

Una visita al Centro Cardiológico Americano, Instituto Médico altamente especializado

En una tarde fría y lluviosa de este mes de julio, nos decidimos a visitar el Centro Cardiológico Americano. Instituto Médico de Alta Especialización instalado en el Sanatorio Americano en el cual - desde hace más de medio siglo - se realiza medicina de avanzada, de docencia y de investigación y que es en la actualidad centro de referencia de la Federación Médica del Interior.

Nos constaba que en ese Instituto se desarrollan todas las técnicas de cirugía cardíaca desde el mes de enero del presente año, ofreciéndose un servicio integral para niños y adolescentes en una misma área asistencial y con un equipo de profesionales de primer nivel y ello, precisamente, motivó a EL DIARIO MÉDICO a intentar una entrevista con sus integrantes, quienes accedieron a conversar con nosotros con agenda abierta en la que procuramos la participación de todos. Nuestras interrogantes y las respuestas de cada uno de los profesionales entrevistados, todos altamente especializados y capacitados en la tecnología de última generación en cardiopatías congénitas y cardiología pediátrica, brindan sin duda un ajustado esquema de los objetivos y el funcionamiento del Centro. Que los protagonistas hablen entonces por nosotros.

Dr. Daniel Pazos: ¿Que características distinguen al Centro Cardiológico Americano.?

El Centro Cardiológico Americano constituye un instituto de medicina altamente especializada (IMAE) proveedor del Fondo Nacional de Recursos, de carácter institucional, que se desarrolló en el Sanatorio Americano y por lo tanto con el respaldo de las instituciones de FEMI que lo integran. Presta una asistencia cardiológica integral donde pueden ser tratadas todas las afecciones Cardiovasculares, tanto pediátricas como de adultos. Incluye procedimientos de Cirugía Cardíaca, Hemodinamia, Cardiología Intervencionista, Trasplante Cardíaco, Marcapasos y Electrofisiología.

Se ha creado una Unidad Cardiológica especializada, con los 3 niveles de complejidad, para la atención del paciente cardiológico (Intensivo, intermedio y convencional).

Su basamento institucional permite una independencia técnica de los médicos actuantes y un relacionamiento con el médico tratante más estrecho, mientras que la integralidad determina un aporte multidisciplinario que beneficia la toma de decisiones.

Han sido seleccionados cuidadosamente especialistas con vasta experiencia en cada una de estas disciplinas, con actividad documentada en el país y formación académica.

Se incorporaron además técnicos de las instituciones de FEMI, en el área clínica, la Unidad Cardiológica y en el Servicio de Anestesiología, que accedieron a sus cargos por concurso de oposición y méritos.

El inicio formal de la Actividad del Centro fue el 9 de enero del 2003, cuando se asistieron los primeros 3 pacientes adultos a los que se les realizó Coronariografía, practicándose a uno de ellos Angioplastia Transluminal Percutánea con éxito.

Desde entonces ha comenzado un arduo trabajo, con un ajuste progresivo de todos los equipos que componen el centro, que se ha visto acompañado de un progresivo aumento del número de pacientes y un creciente número de colegas que han confiado en nosotros.

Hoy podemos decir, que estamos definitivamente en carrera y conformes con los resultados de los primeros casi 6 meses de trabajo, con la relatividad de las cifras pequeñas.

Para los que realizábamos procedimientos invasivos desde hace 3 años (implante de Marcapasos) en el Sanatorio esta es una nueva situación mucho más favorable, al incorporarnos a un equipo integral, dando una nueva dimensión a la tarea.

Esta actividad está enmarcada en el nivel terciario de atención, pero el impacto real desde el punto de vista de la salud pública se encuentra realizando una adecuada prevención primaria y secundaria, disminuyendo los factores de riesgo, tarea a la que está abocada la Federación Médica en su conjunto. Pero en el caso individual la organización sanitaria también debe responder a la enfermedad avanzadas

Dr J.C.Hiriart. ¿Que papel cumple la Unidad Coronaria en el contexto del Centro Cardiológico?

Se cuenta en el Servicio con una amplia área de internación de más de 20 camas en 3 sectores diferenciados.

