el desarrollo de actividades físicas, de ser posible dentro de los horarios en que se cumplen las actividades curriculares
7. A nivel de la prensa
- Difundir la trascendencia de la alta prevalencia de la hipertensión arterial y promover la difusión de medidas de prevención.

## 15.2.- Jornada Internacional de Radioprotección

Fue organizada por el Ac. Henry Cohen y Prof. Agr. Ariel Durán (coordinadores) y los Acs Eva Fogel, Eduardo Wilson y Antonio Turnes.

Se realizó el 20 de octubre de 8.30 a 18 hs. en el Hotel Sheraton, de acuerdo con el siguiente programa:

Ceremonia de apertura:

Hicieron uso de la palabra los Acs José L. Peña, Henry Cohen y Sr. Walter Cabral.

Conferencias:

- Ac. Eduardo Wilson “Breve historia de los riesgos de las radiaciones ionizantes en su aplicación médica”
- Dr. Abel González ¿Por qué la sociedad debe preocuparse de la radioprotección?
- Dr. Ariel Durán ¡Qué efectos por radiación son posibles!
- Dr. Nelson Di Trápani ¿Cuál es el problema en radiología?
- Ac. Ernesto Lubin ¿Cuál es el problema en medicina nuclear?
- Dr. José H. Leborgne ¿Cuál es el problema en radioterapia?
- Dr. Eduardo Rosenblatt- Auditoría integral en radioterapia: una herramienta para la seguridad del paciente
- Dr. Alejandro Nader- Programa regional del OIEA para América Latina sobre protección radiológica de los pacientes
- Dr. Pedro Ortiz- Protección radiológica de los pacientes en las exposiciones médicas.

Mesas Redondas:

- Protección radiológica de los médicos y los técnicos.
- ¿Cuál es el problema en otras especialidades?

Invitados:

Dr. Alejandro Nader, Pedro Ortiz y Eduardo Rosenblatt (OIEA)

Ac. Hon. Extranjero Ernesto Lubin (Israel)

Ing. Abel González y Ac. Rómulo Cabrini (Argentina)

### Recomendaciones

- D) A nivel de UDELAR, F. de Medicina y otras:

- a. Colocar la Radioprotección en los temas de pregrado de la Facultad de Medicina.
- b. Difundir las técnicas alternativas de diagnóstico cuando esto es posible: resonancia nuclear magnética y/o ultrasonido, etc.
- c. Nombrar grupos de trabajo para investigación en Radioprotección.
- d. Realizar cursos de Radioprotección en todas las carreras de postgrado que involucren radiaciones ionizantes en su formación (incluir otras facultades de la UDELAR).
- e. Apoyar la carrera de Física Médica desde la Facultad de Medicina y la Facultad de Ciencias.
- f. Jerarquizar la Comisión de Seguridad Radiológica de la Universidad de la República.

II) A nivel de sociedades científicas:

- a. Fomentar las actividades de la Sociedad Uruguaya de Radioprotección (SURP) así como su interacción con la Autoridad Reguladora Nacional (ARNRP).
- b. Impulsar la ley sobre jubilación especial de los “Trabajadores Ocupacionalmente Expuestos” (TOES).

III) A nivel de la Autoridad Reguladora Nacional (ARNRP):

- a. Realizar una evaluación permanente de las salas de intervencionismo en todo el país.
- b. Mejorar y fomentar el uso de la dosimetría personal para TOES y para pacientes especialmente en casos complejos.

IV) A nivel del MSP:

- a. Implementación del “Pasaporte Radiológico” o algún tipo de documentación que permita sumar las dosis recibidas desde el nacimiento de cada individuo.
- b. Del punto de vista institucional: mejorar la optimización y justificación de los protocolos de diagnóstico.

- c. Aumentar el control y asesoramiento de las licitaciones públicas sobre los requisitos que deben tener los equipos de diagnóstico y tratamiento.
- d. Interactuar con las autoridades sanitarias para fomentar las políticas de Radioprotección, por ej.: nombrar un responsable (preferentemente un físico médico) en este tema en cada institución pública que utilice radiaciones ionizantes para diagnóstico y/o tratamiento.

