

## *La madre como acompañante del niño hospitalizado en nuestras unidades(\*)*

Por los Dres.:

ANTONIO GONZALEZ ROMERO y RENE HERNANDEZ VIÑAS

Todos conocemos que uno de los proyectos más importantes de la Dirección Nacional de Clínicas Mutualistas del MINSAP es el de establecer Unidades Pediátricas en las que se prestará atención especializada a la población infantil asociada a las distintas Unidades Mutualistas del país. Esta reestructuración facilitará mantener relaciones más estrechas con los Hospitales Infantiles, cooperando así a la extraordinaria labor que en ellos se realiza.

Estas Unidades Pediátricas en principio se establecerán en número de una por cada Distrito Mutualista en la ciudad de La Habana, y una por cada capital de provincia, y su número se irá aumentando de acuerdo con las necesidades distritales o regionales.

Dichas Unidades Pediátricas funcionarán en Unidades de la propia Dirección Nacional de Clínicas Mutualistas seleccionadas para este fin de acuerdo con sus características, es decir, se tomará en cuenta la situación, el número de niños asociados, las condiciones estructurales, etc.

(\*) Trabajo presentado al Primer Congreso Médico Estomatológico Mutualista, celebrado en la Habana en septiembre de 1965.

(\*\*) De la Unidad Pediátrica de la Clínica Católicas Cubanas (Mutualista), Calzada del Cerro, 2,002, Habana, Cuba.

(\*\*\*) De la Unidad Pediátrica de Pinar del Río, P. del Río, Cuba.

Cada Unidad Pediátrica contará con un total aproximado de unas 100 camas y prestará atención a unos 30,000 o 40 mil niños asociados.

Debemos señalar, como todos ustedes conocen, que existe una gran variación en el número de camas de los Servicios de Pediatría en las distintas Clínicas del país. Estas cifras fluctúan desde menos de 10 camas hasta más de 50 por Unidad de acuerdo con el total de niños asociados, que es variable: desde menos de 2 mil hasta 20 mil por Unidad.

También existen grandes variaciones en la atención pediátrica que puede brindarse en las distintas Clínicas de acuerdo con el número de pediatras que trabajan en las mismas.

Al establecer las Unidades Pediátricas se podrá dar una asistencia uniforme, mejorar los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento (laboratorio, Rx, fisioterapia, vacunación, aerosoles, etc.), así como hacer funcionar el departamento de Dietética que tiene gran importancia, sobre todo, el Laboratorio de Leche, para la preparación y esterilización terminal de las fórmulas.

Pero más importante aún es que se pueden crear las condiciones en que no se haga simplemente una labor asistencial (como se acostumbra en los ser-

vicios de Pediatría de las Unidades pequeñas), sino que el trabajo de grupo en Unidades mayores que reúnan todas las facilidades necesarias de investigación y diagnóstico, permitirá un mejor trabajo profesional que estimulará la superación de todos los compañeros, es decir, se crearán condiciones de trabajo similares a las de los Hospitales Infantiles Docentes.

Al llegar a este punto en el estudio del Plan para la creación y funcionamiento de las Unidades Pediátricas, la Dirección Nacional de Clínicas Mutualistas del MINSAP comprobó que existían dos conductas distintas mantenidas desde hace años en los Hospitales y las Clínicas en relación con los acompañantes y las visitas.

Mientras que en los Hospitales la atención directa de los niños ingresados es prestada por personal auxiliar de dichas instituciones (auxiliares generales, niñeras, auxiliares de enfermería pediátrica y enfermeras) y no se autoriza la permanencia de familiares acompañantes, exceptuando casos muy graves o por algún motivo de investigación especial, en las Clínicas sí se permite que la familia preste atención al niño ingresado, y en ocasiones llega hasta a administrar los medicamentos.

En cuanto a las visitas, la conducta seguida también es distinta en Hospitales y Clínicas.

Mientras en los Hospitales las horas y el número de visitas han estado estrictamente reguladas desde hace algún tiempo, en las Clínicas dicha regulación es más flexible y data de fecha más reciente, e inclusive en muchos casos no se cumple cabalmente.