La Unidad Cardiológica y de Postoperatorio de Cardiocirugía, asiste a pacientes en postoperatorio inmediato y a todo paciente cardiológico crítico o potencialmente crítico. Se trabaja en estricta coordinación con Hemodinamia, Cirugía, Electrofisiología y los servicios de apoyo. La unidad está equipada para realizar sostén hemodinámico, cuenta con balones de contrapul-



sación intraaórtica, ventilación mecánica en todas sus formas, marcapasos y sistema de reanimación cardiopulmonar avanzada. Se realiza tratamiento del shock cardiogénico, administración de fibrinolíticos, arritmias graves, es decir que puede asistir a todo paciente cardiocirúrgico por más grave que sea. Cuenta con un box especial para pacientes trasplantados.

Esta Unidad de 4 camas se complementa con otras 8 camas de Cuidados Intermedios cardiológicos, totalizando 12 camas para este tipo de pacientes.

Este sector se complementa con el área de internación convencional, anexas a las anteriores para la recuperación de los pacientes dados de alta. Allí son 10 camas más y se dispone de la internación sanatorial necesaria.

Estas áreas asistenciales cuentan con equipo médico permanente que pertenece a las IAMCS-FEMI ingresados por concurso. Son Médicos Cardiólogos, Intensivistas o con ambas especialidades, coordinados por la Jefatura Clínica.

¿Luego que el Paciente es dado de alta del Centro Cardiológico qué es lo que sucede?

El paciente vuelve a su Institución para ser controlado por sus Médicos personales.

Allí comienza una segunda etapa, tan importante como la primera, donde podemos distinguir el tratamiento farmacológico, el control del estilo de vida del paciente, la vigilancia de los factores de riesgo y su manejo para la realización de una adecuada prevención secundaria. Es propósito del Centro Cardiológico realizar un trabajo conjunto con los Comités de Factores de Riesgo que ya funcionan en FEMI con tan buen suceso para optimizar el seguimiento de nuestros pacientes.

Dr Ramón Scola, ¿Si tuviera que destacar un aspecto de este equipo, cuál sería?

La prioridad de este grupo es que el paciente (en su mayoría del interior) que concurre en muy difíciles circunstancias, sienta el apoyo, la seguridad y la dedicación que deben someterse a una cirugía de alto riesgo, lejos de su medio, con escaso apoyo y gran angustia.

¿Entonces el aspecto que privilegias es el psicológico?

Yo no diría psicológico sino el lado humano. Sin duda nuestro esfuerzo como cirujanos son los aspectos técnicos, la discusión con el cardiólogo tratante y dentro del

equipo cual será la mejor alternativa terapéutica para el paciente.

Pero el cada persona recordará su caso en particular. El médico tratante sí puede entender y valorar nuestro trabajo en lo técnico. Un ejemplo es la cirugía conservadora de la válvula mitral, con control intraoperatorio con ETE, o cirugías complejas de la aorta ascendente y su arco, las que incluyen paro circulatorio e implante de las coronarias o troncos supraaórticos. Todos estos aspectos han requerido que varios de nuestros cirujanos hallan tenido que viajar al exterior a aprender esas técnicas y mantener la constante actualización.

¿Qué novedades en cirugía coronaria destacaría?

Sin duda la Cirugía sin utilización de Circulación Extracorporea es la vedette. La tendencia mundial la ha impuesto, fruto de la tecnología que la hace posible, reproducible y segura. Esta técnica que no es nueva se consolidó a partir del año 1995 por aquí. El hecho novedoso de trabajar con el corazón latiendo sin clampedar la aorta, sin anoxia, eran impensables en aquellas primeras experiencias en nuestro país (año 1994) cuando hacíamos puentes mamarios a la Descendente Anterior sin contar con esta tecnología. En este momento realizamos un 40% del total de nuestras cirugías coronarias con esta modalidad.

Dr. Tomás Dieste, ¿Cuáles son las indicaciones para realizar un Cateterismo Cardíaco en el Paciente con Cardiopatía Isquémica?

Los cuadros clínicos de presentación son diferentes:

En primer lugar, la Angina Estable, que es valorada por el cardiólogo tratante generalmente en forma ambulatoria, y si detecta por la clínica y/o paraclínica cierto grado de riesgo se indicará la realización de CACG para definir conducta.

En segunda instancia, la Angina Inestable, el Cardiólogo tratante detectará si es de bajo, moderado o alto riesgo y dependiendo de esto se realizarán Test Funcionales y/o CACG en forma precoz, guiándonos por las pautas del Consenso Uruguayo de Síndromes Coronarios Agudos sin sobre elevación del ST (2002).

Por último el Infarto Agudo de Miocárdio que es la manifestación más dramática a la que nos enfrentamos los cardiólogos, dada la elevada mortalidad de este cuadro y que se presenta en general en pacientes en plena vida activa.

El Cateterismo tendrá indicación

o en la fase aguda del IAM (para ATC primaria), o en la evolución, de acuerdo a la presencia de elementos clínicos o paraclínicos que evidencien persistencia de isquemia o mala evolución que indican alto riesgo en el pronóstico vital o funcional.

Con respecto a la fase aguda del IAM, está demostrado, por diferentes trabajos clínicos, que cuanto más precozmente logremos la reperusión del vaso culpable, ya sea por métodos farmacológicos (fibrinolíticos) o por medios mecánicos (Angioplastia Primaria), se obtendrá una disminución de la ocurrencia de eventos mayores tanto durante la internación, como a largo plazo.

La estrategia de reperusión precoz reduce dramáticamente la mortalidad en el IAM. Achicar la ventana terapéutica es el objetivo principal. En los centros alejados el tratamiento médico con fibrinolíticos es la mejor opción. Si existen posibilidades de atención inmediata o contraindicaciones de trombolíticos o si el cuadro clínico lo exige, disponer de un centro dispuesto para realizar ATC primaria redunda en beneficios para estos pacientes.

¿Cual es la experiencia que tienen con la angioplastia primaria?

Hemos realizado en nuestro país, junto con otros colegas, un registro Multicéntrico sobre el tratamiento del Infarto por medio de la Angioplastia Primaria (RENATIA).

El mismo evidencia excelentes resultados respecto a la baja mortalidad que se logra en nuestro país siguiendo la estrategia precoz de Angioplastia Primaria, comparables con resultados internacionales.

RENATIA ha sido presentado en Reuniones Científicas en Uruguay, EEUU y Europa y Congresos Latinoamericanos.

Nuestro servicio, ha puesto atención especial en el tratamiento mediante Angioplastia Primaria en el Infarto Agudo de Miocardio, dada la alta experiencia de nuestros Hemodinamistas en este cuadro clínico.

El Servicio de Hemodinamia del Centro Cardiológico funciona las 24 horas, atendiendo estos diferentes cuadros clínicos y hemos diseñado un protocolo de asistencia inmediato del paciente con IAM, que se pone en práctica, ni bien ingresa el paciente al Sanatorio. La finalidad del mismo es la de acortar los tiempos entre el diagnóstico de Infarto Agudo de miocárdio y la desobstrucción de la arteria culpable.

Daniel Chafes, ¿que es lo que el Centro Cardiológico Americano ofrece en el área del Trasplante Cardíaco?

La idea que estamos desarrollando, es que la atención al paciente con insuficiencia cardíaca abarque todas sus etapas, desde la prevención en su instalación, hasta el tratamiento en sus fases más avanzadas como ser con el Trasplante cardíaco.

Nosotros creemos que un adecuado programa de Trasplante Cardíaco debe estar sustentado por un adecuado programa de Insuficiencia Cardíaca.

Desde el Sanatorio Americano estamos convocando a la creación de una Red Nacional de Insuficiencia Cardíaca, no solamente con los colegas del interior, sino de todo el país. Esta Red nos va a permitir uti-

sigue en pág. 9



Centro Cardiológico Americano

viene de pág. 8

lizar protocolos de diagnóstico y tratamiento común según la clase funcional del paciente, usar la misma base de datos, y aprender luego aspectos epidemiológicos que aun no se conocen en nuestro medio como el de prevalencia e incidencia de esta afección.

El principal objetivo de esta Red es demostrar que el seguimiento cercano, atendiendo todos los aspectos vinculados a la prevención, y con un tratamiento ajustado a lo que hoy muestran los estudios basados en la evidencia los pacientes mejoran sus síntomas y prolongan su sobrevida.

Evaluando nuestros propios números a través de este registro común podremos compararlos con las cifras de publicaciones internacionales, y seguramente como así lo demuestran estos trabajos, al disminuir los ingresos por descompensaciones o progresión de la enfermedad también se van a disminuir los costos, que como todos sabemos son hoy un factor clave en el sector salud.

Dentro de este marco esta el Programa de Trasplante, al que llegan algunos pacientes con una fase muy avanzada de enfermedad y que antes eran considerados como terminales, pero a los que hoy podemos brindarles esta opción.

Nuestro equipo humano se ha conformado con colegas formados en el exterior y que provienen de otras instituciones en las que tenían un rol protagónico en el área del Trasplante, por ello el hecho que nuestro programa recién este naciendo no significa que no se tenga experiencia en el tema.

Concretamente hemos participado en todos los trasplantes cardíacos realizados en el país desde el año 96 hasta fines del 02, y esa fue la razón por la que la obtuvimos los permisos necesarios para instalarnos como centro habilitado para trasplante (MSP, FNR y BNOT desde abril de este año).

¿Cómo funciona esta Red de Insuficiencia Cardíaca?

Ya se comenzaron a dar pasos concretos, y el mes pasado se realizó el primer encuentro en San José en la que se pusieron al día y se repasaron los aspectos más importantes del Consenso Uruguayo de Insuficiencia Cardíaca de la SUC, que va a ser en definitiva la herramienta base de trabajo.

Ahora se esta citando a la segunda reunión en la que se presentará "la hoja común de recolección de datos" para poner en marcha la base de datos y registro antes mencionado, que realizaremos en el Sanatorio Americano el día viernes 25/7/03 a las 17:00 hs. junto con un ateneo clínico, que nos dará un pretexto para compartir un brindis.

Hemos puesto en funcionamiento la Policlínica de Insuficiencia Cardíaca (miércoles y viernes) y una comunicación a través de nuestro correo electrónico insuficiencia.cardiaca@femi.com.uy. Otro objetivo de la red es que a través de este vínculo podremos llevar a cabo estudios y trabajos multicéntricos de investigación.

¿Tienen pacientes en lista de espera para trasplante?

Si. Ya hemos entrado a cinco pacientes en lista, y ya también uno salió de la misma en forma transitoria por mejoría franca de su clase fun-

cional y expectativa de vida al evaluarlo con Consumo de Oxígeno.

Estamos estudiando a otros pacientes que seguramente entraran en lista de espera próximamente.

¿Cómo se hace para enviar pacientes para valoración de trasplante?

Simplemente se les conecta con la referencia de Policlínica de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante del centro por teléfono o por mail, eso no tiene costo alguno para la Institución referente, y los pacientes se siguen en forma conjunta con el medico tratante.

Se trata de facilitar la entrada al programa de manera tal que los pacientes considerados para trasplante no lleguen en fase ya de "disfunción multiorgánica" por gasto bajo; cuando mejor es la condición clínica con la que se llega al trasplante, mejor es la sobrevida.

Dr Dante Picarelli ¿Que expectativa de vida se tiene después del Trasplante Cardíaco?

Los números de grandes poblaciones (mas de 60.000 pacientes trasplantados en el mundo) muestran una curva de sobrevida media de aproximadamente 10 a 13 años, o sea que la mitad están vivos luego de 10 años, lo que por supuesto no es poca cosa, mas teniendo en cuenta que día a día surgen nuevas opciones farmacológicas en la inmunosupresión y en dispositivos de tipo corazón artificial, o en el futuro de seguro todo lo que se va a desarrollar en lo vinculado a la ingeniería genética.

En el Uruguay la estadística global es buena porque la gente vinculada al tema del trasplante cardíaco ha trabajado seriamente y se puede afirmar que acá no hay diferencia en esta especialidad con la que se ofrece en otros países mas desarrollados.

Es mas, contamos además con la ventaja que el BNOT centraliza todo lo referente a oferta de donantes, lo que es una garantía, y que el FNR cubre la inmunosupresión del trasplante cardíaco lo que es un ejemplo, ambas cosas, beneficios que en pocos países se dispone.

¿Cómo se enfocan las cardiopatías congénitas en el Centro Cardiológico Americano?

Contamos con un grupo de médicos que se ocupan de la asistencia integral de los pacientes portadores de cardiopatías congénitas. Poseemos una unidad de CTI pediátrico con toda la infraestructura para posoperatorio de cirugías cardíacas complejas, sala de hemodinamia donde se realizan cateterismos cardíacos diagnósticos y procedimientos invasivos terapéuticos en recién nacidos y niños. El Servicio esta diseñado para tratar pacientes de todas las edades y cuenta con un departamento dedicado exclusivamente al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del paciente adulto portador de cardiopatía congénita.

Hemos instrumentado además un Sstema de asistencia móvil, especialmente diseñado para la atención de niños en su lugar de origen, de forma de evitar traslados, racionalizar gastos, y conseguir un mejor intercambio con otros centros asistenciales del país, estableciendo una relación directa con el médico tratante y su institución.

¿Donde se capacitó el personal y cual es su experiencia?

Nuestro staff cuenta con prolongada trayectoria en nuestro medio,

y capacitación en instituciones de referencia internacional como ser Francia, USA, Brasil y España.

Todos tienen una vasta experiencia en cardiopatías congénitas, así como en trasplante cardíaco. No se trata de un equipo nuevo que va a hacer sus primeras armas, sino que vienen trabajando y han demostrado su capacidad

durante más de 10 años en nuestro país en dicha especialidad. Han contribuido en gran medida al desarrollo de la cardiología y cardiocirugía de las cardiopatías congénitas así como en trasplante cardíaco en el Uruguay.

Dr Enrique Dieste. ¿Cómo se encuadra el Centro Cardiológico Americano en el SASA y cual es su relación con FEMI?

Hace ya varios años, en FEMI, como organización de segundo grado de las Instituciones Médicas del Interior, madura, con veinte años de existencia y desarrollo constante, se llevó a cabo la discusión sobre la necesidad de contar con un centro de atención del nivel que estaba "comprando" para sus afiliados en la capital, porque cada una de sus Instituciones, por separado, era muy pequeña para alcanzarlo.

El corolario de este intercambio de ideas fue la adquisición del Sanatorio Americano SA. La historia de todo lo que rodeó a este evento y sus consecuencias asistenciales y políticas para FEMI, es una materia pendiente que deberá ser escrita algún día.

A los efectos de esta pregunta, basta decir que el impulso de desarrollo y actualización que se le imprimió al Sanatorio Americano, estuvo acorde con su rica historia anterior, el cambio de los tiempos y modelos asistenciales.

Paralelamente, la dirigencia de FEMI veía que una parte cada vez más importante del esfuerzo económico de los afiliados del interior, se volcaba a los centros capitalinos de alta tecnología médica en forma de la "cuota para el FNR" o simplemente "IMAE" como, erróneamente, era conocida. Y que ese esfuerzo económico redundaba en la asistencia altamente especializada de los afiliados del interior, pero sin ninguna participación activa de las instituciones ni sus médicos en el desarrollo técnico-profesional y el mantenimiento del vínculo con sus pacientes. En virtud de este mecanismo, el afiliado del interior financiaba la brecha cada vez mayor entre la medicina capitalina y la del interior.

A esos efectos allí estaba el Sanatorio Americano que, pese a todas las dificultades que siempre enfrentó, reunía múltiples condiciones favorables para poder desarrollar distintos IMAEs. Y así se hizo, como es por todos conocido.

La experiencia fue renovadora. Los médicos del interior estábamos capacitados para brindar asistencia y gestionar centros altamente especializados. Nuestros afiliados continuaron siendo asistidos por equipos médicos del interior, de donde ellos también provenían.

Después de esta comprobación, pasar a pensar en un Centro de Cardiología invasiva como proxima meta fue tan natural y lógico como posible.

Y es así que, en los últimos dos años y pese a la creciente "crisis del mutualismo" y, tal vez, por ello mismo, la dirigencia de FEMI tanto desde Comité Ejecutivo como, más específicamente, desde el Directo-



rio del Sanatorio Americano, dedicó horas de su apretada agenda al desarrollo de esta idea que transcurrió por muchos caminos y adoptó distintas formas; una larga historia que escapa a los límites de este breve espacio periodístico pero que, finalmente, cristalizó en lo que hoy es una realidad inocultable en el concierto de la asistencia médica altamente especializada de nuestro País: el Centro Cardiológico Americano. En este sentido hay que destacar, entre todos los dirigentes que participaron del proyecto, al Dr. Julio Alvarez, que, desde la Presidencia del Directorio del Sanatorio, volcó su gran experiencia y su reconocida capacidad de trabajo en la concreción de este proyecto.

Allí, al igual que en otros IMAEs

de FEMI, se utilizan los recursos de los afiliados del interior para brindarles el mejor nivel asistencial posible en nuestro medio y, paralelamente, reciclar y perfeccionar a nuestros médicos para que, volviendo a sus Instituciones de origen, puedan ejercer una medicina renovada, moderna y con espaldas anchas que será para el beneficio tanto de nuestros afiliados como de los beneficiarios del MSP a quienes nuestros técnicos también atienden en todo el interior. Asimismo esta posición al Sanatorio Americano, en la capital como un establecimiento de alto nivel de competitividad y con desarrollo de avanzada en la atención médica y ha permitido nuevos vínculos con los profesionales que actúan en Montevideo.



Centro Cardiológico Americano

Coordinación:
Dr. Enrique Dieste.
Dr. Daniel Pazos.

Cirugía Cardíaca Adultos:
Dr. Ramón Scola (Jefe de Servicio)
Dr. Daniel Casales
Dr. Hugo Piñeiro
Dr. Rafael Poloni
Dr. Alejandro Dodera
Dr. Guillermo Touyá

Cirugía Cardíaca de Cardiopatías Congénitas y Pediátrica:
Dr. Dante Picarelli (Jefe de Servicio)
Dr. Gabriel Castillo
Dr. Alejandro Dodera

Anestesiología:
Dr. Graciela Zunini (Jefe de Servicio)
Dr. Juan Riva
Dr. Paulo Fernández
Dr. Griselda Cambrúm
Dr. Silvia Mareque
Dr. Eduardo Kohn
Dr. Fabián Mora
Dr. Nestor Lamas.
Dr. Gladis Lebusiewicz (Anestesia Pediátrica)

Hemodinamia:
Dr. Tomás Dieste (Jefe de Servicio)
Dr. Jorge Mayol
Dr. Pablo Vázquez
Dr. Alejandro Vchino
Dr. Martín Helguera

Hemodinamia Pediátrica:
Dr. Serrana Antunez
Dr. Walter Perez

Electrofisiología:
Dr. José L. Montenegro
Dr. Luis Vdal
Dr. Pablo Viana
Dr. Daniel Banina

Marcapasos:
Dr. Daniel Pazos
Dr. Tomás Dieste
Dr. Daniel Casales

Departamento Clínico y de Post-operatorio

de Adultos:
Dr. J. Carlos Hiriart (Jefe de Servicio)
Dr. Sergio Búrguez
Dr. Sergio Cáceres
Dr. J. Alberto Techera
Dr. Jorge E. Baraibar
Dra. Estela Barrios
Dr. Ariel Batiste
Dra. Teresa Vázquez
Dra. Elena A. Roquero
Dr. Walter De León
Dra. Lucía Florio
Dr. Omar Nocetti
Dra. Marina Espino
Dr. Pablo Viana
Dr. Fabio Pandolfo
Dr. Claudio Piquinela
Dr. Sergio Meirrelles
Dra. Marcela Valentini
Dr. Sergio Santos
Dra. Irene A. Spinelli
Dra. Claudia Cabrera
Dra. Cristina Riso

Departamento de Cardiología Pediátrica:
Dr. J. Luis Montenegro (Director)
Dra. Serrana Antunez (Director)
Dra. Aida De Luca (ecocardiografía)
Dra. Alicia Bertagna (pediatría)

Unidad Cardiológica Pediátrica:
Dr. Daniel Borbonet (Director)
Dr. J. Luis Montenegro (Director)
Dra. Serrana Antunez
Dr. Diego Abdala
Dr. Daniel Estévez
Dr. Fernando Silva
Dr. Guillermo Posee

Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante:
Dr. Daniel Chafes (Director Clínico)
Dr. Dante Picarelli (Director Cirujano)
Dr. Ramón Scola (Cirugía)
Dr. J. Carlos Silva (Clínico)
Dr. J. Carlos Hiriart (Clínico)
Dr. Daniel Pazos (Clínico)
Dr. Gabriel Castillo
Dr. Alejandro Dodera
Dra. Graciela Zunini (Anestesia)
Dra. Gladis Lebusiewicz (Anestesia)
Dra. Silvia Perez (Perfusión)