V) A nivel de la ANM:

- a. Incentivar la “cultura de la Radioprotección” desde la prensa en general y fomentar las actividades que difundan esta cultura a la población en general.
- b. Fomentar la realización de Programas Regionales auspiciados por el OIEA para capacitación de médicos en formación que requieran el uso de radiaciones ionizantes en su práctica diaria (junto con la ARNP)
- c. Estimular la discusión a todos los niveles del seguimiento de pacientes que reciben por encima de determinadas dosis límites.
- d. Instaurar Comisión de seguimiento de los enunciados expuestos para su real concreción en el país bajos los auspicios de OIEA. Posibles actores: Academia Nacional de Medicina, Facultad de Medicina, Facultad de Ciencias, MSP, SURP, SGU, SUC, SUR, SUMN, Sociedad de Medicina Laboral, SUOM, SUCIV, Asociación de técnicos, ARNRP, CHLCC, SMU, FEMI, Asociación Odontológica Uruguay, CUDIM.

Sugerencia: coordinación Dres. H. Cohen y A. Durán.

## **16.- XXXII REUNIÓN CONJUNTA DE ACADEMIAS DE MEDICINA DEL PLATA**

---

**Se realizó en el Hotel Sheraton de Montevideo, el 21 de octubre de 2011, en forma asociada con las Jornadas de**

Radioprotección que organizó la Academia Nacional de Medicina de Uruguay.

Se cumplió el siguiente programa.

08.00 a 08.30: Ceremonia de Apertura.

Palabras del Presidente de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay Ac. José L. Peña

Palabras del Vicepresidente de la Academia de Medicina de Buenos Aires Ac. José A. Navia

*Sr. Presidente de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay*

*Ac. José Luis Peña*

*Sras. Académicas*

*Sres. Académicos*

*Sres. colegas*

*Sras. y Sres.*

*En representación del Sr. Presidente Ac. Juan Ghirlanda, y como Vicepresidente en ejercicio de la Presidencia de la Honorable Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, me es grato expresar que: nuevamente y a lo largo de 33 años, la Academia Nacional de Medicina del Uruguay y La Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires se reúnen con el mismo espíritu con el que fueron creadas “con espíritu de hermandad, confraternidad y ciencia”.*

*Fueron éstos los principios que inspiraron a Eduardo Palma de Montevideo el 8 de marzo de 1977 a propiciar estos encuentros y así se han ido sucediendo con igual interés, año tras año, yendo y viniendo de una costa a otra de nuestro Río de la Plata, siempre con el deseo y la convicción de que este accidente geográfico ha sido y siempre será factor de unión y nunca factor de separación de nuestros dos pueblos hermanos.*

*La integración de Argentina y Uruguay no puede ser alterada por posiciones irracionales ni por mezquindades políticas o económicas. La ciencia no tiene fronteras ni ideologías que puedan separar el*

*espíritu del médico de su función en el cuidado y atención del ser doliente.*

*Eduardo Palma (1907-1994) fue médico cirujano, profesor y director de clínica quirúrgica (1953-1972), se lo distinguió como profesor emérito en 1974. Fue pionero en Uruguay en el desarrollo de la anestesiología y la cirugía arterial y venosa.*

*Ejerció como primer presidente de la Academia Nacional de Medicina (1976-1978), fundador de las Sociedades de Angiología, Neurología y Neurocirugía del Uruguay. Presidió la Sociedad Interamericana de Cirugía Cardiovascular (1971-1973), integró la Academia de Cirugía de Francia y fue por tres veces gobernador del American College, con sede en Chicago (1953-1955 y 1971-1972).*

*Las Academias son el resumen de profesionales que infundidos de un tremendo sentido humanístico tratan, al final de sus carreras médicas, brindar experiencia, consejos y por qué no decirlo también ser ejemplos de vida de ética y de moral. Sus fundamentos reposan en el recuerdo y reconocimiento de sus maestros.*

*Nuestro colega el Académico Eduardo Charreau en su disertación sobre el papel de las Academias en el sistema científico integrando consideraba que hay 4 razones características de las Academias que permanecen invariables a través del tiempo y en los países que tienen estas instituciones. Ellos son:*