Esto reclamó hacer un análisis de las dos conductas observadas, después del cual la Dirección Nacional de Clínicas Mutualistas consideró conveniente man-

tener la práctica de permitir la permanencia de la madre u otro familiar junto al pequeño paciente, dándole un nuevo sentido y función a estos acompañantes, velando siempre por la conveniencia de los niños ingresados. Por otra parte, se consideraba necesario establecer una serie de normas debido a inconvenientes que se confrontan frecuentemente, y que van desde las relaciones acompañantes-personal asistencial hasta las normas básicas higiénico-epidemiológicas.

Con el fin de adoptar en las Unidades Pediátricas un sistema apropiado para el buen desenvolvimiento de las mismas, se nos encomendó hacer un estudio para normar la permanencia de la madre u otro familiar como acompañante del niño hospitalizado.

Para sustentar nuestra Ponencia no sólo en hechos que para muchos podrían ser discutibles, como la costumbre tradicional en las clínicas de la permanencia de familiares, o la imposibilidad de situar en un tiempo relativamente corto el personal auxiliar necesario para la atención de los niños en ausencia de sus familiares, vamos a considerar detenidamente una serie de experiencias en cuanto a las interrelaciones niño-madre o familiar-médico-personal auxiliar y al medio ambiente hospitalario en general.

Estas experiencias son las que hemos tomado como base para mantener a la madre o familiar como acompañante del niño hospitalizado.

En nuestra exposición seguiremos un orden lo más didáctico posible.

¿Cómo reacciona el niño sustraído de su medio ambiente familiar?

Cuando un niño es hospitalizado sufre un sentimiento de abandono muy grande; también experimenta soledad y cierto grado de culpabilidad. Muchas veces asocia esta mezcla de abandono-

culpabilidad con frases de amenaza o castigo oídas en su casa. Además, los niños pequeños no comprenden lo que es la enfermedad, no saben qué tiempo van a estar separados de sus padres, de sus familiares, de sus juguetes, de su casa, en una palabra, de su medio ambiente familiar. Sus primeros contactos en el hospital con otras personas, otra cama o cuna, etc., todo extraño para ellos, los hacen sentirse muy tristes y abandonados. Si a todo esto agregamos las distintas investigaciones y tratamientos a que son sometidos (algunas de ellas traumatizantes o dolorosas), habitualmente desde poco después de su ingreso, comprenderemos sus distintos sentimientos y reacciones. Las más de las veces lloran amargamente, sin embargo, otros no lloran, se encierran en un mutismo total, no hablan, no se mueven, se hunden en sus cunas, observándose en general los dos extremos, aparte de otras formas que podríamos calificar de agresivas o coléricas. Días después su actitud cambia algo: algunos niños mantienen una indiferencia o hasta rehuyen todo trato con el personal asistencial, otros ávidos de afecto tratan de ganar una sonrisa, una atención o una caricia de la enfermera o del médico.

¿Qué alteraciones sico-somáticas puede presentar?

En general, todos estos cambios más o menos bruscos a que es sometido el niño, provocan grandes alteraciones síquicas con manifiestos reflejos somáticos, que describiremos más adelante, marcados por una serie de síntomas o signos que constituyen el llamado hospitalismo o también el síndrome de privación o carencia materna.

Muchos de estos niños llegan a tener un franco retraso síquico, teniendo un coeficiente de desarrollo intelectual inferior a lo normal.

Se han citado muchos ejemplos de niños cuidados en asilos o sometidos a hospitalizaciones prolongadas (por procesos crónicos, médicos o quirúrgicos) que muestran los síntomas de hospitalismo, y debemos señalar lo dicho por algunos autores, que "la carencia de cuidados maternos es una enfermedad crónica con evolución progresiva y que puede terminar en lesiones irreversibles, no olvidando que existe en el niño desde los primeros meses de la vida una estructura síquica organizada, cuyo desarrollo es función de la calidad de cuidados maternos que reciba".

Claro está, es evidente que el niño sufrirá más cuanto más estrecha haya sido la unión con la madre, y sobre todo en los casos de hospitalización prolongada, que son mucho más frecuentes en otros países que en nuestro medio.

Con anterioridad nos referimos a una serie de síntomas y signos que se pueden observar en los niños que desde muy temprana edad son internados en hospitales o asilos, manifestaciones que varían ampliamente según la edad en que son hospitalizados, las relaciones más o menos intensas que tuvieron con sus familiares, el tiempo que permanecen separados de los mismos, la edad en que de nuevo vuelven al hogar o son adoptados, si en el nuevo medio familiar la atención afectiva que se les brinda es adecuada, y además, otra serie de factores no bien conocidos como es el carácter propio del niño.

Estas manifestaciones las podemos dividir en: físicas, intelectuales y emocionales. Pasemos a señalar cada una de ellas.

Clínicamente podemos demostrar fácilmente que el niño separado o privado del cuidado materno puede presentar de inicio una indiferencia o falta de atención e interés por las cosas que le ro-

dean; más tarde no responde debidamente a los estímulos, pierde el apetito, no gana debidamente en peso, se distrofia poniéndose pálido y delgado, inclusive emaciado, manteniéndose al final postrado, pudiendo tener crisis febriles.

Hay, desde luego, otra serie de manifestaciones descritas, como llanto, gritos, insomnio, facies rígida, inexpressiva, con los ojos muy abiertos, susceptibilidad a las infecciones respiratorias y dermatológicas (eczema) y, en fin, actividades llamadas "autoeróticas".

Desde el punto de vista de su desarrollo intelectual, muchos autores (*Durfee, Wolf, Roudinesco, Appell y Spitz*) han demostrado en múltiples experiencias y estudios que entre estos niños los coeficientes de desarrollo e inteligencia siempre han estado a nivel inferior que los de otros niños no separados de sus padres. Claro está, repetimos, hay muchas variaciones según las circunstancias propias de los casos estudiados, como la edad, tiempo de separación, etc.

Como la madre es la que trasmite las influencias culturales al niño en el período elemental cuando comienza a establecer las relaciones sociales primarias, si es separado de ella, las consecuencias en su desarrollo intelectual son notables, deteriorándose cualquier habilidad de aprendizaje por la falta de estímulo cultural (esto sucede sin lugar a dudas en los niños internados). Si el período de hospitalización es muy largo y ocurre en los primeros años de vida, este déficit intelectual puede ser permanente, aunque si al niño se le sitúa a tiempo en condiciones debidas pueden disminuirse las consecuencias ulteriores, previniendo una degradación mayor del intelecto y estimulando el desarrollo del resto de sus habilidades.

Por último, vamos a exponer brevemente la influencia de la falta materna en el desarrollo emocional de los niños.

Los efectos son diferentes según la edad en que se produce. En el primer año de edad vemos el cuadro de una depresión general con un gran retardo en el desarrollo pondoestatural (distrofia); en el segundo período, o sea, hasta los 5 o 6 años, etapa en que la conciencia se forma y en que el niño, por así decirlo, es formado por la madre y demás familiares que guían sus pasos en cuanto a la vida de relación social, cualquier fallo en este aprendizaje trae como consecuencia un carácter sicopático y un mal ajuste a las leyes de la convivencia social. El último período, o sea, una separación a mayor edad puede no tener repercusiones tan hondas ni fundamentales en el desarrollo sicosomático del niño, el cual puede ser capaz de buscar y encontrar otras relaciones que llenen satisfactoriamente sus necesidades.

Todos sabemos las necesidades nutricionales, calóricas, vitamínicas y muchas más de los niños. Pero posiblemente muy pocos sabemos los requerimientos afectivos de los mismos.

Habitualmente vemos a los niños hospitalizados y no pensamos en sus necesidades de afecto, aunque esto es algo tan importante para ellos como pueden serlo los requerimientos nutricionales mínimos.

Desde 1937 se señalaron por distintos autores observaciones aisladas de alteraciones de la esfera síquico-afectiva en los niños, causadas por la hospitalización. Años después se publicaron estudios más completos de *Menut* sobre las consecuencias de la disociación familiar; de *Spitz*, que describió la depresión anaclítica del niño menor de un año privado súbitamente de la madre; de *Goldfarb*, quien amplió las consecuencias de las carencias maternas en el niño de hasta tres años de edad; y los trabajos de *Bowlby*, sobre la frecuen-

cia de la indiferencia afectiva y la delincuencia entre los adolescentes que habían sufrido largas separaciones de sus madres antes de los tres años de edad.

El libro de *D. Burlingham* y *Anna Freud* "Niños sin familia", describe las consecuencias de la separación familiar en los niños ingleses separados de sus familias por la guerra.

También podemos citar los trabajos de *Bowlby*, "Cuidados maternos y sentimentales", y de *Aubry*, "La carencia de cuidados maternos". Posteriormente los de *Glaser* y *Eisenberg* "Maternal deprivation" (Carencia o privación materna), y de *Lelong* y *Lebovici*, en los Archivos franceses de Pediatría. Y trabajos más recientes, como el de *Knudson* y *Natterson*, "Participación de los padres en el cuidado hospitalario de los niños fatalmente enfermos"; el libro de *Patton* y *Gardner*, "Fallo en el desarrollo en la privación materna"; y el trabajo publicado en 1963 por la Organización Mundial de la Salud, "Privación de los cuidados maternos: revisión de sus consecuencias".

Todos los estudios, todas las investigaciones, todas las experiencias nos señalan que el niño durante mucho tiempo es dependiente de los cuidados, del cariño y de las enseñanzas de sus mayores, todos los cuales le son imprescindibles para su supervivencia.

Hasta el momento no han sido determinadas las necesidades del niño en cuanto a la esfera afectivo-emocional se refiere, pero sí está demostrado que necesita de contactos físicos delicados, sonidos placenteros y variados, distintos tonos suaves de la voz humana, juegos, estímulos visuales y la más sutil comunicación con otras personas y en particular con su madre, la que habitualmente ofrece todo lo señalado y

mucho más en sus actividades constantes con el niño.

También está demostrado que la falta materna trae como consecuencia una falla o deficiencia en *sustento* emocional y de estimulación intelectual, y por resultado de la interacción entre estos dos factores, lo que da como producto el síndrome de carencia o privación materna.

Debemos señalar que hay niños que parecen no necesitar de una manera absoluta estos cuidados maternos, dadas sus condiciones generales de desarrollo, y como podremos comprender fácilmente se trata de los prematuros, los recién nacidos en sus dos primeras semanas, y los encefalopáticos. Ellos no parecen ser afectados por la carencia de cuidados maternos.

Podríamos poner múltiples ejemplos demostrativos de las manifestaciones y reacciones de los niños cuando se ven privados súbitamente del calor materno, pero vamos a relatar solamente tres, tratando de ser lo más breves posible.

*Garrahan* refirió que según la crónica de *Salimbene* (Parma, 1857), el Emperador Federico II estaba preocupado por saber en qué idioma hablarían los niños que jamás hubiesen oído pronunciar una palabra. Al efecto, entregó varios recién nacidos a otras tantas nodrizas y cuidadoras, con el encargo de cuidarlos bien, pero no acariciarlos, hablarles, ni hablar en presencia de ellos. Se cumplió la orden, pero el Emperador no pudo satisfacer su curiosidad porque todos los niños murieron en su más temprana edad al no poder vivir sin el aplauso, las miradas amistosas y las canciones de sus niñeras —como concluyó el cronista de la época.

*Talbot*, en 1913, nos dió a conocer una anécdota acerca de la vieja Ana, la cual siempre estaba alrededor de las

salas de niños en Düsseldorf, cargando un niño como si fuera suyo. Al preguntar sobre ella le dijeron que cada vez que fallaba el cuidado médico en hacer progresar a un niño malnutrido, le entregaban el paciente a la vieja Ana, la cual "nunca fallaba".

*Spitz*, en estudios estadísticos, compara el curso de los niños internados en un asilo y otros internados con sus madres en una prisión. En ésta no había mortalidad, mientras que en el orfanato la mortalidad era alta. Las condiciones higieno-dietéticas eran similares en las dos instituciones. El cuadro clínico de los niños que fallecían era el descrito por *Spitz* como de depresión anaclítica, correspondiente al cuadro de hospitalismo.

No vamos a insistir mucho en el papel determinante de los pediatras y médicos en general para evitar las consecuencias del hospitalismo, pero debemos señalar que ellos determinan a distintos niveles las medidas que favorecen o evitan la disociación familiar, como es el permitir o no las visitas o los acompañantes, el señalar la hospitalización más o menos prolongada, donde situar al niño, el prepararlo convenientemente para su hospitalización, el crear las condiciones familiares adecuadas para la aceptación de hechos que conllevan determinadas enfermedades graves, etc.; también su participación en organizar asilos u orfanatos, hospitales pediátricos, casas-cunas, hospitales para rehabilitación de impedidos físicos y mentales o granjas-escuelas para niños abandonados.

Siempre el pediatra debe tener presente que el niño es un ser humano que necesita su aporte mínimo diario de afecto y cuidado maternal, y no un caso clínico interesante.

Delante del pequeño enfermo deben evitarse al máximo las discusiones clí-

nicas o comentarios sobre su afección, ya que los niños captan más de lo que nosotros muchas veces creemos y todo puede influir en su estado general, mejorando o agravándose según sus condiciones afectivas.

En muchos países tienden actualmente a tomar medidas que eviten el hospitalismo. En los Estados Unidos son cada día más liberales en cuanto a las visitas, teniendo mayor flexibilidad en cuanto a horario y frecuencia. Ensayan la participación activa de los padres en el cuidado de los niños hospitalizados con enfermedades fatales como leucemia y cáncer. En esos casos se ha comprobado que tienen un efecto altamente beneficioso, sobre todo en los niños menores de 6 años, aunque en niños mayores también se obtienen buenos resultados. Las madres también se benefician ya que su estado de ansiedad disminuye progresivamente y se van adaptando a las circunstancias y aceptando lo inevitable. El personal asistencial también obtiene resultados positivos, ya que es relevado de algunas funciones que puede hacer la madre. Hay otras experiencias en Israel, Francia e Inglaterra.

En nuestro medio confrontábamos y aún confrontamos serias dificultades, si bien no tanto desde el punto de vista afectivo, sí desde el de la falta de límites en cuanto a lo necesario y a la exageración. Era común ver varias personas en una habitación "acompañando" a un niño enfermo. Inclusive llevaban otros niños a visitar a su amiguito enfermo.

La falta de conocimientos sobre higiene y prevención de enfermedades evitables hacía que cualquier persona, en el estado de aseo en que estuviere, cargara un niño enfermo, muchas veces en esas condiciones iba a su medio fa-

miliar llevando el contagio, por así decirlo, en sus ropas o en sus manos.

Las infecciones cruzadas en nuestro medio eran comunes, ya que los acompañantes y visitantes pasaban de uno a otro cuarto o de una a otra cama, cargando o tocando indistintamente a uno y otro niño. Los portadores transmitían los gérmenes fuera y dentro de las salas hospitalarias, y en general todo era una falta absoluta de disciplina y mínimos cuidados en muchas de nuestras unidades.

Actualmente la situación ha cambiado mucho: hay horario, hay mayor disciplina, hay mayor educación sanitaria (gracias al Dpto. de Educación para la Salud), muchos familiares de los niños tienen su Carnet de Salud o de prevención de enfermedades infecciosas, y en todos los aspectos se ven los efectos del proceso revolucionario que vivimos y del trabajo del Ministerio de Salud Pública, sobre todo en los que se refiere a Higiene y Epidemiología.

Pero todavía nos faltaba la regulación de los familiares acompañantes, la reglamentación adecuada no sólo de la conducta a seguir por el acompañante sino también por el visitante o los visitantes, y teníamos que crear las condiciones para ello.

Nuestros asociados en forma tradicional han acompañado a sus familiares ingresados. También han visitado con mayor o menor orden a los pacientes ingresados. Era difícil prohibir radicalmente las visitas, no era fácil tampoco regular a los acompañantes. Por otra parte estábamos conscientes del peligro de las infecciones cruzadas y de la creación de posible portadores aparentemente sanos. También habíamos analizado los beneficios positivos alcanzados por el Dpto. de Educación para la Salud, con sus consejos reiterados

a través de los distintos medios de divulgación.

Nos dimos por tanto a la tarea de estudiar la normación de la conducta de los acompañantes y visitas, pero no sólo con el sentido frío, reglamentario de antaño, sino con una proyección futura más amplia: la de organizar la educación de los acompañantes para que pudieran cuidar mejor a sus niños, la de orientarlos de manera que la información directa que ellos pueden darle al médico de asistencia resulte más valiosa aún, dictarle medidas de higiene, aclararle sus dudas, sacarlos de sus errores o supersticiones, en fin, materializar en charlas, consejos, advertencias, una verdadera educación sanitaria dentro de las salas de niños, llevada a efecto por enfermeras y médicos y en general por todo el personal asistencial, en forma tal que al momento del alta las madres lleven una actitud mental correcta en lo que se refiere a los cuidados que deben prestar al niño para evitar la reinfección.

Hemos aprobado una serie de normas generales que ponemos a la consideración del auditorio. Las mismas, manteniendo los puntos básicos, podrán adaptarse a las necesidades de cada unidad pediátrica. En el momento actual dichas normas están siendo aplicadas en la Unidad Pediátrica de Pinar del Río. En forma parcial están siendo seguidas en las Unidades "Sagrado Corazón" y "Católicas Cubanas" de esta capital.

Al momento del ingreso se entrega a los familiares un modelo resumido del reglamento vigente, para ser leído y firmado por el acompañante, quien debe comprometerse a respetar las normas establecidas.

El reglamento dice lo siguiente:

Consideramos que normar y reglamentar el acompañamiento de los niños hospitalizados en las unidades que re-

unas condiciones para ello será altamente beneficioso porque:

1. Mantendrá las condiciones generales actuales, sin necesidad de privar a los niños de sus familiares en las nuevas Unidades Pediátricas, evitando los síndromes de hospitalismo o privación materna.
2. Evitará las infecciones cruzadas en nuestras salas y la diseminación al exterior por portadores o individuos o elementos contaminados (fomes), de distintas infecciones.
3. Se educará preventivamente a las madres creando una mentalidad sanitaria, que evitará en muchos casos los reingresos.
4. Habrá una mejor interrelación niño-madre-personal asistencial.
5. Se mejorarán las condiciones asistenciales en todas nuestras unidades.
6. Habremos cooperado, por tanto, al desarrollo progresivo de los planes de Salud Pública en nuestro país.

Muchas gracias.

A continuación vamos a presentar al compañero Dr. René Hernández Viñas, Director de la Unidad Pediátrica de Pinar del Río, quien nos expondrá sus experiencias después de meses de estar implantada la reglamentación de los acompañantes de los niños hospitalizados en dicha Unidad.

El compañero René Hernández tiene la palabra:

*Reglamento para los acompañantes de niños hospitalizados en los Servicios de Pediatría de las Unidades de la Dirección Nacional de Clínicas Mutualistas*

Para asegurar la atención adecuada de los niños hospitalizados, y deseando a la vez facilitar el cuidado de los mismos por la madre u otro familiar, ya

que nadie puede querer más al niño que su propia madre o un familiar, y porque nadie puede conocer mejor que ellos las características del enfermo y darle mayor apoyo físico y afectivo, el Departamento de Pediatría de la Dirección Nacional de Clínicas Mutualistas ha aprobado una serie de normas asistenciales y preventivas que deben observar los acompañantes.

La Dirección Nacional de Clínicas Mutualistas no ha vacilado en hacer los esfuerzos necesarios para crear las condiciones que permitan llevar a cabo este plan, que esperamos que sea favorablemente acogido por los familiares de los pequeños asociados por lo que dicho plan significa de beneficio para los niños hospitalizados.

Para comodidad de la madre o acompañante del niño hospitalizado, la Clínica facilitará lo siguiente:

- a) Baño completo.
- b) Silla de extensión, sillón o cama de acompañante.
- c) Comidas a módico precio para el acompañante (desayuno, almuerzo, y comida).
- d) Ropa adecuada para los niños; bata y gorro para los acompañantes.
- e) Dos reportes diarios del estado de los niños ingresados se entregarán a la telefonista a las 12 del día y a las 8 de la noche para que informe a los familiares que lo soliciten. De esta forma se evita que el acompañante tenga que estar saliendo de la habitación dejando solo al niño para hablar por teléfono.

*Señalamos a continuación las normas asistenciales y preventivas que deben observar los acompañantes de los niños hospitalizados:*

1. Al ingresar el niño se le pondrá la ropa que suministra la Clínica, quitándole los objetos de uso personal

como cadenas, medallas, pulseras, collares, etc., que puedan ser vehículos de infección.

2. La acompañante después del ingreso del niño utilizará la bata, y el gorro que le suministre la Clínica.
3. Todo objeto que se lleve a la habitación del enfermo tiene que ser previamente autorizado por la Enfermera-Jefe de la Sala, quien podrá prohibir cualquier cosa que pueda ser perjudicial al niño ingresado.
4. No se colocará al niño en otra cama bajo ningún pretexto.
5. No se utilizará almohada en los lactantes.
6. La acompañante del niño ingresado deberá permanecer junto a éste en la habitación y no podrá salir de ella sin autorización del personal de enfermería.
7. La acompañante en ningún caso deberá entrar en la habitación de otro enfermo.
8. Mantendrá cerrada la puerta de la habitación.
9. En caso de que un mismo baño deba ser usado por los ingresados en dos habitaciones contiguas, las puertas de comunicación del baño deben permanecer siempre cerradas. No se puede pasar de una a otra habitación a través del baño.
10. La acompañante no podrá administrar al niño ingresado los medicamentos. Los mismos serán administrados únicamente por el personal de enfermería.
11. Los alimentos serán preferiblemente administrados por la auxiliar de enfermería pediátrica, pero cuando se estime conveniente los mismos podrán ser administrados por la acompañante.
12. La acompañante debe lavarse las manos cada vez que vaya a tocar al niño, cambiarle los pañales, darle el biberón, etc.
13. Siempre que sea posible, a los lactantes se les dará el biberón en los brazos. Cuando ésto no sea posible, se dará de acuerdo a las instrucciones del personal de enfermería.
14. El niño se bañará diariamente y se aseará y cambiará de pañal cuantas veces sea necesario.
15. Los pañales sucios nunca se pondrán sobre mesas, camas, ni se tirarán al suelo. Se guardarán en el baño en saquitos preparados para eso.
16. Los cambios de acompañantes se efectuarán en tres horarios distintos: de 7 a 8 a.m., de 4 a 5 p.m., y de 8 a 9 p.m., permitiéndose dos cambios de acompañantes en las 24 horas.
17. Habitualmente se permitirá una sola acompañante. En los casos que el personal de asistencia lo estime necesario se autorizará la presencia de dos acompañantes. Al ingreso, los familiares deberán señalar quiénes van a ser los responsables de cuidar al niño. En casos excepcionales y previa autorización del Jefe del Servicio de Pediatría se autorizará como acompañante al padre u otro familiar hombre, del niño hospitalizado.
18. Las visitas serán de 6 a 8 p.m.
19. En la Sala y habitaciones de enfermedades infecto-contagiosas sólo se permitirán dos visitantes por niño ingresado, que podrán ver al enfermo a través del cristal de la puerta de la habitación que ocupa. No entrarán en la habitación en ningún momento dado, pues pueden contaminar sus ropas o adquirir gérmenes.

nes que podrán transmitir a otros niños en su propia casa o en lugares públicos. En estos casos el tiempo de visita está limitado a 15 minutos.

20. Recomendamos a los acompañantes no fumar en la habitación de los niños hospitalizados por las graves consecuencias que podría tener no sólo en el caso de estar funcionando cámaras de oxígeno sino por los efectos nocivos que tendría sobre el pequeño enfermito.

La Dirección y Administración de cada Unidad se reservarán el derecho de tomar las medidas necesarias para asegurar el más estricto cumplimiento de este Reglamento.

Cuando la acompañante incumpla las normas establecidas o cuando su comportamiento dentro de la Unidad altere la disciplina de la misma, la Dirección-Administración puede proceder a dar de *baja* al asociado, después de su alta clínica (una vez curado de su proceso actual).

Parentesco de la acompañante	Nombre y apellidos	Firma conforme
Nombre del asociado:	_____	_____
No. de Inscripción:	_____	Fecha de ingreso: _____
OBSERVACIONES:	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____