

FESTEJAMOS 70 AÑOS PARA REPROGRAMAR EL FUTURO

Dr. Miguel Larguía

Jefe División Neonatología, H.M.I.R. Sardá

La Maternidad Sardá, como nos gusta a todos nombrarla, tiene la identidad que su gente de ayer y de hoy le han dado.

Es un *hospital público* y nos enorgullecemos que así sea porque implica asistir a los que menos tienen y más nos necesitan.

Es un *centro perinatólogico* porque suma los esfuerzos de todos los agentes de salud responsables de cuidar a las mujeres madres y a sus hijos, antes y después de nacer.

Es un *hospital especializado* y de alta complejidad lo que implica tener un recurso humano capacitado y actualizado, además de la infraestructura, la planta física, el equipamiento y los servicios exigibles para responder con eficacia ante las situaciones más diversas. Es un *hospital con docencia de pre y post grado para muchas disciplinas* y para ello tiene personas que estudian para enseñar.

Es un *hospital con investigación*, que prioriza la problemática que afecta esta región de América, busca tecnologías apropiadas e intenta basarse en la evidencia científica. La Maternidad Sardá es referencia para todo el país y su propuesta, siempre en crítica revisión, es constantemente requerida por otros Centros. En síntesis, el Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá, justamente como resultado de su identidad, es como una marca registrada y admite ser mencionada como "La Sardá".

Nuestra historia, que es la de nuestro país, tiene todos los capítulos -demasiados- relacionados con crisis sociales, morales y económicas. Sin embargo no hubo crisis institucionales en "La Sardá" que en los peores momentos que, reiteramos, fueron muchos, nunca renegó de su compromiso ni abandonó sus responsabilidades. Tampoco dejó de crecer y si cambió, fue para una mejor adecuación a la realidad.

Más importante aún, el crecimiento y desarrollo institucional resulta más del reconocimiento de errores y de la

suma de esfuerzos grupales que de éxitos individuales.

Quizás aquí, algunos dirían: ya está, es suficiente ¡¡Festejemos los 70 años!!

Pero la respuesta es otra: imposible festejar sin ratificar y afianzar lo logrado, sin rectificar lo corregible y sin consensuar nuevas metas. Precisamente de esto trata este editorial.

La Maternidad Sardá fue el primer hospital público argentino acreditado y recertificado como "Hospital Amigo de la Madre y del Niño" por UNICEF /OMS. Hoy sabemos que es el primer paso de un largo camino para cumplir con la concepción ética y filosófica que define a las maternidades como verdaderos dueños de casa a las madres y sus hijos en el contexto de sus grupos familiares.

El enfoque tecnológico y asistencial actual necesariamente debe hoy sumar el enfoque humanístico. El Ministerio de Salud de la Nación recientemente ha publicado el Programa de Maternidades Centradas en la Familia (MCF). No debe sorprendernos, sino por el contrario, ser motivo de orgullo que, la mayor parte de las propuestas ya se realizan en la Maternidad Sardá por iniciativas que surgieron de distintos grupos de trabajo. Nuevamente entre todos, con todos y sin indiferentes, completaremos el programa MCF, tan lleno de sentido común y tan coherente con el sentimiento solidario de nuestra gente. El cómo hacerlo surgirá de los consensos y el estímulo para lograrlo es reconocer que ya es mucho lo hecho. La participación activa de la familia tiene que poder expresarse en todos los rincones de la Sardá. Como corresponde, nuestra identidad incluye un fuerte componente afectivo hacia la gente que asistimos. Dejemos que se exprese. Será un motivo más de gratificación. Será una razón más para entender nuestra misión en la vida.

En fin, estas acciones no serán una concesión sino nuestra realización. Seguiremos innovando en forma creativa, integrados como lo estamos hacia los objetivos enunciados. •



Frente de la Maternidad Sardá, 1934.

MIS RECUERDOS DE LOS PRIMEROS AÑOS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

Dr. José M. Ceriani Cernadas

Jefe, Departamento de Pediatría, Hospital Italiano, Buenos Aires

Una situación totalmente inesperada fue la que me dio la oportunidad de compartir, desde el primer día, el inicio del Servicio de Neonatología de Sardá.

En abril de 1968, estaba finalizando mi primer año de residencia en el Hospital Gutiérrez y era el momento en que se definían las rotaciones del segundo año. El sistema consistía en un sorteo, mediante el antiguo método de extraer tres papeles de una bolsa, y la circunstancia fortuita a que me refiero quiso fue que el primero de los papeles que saqué, que por lo tanto sería la primera rotación, decía: Sardá.

Pregunté qué era ese lugar, ya que no correspondía a ninguna sala del Hospital, y uno de los jefes de residentes me explicó que era un Servicio de Neonatología en una Maternidad, que aún no se había creado, pero que estaría funcionando pronto.

Realmente no estuve contento con lo que me había tocado, y menos que me dijeran que era un lugar que todavía no estaba en funcionamiento. Sin embargo, la incertidumbre sobre su apertura alimentaba en mi interior la esperanza que no se inaugurase en esos próximos meses, así podía permanecer en el Niños. Pero eso no ocurrió.

Unos 20 días después, a mediados de mayo, una tarde nos comunican que al día siguiente debemos presentarnos a las 8 horas en la Maternidad Sardá, en el barrio de Parque Patricios. Allí estuvimos con mis compañeros de segundo año, los Dres. Brodsky y Godoy y los residentes de primer año de Sardá. Recuerdo con gran nitidez esa imagen de subir las escaleras que dan sobre la calle Luca, detrás del Dr. Alfredo Larguía y los médicos que lo acompañaban. Había en todo el grupo una atmósfera de inquietud y expectativa porque sabíamos que la creación del Servicio de Neonatología había provocado múltiples polémicas y rechazos de la Asociación Médica de Sardá, y solo se concretó por una decisión firme de la Secretaría de Salud de la Municipalidad, dirigida por el Dr. García Díaz, gran artífice de ese proyecto.

Ahí comenzó la historia, al principio con muchas dificultades, de una escuela que dejaría una impronta indeleble en la Neonatología, una disciplina nueva, no sólo en la Argentina, sino en el resto del mundo (valga como ejemplo, que la primera terapia intensiva neonatal moderna fue creada sólo dos años antes, en 1966 en Yale, EE.UU.).

La adaptación nuestra no fue fácil, ya que el medio era hostil y realmente no sabíamos nada acerca del cuidado de los recién nacidos. En los primeros meses no había médicos internos, por lo cual el "responsable de guardia" éramos los residentes de segundo año, acompañados por el de primer año, es decir un dúo de inexpertos

absolutos. No es difícil imaginarse el pánico que teníamos después que se iban los médicos de planta y los residentes superiores. De estos últimos no piensen que eran muchos (como estábamos acostumbrados en el Niños con camadas de 30 residentes por año), no, eran solo dos, el siempre recordado y muy querido José Nicolini, como jefe de residentes y Jorge Martínez (en aquella época "el gordo Martínez") como R3. A partir de las cinco de la tarde, literalmente "se venía la noche" y debíamos arreglarnos de la mejor manera.

Sin embargo, de esas largas y muy estresantes guardias rescato en la memoria el haber aprendido mucho, y en especial, la notable actitud del Dr. Alfredo Larguía, nuestro mentor y maestro, que en muchas ocasiones venía luego de terminar su consultorio, más allá de las 8 de la noche, con el solo fin de acompañarnos y ver como andaban las cosas. Su presencia era para nosotros un bálsamo, que nos daba ánimo y fuerza para enfrentar el resto de la guardia. Asimismo, recuerdo las sistemáticas llamadas telefónicas de Miguel y su permanente apoyo; varias madrugadas lo llamábamos nosotros para consultarle y eso también nos daba mayor tranquilidad.

Los cuatro meses de la rotación pasaron vertiginosamente y cuando volví al Gutiérrez ya no era el mismo. Había participado con un grupo excepcional en una experiencia inigualable, que con gran esfuerzo, tenacidad y ganas de aprender estaba dando sus primeros pasos.

Todo esto forjó mi vocación por la Neonatología y es así que un año más tarde, ya como residente de tercer año, solicité una rotación de seis meses por Sardá, en lo que sería el comienzo de mi permanencia por muchos años. Encontré un Servicio mucho más organizado y con una notable actividad académica, aunque con el mismo compañerismo y dedicación de todos sus integrantes. Los jóvenes médicos de planta (Miguel, Nicolini, Buscaglia, Stoliar, O'Donnell) trabajaban intensamente, mucho más allá del horario matutino que tenían por contrato, y ese ejemplo era vital para los residentes y enfermeras, conformando un grupo muy unido y con un alto rendimiento.

Al finalizar la residencia tuve la enorme fortuna de integrar ese grupo y participar con ellos de esa maravillosa experiencia de contribuir al comienzo de la Neonatología moderna en nuestro país. La producción de Sardá fue increíble y en el corto tiempo de seis años, de 1970 a 1976 se escribieron cinco libros y se sentaron las bases de una filosofía médica y de una escuela que aun perdura en plenitud.

Tendría para contar múltiples anécdotas de todos esos años, tanto tristes como felices, algunas de un

humor desopilante, pero debo atenerme al espacio que gentilmente me dieron.

Antes de finalizar quiero expresar un homenaje a dos personas, que ya no están con nosotros pero que en mis recuerdos continúan siempre presentes.

Uno, el ya mencionado Dr. Alfredo Larguía, un ser humano excepcional que para mí fue un verdadero padre, ya que no solo me brindó oportunidades y me estimuló permanentemente sino que supo aconsejarme en los momentos más necesarios.

El otro fue Francisco Capizzano, compañero de residencia en el Gutiérrez y que luego nos incorporamos juntos al "staff" de Sardá. Con Cacho fuimos inseparables en esos difíciles primeros años y formábamos un fuerte dúo de trabajo. Cuando en 1972 él decide radicarse en

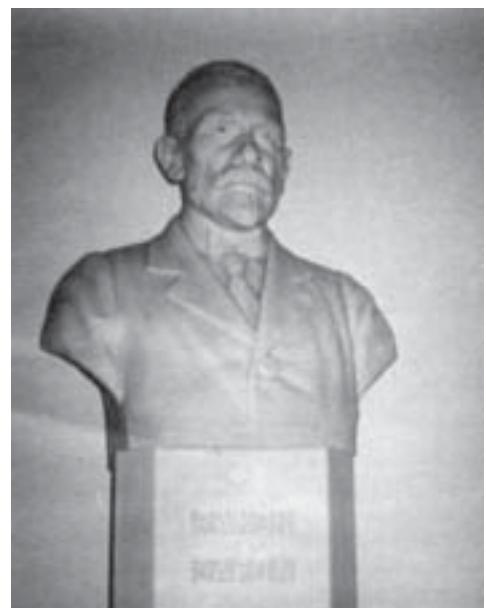
Mar del Plata sentí un enorme vacío y me costó mucho adaptarme a su ausencia, aun cuando no mermó la amistad que perduró siempre, hasta su fallecimiento hace cuatro años.

Sólo me resta decir que estuve en Sardá hasta 1977, momento que en otra vuelta, la vida me llevó al Hospital Italiano. La decisión no fue nada fácil, ya que dejaba atrás esos años "dorados" de mi carrera médica. Sin embargo, siempre tuve en claro que esa también era una forma de expandir la Escuela que tanto me había dado.

Creo haber cumplido humildemente con esa premisa y, al menos, tengo la tranquilidad de considerarme un discípulo agradecido, ya que en todo momento tengo presente lo mucho que Sardá significó para mí. •



Los esposos Sardá.



Busto que recuerda a Ramón Sardá.



Busto que recuerda a la Sra. Marulli de Sardá.

LA SARDÁ, EL PAMPERO DE PARQUE PATRICIOS Y EL SPORTIVO

Dr. Daniel Gril

Jefe, Departamento de Pediatría, Sanatorio Mater Dei

La historia del periodismo argentino ha sido jalonada por publicaciones que, a lo largo de la misma, se han constituido en hitos fundamentales. Así podríamos mencionar a *Crítica*, *Noticias Gráficas* y *El Mundo*. Pero también han existido otros esforzados medios de prensa como el recordado *Pampero de Parque Patricios* nacido en los pasillos de nuestro hospital que, aún en su precariedad, brindó testimonio de la época con un estilo que los críticos de aquel entonces no dudaron en tildar de “incalificable”, adjetivo que, a la luz de las crónicas a las que hemos tenido acceso, parece excesivamente generoso. La redacción del Pampero cobijó toda una pléyade de jóvenes que ejercieron con fervor, una conmovedora fidelidad a las cosas del barrio, como pueden dar fé las medias lunas rellenas de la panadería *El Boulevard de Caseros*. Muchas de las páginas memorables de aquel periódico surgieron al calor de una grande mitad napolitana, mitad calabresa que hacían en *El Globito* y no hace falta recordar los editoriales apasionados que se gestaron en el mostrador de la pizzería del Polaco de Pedro Echagüe y La Rioja, vertidos en el fragor de una picada de fainá y moscato.

Agudeza intelectual, rigidez investigativa y profundidad filosófica fueron algunas de las virtudes que *El Pampero* nunca pudo ostentar. Pero estas pequeñas carencias quedaron compensadas por haber sido este el único medio que registró, en su sección deportiva, la mitológica existencia de un equipo de fútbol indescriptible, que la memoria popular recuerda como el *Sportivo Sardá*.

Hablar del *Sportivo* remonta a la esencia misma de los campeonatos de fútbol interhospitalario, en los que resultara permanente animador, sobre todo para levantar el ánimo de los rivales que lo goleaban persistentemente.

Como dato ilustrativo que refleja la singularidad de ese equipo inigualable debemos señalar que, como la Maternidad no tenía cancha propia, hacía de local en la cancha del Hospital Braulio Moyano. De allí se desprende la remanida afirmación de que las presentaciones del *Sportivo* eran una locura. Se ha dicho, y sea permitido enfatizar que con razón, que el *Sportivo* fue un equipo sin par. El origen de esta sentencia no aludía precisamente al nivel de juego de sus integrantes, sino más precisamente al hecho deplorable de que no contaban con dos camisetas iguales, lo que pone de manifiesto el espíritu amateur que animaba a estos futbolistas (por llamarlos de alguna manera).

Desde los archivos de *El Pampero de Parque Patricios* rescatamos algunos de los nombres que vistieron los colores del *Sportivo*. Vaya nuestro homenaje a la perse-

verancia futbolera (única virtud relacionada con este deporte que la crítica les reconoció) de jugadores de la talla de Tutti Urman (llamado el Implacable), a la inolvidable prestancia de Lucho Ovando, a la serenidad somnolienta del Gringo Gómez Villafañe, al tranco rendidor y equilibrado del Leoncito Ceriani, al olfato goleador de esa fiera del área que fue el Gordo Martínez, al oportunismo definidor de Miguel “Rodilla” Larguía, al flaco Magán, a Jorgito Casino, al Loco Cantó y al capitán indiscutido de aquella auténtica Armada Brancalione, que fue y será siempre, en el recuerdo, el Negro Pelé.

Los espíritus materialistas de estos tiempos dirán que el *Sportivo* ya no existe y que *El Pampero de Parque Patricios* ya no se edita. Tal vez tengan razón.

Pero tienen solamente eso: razón. Y eso no alcanza para explicar porqué, en este cumpleaños tan especial de nuestro hospital, algún duende puede desempolvar estos recuerdos que ayuden a entender porque lo queremos tanto. •



Reproducción del diario *La Prensa* con motivo de la inauguración de la Maternidad Sardá (1934).

ENTREVISTA A ENFERMERAS NEONATOLÓGICAS

Comunicación Institucional y Prensa. Secretaría de Salud, GCBA

Haydeé Peñalba y Lidia Pozas han trabajado en distintos momentos de la Maternidad Sardá, como enfermeras. Haydeé llegó en 1953, su labor se extendió hasta 1983, año en que se jubiló. Lidia, actualmente, es Jefa de Neonatología, cargo que obtuvo después de una larga trayectoria en la Sardá. El trabajo desarrollado por ellas en nuestra institución no sólo refleja en particular la dedicación y el esfuerzo de estas profesionales en la atención de sus pequeños pacientes, sino también la importancia que adquiere el rol de enfermería en los equipos de salud.

“Cuando terminé mis estudios de enfermería, – cuenta Haydeé– empecé a trabajar como cuidadora en la Casa Cuna. En esa época, en el Hospital estaban las señoras de la Sociedad de Beneficencia. Se trabajaba de una forma que a mí me dolía. Por ejemplo, no se podía levantar a los chicos para darles la mamadera. Ellos estaban en sus cunas y les ‘enchufaban’ las mamaderas. Las mamás no podían estar y a los chiquitos se les iban las mamaderas para cualquier lado. Cuando yo los levantaba, me decían: –‘Haydeé, no levantes a los chicos, porque los chicos se mal acostumbra y después lloran’. Yo sufría al verlos tomar las mama-deras así, pero me lo decía la jefa, y yo tenía que hacerlo...”

Luego de trabajar unos años en Casa Cuna, Haydeé pidió el pase a la Maternidad Sardá.

Comenzó cubriendo las vacaciones de Neonatología de sus colegas. También empezó a ocuparse de la formación de las alumnas de enfermería de la Escuela Cecilia Grierson. Con los años llegó a ser Jefa de Neonatología.

“Ingresé a Consultorios de Niños en la Sardá en el año 1953. Ahí trabajé mucho tiempo. Mi jefe siempre observaba como me desempeñaba. Un día llegó un chico y le comenté: –Doctor, este chico tiene fiebre y para mí está cursando una bronquiolitis. Mi jefe lo revisó y me dijo que tenía razón. El no estaba acostumbrado a que las enfermeras sepan. Entonces me propuso trabajar en internación. Yo acepté, ya que en Casa Cuna había trabajado en esa área; además, me gustaba trabajar en internación.”

Lidia ingresó en 1969 a la Sardá. Fue formada por grandes neonatólogos de la institución: los doctores Larguía, Ceriani y Martínez, quienes la eligieron para realizar un trabajo que demanda gran paciencia y dedicación: el seguimiento de los bebés prematuros. Además, fue Haydeé quien le abrió el camino para que diera sus primeros pasos en la atención de los bebés.

“Al lado de ellos aprendí muchísimo –asegura Lidia–. Te hacían entender que la atención de enfermería no sólo había que hacerla por trabajo, sino por vocación y con mucho cariño hacia los bebés, porque son los seres más desprotegidos. Los bebés que no llaman, que demuestran malestar llorando. Nosotros teníamos que

aprender esos códigos observándolos”.

Lidia comenzó como auxiliar de enfermería. Haydeé la incentivó a seguir estudiando. Primero hizo la carrera de enfermería profesional y más tarde obtuvo la licenciatura. Cuando Haydeé se jubiló, y quedó vacante el cargo de Enfermera Jefe de Neonatología, Lidia ganó por concurso dicho cargo.

Después de tantos años de trabajo, las dos atesoran una gran cantidad de anécdotas. “Me acuerdo de una señora de 48 años –comenta Haydeé– a la que trataban de menopausia. Tenía un hijo de 20 y otro de 23 años. Como estaba muy dolorida, su marido la llevó al hospital Penna, donde le dieron un calmante y la mandaron a su casa. A las 2.30 de la mañana, comenzó a tener contracciones, hasta que nació el bebé. El marido no sabía que estaba embarazada, y contó ‘que estaban como perros en cancha de bochas’. El gritaba: –chicos, ayúdenme, su mamá tuvo un bebé– y los chicos decían ¿qué?. El hombre echó mano de la toalla del baño, luego vino la ambulancia y la trajeron aquí. Yo tuve que hacerle una transfusión a la mamá porque había perdido mucha sangre. Pasó el tiempo y cuando la mamá se va de alta, me dice: –‘Ay, señora, cómo voy hacer para pagarle a usted; esta criatura es un regalo del cielo, porque nunca hubiéramos pensado en tener otro hijo’ y yo le contesté: –Señora, usted y yo estamos en la misma condición en el mundo, hoy me tocó a mí hacer algo por usted, en el momento que a usted le toque hacer algo por un tercero hágalo; en ese momento usted paga. Ese era mi premio, ver que la mamá se iba con el bebé en brazos...”

No todos los recuerdos que relatan Haydeé y Lidia expresan momentos gratificantes de su labor. Algunos revelan la falta de humanización que imperaba en la atención de los bebés y sus familias. “Un día viene un padre a ver su bebé prematuro, que estaba internado. Y yo le pregunté –relata Haydeé– por qué no venía la mamá, si ella estaba enferma. El me respondió: –Anoche me dejó una carta en la mesa de luz, porque yo soy florista y llego tarde, ¿quiere que se la lea? –Sí, le dije. ‘Roberto, mañana andá a ver a nuestro hijo, yo no puedo ir porque me lo muestran detrás de un vidrio, como una joya cara a la que no puedo tocar’”.

En ese momento, los chicos se mostraban a través de un vidrio. Se hacía por protección porque se creía que al ingresar los padres traían microbios de la calle, pero en realidad asegura Haydeé “tenemos más microbios quienes trabajamos aquí adentro, que los que vienen de la calle.” Años después, las madres comenzaron a ingresar. Las enfermeras o los médicos acompañaban a las mamás hasta las cunas, les explicaban cómo estaban sus hijos, después las comenzaron a estimular para que les dieran la teta. Todo fue cambiando para mejor.

Muchos fueron los cambios que posibilitaron mejo-

rar la calidad de la atención: la incorporación de nuevas especialidades, la formación de los profesionales, la conformación de equipos interdisciplinarios, la incorporación de residencias, la adopción de tecnología de alta complejidad, son algunos de ellos. Pero además, Lidia destaca una iniciativa que implicó una verdadera mejora en la atención de los bebés y sus madres. En la Maternidad Sardá fueron pioneros en la incorporación de la madre en la atención del recién nacido.

“Ese cambio –asegura Lidia– costó muchísimo. Los enfermeros son muy celosos de sus pacientes, ellos manejan a los pacientes. Les dan la medicación, el cariño, se ocupan de la higiene... ‘es mi bebé’ decíamos nosotros y nos olvidábamos que era el bebé de ... Por eso, empezamos a comentar a las compañeras que si bien ese bebé era nuestro como paciente, nos teníamos que dar cuenta que era el bebé de sus padres, que ellos estaban interesados en saber como estaban sus hijos. Así empezamos a dar charlas, talleres para que el personal se concientice que debíamos trabajar con la mamá y el papá”.

De esa forma disminuyó considerablemente el ingreso de los chicos que se iban a con el alta, porque antes los padres los “conocían” recién cuando regresaban con ellos a su casa.

“Cuando la mamá llegaba a su casa” –recuerda Lidia–

desconocía un montón de cosas de su hijo, cuando tenía temperatura, si la coloración era cianótica o pálida, si la pancita estaba distendida o no... A veces, al poco tiempo se volvía a internar al bebé porque no comía o tenía mucha temperatura o por otras cosas que la mamá desconocía. Con este cambio –de hacer intervenir al núcleo familiar– disminuyó muchísimo la reinternación. Salían conociendo a su bebé, porque nosotras les dábamos clase todos los días, las hacíamos partícipes de su cuidado, haciendo además mucho hincapié en la lactancia como alimentación exclusiva, nada de agregados de mamadera. Todo lo logramos con mucha paciencia, entusiasmo y sacrificio. No olvidemos que esta tarea es muy linda, muy gratificante pero también es muy estresante.” Para ella, uno de los factores que ocasionan este estrés es la numerosa cantidad de chicos que atienden, lo que a veces impide dedicar más tiempo al contacto con sus pacientes. “Si bien los aparatos son muy importantes porque registran lo que está pasando con el bebé –destaca Lidia– cuanto más importante es la parte humana: mimarlos, darles afecto, llevarlos contra tu piel... es como si les dieras la inyección más potente que puede haber para darles vida. Con los adultos pasa lo mismo. Cuando estás bajoneado alguien que te toque y te diga: ¿necesitás algo? ¿te pasa algo? eso ya te hace sentir mejor, cuanto más en los recién nacidos...” •



H.M.I.R.S. Habitación, 1934.



H.M.I.R.S. Sala de Internación conjunta, 1934.

UN RELATO DE VIDA

Dra. Nora Rébora

Ex Directora, Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud y Medio Ambiente, República Argentina

Cuando supe que esperaba mi primer hijo no tuve duda sobre dónde habría de tenerlo y en qué lugar estaban los profesionales que me acompañarían, tanto a mí como a mi esposo, en esta situación donde la inseguridad, la incertidumbre y la esperanza se combinan.

No conocía mejor lugar que pudiera responder a mis dudas y angustias que la Maternidad Ramón Sardá.

Allí me conecté con la Dra. Teresa Rocca quien me asistió no sólo en ese acontecimiento inicial, sino también en el parto de mis otros dos hijos.

Traté de no darle mucho trabajo, por lo que los tres fueron partos normales y exactamente en los días que ella estaba de guardia, los jueves. ¡Qué menos podía hacer!

Mi hija Soledad nació durante el proceso militar (agosto 1976); Alvaro, durante el conflicto con Chile (febrero 1979) y Mora durante la guerra de Malvinas (abril 1982).

A pesar de los desgraciados contextos que transcurrían, yo tenía la certeza de que al llegar a la Maternidad Sardá me esperaba un equipo de profesionales idóneos, amigables y con alto nivel de contención que iban a atenderme a mí y a mis hijos maravillosamente, más allá de las penosas situaciones que estaban aconteciendo.

Así fue y así los recuerdo con la emoción y el agradecimiento entrañable que sentimos las madres para quienes nos asisten en ese momento crucial donde se pone en juego no sólo nuestra integridad física sino también el destino de nuestra familia.

Desde mi lugar de trabajadora de la Salud, siempre bregué por la defensa del hospital público. Cuando decidí tener mis hijos en uno de ellos, tuve la suerte de poder apreciarlo también como beneficiaria, dando coherencia tanto a los dichos como a los hechos.

Ya pasado el tiempo de concebir hijos propios y a casi dos años de estar a cargo de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, puedo volver a reafirmar el valor incuestionable de la Maternidad Sardá, su papel rector en la aplicación de la humanización del parto, la impronta definitiva de los profesionales de esta casa, que continúan haciendo escuela en la formación de valores en tantas maternidades del país y su entrañable cooperación para forjar las pautas normativas que hacen al mejoramiento en la calidad de atención de madres y niños.

Felices 70 años, Maternidad Sardá y... ¡gracias por todo! •

Hall de entrada
al Hospital (1935).



LOS PARTOS DEL '76

Dr. Eduardo A. Valenti

Jefe de Guardia, División Urgencias, H.M.I.R. Sardá.

Corría el año 1976. En marzo aprobé mi última materia, en abril rendí examen de residencias y en junio tomaba el cargo de Residente de Primer Año en la Maternidad Sardá.

Un viernes por la tarde se realizó la adjudicación de cargos y nos dijeron que nos presentáramos al día siguiente.

Pero si mañana es sábado –dijo uno de nosotros.

–Sí, ¿y qué? –nos respondieron.

Ese sábado a las 8 horas estaba viendo pacientes con mi residente de segundo año en el primer piso de mi querida maternidad. Tenía 22 años y un solo objetivo: aprender.

La vida del residente de primer año era: de 8 a 11 horas, evolucionar las pacientes de la sala; de 11 a 12 horas, clase; de 12 a 13 horas, almuerzo; de 13 a 14 horas, clase y de 14 a 17 horas, consultorio externo. A esto se agregaban las guardias: un día cada tres, conocido en la jerga como 24 por 48 (un día guardia, dos no, luego un día guardia, dos no y así...)

Para sorpresa de los lectores debo aclarar que en esa época se trabajaba los sábados de 8 a 12 horas.

En esos tiempos los residentes de primer año vivíamos enfrascados en el trabajo hospitalario y cuando quedaba algo de tiempo lo dedicábamos a estudiar. Por eso, tal vez, no conocíamos con profundidad ni imaginábamos lo que pasaba afuera, en el mundo real.

Hacía varios años que pasaban cosas raras y que, hoy, nos es dificultoso explicar.

Cada tanto caía a la guardia una mujer embarazada en trabajo de parto a quien acompañaba una mujer uniformada.

“Era una detenida” –nos decían sin más información.

Estábamos acostumbrados a la presencia militar y policial en la calle, por lo tanto tomábamos como un hecho normal que en la playa de estacionamiento del hospital hubiera un carro de asalto con 5 o 10 policías en forma permanente.

Nosotros seguíamos el trabajo de parto y realizábamos el parto igual que con cualquier otra mujer. Tal vez con algo más de curiosidad debido a que detrás de nosotros (a unos tres metros y fuera de la sala de parto propiamente dicha) había una mujer que controlaba nuestras acciones.

En realidad, miraba lo que hacíamos porque no era necesario controlar nada. Para que el lector se imagine puedo afirmar que en la Buenos Aires de 1976 a nadie se le hubiera ocurrido escaparse de un hospital controlado por una Fuerza Armada.

Siempre las madres se llevaban a sus hijos y quedaban internadas en el tercer piso donde habitualmente había dos o tres policías en el pasillo.

Con el tiempo pensé que podría haberles preguntado algo sobre su familia para informar o para transmitir alguna noticia. Quizás ellas creían que nosotros formába-

mos parte del aparato represivo y no nos hubieran tenido en cuenta.

En esos tiempos todo era confuso y nadie confiaba en nadie; por eso, tampoco hablábamos mucho entre nosotros, los residentes.

De algo estoy seguro y pongo las manos en el fuego por mis compañeros de residencia tanto de Tocoginecología como de Neonatología: nunca se discriminó a ningún paciente y el trato recibido por estas madres fue muy bueno, igual que el dispensado al resto de las mujeres.

No tengo ninguna duda de que para estas mujeres fue una suerte tener su parto en la Maternidad Sardá, especialmente cuando luego nos enteramos que otras tuvieron sus partos en centros clandestinos de detención.

Nunca un familiar o allegado vino a preguntarme acerca de tal o cual parto. Nunca una autoridad de la Maternidad (ni mis jefes ni el director) me interrogaron sobre algún nacimiento. Era como que todo estaba entendido.

Tampoco ninguna paciente se acercó, años después, para agradecerme por haberle entregado un poco de cariño en un momento tan especial. Me figuro que posiblemente hayan muerto o desaparecido.

Es muy difícil comprender lo incomprensible, especialmente si el lector nunca ha vivido bajo un régimen militar.

En nuestras conversaciones diarias con los otros residentes nunca escuché qué esos niños iban a ser, probablemente, despojados de sus madres, como se evidenció posteriormente.

No recuerdo la frecuencia de estos hechos, pero creo que eran dos o tres por mes, lo suficiente como para que queden en la memoria de cada uno de los médicos que queríamos aprender todo lo que se pudiera.

Ahora, casi treinta años después, uno no sabe si hizo todo el bien que estas madres necesitaban.

Queda en nuestras conciencias la tranquilidad de haber cumplido con los preceptos humanos que en aquel momento aplicamos y que seguimos aplicando actualmente.

Es una de las pocas experiencias de la residencia que no me da orgullo haber vivido. Mis hijos me preguntan y yo les cuento.

Pero hay cosas que no recuerdo como si mi dignidad hubiera hecho una selección involuntaria de acontecimientos.

Algunos fueron a la papelera de reciclaje y cuando quiero borrarlos la ventana me pregunta ¿está seguro que quiere borrar el contenido de la papelera de reciclaje? Y yo siempre cancelo.

El joven de 22 años cumplió con sus trescientos cincuenta partos en el primer año de residencia y ahora, con algunas canas, siempre recuerdo que algunos de esos partos fueron más importantes que otros. •

MI PASO POR LA SARDA

Dra. Zulema Bianconi

Dra. en Sociología del Trabajo, Investigadora Operativa, Auditora Bioquímica, Lic. en Ciencias Químicas Orientaciones Análisis Biológicos y Química Biológica

Mi llegada al mundo y mis primeros pasos en el ejercicio profesional transitaron en la Sarda.

Las áreas temáticas que desarrolle en mi trayectoria profesional fueron el producto de cambios en mi perfil de capacitación y el motivo de mi desempeño como profesional y como docente. La investigación aplicada, pasando por diferentes enfoques fue una constante motivación en mi historia laboral.

Mi trayectoria profesional se resume así:

- Ingreso a la Sarda el 1 de julio de 1967 como bioquímica y el primero de marzo del 1969 comencé en la Guardia y desde el 25 de marzo de 1980 pasé por motivación propia a la Secretaría de Salud, en busca de mi desarrollo profesional como sanitarista.
- En la Secretaría de Salud hasta el año 1996 ocupé diversos cargos relacionados con el Control de Gestión. (Jefe de división Servicios Intermedios y Generales y Jefe de Dto. Gestión y Auditoría)
- En 1996 como Investigadora Operativa y con el Doctorado en Sociología del Trabajo inicié un proyecto de Gestión de Calidad en la Secretaría de Salud en el que continué hasta la fecha donde me desempeñé como Coordinadora del Programa de Gestión de Calidad.

De mi paso por la Sarda donde trabajé como bioquímica asistencial y en Investigación aplicada

a la medicina científica quiero destacar dos grupos: el del laboratorio, y la guardia.

En el laboratorio ingresé con la Dra. Rosa Ferro y luego con la Dra. María del Rosario Castiñeiras y las Dras. Blanca Ruiz y María del Carmen Perego; recuerdo el aprendizaje en utilizar microtomas (imprescindibles en la terapia neonatal, del departamento de pediatría a cargo Dr. Miguel Larguía) aprendimos por necesidad y llegamos a ser especializados docentes.

Para el departamento de urgencias a cargo de Dr. Francisco Uranga Imaz, tuvimos que organizar el laboratorio de guardia que me tocó coordinar y donde todos los que trabajábamos tratábamos de garantizar los resultados lo mejor posible (con Mary Gonzáles, Graciela Arata, Marta Irazu, Susana Dusseau, Beatriz Portas, entre otros).

La otra experiencia fue la Guardia de los días viernes y por muchos años con Carlos Collia, Gonzalo Díaz, Marga Vaamondes y otros – allí trabajaba con todos: en todo: laboratorio, en el comité de historias clínicas, y en investigación y docencia.

En síntesis, recuerdo mi paso por la Sarda, como un lugar donde transcurrió el primer ciclo de mi vida profesional, y por sobre todo donde aprendí que el principal valor de las organizaciones eran las personas. •



H.M.I.R.S. Cocina (1934).

TECNOLOGÍA Y CULTURA.

Reflexiones sobre el funcionamiento de la tecnología en los servicios de salud y el recuerdo de una experiencia en la Sardá

Dra. Zulema Bianconi

Coordinadora del Programa de Gestión de Calidad de Secretaría de Salud del GCBA.

“La vida humana es una serie de compromisos y no siempre es fácil poner en la práctica lo que en teoría se considera necesario”

M. Gandhi (1930)

Para que las máquinas “funcionen”, no alcanza con el buen mantenimiento: también tienen que “funcionar” las personas que las usan. En investigaciones realizadas en servicios de salud¹ se encontró que los vínculos entre los usuarios influyen sobre la vida de las máquinas.

Cuando hay que hacer análisis, tomar placas o dar un turno en consultorio externo de obstetricia y no se atiende a la gente ya sea: “porque *no hay insumos, se colgó la PC o la máquina no funciona*” es posible que tampoco funcione el equipo humano. En investigaciones realizadas desde hace varios años en servicios de salud se encontró que cuando los grupos humanos están rotos, las máquinas se rompen con más facilidad.

La idea central de este artículo es reflexionar acerca de la importancia que tienen las relaciones laborales en el funcionamiento de la tecnología. Se presentan un enfoque que es producto de la experiencia adquirida en investigación y en la práctica en servicios de salud.

El interrogante básico de la experiencia fue la falta de funcionamiento de las máquinas en laboratorios, diálisis, quirófano y diagnóstico por imágenes. Para ello se estudiaron desde una perspectiva cualitativa (ver Investigación cualitativa) los escenarios laborales involucrando a las personas y a las máquinas. Se abordaron más de 60 escenarios y 180 personas, considerando especialmente las interrelaciones humanas. Así como el ser humano es una idea antes de la concepción, también los aparatos tienen una historia dada por el vínculo de los adultos a su cargo.

Investigación cualitativa

El interés de los métodos cualitativos en investigación social consiste en comprender, interpretar y compartir la comprensión de los actores de un fenómeno. La frase investigación cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable.

En la metodología, el investigador ve el escenario y las personas desde una perspectiva holística, no reducidos a variables sino considerados como un todo. Se trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas. La validez de los métodos

cualitativos está destinada a asegurar el ajuste entre los datos y lo que la gente realmente dice y hace. La investigación cualitativa se preocupa por la validez y la coherencia de los datos. Un estudio cualitativo no es un análisis impresionista informal basado en una mirada superficial a un escenario o a personas: es una pieza de investigación sistemática conducida por procedimientos científicos rigurosos

Lo que permite poner en funcionamiento la tecnología (ver tecnología en servicios de salud?...) son las interrelaciones producidas en el ciclo de vida de las máquinas. Dichas interrelaciones o vínculos constituyen el verdadero capital: el capital humano.

Se interpreta como *capital humano a la aptitud del grupo para poner en funcionamiento la tecnología*. Este capital es inmaterial, escapa a la posibilidad de contabilizarse y constituye el “saber hacer” de la organización que no es igual a la sumatoria de saberes individuales, sino el resultado de la puesta en relación de los mismos.

El capital humano es un medio para producir conocimientos por el intercambio de saberes; es un saber colectivo en una historia compartida. Dicha historia conforma la cultura del grupo. Se entiende por *cultura la visión que el grupo tienen de sí mismo y del entorno*. La cultura representa las respuestas aprendidas en la resolución de problemas tanto de subsistencia en el medio externo como de integración interna (Shein 1985).

¿Qué es la tecnología?

La tecnología es el conocimiento aplicado a producir transformaciones de elementos materiales o simbólicos en bienes y servicios junto con las personas que lo poseen (Bianconi, Tamargo, 1991). Este concepto es compatible con otras definiciones de tecnología tales como las utilizadas por la mayoría de las agencias de evaluación que engloban conocimiento aplicado en medicamentos, aparatos, procedimientos, usados en atención médica así como los sistemas organizativos con los que esta atención se presta

El conjunto de personas que utilizan la tecnología constituyen un equipo de trabajo cuando están en condiciones de producir conocimiento y construir una organización inteligente (aprendiente). El saber del

equipo se logra a partir de la integración de conocimientos y experiencias individuales. Este hecho remite a pensar la tecnología como una construcción social resultante del aporte de las diferentes personas

En cada historia tecnológica hay actores, traductores y simples ejecutantes. El actor es el individuo que tiene un rol en la cultura técnica y se siente implicado en la tecnología. Este hecho permite distinguirlo del simple ejecutante que se limita a usar la técnica. El traductor es un actor que juega un rol de intermediario e interprete entre dos lógicas y/o funciones diferentes. *El traductor es quien articula el trabajo en diferentes momentos de la verdad² del ciclo de la vida de la tecnología.*

¿Qué resultados surgen de la experiencia?

En la experiencia no se indagó en las culpabilidades individuales, solo se exploró el campo del funcionamiento colectivo. Para ello se recurrió al concepto de cultura analizando el funcionamiento de los grupos de trabajo en función de las normas formales, pero, sobre todo, de las informales que regulan la vida colectiva.

Tanto los servicios que funcionan bien, como los que lo hacen mal se diferencian en sus culturas grupales con toda claridad. Estas son "microculturas" ubicadas en el contexto institucional y relacionadas con su la singularidad de su historia.

El buen o mal funcionamiento de la tecnología se asocia con el modo de relación de los grupos de trabajo. Donde no funciona la tecnología predominan "ejecutantes" y escasean actores, y, sobre todo, traductores. Mas aún, el buen o mal funcionamiento puede obtenerse con diferentes formas de organización. En efecto no hay un solo camino para llegar al resultado: que el servicio se cumpla o no se cumpla. En otras palabras no hay un "one best way".

Los equipos funcionan efectivamente sólo en los casos donde hay un líder *paternalista o democrático*. La *conducción paternalista* se encontró en casos donde todos cumplen con las normas y saben que el "jefe sabe". En los casos de *conducción democrática* tienen confianza en sí mismos y están preparados para funcionar en condiciones de escasez de recursos. La tecnología "no anda" en los casos donde ni la conducción ni la base se ocupan de la gente.

La cultura de los grupos depende fundamentalmente de sus líderes o fundadores, de las relaciones de autoridad que se plantean y de la manera que dichos fundadores se condujeron en las etapas evolutivas del grupo (Shein, 1985).

El vínculo de la tecnología con la cultura tiene considerables implicancias en los procesos de trabajo. Sin comprender la cultura de los grupos no es posible gestionar la tecnología. Los miembros del grupo solo resuelven sus problemas cuando aplican soluciones que surgen del "saber hacer compartido".

El funcionamiento de la tecnología

La gestión de la tecnología de los servicios de salud fue y es un motivo de preocupación de gestores, políticos y de la sociedad en su conjunto. Las propuestas para dar servicio con equipamiento complejo consisten habi-

tualmente en mágicas recetas centradas en el equipamiento (*hardware* y *software*). Poco se piensa en la calidad de los vínculos de las personas (*humanware*) que participan en el ciclo de vida de las maquinas.

Mas aún, la realidad de muchos servicios es muy diferente de la retórica "las personas son nuestro capital mas importante". Hasta que esa diferencia no desaparezca, hasta que los sentimientos no nos importen tanto como los aspectos financieros, estamos destinados a crear organizaciones que destruyen además de la tecnología, el alma y el espíritu de sus miembros. El desafío consiste en diseñar estrategias que ubiquen a las personas en el corazón de la organización (Gratton, 2001).

Conocer la cultura de los grupos de trabajo es abordar la "biología molecular" de la mesogestión de la organización.

Una experiencia en la Sardá

A modo de cierre quiero presentar una experiencia grupal recordada en estos días con el Dr. Carlos Collia³ que fue una verdadera construcción social: la implementación de una norma de registro "La Historia Clínica Perinatal". Este trabajo se realizó a partir de una idea gestada en la guardia de los días viernes cuyo jefe en ese momento (1976) era el Dr. Gonzalo Díaz.

El Dr. Díaz participó en la elaboración de una norma de registros de la Ciudad de Rosario con el apoyo de OPS, que culminó en la publicación de una "Propuesta de Historia Clínica Perinatal" difundida en todo el país. Posteriormente la experiencia del Dr. Díaz se replicó en la Sarda, con la incorporación de residentes, personal de estadística, de laboratorio⁴, obstétricas y servicios sociales que conformaron un comité de Historia Clínica del hospital. Este comité supervisaba la confección adecuada de los formularios de Historia Clínica, dentro de los cuales existía un **Resumen Estadístico Perinatal (REP)**⁵. La información recogida en esos resúmenes era controlada y posteriormente sometida a una prueba de consistencia. De esta manera se computaron 9.758 nacimientos entre julio de 1976 y diciembre de 1978, y se publicó el "Diagnóstico de Situación Perinatal" que mostró la tendencia de factores vinculados a la mortalidad y la morbilidad, materna y neonatal, además de otros logros.

Para la realización del trabajo fue necesario la conformación de un grupo con compromiso hacia el trabajo, con un liderazgo democrático, con objetivos definidos por consenso y métodos capaces de adelantarse a los problemas y por sobre todo con personas con la motivación de aprender, de compartir y de construir un producto colectivo. Este es uno de mis mejores recuerdos de los tiempos de la Sardá. •

Bibliografía

- Albornoz M, Suárez F. Argentina Sociedad e Informática. Buenos Aires. Eudeba. 1988.
- Albrecht K. Todo el poder al cliente. Buenos Aires. Paidós Empresa 30. 1996.
- Bianconi Z, Farkouh M, Licciardi L, Pérez Barboza H. Calidad en la gestión. Una experiencia el programa de Inmunizaciones del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En: Premio Anual de Salud Pública a la mejor

- investigación sobre el tema de Calidad de Gestión Hospitalaria Asociación de Médicos Municipales. 1999.
- Bianconi Z. Cultura y Tecnología. Un estudio en laboratorios de análisis clínicos hospitalarios Medicina y Sociedad. 1991; 14, 3:16-21.
 - Bianconi Z. El efecto de las personas influyentes en los procesos de cambio de organizaciones burocráticas estatales. Medicina y Sociedad. 1989; 12:3-4, 19/23.
 - Bianconi Z, Tamargo María del C. La tecnología del laboratorio de Análisis Clínicos. Algunos ejes para su análisis Medicina y Sociedad. 1991;14, 4:40/43.
 - Bianconi Z. Tecnología y cultura. Reflexiones sobre el funcionamiento de los servicios de salud en línea. www.isalud.org 2002.
 - Covey S. Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva. Buenos Aires. Paidós 1998.
 - Collia CF. Comunicación personal. 2004.
 - Cuervo J, Varela J, Belenes R. Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias. Barcelona España. Vicens Vives. 1994.
 - González García G. La política y la gestión sanitaria: mitos y realidades. En: Innovaciones en la gestión de servicios de salud. VIII Jornadas nacionales de Economía de la Salud, VII Jornadas Internacionales de Economía de la salud. AES. Ediciones ISALUD. 1998.
 - Gratton L. Estrategias de capital humano. Madrid. Prentice Hall. 2001.
 - Ministerio de Salud y Consumo. Evaluación epidemiológica de Tecnologías de Salud. Madrid. Instituto de Salud Carlos III. Agencia de Evaluación de Tecnología. 1995.
 - Senge P, Roberts C, Ross R, Smith B, Kleiner A. La

- quinta disciplina en la práctica. Barcelona, España. Granica. 1995.
- Shein E. La cultura empresarial y el liderazgo. Barcelona, España. Plaza Janes. 1985.
- Tobar F. Evaluación del desempeño. Enfoque management. Año VI, número 1. 1999.
- Tobar F, Pardo C. Organizaciones Solidarias. Gestión e Innovación en el Tercer Sector. Buenos Aires. Lugar (ed). 2001.

Referencias

1. Servicios de salud centrados en el paciente y que utilizan máquinas, instrumentos, procedimientos y requieren mecanismos organizativos para articular la estructura, el proceso y los resultados.
2. Los momentos de la verdad son episodios de la vida cotidiana que viven las personas relacionadas con la tecnología.
3. Estuvo en la Sardá desde 1964 a 1980, fue concurrente a la guardia y al Servicio de Tocoginecología, Coordinador del Comité de Historias Clínicas, Presidente de la Asociación de Profesionales, Jefe de Clínica del primer piso Obstetricia, Médico Interno de Obstetricia y Médico Jefe de Guardia (de los días viernes). Además, fue el primer Médico Tocoginecólogo Ecografista de la Municipalidad, ya que a la Sardá se incorporó el primer ecógrafo en 1976.
4. Tuve el honor de participar en el Comité.
5. Fue la base de lo que posteriormente desarrolló el CLAP (OPS/OMS) como Sistema Informático Perinatal (S.I.P.) implementado en la Maternidad Sardá en 1987 (Dres. Duverges y García) hasta la fecha.



H.M.I.R.S.
Esterilización (1934).

EL LACTARIO DE LECHE HUMANA, CUMPLE 21 AÑOS

Lic. Odelza Vega

Nutricionista. Jefa de Sección Cocina de Leche. HMIRS.

Nuestra historia

El 23 de Noviembre de 1983 se creó en nuestro Hospital el Banco de Leche Humana (BLH) para satisfacer la creciente demanda del Servicio de Neonatología. Sus funciones eran extraer, conservar, fraccionar y distribuir la leche materna de las madres de los niños internados en el Servicio de Neonatología y además invitar a donar el excedente de leche a todas las madres de niños sanos, internadas, con una Historia Clínica que demostrara la ausencia de algún tipo de enfermedad infectocontagiosa.

Inicialmente, los recursos materiales y humanos eran escasos. Se comenzó a trabajar con una Bomba Extractora de Leche Materna (BELM) marca Egnell, donada por una empresa fabricante de fórmulas lácteas. El personal estaba formado por tres auxiliares capacitadas que realizaban todas las tareas, incluyendo la elaboración de fórmulas lácteas. El horario se reducía a algunas horas por la mañana. En 1985, se compró una BELM, se amplió el número de personal y los horarios. En 1986, al aparecer el primer caso de HIV en el Hospital las normas del funcionamiento se modificaron. Se prohibió la donación de leche y empezó a funcionar como Lactario de Leche Humana (LLH). La leche extraída era de la madre para su hijo.

A pesar de la aparición del HIV, la década del 80 fue una etapa de crecimiento de la lactancia materna dentro de nuestro Hospital y cobró importancia la labor del LLH.

En 1994 el Hospital fue acreditado por la UNICEF, como "Hospital Amigo de la Madre y el Niño". Esto nos benefició ampliamente. La demanda aumentó y ésta fue satisfecha desde el punto de vista material y humano. Se asignó un número mayor de personal, lo que permitió ampliar el horario a 12 horas de atención continua durante los 365 días del año. El Hospital adquirió 3 BELM de última generación y un número adecuado de accesorios para las BELM que mejoraron notablemente la eficiencia del sector.

En la actualidad, la atención es de 14 horas diarias, todos los días; el personal está altamente calificado y es capacitado en forma continua. Las tareas son supervisadas por una enfermera experta en lactancia materna. A pesar que el número de personal es reducido para el volumen de trabajo de estos últimos tiempos, el funcionamiento del sector es eficiente y está dentro de los parámetros de la excelencia.

Con relación a la producción del LLH durante la década del 90, el promedio diario de madres atendidas era de 16 y el promedio de leche conseguido de 1,2 litros. A partir de 1997, debido al aumento del horario y del personal, también aumentó el número de prestaciones.

El siglo XXI, nos sorprende con una mayor demanda de los servicios que brinda el LLH, debido al creciente número de niños internados, pudiendo responder a estas nuevas exigencias en forma satisfactoria y por esto en el año 2003 se lograron 1.128 litros de leche materna, con un promedio diario de 3,1 litros y 51 madres.

Bancos de leche humana en el mundo

Los Bancos de Leche Humana (BLH) en el mundo han cumplido 100 años. Sus funciones en la actualidad son extraer, analizar, pasteurizar, conservar y distribuir leche materna de madres donantes para todos aquellos niños que necesiten alimentarse con leche materna pasteurizada.

A lo largo de esta centuria, la lactancia materna ha tenido épocas de florecimiento y decadencia debido a enfermedades como sífilis, hepatitis B, C y HIV, a profundos cambios culturales que llevaron a las madres a trabajar fuera del hogar, al crecimiento de las fórmulas lácteas industrializadas y a la gran publicidad de estos productos. Todo esto puso en crisis la alimentación a pecho y la importancia de los BLH, por lo que a mediados de los 80, muchos en EEUU y Europa dejaron de funcionar.

A mediados de la década del 90, apoyados por la creciente investigación de la leche humana que revaloriza los beneficios que ésta tiene en la alimentación de los niños, además de establecer controles de salud muy estrictos para las donantes y la tecnología de avanzada en los procesos de pasteurización, permitieron la apertura de nuevos BLH brindando un producto de calidad.

En América del Sur, nuestro país tuvo el privilegio de contar con un Banco de Leche Humana creado en 1921 y reglamentado en 1936 por el Instituto Nacional de Nutrición. Cumplía una gran función social y fue desactivado en la década del 50, por las mismas razones que llevaron a otros a desaparecer en el mundo.

Actualmente, Brasil ha tomado la creación de BLH como una cuestión de Estado y ha dado lugar a una red de 172 BLH que cubre todo el país, con una capacidad de procesamiento de 70.000 litros anuales.

Nuestro futuro

Todo esto nos lleva a preguntarnos... ¿y ahora qué? ¿Continuaremos como un LLH o retomaremos las actividades suspendidas en 1986 como BLH? En este caso, será fundamental el respaldo de la tecnología que asegure una alta calidad en los procesos de pasteurización y normas de inclusión estrictas para las madres donantes internadas en este Hospital. Se considera que esto sería beneficioso por los nuevos pro-

ductos presentes en el mercado que mejoran la calidad de la leche materna para los RN prematuros y/o patológicos, denominados Fortificadores de Leche Humana, que aumentan las calorías, los minerales y las vitaminas en cantidades adecuadas para satisfacer los mayores requerimientos de estos niños; en estos casos, es aconsejable el uso de leche materna pasteurizada. Estos son los nuevos desafíos que nos planteamos en la primera década del Siglo XXI.

Nuestro Agradecimiento

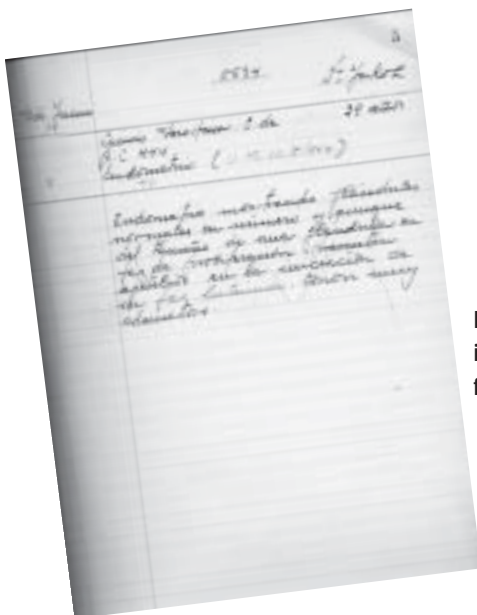
A todas las autoridades directivas del Hospital que a lo largo de estos 21 años permitieron que nuestro crecimiento fuera posible debido al apoyo constante; al Dr. Miguel Larguía que nos alentó en esta tarea en forma permanente; a A. O'Donnell y H.A. Sola que

fueron los organizadores y a todos los profesionales y enfermeras del Servicio de Neonatología que confiaron en nosotros; al Equipo de Lactancia, con la Dra. Mónica Waisman, las señoras Rosita Herrera, Mirta Sánchez y Licenciada Gabriela Tortosa con las que aprendimos y crecimos juntas.

Nuestro agradecimiento a todo el personal, auxiliares y enfermeras, que se desempeñaron con entusiasmo y compromiso en todos estos años.

El personal inicial fueron las señoras Alicia Lago, Sofía Gassal y Dora Jiménez de Carrara. Hoy, en el Lactario, nos acompañan las señoras Ana Baranelli, Verónica Rodríguez, Sandra Ferreyra, Graciela Aicardi, Paola Scarpe y la Licenciada Vanesa Valls.

A todos, ¡gracias! •



Reproducción de un informe anatomopatológico firmado por el Dr. Jakob (1944).



En ocasión del 1^{er} Simposio Nacional de Normatizaciones Neonatológicas (Córdoba, 1971), de izq. a der.: Dres. Carlos Grandi, Rezzónico, Manuel Torrado, Jacobo Halac, Máximo Margulies, Alfredo Larguía, Jorge Martínez y María L. Ageitos.

PREVENCIÓN Y CONTROL: SUBPROGRAMA DE SALUD BUCAL PARA EMBARAZADAS

Dres María S. Outes, Beatriz Fernández Iriarte y Mariano Trungadi

Servicio de Odontología. H.M.I.R. Sardá.

El embarazo es un período muy especial durante el cual se deben tomar cuidados extras para la salud bucal.

La embarazada tiene necesidades específicas para el cuidado dental: buena higiene, buena nutrición. Estas medidas no sólo ayudan a prevenir los problemas bucales durante el embarazo, sino también a determinar la salud general y dental de su futuro bebé.

Durante el embarazo, la mujer está más expuesta a las enfermedades bucales debido al gran cambio hormonal que se produce en el organismo. Al aumento de proteínas, estrógeno y progesterona segregadas por las encías que nutren especialmente a los microorganismos de la boca, se suma el mayor consumo de azúcares fuera de las principales comidas. Influyen también el aumento de acidez producida por vómitos o reflujo.

La derivación temprana y el tratamiento basado en la prevención, evitarán molestias y urgencias que pueden devenir en tratamientos invasivos (extracciones, hemorragias, inflamación de encías, infecciones y caries) o medicamentosos (antibióticos, analgésicos y etc.)

En la National Library of Medicine aparecen varios artículos publicados entre 1975 y el 2001 sobre el estado bucal de la mujer embarazada; destacamos entre otros el de Banoczy J. y col. que estudiaron a 1.130 mujeres embarazadas quienes presentaron un 99,38% de prevalencia de caries y un 89,2% de gingivitis; el de Papp y col. que a la observación de 57 mujeres embarazadas informan una prevalencia de caries de 98,25% con ligeros incrementos de los índices de CPOD y CPOS conforme avanza el embarazo.

Existen también estudios que demuestran como factor potencial de riesgo para el bajo peso al nacer y para el parto prematuro al mal estado periodontal y dental.

En las gestantes diabéticas el control de la infección bucal ayuda a lograr el control metabólico.

Desde la creación de este hospital, el Servicio de Odontología ha participado activamente en el control de la embarazada, aplicando el siguiente Programa de Salud Bucal.

Propósito

Mejorar la calidad de vida de la mujer embarazada a través de las condiciones de salud bucal.

Objetivos

- Disminuir el nivel de infección bucal en la embarazada.
- Atención de las necesidades odontológicas de las embarazadas en tratamiento a través de actividades resolutivas y/o restaurativas.

- Generar conductas de autocuidado que favorezcan la disminución de la prevalencia e incidencia de la caries dental y la enfermedad periodontal.
- Producir un efecto multiplicador a través de la embarazada de nociones de educación para la salud bucal a todo el grupo familiar en especial los niños.

Población destinataria

Embarazadas desde su ingreso al Hospital, durante el período de gestación hasta el parto.

Estructura

Diagnóstico:

- Diagnóstico de urgencias odontológicas.
- Examen dentario:
 - Caries
 - Lesiones pulpares
 - Surcos profundos
 - Manchas blancas
 - Traumatismos
- Examen gingivo-periodontal.
- Detección de placa.
- Historia de dieta.

Educación para la salud

- Controlar la placa bacteriana hasta niveles aceptables con enseñanza-aprendizaje de cepillado, indicando forma y frecuencia, tipo de aprendizaje psicomotor.
- Promover actividades de autocuidado desmitificando conceptos heredados. Aprendizaje cognoscitivo.
- Impartir conocimientos sobre la salud bucal del niño por nacer (chupete, hábitos orales, etc.).
- Control de dieta, racionalizando la ingesta de hidratos de carbono según escala de riesgo (frecuencia, tipo y oportunidad).
- Concurrir sistemáticamente a la consulta con una frecuencia acorde al riesgo.
- Mantenimiento de la salud bucal a través del aprendizaje de tipo afectivo referido a señalar actitudes y valoraciones positivas hacia aquella.

Preventivos

- Referidos a la mujer de bajo riesgo cariogénico o periodontopático
- Referidos a la mujer de alto riesgo cariogénico
- Referidos a la mujer de alto riesgo periodontopático.

Recuperación

En la mujer de alto riesgo que incluye programas preventivos adicionales.

- 1) Referido al riesgo cariogénico:
 - Resolver la urgencia
 - Controlar la infección y sus condicionantes.
 - Reforzar el huésped
 - Racionalizar hidratos de carbono
 - Rehabilitar.
- 2) Referido al riesgo periodontopático:
 - Resolver urgencias
 - Controlar la infección bucal y sus condicionantes

Consideramos que un Proyecto de Salud Bucal es eficaz cuando se basa en una filosofía y un método pensado desde la salud y no en la enfermedad. Si el tratamiento tiene como objetivo mantener la salud de nuestras pacientes, entonces los tratamientos restauradores como elementos conceptuales y rectores de salud son insuficientes, pues estos aparecen como necesidad ante la aparición de enfermedad en la paciente.

Tratamos de vincular la odontología al ámbito de generación de salud y no de resolución de enfermedades comenzando por disminuir o anular las causas de enfermedad y no por solucionar solamente las consecuencias de éstas.

Nuestro desafío, para el futuro inmediato, será aplicar, además, un modelo con proyección hacia la salud en las adolescentes, quienes a su vez serán agentes multiplicadores de los conocimientos que adquieran y que transmitan a su entorno las bondades de la prevención y enseñarán los métodos de higiene bucal en sus hogares.

En otras palabras, acercar la *odontología preventiva* cada vez más a la población para poder revertir el proceso salud-enfermedad a través de acciones básicamente preventivas con la incorporación de técnicas sencillas, de poco costo económico y formadoras de recursos humanos para tal fin. •



H.M.I.R.S. Quirófano (1934).



Consultorio Externo de Obstetricia (1934).

LAS RESIDENCIAS EN EL HOSPITAL: ¡MEDIA VIDA DE LA INSTITUCIÓN! 1968 - 2004: 36 años

Dra. Celia Lomuto

Médica Pediatra Neonatóloga. Secretaria del Comité de Docencia e Investigación. HMIRS.

Las **Residencias Médicas de Tocoginecología y Pediatría** (luego Neonatología) comenzaron a funcionar en la Sardá en 1968. En 1991 se agregó la **Residencia de Enfermería en Perinatología** y en 1994, la **Residencia de Obstétricas**, completando de esta forma la posibilidad de capacitar a los integrantes sustantivos del Equipo Perinatal.

Estos 36 años permitieron consolidar y afianzar el sistema de Residencias y demostrar su importancia como estrategia de excelencia en la capacitación de Postgrado. La imbricación de las Residencias en las tareas de todos los Servicios es tal, que tal vez nadie puede imaginarlos sin ellas.

El Hospital garantiza la capacitación a todos sus Residentes con un gran caudal asistencial y un elevado nivel de complejidad. Los 7.000 partos y 130.000 consultas anuales, las 120 camas de internación obstétrica, 50 para recién nacidos sanos y 70 para la internación neonatal, la normatización de la atención, las Terapias Intensivas Neonatal y de Embarazadas con los últimos adelantos tecnológicos, pero también la revalorización de la atención respetuosa de la familia, la priorización del vínculo precoz madre-hijo, la promoción de la Lactancia Materna (convalidada por la distinción de **Hospital Amigo de la Madre y el Niño**), el trabajo inter y multidisciplinario con médicos de otras disciplinas (anestesiólogos, genetistas, cardiólogos, terapeutas, etc.), psicólogos, asistentes sociales, sociólogos, nutricionistas, bioquímicos, odontólogos, farmacéuticos, técnicos, etc., aseguran una buena formación práctica, con adquisición de destrezas y habilidades supervisadas en un hospital especializado en el ámbito perinatal.

Pero no menos importantes son las **actividades docentes y de investigación**:

- Las cuatro residencias tienen un programa docente-asistencial escrito; los residentes son evaluados en forma cuatrimestral por sus Jefes e Instructores, por la planta y por el Comité de Docencia e Investigación que es el que coordina finalmente todas las acciones.

* Las actividades docentes son diarias y se estructuran en dos niveles:

- Actividades exclusivas de los residentes, organizadas por sus jefes con la participación docente de los mismos residentes y/o la planta, generalmente en horario vespertino. Se estimulan las actividades conjuntas de todas las residencias en temas afines tales como lactancia materna, control de infecciones intrahospitalarias, metodología de la investigación, etc.
- Actividades comunes a todo el hospital, organi-

zadas por el Comité de Docencia e Investigación y estructuradas en formas de cursos anuales o cortos, ateneos perinatales, ateneos conjuntos, etc. en horario matutino. Permanentemente se invita a disertantes que no pertenecen al hospital y de distintas disciplinas que hacen al quehacer perinatal.

* Los residentes se suman como docentes en la práctica y/o la teoría a las actividades propias del pregrado universitario para escuelas de Medicina, Enfermería, Obstétricas, etc.

* Se inicia a los Residentes en Metodología de la Investigación y Medicina Basada en Evidencias a través de cursos teóricos y con su participación en los distintos proyectos de investigación que se desarrollan en el Hospital. Se incentiva el uso de la Biblioteca, la que se mantiene actualizada gracias al aporte de los propios profesionales.

A pesar de todo este caudal de posibilidades que brinda el Hospital, las Residencias han sufrido un deterioro marcado en el número de vacantes propias y de sus cargos de conducción específica. En 1994 existían 9 Instructores de Residentes en total y en la actualidad (año 2004) sólo uno en Tocoginecología. La Residencia de Neonatología, es la que más ha sufrido la disminución de cargos, como se observa en la *Tabla 1*.

La trayectoria de más de 400 residentes egresados avala que la capacitación recibida ha sido la adecuada y que además sentó las bases para mantener un perfeccionamiento continuo.

Muchos de ellos son o han sido, tanto en el país como en el exterior, altos funcionarios en el ámbito de la Salud Pública, Directores de hospitales, Jefes de Servicios, Jefes e Instructores de Residentes, integrantes de Sociedades Científicas, etc.; han publicado innumerables trabajos en el ámbito nacional e internacional y han recibido importantes premios.

Tabla 1. Residentes totales según especialidad. Comparación años 1996 vs. 2004. HMIRS.

Residencia	Años		Disminución %
	1996	2004	
Neonatología	14	8	43
Tocoginecología	27	20	26
Enfermería Perinatal	10	9	10
Obstétricas	10	9	10
TOTAL	61	46	25

Lamentablemente, son muy pocos los residentes que permanecen en el Hospital (*Tabla 3*), especialmente en Enfermería, que es el recurso más críticamente deficiente en número.

Realizar la Residencia en la Sardá desarrolla una especie de "espíritu de cuerpo", de orgullo de pertenencia al Hospital, a pesar de no estar en él hace mucho tiempo, pues no sólo se intenta formar profesionales, sino también compañeros y amigos y, especialmente, personas íntegras, comprometidas con la asistencia respetuosa de las mujeres, sus hijos y familias.

1. Residencia de Pediatría-Neonatología

Desde sus comienzos en 1968, el Servicio estructuró sus actividades docente-asistenciales sobre el eje de la Residencia.

Durante 9 años, de 1968 a 1976, se desarrolló la **Residencia de Pediatría**, de tres años de duración, ya que existían en el Servicio 24 camas de internación pediátrica. Fue considerada en aquel momento *Residencia Universitaria*, pues el Servicio era sede de la Cátedra de Pediatría a cargo del Prof. Dr. Alfredo E. Larguía, situación que se mantuvo hasta 1974.

Los Residentes rotaban por un año en el Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" para completar la formación pediátrica y se recibía, ya desde entonces, innumerable cantidad de Residentes de Pediatría de otros Hospitales para brindarles formación en Neonatología.

En 1977 comenzó la **Residencia de Neonatología**, una de las primeras del país, de tres años de duración. Los Residentes ingresaban directamente desde la Facultad de Medicina y rotaban un año por Pediatría para completar su formación profesional.

En 1985 se inicia la **Residencia Postbásica de Neonatología**, de dos años de duración, ya que requiere haber completado previamente la Residencia de Pediatría. Este sistema es mucho más lógico pues garantiza una formación pediátrica completa, ineludible para todo futuro Neonatólogo, pero exige "comenzar de nuevo" la Residencia, a un grupo de médicos con procedencias diversas y distintos grados de capacitación.

La conducción de la Residencia siempre estuvo a cargo del Comité de Docencia e Investigación, con la Dirección del Jefe del Servicio, pero en 1986 la Ordenanza N° 40.997-SSP-86 (que reglamenta el funcionamiento de las Residencias en el ámbito de la Secretaría de Salud), se agrega el cargo de Coordinador Docente de la Residencia. Este es ocupado hasta el año 2002 por la Dra. Lydia Otheguy y reemplazada desde entonces por el Dr. Claudio Solana.

Tabla 2. Residentes egresados según especialidad y sexo, 1968-2004. HMIRS.

Residencia	Mujeres	Hombres	TOTAL
Médica en neonatología	107	53	160
Médica en tocoginecología	106	89	195
Enfermería en perinatología	35	13	48
Obstétricas	26	0	26
TOTAL	274	155	429

Siempre se contó con uno o dos Jefes de Residentes y desde 1974 con un Instructor. Desde 1986 y hasta 1994 se aumentaron estos cargos a dos o tres Instructores de Residentes por año, considerando el gran caudal de Residentes de Pediatría Rotantes en el Servicio (60 por año). Pero desde 1995 no se nombraron más Instructores, lo que obligó a realizar un gran esfuerzo por parte de Jefes de Residentes y Médicos de planta para mantener la actividad, especialmente docente. Han sido vanos los reclamos hasta el momento, incluso desde otros hospitales al considerar imprescindible la capacitación en Neonatología de los Residentes de Pediatría Rotantes.

En 1991 se presentó a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires el Programa y el Cuerpo Docente y se aceptó incorporar esta Residencia a la **Carrera de Especialistas Universitarios de Neonatología** de esa Facultad bajo la Dirección del Dr. Miguel Larguía y la Subdirección de la Dra. Celia Lomuto.

Esto permite a los egresados de la Residencia, previa aprobación de un examen y de una monografía, contar con el título de Especialistas Universitarios en Neonatología otorgado por la Facultad de Medicina-UBA, además del título que otorga el Ministerio de Salud por haber realizado la residencia completa. También permitió incorporar en forma orgánica a Becarios del interior del país y del extranjero a dicha formación.

Este reconocimiento, así como la designación de **Hospital Asociado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires** desde 1997, ha devuelto a la Residencia al ámbito universitario en el que se había iniciado.

Durante estos 36 años han egresado 144 Residentes (47 hombres y 97 mujeres) y 16 Becarios (6 hombres y 10 mujeres). Cursan la Residencia en la actualidad 8 Residentes y 1 Becario (Ver listado de Residentes).

2. Residencia de Tocoginecología

A diferencia de la Residencia de Pediatría-Neonatología, que comenzó en el Hospital al mismo tiempo que el nuevo Servicio, la Residencia de Tocoginecología se inició en 1968 en un Servicio sólidamente estructurado que se había iniciado en 1934, también sede de una Cátedra, la de Obstetricia del Prof. Dr. Francisco Uranga Imaz.

Esto produjo algunas resistencias en su incorporación, aunque fueron rápidamente subsanadas. La amistad y el trabajo compartido, especialmente en la Sala de Partos, de los Residentes de Pediatría y de Tocoginecología, fue uno de los puntales de la integración de ambos Servicios tendiendo a formar un verdadero equipo Perinatológico.

Tabla 3. Proporción de Residentes egresados que permanecen en el Hospital según especialidad. 1968-2004. HMIRS.

Residencia	n/total	%
Neonatología	29/160	18
Tocoginecología	47/195	24
Enfermería en perinatología	5/48	10
Obstétricas	13/26	50
TOTAL	94/429	22

El número de vacantes ha disminuido, aunque en menor proporción, la duración de la Residencia ha sido siempre de cuatro años y ha tenido dos o tres cargos de Jefes de Residentes por año. Los Instructores existieron en forma permanente aunque su número descendió de tres a uno desde 1995. La Coordinación docente ha estado a cargo sucesivamente del Dr. Roberto López, el Dr. Ricardo Illia, el Dr. Adolfo Mártire, el Dr. Juan Van der Velde, la Dra. Mariana Slafer, la Dra. Cecilia Estiú y la Dra. Natalia Basualdo.

Se reciben Residentes Rotantes de Tocoginecología de otros hospitales especialmente en las áreas de Embarazo de Alto Riesgo y Residentes de Medicina Familiar o General para adquirir los conocimientos básicos de Obstetricia.

Han egresado hasta el momento 195 Residentes (106 mujeres y 89 hombres) siendo en la actualidad 20 los cursantes.

En 1997 se aprobó la **Carrera de Médicos Especialistas Universitarios en Obstetricia**, por la Facultad de Medicina de la UBA, siendo su Director el Dr. Eric Ulens y el Subdirector el Dr. Ricardo Illia. En este caso la Carrera exige la Residencia completa, por lo que a partir de 1998 los ex Residentes pueden optar por el título universitario.

3. Residencia de Enfermería Perinatal

Cuando en 1991 la Secretaría de Salud decide comenzar con Residencias en Enfermería, se abre en este Hospital una de las cuatro sedes de la Residencia en Enfermería Perinatal (también en Htales. Argerich, Santojanni y Fernández), de tres años de duración.

La misma tuvo un comienzo difícil, como toda nueva experiencia, sumado a un control muy centralizado de la misma. Los Coordinadores Docentes sólo se encuentran en el nivel central, los Instructores se designaron en ese mismo nivel, etc. Estos aspectos dificultaron en un comienzo la inserción de esta Residencia dentro del Hospital, pero poco a poco dichos problemas se han ido subsanando. Se empieza a afianzar el rol del Residente de

Enfermería, el personal de planta comienza a aceptarlos y la integración con otras Residencias se intensifica a través de actividades docentes conjuntas.

En un comienzo sólo tuvo Instructores, pero a partir de 1994, cuando surgieron los primeros egresados se contó con Jefes de Residentes. Lamentablemente, desde 1995 no se nombraron más Instructores, lo que dificulta el cumplimiento de las actividades docentes y la integración con la planta. El número de vacantes ha ido en disminución de 9 a 3 Residentes por año.

Ya han egresado 48 Residentes (35 mujeres y 13 hombres) siendo 9 los Residentes actuales. Debido al escaso tiempo de existencia de la Residencia de Enfermería, aún no se valoriza curricularmente esta experiencia. Son muy pocos (sólo el 10%) los Ex Residentes que se han podido incorporar al Hospital.

La Residencia comparte experiencias con Residentes Rotantes de Enfermería Pediátrica de otros Hospitales y con Residentes de la misma especialidad que también rotan por este Hospital.

4. Residencia de Obstétricas

Varios años antes de comenzar la Residencia propia del Hospital, rotaban Residentes Obstétricas para adquirir formación en las Guardias, ya que sólo se desempeñaban en Centros de Salud hasta ese momento.

A pesar de los pocos años transcurridos desde su comienzo en 1994, esta Residencia de tres años de duración, se ha integrado rápidamente en el Hospital. Tal vez ha contribuido a ello el que desde antes de su ingreso se había comenzado un movimiento revalorizando el papel de la Obstétrica, ampliando sus funciones más allá de la Sala de Partos, extendiendo su accionar a los Consultorios Externos, Salas de Internación, Cursos de Preparación Integral para la Maternidad, etc.

La Residencia cuenta con una Coordinación Docente centralizada. Los dos primeros años tuvo Instructores y Jefes de Residentes, pero desde 1996 sólo este último cargo. Hay 26 egresadas hasta el momento y cursan la Residencia en la actualidad 9 Obstétricas. •

LISTADO DE RESIDENTES AÑOS 1968-2004

RESIDENTES DE PEDIATRÍA-NEONATOLOGÍA		
RESIDENCIA DE PEDIATRÍA		
1ª. Promoción: 1968-1971:	Dr. Lidia Parga	Dr. Alberto Durante
Dr. Ernesto Attié	4ª. Promoción: 1971-1974:	Dr. Carlos Garbagnatti
Dr. Máximo Gómez Villafaña	Dr. Rafaela Argamasilla	Dr. Guillermo López Montero
Dr. Guadalupe Mujica	Dr. Daniel Gril	Dr. Lydia Otheguy
Dr. Mario Tessier	Dr. Lilliana Popovic	Dr. Mabel Umansky
Dr. Jorge Urman	Dr. Héctor Vázquez	8ª. Promoción: 1975-1978:
2ª. Promoción: 1969-1972:	Dr. Herminia Vedoya	Dr. Carlos Fustiñana
Dr. Susana Baroni	5ª. Promoción: 1972-1975:	Dr. Alejandro Jenik
Dr. Enrique Colombo	Dr. Enrique Abeyá	Dr. Raúl Roitman
Dr. César Díaz Ballvé	Dr. Graciela Amoresano	9ª. Promoción: 1976-1979:
Dr. Lidia Morettini	Dr. Raúl Mosquera	Dr. Cristina Bocaccio
Dr. Irene Marín	Dr. Juana Vairetti	Dr. Mónica Fratti
3ª. Promoción: 1970-1973:	Dr. Mónica Waisman	Dr. Horacio García
Dr. Beatriz Frost	6ª. Promoción: 1973-1976:	Dr. Cristina Lezama †
Dr. Enrique Gebara	Dr. Estela Azrilevich	Dr. María Alda Sarubbi
Dr. Roberto Gómez Cora	Dr. Adriana Blanco	Dr. Iris Schapira
Dr. Celia Lomuto	Dr. Ana Galindo	RESIDENCIA DE NEONATOLOGÍA
Dr. Luis Ovando †	Dr. Rodolfo Lombardelli	10ª. Promoción: 1977-1980:
	Dr. Norma Rosatto	Dr. Norma Aspres
	Dr. Angela Venier	Dr. Eduardo Duro
	7ª. Promoción: 1974-1977:	Dr. Alberto Luccón
	Dr. Marta Davidovich	

- Dr. Jorge Tavosnanska
Dr. Luis Novali
- 11ª. Promoción: 1978-1981:**
Dra. María del Carmen Antón
Dr. Guillermo Aranciva
Dra. Susana La Rosa
- 12ª. Promoción: 1979-1982:**
Dra. Victoria Fasce
Dr. Daniel Fernández
Dr. José Luis Nogueira
Dra. Olga Marcela Suárez
- 13ª. Promoción: 1980-1983:**
Dra. Patricia Alvarez
Dr. Miguel Gallo
Dr. Claudio Solana
- 14ª. Promoción: 1981-1984:**
Dr. Darío Argain
Dra. Elisa Duro
Dra. María Teresa Skulj
Dr. Daniel Schachman
Dr. Mario Weisman
- 15ª. Promoción: 1982-1985:**
Dr. Rubén Alvaro
Dr. Alejandro Dinerstein
Dr. Horacio Osiovič
- 16ª. Promoción: 1983-1986:**
Dra. Beatriz Moggi
Dra. Liliana Salinas
- 17ª. Promoción: 1984-1987:**
Dra. Mónica Brundi
Dra. Lidia Galina
Dra. María Laura Gendra
Dra. Susana Luján

RESIDENCIA POSTBÁSICA DE NEONATOLOGÍA

- 18ª. Promoción: 1985-1987:**
Dr. Alfredo Ricci
Dra. Mónica Savorani
- 19ª. Promoción: 1986-1988:**
Dra. Roxana Borrioni
- 20ª. Promoción: 1987-1989:**
Dr. Armando Amin
Dra. Stella Maris Molina
Dra. Ernestina Petzil
- 21ª. Promoción: 1988-1990:**
Dr. Luis Ahumada
- 22ª. Promoción: 1989-1991:**
Dra. María Delcys Albas
Dra. Leticia Bernal
Dra. Susana García
- 23ª. Promoción: 1990-1992:**
Dr. Juan Colares
Dra. Ana María Costa
Dr. Angel Oscar Disiervi
Dra. Graciela Fernández
Dra. Miriam Flores

RESIDENCIA POSTBÁSICA DE NEONATOLOGÍA MÁS CARRERA DE ESPECIALISTAS UNIVERSITARIOS EN NEONATOLOGÍA, UBA

- 24ª. Promoción: 1991-1993:**
Dra. Ruth Habergyc
Dra. Liliana Ramírez
Dra. Berenice Repezza
Dra. Cecilia Young
Dr. Pedro Abraham
(Becario Rep. Dominicana)
- 25ª. Promoción: 1992-1994:**
Dra. Elizabeth Kerkvliet
(Becaria Holanda)

- 26ª. Promoción: 1993-1995:**
Dra. Gladys Moreno
Dra. Daniela Satragno
Dra. Alicia Scalise
Dra. Sandra Tejero
Dr. Ramón Alcántara
(Becario Rep. Dominicana)
Dr. Julio Insuasti (Becario Ecuador)
Dr. Shigeru Kamiya (Becario Bolivia)

- 27ª. Promoción: 1994-1996:**
Dra. Ana Casá
Dra. Adriana Cohen
Dr. Pablo Grassi
Dra. Ana María Herrera
Dra. Gabriela Márquez
Dra. Mario Mercado Iníguez
Dra. Silvana Migliaro
Dra. Magdalena Quinteros
Dra. Nilda Teresa Romero
Dra. Marcela Montaña Mareño
(Becaria Bolivia)

- 28ª. Promoción: 1995-1997:**
Dra. María Alejandra Chacana
Dra. Marcela Echeverría
Dra. Daniela Lezcano
Dra. María de los Angeles Martínez
Dra. Viviana Piombo
Dra. Miriam Gauna (Becaria Misiones)
Dra. Escolástica Ramírez
(Becaria Bolivia)

- 29ª. Promoción: 1996-1998:**
Dra. Patricia Brucellaria
Dr. Diego Enríquez
Dr. Diego Jaroslavsky
Dr. Marcelo Mansilla
Dra. Zandra Reynal O'Connors
Dra. Sandra Rodríguez
Dra. Natalia Rodríguez Galli
Dra. María Cecilia Simoni
Dra. Antonella Paola Vaccaro
Dra. Minerva Rocha Osorio
(Becaria Colombia)
Dr. Freddy Rodríguez Pautt
(Becario Colombia)

- 30ª. Promoción: 1997-1999:**
Dra. María Teresa Durán Galup
Dr. Mariano Gorla
Dra. Mónica Rodríguez
Dr. Amiro Daza Díaz (Becario Colombia)
Dra. Judith Machado (Becaria Colombia)
Dra. Alicia Mariani (Becaria Córdoba)

- 31ª. Promoción: 1998-2000:**
Dr. Pedro Acuña
Dra. Claudia Díaz
Dr. Carlos Romero
Dra. Viviana Urquiza

- 32ª. Promoción: 1999-2001:**
Dra. Nelly Vaccari
Dr. Fabio Marzinotto
Dr. Ricardo Nieto
Dr. Roberto Szulepa
Dra. Aurora Chavaría (Becaria Nicaragua)

- 33ª. Promoción: 2000-2002:**
Dr. Gustavo Pelligra
Dr. Juan Alba
Dra. Magdalena de Elizalde
Dra. Laura Carola Sauré
Dra. Susana Corvalán (Becaria Mendoza)

- 34ª. Promoción: 2001-2003:**
Dra. Verónica Sabio Paz
Dra. Laura Kasten
Dra. Cristina Cortiana
Dra. María Inés Turri

- Dra. Patricia Veiga (Becaria)
- 35ª. Promoción: 2002-2004:**
Dra. Silvina Casadei
Dra. Graciela Gómez Bouza
Dr. Luis Ducret
Dr. Mauro Mendibil †
Dr. Gastón Pérez (Becario)
- 36ª. Promoción: 2003-2005**
Dr. Cristian Belleci
Dra. Analía De Biasi
Dr. Serio Bugarini
Dr. Javier Meritano
Dr. José Luis Galiotti (Becario)
- 37ª. Promoción: 2004-2006**
Dr. Martín Berrotarán
Dra. Lucrecia Bossi
Dra. María Luján Schierenbeck
Dra. Constanza Soto Conti

RESIDENTES DE TOCOGINECOLOGÍA 1968-2006

- 1ª. Promoción: 1968-1972:**
Dra. Beatriz Alonso†
Dra. Juanita F. de Kaplan
Dra. Alicia Piñero
- 2ª. Promoción: 1969-1973:**
Dra. Marta Barrio
Dr. Alfredo Otolara
Dr. Ricardo Savransky
- 3ª. Promoción: 1970-1974:**
Dra. Haydeé Alsina
Dr. Alberto Caputo †
Dr. Aristides Chaulet
Dr. Alcides Pinazo
Dr. Jorge Rivas
- 4ª. Promoción: 1971-1975:**
Dr. Jorge Bottaro
Dra. Ana De Lisi
Dr. Oscar Nieva
Dra. Manuela Sandoval
Dr. Baldemaro Zanaboni
- 5ª. Promoción: 1972-1976:**
Dra. Leonor Alvarez
Dra. Cristina Dabía
Dr. Carlos Gril
Dr. Ricardo Fescina
Dr. Mariano Furci
- 6ª. Promoción: 1973-1977:**
Dra. Marina Baschuk
Dr. Evaristo Cruz Molina
Dr. Santos Chisari
Dra. Angela Epele
Dr. Antonio López
Dr. Juan Sciarrotta
Dr. Néstor Tizzano
- 7ª. Promoción: 1974-1978:**
Dra. Elsa Andina
Dr. Edgardo Betancourt
Dr. Carlos Esperanza
Dra. María Kerekes
Dr. Carlos Liftchits
Dra. Silvia Stiefkens
- 8ª. Promoción: 1975-1979:**
Dr. Raúl Abalos
Dr. Armando García Bertoni
Dr. Daniel Grud
Dr. Esteban Polanco
Dr. Enrique Rauch
- 9ª. Promoción: 1976-1980:**
Dr. Eduardo García Platini
Dra. Mirta Grassis
Dra. Dora Nemirosky
Dr. Eduardo Valenti
Dr. Pedro Villalba

10ª. Promoción: 1977-1981:
Dr. Carlos Garay
Dra. Marita Marino
Dra. Ana Siciliano
Dr. Luis Weiner

11ª. Promoción: 1978-1982:
Dra. Cristina Laterra
Dra. Patricia Méndez
Dr. Mario Ramírez
Dr. Mario Sánchez

12ª. Promoción: 1979-1983:
Dra. Adriana Becker
Dra. Liliana Bertoni
Dr. Ricardo Illia

13ª. Promoción: 1980-1984:
Dra. Laura Dalio
Dr. Guillermo Di Nucci
Dr. Eduardo Ippolito
Dr. Daniel Rosztein

14ª. Promoción: 1981-1985:
Dr. Jorge Charalambopoulos
Dra. Liliana Malisani
Dra. Miriam Mastroberardino
Dra. Claudia Perrone

15ª. Promoción: 1982-1986:
Dra. Miriam Fernández
Dr. Edgardo Gramuglia
Dra. Claudia Gurovich
Dr. Roberto Marcó
Dra. Noemí Merle
Dr. Alberto Rey

16ª. Promoción: 1983-1987:
Dra. Silvana Arena
Dra. Ana Bircher
Dr. Ernesto Beruti
Dr. Jorge Darakdjian
Dra. Ingrid Di Marco
Dr. Juan Ninfea
Dr. Guillermo Oría
Dra. María Tomaselli

17ª. Promoción: 1984-1988:
Dra. María Cecilia Estiú
Dr. Guillermo Herrmann
Dra. Jorgelina Iglesias
Dra. Mónica Ingilde
Dr. Eduardo Lengua
Dr. Luis Moser
Dra. Patricia Olejnik
Dra. Mercedes Taragna

18ª. Promoción: 1985-1989:
Dr. Raúl Cohen Arazzi
Dra. Silvia Fernández
Dra. Judith Goldman
Dra. Alicia Monterroso
Dr. Valerio Rossi
Dr. Rubén Vergara
Dr. Juan Van der Velde

19ª. Promoción: 1986-1990:
Dr. Rubén Almada
Dr. Luis Amezaga
Dra. Patricia Anido
Dr. Anibal Dal Verme
Dra. Alicia Di Rauso
Dra. Teresa Fernández
Dr. Gustavo López Paituvi
Dr. Adolfo Mártire
Dra. María del Carmen Pezzelato
Dra. Patricia Rey

20ª. Promoción: 1987-1991:
Dr. Sergio Casini
Dr. Daniel Dapelo
Dra. Alejandra Frailuna
Dr. Gabriel Ibarzábal
Dr. Pablo López Mautino

Dra. Violeta Orsetti
Dr. Ariel Sarlo
Dr. Eduardo Spaccavento
Dra. Patricia Zahnd

21ª. Promoción 1988-1992:
Dr. Gabriel Burdman
Dra. María Alejandra Medina
Dra. Analía Messina
Dra. Cristina Nemer
Dr. Edgardo Presta
Dra. Mariana Slafer
Dra. Vera Votti

22ª. Promoción: 1989-1993:
Dr. Daniel De Zordo
Dra. Sandra Martínez
Dra. Liliana Morta Vene
Dr. Héctor Nesis
Dr. Fabián Ravale
Dr. Javier Sapir
Dra. Sandra Susacasa

23ª. Promoción: 1990-1994:
Dra. Celina Averbuj
Dra. Mabel Azcárate
Dr. Fernando López
Dra. Silvina Pradiez
Dra. Patricia Rodríguez

24ª. Promoción: 1991-1995:
Dr. Fernando Basso
Dr. Santiago De los Santos
Dra. Karina Gianello
Dra. María Eugenia Reggiardo
Dra. Mara Rubistein
Dra. Mariana Valdovinos

25ª. Promoción: 1992-1996:
Dra. Pamela Bascary Miller
Dra. Natalia Basualdo
Dr. Marcelo Dabbah
Dra. Gabriela Gallastegui
Dra. Paula Garófali
Dra. Virginia Iglesias
Dr. Rubén Lipowicz
Dr. Enzo Treggiano
Dr. Hugo Trevani

26ª. Promoción: 1993-1997:
Dra. María Teresa Almada
Dra. Estefanía Denda
Dra. Rosa Godoy
Dr. Alejandro Masuelli
Dr. Pablo Paladini
Dra. Rosana Scrignar

27ª. Promoción: 1994-1998:
Dra. Karina Cano
Dra. Graciela Ferradás
Dra. Esperanza Giménez López
Dra. Cynthia Glantt
Dra. Alejandra Labarba
Dr. León Mintz
Dra. Sandra Spósito

28ª. Promoción: 1995-1999:
Dra. Claudia Cantero
Dra. Cecilia Córdoba
Dr. César Juncos
Dr. Jorge Ortega
Dra. Karina Pasarelli
Dra. Andrea Pinna
Dr. José Páez

29ª. Promoción: 1996-2000:
Dra. Jessica Campos Flores
Dra. Andrea del Carreto
Dr. Fabián Chillemi
Dr. Juan Fazio
Dra. Alejandra Folgueira
Dr. Carlos Olea

30ª. Promoción: 1997-2001:

Dra. Ana Cosentino
Dra. Lorena Flores
Dra. Vanesa Flores Acevedo
Dra. María Cristina Louza
Dra. María José Olza
Dra. María Verónica Secondi
Dr. Mario Wainer

31ª. Promoción: 1998-2002:
Dr. Daniel Cavallé
Dra. Delia Herrera
Dra. María Pérez
Dra. Lorena Torres
Dr. Mauricio Zottig

32ª. Promoción: 1999-2003:
Dra. Analía Alfaro
Dr. Ariel Kaors
Dra. Ludmila Oskorip
Dra. Erika Wistak

33ª. Promoción: 2000-2004:
Dra. Marcela Dericco
Dra. Carolina García
Dra. Andrea Gowdak
Dra. Silvina Paladino
Dr. Francisco Turri

34ª. Promoción: 2001-2005:
Dr. Gustavo Wagner
Dra. Ana Paula García
Dr. Raúl Rojas
Dra. María Soledad Scacchi
Dra. Romina Fiasche

35ª. Promoción: 2002-2006:
Dra. Andrea Agüero
Dra. Lucila Levelig
Dra. Carolina Da Representação
Dra. Soledad Rivera
Dra. Gabriela Casasco

36ª. Promoción: 2003-2007:
Dra. Evangelina Di Pietrantonio
Dra. María Celeste Materia
Dra. María Inés Viola
Dra. Julieta Repetto
Dra. María Clara Bilbao

37ª. Promoción: 2004-2008:
Dra. Andrea Acosta
Dr. Eduardo Borges
Dra. Erika Dirassar
Dra. Andrea Fachinat
Dra. Carla Otero

RESIDENTES DE ENFERMERÍA PERINATAL 1991-2004

1ª. Promoción: 1991-1994:
Enf. Sergio Báez
Enf. Rosa Chaire
Enf. Julio Díaz
Enf. Santiago Durante
Enf. Miguel Funes
Enf. Liliana Jiménez
Enf. Hernán Girón
Enf. Elba Leal
Enf. Esther López
Enf. Mercedes Navarrete

2ª. Promoción: 1992-1995:
Enf. Dora Amarante
Enf. Nancy Casco
Enf. Rosa Godoy
Enf. Olga Jerez
Enf. Marta Maruco
Enf. Patricia Palacios
Enf. Alicia Vallejos

3ª. Promoción: 1993-1996:
Enf. Marcelo Aldrovandi
Enf. Lidia Barros
Enf. María José Kappes

Enf. Ramón Ludueña
 Enf. Fresia Roa
 Enf. Angélica Toro
4ª. Promoción: 1994-1997:
 Enf. Teresa Alfaro
 Enf. Mónica Coria
 Enf. Dora Correa
 Enf. Mirta Díaz
5ª. Promoción: 1995-1998:
 Enf. Cristina Fernández
 Enf. Alejandro Gilmour
 Enf. Irma Venancio
6ª. Promoción: 1996-1999:
 Enf. Patricia Andrés
 Enf. Leonardo Laurenzena
 Enf. Marta Rivarola
7ª. Promoción: 1997-2000:
 Enf. Gerardo Velázquez
 Enf. Patricia Rivera
 Enf. Viviana Toledo
8ª. Promoción: 1998-2001:
 Enf. Cristina Ferrarini
 Enf. Norma Hebenstreit
 Enf. Alejandro Miranda
9ª. Promoción: 1999-2002:
 Enf. Guido Aisemberg
 Enf. María Fonseca
 Enf. Marcia Tiburcio Cavalcanti
10ª. Promoción: 2000-2003:
 Enf. Gabina Ríos
 Enf. Lilita Terán
 Enf. Alejandro Maldonado

11ª. Promoción: 2001-2004:
 Enf. Eliana Arce
 Enf. Marisol Martos
 Enf. Edelmira Valenzuela
12ª. Promoción: 2002-2005:
 Enf. Dacil Britez
 Enf. Karina Colabella
 Enf. Marisa Polci
13ª. Promoción: 2003-2006:
 Enf. Silvia Guevara
 Enf. Roberto Rioja
 Enf. Julio Yoctayo Cortés
14ª. Promoción: 2004-2007:
 Enf. Paula Palacio
 Enf. Emiliano Pucherman
 Enf. Valeria Yances

RESIDENTES OBSTÉTRICAS 1994-2004

1ª. Promoción: 1994-1997:
 Obst. Silvana Bermúdez
 Obst. Adriana Vilches
2ª. Promoción: 1995-1998:
 Obst. Roxana Barral
 Obst. María José Bertot
 Obst. Sandra Troncione
 Obst. Doris Velázquez
3ª. Promoción: 1996-1999:
 Obst. Claudia Fernández
 Obst. Gabriela Giugni
 Obst. Graciela Herrera
 Obst. Valentina Pernas
4ª. Promoción: 1997-2000:

Obst. María Giménez
 Obst. Lorena Marino
 Obst. Laura Pascuzzo
 Obst. Débora Sciamanna
5ª. Promoción: 1998-2001:
 Obst. Karin Dorfler
 Obst. Andrea Farías
 Obst. Valeria Herrera
6ª. Promoción: 1999-2002:
 Obst. Bonavera Fernanda
 Obst. Camus Giselle
 Obst. Gonzáles Yolanda
7ª. Promoción: 2000-2003:
 Obst. Berman Gisela
 Obst. Romero Marina
 Obst. Veiga Ma. Angélica
8ª. Promoción: 2001-2004:
 Obst. Bobino Micaela
 Obst. Méndez Mariana
 Obst. Sartori Jimena
9ª. Promoción: 2002-2005:
 Obst. Lilita Barbieri
 Obst. Laura Mendoza
 Obst. Virginia Sosa Rodríguez
10ª. Promoción: 2003-2006:
 Obst. Dorado Paula
 Obst. Ferrín Mariela
 Obst. Villareal Gabriela
11ª. Promoción: 2004-2007:
 Obst. Cáceres Dalma
 Obst. Detzel Ma. Laura
 Obst. San Martín Ma. Emilia

Frente de la Maternidad en la inauguración (1934).



LA BIBLIOTECA DEL HOSPITAL ¡TAMBIÉN CUMPLE 70 AÑOS! (1934- 2004)

Dra. Celia Lomuto

Secretaria Comité de Docencia e Investigación. H.M.I.R. Sardá.

La Biblioteca fue inaugurada en el año 1934, al mismo tiempo que el Hospital, y aún conserva muchos libros y el mismo mobiliario de aquella época, e incluso el busto del primer Director. Ha llegado a contar con 72 títulos (colecciones de publicaciones periódicas) y 700 libros.

Está ubicada en el primer piso de la Institución y su planta física es una sala única de 40 m², con estanterías vidriadas en todo el perímetro, tres mesas de lectura con capacidad para 20 personas sentadas y dos escritorios para el personal. El Comité de Docencia e Investigación es el responsable de su funcionamiento.

En estos 70 años de existencia ha debido adaptarse, en la misma planta física, a los enormes cambios requeridos por una Biblioteca moderna:

1. Incremento de los usuarios, mayoritariamente profesionales en capacitación: Residentes propios y Rotantes, Concurrentes, Visitantes, Becarios, Alumnos de Pregrado, etc., que no existían al crearse la Biblioteca. En la actualidad, cuenta con 280 socios que aportan una módica cuota mensual para poder financiar la compra de los materiales que luego utilizarán.
2. Incremento de la colección de libros y publicaciones periódicas. En los primeros años de funcionamiento, la mayoría del material disponible eran libros y en cambio en la actualidad se han multiplicado las publicaciones periódicas, por lo que fue necesario incorporar la modalidad de "estantería abierta" (selección del material por el propio usuario).
3. Cambio radical en los servicios que debe brindar la Biblioteca:
 - Del fichado manual del material se ha pasado al fichado informatizado, para lo que ha sido necesario incorporar dos computadoras, creando y actualizando permanentemente varias Bases de Datos propias.
 - Uso de Bases de Datos en CD-Rom de bibliografía nacional e internacional.
 - Conexión a Internet y correo electrónico (bibliotecasarda@tutopía.com) para lo que fue necesario contar con una línea telefónica de uso exclusivo.
 - Fotocopia del material para lo que se incorporó una fotocopidora (desde hace un año no puede solventarse).
 - Organización de una videoteca.
 - Respuestas crecientes a los requerimientos de los propios socios del Hospital y de otras Bibliotecas al comenzar a transformarse en una Biblioteca de referencia en el área Perinatal, Obstetricia, Neonatología y Ginecología, por lo que se implementó un sistema de *delivery* para la búsqueda de material

existente en otras Bibliotecas o para el envío de publicaciones en existencia en la nuestra.

4. Incorporación de Personal capacitado para el manejo de la infraestructura mencionada. Durante muchos años la Biblioteca estuvo a cargo de personal administrativo, pero desde hace 20 años cuenta con Bibliotecaria: ellas fueron Inés Amor de García Uranga, Juanita Tassart, Mónica Pérez y Gabriela Tielas en la actualidad.

La Biblioteca no está financiada con fondos del Hospital y/o del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y no cuenta con personal rentado por esas instancias, lo que obliga a los profesionales de la Institución a pagar una cuota y a conseguir otros aportes para el pago de la Bibliotecaria, adquisición de publicaciones periódicas y libros, pago de la línea telefónica, etc. Se han recibido aportes de Asociación de Profesionales y Cooperadora del Hospital, Universidad Austral, Becas Carillo- Oñativia y donaciones de muchos de los profesionales del Hospital.

El horario de atención es de 9 a 13 hs. y se brindan los siguientes Servicios: localización y provisión de documentos en nuestro país y en el exterior, reprografía, préstamos de libros, monografías, videos y publicaciones periódicas a domicilio (sólo para los socios), consulta y búsqueda en Bases de Datos Bibliográficas en CD-ROM y on-line y se procesa y carga material en bases de datos propias automatizadas.

La Biblioteca integra las siguientes Redes de Información en Salud: OPS/OMS/BIREME/Red de Información Pediátrica y BIBLIOMED de la Sociedad Argentina de Información. También es cooperante de la RENICS/OPS/OMS (Red Nacional en Ciencias de la Información).

Se reciben las publicaciones periódicas más importantes de Sociedades Científicas y Hospitales del país en intercambio con la Revista del Hospital, libros nuevos en donación de editoriales, la Biblioteca de Salud Reproductiva (en CD) y otros materiales de OPS/OMS, materiales editados por el Ministerio de Salud, etc.

Durante muchos años se adquirieron las 12 publicaciones periódicas extranjeras más relevantes en el área de Salud Perinatal y se recibieron otras en donación, especialmente por Laboratorios. Pero luego de la crisis económica que se inició en el año 2001, sólo se han podido adquirir 5 títulos de publicaciones extranjeras: *Seminars in Perinatology*, *Seminars in Neonatology*, *Obstetrics and Gynecology*, *American Journal Obstetrics and Gynecology* y *The Journal of Pediatrics*. Se recibe *Pediatrics* en donación.

De este somero análisis surge que la planta física y el equipamiento actual de la Biblioteca no es el adecuado para las grandes transformaciones que fue necesari-

rio introducir en su funcionamiento a lo largo de estos años y que sería necesario adicionar para llegar a la excelencia.

A esta situación se suma la crisis financiera que impide mantener actualizada la colección de publicaciones periódicas, pagar un sueldo digno a la Bibliotecaria, contar con un Asistente de biblioteca, una fotocopidora propia, mantener un horario completo de atención (mañana y tarde), etc.

Soñamos con una Biblioteca más grande, con iluminación adecuada, aislamiento acústico, ambiente térmico controlado, acceso a sanitarios cercanos, salas accesorias para fotocopidora/ video/ DVD, lectura silenciosa, terminales de PC para cada usuario, mobiliario con-

fortable y especialmente que pueda contar con financiación regular proveniente del presupuesto del Hospital que permitirá contar con Bibliotecaria y asistente que aseguren un funcionamiento eficiente durante todo el día y una colección más completa de publicaciones periódicas y libros actualizados.

Contar con una Biblioteca eficiente es un derecho que tiene todo el Equipo de Salud de nuestro Hospital que esta *obligado* a mantenerse actualizado y a encontrar permanentes respuestas para asegurar una adecuada calidad de la atención a las mujeres y sus hijos que se asisten en la Institución y a poder brindar docencia y realizar investigaciones sustentadas en la Medicina Basada en la Evidencia. •



Personal de la Maternidad Sardá en la terraza.
De izq. a der.:
Enf. Elsa (partos),
Jefe Mantenimiento
Sr. Bartolotto, Enf.
Araceli González,
Enf. Isabel Avila,
Enf. Fernanda Baro,
Instr. Mirta Rodríguez
y Margarita Sotelo
(Estadística).

Personal, familiares y religiosas de la Congregación del Huerto de la Maternidad Sardá, 1966.

De izq. a der.: (?),
Hna. Genoveva,
Enf. González, (?),
Hna. Purificación,
Margarita Sotelo,
Enf. Ana Junco y
Enf. Josefa Ventura.



LA REVISTA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL "RAMÓN SARDÁ" TAMBIÉN CUMPLE AÑOS

Comité Editorial, Revista H.M.I.R. Sardá

Desde su primer número en Octubre de 1970, la Revista Sardá ha constituido un vehículo importantísimo para la comunicación profesional, facilitando la investigación y el intercambio de ideas, siendo la única revista especializada en el campo de la Perinatología en la Argentina. En ese momento el presidente de la Asociación de Profesionales era el Dr. Enrique M. Rossi y el editor responsable de la revista era el Dr. Carmelo J. Paglilla.

En su larga historia la revista tuvo muchos cambios. Por ejemplo, al principio la numeración era continua y los volúmenes eran bienales; así el **volumen 1** comprendía los años 1970/1971 y estaba constituido por los números 1 al 4; el **volumen 2** los años 1971/1972 e incluía los números 5 al 8; el **volumen 3** el año 1972 y el número 9.

A partir del año 1973 dejó de ser continua la numeración dentro de los volúmenes, publicándose tres números. En 1974 no se publicó la revista y los años siguientes la cantidad de números por volumen disminuyó. Así, de 1975 a 1987, se publicaron uno o dos números al año. Con una brecha en la que no se editó la revista de 1977 a 1983 a consecuencia de la situación política del país.

Entre 1984 y 1987 se editaban en promedio dos números por año y en 1988 tres números. Entre 1992 y 1997 se editaron 3 números por año y en 1998 se logró aumentar a 4 números, uno de los cuales se dedicó al **30° Aniver-**

sario del Servicio de Neonatología, relatando sus comienzos en 1968 y cada servicio describió las funciones que desempeñaba en el hospital. En 1999 se editaban tres números por año y a partir del año **2000** y hasta la actualidad se editan cuatro números por año.

En estos treinta y cuatro años la revista ha crecido enormemente y se han publicado **530 artículos** siendo autores tanto profesionales de la Maternidad como invitados, además de incluir una sección de "revista de revistas". También ha cambiado su formato, desde una tapa blanca y logo negro o rojo en los años 70 y los 80, hasta mediados de los años 90 donde adquiere su característica tapa azul. Como hito trascendente es que se accede a la Revista Sardá en formato pdf de los años 2000 a 2004 (vol. 15 a 23) es el sitio web: www.sarda.org.ar/publicaciones

Además la Revista sardá está indexada en las Bases Lilacs (Bireme/OPS) y Scielo.

Agradecemos a todos los prestigiosos **profesionales** que han publicado en la Revista, al **Laboratorio Nutricia Bagó** por su permanente apoyo económico y a la **empresa Ideográfica** a cargo de la producción gráfica desde 1992 y en especial en las personas de Ricardo y Luis Azcárate por su idoneidad y compromiso con el objetivo que nos guió durante tantos años: La comunicación médica en el ámbito hospitalario. •

Revista Sardá en la WEB:

www.sarda.org.ar/publicaciones

En el menú
Publicaciones/Rev. Sardá
se puede acceder a los artículos
completos y grabarlos o
imprimirlos en formato
de texto (.pdf)
desde los años **2000 a 2004**
(Volúmenes 19, 20, 21, 22 y 23)



NEONATOLOGÍA, INFORMÁTICA Y CASUALIDAD

Ing. Marcelo San Pedro

EPSON, Argentina

Las cosas han cambiado y mucho. Hoy en día es redundante y para algunos hasta ofensivo explicar sobre la importancia de la **información** como pieza de valor estratégico y de poder. Quien no haya entendido esto aún se encuentra fuera del mundo actual, ya que sin dudas nos encontramos totalmente inmersos en una era digital.

Sin embargo, todavía hay gente que no tiene claro la gran diferencia entre dato e información. Es así que hay quienes creen que por tener datos disponen de información, cuando realmente solo tienen una mera colección o registro de datos.

Hace quince años las cosas no eran tan claras, las herramientas disponibles no tan poderosas y la informática no había penetrado como hoy en la sociedad y sus procesos.

Allá por 1989 comenzamos a trabajar en conjunto médicos, informáticos e ingenieros (extraña mezcla de diferentes formaciones). El objetivo era el diseño de lo que sería la **Base de Datos Perinatólogica Agustina**. Todos estábamos ya convencidos de que debíamos tener una herramienta para convertir la suma de datos disponibles en información tan rica como fuese posible.

Fue un momento muy rico, de colaboración; aprendimos de los médicos y tratamos de introducirlos a un mundo de lógica informática en el cual entraron con sorprendente velocidad.

Con el transcurrir del tiempo y con **Agustina** en sus primeras versiones decidimos aumentar los alcances y nacieron **UTIN** (un sistema para unidades de terapia intensiva neonatales) y **Persi5** que utiliza datos de Agustina para investigar sobre el peso de los RN y su vinculación a diferentes condiciones como ser patologías tanto del RN como de la madre, la paridad, el hábito de fumar, etc.

Como resultado pudimos generar curvas de crecimiento con decenas de miles de casos. Tan extensa era nuestra base que hasta gemelares de 26 semanas de gestación tenían tamaños muestrales suficientes como para representar a esos intervalos de clase en forma adecuada.

Sin dudas los resultados obtenidos muestran la fundamental importancia del trabajo metódico y constante de colección de datos y de su posterior manejo para generar la información que de ellos emana.

Un **sistema** es una suma de algoritmos que registran y procesan datos dándonos como resultado información. Estos sistemas en medicina hacen necesario disponer más que nunca de grupos interdisciplinarios

para desarrollarlos. Tanto el equipamiento como los datos disponibles son cada vez más complejos y profusos, el proceso es cada vez más difícil y, a su vez, más rico científicamente hablando.

¿Cómo se generan estos grupos? Una forma es el planeamiento estratégico de su desarrollo. Lamentablemente, en nuestro país es difícil encontrar este planeamiento.

Otra forma es por casualidad. En la lengua inglesa hay una palabra no traducible aún formalmente a la lengua española: *serendipity* que describe el hecho de descubrir algo por casualidad.

Horace Walpole escribió a sir Horace Mann el 28 de enero de 1754 una carta donde hablaba de su reciente creación de la palabra *serendipity* y de su riqueza expresiva.

Algunos ejemplos de estos descubrimientos casuales son el **Principio de Arquímedes** quien descubrió el famoso efecto de como el volumen desplazado de agua bajaba su peso mientras se bañaba.

Así también los experimentos de Galvani que ayudaron a establecer las bases del estudio biológico de la neurofisiología y la neurología, el cambio de paradigma en este campo fue radical: los nervios no eran canales con fluidos como la mente de Descartes había concebido tiempo atrás, sino conductores eléctricos. Descubrió esto por accidente al tocar la pata de una rana disecada con un escalpelo cerca de una máquina eléctrica que descargó electricidad.

Entonces, en el caso del Sistema Agustina, como se juntaron gente de diferente formación y con un solo objetivo, ya dijimos que no fue un hecho planificado ¿habrá sido un hecho Serendípico?

En lo personal, no me cabe duda de que la casualidad tiene una gran importancia en nuestras vidas, pero no fue así como nació el desarrollo de Agustina y sus derivados.

El hecho que formó el grupo fue el nacimiento de una pequeña prematura, frágil y luchadora que como un poderoso imán juntó las partes necesarias para que hoy el Sistema Agustina exista.

Luego de estos años **Agustina** planea su fiesta de 15 rodeada de amigos; la Maternidad Sardá sigue trabajando con el software y yo sigo con un continuo y profundo sentimiento de agradecimiento por la Agustina que Uds. me dieron, por el enorme esfuerzo que hicieron. Sin dudas, una mera colaboración en crear un sistema es nada frente a tanto recibido.

Solo me queda decirles: ¡gracias por siempre!!!! •

SETENTA AÑOS DE VIDA DE LA MATERNIDAD SARDÁ

Dra. Blanca H. Ruiz

Jefa de Departamento de Servicios Centrales de Diagnóstico y Tratamiento, H.M.I.R. Sardá.

“El pasado es parte de nuestro permanente presente”

Eric Hobsbawn

La *“Maternidad Ramón Sardá”* fue inaugurada en 1934 con la característica de ser un centro asistencial integral al servicio de la madre y el niño y de contar con los mejores adelantos técnicos de la época.

Si bien en el transcurso de los setenta años que median desde su inauguración hasta la actualidad se han producido cambios siderales desde el punto de vista científico, en lo que se refiere a la intención con que fue creado este Hospital, siguen vigentes los mismos criterios de brindar una atención de excelencia a la embarazada y a su hijo mediante la cultura del trabajo y la ética y ese es *“El pasado que es parte de nuestro permanente presente”*.

El siglo XX se caracterizó por una revolución de la física teórica que cambió la postura mental de los científicos de todas las disciplinas del saber incluyendo las del arte de curar.

Aparecieron nuevos enfoques conceptuales y revolucionarias tecnologías. Numerosos procesos celulares dejaron de ser “misteriosos” para ser explicados por mecanismos de membrana, canales iónicos, neurotransmisores, sucesiones de productos y de reacciones que dan sustancias medibles, etc.

Las leyes de la herencia pasaron a ser asociaciones moleculares contenidas en genes que pueden ser identificados y manipulados.

Irrumpieron la asistencia respiratoria mecánica, el monitoreo de funciones vitales, los trasplantes de órganos, la fertilización asistida, la manipulación genética.

Estos nuevos conocimientos llevaron, a su vez, a una nueva farmacología con la perspectiva futura de la fármaco genética.

A todo esto se han sumado la aplicación de la informática y la robótica.

En síntesis, desde la creación de este Hospital hasta la actualidad, las ciencias que se ocupan de la salud, han superado el mecanicismo determinista y han pasado a una lógica estructuralista, documentable, comparable y verificable por métodos que permitan una rigurosa cuantificación.

En cuanto a **los métodos de diagnóstico y de tratamiento**, los adelantos tecnológicos registrados en los últimos años, los han transformado en cada vez **más**

precisos y menos invasivos.

Pero no sólo la tecnología es importante para brindar una atención de excelencia. Tan importante como eso es la dedicación, la responsabilidad, la capacitación permanente y un concepto ético de la función que cumplimos lo que nos ha permitido sortear las crisis que se sucedieron en nuestro país y por ende en el Sector Salud para dar respuesta a la demanda creciente que reciben nuestros Servicios.

Esta es la realidad del Departamento de Servicios Centrales de Diagnóstico y Tratamiento que está conformado por:

- División Laboratorio
- Unidad Anatomía Patológica
- Unidad Diagnóstico por Imágenes
- Unidad Farmacia
- Unidad Medicina Transfusional
- Unidad Odontología

Los **Servicios Centrales** proveen información sobre el estado de las embarazadas y sus hijos, tanto en la asistencia ambulatoria como de internación –incluye terapia intensiva– lo cual es necesario para la toma de decisiones médicas.

También participa de acciones que abarcan desde la educación a las madres sobre la salud bucal hasta la detección de enfermedades inaparentes en el recién nacido que pueden llevar a deterioro mental y que son diagnosticadas y tratadas muy tempranamente.

Por otra parte los integrantes de este Departamento participamos activamente en Congresos Nacionales e Internacionales, publicaciones, dictado de cursos, asistencia a cursos de la especialidad correspondiente, promoviendo además la participación del personal técnico y administrativo en programas de capacitación continua.

Finalmente, cabe acotar que los integrantes del plantel de conducción, hemos adquirido herramientas para el *gerenciamiento de establecimientos de salud* y estamos imbuidos de los principios de la *calidad* para optimizar el uso de los recursos, tanto humanos como materiales, a fin de brindar la mejor atención al niño, la embarazada y su familia, que son los destinatarios de nuestra tarea cotidiana. •

LA DIVISIÓN NEONATOLOGÍA DEL H.M.I.R. SARDÁ: EN BÚSQUEDA DE UN MODELO

Dr. Miguel Largaía

Jefe, División Neonatología, H.M.I.R. Sardá.

Es conocido e histórico el traslado de los Médicos pediatras de la Sala 2 del Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez" a la Maternidad Sardá. Este hecho inédito respondió al pedido expreso del entonces Secretario de Salud Pública Dr. Carlos García Díaz.

El original "transplante" se enmarcó en el concepto válido entonces, indiscutible ahora, de la necesidad de sumar los esfuerzos asistenciales de médicos obstetras y de médicos pediatras. Hoy ya hablamos de Perinatología e incluso existe una Sociedad Científica que la representa (ASAPER).

El transplante, como tal, exigió "terapéuticas" de apoyo basadas en grandeza y compromiso. Muchos capítulos con títulos diferentes se escribieron hasta alcanzar la realidad de hoy: *La Maternidad Sardá es el Centro Perinatólogo de referencia para el país*.

Sin embargo, este no es el final de la historia. En realidad es el comienzo. Es el cimiento para la construcción de un Modelo. Un modelo racional, funcional, adecuado y eficiente para responder a las genuinas necesidades de las mujeres embarazadas y de sus hijos antes y después de nacer. Un modelo solidario y ético que sume lo científico y tecnológico a lo humanístico. Queremos ser una Maternidad Centrada en la Familia, reconociendo como verdaderos dueños de casa a las mujeres-madres y a sus hijos. La pregunta clave es si el recurso humano de Neonatología "quiere y puede".

La primer respuesta es **¡sí, quiere!**, porque el Servicio se ha caracterizado por su constante búsqueda de la superación aunque siempre de acuerdo a objetivos y prioridades locales. El **Modelo Sardá** jerarquiza las tecnologías apropiadas, ahora la "Medicina basada en la evidencia", y reconoce que los hijos, a quién más necesitan, es a sus padres. Quiere, además, revalidar cada año los logros obtenidos y reflejados en textos, publicaciones, premios y becas. Quiere, por sobretodo, expresar que lo que enseña sea el resultado de lo que se aprende.

Respecto de la pregunta si los médicos, enfermeras/os y otros profesionales de la División Neonatología pueden proponer un Modelo de Asistencia Integral, reproducible y mejorable: la respuesta es nuevamente **¡sí,**

pueden! Esta rotunda afirmación merece una explicación adicional: en el transcurso de los años, los médicos pediatras del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y los que luego se sumaron, hemos tomado conciencia de la necesidad de adquirir una sólida formación en la especialidad Neonatología, lo que progresivamente se consiguió. A continuación, sin embargo, se produjo el hecho más trascendente para alcanzar el objetivo. Todos y cada uno de los integrantes de la División se propuso continuar su capacitación, muchas veces como pioneros, en las diferentes disciplinas relacionadas con la Neonatología. La suma de los conocimientos en epidemiología, metodología de la investigación, bioestadística, infectología, genética, neurología, neurodesarrollo, cuidados intensivos, diagnóstico por imágenes, seguimientos especializados, informática, nutrición, etc., forman parte del poder intelectual del grupo. El potencial del crecimiento personal y grupal es inmenso y la convocatoria es ahora, entre todos y con todos proponer un Modelo acortando los tiempos. El Modelo Asistencial en el Marco de Maternidades Centradas en la Familia en realidad ya ha sido gestado. Son testimonios de su existencia la internación conjunta Madre-hijo sano sin interferencias, la acreditación como Hospital Amigo de la Madre y del Niño, el ingreso irrestricto de los Padres al Servicio de Neonatología, la visita dirigida de hermanos y abuelos, la Residencia para Madres de Prematuros y Recién Nacidos internados, etc.

También son testimonios los progresos asistenciales tales como la sobrevivencia de recién Nacidos de Muy Bajo Peso, los cuidados intensivos, los seguimientos especializados y las propuestas normativas. Imposible dejar de mencionar el reconocimiento nacional e internacional alcanzado por las investigaciones publicadas, la redacción de Guías y Recomendaciones y la participación en Redes Colaborativas (Neocosur, GCBA, etc.).

Los "Pediatras del Niños" viven ahora en el espíritu de un grupo que es capaz de cambiar para crecer, integrados con todos los agentes de salud y personal de la "Maternidad Sardá". Un largo camino, sinuoso en sus comienzos, recto hacia los objetivos. Ahora. •

SARDÁ 2003: GRUPO COLABORATIVO NEOCOSUR

(<1.500 g; cobertura 69%)

Coordinadores: *Dres. Carlos Grandi y Cristian Bellecchi*

Tabla 1. HMIRS, 2003: Distribución de la edad gestacional y peso de nacimiento (Grupo Neocosur < 1500 g).

Edad gestacional (semanas)			Peso de nacimiento (g)		
	n	%		n	%
20-24	0		500-745	14	16,2
25-28	30	34,8	750-999	15	17,4
29-31	40	46,5	1000-1249	28	32,5
32-36	16	18,6	1250-1500	29	33,7
Total	86	100	Total	86	100

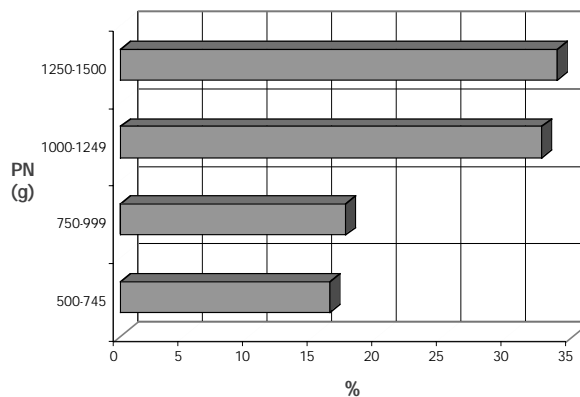
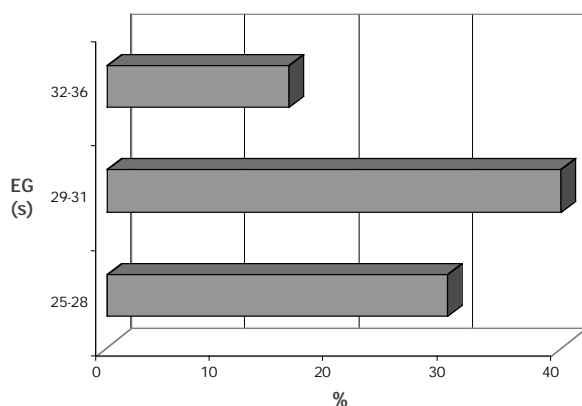
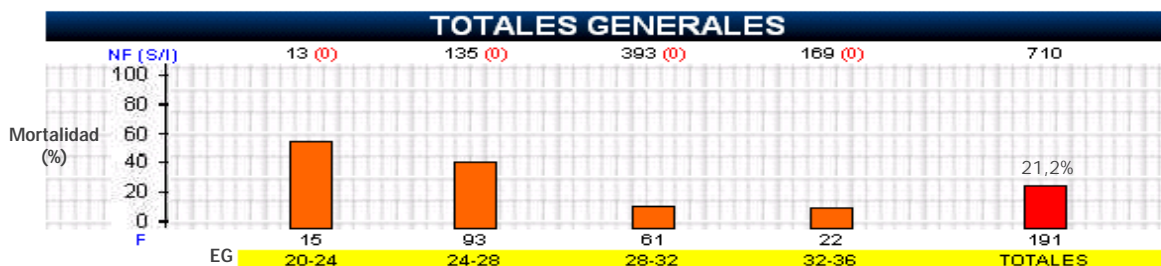
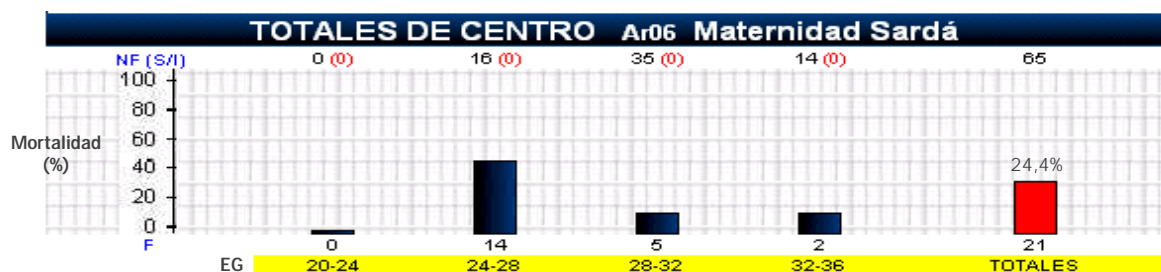


Tabla 2. HMIRS, 2003: Distribución de la mortalidad neonatal según edad gestacional (FUM) (Grupo Neocosur, < 1.500 g).



F: Fallecidos (n).
NF: No fallecidos (n).
S/I: Casos sin información.

Tabla 3. HMIRS, 2003: Distribución de la mortalidad neonatal según peso de nacimiento (Grupo Neocosur, < 1.500 g).

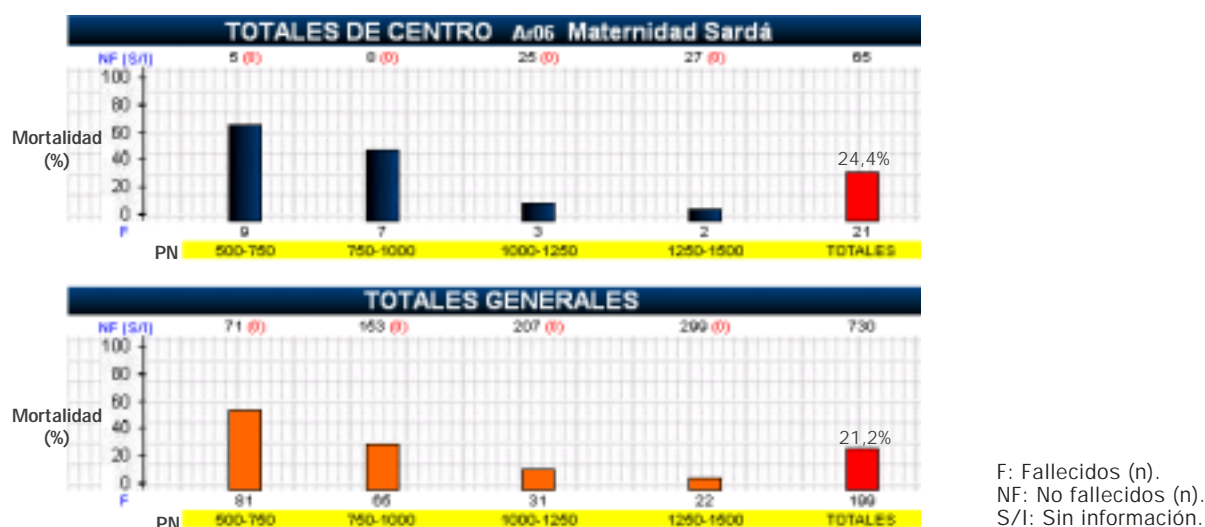


Tabla 4. HMIRS, 2003: Distribución de la morbilidad (Grupo Neocosur, < 1.500 g).

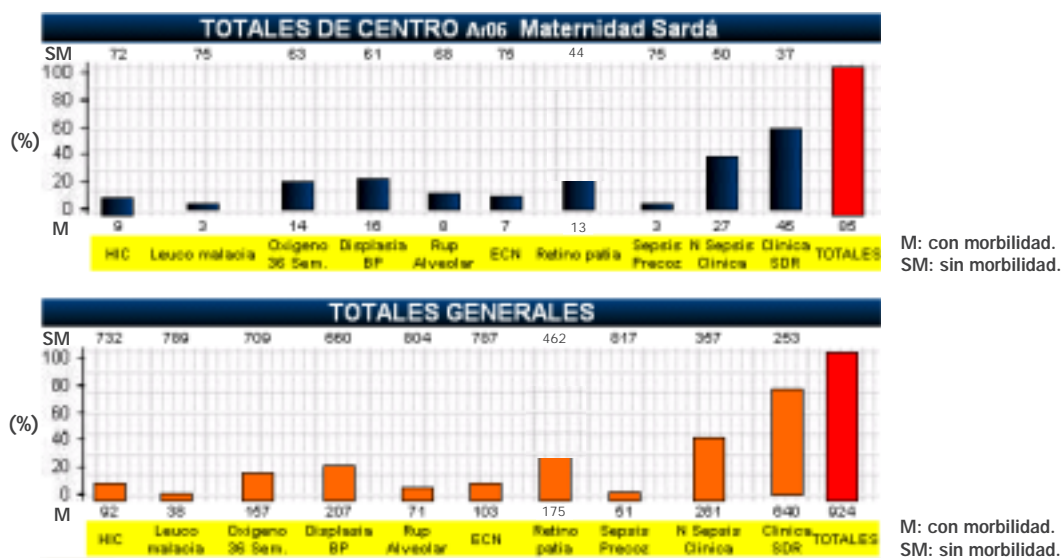


Tabla 5. HMIRS, 2003: Distribución de la Hemorragia Endocraneana según edad gestacional (Grupo Neocosur, < 1.500 g).



Tabla 6. HMIRS, 2003: Distribución de la Leucomalacia Periventricular según edad gestacional (Grupo Neocosur, < 1.500 g).



P: Presentan la patología.
 NP: No posee la patología.
 S/I: Sin información.

Tabla 7. HMIRS, 2003: Distribución del oxígeno a las 36 semanas según edad gestacional (Grupo Neocosur, < 1.500 g).



P: Presentan la patología.
 NP: No posee la patología.
 S/I: Sin información.

Tabla 8. HMIRS, 2003: Distribución de la Displasia Broncopulmonar según edad gestacional (Grupo Neocosur, < 1.500 g).



P: presentan la patología.
 NP: no posee la patología.
 S/I: sin información.

Tabla 9. HMIRS, 2003: Distribución de la ruptura alveolar según edad gestacional (Grupo Neocosur, < 1.500 g).



P: Presentan la patología.
 NP: No posee la patología.
 S/I: Sin información.

Tabla 10. HMIRS, 2003: Distribución de la ECN según edad gestacional (Grupo Neocosur, < 1.500 g).



P: Presentan la patología.
 NP: No posee la patología.
 S/I: Sin información.

Tabla 11. HMIRS, 2003: Distribución de la ROP según edad gestacional (Grupo Neocosur, < 1.500 g).



P: Presentan la patología.
 NP: No posee la patología.
 S/I: Sin información.

Tabla 12. HMIRS, 2003: Distribución de la Sepsis Precoz según EG (Grupo Neocosur, < 1.500 g).



P: Presentan la patología.
 NP: No posee la patología.
 S/I: Sin información.

Tabla 13. HMIRS, 2003: Distribución de la proporción con sepsis clínica (>=1) según edad gestacional (Grupo Neocosur, < 1.500 g).



P: Presentan la patología.
 NP: No posee la patología.
 S/I: Sin información.

La actitud científica no busca confirmar sino contrastar una teoría. El progreso se concreta cuando el científico logra concebir una teoría mejor.

Karl Popper
 (Filósofo austriaco)

SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL (S.I.P.)

Coordinadores:

Dres. Elsa Andina, Cristina Latorra y Guillermo Luchtenberg

**Tabla 1. Control de llenado de la historia clínica perinatal
(Total de registros: 87.434). HMIRS, 1988-2003.**

Año	1988	1989	1990	1991	1992	1993*	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2003
Variable	Total de registros (n)													
	5.629	5.522	6.225	6.834	6.546	6.206	6.740	6.761	7.076	6.557	5.902	5.631 (93%)*#	5.706 (90%)	5.363 (82%)*##
	Falta del dato en %													
Edad materna	0,37	0,5	0,47	0,9	1,1	1,05	0,45	0,28	0,76	0,67	0,73	0,37	1,52	3,7
Alfabetización	10,11	11,7	6,45	0,09	0,03	7,36	0,42	0,75	4,35	4,36	3,83	3,96	4,12	0,3
Estado civil	0	0	0	0	0	10,6	0,36	1,94	2,60	2,73	3,64	3,69	4,82	7,6
Gestas	0	0	0	0	0	0,05	0	0	0,37	0,35	0,08	0,11	0,11	0,63
Anteced. BP anterior	4,17	2,47	0,6	30,4	76,2	0,05	0	0	0	0,12	0	0	0	--
Anteced. Pre. anterior	74	72,2	74,0	73,1	71,7	0,10	0	0	0	0,78	0	0	0	--
Finaliz. emb. anterior	50	54,3	34,7	31,8	32,0	39,3	29,4	24,4	13,1	7,3	13,2	7,32	9,25	--
Peso	25,2	30,3	30,1	24,5	27,3	30,8	22,8	19,5	15,0	18,1	22,2	36,01	63,9	19,7
Talla	31	33,3	40	32,1	34	35,1	28	24,8	18,2	20,7	21,2	30,92	40,1	14,2
FUM	12,3	15,9	15,9	14,4	14,4	14,9	11,4	10,2	10,1	13,0	10,8	11,53	14,3	4,7
Antitetánica	0	0	0	0	0	4,2	0,22	9,8	14,8	13,4	9,2	2,08	2,66	5,0
Factor Rh	0	0	0	0	0	1,21	0,07	0,16	0,16	0,4	0,7	1,05	2,33	3,2
Fumar	99	99,3	99,3	99,6	99,5	0,5	0	0	0	2,7	0,8	0,05	2,26	12,2
VDRL	0	0	0	0	0	4,25	0,24	0,25	0,17	1,1	1,7	1,55	2,77	19,8
N° de controles	1,3	1,9	0,3	0,6	0,4	12,0	1,02	4,33	4,8	9,8	10,5	19,82	22	14,9
Fecha 1° de control	13,3	11,3	32,5	21,3	16,3	3,4	7,9	9,57	4,8	4,8	4,4	3,78	4,71	24
Fecha último control	15,3	12,3	30,5	15,0	12,5	5,8	11,0	11,8	7,5	7,9	6,6	6,29	7,40	29,5
Episiotomía	99	99,3	99	99,6	99,5	0,35	0	0	0	3,4	1,4	0	0	0,11
Presentación	0	0	0	0	0	0,11	0	0	0,1	0,4	0,7	0,09	0,23	11,4
Ninguna patología	0	0	0	35,2	65,4	0,05	0	0	0	5,2	2,1	0	0	9,6
SFA	99,6	99	99,3	99,7	99,5	0,06	0	0	0	0	0	0	0	--
Sexo	0,27	0,14	0	0,2	0,11	0,23	0,1	0	0	0,12	0,41	0,04	0,07	2,3
PN	0,04	0,02	0,02	0,09	0,14	0	0	0	0	0	0	0	0	1,5
Talla	99,6	99,3	99,3	99,7	99,6	84,1	42,8	16,5	9,2	10,2	10,5	4,72	4,33	10,8
Perímetro cefálico	99,6	99,3	99,3	99,7	99,6	81,9	42,0	15,5	9,1	9,4	11,2	4,19	3,94	10,8
Edad gest. x FUM/EF	1,07	1	0,73	1,4	1,2	0,7	0,3	0	0	0,1	0,2	0,99	1,33	14,5/18,3
Ninguna patología	0,02	0	0,04	35,7	71,2	0,1	0	0	0	0,5	0,12	0	0,04	--
Alojamiento conjunto	99,6	99,3	99	99,6	99,5	0,6	0	0	0,7	0,8	0,2	0	1,24	--
Egreso del RN	0	0	0	0	0	1,18	1,51	1,18	1,16	0	0,2	0,02	0,07	--

* Cambio de la versión (5.1)

Porcentaje de cobertura.

** S.I.P. 2000.

Tabla 2. Estadísticas básicas maternas. HMIRS, período de análisis: 01/01/2003 al 31/12/2003. Historias ingresadas: 5.363/6.553 (82%).

	n	%		n	%
Con alguna patología	1.325/3.999	33	Ruptura prematura de membrana	738/4.977	14,8
Embarazo múltiple	63/5.363	1,17	Infección puerperal	19/4.518	0,38
Hipertensión previa	51/4.932	1,03	Hemorragia puerperal	167/4.918	0,32
Hipertensión inducida	215/4.966	4,35	Otras patologías graves	266/4.935	5,4
Preeclampsia	129/4.937	2,61	Sin antitetánica	1.776/5.354	34,7
Eclampsia	5/4.931	0,33	VDRL Positiva	45/4.285	1,05
Cardiopatía	9/4.531	0,10	HIV Positivo		1,2
Diabetes	98/4.940	1,98	Chagas Positivo		4,0
Infección urinaria	53/4.933	1,11	Sin control prenatal	960/4.563	21
Carioamnionitis	19/4.931	0,38	Fumadora ≥ 1	472/4.775	9,8
Retardo crecimiento	127/4.935	8,3	≥ 10	151/4.779	3,1
Amenaza parto prematuro	167/4.941	3,37	Alfabeta		98,8
Hemorragia 1 ^{er} trimestre	15/4.929	0,30	Estudios: ninguno		0,6
Hemorragia 2 ^{da} trimestre	8/4.926	0,16	primaria		37,3
Hemorragia 3 ^{er} trimestre	23/4.929	0,46	secundaria		57,5
			universitaria		4,2
			s/d		0,3

Tabla 3. Estadísticas básicas: parto. Historias ingresadas: 5.363.

	n	%
Rotura de membranas >24 hs.	147/818	18
Rotura de membranas antes del parto	1.138/4.667	24,3
Inicio:		
espontáneo	3.554/5.357	74,5
inducido	583/5.357	10,8
cesárea electiva	780/5.357	14,5
Terminación: (n: 5.360)		
Espontánea	3.992	74,5
Fórceps	97	1,8
Cesárea	1.248	23,2
Otras	23	0,42
Presentación pelviana	170	3,17
Apgar deprimidos leves minuto 1	205	3,1
Apgar deprimidos graves minuto 1	64	1,0
Apgar deprimidos leves minuto 5	22	0,33
Apgar deprimidos graves minuto 5	19	0,29
Apgar deprimidos graves-graves	9	0,16
Paridad ≥ 4	317	4,7
Relación varón/mujer	2.697/2.541	1,06

Tabla 4. Evolución de la Tasa de Prematuridad y Mortalidad Perinatal en RN de Término. HMIRS, 1988-2003.

Año	Total RN Pretérmino (24-36 Semanas)		RN de Término (≥ 37 Semanas)				
	n	%	RN vivos (n)	FM ² (n)	MNP ² (n)	Mortalidad perinatal (n) (Tasa/mil)	
1988	619	10,70	4.425	21	13	34	7,68
1989	623	9,74	4.878	31	15	46	9,43
1990	449	8,14	4.229	21	10	31	7,33
1991	505	7,20	5.375	34	19	53	9,86
1992	666	9,90	5.214	16	12	28	5,30
1993	722	10,40	4.708	22	14	36	7,60
1994	1.035	14,00	5.530	28	18	46	8,30
1995	887	13,10	5.621	18	11	29	5,10
1996	608	8,45	6.333	22	17	39	6,15
1997	537	7,88	6.272	19	13	32	5,10
1998	854	14,4	4.613	15	9	24	5,20
1999	682	12,1	4.402	14	9	23	5,22
2000	799	13,8	4.373	17	13	30	6,86
2001	s/d	s/d	---	---	---	---	---
2002	587	8,76	---	---	---	---	---
2003	595	12,9	5.958	10 ⁴	12 ⁵	22	3,7 ^{3,6}

1. Fuente: S.I.P.

2. **FM:** fetos muertos. **S/D:** sin datos. **MNP:** mortalidad neonatal precoz. Edad gestacional por FUM.

3. Representa el 3,4% (1/29) de todas las muertes intraparto y el 21% (12/57) de todas las muertes neonatales precoces.

4. 1 malformado grave (anencefalia).

5. 10 malformados graves (83%).

6. Tasa corregida (excluyendo malformados): 1,8‰ (11/5.947).

ESTADÍSTICAS 2003 del HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMÓN SARDÁ

Coordinadores:

Dr. Carlos Grandí, Sector Epidemiología Perinatal y Bioestadística.

Andrés Pensotti, Jefe División Estadística.

Dr. Diego Enríquez, División Neonatología.

Dr. Miguel Larguía, Jefe División Neonatología.

Tabla 1. Sobrevida neonatal según peso de nacimiento. HMIRS, 2003.

Peso al nacimiento (g)	Nacidos vivos	Fallecidos	Derivados	Malformados e hidrops fallecidos	FIP (Fallecidos inmediatos al parto)	FIP no malformado	Fallecidos ≥ 29 días	% sobrevida neonatal corregida x malf. e hidrops	% sobrevida neonatal corregida por malf. hidrops y FIP no malf.	% sobrevida neonatal corregida ≥29 días
501-749	30	22		2	12	9	2	35,7	52,6	33,3
750-999	17	8		3	3	1	2	78,6	84,6	68,8
1000-1249	39	4		1	1		1	94,7	94,7	92,3
1250-1499	39	4		2	1		1	97,3	97,3	94,7
1500-1749	59	4		4	2		1	100	100	100
1750-1999	82	7		5	2			97,4	97,4	97,4
2000-2249	155	4		4	3			100	100	100
2250-2499	253	3		3	2			100	100	100
2500-2999	1.194	7		6	1		1	100	100	99,9
≥3000	4.685	11		6	3	1	2	99,9	100	99,9
Totales	6.553	74	0	36	30	11	10	99,6		
Sobrevida neonatal corregida >750 g	6523							98,9		
Sobrevida neonatal corregida (<2500 g/ ≥ 750g)	644							98,1		

Prevalencia RN <1.500 g (n= 125/6.553)

1,9 %

Prevalencia RN <2.500 g (n= 674/6.553)

10,3 %

Mortalidad Neonatal corregida (excl <750 g, malformaciones e hidrops, y FIP no malf.)

1,23 por mil

Mortalidad Neonatal corregida (excl. <750 g, malformados e hidrops)

1,54 por mil

Mortalidad Neonatal corregida (excl. <750 g)

6,75 por mil

Mortalidad Neonatal global

9,77 por mil

Mortalidad Neonatal global + postneonatal global

11,29 por mil

Sobrevida Neonatal para grupo ≥750g y <2.500 g

98,1 %

FIP: fallecidos inmediatos al parto.

Contribución de los FIP totales a la mortalidad neonatal	46,9 %
Contribución de los FIP no malf. a la mortalidad neonatal	17,2 %
Contribución de los RN malformados a la mortalidad neonatal	56,3 %
Contribución de los RN <750 g a la mortalidad neonatal	31,3 %
Indice TMN (global)/MBP (<1.500g)	0,51

Tabla 2: Mortalidad neonatal según días de vida. HMIRS, 2003.

	n	%
Precoz (<7 días)	54	73,0
Tardía (7-28 días)	10	13,5
Postneonatal ≥ 29 días	10	13,5
Total	74	100

Tabla 3: Nacimientos, defunciones neonatales y fetales. HMIRS, 2003.

	n	Tasas de mortalidad (x 1000 RNV)				
			n	Tasa		
RN vivos	6.553	Mortalidad fetal	9,82	MN Precoz	54	8,2
Fallecidos neonatales (< 28 días)	64	Mortalidad neonatal global	9,76	MN Tardía	10	1,5
Fetos muertos (> 500 g)	65	Relación MF-MN	1,0	Mortalidad postneonatal	10	1,5
				Total	64	11,28
<i>Mortalidad perinatal (tasa por mil)</i>		18,02				

Comentario:

Se mantiene el número anual de RN (6.700-6.553).
 Aumentaron significativamente el porcentaje de RN de bajo peso (25%) y de MBP (11%).
 Continúan elevados la participación en la MN de los malformados, FIP y menores de 750 g.
 La supervivencia neonatal corregida y el índice MN/MBP son los mejores alcanzados.
 Solo 10 RN (el 1,54 por mil) son muertes "evitables" (>750 g y no malformados).

Tabla 4: Fallecidos inmediatamente al parto (FIP). HMIRS, 2003.

RN fallecidos antes de la hora de vida (Apgar 1-0, 1-1, 2-0)

Condición	n	%	Frecuencia acumulada (%)
RN malformados	19	63,3	63,3
RN < 750 g	10	33,3	96,7
DGG	1	3,3	100
Total	30	100	100

Tabla 5. Sobrevida neonatal corregida excluyendo malformados, hidrops y FIP no malformados

PN (g)	sobrevida (%)
501-749	52,6
750-999	84,6
1.000-1.249	94,7
1.250-1.499	97,3
1.500-1.749	100
1.750-1.999	97,4
2.000-2.249	100
2.250-2.499	100
2.500-2.999	100
≥ 3.000	100

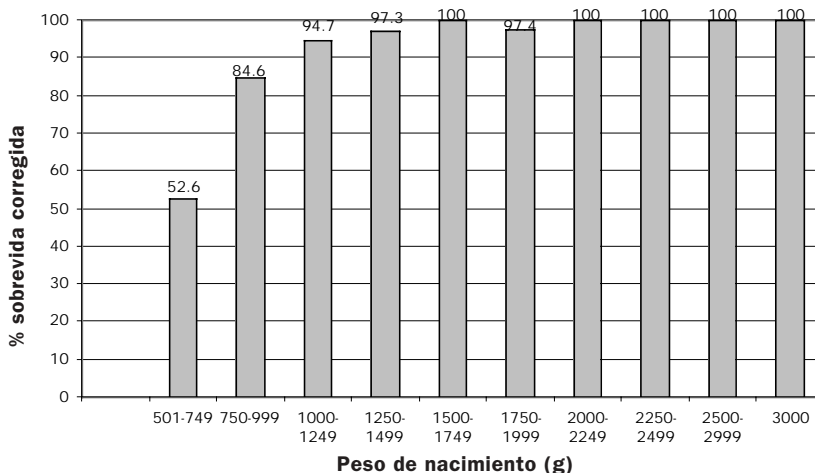


Tabla 6. Sobrevida neonatal y postneonatal excluyendo malformados e hidrops según peso de nacimiento. HMIRS, 2003.

PN (g)	sobrevida (%)
501-749	33,3
750-999	68,8
1.000-1249	93,2
1.250-1.499	94,7
1.500-1.749	100
1.750-1.999	97,4
2.000-2.249	100
2.250-2.499	100
2.500-2.999	99,9
≥ 3.000	99,9

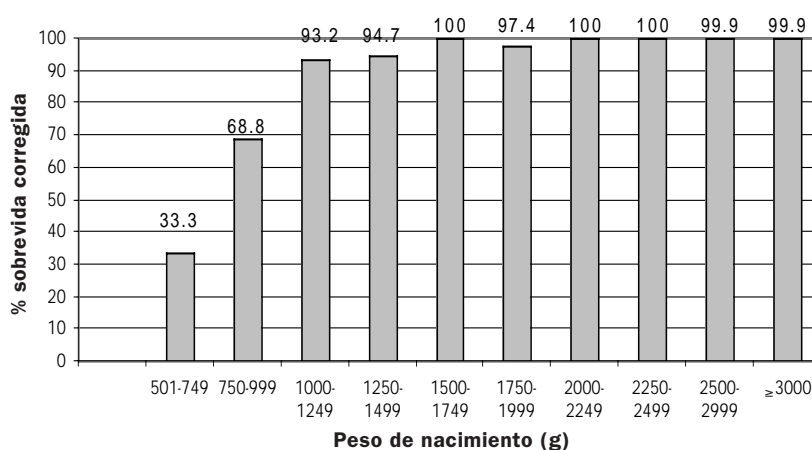


Tabla 7. Consultas externas según servicio. HMIRS, 2003.

Servicios	Consultas	
	n	%
Obstetricia	78.639	47,5
Ginecología	26.011	15,7
Pediatría	42.648	25,7
Cardiología	3.908	2,5
Dermatología	2.130	1,3
Inmuno Hematología	10.029	6,0
Otros	2.096	1,3
Total	165.461	100

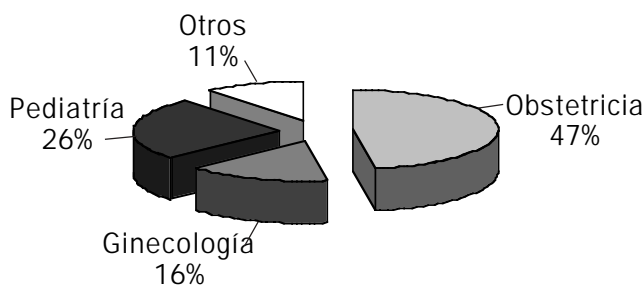
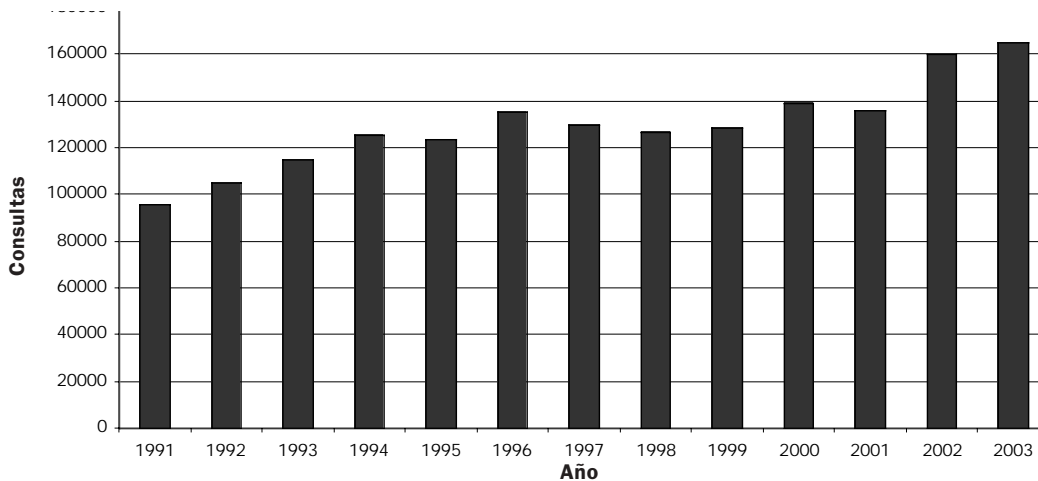


Tabla 8. Promedio diario de consultas externas (excluyendo consultas de guardia). HMIRS, 2003.

Servicios	Total consultas	Días de atención	Promedio diario consultas
Obstetricia	55.449	248	223
Ginecología	26.011	248	104
Pediatría	37.248	248	150
Total	118.708	248	478

Tabla 9. Consultas anuales en Consultorios externos. HMIRS, 1991-2003.



Año	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Consultas	96.114	105.008	114.859	125.346	124.018	135.518	130.061	127.049	128.439	139.123	135.954	160.008	165.461

Tabla 10. Distribución porcentual de consultas anuales por especialidad. HMIRS, 1991-2003.

Año	Obstetricia	Ginecología	Pediatría	Otros
1991	54,7	19,0	18,0	8,3
1992	56,9	15,2	18,9	9,0
1993	57,3	18,8	17,0	6,9
1994	59,4	17,5	16,2	6,9
1995	55,1	20,51	17,4	7,1
1996	58,4	16,7	18,0	6,9
1997	54,9	14,9	22,3	7,9
1998	48,8	17,4	23,1	10,8
1999	47,6	16,4	25,0	10,9
2000	47,8	15,8	24,7	11,8
2001	47,5	16,2	23,5	12,8
2002	49,2	14,8	24,8	11,2

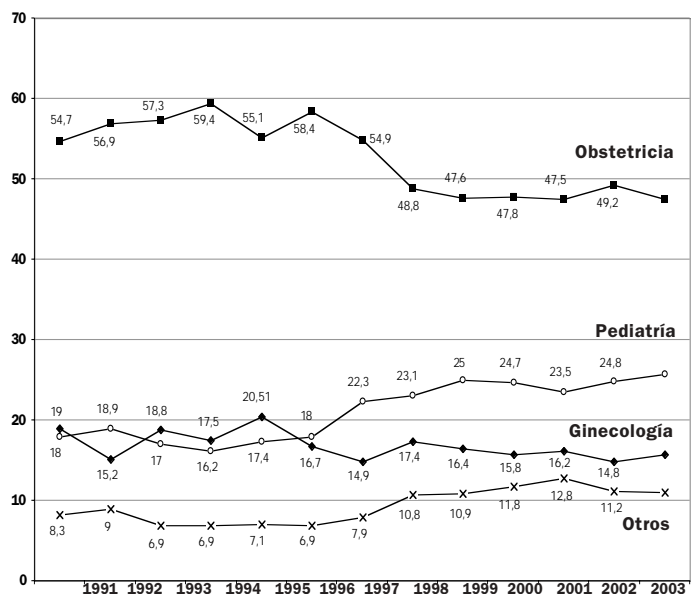


Tabla 11. Pacientes-días según servicio. Distribución porcentual. HMIRS, 2003.

Servicios	Pacientes/días	
	n	%
Tocoginecología	34.729	47,2
Urgencias Tocoginecológica	668	0,9
Neonatología Patológicos	22.662	30,8
Neonatología R.N. Sanos	15.540	21,1
Total	73.599	100

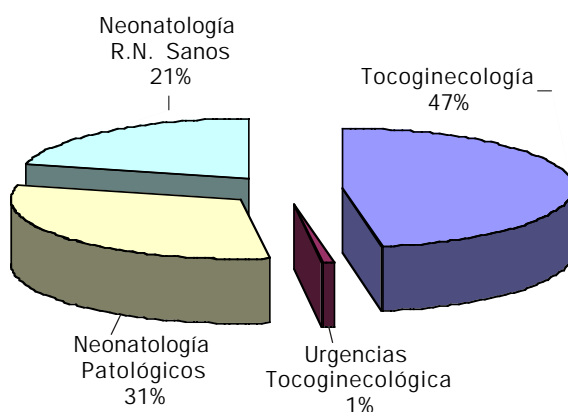


Tabla 12. Egresos según servicio. Distribución porcentual. HMIRS, 2003.

Servicios	Pacientes/días	
	n	%
Tocoginecología	8.181	53,2
Tocoginecología Urgencias	86	0,5
Neonatología Patológicos	1.651	10,7
Neonatología R.N Sanos	5.448	35,5
Total	15.366	100

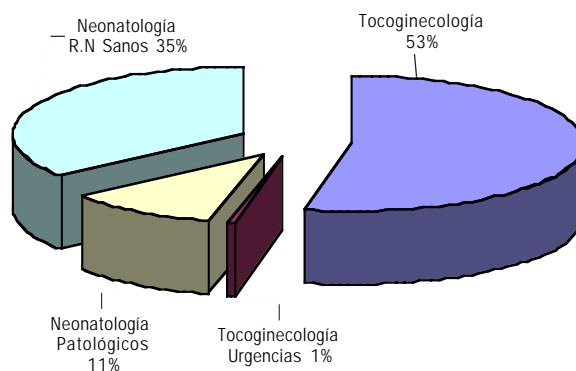


Tabla 13. Eventos obstétricos. HMIRS, 2003.

Eventos Obstétricos	Partos			Cesár.	Total partos
	Vaginales				
	Espont.	Forceps	Otros		
	4.698	141	3	1.695	6.537
Distribución porcentual	71,9	2,2	0,04	25,9	100
Promedio mensual	544,7				
Promedio diario	17,9				

Legrados		
Obstétricas		
Abortos	Puerperio	Otros*
748	58	29

*Biopsicos, Mulares, Ginecológicos.

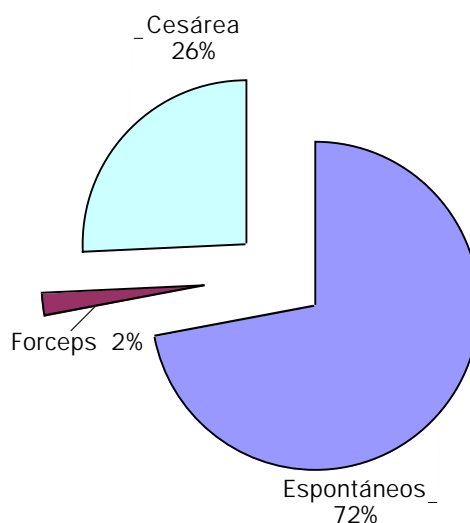


Tabla 14. Anestesiología. HMIRS, 2003.

	Anestésias generales	Anestésias por bloqueo	Otras prestaciones (reanimac., monitoreos, etc.)	Totales
Prestaciones	1.190	1.814	--	3.004
Distribución porcentual	39,6	60,4	--	100

Tabla 15. Prestaciones de Diagnóstico y tratamiento. HMIRS, 2003.**a. Radiología**

	Nº de placas	distribución porcentual
Internación	4.197	64,8
Consultorio Externo	1.267	19,5
Guardia	1.014	15,7

b. Hemoterapia

	Dadores	Transfusiones	Grupos sanguíneos	Investig. A.C. irregulares	Identific. A.C. irregulares	Estudios serológicos
Prestaciones	3.029	1.618	10.901	1.861	222	32.705

c. Laboratorio

	Internación	Consultorio externo	Guardia	Total de determin.
Determinaciones	154.340	376.445	77.944	608.719

d. Anatomía patológica

	Protocolos		
	Autopsias	Biopsias	Citodiagnósticos
Prestaciones	229	2.579	5.087

Tabla 16. Prestaciones especializadas. HMIRS, 2003.**a. Prácticas especializadas**

	Consultorios Externos	Internaciones	Total
Electrocardiograma: Adultos	2.129	1.328	3.457
Colposcopia	4.643		4.643
Ecografía	11.685	2.783	14.468
Amniocentesis	639	99	738
Monitoreo fetal	7.645	1.325	8.970

b. Psicopatología y salud mental

Prestaciones	Total
Psicoterapia: Individual	5.456
Pareja familiar	148
Psicoprofilaxis: Individual	2.713
Grupal	259
Familiar	113
Admisiones	425
Interconsultas	6.310
Supervisiones	72

c. Patología cervical

Prestaciones	Total
Papanicolau y colposcopia	4.652
Resultados estudios retirados	3.164
Vulvoscopias	30
Biopsias	551
Penoscopias	39

Tabla 17. Indicadores de rendimiento según servicio. HMIRS, 2003.

	Hospital	Tocoginecología	Tocoginecología urgencias	Neonatología	
				Patológicos	Sanos
Egresos	15.366	8.181	86	1.651	5.448
Indicadores					
Porcentaje ocupacional	80,9	90,9	26,1	76,5	75,4
Promedio permanencia	4,3	4,2	3,9	7,6	2,7
Giro - Camas	68,7	79,3	2,4	36,6	100,4
̄ Camas-Dispon.	249,2	104,6	7,0	81,1	56,5

Tabla 18. Natalidad y mortalidad. HMIRS, 2003.

Total nacidos vivos	6.553	Total nacidos muertos	70
----------------------------	--------------	------------------------------	-----------

Tabla 19. Peso al nacer. HMIRS, 2003.

Incidencia porcentual bajo peso (<2.500 g)= 10,2%

Incidencia porcentual muy bajo peso (<1.500 g)= 1,9%

Incidencia porcentual nacidos vivos c/peso ≥4.000 g= 6,9%

Relación Tasa Mortalidad Neonatal / Incidencia 1.500 gr.= 0,51%

Prematurez (<36 sem)= 12,9%

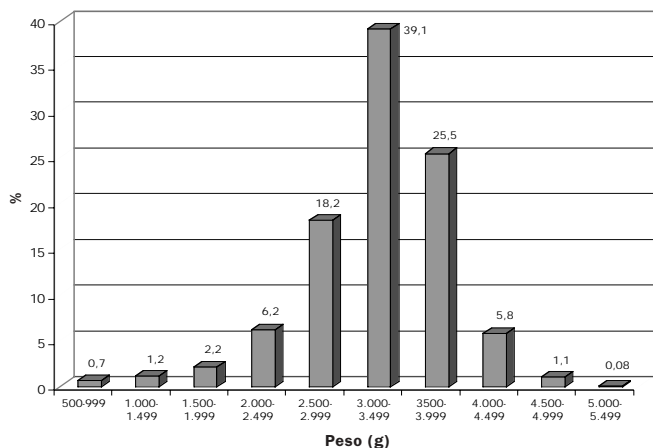


Tabla 20. Nacidos vivos según forma de terminación de parto. HMIRS, 2003.

Forma de terminación del parto	Nacidos vivos		
	n	Frec. %	Fr. acum. %
Espontáneos	4.667	71,2	71,2
Cesáreas	1.742	26,6	97,8
Forceps	141	2,2	100
Otros	3	0,04	100
Total	6.553	100%	

Tabla 22. Nacidos vivos según Apgar al 1º y 5º minuto. HMIRS, 2003.

	Apgar al 1º min.			Apgar al 5º min.		
	n	Frec.%	Fr. acum.%	n	Frec.%	Fr. acum.%
Apgar 0	—	—	—	10	0,1	0,1
Apgar 1/3	64	1,0	1,0	19	0,3	0,4
Apgar 4/6	205	3,1	4,1	22	0,3	0,7
Apgar 7/10	6.284	95,9	100	6.502	99,2	100
Total	6.533	100	—	6.553	100	—

Tabla 21. Nacidos vivos según presentación fetal. HMIRS, 2003.

Presentación fetal	Nacidos Vivos	
	n	Frec. %
Cefálica	6.227	95,0
Pelviana	308	4,7
Transversa	18	0,3
Total	6.553	100%

Tabla 23. Distribución del peso de nacimiento y tasas de mortalidad específica en RN de <2.500 g. HMIRS, 2003.

Peso al nacer (g)	Recién nacidos <2.500			
	n	Frec. % en bajo peso	Defunc. neonat.	Frec. % defunc. neonat.
500-749	30	4,4	20	40,8
750-999	17	2,5	6	12,2
1.000-1.249	39	5,8	3	6,1
1.250-1.499	39	5,8	3	6,1
1.500-1.749	59	8,8	3	6,1
1.750-1.999	82	12,2	7	14,3
2.000-2.249	155	23,0	4	8,1
2.250-2.499	253	37,5	3	6,1
Totales	674	100%	49	100%

Tabla 24. Mortalidad neonatal según peso al nacer. Tasas específicas. HMIRS, 2003.

Peso al Nacer	Recién Nacidos		
	Vivos (n)	Defunc. neonat.	Tasa específica x 1.000
500-999	47	26	553,2
1.000-1.499	78	6	76,9
1.500-1.999	141	10	70,9
2.000-2.499	408	7	17,2
2.500-2.999	1.194	6	5,0
3.000-3.499	2.564	2	0,8
3.500-3.999	1.668	5	2,9
4.000-4.499	377	1	2,6
4.500-4.999	71	-	-
5.000-5.499	5	1	200
5.500-5.999	-	-	-
Totales	6.553	64	9,8

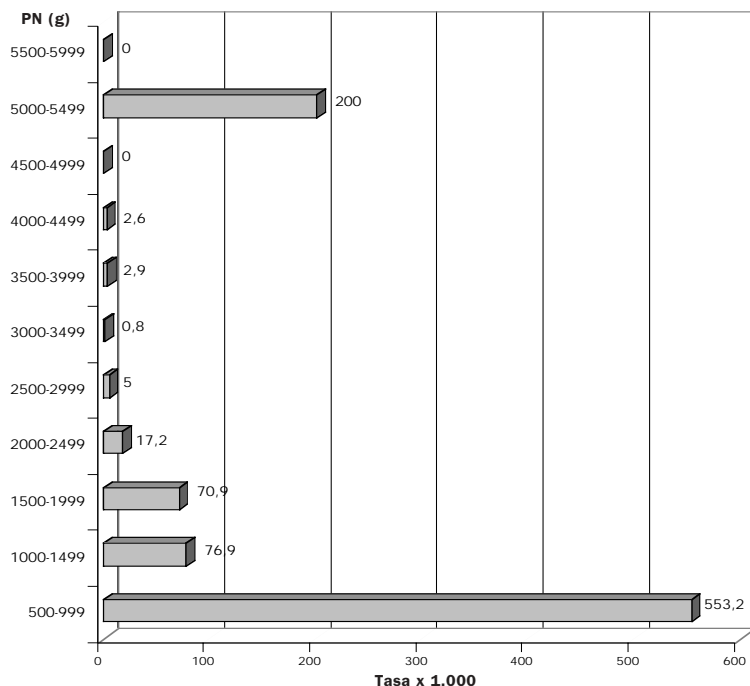


Tabla 25. Edad Materna. HMIRS, 2003.

Edad Materna (años)	n	%
10-13	3	0,05
14-17	413	6,4
18-21	1.363	21,1
22-25	1.631	25,2
26-29	1.233	19,1
30-33	924	14,3
34-37	532	8,2
38-41	295	4,6
42-45	76	1,2
Totales	6.470	100

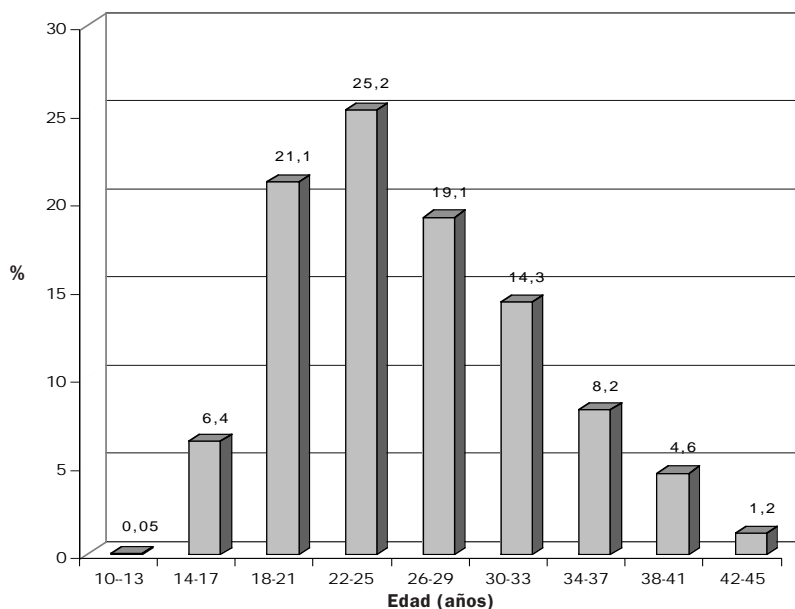


Tabla 26. Domicilio habitual. HMIRS, 2003.

Localidades	%	U. Abs.
0. Capital Federal	35,1	2.268
1. A. Brown	3	193
2. Avellaneda	1,3	83
3. Berazategui	0,6	38
4. Cañuelas	0,06	4
5. Escobar	0,07	5
6. E. Echeverría	6,4	413
7. F. Varela	1,2	80
8. Gral. Las Heras	0,04	3
9. Gra. S. Martín	0,2	10
10. Gral. Sarmiento	0,5	31
11. La Matanza	18,9	1.221
12. Lanás	7,8	503
13. L. de Zamora	19,1	1.233
14. Marcos Paz		
15. Merlo	1,3	81
16. Moreno	0,8	51
17. Morón	0,8	50
18. Pilar	0,2	14
19. Quilmes	1,1	75
20. S. Fernando	0,03	2
21. S. Isidro	0,1	7
22. S. Vicente	0,3	21
23. Tigre	0,2	16
24. Tres de Febrero	0,4	29
25. Vte. López	0,1	7
A. Resto	0,06	4
B. Otras	0,4	28
Total	100	6.470

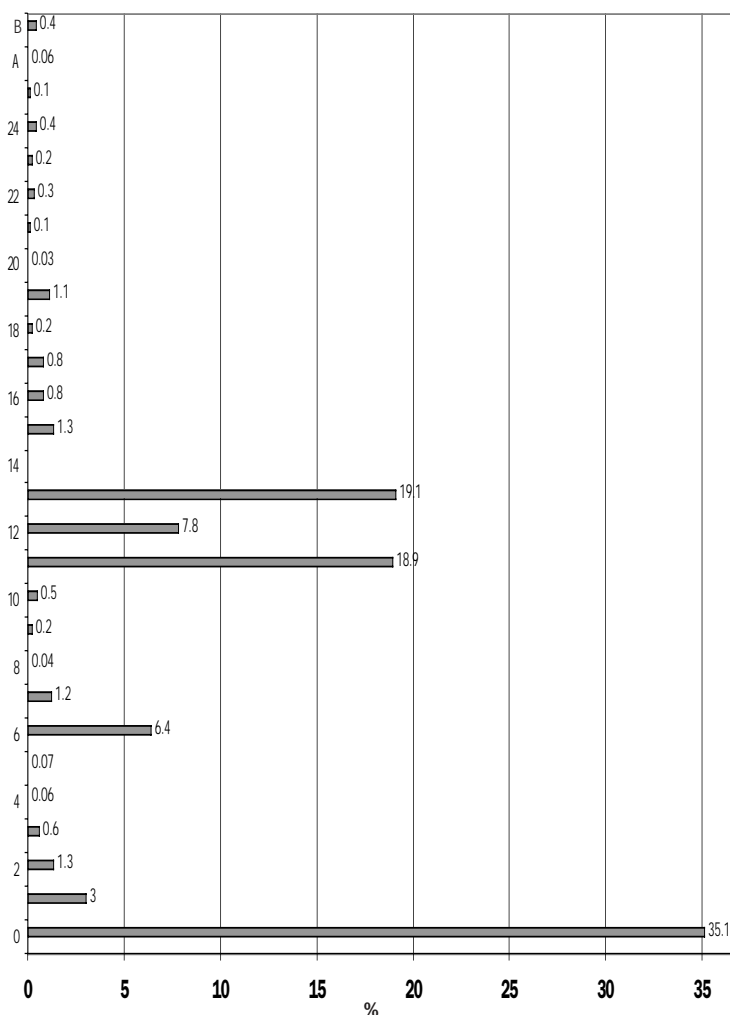


Tabla 27. Cesáreas: Tendencia anual. HMIRS, 1982-2003.

Año	Total partos	Porcentaje cesáreas
1982	5.644	16,3
1983	5.024	16,6
1984	5.267	18,3
1985	5.824	19,5
1986	5.849	19,1
1987	5.616	19,6
1988	5.796	18,0
1989	6.445	16,2
1990	5553	17,6
1991	7.035	14,9
1992	6.712	17,3
1993	6.932	17,8
1994	7.399	16,3
1995	6.734	18,4
1996	7.196	20,0
1997	6.792	20,3
1998	5.944	21,1
1999	6.073	20,7
2000	6.345	24,6
2001	5.980	25,5
2002	6.701	26,1
2003	6.553	25,9

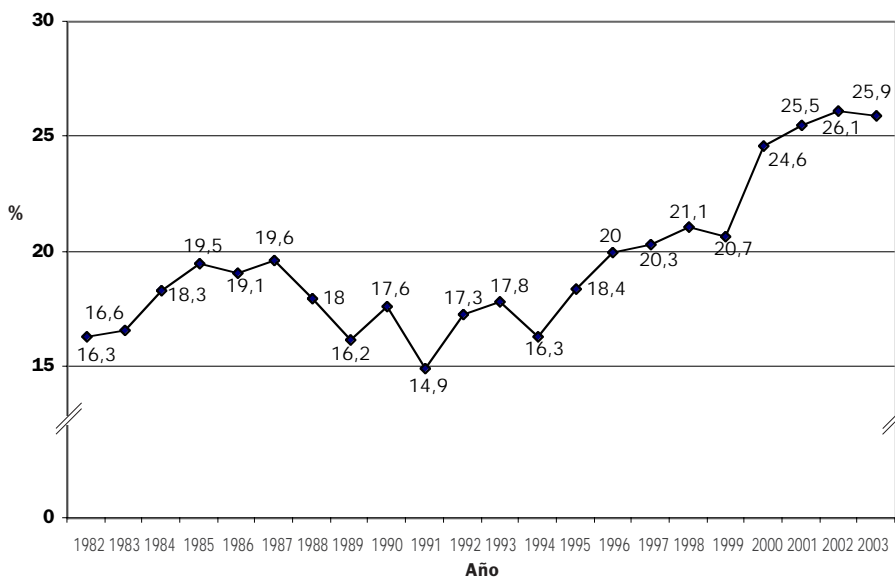


Tabla 28. Mortalidad Neonatal según Peso al Nacer. HMIRS, 2003.

Peso al Nacer (g)	Recién Nacidos		Defunciones	
	n	%	n	%
500-999	47	0,7	26	40,6
1.000-1.499	78	1,2	6	9,4
1.500-1.999	141	2,2	10	15,6
2.000-2.499	408	6,2	7	10,9
Subtotal	674	10,2	49	76,5
≥ 2.500	5.879	89,8	15	23,5
Total	6.553	100	64	100

Frecuencia porcentual de los recién nacidos vivos

Asociación porcentual con la mortalidad neonatal

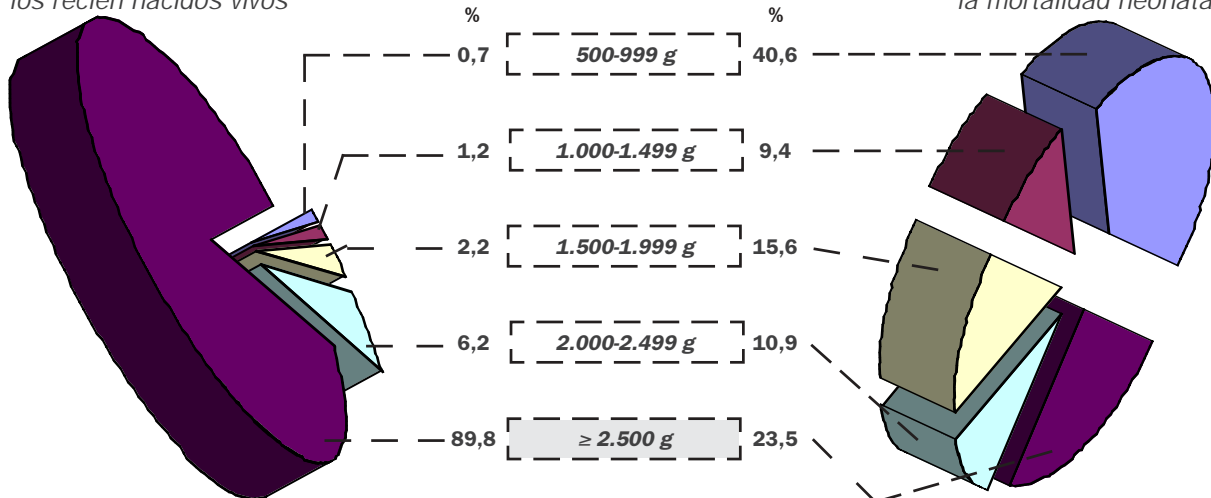


Tabla 26. Mortalidad fetal según peso de nacimiento. HMIRS, 2003.

PN (g)	2003		2002	
	n	%	n	%
>500	5	7,1	5	6,8
500-999	27	38,6	24	32,9
Sub-total	32	45,7	29	39,7
1.000-1.499	8	11,4	14	19,2
1.500-1.999	12	17,1	11	15,1
2.000-2.499	5	7,1	5	6,8
Sub-total	25	35,6	30	41,2
2.500-2.999	7	10,0	7	9,6
3.000-3.499	4	5,7	6	8,2
3.500-3.999	2	2,9	0	0
≥4.000	-	-	1	1,4
Sub-total	13	18,5	14	19,1
Total	70	100	73	100

Tabla 27. Mortalidad fetal según edad gestacional. HMIRS, 2003.

EG (sem)	n	%	Malformados hidrops/RN		Tasa específica x1.000 RNV (n= 6553) excl. malf. hidrops
			n	%	
22-24	15	21,4	3		
25-26	10	14,3	6		
27-28	11	15,7	6		
29-30	8	11,4	4		
31-32	3	4,3	2		
Subtotal	47	67,1	21	80,7	3,96 (n=26)
33-34	6	8,5	1		
35-36	7	10,0	3		
Subtotal	13	18,5	4	15,4	1,37 (n=9)
37-41	10	14,3	1		
≥42	-	-	-		
Total	70	100	26	37,1	6,71 (Tasa 10,65%) (n=44)

***Debemos recordar que la ausencia de evidencia,
no es evidencia de su ausencia.***

Garre A. Fitzgerald

N Engl J Med 2004; 351:1709-1711

BREVE CRÓNICA DE DOS INVASIONES

Dr. Manuel L. Torrado

Ex Jefe, Unidad de Inmunohematología, H.M.I.R. Sardá

Cuando el Doctor Francisco A. Uranga Imaz, Jefe de la Sala IV del Instituto de Maternidad "Peralta Ramos", fue designado Profesor Titular por concurso, el Ministerio de Salud Pública dispuso su pase como Director a la Sardá que sería, a partir de ese momento, sede oficial de la Segunda Cátedra de Obstetricia. El maestro solicitó ser acompañado por nueve de sus colaboradores más cercanos, entre los cuales tuve el honor de contarme. Nos citó una mañana de octubre del '57 en la puerta principal de Luca 2151, a las ocho en punto, y juntos subimos la escalera de la Casa donde iban a transcurrir los siguientes treinta y tres años de mi vida profesional.

En un principio los "sardeños" resistieron la llegada de "los de la cátedra". Mi especialidad no me permitía asombrarme de que los primeros contactos ex-novo con un elemento invasor provocaran reacciones antiéticas en cualquier organismo. Creo que por tener una especialidad distinta y por llenar vacíos importantes, un colega citólogo y yo fuimos los más rápidamente aceptados.

El Servicio de hemoterapia estaba manejado por dos técnicas de gran capacidad y experiencia en horario de planta; durante el resto del día y los domingos y feriados la indicación, compatibilidad pretransfusional y transfusión de sangre quedaba a cargo de la guardia obstétrica, en la que siempre alguno conocía el tema algo más que sus compañeros.

En esa época la sangre se conservaba en el mismo frasco Baxter al vacío, con citrato de sodio, en que se la había extraído, y su vencimiento tenía lugar a los siete días; la única serología que se efectuaba era la V.D.R.L.

En el servicio se preparaban frascos Baxter recuperados y secos, con una gasa doble semihundida en su boca, tapada con un papel sostenidos por un hilo anudado, y este conjunto se esterilizaba en un autoclave para efectuar el filtrado de los coágulos. Antes de la transfusión se transvasaba la sangre al frasco de la gasa, que retenía los coágulos y la maniobra se efectuaba ¡a cielo abierto! (había que abstenerse de hablar o toser); finalmente se retiraba la gasa, se cerraba el frasco con un tapón con tubo de aire y se lo aseguraba con una rosca de aluminio. Las guías también se preparaban en el servicio. Eran de tubo de goma y tenían un gotero de vidrio sin filtro; en un extremo llevaban una aguja gruesa para perforar el tapón del frasco, y en el otro una oliva metálica con pico para la aguja del paciente.

Ni bien llegamos, el Director me puso a cargo del servicio. Apenas un mes antes yo había regresado de una prolongada estadía en los EE.UU. para actualizarme en Inmunohematología Obstétrica. Residí dos meses en el Margaret Hague Maternity Hospital y concurrí cotidianamente al laboratorio y a la casa del inolvidable Alexander Wiener -co descubridor del Factor Rh, donde

además conocí a Coombs. Con frecuencia viajaba a Raritan para conversar con Philip Levine, Marjorie Stroup y Marino Celano en los laboratorios de la Ortho Research Foundation. En el Children's Hospital de la Universidad de Harvard Louis Diamond y Fred Allen, no sólo me enseñaron los secretos de la exanguinotransfusión (E.T.) por la vía umbilical, que ellos habían desarrollado y propuesto, sino que además me acompañaron y asesoraron en la adquisición del instrumental necesario que se utilizó durante años en la Sardá.

Teníamos unos 30 casos de Enfermedad Hemolítica Neonatal (E.H.N.) por año, y muchos necesitaban dos o más E.T., todas las cuales realicé personalmente durante 11 años. No se disponía de ningún medio para el diagnóstico ni para el tratamiento de la E.H. Fetal. Los únicos contactos posibles con el feto eran la palpación del abdomen materno, el estetoscopio de Pinard y, muy excepcionalmente, la radiología, en busca del signo de Javert para confirmar una sospecha de hidrops. Recién comenzaba a insinuarse la terminación de la gestación en los casos muy cargados de antecedentes, pero se la indicaba aleatoriamente, sin información cierta sobre la maduración pulmonar ni sobre el grado de afección fetal.

Alternábamos el trabajo asistencial con la actividad de la Cátedra y durante años se tomaron los exámenes finales de Obstetricia con la concurrencia de todos los profesores titulares, adjuntos y docentes autorizados de la materia.

A fines del '63 comenzó a funcionar el Departamento de Investigaciones en el "refugio", pabellón separado del edificio principal que, al inaugurarse el establecimiento, fue destinado a la atención de madres solteras y, más adelante, a la de infectadas. Era un pequeño hospital con varias salitas y quirófano completo y estaba desocupado. Se lo adaptó perfectamente para su nueva función y se instalaron laboratorio, despachos y un polígrafo de cuatro canales con capacidad de registrar simultáneamente: presión amniótica, arterial materna, ECG y FCF, complementado con bombas de infusión continua para estudios de fisiología obstétrica. En ese entonces yo era Jefe de Investigaciones de la 2ª. Cátedra, con dedicación semiexclusiva y pasábamos gran parte del día en el hospital. Durante sus diez años de existencia, el departamento de Investigaciones produjo importantes aportes, entre ellos el hallazgo de la acción del n-butil simpatol (Alupent) sobre la contractilidad uterina y su efecto sobre el feto. Se publicaron numerosos trabajos en revistas y congresos y se obtuvieron premios tales como el de la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología en el '64 y el anual Profesora Maria Teresa F. de Gaudino correspondiente al año '68. Uno de los equipos logró, por primera vez en el país, transplantar experimentalmente bastocitos en la rata.

La Sardá se municipalizó en septiembre del '63 y en el '68 se produjo la "segunda invasión". Esta vez fue el Profesor Titular de Pediatría, Doctor Alfredo Larguía, quien llegaba acompañado por más de quince de sus colaboradores del staff de la Sala 2 del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", de la cual era jefe.

Ellos sentaron las bases de la moderna neonatología que hoy honra a sus continuadores. Casi simultáneamente se instituye la Residencia en ambas especialidades y se departamentaliza el organigrama de la institución bajo su nombre actual. La residencia de la Sardá ha diseminado por todos los rincones del país obstetras y neonatólogos de excelente formación profesional y ética.

En la década de los 80 culminó mi actividad como especialista en E.H.N., ya que tuve el privilegio de liderar un equipo de trabajo excepcional formado por el Jefe de Diagnóstico por Imágenes, la jefa de la recién creada Sección Inmunoematología -bioquímica en cuya formación veníamos tomando parte desde 1979, el Jefe de una de las Unidades de Internación, dedicado con entusiasmo e idoneidad al tema, y la invalorable permanente colaboración de Neonatología y de las profesionales del Laboratorio Central.

Con el Jefe de imágenes ya teníamos toda una historia de trabajo y cálida amistad personal que hoy continúa; comenzamos con nuestras primeras transfusiones

intrauterinas (T.I.U.) bajo control radiológico en 1968, a veces descuidando nuestra propia protección de las radiaciones, continuamos con los primeros ecógrafos estáticos en el '75 y con ecógrafos de tiempo real cada vez más perfeccionados desde 1978. También incursionamos en las punciones fetales dirigidas.

Nuestro equipo llegó a efectuar casi 400 procedimientos de T.I.U. con resultados comparables con los de los mejores centros mundiales (hubo años de 97% de éxito en no hidróticos). Nuestro trabajo original sobre Flujo por Vena Umbilical como parámetro de seguimiento alternativo, juntamente con nuestra propia concepción sobre fisiopatología se publicó en revistas del exterior y el gráfico para espectrofotometría modificado que propusimos se sigue utilizando en muchos centros.

En diciembre del '90 llegó mi jubilación. El último día hábil del año hubo una reunión íntima en la biblioteca para despedirme, junto con el año. Casi al final el Director, un viejo compañero del Nacional Buenos Aires, se acercó y me dijo por lo bajo: la puerta y el portón de Luca hoy van a estar abiertos para vos.

Bajé las escaleras acompañado por el Jefe del Departamento de Tocoginecología, entrañable amigo que poco después se apresuró a dejarnos. Ibamos recordando nuestra llegada el día de la primera invasión. ¡El tiempo había pasado tan rápidamente! •



Sardeños y los de la cátedra confundidos entre sí y con la numerosa concurrencia durante el curso de Inmunoematología Obstétrica dictado por los doctores Miguel Angel Etcheverry, Profesor Uranga Imaz y M. Torrado (junio de 1963).

Los doctores Torrado y Alfredo Beauquis recalibran las señales de los transductores de presión amniótica y arterial materna, durante el registro continuo de un parto en el Departamento de investigaciones (1965).



DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES: RECUERDOS 1992-2004

Dr. José María Benito

Diagnóstico por Imágenes, H.M.I. Ramón Sardá

En 1992 comencé el curso de Ecografía y en septiembre del mismo año entré al Servicio como médico de planta (cargo ganado por concurso), en Diagnóstico por Imágenes (Radiodiagnóstico).

El lugar físico era compartido con Cardiología, motivo por el cual había mucha gente (entre médicos, técnicos y mucamas).

En Ecografía había un enorme ecógrafo, ocupaba toda una sala; otro más pequeño el ADR 400 (caballito de batalla) y el Medison Sonoace 1500; se realizaban distintos estudios (obstétricos, ginecológicos, abdominales).

En Radiología estaba un equipo de fluoroscopia (se irradiaba mucho); se hacían estudios contrastados. En el cuarto oscuro se revelaba a mano y se secaban las películas radiográficas en los respectivos marcos.

Personal médico: Dres. *Alfredo Camargo; Guillermo Rimondi; Evaristo Cruz Molino; Jorgelina Iglesias; Cecilia Estiú; Mónica Ingilde; Ana Bircher.*

Por el año 1993, se dispone de más lugar, pues cardiología pasa a otro sector y le dan de baja al ecógrafo (estático). Se reciben los SIM 5000 y el General Electric RT X 400 (con doppler blanco/negro). Se extienden los estudios con glándula mamaria, tiroides (tenían transductores sectoriales de 3,5; 5 y 7,5 Mhz) y estudios de doppler.

En Radiología, comienzan los preparativos por la adquisición de un nuevo equipo Rx; se acondiciona una sala, con el plomado de las paredes, pero no prospera por problemas técnicos (tamaño). Se decide entonces colocarlo, donde está el RX fluoroscópico. La empresa Siemens se hace cargo de todos los arreglos: canaletas especiales, paredes, pisos nuevos, colocación de aire acondicionados, baño, vestidor, y acondicionan el cuarto oscuro, con una procesadora AGFA (quedando de reserva las piletas).

Con la renuncia del Dr. Guillermo Rimondi (al cargo de Jefe del Servicio), quedan en forma "provisoria los

Dres. Jorgelina Iglesias (en Ecografía) y José María Benito (en Radiodiagnóstico).

En 1995, asume el Dr. Mario Agustín Sánchez, como Jefe del Servicio (cargo ganado por concurso).

Se realizan nuevos trabajos: sala de jefe, sala de espera para las pacientes, un baño, paredes, piso.

Se adquiere un mamógrafo (por lo que se acondiciona una sala y se compra una procesadora "solo para placas mamográficas"). Personal femenino realizan cursos de técnicas Rx.

En el año 2002 llega el Ecógrafo 3 D VOLUSON 530 (con video printer y grabadora con color); se mejoran las imágenes de los estudios y se permiten realizar otros (a saber: ecografías de mama, tiroides, TV, perineales, ginecológicos, obstétricos, pediátricos, neonatales, de pared abdominal, 2D, 3D, estudios de doppler, musculoesquelético, etc.), guías de punciones, corazón.

Personal médico: Dres. *Mario Agustín Sánchez, Mónica Ingilde, José María Benito, María Alejandra Medina, Celina Averbuj, Teresa Romero* (ad honorem).

En Radiología con el Tele comandado (1995), se perfeccionan los estudios seriados HSG y todos los estudios requeridos por los médicos del Hospital. El servicio también consta de aparatos portátiles: Neo, Uti.

Desde 1991, funciona en el servicio un "Curso Anual en Ecografía Obstétrica y Perinatólogica", dictado por personal del servicio e invitados. Por él han pasado muchos alumnos (nacionales, extranjeros) y muchos trabajan en este hospital.

En la Biblioteca del Hospital hay un sector con libros de Ecografía, adquiridos por la Escuela, para el personal del Hospital y los egresados del curso.

Continuamente, el personal del Servicio asiste a Congresos (en calidad de disertantes y alumnos), para enseñar y también aprender lo nuevo. O realizar cursos para la mejor atención de las pacientes. •

TRAYECTORIA DE LA UNIDAD 3 (OBSTETRICIA) DE LA MATERNIDAD SARDÁ

Dra. Cristina Laterra

Jefa de Unidad 3, H.M.I. Ramón Sardá

La Unidad 3 de Internación funciona en el tercer piso, en el ala izquierda del Hospital.

En el momento de la fundación del Hospital estaba conformada, según consta en el libro original fundacional de las Hermanas del Huerto del 1 de abril de 1935 en el tercer piso (cuatro salas para puérperas, con 36 camas y pieza para examen y curaciones). Existía, además, un departamento para pensionistas, que constaba de 12 piezas con 24 camas. Contaba también con Departamento para alojamiento de hermanas de caridad, parteras, personal de enfermería y ayudantes.*

Es una unidad de alto riesgo donde se internan casi exclusivamente pacientes con embarazos patológicos: amenaza de parto pretermino, rotura prematura de membranas, embarazo múltiple, hiperemesis gravidica, Rh negativas sensibilizadas.

La sala cuenta en la actualidad con 24 camas de internación y el plantel de profesionales a cargo está compuesto por una jefa de unidad, cuatro médicos de planta, una psicóloga, una asistente social y una nutricionista. Todos ellos trabajan en equipo con el apoyo del personal de enfermería, integrado por una jefa de enfermeras y tres enfermeras por turno.

El esfuerzo está centrado en mejorar y restablecer el embarazo a los cauces normales. Con la prevención como meta, el gran desafío en estos años consiste en evitar la prematuridad. Si bien nuestro Hospital cuenta con un Servicio de Neonatología de excelencia para recibir a los niños que nacen en forma prematura, el mayor logro será diagnosticar las causas que llevan a este problema para poder prevenirlas o tratarlas.

Durante los últimos seis años hemos desarrollado una serie de trabajos tendientes a investigar y analizar las características de las pacientes internadas con un doble objetivo: elaborar un perfil psicológico de la embarazada con riesgo de parto prematuro y realizar estudios epidemiológicos para pesquisar infecciones y otras causas.

Además, en la última década se investigó sobre las características epidemiológicas y la evolución de los embarazos múltiples.

Se realiza una intensa labor docente con alumnos de pregrado, curso superior de especialista, internado rotatorio de la U.B.A y otras universidades del ámbito privado; en todos los casos, con el apoyo del Comité de Docencia e Investigación.

Se desarrolla tarea asistencial y docente integrada con los residentes, quienes trabajan en coordinación con los médicos de planta.

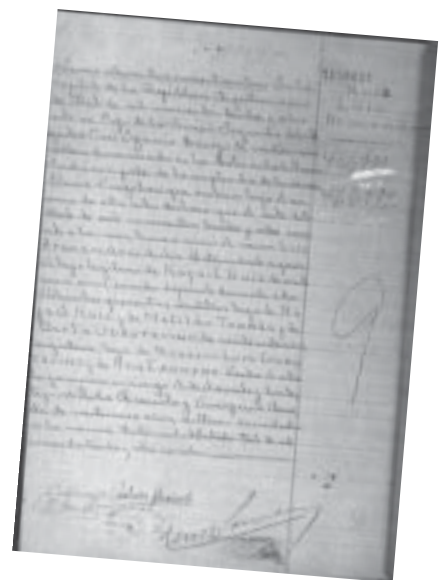
A partir de 2002 se comenzó a constituir una importante base de datos que está almacenada en las dos computadoras con que cuenta la unidad. Con el apoyo del CLAP (Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, OPS/OMS), la Secretaría de Salud del GCBA y el Departamento de Maternidad e Infancia de la Nación, se relevan los datos perinatales y se vuelcan en el SIP (Sistema de Informática Perinatal). El emprendimiento exige un enorme esfuerzo y su desarrollo sólo es posible gracias a la colaboración de todo el Hospital; en especial de las obstétricas su coordinadora, jefas de residentes y obstétricas residentes y a los jefes y médicos residentes de obstetricia.

A partir de 2003 los datos se presentan en Ateneos y se publican en nuestra revista. Esta información resulta sumamente útil para realizar diagnósticos, conocer las características de nuestra población y enterarnos de sus necesidades y demandas. El acopio de los datos y el análisis de los mismos nos permite colaborar con los directivos del hospital brindándoles una información que es siempre necesaria a la hora de la toma de decisiones. •

Listado de jefes de unidad a partir del año 1980:
Dres. Alberto Márquez, Alberto Caputo y Ricardo Illia.

Actual jefe: *Dra. Cristina Laterra.*

Médicos de planta actuales: *Dres. Rubén Almada, María Frailuna, Fernando López Damato y Sandra Susacasa.*



Certificado de nacimiento (1938).

* Monografía Maternidad Ramón Sardá. Claudia Olveira.

FARMACIA: "PASADO, PRESENTE Y FUTURO"

Dra. Graciela Calderón

Jefa de Unidad Farmacia, H.M.I. Ramón Sardá

A través de la historia y por esta historia en particular, la de los 70 años de nuestra Maternidad, consideramos que conociendo las raíces de una profesión es la única forma de llegar a amarla y proyectarla en el futuro.

La farmacia como profesión oficial e independiente nació en el año 754 en Bagdad, por disposición del califa e Ibn-el Baytar, quien fue nombrado inspector general de farmacia para proteger la salud pública, vigilando las boticas, venenos y herbolarios. Fue allí donde se abrió la primera tienda de boticario.

En este contexto se escribió el primer edicto que establecía que los farmacéuticos "serán responsables del precio de sus remedios y sobre todo de su calidad, tendrán que respetar escrupulosamente los dictados de fabricación, conservar 12 años la triaca antes de venderla al público, no utilizar píldoras preparadas hace más de dos meses, ni las cocciones de más de 10 horas. Asimismo, las pesas serán cuidadosamente vigiladas".

Paralelamente, Cohen de Attar, redactó el manual de la oficina, del cual se desprende la preocupación por la calidad.

Hacia el año 1242, Federico II, emperador de Alemania e Italia, dictó la carta magna de la farmacia que establecía que "el ejercicio de la farmacia requería poseer conocimientos, habilidades y responsabilidad, además de un lugar adecuado, para la preparación de los medicamentos llamado apotheca o botica".

Es por dicho camino, y después de la convención de Tokio en 1993, como llegamos a una sistematización que recopila y actualiza todo aquello, a través del concepto de atención farmacéutica, el cual abarca al conjunto de conocimientos, prácticas, procedimientos y actividades, que se originan en una necesidad de salud y, cuyos instrumentos son los productos farmacéuticos, indisolublemente integrados con las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud, dirigidos al individuo y por ende extendidos a la comunidad.

Es por todo esto que nuestra finalidad como servicio farmacéutico es contribuir a la salud de la madre y el recién nacido, por medio del uso racional y la calidad de atención.

Lo hacemos día a día, con el cumplimiento de las siguientes acciones:

- Selección de medicamentos, productos biomédicos y

materias primas: Proceso continuo, multidisciplinario y participativo que pretende asegurar el acceso a los fármacos e insumos biomédicos, teniendo en cuenta su eficacia, seguridad, calidad y costo e impulsar su utilización racional.

- **Adquisición:** Garantiza la disponibilidad de los insumos farmacéuticos necesarios para la atención del binomio madre-hijo.
- **Asesoramiento técnico:** Realizado por el profesional farmacéutico responsable, respetando las normas vigentes, con el objeto de seleccionar la oferta más conveniente, evaluando calidad mediante pruebas analíticas y solicitando si fuera necesario la asistencia técnica de las unidades asistenciales.
- **Recepción, almacenamiento y conservación de insumos farmacéuticos.**
- **Registro y control de stock.**
- **Dispensación y distribución de insumos farmacéuticos:** Atiende la demanda asistencial de medicamentos y dispositivos biomédicos, para garantizar el cumplimiento de la prescripción médica y proporcionar al paciente el medicamento en la forma farmacéutica, dosis y vía de administración adecuada, por ello es importante elegir un buen sistema de distribución como base para la realización de las actividades clínicas.
- **Farmacotecnia:** Preparaciones magistrales, preparaciones estériles, envasado e identificación individualizadas, en dosis neonatológicas y a granel en distintas formas farmacéuticas.
- **Fármaco vigilancia y Tecnovigilancia:** Mediante formulario de notificación de efectos adversos se registran los mismos y se elevan a la coordinación de la red de fármaco vigilancia.
- **Esterilización:** Este servicio procesa y esteriliza el material necesario para la asistencia del paciente.

A partir de esta experiencia estamos proyectando y trabajando para nuestro futuro. Queremos implementar una base de información de medicamentos de fácil acceso por un sistema informatizado, un sistema de distribución de medicamentos por dosis unitarias, establecer un área de centralización de mezclas intravenosas, incorporar residencias farmacéuticas y, por sobre todo, continuar en este camino de brindar servicios y productos siempre con vistas al paciente y a la Salud Pública. •

UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA ACERCA DE LA CONSTRUCCIÓN DEL SERVICIO SOCIAL DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMÓN SARDÁ

Lics. *Cristina Fenucci, Daniela Rímoli Schmidt, Gabriela Dolinsky, Marta Piperno y Marina Tuduri*

División Servicio Social, H.M.I.R. Sardá.

Reflexionar sobre los momentos que significaron cambios de paradigmas en el abordaje de las problemáticas sociales atendidas en este Hospital, nos remite a indagar sobre la manera en que se produjo la creación de este servicio y su desarrollo histórico, ya que la forma en la que la sociedad “entiende” los problemas sociales se refleja en la manera de dar respuesta a los mismos.

La atención de los problemas sociales fue contemplada desde el momento fundacional de este Hospital. Los registros históricos revelan que la asistencia social estaba centrada en la madre pobre, a la cual se le otorgaban tres clases de asistencia: social, por consultorio externo y por internación. La Argentina como sociedad gozaba de niveles de bienestar y de integración relativamente adecuados –especialmente en comparación con el contexto latinoamericano–. Las instituciones sociales en el marco del estado de bienestar garantizaban derechos. Existía una situación de pleno empleo, lo que implicaba que las familias tenían acceso a la seguridad social a través del trabajo. Y en el sector de la salud, el Hospital Público contenía a aquella porción de la población que no estaba integrada a la seguridad social mediante el empleo.

En los últimos 25 años la sociedad argentina transita un proceso de creciente desintegración social que consolida la situación de pobreza de amplios sectores y, por sobre todo, sus miembros han perdido aquella esperanzadora perspectiva relacionada con el ascenso social. Las instituciones del estado de bienestar se desmantelan, y acompañados por este proceso, los problemas sociales se vuelven cada vez más complejos; por ende, los hospitales comienzan a recibir un porcentaje de población elevado que sobrepasa su capacidad de respuesta.

En este nuevo contexto, la falta de uniformidad en la distribución de la enfermedad está íntimamente relacionada con la falta de uniformidad en la disposición de recursos, y es sabido que los sectores de menores recursos son los que tienen mayores posibilidades de contraer dolencias (y menores de defenderse).

El Servicio Social, incluido en estos procesos, debió

replantearse la manera de responder a las nuevas necesidades de la población y de la institución, lo que implicó acrecentar el grado de profesionalización y capacitación, y desarrollar un proceso interno de reflexión y ajuste en la actividad profesional.

Como Servicio Social de un Hospital Materno Infantil no podemos obviar los cambios que, en especial, en la última década se han producido en la sociedad, y particularmente en la manera de concebir las políticas sociales. Las transformaciones ocurridas en el sector salud ofrecen una mirada parcial del problema, pero no obstante permiten visualizar la tendencia hacia una progresiva anulación de los derechos sociales, siendo éstos el principal mecanismo de inclusión social.

Entendemos que la salud-enfermedad de la comunidad es una expresión de los procesos sociales, que trasciende los fenómenos biológicos que atañen a los individuos, y que forma parte del acontecer político, cultural, social, económico e ideológico de la sociedad. “La salud y la atención médica con múltiples imbricaciones en el campo de lo político, lo económico, lo cultural y lo ideológico, se transforman en referentes efectivos de los alcances, modalidades y limitaciones de esta inclusión”.¹ Desde este contexto afirmamos que la población atendida por el servicio social no es la misma ni presenta las mismas problemáticas que décadas atrás. Reflexionando sobre los momentos en los que se gestaron cambios en nuestra actividad profesional dentro de esta institución, podemos visualizar que en los periodos de crisis –como los que actualmente atraviesa nuestro país– la creatividad y el compromiso profesional es lo que permite elaborar respuestas acordes a los cada vez más complejos y crecientes problemas sociales.

En la tarea diaria nuestra preocupación se centra en trabajar con el otro, construyendo sistemas de intercambios dinámicos con la población beneficiaria, los profesionales de la institución como también con otras instituciones tendiente a crear y/o fortalecer potencialidades y recursos que contribuyan a facilitar el acceso a los derechos y mejorar la calidad de vida. •

1. Belmartino S y Bloch C. Evolución histórica del sector salud en la Argentina. Rosario. Revista Cuadernos Médico-Sociales 1995;73;6.

¿QUIÉN HACE ENFERMEDAD HEMOLÍTICA?

Dr. Alberto Márquez

Ex Jefe de Unidad, División Obstetricia, H.M.I.R. Sardá.

En éste encuentro con Uds. no les voy a hablar de medicina ni de obstetricia, es más, no quiero hacerlo. Les voy a hablar de historia... de una pequeña historia que, podemos decir, es el inicio de lo que fue luego el equipo obstétrico que se dedicó al seguimiento de las pacientes con problemas inmunoematológicos.

Era un día como tantos otros y me encontraba en mi despacho del 3° piso abocado a la tarea diaria del visado de las historias clínicas, del pedido de análisis, de los resultados, de la evolución de los médicos, de las acciones de enfermería, etc., cuando una técnica de hemoterapia (Celia, según creo recordar) me comenta la presencia de una paciente que se encontraba en el hall de acceso a los consultorios externos totalmente desorientada, descargando su angustia en un mar de lágrimas. La Sra. había sido derivada a la Maternidad Sardá por un cuñado médico. Sin saber a quién recurrir ni con quién contactarse, totalmente perdida, fue encontrada por esta técnica y con mi autorización fue traída a mi presencia.

Con la voz entrecortada por los sollozos y las lágrimas, pude entender que hacía días había tenido un parto prematuro con un hijo hidrópico. Era Rh negativa y luego de un aborto, no recuerdo si espontáneo o provocado, quedó embarazada y el final fue el antedicho.

Me contagié de su angustia y se me presentó la duda de a quién derivarla para su contención, y sobre todo, para poder ofrecerle un futuro más positivo. Si bien es cierto que en nuestro hospital contábamos con un médico del prestigio del Dr. Torrado en el conocimiento de la enfermedad hemolítica, no contábamos con médicos obstetras entrenados en el seguimiento de pacientes con incompatibilidad sanguínea, ni se contaba siquiera con normas para su seguimiento.

Así fue que nació el “**equipo de Rh**”, como vulgarmente se lo conoce. Pedí a Consultorios Externos me fueran derivadas todas las pacientes Rh negativas y comencé su seguimiento, y simultáneamente me adentraba en el estudio de ésta patología, se refrescaron conocimientos de la existencia de subgrupo sanguíneos, y así fueron desfilando ante mí nombres como Kell, Cellano, Duffy, Kidd, Lewis, etc.

Se normatizó el seguimiento de las pacientes Rh negativas conjuntamente con el servicio de hematología. Este realizaba el seguimiento inmunoematológico con la titulación de anticuerpos y obstetricia se encargaba del seguimiento en general y en la indicación, ejecución e interpretación del estudio espectrofotométrico. Los nombres de Whitfield, Robertson, Fredda, Queenan, Lyley, nos hablaban de sus experiencias y de sus criterios.

Comenzaron a pasar por el equipo residentes que debían cumplir una rotación; se logró una beca municipal que le fue otorgada a la Dra. Anhel, médica concurrente; se fueron agregando al equipo médicos residentes de otros hospitales; se logró el nombramiento municipal de la Dra. Frailuna con dedicación casi exclusiva en el equipo

Quiero destacar aquí el aporte de la Dra. S. Anhel en ese entonces Jefa de Hemoterapia e Inmunoematología, que aportó los trabajos de Bowman, de la escuela de Winnipeg, Canadá, quién había normatizado la técnica de las **transfusiones intra uterinas** (T.I.U.), lo que permitió la aplicación del procedimiento en nuestro querido hospital.

No faltaron en el devenir de éste equipo anécdotas que jalonaron su andar. Recuerdo dos episodios que quedaron grabados en mi memoria.

El primero de ellos se trataba de una paciente Rh negativa sensibilizada, atendida por nosotros en embarazos anteriores, con esposo homocigota. En el seguimiento del embarazo actual no se demostró aumento de la sensibilización ni afectación fetal en el curso de las amniocentesis. Y así por semanas no comprendíamos el caso hasta que por el personal de enfermería supimos la verdad. La paciente contó de una relación extramatrimonial con alguien cuyo grupo y factor eran igual al de su esposo por lo que tampoco ella comprendía el hecho de no estar más afectada. Lo que la paciente no podía saber era un detalle tan minucioso como la heterocigocidad del tercero en discordia.

El segundo caso fue el de una enfermera de un hospital del conurbano enviada a nosotros por unos colegas por ser Rh negativa, con una Prueba de Coombs positiva, por lo tanto, sensibilizada.

La paciente tenía antecedentes transfusionales y el servicio de Hemoterapia “panelizó” su sangre y se demostró que tenía una sensibilización anti-Duffy, la cuál es no hemolizante, por lo que no hay riesgo de enfermedad hemolítica.

Lo más difícil del caso fue convencer a los colegas que la paciente que derivaron no era portadora de enf. hemolítica

Sean mis últimas palabras de agradecimiento a todos los colegas que pasaron por el equipo durante mi gestión, al personal de enfermería que preparaba con minuciosidad y esmero los equipos para las amniocentesis y para a las T.I.U., al personal de hemoterapia encargado de la preparación de la sangre y a todos los que hicieron posible la formación y el funcionamiento de éste equipo.

Un respetuoso y admirado recuerdo para quien considero fue mi **maestro**, el Dr. Francisco Uranga Imaz (p).

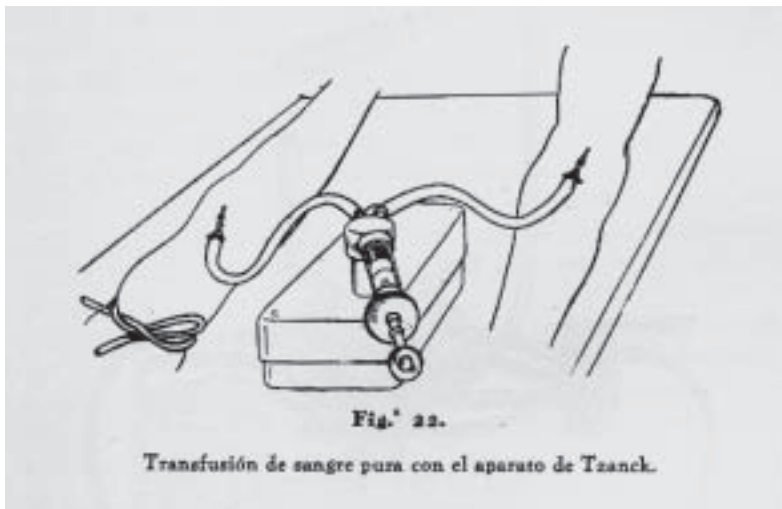
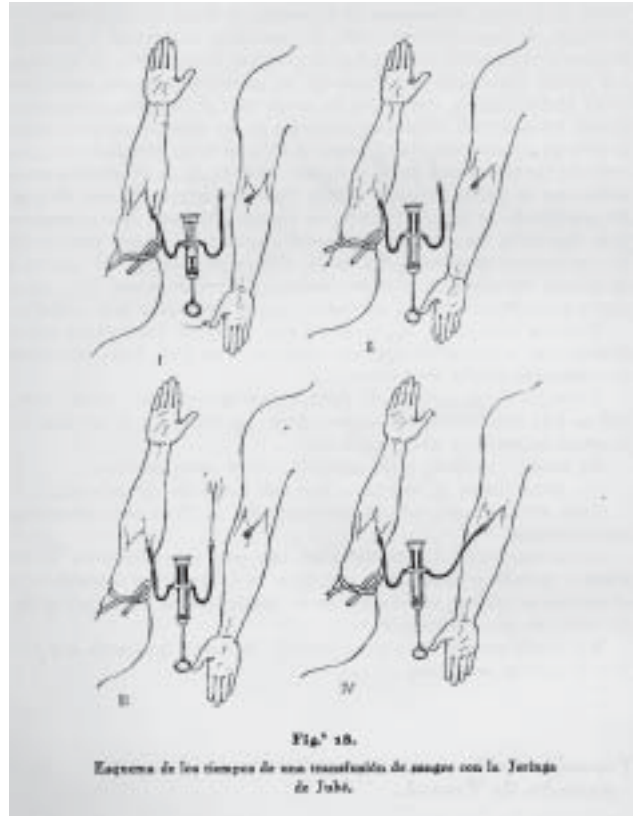
Posdata:

Muchos años han pasado desde ese primer día y algunos maestros nos dieron las armas para seguir con ésta lucha, contra ésta enfermedad que daña no solo al bebé sino a toda una familia que espera con pasión y confianza un hijo en casa.

Tratamos de cumplir nuestra misión, todos los días, cada día. A todos los que confiaron en nosotras, y nos adiestraron con el manejo de la técnica y en el trato hacia ésta paciente esperamos no haberlos defraudado.

Dras. M. A. Frailuna, B. Barrere y P. Rey

Reproducción de las técnicas de transfusión (1932).



Técnica de transfusión en la época de la inauguración de la Maternidad Sardá (1932).

LA MATERNIDAD CUMPLE 70 AÑOS: DE LOS ÚLTIMOS, NOSOTROS CUMPLIMOS 35 AÑOS

Dr. Hugo Alberto Sola

División Neonatología, H.M.I.R. Sardá.

Nosotros somos *Graciela Teresita Uriburu, Alejandro O' Donnell* y el que suscribe estas memorias, *Hugo Alberto Sola*.

Nos constituimos en grupo, funcionando como una legión, bajo el gran mando del profesor Alfredo M. Largaía, luego del subcomandante A. Miguel Largaía (h). Co-dirigíamos lo que fue inicialmente la **Unidad de Nutrición y Metabolismo (UNUME)**, grupo de choque de la División Neonatología. Se constituyó en un baluarte móvil para la nutrición de nuestros prematuros y los desnutridos postnatales que teníamos internados.

Nuestra unidad a cuyo frente estaba el Dr. A. O'Donnell contó con la Dra. Uriburu y el Dr. Sola para desarrollar distintos frentes de investigación aplicada: la alimentación parenteral con aminoácidos cristalinos 50 (Roux Ocefa®) y glucosa que se realizaba por primera vez en prematuros y desnutridos.

Nuestra "unidad metabólica" supo llamarse la "Unidad catastrófica", pues como decía el tango: "donde van ... los que habían perdido la fe en la vida". Pero nosotros, que supimos combatir, librábamos distintos enfrentamientos contra la desesperanza, la prematuridad, la desnutrición y la diarrea, flagelos de nuestros pacientes.

El bastión UNUME contaba con dos apoyos fundamentales:

- a) el **laboratorio de la Sardá** cuyo exquisito grupo de bioquímicas era comandado por la Dra. M. del C. Castiñeira; y,
- b) el equipo glorioso de la **cátedra de Nutrición y Bromatología Experimental de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la U.B.A.** cuyo primer jefe fue el Profesor Dr. N. Sanahuja y después, la no menos exquisita Prof. Dra. María Ester Gómez del Río y todas sus amorosas bioquímicas: Dras. S. Closa (Luján), M. Pita de Martínez y M. E. Serramaler (1970).

Desde esta época tan temprana venimos aportando, publicando y difundiendo en distintos eventos nacionales e internacionales nuestros trabajos: Congreso Internacional de Pediatría (Viena 1970): *Balance de grasas en prematuros* (A. M. Largaía, A. O Donnell y H. Sola). *Tratamiento de la diarrea aguda del lactante* con G. Uriburu. Se idearon esquemas dietéticos para prematuros. Evaluamos los requerimientos del lactante con diarrea prolongada, las calorías proteicas netas, la eficiencia de la absorción con los aportes alimentarios y la utilización de los nutrientes en los niños prematuros y los lactantes desnutridos.

En 1971 recibimos el Premio Prof. Dr. Aráoz Alfaro de la SAP. Eran años en que en nuestro grupo la preocupa-

ción por la prematuridad y los lactantes desnutridos constituían los temas centrales de las investigaciones aplicadas. Se trataba de caracterizar clínica y bioquímicamente la prematuridad y los déficit nutricionales para contribuir a su recuperación.

Con H.A. Sola, A. O'Donnell y H. Lejarraga, se realizó el estudio del *catch up* en los niños con retardo del crecimiento intrauterino. Con la colaboración de la cátedra de Nutrición y Bromatología Experimental hicimos un estudio de campo para evaluar el estado nutricional de las poblaciones indígenas de Jujuy, Salta y Chaco; en esta expedición participamos H.A. Sola, G. Uriburu, el Dr. Gómez Villafañez y su esposa y la Dra. L. Popovic junto a S. Closa. La empresa YPF nos proveyó transporte aéreo y terrestre y toda la infraestructura que poseían en el lugar, pudiéndose desarrollar estudios sobre los aborígenes chané, chorotes y otros.

La unidad metabólica siguió trabajando, tuvimos nuestro propio laboratorio de estudios metabólicos a cargo de A. Cozzarin y luego R. Uicich aportado por CESNI (Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil) fundado como ONG por el Dr. A. O'Donnell. Fueron incorporándose otros investigadores como A. Cordano (Perú), N. Gnazzo, Drs. C. Bocaccio, E. Calvo, H. Vázquez, E. Abeyá Gilardón, E. Carmuera y nuestro primer becario extranjero M. Goellner de USA. Se trabajaba en nuevas fórmulas para prematuros, y los requerimientos nutricionales de los R.N. de muy bajo peso.

Hubo mucho interés y preocupación en promover la leche humana (L.H.) y sostener su utilización en los niños prematuros y lactantes enfermos.

Abrimos un banco de L.H. para los prematuros. Trabajamos sobre distintas formas de extracción de la L.H. estudiando los volúmenes extraídos, composición bioquímica, su contaminación bacteriana y sus resultados, publicados con CESNI en el estudio colaborativo sobre alimentación y nutrición del Prematuro, mereció el premio Dr. José María Bago en 1980.

Alejandro O' Donnell estuvo con S. Fomon en la Universidad de Utah (U.S.A.) investigando y, junto a los estudios de Schrimshaw, Widdowson, Ziegler y Fomon, idearon un modelo de composición corporal infantil llamado el **Feto de Referencia**.

Esto permitió a su regreso, que retomáramos varias líneas de investigación sobre fórmulas lácteas para pretérmino y para recién nacidos enfocando los parámetros metabólicos y el crecimiento de los prematuros basados en distintas fórmulas con proteínas y lípidos basada en los requerimientos del Feto de Referencia. En 1990 presentamos la primera fórmula argentina para prematuros muy pequeños, realizando

una evaluación dinámica del crecimiento y desarrollo y balances bioquímicos y metabólicos. Al ir produciéndose la diáspora de los distintos equipos hacia otros horizontes (Hosp. Niños Dr. Gutiérrez y el Hospital Garrahan) se diversificaron los esfuerzos y se fue recomponiendo y renovando desde un enfoque más amplio institucionalmente.

A partir del año 2000 se creó un equipo multidisciplinario llamado “**Grupo Sardá de Estudios Maternos Infantiles**” conformado por distintos servicios de la Maternidad. Su primer objetivo fue abocarse al estudio de la nutrición en la embarazada y su repercusión el recién nacido. De esta manera se han descrito por primera vez las *Curvas de Distancia* del Peso e Índice de Masa Corporal de las embarazadas a través de la gestación, como asimismo la *Ganancia de Peso* acumulativa.

El equipo está coordinado por el Dr. Carlos Grandi (Investigador del Consejo de Investigación del GCBA) con la colaboración de distintas áreas de trabajo: el **área obstétrica** a cargo de Lic. A. Pécora y M. A. Veiga, los consultorios de **Obstetricia** a cargo del Dr. E. Negri y actualmente el Dr. S. Cassini. En **ecografías** el Dr. R. Vergara; en el área de **Nutrición** las Lic. M.T. Rinaudo y Odelza Vega, y en el área **bioquímica** las Dras. M. Perego, G. Briozzo y C. Durante. En **Epidemiología Perinatal** el Dr. P. Durán y C. Grandi, en el área de **Sociología** las Licenciadas S. Checa y L. Schwartzma; la Dra. C. Estiú en **Clínica Obstétrica**, el Dr. G. Luchtenberg en **Informática** y el Dr. H. A. Sola como coordinador en **Nutrición Infantil y Perinatal**. A este grupo se fueron integrando los doctores E. Rojas y G. Pinto. Este estudio permitirá conocer en profundidad la relación entre la nutrición y la bioquímica del embarazo, parto y puerperio normal y patológico con los recién nacidos y la lactancia a lo largo del tiempo. Otras líneas de investigación se desarrollará sobre marcadores bioquímicos de deficiencias nutricionales y las fallas en la reproducción, con las Dras. en Bioquímica M. Manghi y G.

Gutiérrez (UBA).

Es importante toda la actividad psicológica y social que hemos desarrollado en el seno de la división neonatología con el Dr. A. Miguel Larguía, las licenciadas M. A. González, V. Helman, D. Schojed, Dr. A. Dinerstein, Dra. M. Brundi, Dra. A. Benitez y todo el equipo de Salud Mental a cargo de la Lic. S. Nadde: en la integración de la familia (padres, hermanos y abuelos) a la terapia de alta complejidad y la lucha para evitar el “hospitalismo” en la internación del prematuro, logrando plasmar en video estas acciones, que han sido presentadas en distintas instituciones de la Argentina y Europa. En nuestro accionar, por ser lo que somos, un **Hospital Amigo de la Madre, del Niño y de la Lactancia**, nos sitúa en una lucha permanente.

No todo ha sido preocupaciones, desvelos y lágrimas. Hubo alegrías en nuestro transcurrir y por ello deseamos recordar, para que queden en esta historia, las primeras fiestas de confraternidad y compañerismo que hacíamos con bastante frecuencia en las casas de H. A. Sola y en lo de Cheli Lomuto: casamos a Beatriz Portas con Lusín. Cantó “marinera” el Dr. J. C. Martínez y el Dr. Nicolini nos alegraba con su histrionismo. En las guardias neonatológicas con el jefe A. Miguel Larguía y con el que suscribe se creó la pizza del Globito (P. Patricios.), que llevaba el nombre “pizza de Sola” (obstetras *dixit*). Luego pasamos a los té lunch de las guardias, en la que cuidábamos el estado nutricional de nuestros neonatólogos. Para terminar, toda historia tiene su contrahistoria, que no se cuenta por olvido y transformación, ya que todo es un renacer y por ello nos despedimos, parafraseando G. K. Chesterton: “... decir que es gris un hoja verde y se estremece el sol ante el ultraje, existe un sacrilegio, el desear la muerte, pues solo Dios sabe lo que la vida vale, y un credo las manzanas no dejan de crecer en los manzanos, nunca, pase lo que pase”.

Hasta la victoria siempre. •



De izq. a der.: Dres. Hugo Sola, Graciela Uriburu, (?), Alejandro O'Donnell, José María Albaris, Alfredo Larguía, (?), María del Rosario Castiñeiras.

ADOLESCENCIA

Programa Asistencial de la Madre Adolescente (PROAMA)

En el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá durante el año 1988 un grupo de profesionales de distintas disciplinas nos reunimos para tratar un tema que venía preocupando: **El embarazo en la adolescencia.**

Desde diferentes miradas llegamos a la conclusión que el riesgo más importante de ésta población estaba asociado con familias desestructuradas, con situaciones socio-económico-culturales desfavorables y con múltiples crisis.

En las consultas se trabajó los vínculos familiares, reforzando los factores protectores y la necesidad de actuar con acciones preventivas desde otras instituciones (Educación-Acción social, etc).

En los últimos años la pobreza fue aumentando, agravándose la situación de estas familias, con mayor violencia, drogadicción y enfermedades de transmisión sexual.

La deserción escolar era y es alta y la posibilidad de trabajo es mínimo.

Desde el área de *educación* se permitió el ingreso a las escuelas de las adolescentes embarazadas o con sus bebés. Algunos colegios cuentan con guarderías para que puedan amamantar y estudiar.

El trabajo en equipo con las familias fue y es fundamental. Las y los adolescentes necesitan ser escuchados, valorados; se encuentran en una sociedad que no les brinda la posibilidad de **crecer** y completar **sus proyectos.**

Los profesionales que los asistimos nos sentimos impotentes ante las situaciones que les toca vivir, pero muchas veces recibimos muestras de afecto y logros de sus objetivos, como el cuidado de sus hijos y la lucha para progresar.

Paso a contar uno de los tantos casos que recordamos con cariño. Durante los primeros años del programa ingresa una adolescente de 15 años y nos dice: "Dejé el colegio porque estoy embarazada de 4 meses, mi pareja me dejó y mi mamá está enojada pero me ayuda. Yo quería ser abogada". Nace su bebé y concurre al principio con su madre y luego sola. Pasado un tiempo nos dice

"voy a seguir estudiando y para poder hacerlo voy a trabajar".

Así transcurrieron los años y terminó el seguimiento de su hijo a los 3 años. Concurría a planificación familiar porque había formado una nueva pareja. Un día aparece a saludarnos como a veces lo hacía contándonos como iban sus cosas y me dice "Doctora, ayer me recibí de abogada y vengo a ofrecerme para ayudarlas para lo que necesiten con las otras chicas". Mi pregunta fue "¿Que le dirías a las adolescentes?". Su respuesta fue "Con ayuda se puede y mi hijo es lo mejor que tengo".

No es lo común que muchas adolescentes de nuestra población puedan lograr esto, por cuestiones económicas o familiares. Pero algunas han logrado cursos de peluquería, de cocina, de costura, secretariado, etc.

Lo más importante es que la mayoría son muy buenas mamás.

Los integrantes del equipo recibimos a diario muestras de afecto de estas familias, con souvenir de los cumpleaños, bautismos, fotos familiares o sacan fotos a los profesionales con su bebé para llevárselos de recuerdo.

Sería importante ver de qué forma podemos seguir ayudando a nuestra juventud para que puedan cumplir sus **sueños.** •

Coordinadora: *Dra. Pomata Jorgelina B.*

Integrantes del equipo (por orden alfabético)

Pediatría: *Dra. Blanco Adriana, Dra. Ledesma Ana, Dr. Palonsky Claudio, Dra. Pomata Jorgelina.*

Ginecología y Obstetricia: *Dra. Fernández Silvia, Dra. Malisani Lilliana, Dra. Rey Patricia, Lic. Vilar Margarita y Residentes Obstétricas.*

Psicología: *Lic. González María Aurelia y equipo.*

Servicio Social: *Lic. Dolinsky Gabriela, Dra. Fenucci Cristina, Lic. Piperno Marta, Lic. Rimoli María Daniela, Lic. Tuduri Marina.*

Nutricionista: *Lic. Quiroga María José.*

Colaboran con el programa: *Servicio de Voluntarias, Cooperadora.*

SOY DE SARDÁ

Dr. Jorge César Martínez

Jefe de Unidad Asistencia Neonatal Integrada. H.M.I.R. Sardá.

La solicitud del Comité de Redacción de la Revista del Hospital Sardá para que refleje aspectos relacionados a mi actividad en el campo de la ictericia neonatal y la relación madre-hijo en Sardá me ha hecho recorrer recuerdos y vivencias que siento cada día más presentes y representan todo lo que he recibido de mi querida Maternidad Sardá.

Recuerdo que una soleada mañana de principios de 1968 nos reunimos José Luis Nicolini, Miguel Largaía y yo en un rincón del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez; estábamos ansiosos, comenzábamos a diagramar por primera vez cuáles iban a ser nuestras funciones en un hermoso desafío a emprender. Éramos los únicos tres médicos residentes que junto a la Sala II dirigida por el Profesor Alfredo Largaía sería trasladada a la Maternidad Sardá. Para mí era como un sueño hecho realidad; había cursado Obstetricia en la Sardá y mi recuerdo era que sin dudas había sido mi más gratificante rotación, había conocido por primera vez a un recién nacido y su madre y por cierto me habían maravillado. En aquel momento pensé ¡qué pena!, quizás no vuelva más a este lugar; por eso, cuando años después me comunican esa posibilidad, casi creía estar soñando.

Me propuse aprender Neonatología con todo mi empeño; tenía la fortuna de tener dos compañeros de lujo: Nico y Miguelito. En aquellas épocas, la ictericia neonatal y la enfermedad hemolítica secundaria a incompatibilidad Rh eran uno de los problemas más graves y frecuentes a enfrentar. También eran los inicios del reconocimiento en profundidad de esa maravillosa relación madre-hijo y su tremenda potencialidad. Recuerdo que me hice la promesa de profundizar con toda mi capacidad y esfuerzo esas áreas. Realizaba y/o supervisaba gran parte de las exsanguinotransfusiones que eran muy frecuentes en aquel momento, y hacíamos el seguimiento por consultorio externo de estos niños mientras observaba con atención la interacción madre-hijo; al mismo tiempo me nutría de las enseñanzas de Marshall Klaus y John Kennell.

Pocos años después, la Sardá comienza a producir sus primeras Normas, y el Profesor Alfredo Largaía me encarga el capítulo de Ictericia y enfermedad hemolítica, donde comenzábamos a transmitir nuestra experiencia. Es en el 1^{er} Congreso Argentino de Normatizaciones Neonatológicas en Córdoba 1971, donde por primera vez, junto con el Prof. Largaía, salgo fuera del ámbito de la Sardá para participar en una mesa redonda junto al Dr. Margulies, al Prof. Halac, la Dra. Ageitos, el Dr. Rezzonico y el Prof. Largaía. Recuerdo muy bien aquel momento; fue mi primera gran experiencia llevando lo aprendido en Sardá.

También por aquella época, en *Clinics in Perinatology*, Marshall Klaus y John Kennell presentan un capítulo sobre el Nuevo Paradigma de la atención de la madre y el niño, donde hacen un muy elogioso comentario de Sardá y muestran en una de sus fotos la reunión que yo realiza-

ba diariamente con las madres en Sardá tratando las potencialidades y beneficios de comprender la relación madre-hijo. Hablando de ictericia neonatal, las investigaciones y la relación madre-hijo que vivía en Sardá, tuve la fortuna durante todos estos años de recorrer el país y ser invitado del exterior, encadenando experiencias y emociones muy especiales.

Quizás, aunque sin quizás, la invitación más significativa para mí fue a Hong-Kong en marzo de 2000, donde se efectuó la reunión internacional de Expertos en Bilirrubina y donde fueron seleccionados expertos de todo el mundo; los sueños de aquel Residente del Gutiérrez cuando llegó a Sardá se hacían realidad. Lamentablemente una cirugía cardíaca me impidió estar allí, pero el sueño que Sardá había hecho posible, nunca lo olvidaré.

La Sociedad Argentina de Pediatría me invitó a exponer en Congresos y publiqué actualizaciones, investigaciones y experiencias de Sardá en *Archivos Argentinos de Pediatría*. La Academia Americana de Pediatría me honró publicando en *Pediatrics* investigaciones de Sardá realizadas junto a la Dra. Otheguy y el Dr. H. García, e invitándome como relator en la Sección de Pediatría Perinatal. El Instituto Nacional de la Salud NIH me invitó como speaker al "Annual International Lecture on Maternal and Child Health", donde pude exponer nuevamente todo lo que se me ha permitido aprender y transmitir. Todas invitaciones relacionadas con Sardá.

Grandes sorpresas recibí en este 2004, todas ellas relacionadas a mi vida en Sardá. Me encontré mencionado junto a Otheguy y García como referencia en la última edición del Nelson Text Book, en Neonatology de Gordon Avery, e "Intensive Care of the Fetus and Neonate", de Alan R. Spiteer; recibo la invitación de la Academia Americana de Pediatría como revisor de las *Guías de manejo del recién nacido icterico*, que tanto me hizo recordar aquel capítulo escrito en 1971, en el libro de nuestro querido y recordado Jefe, Alfredo Largaía.

Se publica la 6^a edición del libro "El increíble universo del recién nacido", surgido de un momento muy especial de mis experiencias en Sardá, y se reedita en Francia el libro "Le Langage de Bebe", donde fui invitado a describir en un capítulo la comunicación privada de un bebé y su mamá. Todos momentos muy especiales para mí, todos ellos relacionados y nacidos en Sardá.

Estoy muy agradecido a la solicitud del Comité de Redacción de la revista en el Aniversario de los 70 años de Sardá; me han impulsado a recordar momentos importantes y experiencias inolvidables de mi vida en Sardá que atesoraré por siempre; pero por sobre todo me han permitido contar cuán agradecido estoy y qué privilegiado me he sentido todos estos años de poder conocer y convivir con un especial grupo humano, al mismo tiempo que poder decir y sentir con orgullo: *Soy de Sardá*.

Muchas gracias, Sardá. •

EN 70 AÑOS... LA HISTORIA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL EN UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL

Lic. Beatriz Frascotto

Ex Jefa del Servicio de Psicopatología y Salud Mental, H.M.I.R. Sardá.

La reputación de la atención brindada en la Maternidad Sardá permite inferir con marcada satisfacción que pese a los avatares sociales y crisis por todos conocidos, que los profesionales que trabajan en ella han logrado plasmar en sus tareas cotidianas el rigor científico con el compromiso social imprescindible para hacerlo eficaz.

Mantener esta actitud es de capital importancia porque la labor profesional que cumplimos estuvo, está y estará siempre ligada por su propia ideología con la realidad social a la que pertenece el paciente y la a Maternidad como institución.

Si bien esta premisa sustenta la labor de todos los profesionales del Hospital, es en el Servicio de Salud Mental donde se verifica pragmáticamente la necesidad de atender al paciente en el contexto de la realidad social vigente, evitando así caer en ineficaces orientaciones teóricas o elitistas. Norma de conducta profesional practicada por el psicólogo no sólo en la atención personalizada caso por caso, sino promoviendo e incorporando en lo interno el diálogo multidisciplinario que le permita integrar su saber con el de los otros integrantes del equipo de salud. Es así como el psicólogo se convierte en un factor importante en la complementación de esfuerzos comunes en procura de un buen nacer, ayudando a la madre a vencer dudas, fantasías y temores, que al ser atendidos correctamente y a tiempo, ayudan a afianzar el vínculo madre-niño-padre.

Es indudable que hoy el Servicio de Salud Mental de la Maternidad ya tiene ganado "su espacio" y su tarea es valorada por propios y extraños. Para llegar a esta instancia ha recorrido un largo camino de esfuerzos, iniciados en la década de los setenta, cuando la política sanitaria y atención de la salud procuraba la "desmanicomialización" con la intención de restar pacientes a los hospitales psiquiátricos, desterrando de a poco la vieja concepción que asociaba trastorno mental a locura y encierro.

En sus comienzos, el Servicio fue dotado de un importante grupo de psiquiatras y psicólogos provenientes en su mayoría de círculos psicoanalíticos muy cerrados, a lo que se sumaba una asistente social y una enfermera especializada. Este plantel pudo renovarse con el arribo de psicólogos concurrentes, que con juventud y dinamismo lograron imprimir una tónica diferente a las tareas. Se propició que amplios sectores de la población consultaran para resolver trastornos que no eran crónicos pero igualmente angustiantes. Terapias individuales, grupales y familiares, personas de las más diversas edades fueron atendidas desde esta perspectiva. Eran años de notable efervescencia política. Se comenzaba a pensar y trabajar en la atención con enfoque social.

La práctica hospitalaria basada en la permanencia, la seriedad e idoneidad profesional de los participantes del Servicio afianzó el reconocimiento institucional. Hecho destacable por las difíciles y crueles situaciones que la sociedad atravesaba y que como siempre se reflejaba con nitidez en la atención de los pacientes. Experiencias que recuerdan –entre otras–, la asistencia a embarazadas uruguayas y chilenas que, huyendo de las dictaduras de sus países, llegaban a tener sus hijos en las mejores condiciones posibles; o cuando tiempo más tarde se atendía a embarazadas argentinas quienes –detenidas por sus actividades políticas– eran internadas para la atención de su embarazo, llegando algunas de ellas a participar del curso de preparación del parto con un custodio armado a su lado.

Pero lo más siniestro llegó con la dictadura militar del '76. Se endurecieron aún más las condiciones de trabajo; a los profesionales se les obligó a trabajar más horas diarias, mientras los salarios eran congelados. La mayoría del equipo fundador optó por el consultorio privado, dejando en el camino la formidable experiencia adquirida al servicio del Hospital Público. Los pocos psicólogos que se mantuvieron en sus puestos, con la valiosa colaboración de jóvenes concurrentes, redoblaron esfuerzos para mantener en alto los niveles de dignidad lograda en la atención de una cada vez mayor masa empobrecida de pacientes que arribaba a la Maternidad, por la gratuidad de los servicios y por ser al mismo tiempo garantía de una buena atención.

En ese entorno, el avasallamiento de los derechos humanos, con sus secuelas de asesinatos, torturas y desapariciones de familiares o seres queridos, fueron parte del sufrimiento en carne viva de muchas pacientes que pese al miedo y la intención de callar, comentaban su situación y buscaban apoyo en esos duros momentos.

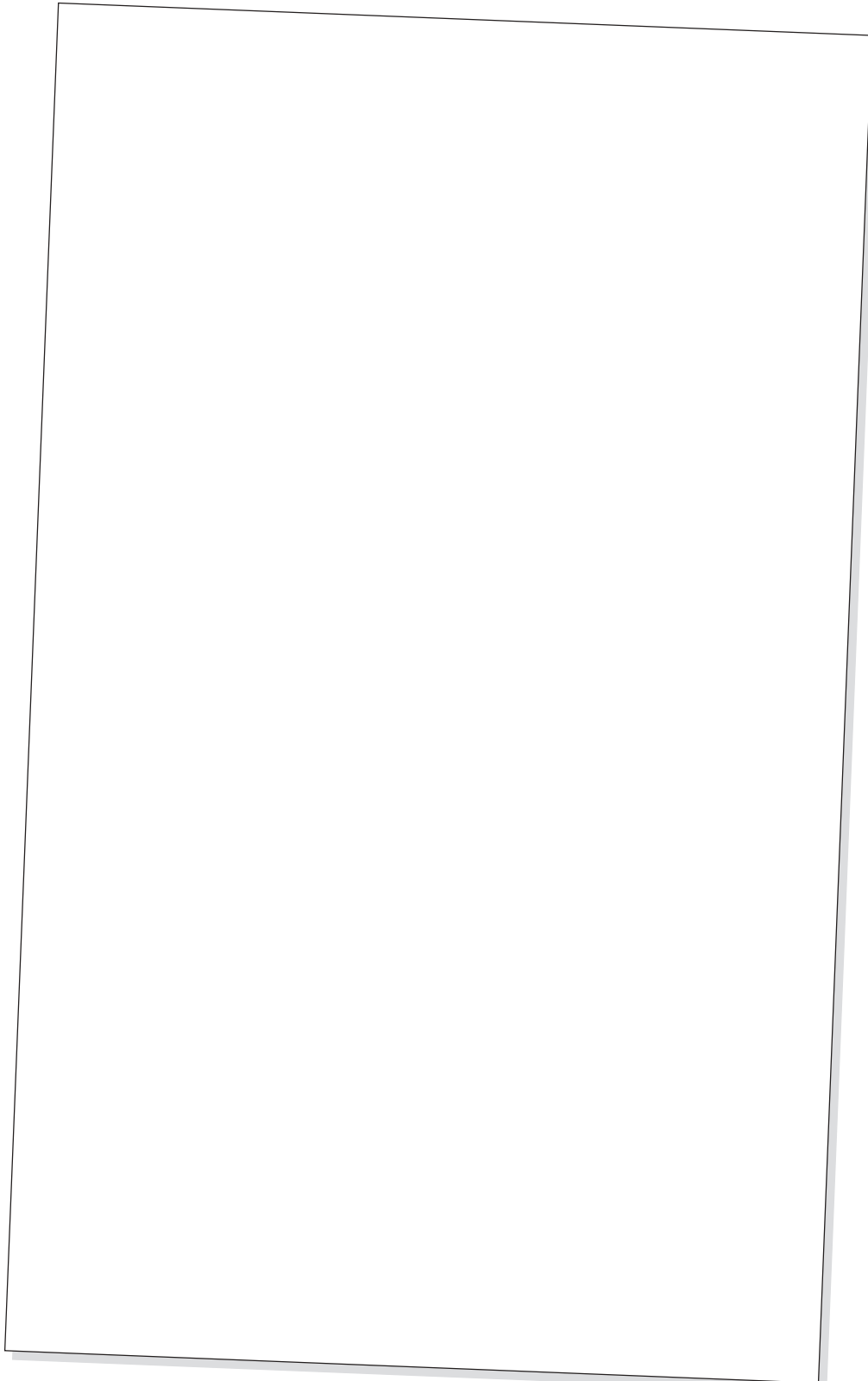
Tampoco se debe dejar de mencionar el doloroso fenómeno producido por la Guerra de las Malvinas. Miles de jóvenes llevados al conflicto dejaron a sus parejas embarazadas sumidas en la angustiante espera, dando un matiz muy particular y no querido a su paso por la Maternidad.

El retorno de la democracia permitió grandes avances tanto en la atención –pues se iniciaron tareas de prevención y de intercambio multidisciplinario–, como en la situación de los psicólogos, con el nombramiento de psicólogas que llevaban varios años como concurrentes. También conseguimos nuestra integración a la Carrera Profesional Hospitalaria y se creó la Asociación de Psicólogos Municipales para defensa de nuestros derechos. Debemos realizar una mención especial a los psicólogos concurrentes, que sin tener un salario ni una

estabilidad laboral apuntalaron el Servicio en todas las épocas.

Lo esbozado sucintamente permite señalar que el Servicio de Salud Mental de la Maternidad Sardá es parte de un todo, que al cumplir los primeros setenta años puede presumir de ser la institución hospitalaria pública

símbolo en la asistencia materno-infantil de la Ciudad de Buenos Aires, a cuya sociedad está ya históricamente integrada. Eso constituye signo de un buen pasado y compromiso por un futuro de prestigio que se obtendrá con la defensa del Hospital Público y los valores que benefician a la sociedad a la pertenecemos y servimos. •



SERVICIO DE SALUD MENTAL

Equipo de Salud Mental: Jefa del Servicio: Lic. Silvana Naddeo.

Profesionales de Planta: Lics. en Psicología María Rosa Ramírez, María Aurelia González, Sandra Prinotti, Jorgelina Butta. Ana Inés Antoniutti y Lic. en Sociología Gabriela Tortosa.

Setenta años representa la suma de muchas horas y encuentros acontecidos dentro de este Hospital Materno Infantil, más conocido entre profesionales y pacientes como “La Maternidad Sardá”.

En el dinámico transcurrir de estas décadas, la clínica vio el surgimiento de la nueva disciplina: la Perinatología, con metas cada vez más delineadas y portadora de nuevos desafíos: la calidad en la atención de las mujeres embarazadas y de sus hijos, la asistencia de embarazos de alto riesgo, la detección temprana de patologías fetales y la recuperación de recién nacidos muy vulnerables.

En este andar y hacer camino, otras disciplinas se fueron integrando y construyendo un nuevo perfil. El actual Servicio de Salud Mental es parte de esa transformación institucional. El nombre estuvo históricamente definido por la ausencia de salud, al igual que en otros hospitales: se trataba del Servicio de Psicopatología. Este servicio siguió los avatares que la historia y las políticas de salud le fueron imprimiendo. Desde el comienzo, la presencia fuerte de los profesionales “psi” estuvo ligado a la temática de la Psicoprofilaxis Obstétrica. Los cursos cada vez más completos y participativos eran coordinados por psicólogos, con fuerte orientación hacia el vínculo Madre-Padre-hijo. Aún hoy, los espacios de intercambio dentro del mismo han tenido en cuenta las diferentes variables que el discurso social fue imponiendo como necesario: la denominación maternidad-paternidad, planificación familiar, reflexión sobre violencia familiar, prevención de ETS y VIH-SIDA y sexualidad durante el proceso de embarazo parto y puerperio.

En **la atención individual**, el trabajo cada vez más intenso con los médicos, determinó la variación del esquema tradicional de derivación del paciente. El servicio cuenta hoy con una modalidad de atención cerrada a la demanda de la población interna, tal lo establecido por las políticas de salud mental de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad. Los **Consultorios Externos** reciben a diario consultas de pacientes atendidas en Obstetricia, Ginecología y Pediatría, las cuales son absorbidas por los equipos de Adultos, Adolescentes y Niños, con estrategias de intercambio y seguimiento en conjunto.

Sin embargo, el modelo construido y característico ha sido el **del trabajo en Sala de Internación**, el que abarca los diferentes niveles en **Obstetricia** (alta y baja complejidad) **Terapia Intensiva** de Adultos y **Ginecología**. El amplio espectro abarca la problemática de la maternidad como tal, al mismo tiempo que el abordaje

de la mujer y la relación con su cuerpo y las marcas reales y simbólicas sobre él.

Las **áreas de internación de Neonatología** con su variación de dificultades: baja, mediana y alta complejidad abrieron espacios para la inclusión del psicólogo y otros profesionales. Las internaciones cada vez más prolongadas de los RN críticos obligaron a diseñar estrategias que den respuestas a la nueva morbilidad sin descuidar el objetivo principal, que es la **humanización en la atención**; muestra de ello *es la* integración de la familia a la alta complejidad neonatal: abuelos y hermanos en UCIN.

La integración de miembros del equipo en Programas especializados como Seguimiento de pacientes con VIH SIDA, detección de patología fetal, familias con niños con síndrome de Down y maternidad adolescente, han demandado la elaboración de novedosas formas de trabajo institucional.

La experiencia de estos años ha guiado el trabajo de los profesionales de la salud mental en los más variados escenarios que oscilan, desde un enfoque preventivo como la Promoción de la lactancia materna, hasta la asistencia en salas de Terapia Intensiva.

Por otra parte, el entrecruzamiento con el discurso jurídico y social, ha planteado nuevos interrogantes tales como abuso sexual en menores, ligadura tubaria, interrupción electiva del embarazo en casos de anencefalia, etc. Este marco ha ido estableciendo la necesidad del encuentro con otras disciplinas para el abordaje de las diferentes problemáticas humanas y la variación del rol tradicional del profesional de salud mental, quien pasó a insertarse en nuevos posibles lugares como las áreas de urgencia o los pases de sala.

La transmisión de la teoría y de la experiencia clínica se canaliza a través de la formación de nuevos profesionales, en calidad de graduados (Concurrentes), rotantes del resto del país y pasantías clínicas de la carrera de grado de Psicología. El esfuerzo está orientado en la actualidad hacia la investigación de corte cualitativo, que permita formalizar datos y categorías aplicables a la Salud Materno-Infantil, entendida desde una perspectiva sociocultural y no solo biológica.

En resumen, el Servicio de Salud Mental, define su posición ética basada en reconocimiento de las diferencias de todos aquellos a quienes asiste, sin imposición de ideales, conociendo la determinación del trabajo del inconsciente y el tallado de la cultura y sus variantes históricas sobre todos los modos posibles de pensar la maternidad, lo femenino y lo masculino y el lugar posible de un hijo. •