- 1) la excelencia como vía de acceso*
- 2) el Affectio Societatis de los miembros como institución*
- 3) la independencia como razón de ser*
- 4) la integración desinteresada como utilidad social.*

*Son días de zozobra en nuestro país. Atrás quedaron los tiempos en los que tuvimos la suerte de poder aprender y venerar a Maestros insignes. En la actualidad, vemos a nuestra juventud desorientada, con escasos valores morales y éticos para sostenerlos como personas y como profesionales. Esta pérdida*

*de valores lleva a tomar atajos que se contraponen con el ejercicio de la profesión y la ayuda al prójimo enfermo. Se duda hasta del juramento Hipocrático que encierra todos los valores que debe tener y respetar aquel que toma esta profesión como lo que debe ser: un apostolado. Digo esto porque hasta se duda de la defensa a la vida desde su concepción. La defensa de la vida es el derecho humano por excelencia.*

*Sin embargo debemos reponernos a esta tendencia de negación de valores fundamentales, libertad de pensamiento, y respeto por el otro. El otro es nuestro prójimo, nuestro paciente, a quien debemos el sentido completo de nuestra vocación.*

*Este año nuestra reunión de Academias del Plata se realiza dentro de las Jornadas Internacionales de radioprotección, tema de tremenda y preocupante actualidad.*

*Sin embargo el desarrollo de la imagenología ha transformado el diagnóstico y tratamiento de la medicina actual.*

*Es de suma importancia que las deliberaciones y enseñanzas de los expertos que han debatido tópicos profundos, hayan proporcionado información de gran relevancia en el uso racional de los diagnósticos y tratamientos difundidos por el uso de la radiología y los efectos de la radiación iónica.*

*Quiero por último agradecer a nuestros colegas académicos del Uruguay en la persona de su Sr. Presidente, Ac Dr. José L. Peña, así como a la comisión organizadora de las Jornadas Internacionales de Radioprotección, en el nombre de sus coordinadores, Ac. Henry Cohen y Prof. Agdo. Ariel Durán su amistad y constante hospitalidad. También quiero agradecer a nuestros Académicos Ac Dr Enrique Beveraggi, y Miguel Larguía quienes han mantenido a lo largo de los últimos años la relación fluida con los Académicos Uruguayos y la organización de nuestros encuentros de Academias de Medicina del Plata.*

*Una vez más en nombre de la delegación  
Argentina, muchas gracias.*

- 08.30 a 09.15: Ponencia Argentina Ac. Rómulo L. Cabrini  
Efectos de la radiación y medio ambiente
- 09.15 a 10.00: Ponencia Uruguay Ac. Honorario Ernesto Lubin.  
Catástrofes nucleares y sus consecuencias médicas
- 10.00 a 10.30: Pausa para Café
- 10.30 a 12:15: Mesa Redonda: Conclusiones, recomendaciones y clausura  
Coordinadores:  
Ac. José L. Peña y Ac. Henry Cohen  
Participantes:  
Dr. Walter Cabral Ministerio de Industria, Energía y Minería  
Autoridad Reguladora Nacional en Radioprotección (ARNR. MIEM)  
Dr. Fernando Tomasina Decano de Facultad de Medicina  
Dr. Alejandro Nader OIEA Organismo Internacional de Energía Atómica Unidad de Protección Radiológica de los Pacientes  
Dr. Ignacio Musé Director Programa Nacional de Control del Cáncer del MSP  
Dr. Alvaro Luongo Sociedad Uruguay de Radioprotección (SURP)  
Ac. Ernesto Lubin Académico Honorario Extranjero de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay.  
Ac. Rómulo Cabrini Tesorero de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires

**17.- PREMIOS OTORGADOS EN EL AÑO 2011  
(CORRESPONDIENTES AL LLAMADO  
EFECTUADO EN ABRIL DE 2010)**

---

**GRAN PREMIO NACIONAL DE MEDICINA**

El Plenario en su sesión del 13/10/11 homologó el fallo del Tribunal integrado por los Acs. José L. Peña (presidente) Acs. Roberto Quadrelli, Luis García Guido, Mario Médici y Guido Berro otorgando el Gran Premio al trabajo:

La genómica médica y su impacto en la comprensión, prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías cardiovasculares” de los Dres. Mario Stoll, Víctor Raggio, Patricia Esperón y Mariana Lorenzo.

