

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

Experiencias de la Unidad Pediátrica de Pinar del Río

Antes de pasar a exponer nuestras experiencias, situémonos en Pinar del Río, en la Primera Unidad Pediátrica Piloto de la Dirección Nacional de Clínicas Mutualistas.

Esta Unidad consta de tres plantas, lo que nos permite tener una separación adecuada en cuanto a los servicios de: *infecto-contagiosos, gastroenteritis y misceláneas.*

De igual forma el hecho de existir prácticamente una cama por cada 200 niños socios, y la separación neta por cubículo con capacidad para tres camas cada una, nos garantiza la confortabilidad de la madre como acompañante.

Además, por existir un cuarto de baño debidamente equipado entre cada dos habitaciones, nos garantiza la permanencia de la madre dentro del cubículo y le facilita mantener la mayor higiene personal y cumplir todas las normas y orientaciones del personal técnico como: lavado de manos, baño diario y en fin, mantener las óptimas condiciones de asepsia para cumplir a cabalidad con la noble misión de cuidar a su pequeño hijo enfermo.

Estas habitaciones bien ventiladas por poseer ventanas tropicales de piso a techo y con claridad suficiente por existir cristales entre las habitaciones, tam-

bién evita que al estar una madre sola en un cubículo no se sienta totalmente aislada.

En cuanto a la permanencia nocturna de la madre, la estamos resolviendo actualmente con sillones de metal y nylon, hasta tanto se nos suministren los sillones de extensión que garanticen mayor descanso en los momentos en que el estado general del niño se lo permita.

En cada estación de enfermera se ha instalado una pizarra eléctrica en comunicación con cada habitación, lo que facilita a la madre tener la presencia del personal de enfermería cuando lo necesite.

El personal que labora actualmente en la Unidad, fue rigurosamente seleccionado atendiendo a su grado de escolaridad, edad y actitud frente al niño.

El personal de enfermería, consta de ocho enfermeras, diez auxiliares de enfermería general y siete auxiliares de enfermería pediátrica.

El personal médico deficiente en número, consta actualmente de tres pediatras y dos médicos internos realizando el segundo año de postgraduado. En estos momentos se atiende un aproximado de 20,000 niños.

Tanto el personal auxiliar como el técnico, posee su correspondiente Carnet de Salud, siendo chequeado desde el punto de vista bacteriológico, espe-

(*) Trabajo presentado en el I Congreso Médico Estomatológico Mutualista celebrado en la Habana en Septiembre de 1965.

cialmente enfermería, personal del banco de leche y personal de pantry.

Es preciso destacar que ante la inminente inauguración de nuestra Unidad, se suscitaron múltiples comentarios alrededor de la misma sobre un tópico que siempre ha sido preocupación y alarma de nuestra población materna. Se refería éste al hecho de que por existir cristales en cada puerta de las habitaciones y de comentarse que se pondría en vigor un reglamento estricto, pudiera privarse al niño de la presencia de la madre como acompañante.

Para muchas constituyó una verdadera sorpresa el conocer que podrían permanecer junto a su hijo mostrándose aún más impresionadas favorablemente, al imponerse de las distintas normas que debían cumplir y que sólo iban a repercutir en beneficio del pequeño paciente.

Este nuevo sistema de la madre normada como acompañante, iba a resolver los dos extremos de la situación confrontada por nuestra niñez durante su hospitalización. Por una parte, se resolvería el problema de erradicar una vieja lacra del pasado, donde nos encontrábamos que, junto al niño enfermo permanecían horas tras horas, madres, padres, abuelos, tíos y hasta personas ajenas a la familia, con las mínimas condiciones de asepsia e higiene, no prestándole al niño ningún beneficio y sí contribuyendo con sus ropas infectadas a la propagación de distintos tipos de infección. Por otra parte, quedaba también solucionado el otro extremo del problema, consistente en que el facultativo, reaccionado contra el peligro que esto significaba, plantea la necesidad del total aislamiento, con las consecuencias señaladas por el Dr. González Romero.

Todo esto unido al hecho que la madre tenía que resolver su alimentación

desde el exterior en la forma y manera que pudiese, así como el espectáculo que constituía el lavado y tendido de ropa tanto del niño como de ella misma en el interior de la habitación, fueron cuestiones que se erradicaron con la aplicación del nuevo sistema, ya que la Administración facilita todo lo necesario tanto al niño como a la madre: pañales, culeros, toallas, vasos, cucharas, ropones y gorros. Además, esto nos proporciona mantener un control sobre todo el material que se utiliza.

Para resolver el problema de la alimentación de la madre principalmente las de la población rural, decidimos suministrarles desayuno, almuerzo y comida, incluyendo en ésta dieta variada: leche, carne, huevo, viandas, etc., no excediendo su costo de la cantidad de sesenta centavos diarios, lo que nos es perfectamente costeable. Con esta medida nos hemos evitado la entrada y salida de alimentos del pabellón, lo que repercute favorablemente en el funcionamiento del mismo.

Nuestro Reglamento, en el que se incluyen las normas establecidas, le es entregado a la madre en el momento de su ingreso para su conocimiento y firma del mismo como testimonio de su aceptación.

Además es orientada por el personal técnico en cuanto a las medidas de higiene y asepsia que debe mantener durante la estancia de su hijo ingresado, así como el baño y uso del ropón y gorro en el momento del ingreso, lo que nos ha garantizado la no permanencia de ropas posiblemente infectadas. Asimismo nuestro personal médico y de enfermería ofrecen charlas y conferencias a las madres durante el tiempo que permanece en la Unidad, con orientaciones sobre lactancia materna, medidas contra la gastroenteritis, contra el

parasitismo, beneficios de la vacunación y atención y cuidado en sentido general del niño.

Todas estas medidas, a nuestro juicio, contribuyen a evitar toda posible infección cruzada, tópico discutido y planteado como serio problema pediátrico a todos los niveles. Por otra parte, para las visitas se ha establecido un horario de una a dos pasado meridiano, sin permitir la entrada al interior de las habitaciones, viéndose solamente al niño enfermo a través del cristal de la puerta.

En nuestra Unidad, disponemos de un cuarto de curaciones en cada sala, donde se realizan todas las investigaciones necesarias al niño ingresado, así como venoclisis, punciones y distintos tipos de curas *sin la presencia de la madre*, lo que nos ha evitado conflictos de orden aflictivos, facilitando en definitivas el chequeo y estudio del pequeño paciente.

Merece señalarse que en la evolución diaria que se lleva a cada niño, influyen de manera decisiva los informes aportados por la madre en lo que se refiere a fiebre, vómitos, diarreas, cantidad de alimento ingerido y estado general del mismo, pues estimamos que es la madre quien mejor conoce el carácter y hábitos del niño por permanecer mayor tiempo junto a él.

Debemos señalar que existe un accidente en los servicios de pediatría, lamentable en extremo por lo evitable, que no hemos observado en nuestra Unidad, como es el de la broncoaspiración, especialmente de alimentos.

En cuanto a la lactancia materna ha sido costumbre nuestra desde hace tiempo no suprimirla prácticamente en ninguna circunstancia e inclusive la aplicamos con frecuencia como realimentación en niños graves, principalmente por gastroenteritis, obteniendo magníficos re-

sultados en algunos casos en que ni el tratamiento médico, ni los distintos regímenes alimenticios, han dado resultado.

Es justo confesar igualmente que el hecho de estar la madre junto al niño, obliga tanto al personal médico como al de enfermería, a realizar un mayor esfuerzo en lo que se refiere a la atención del niño. De la misma manera las menores deficiencias son captadas por la madre, exponiendo sus quejas con relativa frecuencia, *cosa que no sucede cuando el niño está sin acompañante*.

Queremos hacer notar que por el hecho de sentirse el niño más seguro junto a su madre, rara vez cambia de carácter y hábito, siendo más fácil valorar la sintomatología clínica que presenta. Un factor subjetivo que nos luce importante destacar es la coincidencia de opinión entre médico y madre en lo que se refiere al estado físico del niño y si en algunas oportunidades no ha sido así un examen más exhaustivo del enfermito le ha dado la razón.

De muchísima importancia para el tratamiento del pequeño enfermo, resulta el aporte de todos los datos anamnésticos que la madre nos suministra e inclusive cuando ella nos explica las características y detalles de la enfermedad actual que presenta su pequeño lactante que todavía no articula ninguna palabra, nos da la impresión de que la madre hablase por el niño.

No es menos cierto que existe un pequeño porcentaje de madres que bien alteradas por el hecho psicológico de tener a su hijo enfermo o bien por su bajo nivel cultural, mantienen una actitud inadecuada que dificulta la buena marcha de la sala y la labor del personal técnico.

Para superar estas dificultades utilizamos todos los métodos persuasivos a

nuestro alcance, método que nos ha dado magníficos resultados ya que solamente se ha procedido en forma más enérgica en dos casos en que se ha dado baja al producirse el alta.

Resulta altamente beneficioso en el momento del alta recalcar a la madre todas las orientaciones recibidas durante la estancia de su hijo enfermo y ahondar sobre el tipo y forma de alimentación que ha de llevar en su casa, medi-

da ésta que ha influido de manera categórica en el pequeño porcentaje de reingreso que hemos tenido en nuestros siete meses de experiencias, principalmente en los casos de enfermedades diarreicas agudas. Además, dichos casos son citados por consulta externa para seguir la evolución de los mismos. Como un aporte que refleja el valor de este sistema, exponemos un resumen de la labor realizada durante los siete meses:

MOVIMIENTO HOSPITALARIO
SANATORIO PEPE PORTILLA — SERVICIO DE PEDIATRIA
Febrero-Agosto de 1965

Meses	Ingresos	EGRESOS		Total	Letalid. Bruta	Letalid. Neta
		Vivos	Fallecidos			
Febrero	197	197	— —	197	0.0	0.0
Marzo	286	267	— 2	269	0.8	0.0
Abril	217	218	1 —	219	0.4	0.4
Mayo	220	213	— 2	215	0.9	0.0
Junio	205	204	— —	204	0.0	0.0
Julio	345	337	— 1	338	0.3	0.0
Agosto	312	318	1 3	322	1.6	0.3
TOTAL	1782	1754	2 8	1764	0.6	0.1

Promedio de estadía global 3.2

**MOVIMIENTO HOSPITALARIO DE ENFERMEDADES
DIARREICAS AGUDAS**
SANATORIO PEPE PORTILLA — SERVICIO DE PEDIATRIA
Febrero-Agosto de 1965

Meses	Ingresos	EGRESOS		Total	Letalidad. Bruta	Letalidad. Neta
		Vivos	Fallecidos			
Febrero	77	61	— —	61	0.0	0.0
Marzo	86	76	— —	76	0.0	0.0
Abril	47	35	— —	35	0.0	0.0
Mayo	76	62	— 1	63	1.6	0.0
Junio	61	63	— —	63	0.0	0.0
Julio	127	126	— —	126	0.0	0.0
Agosto	108	112	1 —	113	0.9	0.9
TOTAL	584	535	1 1	537	0.4	0.2

Promedio de estadía global 3.8

PORCENTAJE DE EGRESOS POR ENFERMEDADES
DEL TOTAL DE EGRESOS
SANATORIO PEPE PORTILLA — SERVICIO DE PEDIATRIA

Febrero-Agosto de 1965

Meses	E N F E R M E D A D E S						Total		
	Gastroenter.	%	Neuropatía	%	Accidentes	%		Otros	%
Febrero	197	31.0	3	1.5	—	0.0	133	67.5	197
Marzo	269	28.3	15	5.6	3	1.1	175	65.0	269
Abril	219	16.0	11	5.0	6	2.7	167	76.3	219
Mayo	215	29.3	17	7.9	1	0.5	134	62.3	215
Junio	204	30.8	12	5.9	2	1.0	127	62.3	204
Julio	338	37.3	17	5.0	6	1.8	189	55.9	338
Agosto	322	35.1	8	2.5	8	2.5	193	59.9	322
TOTAL	537	30.4	83	4.7	26	1.5	1118	63.4	1764

ESTUDIOS REALIZADOS SOBRE 550
COPROCULTIVOS

Escherichia Coli	343
" Freudi	6
" Coli - P. Mirabilis ...	77
" " P. Morganis ...	40
" " Aero Bacter ...	17
" " Citro Bacter ..	6
" " Pseudomona ..	7
" " Klepsiella	9
Coli Patógeno	31
Salmonella	13
Shigella	1
TOTAL	550

DESCRIPCION DE PATOGENOS
POR EDADES

Coli Patógeno:

— de 3 meses	2
3 meses a 1 año	14
1 año y más	15

Salmonella:

— de 3 meses	2
3 meses a 1 año	9
1 año y más	2

Shigella:

— de 3 meses	0
3 meses a 1 año	0
1 año y más	1

DESCRIPCION DE TODOS LOS
COPROCULTIVOS POR EDADES

—de 3 meses	108
3 meses a 1 año	275
1 año y más	167

De acuerdo con los antibiogramas presentados, los medicamentos de elección fueron:

Furodone, Colymixyn, Polimixyn, Terramicina, Cloramfenicol, Tetraciclina, Novobiocina, Estreptomycin.

VENOCLISIS

Sueros	1035
Transf. de sangre	117
Transf. de plasma	24
Hidrol. de prot.	9
Total	1185
Diseccción de vena	1

PERSONAL

Médicos:

Jefe de Servicio	1-8 horas
Aux. Especialistas ...	2-3 horas c/u
Pediatras internos ...	2-8 horas c/u
Enfermeras	8
Aux. Enfer. General ..	10
Aux. Enfer. Pediatría	7

CAUSAS DE LAS DEFUNCIONES
EN PEDIATRIA

Encefalitis	2
Gastroenteritis	2
Insuficiencia suprarrenal aguda ...	1
Meningitis	1
Neumopatías	2
Ingestion de Kerosene (luz brillante)	1
Laringo-tráqueo-bronquitis	1
Laringotráqueobronquitis	1
T O T A L	10

Dos fallecidos de más de 48 horas.
Ocho fallecidos de menos de 48 horas.

Reingresos

Veintisiete casos.

CONCLUSIONES

Valorando todo lo expuesto y teniendo en cuenta los beneficios obtenidos a través de nuestra experiencia es que nos permitimos recomendar que bien merece hacer el esfuerzo necesario para implantar este sistema a nivel nacional en todas nuestras Unidades Pediátricas de Clínicas Mutualistas; aclarando que aunque nuestra Unidad dispone de las

óptimas condiciones para la madre normada como acompañante, creemos que aunque el resto de nuestras Unidades no las reúnan totalmente, puedan en la medida que sea posible implantar dicho sistema. A nuestro juicio éste es el método ideal ya que desde el punto de vista afectivo como asistencial resulta positivo el hecho de la permanencia de la madre junto a su hijo enfermo. Esto

desde luego con las normas y disciplinas hospitalarias establecidas en nuestro servicio.

Sería de gran valor a estas conclusiones la respuesta en voz baja de los compañeros presentes, si abusando de vuestra hospitalidad le hiciésemos la siguiente pregunta: *¿Cuál de ustedes, médicos, no está al lado de su hijo enfermo cuando está ingresado?*