### **PREMIO DIARIO “EL PAIS”**

El Plenario en su sesión del 8/9/10 homologó el fallo del tribunal integrado por los Acs. José L. Peña (presidente) Gloria Ruocco y Humberto Correa, otorgándole el Premio al trabajo: “Recordatorio de actividades de nutrición desarrolladas entre 1977 y 2009 en el Ministerio de Salud Pública” de la Dra. Martha Illa González.

### **PREMIO MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

Tema: Enfermedades crónica no transmisibles.

El Plenario en su sesión del 8/9/11 homologó el fallo del Tribunal integrado por los Acs. José L. Peña (presidente) Hernán Artucio y Juan C. Bagattini otorgando el Primer Premio Ministerio de Salud Pública al trabajo

“Promoción de salud ósea en niños mediante una estrategia de alto impacto y bajo costo” de la Dra. Vilma Chijani, Jaime Hernández, Margarita Calegari, Selva Lima, Alicia Vaglio, Alicia Aleman, Miguel Albanese, Juan José Acosta, Silvia Martino y Lic. Rafael Cornes.

Mención honorífica al trabajo “Identificación de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en una población universitaria de Montevideo en marzo de 2011, Dres. A. Jiménez, A. Fernández, F. Lozano, J. M. Cabrera, E. Lewy, F. Salas, A. Cid y C. Hackembruch.

### **ACTO DE ENTREGA DE PREMIOS**

El 3.11.11 a las 16.30 hs. en el Salón de Actos del Ministerio de Salud Pública se llevó a cabo la Ceremonia de Entrega de Premios, cumpliéndose el siguiente programa:

**GRAN PREMIO NACIONAL DE MEDICINA AÑO 2009.**

Palabras del Presidente de la Academia Nacional de Medicina Ac. José L. Peña.

Entrega de diplomas a cargo del Dr. Omar Macadar representante del MEC.

Gratificaciones a cargo del Vice presidente de la Asociación de Laboratorios Nacionales Dr. Alfredo Antía.

Palabras del Dr. Mario Stoll.

PREMIO DIARIO “EL PAIS” AÑO 2010

Palabras de la Ac. José L. Peña en representación del Tribunal.

Palabras del representante del diario “El País” Dr. Julio Jáuregui, quien hará entrega de diplomas.

Palabras de la Dra. Martha Illa en representación del equipo ganador.

PREMIO MINISTERIO DE SALUD PUBLICA AÑO 2009.

Palabras del Ac. Hernán Artucio en representación del Tribunal.

Palabras del Ministro de Salud Pública Dr. Jorge Venegas.

Entrega de diplomas y gratificaciones.

Palabras de la Dra. Vilma Chijani en representación del equipo ganador.

Palabras de la Dra. Cecilia Hackembruch en representación del equipo ganador de la Mención Honorífica.

## **18.- LLAMADO A PREMIOS CORRESPONDIENTES A 2011**

---

Gran Premio Nacional de Medicina, año 2011. 35ª edición. Dotación \$ 60.000.- Patrocinado por la Asociación de Laboratorios Nacionales. Premio “El País” año 2011. Se retribuye con la publicación del trabajo.

Premio Ministerio de Salud Pública, año 2011. Tema: Experiencias en salud rural y comunitaria. Dotación \$ 30.000.-

Premio Internacional Latino Americano de Neumología Dr. Fernando D. Gómez. Dotación U\$S 3.000.-

Premio Dra. Laura Rodríguez Juanicó. Tema: trasplante renal. Dotación \$ 40.000.-

## **19.- DISTINCIONES OTORGADAS A LOS ACADEMICOS**

---

### **Ac. Henry Cohen.**

Fue designado Presidente 2011-2013 del Comité Ejecutivo de la World Gastroenterology Organization, una federación de 110 sociedades nacionales y 4 asociaciones regionales de Gastroenterología de todo el mundo, fundada en 1935 y que hoy reúne más de 50000 miembros.

### **Ac. Antonio Turnes.**

El 10 de noviembre en la Comunidad Israelita del Uruguay recibió el Premio Jerusalem 2011 por su libro “Maimónides. El sabio sefaradí”.

## **20.- COLEGIO MÉDICO DEL URUGUAY**

---

La Academia participó con dos delegados en la Comisión que organizó el acto eleccionario para constituir los Consejos nacional y regionales del Colegio Médico del Uruguay.

## **21.- COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS**

---

Continuando una iniciativa originada en la Presidencia del Ac. Quadrelli, la Academia constituyó un Comité integrado por los Ac. Rotondo, Ruocco, García, Wilson, Crestanello, por el Asesor Letrado Dr. Etchevarría Leunda, y por un delegado de la comunidad, el Sr Raúl González Rocca, que trabajó en forma muy activa, prolongada y profunda en el análisis de la situación de este tema en Uruguay, en las relaciones con la Comisión Nacional de Ética de la Investigación en Seres Humanos que recientemente se creó en el Ministerio de Salud Pública, en las actividades y responsabilidades de estas Comisiones y en la conveniencia y

factibilidad de que la Academia constituyera su propia Comisión abierta a grupos investigadores ajenos a ella que quisieran someterle a su análisis sus proyectos de investigación.

Después de un largo y fundamentado análisis, se concluyó que por el momento la Academia no estaba en condiciones ni era conveniente que organizara una Comisión para esta actividad.

## **22.- COMITÉ DE DESARROLLO PROFESIONAL MÉDICO CONTINUO**

---

Integrado por los Ac. José Luis Peña y José Blasiak como titulares y Hernán Artucio y Juan Bonifazio como alternos, participó regularmente en las reuniones del GTIP (Grupo de Trabajo Inter-Institucional Permanente).

En el período se elaboró la Ley para la creación de Un Sistema Nacional de Desarrollo Profesional Médico Continuo que se elevó a las autoridades correspondientes.

## **23.- OTRAS ACTIVIDADES Y LOGROS DE LOS ACADÉMICOS**

---

### **PRESENTACIÓN DE LIBROS**

“Medicina intensiva cardiovascular” a cargo del Ac. Hernán Artucio y la Dra. Gloria Rieppi.

“Peritonitis” del Ac. Celso Silva a cargo del Ac. Francisco Crestanello.

## **24.- REUNION LA ALANAM**

---

En el año 2012 (28 y 29/9) se llevará a cabo esta Reunión en Madrid (España). Se tratarán dos temas: Universalización de las vacunas y Epidemiología de la obesidad.

Se designó a la Ac. Gloria Ruocco para el primer tema y al Dr. Raúl Pisabarro para el segundo.

## **25.- AUSPICIOS OTORGADOS POR LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA A REUNIONES CIENTÍFICAS REALIZADAS EN NUESTRO MEDIO**

En nuestro país, el movimiento Científico Médico, ha sido siempre muy intenso como lo acredita el elevado número de Sociedades científicas existentes y su activo funcionamiento.

Una de las tareas que éstas desarrollan es la organización de congresos nacionales e internaciones en sus disciplinas específicas.

Es halagador para nuestra Institución que quienes organizan dichos eventos soliciten el auspicio de la Academia que pasa a ser analizado por el Consejo Directivo.

Es así que fueron otorgados los siguientes auspicios:

- 1<sup>as</sup>. Jornadas Internacionales de Patología Cardiovascular Integradas.
- XVIII Congreso Uruguayo de Pediatría
- IX Congreso de Cirugía Pediátrica del Cono Sur de América
- XVII Congreso Uruguayo de Anestesiología
- XII Congreso Uruguayo de Medicina Intensiva
- 40° Congreso Nacional de Medicina Interna
- V Congreso Uruguayo de Gerontología y Geriatria y 10° Curso de actualización en Gastroenterología
- 13° Congreso Internacional de Reumatología del Cono Sur
- 18ª Jornada de actualización en Medicina Ambulatoria.
- VI Congreso Neurofisiología 2011.
- VIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Tórax
- Jornada de Educación Médica Continúa organizada por la Sociedad de Dermatología del Uruguay.
- 27° Congreso Uruguayo de Cardiología.
- 3ª Jornada de Perfeccionamiento Continuo.
- 1ª Jornada Uruguaya de Dermatología Pediátrica
- 62° Congreso Uruguayo de Cirugía.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA