

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE VALENCIA

LA HOSPITALIZACION PEDIATRICA EN ESPAÑA

DISCURSO DE RECEPCION DEL ACADEMICO ELECTO

Dr. D. JOSE SELFA MARTINEZ

DISCURSO DE CONTESTACION DEL

Excmo. Sr. Dr. D. JUAN BOSCH MARIN

ACADEMICO NUMERARIO DE LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ACADEMICO HONORARIO DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE VALENCIA



VALENCIA, 15 DE NOVIEMBRE DE 1963

INDICE

	Páginas
Nota biográfica del Dr. D. Ramón Gómez Ferrer	9
LA HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA EN ESPAÑA	15
Introducción	15
Historia de la hospitalización infantil en España	17
Evolución de la asistencia pediátrica	20
Estructura física y funcional de un hospital de niños	27
Estudio de un hospital infantil: la Clínica de Lactantes y Centro de Prematuros de la Escuela Departamental de Puericultura de Valencia	36
Situación sanitaria y hospitalaria en España según el informe de la O. M. S.	63
Estado de la hospitalización pediátrica en España según el censo del Instituto Na- cional de Estadística del año 1966	69
Estado de la asistencia hospitalaria pediátrica en la Seguridad Social en 1968	73
Estado de la hospitalización pediátrica en España según estudio realizado en el año 1968	76
Planificación de la hospitalización infantil en España	82
DISCURSO DE CONCLUSIÓN	89

EXCMO. SR. PRESIDENTE;
EXCMOS. R ILMOS. SEÑORES;
ILMOS. SRRS. ACADÉMICOS;
SEÑORAS, SEÑORES:

En estos momentos trascendentales de nuestra vida, en que hemos sido propuesto como miembro de esta Real Academia de Medicina, queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todos aquellos ilustres académicos que con su generosidad, y no por nuestros propios merecimientos, hicieron posible que alcanzásemos un puesto en esta prestigiosa institución.

Tenemos conciencia del beneficio recibido y a cuánto nos obliga vuestra largueza. Permitidnos, pues, que os ofrezamos lo único que podemos ofrecer: la aportación de nuestro modesto trabajo, con nuestra gran voluntad y entusiasta colaboración en cuantas tareas nos encomendéis.

Particularmente expresamos nuestra gratitud a los señores académicos que formularon la propuesta: profesores Sanchis-Bayarri, Sala Sánchez y Gomar Guarner, a quienes tan obligados nos sentimos.

Queremos recordar con la mayor emoción a nuestros maestros de la vieja Facultad de Medicina, algunos de ellos hoy aquí presentes; a los que nos enseñaron y orientaron nuestros primeros pasos por la especialidad, profesores Rodrigo Pérez y Bosch Marin, y a los que una vez terminada la guerra, encontrándonos desorientado y desconectado de todo ambiente científico, nos abrieron las puertas de sus servicios, permitiéndonos seguir laborando y beneficiarnos de sus enseñanzas. A nuestro ilustre presidente, profesor Barcia Goyanes, nuestra perenne gratitud.

Siempre hay un recuerdo que queda especialmente grabado en nuestra mente; y nosotros jamás podremos olvidar que la primera persona que encontramos al incorporarnos como alumno interno a la sala de Enfermedades de la Infancia fue al doctor Bosch Marin, profesor auxiliar de la cátedra. De él recibimos las primeras lecciones; suyos fueron los primeros consejos recibidos en nuestra vida médica. Y es justo expresar aquí, en este momento tan solemne para nosotros, el profundo reconocimiento que siempre hemos guardado a este ilustre profesor. A él debemos nuestra marcha a Madrid para ingresar en la Escuela Nacional de Puericultura, orientando nuestras actividades en el campo de la sanidad infantil.

Imborrable recuerdo para nosotros tiene nuestra estancia en la inclusa

de Madrid. Allí los doctores Muñozorro, Bravo Frias y Jaso, con sus sabias lecciones a la cabecera del enfermo —en una época en que alboreaba la pediatría científica—, nos enseñaron los múltiples problemas que planteaba el niño enfermo, no sólo en su atención médica, sino en su alimentación, cuidados especiales, psicología, terapéutica... Fue una experiencia vivida, cuyo valor aumenta en el decurso de los años.

Hasta el año 1936 asistimos a un servicio que dejó honda huella en nosotros. Nos referimos al Hospital del Rey, que dirigía el doctor Tapia Martínez. Guardamos gratísimo recuerdo de este profesor, que nos descentrañó de modo magistral la realidad práctica de la ciencia médica.

Terminada la guerra tuvimos ocasión de trasladarnos a EE. UU., pensionados por la Dirección General de Relaciones Culturales, trabajando en el Children's Hospital de Boston bajo la dirección del profesor Charles Janeway. Esta experiencia nos permitió conocer la pujante pediatría americana, representada en aquellos tiempos por profesores de la valía de Lenox, Smith, Diamond, Sidney Farber, Gross, etc., que pertenecían en aquellos momentos al primer centro científico pediátrico de América: la Universidad de Harvard.

Posteriormente en París, pensionados por la O. M. S., asistimos en el Hospital des Enfants Malades a los servicios de los profesores Debré y Julien Marie, en donde, dirigidos por maestros tan eminentes, tuvimos ocasión de conocer la sólida pediatría clínica de la nación hermana en las modernas instituciones hospitalarias que comenzaban a inaugurarse.

* * *

Es norma de la Academia que el recipiendario dedique una breve biografía a un académico fallecido. Al revisar las realizadas, vimos que faltaba la que para nosotros, en calidad de pediatras, tenía más sugerente interés: la biografía del doctor don Ramón Gómez Ferrer, ilustre catedrático y académico, que dejó en Valencia la estela, aún percibida, de su roca personalidad, gran valía científica y profunda humanidad. Quizás sea el doctor Gómez Ferrer uno de los académicos que no necesiten biografía. Su vida pertenece al dominio público. Los médicos le recuerdan. Los alumnos de medicina lo toman como ejemplo. Y ahí está el monumento que las madres valencianas le dedicaron, testimonio perenne de que Valencia quiso inmortalizar al hombre bueno. Al hombre que, gracias a su esfuerzo personal, alcanzó los más altos valores humanos y científicos en una de las tareas más nobles: la de salvaguardar la vida de los niños.

No pudimos conocer personalmente al maestro. Mas para conocerle no necesitábamos ni del diálogo ni de su presencia física. En la sala de Enfermedades de la Infancia, donde ingresamos como internos, percibimos clara-

mente la estela del maestro inolvidable. Todo en aquella sala continuaba como él lo dejó: los procedimientos de cura, muchas de sus prescripciones, el personal, etc. Las religiosas y las enfermeras eran las que nos hablaban de don Ramón, de su forma de pasar visita, de su amor por los niños, de sus últimos años. En la sala de diftéricos, en el primer piso, donde hacíamos nuestras guardias, esperábamos que de un momento a otro entrara don Ramón, contagiados por los relatos que nos hablaban de sus visitas imprevistas para vigilar la difícil respiración de aquellos niños. Allí, en aquella sala, y en el *salonnet*, como denominaban pomposamente en el Hospital a la nueva sala de niños, es donde realizamos nuestro «ideal encuentro» con don Ramón.

Nuestro recuerdo, pues, se ha de basar en las informaciones recibidas de quienes le conocieron, y en especial de las proporcionadas por su hijo, nuestro distinguido compañero don Rafael Gómez-Ferrer Yagüe.

Nació el doctor Gómez Ferrer en Valencia, el 21 de diciembre de 1862. En su época estudiantil vivió don Ramón en una modesta casa de la calle de Rumbau, y allí perdió a su padre antes de comenzar sus estudios en la Facultad de Medicina. Los herederos del marqués de San Juan, que conocían sus grandes dotes, fueron los primeros en ofrecer su concurso a la viuda, prometiéndole costear todos los gastos de la carrera de su hijo.

En 1879 ganó las oposiciones de alumno interno de la Facultad de Medicina, y así pudo contribuir a los gastos de su carrera. Durante ésta obtuvo varios premios y menciones honoríficas, siendo discípulo, entre otros ilustres maestros, de los doctores Magraner, Gómez Reig y Orts. En el año 1882 obtenía, con nota de sobresaliente, el título de licenciado en Medicina y Cirugía, y en 1884 alcanzaba el título de doctor, también con nota de sobresaliente, versando su trabajo sobre: *La herencia orgánica considerada desde el punto de vista de la higiene*, el que mereció los honores de su publicación en la revista profesional valenciana «Crónica Médica», que entonces dirigían los doctores Campà, Amalio Gimeno y Juan Aguilar.

La vida médica de don Ramón comienza a los diecinueve años como médico rural. Hizo dos cortas sustituciones en Godolleta y Cuatretonda, dándose cuenta entonces de las grandes penalidades sufridas en el ejercicio de la medicina en los partidos rurales.

En el año 1886 ganó las oposiciones para médico del Hospital Provincial. Entonces se le presentó el dilema de quedarse en Valencia o ir a Madrid para intentar la gran meta que se había señalado en su carrera: la cátedra. Con el apoyo de sus protectores, los sobrinos del marqués de San Juan, marchó a Madrid, donde, desde el año 1886 al 88, desempeñó el cargo de ayudante de clínicas de la Facultad de Medicina. Hizo oposiciones a las cátedras de Patología Médica de Valladolid y Cádiz, pero no tuvo la fortuna de ganarlas. Pero en el año 1888 obtuvo, por unanimidad, el número uno en las oposiciones a las cátedras de Enfermedades de la Infancia vacantes en Barcelona, Valencia y Granada, eligiendo la de su tierra natal.

Ha pasado el tiempo y ya es un médico famoso don Ramón. Visita en Valencia a todas las clases sociales, y con los humildes da muestras de una

gran generosidad. Pero además su consulta está abierta para todos los estudiantes y médicos que quieran aprender. Discute los casos clínicos con sus colaboradores, con los que comenta las menores dudas. Nunca sienta cátedra en las consultas. Por el contrario, con sencillez y naturalidad razona sobre lo que el médico de cabecera le expone, tomando en cuenta su opinión.

El doctor Gómez Ferrer ante el enfermo no fue sólo el médico que diagnostica y trata la enfermedad; fue el investigador que no deja pasar detalle alguno para aquilatar su significado. Por esto sus aportaciones a la ciencia médica son muchas y valiosas en su misma sencillez.

Ingresó como académico de número en la Real Academia de Medicina de Valencia el día 18 de diciembre de 1892, en la sección de Cirugía. En su discurso de recepción trató de la *Anestesia quirúrgica en los niños*, contestándole el doctor don José M.^o Machi. Aparte de los numerosos informes que en dicha corporación emitió, fue encargado de contestar a los doctores Bartual, Carin y Casanova en el solemne acto de ser recibidos académicos. Fue secretario durante el bienio 1905 y 1906 y elevado a la presidencia de la Real Academia en 1917.

En el ámbito profesional la labor social del doctor Gómez Ferrer ofrece otros aspectos dignos de destacarse, pues aun hoy tienen actualidad. En el discurso inaugural de la Asamblea Sanitaria Regional Levantina, que se celebró en marzo de 1918 bajo la presidencia del joven catedrático don Juan Peset, glosó el tema de la unión de la clase médica, haciendo hincapié sobre su trascendencia y propugnando la creación de la unión médica regional. En esta Asamblea dio lectura a su ponencia *Reformas en la enseñanza de la Medicina*, que produjo gran impacto. Al terminar la misma, el doctor Cortés Pastor expuso a la consideración de los reunidos que fuera solicitada de los poderes públicos la concesión al doctor Gómez Ferrer de la Gran Cruz de Beneficencia. Y el doctor Bartrina, ilustre catedrático, propuso además que un busto suyo fuera instalado en uno de los jardines públicos de Valencia, costeado por las madres valencianas.

El domingo 16 de mayo de 1920 fue inaugurado el monumento al doctor Gómez Ferrer, siendo éste decano de la Facultad de Medicina y ocupando la alcaldía de Valencia don Ricardo Samper. Terminado el acto, las autoridades, invitados y público se trasladaron a la Universidad, en cuyo paraninfo se celebró una sesión solemne para entregar a don Ramón el título de Hijo predilecto de Valencia, cumplimentándose así el acuerdo del Excelentísimo Ayuntamiento. El acto fue presidido por el rector, don Rafael Pastor.

Pero la obra social de este gran apóstol de la infancia debía culminarse con la fundación de su soñado Hospital de Niños de Valencia. La expuso en clase a los estudiantes, y éstos, participando del entusiasmo del maestro, organizaron una fiesta para recaudar fondos, la que se ha venido repitiendo durante muchos años por los alumnos de Pediatría. Gran ilusión que no pudo convertir en realidad por su prematura muerte.

Don Ramón Gómez Ferrer muere el 11 de junio de 1924, llenando de

luto todos los ámbitos de la ciudad que le había visto nacer y de la cual era Hijo predilecto.

La revista «La Medicina Valenciana» le dedicó un número en enero de 1924, en el que colaboraron las más prestigiosas firmas de la medicina valenciana y termina con un escrito de la redacción de la revista dedicado a su director. De su último párrafo entresacamos esta gran sentencia: «Descanar en paz quien hizo de la amistad un blasón y de la verdad un culto.»

LA HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA EN ESPAÑA

INTRODUCCION

La elección del tema ha sido inspirada por nuestro interés en el estudio de los problemas que plantea la hospitalización infantil y que ya en otras ocasiones fue objeto de nuestra atención.

Desde hace muchos años veníamos observando que en nuestro país había insuficiencia de hospitales de niños. Posteriormente, en nuestras visitas a los principales hospitales de Europa y EE. UU. nos dimos cuenta que a esta insuficiencia de camas de hospitalización se debía añadir la casi total ausencia de una moderna organización y, lo que es más grave, la falta de una verdadera doctrina hospitalaria.

Afortunadamente, esta situación ha ido mejorando paulatinamente. El inicio de esta transformación arranca en la Orden del 14 de marzo de 1958, en la que se crea la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria, que cristaliza en la Ley de Hospitales de 1962 y disposiciones posteriores, como el Decreto de 3 de marzo de 1966 sobre Catálogo de Hospitales y Regionalización Hospitalaria, y con la publicación del anteproyecto de Reglamento de Hospitales.

En nuestra opinión la Ley de 21 de julio de 1962, de Coordinación Hospitalaria, al respetar en cierto modo la gestión de las diversas instituciones que intervienen en la acción sanitaria, no resuelve en su totalidad el problema de los hospitales en nuestro país. Creemos necesaria una integración total en el Estado de todos los servicios que promocionan la salud, y la promulgación de una Ley de Bases, con la creación de una Subdirección de Hospitales de la que dependan todas las instituciones hospitalarias de los Ministerios de Gobernación, Trabajo, Educación Nacional y, en general, todos los dependientes del Estado.

En cuanto a instalaciones hospitalarias se refiere, la situación ha cambiado recientemente en nuestro país al inaugurarse dos grandes clínicas infantiles en las ciudades sanitarias de la Seguridad Social «La Paza», de Madrid, y «Generalísimo Franco», de Barcelona. También merece destacarse la modernización del Hospital del Niño Jesús, de Madrid, y las nuevas instalaciones de las clínicas infantiles de las Facultades de Medicina de Madrid, Valencia, Barcelona, Sevilla, Granada, etc.

En el presente trabajo se expone el estado actual de la hospitalización infantil en España; la evolución del concepto de la asistencia pediátrica; las características estructurales y funcionales de un hospital de niños, y se realiza un estudio de los resultados obtenidos en un hospital de niños, con clínica de lactantes y centro de prematuros, dependiente de la Escuela de Puericultura de la Jefatura Provincial de Sanidad de Valencia. Y como consecuencia del estudio realizado se esboza una planificación de la asistencia hospitalaria infantil en España.

Si con este modesto trabajo contribuimos a formar un estado de conciencia que tienda a mejorar la hospitalización infantil en España, nos daremos por satisfechos.

HISTORIA DE LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL EN ESPAÑA

Como punto de referencia es oportuno realizar un breve recorrido histórico acerca de la hospitalización de los niños en España. En los primeros tiempos la idea de albergar a niños estaba inspirada por sentimientos caritativos, a fin de recoger a los recién nacidos abandonados. A pesar de estos buenos deseos, el reunir a los niños en las inclusas abocaba a verdaderas catástrofes, pues la mortalidad en estos establecimientos era muy alta.

El primer establecimiento de este género aparece en España a mitad del siglo XVI, y su fundación se debe a Santo Tomás de Villanueva, quien convirtió parte del palacio episcopal de Valencia en un hospicio (1537) destinado a recoger a los niños abandonados. Adoptaba y sostenía a los que no podían ser criados por sus madres y otorgaba premios en metálico a las nodrizas que mejor comportamiento observaban con los expósitos. Por ello fue llamado el «Padre de los Pobres».

En cuanto a instituciones hospitalarias propiamente dichas, parece ser que el primer hospital destinado a tratar niños enfermos fue instalado por el médico español Jerónimo Soriano en Teruel, año 1600. Publicó un libro, *Método y orden de curar las enfermedades de los niños*, en el que se describe muy detalladamente las enfermedades infantiles conocidas en aquella época y su terapéutica. Merecen destacarse sus consejos para la curación de las diarreas, prescribiendo la dieta hídrica y supresión temporal de la alimentación láctea.

El primer trabajo que aborda, en conjunto, el tema de los hospicios y hospitales se debe a Serafín Solá, quien publicó en Cádiz un opúsculo, en 1821, titulado *Ideas generales sobre la beneficencia y en particular sobre los hospitales*. En él plantea con toda su crudeza el estado de la hospitalización y el régimen de los hospicios en aquella época, aportando soluciones constructivas. Al referirse a los hospitales dedicados a la enseñanza, dice que hay que cuidarlos con primordial atención, por ser su misión de gran trascendencia. Indica que en ellos se ensayarán los nuevos descubrimientos; después que se hayan pronunciado sobre sus ventajas e inconvenientes podrán generalizarse a los demás hospitales. Por eso aconseja que el Gobierno comience por organizar estos hospitales univer-

sitarios, los cuales serán módulo y guía para todos los que se construyan en el futuro.

En 1876 se constituyó en Madrid la Asociación Nacional para la Fundación y Sostentamiento de Hospitales de Niños en España, presidida por la duquesa de Santoña. Al calor de la misma se inauguró el Hospital del Niño Jesús en Madrid, en una casa acondicionada del barrio de las Peñuelas, que pronto tuvo que ampliarse.

En 1891 el doctor Vidal Solarez, de Barcelona, transformó el consultorio por él fundado en el Hospital de Niños Pobres, de la calle del Consejo de Ciento, donde todavía hoy subsiste.

En España, en 1886, fue creada la asignatura de Enfermedades de la Infancia, siendo el primer catedrático de niños el doctor don Francisco Criado Aguilar, que lo fue en Madrid.

En esta época se inician las primeras clínicas infantiles universitarias. Las grandes disciplinas, la medicina interna y la cirugía, se negaban siempre a reconocer independencia a la nueva disciplina de Enfermedades de la Infancia. Sólo veían en el niño un adulto en pequeño, y los niños se hospitalizaban en las salas de los mayores.

El primer centro de hospitalización de niños fue el Hospital del Niño Jesús, Madrid, inaugurado en el año 1877. Su función se hizo, provisionalmente y a título de ensayo, por la Asociación Nacional para la Fundación y Sostentamiento de Hospitales para Niños de España, como antes se dijo. En un principio constaba únicamente de setenta camas, y fue tal su éxito y la gran demanda de hospitalización, que bien pronto resultó insuficiente. Esto hizo pensar en la necesidad de ampliar la institución. A tal fin, la duquesa de Santoña, presidente de la Asociación, adquirió los terrenos en que hoy se levanta el Hospital, al este de Madrid, avenida de Menéndez Pelayo, y en diciembre de 1881 se hizo el traslado al nuevo emplazamiento.

Su primer director fue don Mariano Benavente, precursor de la Pediatría en España. Bajo su mandato fue publicada la primera revista pediátrica española, «La Revista de las Enfermedades de los Niños», en la que se insertaban las comunicaciones y trabajos científicos realizados en el Hospital. A la muerte de Benavente, en 1885, fue nombrado jefe facultativo del Hospital don José Ribera, catedrático de Cirugía de la Facultad, que venía desempeñando la plaza de cirujano del Hospital. Puede decirse que la cirugía pediátrica en España tuvo en el doctor Ribera su iniciador.

Durante esta época, una de las más brillantes de la Pediatría española, don Baldomero González Álvarez funda los «Archivos de Medicina y Cirugía de los Niños», órgano que vino a sustituir a la primitiva revista de Benavente. Poco más tarde, el doctor don Manuel de Tolosa Latour funda «La Madre y el Niño» y el «Hospital de Niños».

En el año 1889 dejó de regir el Hospital la duquesa de Santoña, encargándose de su dirección y administración la Junta Provincial de Beneficencia de Madrid. En 1912 es nombrado decano del Hospital don Luis

Guedea y Calvo, catedrático de Patología quirúrgica de Madrid, propugnando la implantación en el Hospital de las diferentes especialidades. Esta mejora fue llevada a cabo cuatro años más tarde por el visitador don Santos López Pelegrin, siendo decano del Hospital don Jesús Sarabia y Pardo. Este crea la Academia del Cuerpo Facultativo, en cuyas sesiones científicas semanales se presentaban y discutían los casos de relevante interés clínico, sirviendo de base estas comunicaciones para la confección de la revista «La Pediatría Española», fundada por el doctor Aurelio M. Arquellada en 1913 y que continuó su publicación hasta hace muy pocos años bajo la dirección del doctor Cavengt.

En la actualidad el edificio propiamente dicho ha sido completamente reconstruido y organizado en pabellones de moderna estructura y funcionalismo, convirtiéndose en un centro de hospitalización modelo, en el que colaboran especialistas de todas las disciplinas de la ciencia pediátrica.

EVOLUCION DE LA ASISTENCIA PEDIATRICA

Premisa fundamental para estudiar el problema de la hospitalización en España es el conocer las profundas modificaciones que se han producido en estos últimos años en la asistencia del niño enfermo.

Esta evolución se caracteriza:

- a) Por un nuevo concepto de la especialidad pediátrica dentro del campo de la medicina general.
- b) Por la implantación de la Seguridad Social.
- c) Por el rápido progreso tecnológico de la ciencia médica, que lleva consigo una transformación y una mayor eficiencia asistencial pediátrica.
- d) Por una mayor atención por los aspectos psicológicos y sociales de la pediatría.

a) I. La Pediatría, modernamente, ha abandonado el caduco concepto de especialidad dentro del campo de la medicina general para convertirse en una de las tres grandes ramas de la Medicina y de la Cirugía general. La Medicina y la Cirugía pediátricas tienen bajo su responsabilidad científica y social todo el período de desarrollo y crecimiento del ser humano que va desde el nacimiento hasta la pubertad. Los otros dos apartados de la Medicina son la Medicina y Cirugía del adulto y de la ancianidad.

Con este nuevo concepto de la división de las ciencias médicas ha surgido un cambio en la estructura tradicional de la hospitalización pediátrica, dando vida a una nueva entidad hospitalaria, el hospital de niños, con características médicas y sociales particulares para atender todos los problemas patológicos, preventivos, sociales y psicológicos del período de la vida que le corresponde a la infancia.

Ante el dilema, siempre actual, de crear servicios de Pediatría en los hospitales generales, como en los EE. UU. de América, surge aquí en Europa la tendencia moderna del hospital de niños con personalidad propia, que permite una Medicina y Cirugía pediátricas de calidad óptima. Una de las mayores ventajas del hospital infantil es la colaboración de los distintos especialistas pediatras de los diferentes servicios, para resolver los problemas que se presenten. El jefe del servicio, por muy amplios que sean sus conocimientos, no puede abarcar actualmente todos los aspectos

de las diferentes especialidades pediátricas. El trabajo en equipo es fundamental para resolver los problemas diagnósticos y terapéuticos que se presenten. Otra ventaja de gran valor del hospital infantil es la especialización del personal de enfermería en el cuidado de los niños (prematuros, lactantes, unidad de cuidados intensivos, etc.). La rotación en los servicios, que es práctica obligada durante el período de formación del personal técnico auxiliar, facilitará el aprendizaje de las técnicas de alimentación y cuidados especiales propios de estos servicios.

Resuelve también el hospital de niños el problema de las guardias especializadas. Nosotros concedemos una gran importancia al servicio de urgencia y al de cuidados intensivos del hospital pediátrico. Estos servicios deben ser atendidos por internos que sean verdaderos especialistas; los que conociendo todos los problemas de las urgencias pediátricas sean capaces de resolver rápidamente una situación grave. Los internos de un hospital general, a pesar de sus buenos conocimientos médicos y de su voluntad para actuar bien, carecen, en general, de experiencia en los problemas que plantea la Pediatría de urgencia. Y el tiempo perdido en la pronta asistencia del niño afecto de un proceso grave repercute de forma decisiva en la mortalidad de las primeras horas de hospitalización. En los hospitales pediátricos, con gran volumen de enfermos, las guardias de los internos deben ser dobles. Un interno de guardia puede estar atendiendo a un niño en la unidad de cuidados intensivos o a la cabecera de la cama de un enfermo grave durante bastante tiempo. Mientras, en la sala de espera puede haber un niño gravemente enfermo y en situación tan precaria que requiera una pronta asistencia.

El laboratorio del hospital pediátrico tiene unas características y unas técnicas especiales que obligan, tanto al personal médico como a las laborantinas, a manejar cantidades de muestras muy limitadas y al uso exclusivo de micrométodos que requieren un utillaje y una especialización exclusiva. Han de funcionar las veinticuatro horas del día al mismo rendimiento, porque muchas prescripciones terapéuticas de los nuevos ingresos se han de basar en la rapidez de obtención y en los exactos resultados de los exámenes del laboratorio.

Ante esta orientación moderna del hospital infantil adoptada en Europa se alza la tendencia de los EE. UU. de América y Canadá, donde prefieren un buen servicio de Pediatría integrado en un hospital general —salvo excepciones, como en Boston, Nueva York, etc.—, aduciendo que el servicio pediátrico se beneficia también de los departamentos generales (radiología, laboratorio, electroencefalografía, neurología, hematología, etc.). Sin embargo, en general, esto no se ajusta a la realidad. Los especialistas de la medicina de adultos generalmente no tienen una gran experiencia de la patología infantil. Los problemas de la patología del adulto, con los que están familiarizados, difieren en ocasiones sustancialmente de los pediátricos.

a) 2. En los hospitales infantiles modernos las consultas externas, las policlínicas, se han desarrollado al máximo como elementos que, coordina-

dos con los servicios de hospitalización, rinden grandes ventajas asistenciales a la comunidad y disminuyen grandemente el volumen de hospitalización, lo que es fuente de una gran economía. El problema que plantea el ritmo creciente de una mayor demanda de hospitalización pediátrica obliga a desarrollar ampliamente los servicios externos del hospital.

En el hospital pediátrico del futuro, insistimos, se reducirá la hospitalización y se desarrollarán al margen las consultas externas, con cuidados domiciliarios efectuados por los equipos médicos del hospital.

Una experiencia interesante es el servicio de tratamiento domiciliario de niños enfermos en el Hospital St. Mary en Paddington, Londres. En un distrito de 75.000 habitantes aproximadamente, alrededor del Hospital-Escuela de St. Mary, se ha constituido un equipo compuesto de dos pediatras, tres enfermeras y un fisioterapeuta a tiempo parcial. Esta medida tiene por finalidad evitar los inconvenientes atribuidos a la hospitalización infantil, es decir: 1) el riesgo de infección cruzada; 2) la separación de la madre y de la familia y los trastornos emocionales que provoca; 3) la discontinuidad de la asistencia médica; 4) el elevado gasto de la hospitalización. Además se estimó que tal iniciativa permitirá mejorar la formación de los estudiantes de Medicina y educará a médicos, enfermeras y habitantes del distrito. La asistencia se hace siempre con el consentimiento y colaboración del médico de familia, que sigue siendo responsable del caso durante todo el tratamiento.

a) 3. El Comité de Expertos de la Organización de la Asistencia Médica de la O. M. S. llegó a la conclusión de que, aun considerando que la función clínico-asistencial es la más importante del hospital, era preciso desarrollar al máximo las actividades preventivas. El Comité recomendó también que los organismos locales de Salud Pública se integrasen en el hospital y se hiciesen cargo del servicio de medicina preventiva del establecimiento.

En la definición de hospital de la Ley de Coordinación Hospitalaria se dice que son hospitales los establecimientos destinados a proporcionar una asistencia médico-clínica, sin perjuicio de que pueda realizarse en ellos, además, y en la medida que se estime conveniente, medicina preventiva y de recuperación y el tratamiento ambulatorio.

En España, debido a que los organismos que promocionan la salud dependen de múltiples organizaciones administrativas, en ocasiones, con finalidades primordiales distintas a las que son privativas de la Sanidad, puede decirse que la medicina preventiva se ha desarrollado desligada de la medicina asistencial.

b) 1. El rápido desarrollo económico español ha motivado que el viejo concepto de beneficencia sea sustituido por el actual del derecho a la asistencia, inherente a cualquier ciudadano y no vinculado a determinada clase social. Por ello en los últimos años la beneficencia ha disminuido notablemente y ha aumentado y tiende a aumentar el número de personas protegidas por la Seguridad Social (funcionarios públicos, empresarios privados, etc.), quizá motivado por el desca de estas clases so-

ciales a la asistencia moderna y por modernos equipos médicos hospitalarios, lo que lleva anejo un encarecimiento de la misma. Por la Seguridad Social las clases económicamente débiles aumentan en sus posibilidades de asistencia, mientras las clases más acomodadas ven mermadas sus posibilidades de acceso a una buena asistencia médica, de coste muy elevado.

Por contra, la Seguridad Social ha modificado profundamente las relaciones humanas, que son imprescindibles en un acto médico. La asistencia se ha burocratizado, pero el enfermo se ve asistido por un nuevo «humanismo técnico» que tiene grandísimas ventajas en la asistencia pediátrica.

b) 2. Falta en las residencias de la S. S. con la organización antigua, lo que se pudiera llamar «conciencia institucional», origen de la mayoría de los defectos de estas instituciones. La asistencia «horizontal» en las residencias impide la conciencia unitaria y funcional de las mismas. Cada servicio es un hospital dentro de otro hospital; la posibilidad de un trabajo en equipo es la única forma, en el estado actual de la ciencia médica, de que el enfermo obtenga los óptimos frutos de las amplias y modernísimas instalaciones de estas residencias.

Los extraordinarios recursos de la Seguridad Social en especialistas, material científico moderno, sin «techo» de medicación y de investigaciones radiológicas y de laboratorio, no son apreciados en todo su valor por una falta de información y educación sanitaria de los beneficiarios.

Otro aspecto que quizá no se haya atendido en toda su amplitud es el «servicio social», complemento indispensable en todo hospital moderno.

b) 3. Para que las residencias de la Seguridad Social tengan la calificación de hospitales debe ir unida la función asistencial a la docente y a la investigación científica. La formación de postgraduados no se concibe sin el estudio de la historia clínica del enfermo, única forma de comprender la Medicina. Si los miles de enfermos que pasan por las instituciones de la Seguridad Social se «pierden», en su aspecto docente y de investigación científica, por no estar catalogados estos hospitales para realizar esta misión, serán estas mismas instituciones, con solidez científica suficiente y regidas por calificados y acreditados especialistas, las que sean reconocidas como centros docentes por los propios postgraduados.

En España existen tres instituciones de la Seguridad Social —Ciudad Sanitaria «La Paz», Clínica Puerta de Hierro, de Madrid, y Residencia Sanitaria «Francisco Franco», de Barcelona— que tienen programas rotatorios acreditados de médicos internos y residentes.

Urge, pues, para mejorar la enseñanza de los postgraduados, seleccionar aquellos centros hospitalarios que, reuniendo condiciones mínimas, se encargarian de su formación docente en colaboración con los hospitales clínicos universitarios.

b) 4. Otro fenómeno característico de las instituciones de la Seguridad Social es que cuantas más plazas hospitalarias se crean mayor es su demanda. Sin embargo, las estadísticas de tasas de mortalidad por grupos de edad muestran que la tasa de mortalidad por mil habitantes en España

no ha disminuido de 1961 a 1964, y que las tasas de mortalidad de uno a cuatro años por cada mil niños de este grupo de edad y el número de muertes de menos de un año sólo han disminuido ligeramente. Una pregunta queremos formularnos, y es que si la demanda de hospitalización continúa aumentando y si la construcción de nuevos hospitales, con función asistencial exclusiva, prosigue, ¿será capaz de reducir estas tasas de mortalidad?

Nosotros creemos que para reducir estas cifras de mortalidad el hospital debe completarse con una función sanitaria preventiva y social.

b) 5. Ya se comienza a percibir en España la escasez de personal sanitario, especialmente de enfermeras, para estas instituciones. Las estimaciones estadísticas indican que si las construcciones hospitalarias llevan el actual ritmo, para que haya enfermeras y auxiliares en número suficiente en los hospitales de 1970, la mayoría de las muchachas españolas que terminen sus estudios secundarios deberán entrar a trabajar en los centros hospitalarios del país.

c) Los avances de la investigación científica médica traen consigo una indudable repercusión en la calidad, complejidad y eficacia de la asistencia médica, lo que lleva aparejado una mayor demanda de instalaciones técnicas que permitan al hospital tener actualizada su asistencia, en armonía con el progreso científico.

La mayor eficiencia de un hospital lleva implícito un encarecimiento de los gastos de instalación, y aún más de los gastos de sostenimiento. Es muy difícil disminuir estos gastos, porque la complejidad de las costosas instalaciones de la medicina moderna lleva consigo un aumento de personal especializado; y el 70 % del presupuesto de sostenimiento de los buenos hospitales es absorbido por las plantillas de personal. La única forma de abaratar los costes de un hospital es utilizar al máximo todas sus instalaciones, procurando que la rotación de enfermos, *turnover*, sea rápida, lo que es un índice muy instructivo de la eficacia de un hospital. Hay que procurar que las visitas de los niños en las consultas externas sean numerosas y realizar un control riguroso de los nuevos ingresos para evitar hospitalizaciones innecesarias, que pueden acarrear serios trastornos emocionales y físicos a los niños.

La eficiencia del trabajo realizado en un hospital se debe valorar no solamente en su aspecto cuantitativo, sino en su aspecto cualitativo. Existen métodos para controlar la calidad de la asistencia. En algunos países está encomendada a comisiones de acreditación como el *Medical Audit*, que es una forma de autocontrol del cuerpo médico de la institución, quien valora sus propias actividades asistenciales y científicas. Se distinguen dos formas: el *Medical Audit* interno, es el más frecuente, y el externo; el primero está formado por diferentes comisiones integradas por el propio cuerpo facultativo del hospital (de anatomía patológica, de historias clínicas, de autopsias, de mortalidad infantil, de conferencias clínicas, de cirugía innecesaria, etc.). Cada semestre el equipo médico del

hospital se reúne para discutir las conclusiones de estas comisiones. El *Medical Audit* externo es realizado por equipos de especialistas prestigiosos que analizan el funcionamiento de los hospitales, con vistas a su acreditación. Generalmente, es el hospital quien solicita la visita de esta comisión de control, y el «certificado de acreditación» que expide es la garantía de una buena asistencia médica. Como método de evaluación suelen estudiar una serie de historias clínicas de enfermos dados de alta. Para facilitar estos estudios, modernamente se tiende a la normalización de las historias clínicas de los diferentes hospitales y al uso de computadores electrónicos. El 60 % de los hospitales de los E.E. UU. están acreditados por la Joint Commission on Accreditation.

Teniendo en cuenta que la eficiencia del hospital depende en gran parte de la labor que realizan las enfermeras, se estudia también la implantación del *Nursing Audit*.

Por último, en la evaluación de la eficiencia de un hospital tiene grandísima importancia las tareas que se realizan en el campo de la medicina preventiva, la enseñanza y la investigación.

d) 1. La tecnificación de la moderna medicina y la deshumanización que conlleva ha introducido en los hospitales pediátricos una gran preocupación por los aspectos psíquicos de los niños. La hospitalización del niño produce un trauma psíquico y supone una gran experiencia emocional. Todos los esfuerzos del personal deben dirigirse a minimizar estos traumas, pues si el niño que es objeto del cuidado hospitalario es dado de alta en el hospital emocionalmente lesionado, representa un fallo de la responsabilidad profesional de su personal. Un psicólogo y un psiquiatra pediatra deben formar parte del personal médico del hospital, que además de su labor específica planificarán la elección de una política general en el trato de los niños.

En algunos hospitales modernos europeos, para disminuir tanto la ansiedad del niño como la de los padres, se permite una cierta libertad para las visitas. En general, en los hospitales en que se ha implantado esta medida los padres no abusan de los privilegios de las visitas y siempre buscan la manera de cooperar y ayudar, verificándolas en los momentos en que pueden reemplazar a la enfermera en el cuidado de sus hijos y de otros niños. Con este programa la madre aprende de la enfermera la técnica que puede más tarde serle útil en casa, con lo que se realiza una labor efectiva de educación sanitaria.

En nuestro país la información sobre el estado de los niños debe ser amplia, pero las visitas de los padres deben limitarse a un horario fijo, pues generalmente la cooperación que prestan no compensa a las enfermeras en su labor.

Modernamente, en los hospitales de niños se tiende, tanto en los ambientes médicos como quirúrgicos, a encamar a los niños el menor tiempo posible. Y con objeto de evitar la sensación de «confinamiento», no sólo se les permitirá la estancia en las salas de juego, sino que tendrán libre

circulación por los pasillos y salas del hospital. Este aparente desorden de las salas beneficia grandemente el aspecto emocional del niño, que se siente como en su casa. Por el mismo motivo no es aconsejable la rotación frecuente de enfermeras. Lo ideal sería que una misma persona sea asignada para cuidar a un niño, y esa persona debe de tratar de consolarlo en sus sensaciones de soledad o temor y cuando parezca que sus necesidades no han sido atendidas. En resumen, la atenuación del consuelo en el niño debe ser una preocupación primordial en los hospitales pediátricos.

d) 2. El descubrimiento de la condición social del niño enfermo es otro hecho que matiza la asistencia de la hospitalización pediátrica. La función del hospital, una vez dado de alta el enfermito, debe proyectarse al ambiente social en que está inmerso. Esta proyección se realizará por el servicio social, las consultas externas, los cuidados domiciliarios y las asociaciones de ayuda al hospital. Consideramos el Servicio social como uno de los más valiosos puntales del funcionamiento del hospital pediátrico. Las asistentes sociales no sólo prestarán ayuda al paciente y a su familia, sino también al personal médico y administrativo.

ESTRUCTURA FISICA Y FUNCIONAL DE UN HOSPITAL DE NIÑOS

La ciencia pediátrica ha realizado progresos técnicos tan importantes y requiere procedimientos e instrumental tan costosos y especializados, que únicamente en el hospital pediátrico pueden aplicarse todos los medios de diagnóstico y de tratamiento que el niño pueda necesitar.

Las ciudades de más de 300.000 habitantes deben tener un hospital de niños independiente, no siendo aconsejable incluirlo en un hospital general; la capacidad media de los hospitales infantiles regionales es de unas 300 camas, no debiendo sobrepasar nunca las 500.

En la estructuración del hospital pediátrico debe tenerse en cuenta:

- Que ha de recibir a los niños de todas las edades, ya que su fisiología y patología difieren completamente de la edad adulta.
- Que cada niño es susceptible de ser portador de una afección contagiosa, y la lucha contra la propagación de los agentes patógenos debe constituir la preocupación constante de todo el personal técnico que haya de intervenir en la construcción del hospital.

Para un cierto número de pediatras todos los niños deben ser considerados como sospechosos de producir contagio, y los hospitales de niños deben ser concebidos como una estructura celular, en donde el personal ha de doblegarse a una disciplina rigurosa. En efecto, es bien evidente la alta contagiosidad de algunas enfermedades infantiles; sin desconocer tal posibilidad, la experiencia prueba que no pueden ser comparadas con las enfermedades contagiosas comunes.

Ante esta cuestión:

- Todo ingreso debe ser aislado y observado.
- El hospital infantil debe estar dotado de una «sección de aislamientos», donde serán internados los sospechosos de infección o los afectos de enfermedad grave.
- Todo caso de enfermedad contagiosa común debe ser inmediatamente transferido a una sección independiente dentro del servicio de contagiosos.

- El servicio de contagiosos para niños afectos de enfermedades infecciosas comunes será concebido como un servicio de pediatría y dirigido por un pediatra. Esta sección estará aislada dentro del hospital y ningún cambio de personal será tolerado.
- Las enfermedades infecciosas comunes que serán objeto de esta segregación son las siguientes: sarampión, viruela, difteria, tos ferina, parotiditis, tifoidea, poliomielitis, escarlatina y meningitis cerebroespinal epidémica.
- Los casos restantes serán retenidos en el hospital de niños, pero serán tomadas precauciones contra la propagación de los gérmenes patógenos.

Todo hospital de niños debe tener unas secciones perfectamente definidas e individualizadas, según la edad de los niños que las ocupen y según las funciones de cada una de ellas.

Una primera división es esencial: un servicio de medicina infantil y un servicio de cirugía infantil.

Esta división promueve problemas de organización. Cada uno de estos dos servicios debe tener secciones de lactantes, de niños mayores y de aislamiento.

En un hospital de menos de cien camas las circulaciones no serán lo suficientemente grandes para que se plantee un problema grave, pero si se proyecta un hospital de Pediatría de varias centenas de camas, la cuestión de las circulaciones tiene que ser estudiada a fondo.

La construcción en pisos permite una gran flexibilidad. A este respecto, el Children's Hospital de Great Ormond Street, de Londres, es un ejemplo muy interesante. El edificio es de siete pisos y tiene una bipartición vertical; en un lado se encuentra la cirugía y en el otro la medicina. Se puede concebir igualmente una segmentación horizontal y colocar en el mismo piso a los lactantes con afecciones quirúrgicas y los casos médicos de la misma edad. Uno o varios pisos se destinan para hospitalizar a los niños mayores y el último se reserva para los sospechosos. Se asegura así una homogeneidad en el plan de cada piso y en el cuadro del trabajo médico y del personal auxiliar.

La vigilancia de los niños por las enfermeras es muy importante, estimándose que una enfermera sólo debe ocuparse de tres o cinco lactantes a la vez; sin embargo, por la noche la enfermera de vela puede tener bajo su control un número aproximadamente doble de niños de poca edad. Se debe prever un puesto de trabajo situado en el centro de la unidad de cuidados, con 10 a 12 camas aisladas en boxes, y este puesto servirá para dos enfermeras durante el día y una sola durante la noche. Cada box debe tener una instalación sanitaria y de cambio autónoma para cada niño, de forma que se minimicen los riesgos de la infección cruzada. El puesto de trabajo de las enfermeras debe comprender: lavabos, vertedero, armarios y depósito de blusas indispensables.

Se ha debatido mucho la cuestión de la hospitalización de las madres con su hijo. Los trabajos de los psicólogos han mostrado que hospitalizando a la madre con su hijo se evitan los fenómenos de hospitalismo que se oponen a la curación de los niños. Las madres lactantes deben de quedarse en el Hospital, por lo que se preverá unos dormitorios de capacidad suficiente y un refectorio cercanos a la unidad de cuidados.

Los servicios y secciones en que debe dividirse un hospital son los siguientes:

Servicio de medicina infantil.—A la sección de medicina infantil le corresponden dos tercios del total de camas del hospital, o sea 0'40 camas por 1.000 habitantes. Este servicio debe estar dividido en subsecciones, permitiendo una clasificación según la edad y según las diferentes enfermedades infantiles:

Constará este servicio de las siguientes secciones:

- a) Prematuros.
- b) Lactantes enfermos de cero a doce meses.
- c) Gastroenteríticos.
- d) Niños de doce meses a cinco años y niños mayores.
- e) Sospechosos.
- f) Contagiosos.

a) La sección de prematuros será concebida como una serie de boxes acristalados, y en cada uno de ellos habrá de una a cuatro incubadoras, colocadas bajo la vigilancia constante de la enfermera. El acondicionamiento y la esterilización permanente del aire serán necesarias. Esta sección estará precedida de un «puerto de esterilización del personal», que será la única entrada al servicio, en donde la desinfección estará asegurada en las mejores condiciones posibles. La sección debe estar provista de oxígeno canalizado.

Suponiendo que la sección de prematuros reciba a los nacidos en la circunscripción hospitalaria y también a los de la maternidad, es conveniente prever tres secciones:

Una sección destinada a recibir a los prematuros que *nacen en condiciones asépticas*, que son en principio los que provienen de la Maternidad. Estos niños son los menos infectados, y deben ser protegidos a toda costa de las complicaciones microbianas.

Una segunda sección destinada a recibir a los prematuros en los que se *sospecha un cierto grado de infección*, aunque no tengan manifestaciones clínicas. Estos son los prematuros nacidos en la ciudad y que son transportados al hospital. Las condiciones del nacimiento y las del transporte son suficientes para considerarlos como sospechosos y deben ser aislados del primer grupo.

La tercera sección constituye la transición entre la vida en el ambiente de la incubadora y la existencia al aire libre. Es la *sección de adaptación o presalida*, en la que se albergan los prematuros que han franqueado el pe-

riodo crítico y que han alcanzado los 1.800 gramos. En esta sección hay camas en los boxes.

Estas tres secciones deben ser relativamente independientes, pero son servidas por la misma cocina dietética y demás servicios (ropa, esterilización, etc.).

b) La sección de lactantes enfermos de cero a doce meses agrupará alrededor de un tercio de las camas del hospital y será subdividida en boxes individuales, completamente cerrados y acristalados, de $3\frac{1}{2}$ m² de superficie y volumen medio de 10 m³. Cada box estará provisto de un lavabo y un puesto de cambio, y cada grupo de 3 a 5 boxes debe comunicar con una galería cubierta orientada a mediodía.

La disposición de los boxes debe permitir la vigilancia de los niños en todo momento, lo cual es facilitado por el sistema de dobles corredores. Las circulaciones del personal y los visitantes deberán estar perfectamente estudiados.

Lo mismo que en el servicio de prematuros, estará asegurado el acondicionamiento y esterilización del aire, y es conveniente instalar medios de insonorización para evitar la propagación de llantos y gritos.

c) Aunque las afecciones intestinales no sean de una contagiosidad tal que haga preciso internar a los niños en el servicio de contagiosos, es necesario prever un aislamiento riguroso para los niños de cero a cinco años afectos de gastroenteritis.

d) Las secciones de niños de doce meses a cinco años y niños mayores agruparán alrededor de dos tercios de las camas del hospital. Los boxes podrán tener de 4 a 6 camas y comunicarán por una galería exterior bien orientada. Sin embargo, del 10 al 25 % del número total de camas estarán dispuestas en forma de boxes individuales para los enfermos graves y que necesitan ser vigilados constantemente. Hasta los diez años los niños de sexo diferente deberán ser hospitalizados en la misma unidad, pero pasada esta edad es necesario separar a los niños de las niñas, aunque las salas respectivas puedan estar contiguas. Las dimensiones de las salas de estos niños tendrán un mínimo de 6 m² y de 10 m² por cama.

e) Las secciones de sospechosos variarán según la capacidad total del hospital. Aquí la concepción de boxes recobra todo su valor, porque el aislamiento es el fin primordial de este servicio.

f) Hay pocos elementos del hospital pediátrico que hayan levantado tantas discusiones como la sección de contagiosos, y aún hoy no existe completo acuerdo.

Los sanitarios han llamado la atención sobre el peligro evidente que representaba hospitalizar juntos a los niños afectos de la misma enfermedad. La mortalidad por sarampión, o más exactamente las complicaciones pulmonares y óticas del sarampión, eran mucho más elevadas en el hospital que en el domicilio, y el servicio de contagiosos fue durante mucho tiempo una de las preocupaciones mayores de los médicos del hospital. Los higie-

nistas demostraron que la hospitalización de contagiosos no tenía ninguna influencia sobre la marcha de la epidemia, por el hecho de que el período de contagiosidad máxima se situaba antes de la aparición de los síntomas patognomónicos y que la mortalidad hospitalaria era elevada para todas las enfermedades infecciosas.

En un principio la tendencia a construir pabellones de infecciosos alejados del hospital obedecía a que, a causa de la distancia, el personal del pabellón de contagiosos no se mezclaba nunca con el del hospital ordinario. De esto se deduce que sería más útil intensificar el esfuerzo sobre el aislamiento y la desinfección del personal que aumentar la separación geográfica del servicio de contagiosos.

Esta es la razón por la que en EE. UU. los servicios de contagiosos están incluidos en el bloque hospitalario. Una disciplina rigurosa se exige al personal, que no debe en ningún caso mezclarse a otras personas, circular por el establecimiento durante las horas de trabajo y debe observar las reglas estrictas de desinfección de manos y vestidos. El personal auxiliar debe permanecer en el servicio sin salir.

La cuestión de los «compañeros de contagio» es discutida. En el período agudo esta práctica puede ser peligrosa, y los enfermitos de la sala común con frecuencia presentan todos la forma clínica y las complicaciones del caso más grave. Por el contrario, en la convalecencia y durante la cuarentena es aconsejable proyectar cuartos comunes de varias camas que agrupen a aquellos que han tenido la misma enfermedad.

Hoy en día la necesidad de camas de infecciosos decrece con la aplicación de antibióticos y las generalizaciones de las inmunizaciones: triple, antipolio y antisarampionosa.

Como la mayoría son hospitalizados en boxes individuales, la capacidad de la unidad de cuidados puede reducirse en principio a unas 15 camas. Por lo anteriormente expuesto se deduce que el servicio de contagiosos—fuera de las épocas de epidemia— es poco rentable y caro. Su estructura en boxes o cuartos individuales y su funcionamiento, que necesita un personal numeroso para unidades de cuidados reducidas, son muy costosos. Por esto hay que abandonar completamente la idea de construir pabellones especializados y programar una o varias unidades de cuidados, con boxes espaciosos, en los cuales se ingresen todos los niños contagiosos, cualquiera que fuera la edad. La capacidad de los boxes será amplia, a fin de poder agrupar a dos o tres «compañeros de contagio» en la convalecencia de la enfermedad.

La unidad de cuidados de contagiosos comprende esencialmente unos quince cuartos individuales a los que se llega por un pasillo central. El cuarto-tipo deberá tener un mínimo de 10 m² por 30 m², y es deseable darle una superficie de 12 ó 15 m², de forma que se puedan colocar camas en el momento de las epidemias y para los convalecientes en cuarentena, lo que permite casi doblar la capacidad de la unidad de cuidados y de aumentar la flexibilidad del conjunto. Cada cuarto deberá poseer, además de la cama

y el mobiliario habitual, un lavabo con grifo de pie o de codo, un vertedero para los excrementos y un lugar en donde tanto la enfermera como el médico puedan colgar sus blusas, preceptivos para permanecer en la habitación del niño contagioso. Debe ser obligación para los médicos llevar una bata para cada enfermo y cambiarla todos los días.

Los servicios generales de piso están simplificados, porque la mayoría de las funciones corrientes se efectúan en las habitaciones. Un cuarto de baño servirá para el baño final que preceda a la salida.

Los servicios generales de piso se reducen a:

- Un puesto de guardia y vigilancia desde donde la enfermera puede ponerse en comunicación con todos los cuartos.
- Una habitación de trabajos de enfermeras, que es aquí particularmente importante. La sección sucia y limpia deben estar individualizadas a fin de evitar toda contaminación del material.
- Una sala de curas espaciosa, concebida como una sala de operaciones simple. Las complicaciones que requieren un acto quirúrgico, algunas veces complejo (laparatomía por perforación, antrotomía por complicación ótica, etc.), no son raras, y es preciso equipar a la unidad de cuidados de contagiosos de instalación necesaria para llevar a cabo las intervenciones corrientes.
- Una sala para esterilización que comprende un aparato de lavado y esterilización rápida.

Servicio de cirugía infantil.—A este servicio le corresponderá un tercio del total de camas del hospital, o sea 0'20 por 1.000 habitantes. Lo que caracteriza a este servicio es la presencia de los bloques operatorios. Comprenderá cuatro quirófanos corrientes con mesas especiales para cirugía infantil y ortopedia. Uno de los quirófanos debe tener fácil comunicación con el servicio de radiología y con una sala de yesos contigua.

La proporción de lactantes será escasa y la mayoría de los niños será de edades medias; por esto el aislamiento estricto en boxes no es preciso. Es conveniente facilitar los contactos sociales a los niños mayores de un año para luchar contra el hospitalismo. La tendencia actual es programar habitaciones de 4 a 6 camas, aunque en determinadas ocasiones es necesario prever el aislamiento en recién nacidos, infectados y quemados.

Este servicio, al igual que el de medicina infantil —la cirugía pediátrica es hermana de la Pediatría—, debe estar dividido en secciones según la edad y según las diferentes afecciones.

Constará este servicio de las siguientes secciones:

- a) Cirugía general.
- b) Cirugía neonatal.
- c) Urgencias.
- d) Traumatología.
- e) Ortopedia.

a) En todo servicio de cirugía infantil hay siempre casos de cirugía corriente. Habitualmente tiene esta sección una rotación extraordinariamente rápida, que puede alcanzar del 70 al 80 % de sus efectivos en cada semana. Puede realizarse el acto quirúrgico en esta sección y al día siguiente ser vigilado por la técnica de cuidados a domicilio y volver a la consulta externa del hospital para quitar los puntos y revisión del caso.

Por su importancia es aconsejable organizar un servicio de urología, dentro de la sección de cirugía general.

b) La sección de cirugía neonatal debe estructurarse en boxes de aislamiento y con «asistencia aséptica». El desarrollo que han adquirido estas unidades en los hospitales de niños se debe muy probablemente al equipo de anestestistas, reanimadores y enfermeras especializadas que el cirujano ha creado a su alrededor.

c) La sección de urgencias tiene sus características especiales y está constituida esencialmente por:

- Un quirófano de urgencias y de yesos.
- Una sala de reanimación para los heridos muy graves, con 3 ó 4 camas y dotada de aspiración y canalización de oxígeno central.
- Una sala de limpieza y de curas, con baños y duchas.

Esta sección se comunicará directamente con el hospital, para permitir el transporte fácil de los heridos limpios y cuando han salido del estado de *shock*.

A través del servicio de urgencia se logra el reclutamiento de una buena parte de los enfermos del servicio. Por razones humanas, técnicas y psicológicas es indispensable que el servicio de urgencias funcione a la perfección las veinticuatro horas del día, con personal capacitado y entrenado en este tipo de asistencia, lo que acreditará el hospital. La American Hospital Association dice que el «departamento de emergencias» es reconocido como «uno de los más complejos y cruciales del hospital». El acto médico de la urgencia es difícil. El paciente sufre afección de una enfermedad imprevista y rápida, acompañado casi siempre por personas angustiadas y excitadas, que exigen el rápido tratamiento del enfermo sin atender a prioridades ni a trámites administrativos.

d) La sección de traumatología es la que tiene más movimiento del servicio. Plantea con frecuencia problemas neurológicos, por lo que debe contar con la colaboración de un neurocirujano, que pueda intervenir en el servicio cuando sea necesario. La ventaja de esta fórmula es dejar al niño en un medio pediátrico y no fragmentar la traumatología.

e) La sección de ortopedia debe ubicarse en este servicio, y antaño absorbía casi exclusivamente al cirujano pediatra. Modernamente existe la tendencia a que funcione en conexión con el servicio de rehabilitación.

ESQUEMA DE UN HOSPITAL INFANTIL

DIRECCION

↓

SERVICIOS SANITARIOS



SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

↓

Contabilidad
Caja y compras
Almacén e inventario
Personal
Intendencia

SERVICIOS INDIRECTOS

↓

Lavandería
Reposición
Mantenimiento del material

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

MEDICINA

- Unidad de cuidados intensivos
- Unidad de Pediatría general:
 - a) Recién nacidos
 - b) Lactantes
 - c) Niños mayores
- Unidad de prematuros:
 - a) Salas incubadoras
 - b) Salas mesalida
- Unidad de observación (sospechosos de infecciones)
- Unidad de contagiosos, con una sección de gastroenteríticos (unidad de capacidad variable, según necesidades)

CIRUGÍA

- Unidad de cuidados intensivos
- Unidad de cirugía general y urgencias quirúrgicas
- Unidad de cirugía neonatal
- Unidad de traumatología, ortopedia y cirugía plástica
- Unidad de cirugía pediátrica (unidades de capacidad variable, según necesidades)

CONSULTAS EXTERNAS

MEDICINA GENERAL

- Lactantes
- 2^a y 3^a infancia
- Antigua prematuros
- Dispensario de higiene infantil

ESPECIALIDADES

- Alergología
- Cardiología
- Endocrinología y metabolismo
- Hematología
- Neurología
- Odontología
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Psicología
- Urología

CIRUGÍA

- Cirugía neonatal
- Cirugía general
- Traumatología y ortopedia

ESTUDIO DE UN HOSPITAL INFANTIL: LA CLINICA DE LACTANTES Y CENTRO DE PREMATUROS DE LA ESCUELA DEPARTAMENTAL DE PUERICULTURA DE VALENCIA

Fundada la Escuela de Puericultura de Valencia en 1928, es trasladada en 1966 al moderno edificio que actualmente ocupa, en donde se han ampliado notablemente sus instalaciones, respondiendo a las necesidades sanitarias del momento actual.

La pequeña historia de este centro podemos resumirla así: en 1929, un año después de su creación, se inicia el primer curso de enseñanza; siguen unos años de intensa labor sanitario-social con la creación de la Mutualidad Maternal, Cátedra Ambulante de Puericultura, Cursos especiales de Puericultura e Higiene escolar, etc. En 1933 pasa a ocupar su segundo domicilio social en los locales del entonces recién construido Instituto Provincial de Sanidad, y ese mismo año comienza a funcionar el Dispensario de Higiene Infantil. En 1957 la labor asistencial se ve enriquecida con la creación del Centro de Prematuros y del Lactario anejo; en 1959 se crea el Centro de Rehabilitación, y en 1966, la asistencia infantil se completa con la inauguración de los nuevos locales de la Escuela, con la inclusión de la Clínica infantil para la asistencia hospitalaria a lactantes y los servicios anejos de Laboratorio, Radiología, Electroencefalografía, Electrocardiografía, Quirófano y Servicio de Psicología Infantil.

DISTRIBUCIÓN DE LAS ACTUALES INSTALACIONES DE LA ESCUELA DE PUERICULTURA DE VALENCIA

Planta baja:

- Hall de entrada.
- Recepción y servicios anejos.
- Consultas externas de higiene infantil.
- Sala de espera de las consultas externas.
- Consulta de Alergología infantil.
- Consulta externa de Maternología.
- Servicio social y Fichero central.
- Cocina dietética y Lactario.

- Biblioteca.
- Aula.
- Dependencias y servicios para alumnas.

En dos pabellones independientes, y de acceso por un patio exterior, se encuentran los servicios de Rehabilitación y la Sala de Autopsias.

Planta segunda (primer piso):

- Hall con entrada de ascensores.
- Habitaciones para madres lactantes de niños hospitalizados.
- Habitación del médico interno.
- Servicio de Radiodiagnóstico.
- Quirófano y antequirófano.
- Servicios.

Pasillo central, que se continúa con uno transversal, que a su vez comunica con un vestíbulo de paso obligado, con lavabos, para terminar en el pasillo que da sobre las salas de hospitalización.

- Despacho de la enfermera jefe.
- Farmacia.
- Sala de reconocimiento.
- Office con montacargas para alimentaciones.
- Salas de hospitalización con capacidad de 6 camas por sala.
- Boxos de aislamiento.
- Dependencias para enfermeras.
- Sección de ropa sucia, con montacargas para la misma.

Planta tercera (segundo piso):

- Hall con entrada de ascensores.
- Dirección.
- Oficinas.
- Laboratorio central.
- Servicio central de Esterilización.
- Dependencia para enfermeras.
- Servicios.
- Despacho de la enfermera secretaria.
- Pasillos con la misma distribución del piso anterior.
- Salas de Prematuros con capacidad para 6 niños cada una.
- Boxos de aislamiento.
- Dependencia de ropa sucia con montacargas.
- Office con montacargas para las alimentaciones.
- Cocina de piso.
- Unidad de Cuidados intensivos.

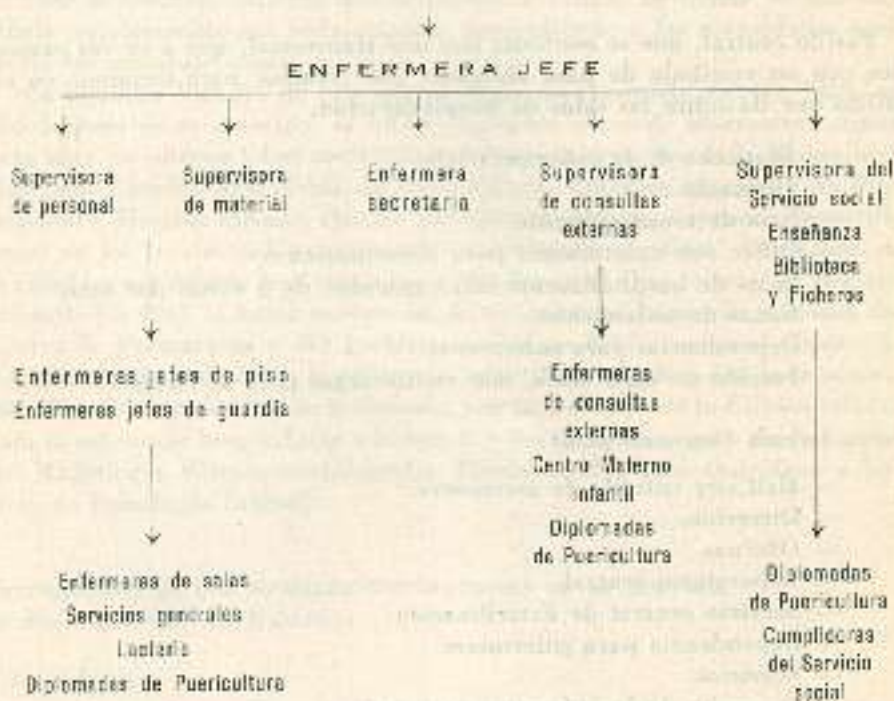
Planta cuarta (tercer piso):

- Lavaderos.
- Sección de costura y ropero.
- Terrazas.

ORGANIZACIÓN

La organización del personal sanitario auxiliar en un pequeño hospital como el nuestro ha resultado eficaz según el esquema que a continuación exponemos:

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO AUXILIAR



Como exponente de las funciones del personal sanitario auxiliar transcribimos las normas que reciben por escrito, en el momento de hacerse cargo de su puesto, las enfermeras supervisoras, jefas de piso y jefas de guardia.

Supervisoras de los servicios

Elabóran directo entre la jefe de enfermeras y los distintos grupos de trabajo de la Clínica infantil.

- Supervisora de personal.
- Supervisora de material.
- Supervisora de enseñanza, Servicio social, Biblioteca y ficheros.
- Supervisora de consultas externas.

Funciones:

Estará en contacto directo con la jefe de enfermeras, haciendo cumplir escrupulosamente las órdenes de ella recibidas.

Estará a su cargo un área específica de la clínica, siendo responsable de ella ante la enfermera jefe.

Su actuación dentro de la Institución es profesional, docente, social y, en cierto modo, administrativa.

La *supervisora de personal* se encargará de la distribución del personal, de los turnos de trabajo y de las guardias y vacaciones, formulando los cambios que sean necesarios. Informará puntualmente de todo ello a la enfermera jefe y será responsable de que en todo momento se encuentren perfectamente atendidas tanto los servicios técnicos como los auxiliares.

La *supervisora de material* se encargará de que en los distintos departamentos y servicios de la Clínica haya el material sanitario suficiente en perfectas condiciones de uso y esterilización (cuando sea necesario). Para ello supervisará el material de uso diario siempre que se encuentre de servicio, preguntando además a la jefe de piso sobre las necesidades de dicho material.

Igualmente deberá preocuparse del buen funcionamiento de los distintos aparatos sanitarios: incubadoras, respiradores, etc.

Se hará cargo del material que no sea de uso diario, conservándolo perfectamente ordenado, etiquetado y estéril (en su caso).

Informará a la enfermera jefe de las necesidades y anomalías que encuentre.

La *supervisora de enseñanza, Servicio social, Biblioteca y fichero de la Clínica infantil* deberá encargarse de la vigilancia de las alumnas, su asistencia a clase y realización de prácticas. Asimismo será la encargada de las relaciones entre profesores y alumnos.

Igualmente será responsable de la estructuración de las prácticas del Servicio social y de la organización de la Biblioteca y Fichero de la Clínica infantil.

Informará diariamente de su labor a la enfermera jefe.

La *supervisora de consultas externas* se encargará del buen funcionamiento de las consultas externas, tanto en cuanto al material se refiere, cuanto al personal sanitario auxiliar y al buen orden entre los asistentes al Dispensario.

Jefes de piso

Estará en relación directa con las supervisoras de personal y material, y a su través con la enfermera jefe.

Deberá procurar el aseo perfecto de todas las secciones de piso, e igualmente procurará que el material técnico sanitario de su servicio se encuentre siempre en perfectas condiciones de uso y conservación.

Es responsable de mantener la disciplina, el orden y la pulcritud del personal sanitario, que deberá presentarse siempre correctamente uniformado.

Estimulará al personal a trabajar y superarse, inculcándole el concepto de economía y cuidado del material por ellos manejado.

Cuidará que sean practicados puntualmente a todos los pacientes los estudios complementarios ordenados durante la visita médica (radiografías, tomas de sangre, etc.).

Procurará que los resultados de dichos estudios complementarios lleguen cuanto antes al médico encargado de la sección.

Igualmente se encargará de que toda la documentación (historias, gráficas, etc.) se encuentre completa y ordenada.

Jefes de guardia

Asumirá durante su guardia todas las funciones de la jefe de piso.

Será la encargada de avisar al médico de guardia cuando las necesidades lo requieran.

Recibirá a los nuevos ingresos, cumplimentando todos los requisitos técnicos y administrativos inherentes al ingreso.

Al terminar la guardia hará constar ante la enfermera jefe, escribiendo en el libro correspondiente, todas las novedades habidas durante el periodo de guardia.

SERVICIOS FUNDAMENTALES

La adecuada planificación de un hospital, en cuanto a los detalles estructurales se refiere, no basta, ni con mucho, para asegurar un buen funcionamiento del mismo. Es necesario prestar atención preferente a la organización de los servicios clave, a partir de los cuales quedará engranada toda la marcha general del hospital.

Los tres pilares fundamentales en los que descansa el funcionamiento del Hospital infantil con su Clínica de lactantes y Centro de Prematuros de Valencia son los siguientes:

- a) Historia clínica.
- b) Cocina dietética y Lactario.
- c) Servicio social y Educación sanitaria.

LA HISTORIA CLÍNICA

Piedra angular de un hospital de niños, la historia clínica es necesaria para hacer un buen diagnóstico y un correcto tratamiento. Es un documento en el que deben quedar perfectamente registrados todos los datos del en-

fermo en relación con un proceso nosológico determinado, cuyo estudio posterior pueda servir para la enseñanza de la Medicina.

De este modo queremos destacar la importancia de la historia clínica en su doble aspecto: de utilidad inmediata para el enfermo y de documento valioso para la investigación clínica y para la enseñanza.

Es realmente muy difícil pormenorizar todos los detalles que deben registrarse en una historia clínica, puesto que muchas veces deberá adaptarse a condiciones especiales de los enfermos. Concretamente, en nuestros casos pediátricos hay ocasiones en que nos enfrentamos a una familia sobreexcitada y de expresiones incoherentes o, por el contrario, apática e indiferente, o bien se nos presenta un caso de urgencia máxima que no permite de entrada más que una anamnesis rápida y muy dirigida, que oriente hacia un diagnóstico y tratamiento de urgencia.

A continuación exponemos el procedimiento seguido por nosotros para confeccionar las historias de la Clínica infantil de la Escuela de Puericultura de Valencia.

La recogida de datos corresponde a cuatro apartados fundamentales: el primero, la anamnesis, subdividido en tres secciones:

a) Anamnesis.

a) 1. Historia de la enfermedad actual.

a) 2. Antecedentes fisiopatológicos familiares.

a) 3. Antecedentes personales.

b) El segundo apartado corresponde a la exploración por aparatos.

c) El tercer apartado igualmente con tres secciones:

c) 1. Diagnóstico provisional.

c) 2. Pronóstico.

c) 3. Tratamiento.

d) Finalmente, corresponde detallar:

d) 1. Evolución clínica.

d) 2. Estudios complementarios.

d) 3. Diagnóstico definitivo.

a) 1. Aunque algunos autores aconsejan principiar por el estudio de los antecedentes personales y familiares, creemos conveniente iniciar la historia clínica con la *anamnesis* de la enfermedad actual por varios motivos: primero, por efecto psicológico de los familiares, que necesitan descargar su tensión afectiva inmediatamente y quedan defraudados si su primer contacto con el médico deriva hacia algo, para ellos tan poco importante, como el relato de antecedentes. Igualmente pensamos que la anamnesis va a servirnos de base para dirigir en cierto modo todo el resto de la historia; finalmente, hemos de tener en cuenta que los familiares, una vez relatado el proceso del niño, quedan en disposición de ánimo mucho más propicia para responder a todas cuantas preguntas les formulemos.

Para la práctica de la anamnesis es buen procedimiento, en primer lugar, dejar hablar libremente a la madre o familiares, aprovechando estos

momentos no sólo para obtener una primera impresión de la enfermedad del niño, sino también para percatarnos de la psicología y ambiente familiar. Después deberá orientarse la conversación, mediante una serie de preguntas dirigidas, a una ordenación de los hechos; siguen teniendo toda validez las clásicas: ¿qué tiene? ¿desde cuándo? ¿a qué lo atribuye?

Completaremos la anamnesis detallando la medicación administrada y la respuesta a la misma, aprovechando ya esta ocasión para insistir sobre el hecho de posibles reacciones del niño ante cualquier medicamento.

a) 2. Los *antecedentes familiares* ayudan en muchas ocasiones a hacer un buen diagnóstico: edad, estado de salud, consanguinidad y antecedentes patológicos de los padres, existencia de un ambiente bacilífero y salubridad de la vivienda deben constatarse junto al estado de los hermanos del niño y a la historia obstétrica de la madre.

a) 3. El estudio de los *antecedentes personales* debe realizarse minuciosamente, comenzando por el embarazo y parto, período neonatal, crecimiento y desarrollo (evolución del peso y talla, aparición de reflejos de succión, deglución, tónico del cuello y postural, igualmente prehensión voluntaria, dentición, bipedestación, marcha, comienzo del balbuceo).

Es igualmente necesario en los lactantes detallar claramente toda la alimentación desde el momento del nacimiento. También anotaremos las vacunaciones y los principales procesos patológicos sufridos por el niño.

b) La *exploración* debe ir precedida de un estudio del peso, talla y perímetro craneal y torácico, completado eventualmente con la determinación de longitud de los segmentos superior e inferior. A estos datos se añade siempre la temperatura corporal.

Es importante transcribir la primera impresión y la inspección general del niño con su estado de nutrición e hidratación, color, respiración, movilidad general, humor, etc.

A continuación en nuestras historias clínicas hemos optado por una sistemática en apartados, que no se adaptan exactamente a la distribución anatómica corporal ni tampoco siguen una rigurosa clasificación orgánico-funcional; con objeto de dar flexibilidad a la exploración hemos realizado la siguiente división: Cabeza, cuello y O. R. L.; tórax y aparato respiratorio; aparato circulatorio; abdomen y aparato digestivo; sistema nervioso; aparato genitourinario; otras exploraciones.

c) El *diagnóstico provisional, pronóstico y tratamiento* deberán hacerse constar a continuación. En ningún caso debe iniciarse una terapéutica sin tener un diagnóstico provisional que nos oriente hacia el tratamiento y la petición de exploraciones complementarias.

d) *Evolución*. En su relato se irán especificando los *estudios complementarios* y la fecha en que es dado de alta, o bien la causa del fallecimiento, y eventualmente el estudio necrópsico. Como final quedará etiquetada la historia con el *diagnóstico definitivo* en el fichero general.

La historia clínica en los niños prematuros.—En las historias clínicas referentes a los niños prematuros ingresados en este centro se sigue funda-

mentalmente la misma técnica que en las de los niños lactantes: sin embargo, la ficha-impresso es distinta para insistir sobre ciertos puntos de mayor interés en el prematuro: así, la anamnesis se detiene más exhaustivamente sobre la historia obstétrica de la madre y las condiciones del parto, señalando con precisión la fecha prevista del alumbramiento y las características de éste, así como el estado del niño al nacer.

En la exploración se anota cuidadosamente peso, talla, perímetros cefálico y torácico, junto a las cifras de temperatura, número de pulsaciones por minuto y frecuencia respiratoria; por último se atiende a la presencia o no de cianosis, edemas, ictericia, reflejos y automatismos del recién nacido y la exploración general por aparatos.

La evolución se registra sobre libretas con una doble hoja diaria, en la que la enfermera encargada del box anota con detalle la hora y características de cada alimentación, así como la medicación administrada y las distintas observaciones a lo largo de la jornada del número de deposiciones, vómitos, temperatura del niño y de la incubadora, pulsaciones y respiraciones por minuto, presencia de ictericia, cianosis, edemas, etc., así como cualquier otra observación que juzgue conveniente.

Para una mayor facilidad en la organización del fichero de diagnósticos, éstos se hacen por grandes grupos sindrómicos: asfixia neonatal, hemorragias del recién nacido, ictericias, etc.

Consideramos que un exponente de la eficiencia de un hospital es la buena organización del archivo central de historias clínicas.

COCINA DIETÉTICA

La Cocina dietética es uno de los servicios fundamentales de un hospital de niños, y debe ser concebida como una pieza aislada, con fácil acceso a todos los servicios, con aire acondicionado y estéril, y en la que se deberá trabajar con técnica aséptica. Para ello estará dotada de un vestíbulo de paso obligado, en donde todo el personal deberá lavarse y desinfectarse manos y brazos, endosándose batas estériles. Se instalarán lámparas germicidas que permitan preparar con la mayor garantía de asepsia las alimentaciones y biberones de régimen, que una vez capsulados se reparten a los offices de piso, en donde se colocarán las tetinas previamente esterilizadas. Es igualmente necesaria la instalación de autoclaves para esterilizar el agua y material, así como un equipo especial del lavado de biberones.

El personal debe estar especializado y muy entrenado en dietética infantil.

Lactario.—En los hospitales de niños con centro de prematuros es conveniente instalar un lactario adjunto para atender a la alimentación con leche de mujer de los niños acogidos. El Lactario de la Clínica infantil de la Escuela de Puericultura se inauguró en 1957 y funciona como un centro de lactodonas externas, con una organización capaz de recoger

diariamente esta leche, ya sea de los centros de recogida o del propio domicilio de la lactodonaante, asegurando el control de la leche, su conservación y distribución.

El Lactario consta de las siguientes secciones:

- a) Centros de recogida de leche (en los dispensarios de higiene infantil).
- b) Control de la leche en el laboratorio del Lactario.
- c) Conservación.
- d) Salida y distribución de la leche.

a) Funcionan seis centros de recogida de la leche, instalados uno en la Escuela de Puericultura y cinco en los dispensarios de higiene infantil distribuidos en las diferentes barriadas de la población.

En un principio, y durante varios años, para una mayor garantía de la recogida de la leche únicamente se aceptaba como lactodonaantes a las madres que acudían al dispensario, en donde una enfermera o diplomada en Puericultura realizaba la extracción de la leche, con el auxilio de un sacaleches eléctrico, una sola vez al día.

Actualmente se ha ampliado el sistema y aceptamos la extracción de la leche en el domicilio y su traslado diario al centro de recogida por las mismas madres o por una ambulancia del Lactario, que efectúa la recogida domiciliaria.

Con el primer método sólo se exigía a la lactodonaante el informe radioscópico y serología de lúes negativa, ya que las condiciones higiénicas de la recogida estaba asegurada por realizarla una enfermera puericultora. Con el sistema de extracción de la leche por la misma lactodonaante en su domicilio se toman las oportunas precauciones para asegurar las máximas condiciones higiénicas. En primer lugar, la enfermera del centro de recogida visita el domicilio de la futura lactodonaante para cerciorarse de la higiene, medio social y posibilidad de conservar la leche (frigorífico), y redacta la oportuna ficha social. Caso de resultar positiva esta visita, instruye a la madre en los consejos que conciernen a una extracción correcta de la leche: lavado de manos antes de cada extracción, limpieza del pezón con solución de alcohol y agua, verter directamente la leche en el botellín estéril mediante un embudo de cristal, que se hierva cada vez. Todo el material es proporcionado por el Lactario central. Tanto estas lactodonaantes como sus hijos son vigilados periódicamente en el dispensario.

El transporte de la leche desde los centros de recogida al Lactario es efectuado diariamente por una enfermera que se traslada todos los días a cada centro. Los botellines de la leche, convenientemente etiquetados, con el nombre de la lactodonaante y cantidad de leche, pasan al laboratorio del Lactario para su adecuado control.

b) Una serie de análisis sistemáticos son practicados diariamente, para verificar el estado de pureza y condiciones higiénicas de cada uno de los botellines antes de su distribución.

Acidimetría.—Informa directamente si la leche se ha recogido en condiciones higiénicas. Las leches no limpias tendrán un exceso de acidez, por el desarrollo de la flora láctica de fermentación. Una buena leche debe tener una acidez inferior a 4° Dornic. El procedimiento que se sigue en el laboratorio es el siguiente: una varilla de vidrio estéril es introducida en cada botellín, y la gota que lleva al sacarla se coloca sobre una hoja de papel de tornasol azul convenientemente cuadrículada. Si la mancha es azulada, se admite que la leche tiene un grado Dornic inferior a cuatro. Si la mancha es rosada o roja, se debe dosificar el grado de acidez por la sosa. Si la leche tiene una titulación superior a doce grados Dornic equivale a un 1/20 de ácido láctico y la leche es rechazada. Entre 4° y 12° la leche puede consumirse, pero previa esterilización a 100°, y debe emplearse el mismo día o al siguiente. Por debajo de 4° Dornic la leche es buena y puede almacenarse en frigoríficos.

Control bacteriológico.—Esta prueba debe realizarse cada quince días para cada lactodona. Nos da una idea aproximada de la higiene con que la leche es recogida. Se considera que una leche ha sido extraída en buenas condiciones higiénicas cuando contiene menos de 10.000 gérmenes por centímetro cúbico. Si contiene alrededor de un millón de gérmenes por centímetro cúbico es rechazada, y previo informe realizado en casa de la lactodona ésta es dada de baja del Lactario. En general, pueden admitirse las leches que en invierno tengan menos de 50.000 gérmenes por centímetro cúbico y en verano menos de 100.000.

Densimetría.—Normalmente la leche de mujer tiene una densidad superior a 1.030. Por debajo de 1.028 se debe sospechar el agüado de la leche.

Tasa butírica.—Las cifras obtenidas son muy variables y pueden oscilar de 20 a 60 g. de grasa por litro, según que la extracción de la leche sea hecha antes o al finalizar la tetada. Por esto la comprobación del agüado sólo puede hacerse con una prueba adicional: el extracto seco.

Residuo seco desgrasado.—Teniendo la densidad y la tasa butírica, se calcula con la regla de Gerber. Cuando la cifra es inferior a 8, la leche es considerada como sospechosa. Para permitir eliminar el fraude por adición de agua la cifra debe ser igual o superior a 8. Entre 7.5 y 8 debe recogerse la leche directamente y analizarla.

Control rápido por los rayos ultravioleta (para descubrir la adición de leche de vaca).—Está basado en la fluorescencia azul violeta que toma la leche de mujer, y de amarillo canario la leche de vaca, cuando se someten a las radiaciones de rayos ultravioleta. Esta coloración es debida a la lactoflavina, que en mayor cantidad existe en la leche de vaca. La diferencia de coloración es evidente aun en casos en que la leche de mujer contenga un 10 % de leche de vaca. Las causas de error son las siguientes: la ingestión masiva de hígado o de otros alimentos ricos en lactoflavina o de complejo B pueden conferir a la leche humana una fluorescencia amarilla accidental, y por otra parte, la leche de vaca pierde excepcionalmente su fluorescencia amarillenta por destrucción de la vitami-

na B₂ bajo la acción de los rayos solares, pero esto provoca simultáneamente una fuerte acidificación que elimina automáticamente el frasco con adición de leche de vaca. Si a pesar de todo la prueba es dudosa, conviene practicar el test biológico.

Test biológico.—Es una prueba de precipitación por un suero de conejo especialmente preparado con inyecciones de leche de vaca. En presencia de leche humana conteniendo menos de 2 % de leche de vaca este suero produce una aglutinación característica.

c) Después de estos diversos controles cada botellín es cerrado con una cápsula de goma estéril.

El seguir la técnica «aséptica» en la extracción de la leche nos permite utilizar la leche cruda, después de haber constatado sus condiciones higiénicas, pureza, etc., en el laboratorio. En ocasiones, si el grado Dornic oscila entre 4° y 12°, la tinalizamos a 65 % durante veinte minutos, repitiéndose esta operación durante tres días seguidos. También puede esterilizarse a 100°.

La leche de uso diario es conservada en armario frigorífico a una temperatura entre 0 y 4°. La leche destinada a ser almacenada es congelada en cámara frigorífica a -30° y posteriormente es conservada a -20°. Antes de su uso tiene que sufrir una descongelación lenta al baño de María.

d) Diariamente el Lactario suministra a la Cocina dietética la leche de mujer ya lista para el uso, con destino al Centro de prematuros y Clínica de lactantes.

SERVICIO SOCIAL Y EDUCACIÓN SANITARIA

Por el Servicio social la función del hospital se prolonga más allá de su acción médica y crea un puente entre éste y la sociedad.

Como con las actuales estructuras el médico no puede atender al paciente en toda su complejidad individual y social, la medicina moderna se va rodeando de profesiones complementarias para cuidar de los aspectos no estrictamente médicos en la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

Hoy día el Servicio social constituye uno de los departamentos más característicos e importantes del hospital moderno. En España se puede afirmar que, salvo experiencias valiosas y muy bien orientadas, la implantación del Servicio social en los hospitales dista mucho de ser una realidad.

Tiene una triple misión el Servicio social:

- a) Informativa para los médicos del hospital, que es el «trabajo social médico de casos» (*medical social case work*).
- b) De educación sanitaria.
- c) De ayuda económico-social.

a) *Misión informativa del Servicio social.*—a) 1. El problema del niño enfermo puede ser agravado por factores de naturaleza social. Por esto el médico que estudia al enfermito en el hospital —lugar extraño al medio

natural del paciente— necesita investigar, por medio de las trabajadoras sociales, los factores socioeconómicos que pueden contribuir directa o indirectamente en su enfermedad o en su convalecencia.

La misión de la asistente social en el hospital infantil puede desempeñarse en las

- Consultas externas.
- Durante la hospitalización.
- A la salida del hospital.

Una de las misiones de la asistente social en las *consultas externas* es asistir a los reconocimientos médicos, procurando facilitar la realización del tratamiento por complejo que éste sea. Servirá de nexo de unión entre la consulta y el domicilio familiar.

Si el niño ingresa en el hospital ayudará a los padres en los trámites administrativos y les asesorará para rellenar la ficha informativa y de antecedentes sociales, cuyos detalles serán de gran utilidad para conducir un adecuado tratamiento.

Cuando el niño es *hospitalizado*, la encuesta social permite establecer contacto con la familia, si no se ha hecho ya en la consulta externa. La asistente social estará encargada de concertar las oportunas entrevistas. Si la hospitalización es necesaria, con delicadeza y tacto deberá hacerla aceptar a la familia. En la visita domiciliaria se dará cuenta del *habitat*, condiciones higiénicas y hará una rápida encuesta epidemiológica y despiertará si existe en los alrededores algún agente contaminador que explique la enfermedad del niño. La asistente social informará al médico de la encuesta social y redactará su informe o historia social, en la que sintetizará su opinión de una forma lógica y ordenada. Una copia de esta historia médico-social acompañará a la historia clínica.

Cuando las condiciones de vida y la enfermedad del niño lo permitan debe ser dado de alta en el hospital y regresar a su domicilio.

A la salida del hospital la asistente social tiene una misión definida: visitar el domicilio del niño para procurar que sean seguidas las prescripciones del médico y asegurar su vigilancia, orientando luego al pequeño hacia las consultas externas.

a) 2. En cuanto a la estructuración del Servicio social, éste debe ser autónomo en su función, en lo que hace referencia a los métodos y técnicas propias de su especialidad. Dentro de la organización hospitalaria debe estar vinculado al director.

El Servicio social debe estar dirigido por una asistente social jefe del servicio, ayudada por varias asistentes sociales y supervisoras. En un hospital de niños bien organizado debe haber una asistente social por cada 100 niños hospitalizados.

b) *Misión de educación sanitaria.*—1) 1. En el aspecto administrativo es aconsejable que de la educación sanitaria se encargue el servicio social. La educación sanitaria debe de realizarse en todos los ámbitos del

hospital por el personal de todos los servicios, pues cuando el niño está hospitalizado existen múltiples ocasiones en que se podrá actuar sobre el paciente o sus familiares.

Esta misión divulgadora del servicio social se prolongará a la familia en su propio domicilio, en las salas de espera y reuniendo a las madres asistentes al hospital en un local apropiado en donde se les darán conferencias de educación sanitaria, proyecciones, etc. De esta forma el hospital tendrá una proyección a la comunidad por intermedio del servicio social.

Las actividades divulgadoras deben estar en principio a cargo de Educadoras Sanitarias, que tendrán por misión:

Inculcar a los niños hospitalizados y a sus familiares una conciencia y hábitos de higiene y prevención.

Dar a conocer el hospital a la comunidad, organizando visitas colectivas de colegios, asociaciones, etc.

Fundar asociaciones de ayuda al hospital.

Incorporar a las tareas educativas a personal extraño al hospital, como agrupaciones femeninas de acción social, escuelas de A. T. S., escuelas normales, etc.

Promover la elaboración económica o personal hacia el hospital para extender o mejorar sus servicios.

Organizar cursillos breves de educación sanitaria para los padres y acompañantes de los niños hospitalizados, al final del cual se les entregará un diploma (Diploma de Madre Ejemplar).

b) 2. En la Clínica infantil de la Escuela de Puericultura se dan conferencias de educación sanitaria a los padres de los niños hospitalizados dos veces por semana, siendo muy bien aceptadas.

c) *Función de ayuda económico-social.*—En sus visitas domiciliarias la asistente social procurará conocer el estado económico de los padres e intentará resolver sus problemas, poniéndolos en relación con las distintas obras sociales y con el Centro de Protección Materno Infantil. Realizará encuestas para valorar la capacidad económica familiar, que será la base para la implantación de un sistema que permita al hospital obtener una fuente de ingresos proveniente de la retribución o servicios prestados en las consultas o en la asistencia domiciliaria, de acuerdo con la capacidad económica familiar.

PROBLEMAS FUNDAMENTALES A RESOLVER Y SUS SOLUCIONES

Una vez iniciada la hospitalización infantil, y a pesar de todos nuestros cuidados, nos encontramos con algunos problemas, por otra parte generales en todos los hospitales de niños y que nosotros hemos tratado de resolver dentro de nuestras posibilidades:

- a) El problema de la infección cruzada.
- b) El hospitalismo.
- c) Necesidad de cuidados intensivos en los niños de alto riesgo.

La infección cruzada intrahospitalaria.—Incluimos en este concepto los procesos patológicos contraídos en el curso de la hospitalización, producidos por la entrada de gérmenes, virus, bacterias, hongos, etc., en el organismo infantil. Estas infecciones cursaban hace años, en general, de una forma benigna y sólo se diagnosticaban por un examen clínico atento y por investigaciones bacteriológicas repetidas; pero entre estas infecciones ligeras aparecían casos graves que daban al problema toda su real significación.

Actualmente se suman una serie de factores: la creciente resistencia de los gérmenes productores de estas infecciones a los agentes antibacterianos, ante el uso y abuso de los antibióticos; la disminuida resistencia a las infecciones de los lactantes, por poseer tasas bajas de gammaglobulina G y ser malos formadores de anticuerpos, y los ambientes de calor y humedad de salas e incubadoras, tan propicios al anidamiento de la infección.

La infección cruzada del lactante es de muy difícil control y se sigue produciendo a pesar de la observancia de las técnicas asépticas y antisépticas. Si su incidencia es importante, plantea problemas de epidemiología y de higiene hospitalaria que pueden comprometer la organización y el buen funcionamiento de los servicios de hospitalización infantil.

Consideraremos:

- a) Clínica de la infección cruzada.
- b) Mecanismo de la infección.
- c) Experiencias realizadas en el Centro de prematuros y Clínica de lactantes de la Escuela de Puericultura.
- d) Profilaxis de la infección cruzada.

a) *Clínica de la infección cruzada.*—a) 1. Las infecciones cruzadas se presentan en el recién nacido y prematuro bajo cuatro formas principales: infecciones enterales, respiratorias, cutáneas y generales.

Las *infecciones enterales* se limitan a menudo a una diarrea ligera, que se acompaña de anorexia, algún vómito alimenticio y deposiciones semiliquidas y mucosas. En ocasiones puede llegar a producir deshidrataciones graves. A veces estos cuadros se presentan en forma epidémica: la «diarrea epidémica del recién nacido» es un hecho en los centros neonatales de nuestro país.

Nosotros hemos podido constatar en la Clínica de lactantes la propagación de las diarreas debidas al coli patógeno y el contagio intrahospitalario a partir de casos clínicos curados que actuaban como portadores de gérmenes. La aparición de estas gastroenteritis, cada vez más frecuentes y resistentes al tratamiento, indujo a la realización de coprocultivos encaminados a la identificación de los gérmenes responsables, así como al estudio de su sensibilidad a los diferentes antibióticos. Los gérmenes encontrados se han mostrado más sensibles al ácido nalidixico, colimicina, kanamicina, polimixina y novobiocina. El resto de los antibióticos empleados se mostraron inactivos.

Los hallazgos de los antibiogramas se han visto confirmados en la práctica por la efectividad del empleo de los antibióticos citados en las gastroenteritis del lactante vistas en la Clínica infantil.

Entre las *infecciones respiratorias* las rinofaringitis son frecuentes; las neumoopatías agudas y las otitis han aumentado su incidencia en el prematuro. En estos niños con trastornos respiratorios de origen central y neurológico se puede añadir una infección que puede agravar extraordinariamente el cuadro y que se hubiera podido evitar con un tratamiento antiinfeccioso. Algunas necropsias han demostrado que procesos calificados como inmadurez de los centros respiratorios eran, en realidad, procesos infecciosos.

Entre las *infecciones cutáneas y mucosas* el pénfigo epidémico del recién nacido es frecuente, así como la enfermedad de Leiner-Moussons. En un 30 % de los prematuros vistos en el Centro se diagnostica el muguet.

Las *infecciones generales* en el recién nacido y prematuro cursan a menudo con poca sintomatología. En ocasiones la fiebre y la leucocitosis sanguínea pueden resumir el cuadro. Otras veces cursan con cuadros sencillos o monosintomáticos, como el de la septicemia estreptocócica, que sólo es anunciada por somnolencia y taquicardia. En ocasiones, la agravación brusca del estado general anuncia una complicación supurada metastásica como la meningitis. Las peritonitis neonatales son de difícil diagnóstico y evolucionan con extraordinaria gravedad. Pueden observarse asimismo otitis, conjuntivitis, mastitis, gripe, hepatitis y la neumonía plasmoelular.

Como vemos, las localizaciones infecciosas son muy diversas, por lo que hay que realizar un balance completo en razón a su tendencia a la difusión y dirigido a una eficaz prevención, ya que el tratamiento es en ocasiones poco o nada efectivo.

a) 2. Entre los gérmenes más frecuentemente encontrados como responsables de los procesos gastroenteríticos destaca el *Escherichia coli* patogena, y dentro de su amplísimo grupo figuran por su mayor frecuencia en la patología gastrointestinal infantil el 0111 B₁, 055 B₂, 026 B₃ y 0119 B₁₄. El resto de las colonias las han constituido las *Shigellas*, *Influenzae* y *Pseudomonas*.

El estafilococo puede aparecer después de los tratamientos con antibióticos, y los virus juegan probablemente un papel importante en las infecciones intestinales.

Las infecciones de las vías respiratorias están ligadas al estafilococo, neumococo, estreptococo y, en ocasiones, al bacilo picrocánico y al de Friedlander. Los virus de la gripe, los virus ARD y APC desempeñan un papel esencial.

Las infecciones cutáneas y mucosas están ligadas al estafilococo, estreptococo, bacilo picrocánico y a un hongo, el *Candida albicans*. Entre las infecciones generales son los gérmenes de origen intestinal, el estafilococo y el estreptococo, los principales productores de septicemias.

b) *Mecanismo de la infección*.—La infección tiene dos formas principales de propagación: por contacto y por vía aérea.

La propagación por contacto es, sobre todo, realizada por el personal. La forma de propagarse es la manipulación sucesiva de los pañales sucios y de los biberones, además de los vestidos, zapatos y objetos que se utilizan en el cuidado de los niños (termómetros, balanzas, etc.). La desinfección repetida de las manos del personal contribuye eficazmente a erradicar la infección.

La propagación aérea es debida a la extrema difusibilidad de los gérmenes a partir de las heces y secreciones. Es bien conocida la facilidad de propagación de los estafilococos dorados, verdadera pesadilla de los centros neonatales. No puede constatare el carácter saprófito o patógeno de gran número de estafilococos, aunque en el caso del prematuro esta distinción no es tan importante, ya que los saprófitos también pueden producirle procesos patológicos. Ha sido objeto de controversia el que las enfermedades enterales sean debidas al contacto o a la vía aérea. Se admite hoy plenamente la posibilidad de difusión de los bacilos coliformes por el aire y el polvo y su penetración en el organismo por las vías aéreas; el hallazgo de bacilos coliformes en las fosas nasales es altamente demostrativo. Podemos concluir, pues, que sea el que fuera el aporte de gérmenes patógenos, la infección hospitalaria del lactante se hace principalmente por vía aérea. La polución del ambiente, causa predominante de la infección cruzada, se hace esencialmente por intermedio de sujetos portadores de gérmenes en vías respiratorias y piel.

e) *Experiencias realizadas.*—Entre las experiencias realizadas vamos a referirnos únicamente a las que nos han servido para seleccionar los medios de profilaxis.

c) 1. Las observaciones y experiencias que ha realizado el doctor Durich en el Centro de prematuros de la Escuela de Puericultura demuestran la gran facilidad de la infección cruzada en los centros neonatales, cuya profilaxis debe ser conducida por distintos cauces para obtener resultados eficaces.

1.º Estudio del estado de contaminación de varias salas, con el fin de valorar la influencia de la infección.

Tipo de pruebas:

Contajes de gérmenes por exposición de medios de cultivo variados, a distintas horas del día y de la noche, en todas las salas observadas, con diferentes grados de humedad ambiental y temperatura, en distintos momentos del trabajo, etc., de forma que se han valorado todos los factores que puedan intervenir en la contaminación, incluso el factor humano, el polvo, los objetos.

Pruebas destinadas a estudiar el papel del individuo. Se ha efectuado el examen bacteriológico de garganta, heces y piel y tomas en las incubadoras.

Papel de la leche de madre en la transmisión. Se han verificado estudios bacteriológicos de leches de madres sanas.

2.º Estudio de la acción de ciertas técnicas en la reducción de la contaminación y profilaxis de la infección cruzada.

c) 2. Pruebas destinadas a averiguar el poder germicida de las lámparas de rayos ultravioleta.

Efecto local: Exposición a los rayos ultravioleta de placas sembradas con distintos gérmenes a diferentes distancias del foco radiante y bajo diversas condiciones ambientales de temperatura, humedad, etc.

Efecto general en las salas. Contajes de gérmenes en el aire en las salas con rayos ultravioleta y en otras sin rayos ultravioleta, bajo distintas con-

diciones de humedad, temperatura, trabajos, etc., valorando el papel de cada uno de los factores que puedan influir, como el factor humano, movimiento del personal, limpieza, prácticas asépticas, desinfección del aire, cantidad de polvo, etc.

Efecto de barrera de las radiaciones. Estudio del estado bacteriológico alrededor y a un lado y otro de la supuesta barrera.

c) 3. Pruebas destinadas a conocer los efectos de los aerosoles de antibióticos y aplicación de antisépticos, detergentes, etc.; contajes antes y en distintos tiempos después de su aplicación.

Fig. 1.—Crecida en Isolete con penicilina. (Exposit. 24 h., siete horas.)

1.º Estudio del efecto de la gammaglobulina y antibióticos en la prevención de epidemias en el exterior y efecto bacteriostático y sobre las resistencias microbianas principalmente; experimentación en ratones inyectados con distintos gérmenes y gammaglobulina asociada.

2.º Estudio del efecto del calostro en la bacteriostasis; antibiogramas como se hace para los antibióticos, pero con calostro.

3.º Pruebas realizadas con diferentes productos antisépticos para controlar su poder germicida.

c) 4. *Resultados:*

1. Las salas estudiadas están fuertemente contaminadas con variados tipos de gérmenes, principalmente hongos, estafilococos, estreptococos hemolíticos patógenos y gérmenes saprófitos corrientes, que se han mostrado resistentes a la penicilina (fig. 1).

2. El origen de esta contaminación está en el personal y niño que ingresa ya infectado, la cual se realiza a través del aire, objetos, polvo, suelo, etcétera. Los gérmenes saprófitos, como el coli y otros, han producido incluso epidemias de gastroenteritis.

3. La leche de madre puede transmitir enfermedades, ya que en ella hemos encontrado estafilococos y estreptococos patógenos en ausencia de procesos patológicos en la glándula mamaria.

4. Las lámparas de rayos ultravioleta ejercen efecto local germicida incluso con más del 80 % de humedad ambiental (antes se creía que por encima del 80 % de humedad ambiental se «rompía» el efecto). En cambio, no ejercen ningún efecto general ni de barrera, siendo por lo tanto su aplicación actual no sólo completamente inútil, sino más bien contraproducente, pues produce una falsa sensación de seguridad en el personal que puede contribuir a que se descuiden otros procedimientos más efectivos. Son útiles cuando se aplican en pequeñas unidades cerradas, como las incubadoras. Nosotros la empleamos para la desinfección de éstas (fig. 2).

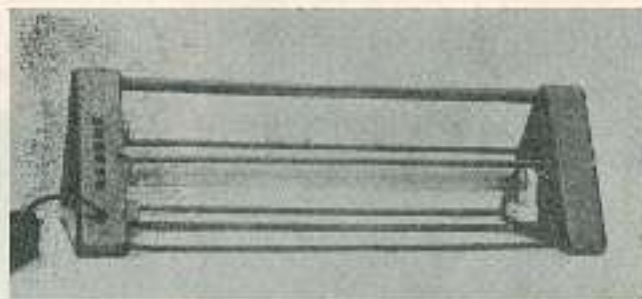


Fig. 2.—Lámpara de cuarzo que se usaban en el Centro de Prematuros para la desinfección de las incubadoras.

5. La limpieza en los centros produce un gran aumento de gérmenes por levantamiento de polvo, movimiento del personal, etc.

6. Los aerosoles de antibióticos reducen incluso a veces a cero los contajes de gérmenes, en el interior de las incubadoras sobre todo (figs. 3 y 4).

7. La gammaglobulina a dosis de 100 mg. por kilo de peso ejerce un apreciable grado protector. Produce un efecto bacteriostático que a veces rompe la resistencia microbiana.



Fig. 3.—Contaje de gérmenes en Centro de Prematuros antes de aerosol antibiótico.



Fig. 4.—Contaje de gérmenes en Centro de Prematuros tres horas después de aerosol antibiótico.

8. El calostro produce inhibición del desarrollo de cultivos de algunos gérmenes (experiencias en curso).

9. Hemos realizado experiencias con el producto S-1 al 20 % (Sanitized), pulverizando totalmente un box (paredes, techo y suelo) y dejando otro box sin tratar, como testigo. En el box tratado aparecían a las veinticuatro horas veinte colonias de gérmenes, y en el box no tratado aparecieron múltiples colonias de estafilococos. En otro experimento apa-

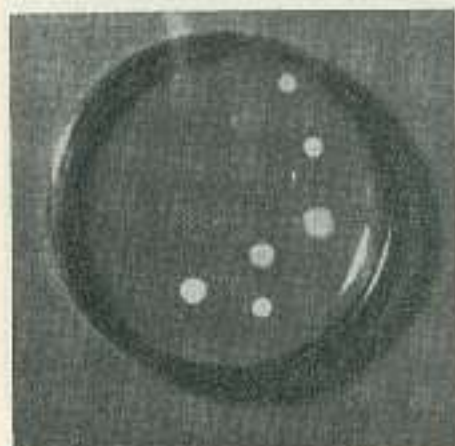


Fig. 5.—Cuento de gérmenes en Centro de Prematuros en box tratado.



Fig. 6.—Cuento de gérmenes en Centro de Prematuros en box no tratado.

recen, a los cinco días de haber sido tratado el box con S-1, seis colonias, siendo innumerables en el box no tratado (figs. 5 y 6).

d) *Profilaxis de la infección cruzada.*—Procuráremos ajustarla en lo posible a las observaciones realizadas. Vamos a considerar cada uno de los factores principales que intervienen en el problema.

d) 1. *Personal.*—La clave de la profilaxis de la infección cruzada estriba en el correcto comportamiento del personal auxiliar del hospital, que debe ser estrictamente especializado, de forma que actúe en todo momento como si se encontrase en un quirófano y como si no existiesen los antibióticos. Todo este personal deberá estar vacunado contra las principales enfermedades infecciosas y además sufrirá reconocimientos periódicos (incluso diarios en épocas de epidemia), con objeto de despistar cualquier elemento portador que se encontrase entre ellos.

El personal sospechoso deberá ser inmediatamente separado del servicio, hasta que se tenga la seguridad de que no va a ser una fuente de contagio.

Es fundamental la utilización de batas estériles, distintas para atender a cada niño, y el lavado frecuente de manos con detergentes catiónicos derivados del amonio cuaternario (armil) o con hexaclorofeno en forma de emulsión jabonosa.

d) 2. *Sector exterior.*—Es fundamental el conocimiento del ambiente que rodea al centro y las oscilaciones endemoepidémicas para poder adoptar las medidas adecuadas para evitar la entrada de enfermedades. Se aislará lo más posible el laboratorio del centro, ya que se ha demostrado que las prácticas corrientes de laboratorio—transferir cultivos de un recipiente a otro, soplado de las últimas gotas de una pipeta, agitado bacteriológico, etcétera—provocan la formación de nubes invisibles constituidas por aco-

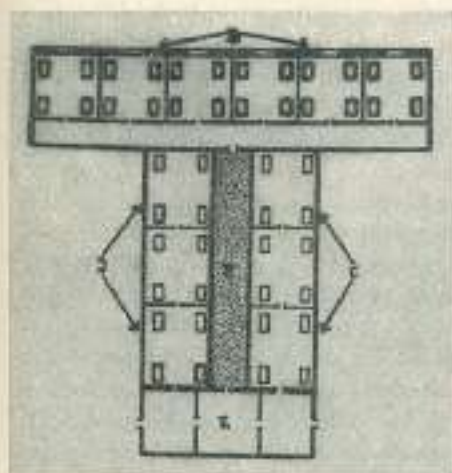


Fig. 7.—Plano del Centro de Prematuros, que se propone: B) Boxes de asepsia con incubadora, aisladas del exterior (aire acondicionado), P) Pasillo radiante, único acceso a B, E) Sala de esterilización, C) Boxes con curas y sin incubadoras. Sin comunicación directa con el pasillo. Destinados a adaptación gradual. (Escala: P5 centímetros = 1 m.)

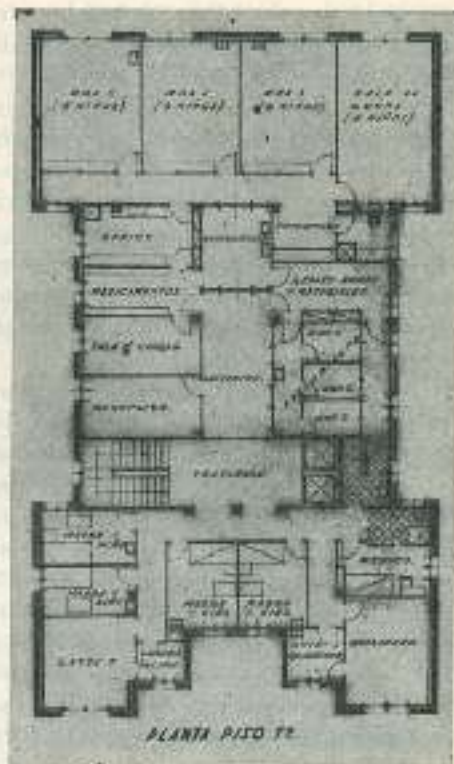


Fig. 8.—Clínica de lactantes de la Escuela de Puericultura.

soles de los agentes manipulados, que pueden penetrar muy profundamente en el interior del árbol respiratorio, produciendo graves infecciones que habían sido atribuidas a contagio directo.

d) 3. *Hospital.*—Distribución en unidades aisladas. Sería de desear unidades climatizadas con aire acondicionado y estéril.

En los prematuros los ingresos deben realizarse de la forma siguiente: Primera, en «unidades de observación», con boxes unipersonales, con una estancia no menor de unos ocho días, en donde se realizará un estudio clínico y bacteriológico perfecto; a continuación pasa a los «boxes de asepsia» y posteriormente a los «boxes de adaptación» o de «salidas», separados por un «pasillo radiante», como única aplicación de los rayos ultravioleta que podría ejercer una acción que tuviese como resultado un efecto de barrera (fig. 7).

En la Clínica infantil de la Nueva Escuela de Puericultura se ha adoptado este sistema en la disposición de los boxes y del pasillo radiante (fig. 8).

d) 4. *Técnicas asépticas*.—Deben comenzar en el momento del parto, recogiendo al niño en paños estériles, y si es posible examen bacteriológico de «preingresos», para hospitalizarlo en una u otra sección, según esté o no contaminado. Nosotros, generalmente, consideramos como prematuro infectado cuando han transcurrido de seis a doce horas desde el parto o éste ha sido laborioso.

Para extender el sistema aséptico a un servicio de lactantes enfermos se requieren dos condiciones indispensables: observación estricta de las reglas de higiene más rigurosas y, por otra parte, acondicionamiento de aire eficaz. El suministro a cada box de aire purificado constantemente humidificado y a temperatura constante es, en efecto, una solución ideal, pero experiencias realizadas en la *Croche Cradle* de Evanston (U. S. A.) demuestran que este método no es suficiente por sí solo para suprimir totalmente las infecciones aéreas, pero sí podría serlo en un grado mucho mayor añadiéndole todas las medidas que propugnamos.

d) 5. *Técnicas antisépticas*.—Para su aplicación es suficiente realizar las dos condiciones siguientes: 1.ª, luchar contra las infecciones por contacto, por la desinfección de las manos y de todo aquello que entre en contacto con el niño; 2.ª, luchar contra la propagación aérea de los gérmenes.

Las infecciones por contacto son más fáciles de evitar; la lucha contra la propagación aérea tiene mayores dificultades y puede realizarse en locales vacíos u ocupados. En la desinfección de los locales vacíos, después de la salida del niño se emplean nebulizaciones de microgotas, con antisépticos tipo paragerm o armil durante un tiempo suficiente. Nos ha dado mejores resultados bacteriológicos que la desinfección por medio de las lámparas de rayos ultravioleta. Si es posible empleamos la ventilación y exposición al sol y aircación amplia del box. Mayor dificultad tiene la desinfección permanente de los locales ocupados. La nebulización con aparatos de aerosoles de tricilenglicol es un proceder de aplicación difícil, porque la concentración eficaz supone una densidad de vapor muy apreciable, depositándose sobre las paredes y la ropa una capa de humedad permanente. El tratamiento del box con pulverizaciones de Sanitized nos ha dado buenos resultados.

La irradiación permanente de los locales con rayos ultravioleta no es activa si las lámparas no están instaladas en todo el box y pasillos con una densidad suficiente de radiación que abarque todos los ámbitos, desde el techo al suelo. Este procedimiento es válido para zonas circunscritas y cerradas (incubadoras, conductos de aire, etc.) y para desinfección local (batas, objetos, etc.).

d) 6. *Técnicas antibióticas y protectoras*.—Antibióticos: A falta de una desinfección eficaz se han empleado para proteger a los lactantes contra las infecciones cruzadas. Estos cumplen varias funciones: desinfección

del aire con interrupción de la transmisión, efectos preventivo y curativo sobre el organismo del niño. La generalización de este método tiene inconvenientes en su aplicación al niño (frecuencia de complicaciones micóticas, resistencias bacterianas, etc.), los cuales pueden evitarse aplicándolos únicamente en la de-infección del aire.

Gammaglobulina: Sería muy útil su aplicación sistemática según el siguiente procedimiento, deducido de los trabajos de Durich aún inéditos. La dosis más conveniente es la de 100 mg. por kilogramo de peso a intervalos de diez días. La gammaglobulina tarda una semana en actuar si se inyecta por vía intramuscular, pudiendo quedar además más o menos fijada en los tejidos y su efecto dura solamente unos quince días. Sería muy conveniente producir un tipo de gammaglobulina anticuerpo específica de sujetos hiperinmunizados contra el estreptococo hemolítico, estafilococo y otros gérmenes de contaminación más frecuente que son los que pueden causar más problemas en el prematuro (existen actualmente gammaglobulinas de sujetos hiperinmunizados contra la tos ferina, sarampión, parotiditis, etc.).

Pequeñas transfusiones sanguíneas: Con su doble papel sobre los procesos inmunitarios y sobre el crecimiento y la curva de peso del niño. Nosotros las empleamos casi sistemáticamente en todos los prematuros y con intervalos casi regulares de quince a veinte días.

Alimentación con calostro: El calostro tiene cuatro veces más proteínas y anticuerpos que la leche. De cada mujer se pueden obtener unos 100 centímetros cúbicos (podría usarse el calostro de vaca, más abundante). El doctor Durich ha comprobado el poder bacteriostático del calostro. En el prematuro (falta de defensa) sería muy útil el calostro y se podrían obtener dos efectos: el antiinfeccioso e inmunitario y el alimenticio, impulsando el crecimiento y desarrollo del niño por su gran contenido en proteínas. De aquí la conveniencia de extraer a la madre el calostro y alimentar al prematuro durante los primeros días. En nuestro centro es el Lactorio el encargado de la recogida de leche de mujer del exterior y se administra sistemáticamente el calostro de la madre al recién nacido y prematuro.

Podemos concluir diciendo que en la infección cruzada del lactante, sea cual fuera el aporte de gérmenes, la vía aerógena es fundamental y tan importante como la infección por contacto. Es de muy difícil control y la principal responsable de las infecciones intrahospitalarias que se producen a pesar de la observancia de las reglas asepticas y antisépticas.

Los mejores métodos para combatirla varían según el tipo del servicio hospitalario, pero las soluciones más razonables parecen ser: la construcción de salas asepticas y con acondicionamiento de aire, el aislamiento de los nuevos ingresos, el despistaje bacteriológico de los mismos y de los portadores de gérmenes y separación rigurosa de los infectados de los que no lo están y su tratamiento.

La transformación de la asistencia pediátrica por un nuevo humanismo técnico y el gran progreso de la moderna terapéutica han inducido a estudiar el hospitalismo desde un nuevo punto de vista: el que han impuesto los psicoanalistas.

La razón estriba en el hecho de que a pesar de haberse combatido con extraordinario éxito las infecciones, trastornos nutritivos y mejorarse hasta lo indecible las condiciones sanitarias de los hospitales, hospicios, inclusas y casas cuna, factores todos ellos que se creían determinantes del hospitalismo, tal fenómeno persiste en nuestros días. Queda, pues, como material de estudio del mencionado cuadro clínico lo que hace cincuenta años se añadía como coletilla poco interesante en la relación de los factores causales; es decir: la monotonía del hospital, la falta de estímulos y la deficiente asistencia que padecían los niños.

En el estudio del hospitalismo consideraremos:

- a) Etiología y patogenia.
- b) Cuadro del hospitalismo.
- c) El hospitalismo en las colectividades infantiles.
- d) Prevención del hospitalismo.

a) *Etiología y patogenia.*—Las grandes figuras pediátricas de comienzos de siglo —Parrot, Pfandler, Schollossman, Czerny— sospecharon la probable etiología psíquica del cuadro, aunque sin comprender claramente su patogenia. No obstante, utilizaron el «cariño» con fines terapéuticos, obteniendo buenos resultados en aquellos casos que no habían respondido a otras medidas.

Los estudios sobre la etiología y patogenia del hospitalismo cristalizaron hace aproximadamente treinta y cinco años, cuando se observaron los efectos consecutivos a la separación del niño de su madre. Se comprobó que los daños ocasionados por esta separación se producían de dos formas: directa e indirectamente. En el primer caso se llegaba incluso a la muerte a través de la distrofia por un complejo proceso en el que intervenían igualmente factores físicos y psicológicos; en el segundo caso el trastorno se debía exclusivamente al trauma psíquico. Esto último fue posible observarlo en niños que habían podido sobrevivir tras la separación de la madre y en los que posteriormente se encontraron graves secuelas mentales.

Según Spitz, el hospitalismo es el conjunto de trastornos físicos y psíquicos producidos en los niños menores de cinco años tras una larga estancia en instituciones, privados de los cuidados afectivos maternos. Se trata, por tanto, del hospitalismo de una consecuencia del fallo cuantitativo en la relación objetal (relación madre-hijo).

b) *Cuadro del hospitalismo.*—Los trastornos ocasionados por la falta de relación madre-hijo varían según el momento en que tiene lugar la

separación y el tiempo que dura la misma. Si la separación tiene lugar antes de los seis meses de edad del niño, o después de esta edad, pero de una duración superior a los tres o cuatro meses, se desarrollará un cuadro típico de hospitalismo. Si la separación madre-hijo tiene lugar después de haberse establecido plenamente la relación objetal, es decir, después de los seis meses, el cuadro desarrollado será el de la depresión anaclítica. La diferencia entre ambos cuadros es exclusivamente cuantitativa, como luego veremos.

Cuando el niño sufre una privación afectiva y prematura se desarrolla, como hemos indicado, el cuadro de hospitalismo, que se presenta, siguiendo a Spitz, en cuatro etapas:

En la primera fase, que dura aproximadamente treinta días, el niño se vuelve llorón y exigente, aferrándose, si su desarrollo lo permite, al personal que toma contacto con él.

Durante la segunda fase, de idéntica duración a la anterior, el llanto es reemplazado por el chillido y el niño rechaza la comida. Se detiene el desarrollo ponderal e inmediatamente se invierte la curva de desarrollo.

Sigue una tercera fase, de duración aproximada a un mes, en la que el niño deja de llorar, permanece inmóvil, acostado en decúbito prono, sufre insomnio, pierde peso, rechaza el contacto con los demás, aparecen enfermedades intercurrentes. Se evidencia un trastorno psicomotor, quedando su facies rígida e inexpresiva.

Pasado un mes se entra en la cuarta etapa, de carácter irreversible. El niño está aletargado, aparecen movimientos de tipo catatónico, en ocasiones espasmos *matans*. La distrofia llega a sus máximos extremos. Intelectualmente su nivel de desarrollo queda por debajo de 50. En esta última etapa se llega a tal grado de desintegración que el trastorno no revierte aunque se restituya la madre. La explicación que el psicoanalista M. Bekei da a este proceso de autodestrucción o, mejor, de desintegración es la siguiente: «... normalmente la libido y la agresión se descargan en la madre. Al faltar ella, estos instintos quedan libres. Como no tienen posibilidad de ligarse, se vuelven finalmente contra el propio ser. La libido, sin objeto, produce fenómenos autocróticos que enquistan al niño en su mundo. La agresión acumulada acaba por destruir ese organismo sin vínculos, carente de amor materno.»

La depresión anaclítica supone la existencia previa de la relación objetal. Se produce cuando la separación es posterior al sexto mes de la vida o cuando la duración de la misma es inferior a cuatro meses. Las etapas en que evoluciona este cuadro son las mismas que en el hospitalismo, pero los efectos son menos marcados y la fase irreversible no se presenta jamás.

Una forma similar de reacción a la últimamente descrita es aquella que se presenta en niños de edades comprendidas entre los seis y veinticuatro meses, hospitalizados tan sólo durante unas semanas y con una

relación objetal perfectamente establecida con anterioridad. En estos niños se describen las siguientes etapas:

Período de protesta. Dura horas o días. El niño llora, reclamando la presencia de su madre. Existe gran actividad motórica.

Período de desesperación. El llanto disminuye, así como su agitación. Parece que el estado de ansiedad ha pasado, pero no es así. La presencia de la madre hace que se excite de nuevo.

Período de negación. Como el niño no puede tolerar la intensidad de su pena, la reprime, aceptando aquello que en el hospital se le da, es decir, comida y atención. Cuando su madre llega a verle apenas le presta atención y no llora cuando se va. Ha perdido el amor por su madre. Pasado el tiempo, el niño no sólo prescinde de su madre, sino de todo tipo de cariño maternal.

En los niños mayores, de cuatro a cinco años, lo que se observan son reacciones temporales de tipo regresivo: lenguaje de negrito o *«bché»*, enuresis, encopresis, masturbación. Si la separación dura tan sólo unos meses el trastorno es pasajero, recuperando el niño su normalidad, no sin pasar por una etapa de irritabilidad, insomnio, terror nocturno, expresión clínica del temor a una nueva separación. En el caso de que esto vuelva a ocurrir, siendo la separación más larga o simplemente prolongándose el primer internamiento, puede llegarse a cuadros de hospitalismo verdadero, con gravísimas alteraciones cuantitativas y cualitativas del psiquismo, es decir, oligofrenias y psicopatías.

Hasta aquí hemos expuesto la concepción psicoanalítica del hospitalismo, fundamentada exclusivamente en la teoría analítica de la reacción objetal, sin tener en cuenta una serie de factores médicos, psicológicos y sociales que unidos a una carencia afectiva básica determinan, evidentemente, el hospitalismo. Dicho de otro modo, el pediatra precisa analizar una serie de aspectos referentes a características propias, individuales, de cada niño, a las formas de vida colectiva, así como a los antecedentes de su vida familiar anterior.

e) *El hospitalismo en las colectividades infantiles.*—Dentro de las características individuales de cada niño interesa conocer fundamentalmente el estado de evolución del desarrollo psicomotor, buscando la existencia de anomalías somáticas o psíquicas, que hacen más susceptible al niño a los factores determinantes del hospitalismo. Interesa igualmente conocer y controlar sistemáticamente la evolución de los cocientes intelectuales de desarrollo. Es evidente que una sola determinación no puede por sí misma asegurar un pronóstico. Experiencias llevadas a efecto en Israel y Teherán confirman este hecho. Examinados en estos lugares grupos de niños criados en los *Kibboutz* y creciendo junto a su madre otros, se ha observado que en un principio los niveles de desarrollo de los primeros son inferiores a los segundos en uno o dos años; sin embargo, estas cifras son idénticas pasados los diez años de edad e incluso superadas por los primeros.

En cuanto a las formas de vida colectiva, cabe destacar que la ausencia de estimulaciones físicas, sensoriales e intelectuales, tal como ocurre en muchas guarderías y establecimientos benéficos, donde el cuidado del niño se efectúa de un modo mecánico, impersonal, son factores predisponentes del hospitalismo, apareciendo éste cuando por cualquier circunstancia se anula la relación madre-hijo. La existencia de estos estímulos, espontáneamente facilitados por la madre, son condiciones indispensables para un desarrollo afectivo normal del niño.

Finalmente, es preciso conocer las condiciones de vida del niño. Una mala calidad del medio familiar es una de las causas favorecedoras de hospitalismo.

d) *Prevención del hospitalismo.*—Las múltiples discusiones que han motivado la noción de hospitalismo han tenido la gran ventaja de que los pediatras reexaminen las condiciones de hospitalización del niño para asegurarle el «bienestar mental». A tal fin hay que estudiar los problemas psicológicos que se plantean durante la estancia del niño en el hospital.

La primera premisa para la prevención es limitar las hospitalizaciones de niños a los casos estrictamente justificados. Esta regla implica el desarrollo de las consultas externas bien equipadas para llevar a cabo las tareas médicas y sociales que le son propias. En nuestra opinión, no es aconsejable separar la medicina preventiva de la medicina hospitalaria. En estas consultas externas se deben desarrollar al máximo los servicios de sanidad y los cuidados a domicilio.

La segunda regla a proponer es que, excepto los casos de urgencia o cuando existe una indicación precisa hecha por un médico, la hospitalización debe ser psicológicamente preparada; el motivo de la misma, su necesidad, la probable duración, las exploraciones y posibles tratamientos deben ser explicados a los padres si el nuevo ingreso proviene de las consultas externas.

Los hospitales de niños deben ser luminosos, muy alegres y exentos de todo lujo. Es aconsejable el intentar crear un ambiente familiar y, si es posible, en pequeños grupos. El temor a la transmisión de la infección hospitalaria ha conducido a exagerar la eficacia de los boxes individuales, en los cuales el niño carece de los estímulos de la convivencia. Para que este aislamiento sea eficaz es preciso que se acompañe también del aislamiento y de la esterilización del personal de cura. En nuestra opinión es mejor disponer de salas de cuatro a seis cunas, en unidades de cuidados, agrupando un pequeño número de enfermos de la misma categoría alrededor de la misma enfermera.

Es aconsejable que el equipo médico y el Servicio social tengan contactos con las familias, para alertarlas de posibles problemas psicológicos y preparar el retorno del niño a su casa.

d) 1. Una experiencia vivida por nosotros en la Clínica infantil de la Escuela de Puericultura es la labor de educación sanitaria que se puede realizar durante el tiempo en que dure la hospitalización del niño. El

estado de ánimo de los padres durante esos momentos es el más propicio para escuchar con atención estas conferencias, que son dadas en el momento en que reciben información sobre el estado del niño hospitalizado.

Durante la estancia del niño, si no existen contraindicaciones médicas y psicológicas particulares, se deben favorecer las visitas de la familia, aceptando los horarios de los padres que trabajan. Una práctica aconsejable podría ser permitir la visita de una sola persona, madre o padre o próximo pariente sin horario fijo, desde luego fuera de la visita clínica, pero con tiempo de visita limitado.

d) 2. Un problema que se plantea a menudo es la hospitalización de la madre con el niño por motivos psicológicos. La hospitalización de la madre que lacta es precisa, pero excepto en estos casos su presencia no es aconsejable. Las madres tienen, en general, poca serenidad y su ansiedad es transmitida al niño, lo que puede producirle gran inquietud. En limitados casos la madre puede ser invitada a asistir a los cuidados que se le proporcionan al niño, con objeto de que pueda continuarlos correctamente en casa. Pero en general en los lactantes criados artificialmente hemos obtenido mejores resultados no hospitalizando a la madre.

d) 3. Las enfermeras deben saber observar el comportamiento del niño en sus relaciones con sus padres e incluso con sus pequeños camaradas y comprender la necesidad del trabajo en equipo, efectuando sin prisa, en silencio, con alegría y buen humor. En los grandes hospitales de niños deben ser asistidas en su función por psicólogos especializados, como ya son habitualmente asesoradas por dietistas. Su trabajo se realizará en colaboración con todos los otros miembros del equipo.

d) 4. En lo que respecta a los niños, es preciso prever una ocupación, lectura, juegos, enseñanza, estén encamados o no, apropiados a las edades de los niños. En cuanto a los medios de relación, se les debe permitir «libre circulación» por todos los ámbitos de las salas que no sean peligrosos, para evitar la sensación de confinamiento.

d) 5. La salida del hospital debe ser tan precoz como sea posible y cuidadosamente preparada en colaboración con el servicio social; en cuanto el niño pueda ser tratado a domicilio o en la consulta externa, debe ser devuelto a su familia y entonces el hospital continuará su tarea educativa y de acción sanitaria por medio de las enfermeras visitadoras.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Otro problema hospitalario al margen de los anteriormente dichos lo constituyó para nosotros la observación de la necesidad en los casos de niños de alto riesgo, de una vigilancia continua y un aislamiento adecuado, vigilancia y aislamiento que no podían ser lo eficaces que considerábamos necesario estando en boxes generales, en los que la asistencia se diluía entre varios niños. Esto nos indujo a crear la Unidad de cuidados intensivos, en

la que un número reducido de niños se ve atendido por un personal altamente especializado en los más graves problemas pediátricos.

Las unidades de cuidados intensivos de los hospitales de niños son necesarias para la observación y tratamiento de los niños de alto riesgo. Estos pacientes requieren frecuentes y continuas observaciones o investigaciones biológicas y, a menudo, complejos tratamientos mecánicos.

Las unidades de cuidados intensivos proporcionan al personal médico de los hospitales un equipo de material especializado y un personal de enfermería muy adiestrado en el cuidado de los niños graves. En estas unidades se observan de forma continua y cuidadosa las funciones vitales y pueden estimularse estas funciones con más prontitud y eficacia que en cualquier otra sala del hospital.

En Pediatría, las indicaciones para internar enfermos en esta unidad son las siguientes:

- Incompatibilidad sanguínea feto-materna.
- Graves malformaciones congénitas.
- Problemas graves de alimentación; distrofías avanzadas.
- Deshidrataciones graves.
- Comas.
- Alteraciones respiratorias.
- Ictericias.
- Hemorragias.
- Reanimación del recién nacido.
- Convulsiones.
- Problemas circulatorios.
- Shock traumático y postoperatorio.

Un pediatra clínico con conocimiento de las enfermedades pediátricas generales debe ser el responsable de la unidad, pero hay que recalcar que es precisamente en estos servicios en donde el concepto de especialidad desaparece. El conocimiento de la fisiopatología humana es tan complicado que una sola persona no puede abarcarlo. Es en estas unidades en donde es más necesario el trabajo en equipo. El pediatra, el radiólogo, el cardiólogo, el otólogo, el cirujano, etc., tienen que colaborar estrechamente con el fin de salvaguardar la vida de estos niños.

El personal de enfermería ha de ser altamente calificado y muy numeroso para hacer frente a cualquier tipo de problema y auxiliar de forma eficiente al personal médico de la unidad, con quien se ha de reunir periódicamente para estar siempre al día de toda innovación técnico-científica.

Las necesidades de hospitalización en la Unidad de cuidados intensivos representan el 19'3 del total de los casos ingresados; y la mortalidad durante el año 1967 ha sido del 28'4. La estancia media ha oscilado entre cinco y quince días. Hay que evitar siempre que sea posible la sobrecarga de las unidades de cuidados intensivos, que rompan el ritmo y la disciplina, agotando al personal de enfermería y difundiendo la infección.

El número de cunas ideal para estas unidades es de siete, con posibilidad de aislar a los niños con tabiques transparentes móviles y convertir cada cuna en un cubículo. El espacio requerido para cada cuna es de unos 20 m², y su disposición debe ser tal que todos los niños puedan ser vistos desde el puesto de enfermeras.

Debe haber contigua una sala de curas, con el equipo instrumental necesario para realizar traqueotomías, intubaciones, exanguinotransfusiones, etcétera. También debe haber cubículos aislados para los posibles enfermos infecciosos.

Al comenzar a funcionar la Clínica infantil de la Escuela de Puericultura de Valencia observamos que la mayoría de los lactantes y prematuros ingresados eran niños portadores de síndromes graves, en los que interesaba más el trastorno funcional que el diagnóstico etiológico de la enfermedad. En muchos de los nuevos ingresos el médico interno tiene que actuar rápidamente para asegurar la supervivencia del niño. Interesaba, pues, más la puesta en marcha de un tratamiento de urgencia, basado en las alteraciones fisiopatológicas, que el virtuosismo de una etiqueta diagnóstica. Para ello la creación de la Unidad de cuidados intensivos ha representado una solución adecuada.

En la Clínica infantil el primer reconocimiento del niño se realiza con una exploración sistematizada y exhaustiva y con el máximo de objetividad, dando particular énfasis a la anamnesis e investigando las constantes biológicas, que nos son de gran ayuda en el primer «asalto terapéutico».

La exploración de un niño grave tiene grandes dificultades por la premura con que se debe instaurar una terapéutica basada en un juicio clínico. Un síntoma puede ser el resultado de varias afecciones: los vómitos pueden ser debidos a una piloroestenosis, a una hernia del hiato, a una lesión meníngea, a una dispepsia, etc.; las convulsiones pueden ser el resultado de una hipertermia, de una hemorragia cerebral, de una hipoglucemia; una disnea puede ser debida a un síndrome de distress respiratorio, a una alteración metabólica o a insuficiencia cardíaca. Por esto, mientras se «busca» el diagnóstico clínico, deben valorarse las constantes biológicas —equilibrio ácido-básico, electrolitos, etc.—, pues el atenderlas nos sitúa en inmejorables condiciones para la curación del enfermito. Debemos aspirar a que el niño no muera de complicaciones de la enfermedad principal, insuficiencia cardíaca, acidosis, etc.

La Pediatría no debe infravalorar las clásicas exploraciones simples del niño: aspecto de las deposiciones, diuresis, reflejos, respiraciones, pulso, etc., ya que el mejor «monitor» seguirá siendo siempre la actitud del médico que valora los síntomas clínicos clásicos de la Medicina.

Tendremos que huir en el niño de la terapéutica y métodos diagnósticos agresivos, por interesantes que sean los exámenes biológicos complementarios. A un niño cuyo estado de salud es grave no debe somarse a la agresión de la enfermedad la del médico.

La Unidad de cuidados intensivos de la Clínica infantil de la Escuela de Puericultura ha representado para la institución grandes ventajas:

Muchos de los niños ingresados en la Clínica infantil necesitaban ser vigilados de una forma especial, dada la gravedad de su estado.

Los familiares tienen la seguridad de que los mejores medios serán puestos en práctica de inmediato para resolver la enfermedad de sus niños.

Se ha logrado una mejor asistencia, proporcionada por personal de enfermería muy adiestrado.

La concentración de equipo e instrumental para su pronta utilización ha reportado una indudable ventaja.

Consecuencia de todo ello ha sido la disminución de la mortalidad en la Clínica infantil.

HOSPITALIZACIÓN EN LA CLÍNICA INFANTIL DE LA ESCUELA DE PUERICULTURA DE VALENCIA

Resumen estadístico del último año.—En esta Clínica infantil han sido ingresados durante el último año un total de 936 niños, de los cuales:

- 137 hospitalizados en la Unidad de cuidados intensivos.
- 570 en la Clínica de lactantes.
- 229 en el Centro de prematuros.

Dada la gran diferencia existente entre la gravedad media de los casos ingresados en cada uno de estos departamentos, hemos preferido obtener estadísticas independientes de cada uno de ellos, con objeto de que los índices obtenidos se ajusten más a la realidad.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

	Ingresos	Fallecidos
Asficia neonatal	34	10
Hemorragia cerebral	22	15
Hiperciliendriemia del recién nacido	14	1
Incompatibilidad Rh	10	2
Cardiopatías congénitas	8	1
Neuropatías del recién nacido	7	3
Malformaciones intestinales	7	6
Estenosis de píloro	6	1
Enfermedad hemorrágica	5	0
Vómitos del recién nacido	4	0
Hipermodurex	3	0
Otras malformaciones congénitas	3	1
Otras afecciones del recién nacido	14	2
Total	137	39

El porcentaje de mortalidad en esta Unidad de la Clínica es elevado, como corresponde al grave estado que presentan los niños en el momento en que son ingresados en la misma. De 137 niños han fallecido 39, lo que supone un índice de mortalidad del 28'6 %.

Las enfermedades del recién nacido acusan el más elevado porcentaje de mortalidad, siendo de destacar que este índice no se ha visto apenas modificado en los últimos años con la aparición de nuevos fármacos y medicos de reanimación; sin embargo, es nuestra impresión, aunque para ello habría que consultar estadísticas de maternidades, que la mortalidad debida a traumatismos del parto ha permanecido estacionaria. Con las nuevas técnicas obstétricas el recién nacido no se ha visto tan favorecido como la madre.

CLÍNICA DE LACTANTES

	Ingresados	Fallecidos
Infecciones gastrointestinales	158	4
Catarros descendentes, con diversas complicaciones	96	4
Otitis y otomitrítis	72	2
Bronquitis aguda	61	2
Deshidrataciones graves	58	5
Neumonía y bronconeumonía	38	12
Bronquitis con reacción asmática y asma infantil	25	0
Distrofias graves	14	4
Trastornos metabólicos	10	2
Meningitis y meningococcalitis	9	2
Intoxicaciones	9	2
Laringitis estridulosa	6	0
Primo infección tuberculosa	5	0
Mongolismo	4	2
Pleurésia purulenta	5	0
Atelectasia pulmonar	3	1
Afecciones varios del recién nacido	3	2
Sepsis	1	1
Anemias graves de distinta naturaleza	3	1
Invaginación intestinal	3	1
Pielonefritis	2	0
Hepatitis	2	1
Diabetes	1	0
<i>Total</i>	570	48

Del total de 570 niños que durante el último año ingresaron en la Clínica de lactantes, con edades entre uno y doce meses, fallecieron 48, lo que corresponde a un índice de mortalidad en el servicio del 8'4 %.

Estos niños nos son remitidos bien para su diagnóstico —en aquellos casos en que la práctica ambulatoria no permite una serie de técnicas diagnósticas especializadas—, bien para un tratamiento de urgencia, en la mayoría de

los casos por tratarse de niños en estado de suma gravedad. Se trata en gran parte de niños con afecciones recidivantes que han sido tratados durante algún tiempo con toda la gama de antibióticos de amplio espectro, a pesar de lo cual persisten en su cuadro patológico; a propósito de estos casos debe plantearse cuestiones de tanta importancia en Pediatría como la aparición de resistencias, las infecciones a virus, los problemas de inmunidad.

Llama la atención al echar una ojeada sobre nuestra casuística la presencia de afecciones al parecer de tan poca importancia como las faringitis o gastroenteritis, que al principio de la era antibiótica eran dominadas en pocos días y que ahora se hacen resistentes al tratamiento, hasta llegar en algunos casos a serias complicaciones e incluso a un desenlace letal. Asimismo la existencia de enfermedades que casi considerábamos desaparecidas, tales como las otitis y los derrames purulentos en la cavidad pleural, hacen reconsiderar la importancia de un adecuado manejo de la terapéutica de que hoy disponemos.

CENTRO DE PREMATUROS

EDAD	Ingresados	Pat. Inicido	Mortalidad Por 100
Menores de 1.000 g.	16	8	50
De 1.000 a 1.500 g.	41	10	24'4
De 1.500 a 2.000 g.	80	15	18'7
De 2.000 a 3.500 g.	92	5	5'4
<i>Totales</i>	229	38	16'5

Debemos hacer constar que, al no estar el Centro de prematuros anexo a una maternidad, la gran mayoría de los niños enviados son prematuros de alto riesgo, que no pueden ser asistidos en las clínicas de maternidad ni en sus domicilios y cuya mortalidad es forzosamente mayor que la correspondiente a los ingresados en centros ubicados en maternidades.

Vemos, pues, que con la actual orientación e instalaciones de la Escuela de Puericultura se cumplen las tres funciones primordiales exigidas a una institución moderna de protección a la infancia: función preventiva (dispensarios de higiene infantil), función asistencial (Clínica de lactantes y Centro de prematuros) y función recuperadora (Centro de rehabilitación), así como las de enseñanza para médicos, enfermeras, maestras y matronas puericultoras y Servicio social, en sus dos vertientes de educación sanitaria y de ayuda económico-social.

**SITUACION SANITARIA Y HOSPITALARIA EN ESPAÑA
SEGUN EL INFORME DE LA O. M. S.**

*Estadística demográfica y sanitaria según el censo
realizado por la O. M. S. en 1964*

Población media	11.339.497
Número de nacidos vivos	694.625
Tasa de natalidad por 1.000 habitantes	22'2
Número de fallecimientos	272.582
Tasa de mortalidad por 1.000 habitantes	8'7
Crecimiento natural (por 100)	1'35
Número de muertos de uno a cuatro años	3.285
Tasa de mortalidad de uno a cuatro años por cada 1.000 niños de este grupo de edad	1'3
Número de muertos de menos de un año	26.311
Tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos.	37'9

*Servicios hospitalarios en España según el informe
de la O. M. S. de 1964*

Censo y número de establecimientos	Número de camas	
Hospitales generales	430	39.203
Hospitales quirúrgicos	683	26.263
Hospitales psiquiátricos	101	32.090
Hospitales para tuberculosos	79	19.302
Preventorios y casas de reposo y convale- cencia	24	2.182
Maternidades	133	6.105
Leprosarios	5	1.153
Hospitales pediátricos	22	1.339
Otros hospitales especializados	30	2.188
Hospicios para enfermos crónicos	164	6.728

**ESTADO DE LA HOSPITALIZACION PEDIATRICA
EN ESPAÑA SEGUN EL CENSO DEL INSTITUTO
NACIONAL DE ESTADISTICA DEL AÑO 1966**

(Únicamente se incluyen en este comentario los hospitales de niños)

En la tabla núm. 1 se observa que el número de hospitales de niños en España era el de veintiocho, con un total de 2.060 camas.

TABLA NÚM. 1
Por su capacidad

Hasta 20 camas	9
De 21 a 49 camas	3
De 50 a 99 "	4
De 100 a 249 "	2
De 250 a 499 "	1
De 500 o más "	1
No consta	3
Total	28

Número total de salas

De 1 a 2 camas	136 con 329 camas
De 3 a 6 "	112 " 534 "
De 7 o más camas	99 " 1.237 "
Totales	347 con 2.060 camas

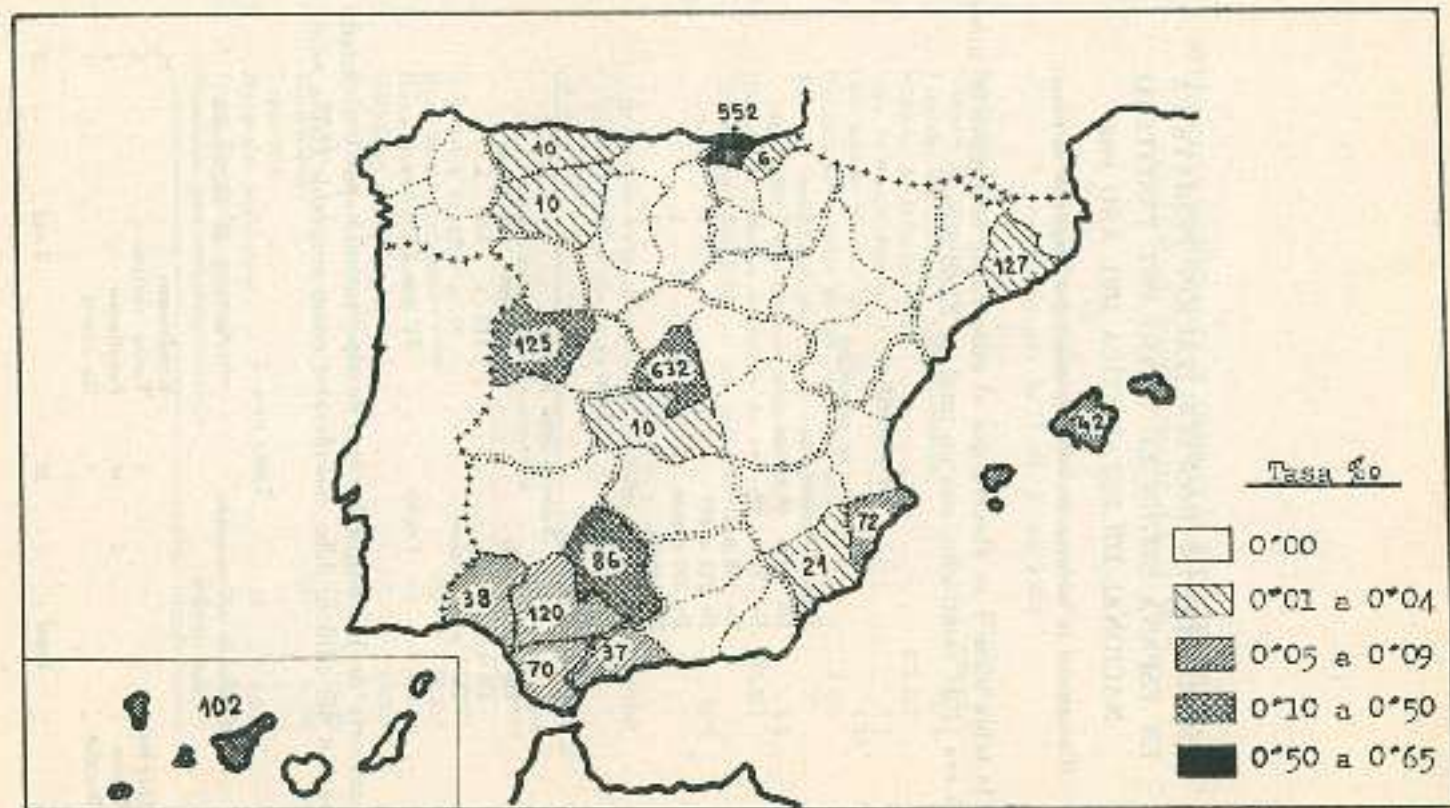
La mayoría de los hospitales son de tipo monobloque y el estado de conservación del edificio debe considerarse como aceptable (tabla núm. 2).

TABLA NÚM. 2

<i>Por estado de conservación del edificio</i>	<i>Por tipo de edificación</i>
Muy bueno 4	Monobloque 25
Bueno 16	Varios cuerpos 5
Regular 8	Pabellones 1
Total 28	No consta 1
	Total 28

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. AÑO 1966

Censo de camas en hospitales pediátricos en España.—Situación geográfica y tasa por cada 1.000 habitantes



Total nacional: 29 hospitales pediátricos con 2.060 camas.—Tasa media nacional por 1.000 habitantes: 0.06

En la tabla núm. 3 se puede comprobar que entre los hospitales censados no hay ninguno de construcción posterior a 1960.

Tabla núm. 3
Par fecha de construcción

De 1801 a 1900	1 con	504 camas
De 1901 a 1920	2 *	465 "
De 1921 a 1940	3 *	124 "
De 1941 a 1960	9 *	314 "
No consta	8 *	652 "
Totales	23 con	2.060 camas

El índice personal-cama nacional es de 0'64, que puede considerarse muy bajo.

El porcentaje de camas de hospitalización infantil de 0 a 14 años es de 1'98, y el de hospitalización de más de 15 años es de 98'02. La desproporción es manifiesta si se tiene en cuenta que la población infantil es la cuarta parte de la población total (tabla núm. 4).

Tabla núm. 4

año	Efectivos de población (en tantos por 1.000)	Porcentaje de camas
De 0 a 14 años	274'1	1'98
De más de 15 años	725'9	98'02
Totales	1.000	100

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. AÑO 1966
Distribución de hospitales pediátricos por su dependencia

Tabla núm. 5

	Número de centros	Número de camas	Promedio de camas/centro	Porcentaje sobre el total
Sector público.	17	1.165	68	56'5
Sector privado.	11	895	81	43'5
Totales	28	2.060	73	100

Por su dependencia patrimonial, el 56'5 % pertenece al sector público, y el 43'5 % al sector privado, como se observa en la tabla núm. 5.

Censo de hospitales pediátricos. Aparatos e instalación

	Quilómetros	Hayas y 20 m. a.	Hayas y 200 m. a.	Partes de acero	Andrómetros	Va. vital. adrenerg.	Electrocardiógrafos	Electroencefalogramas	Tratadores	Órgano central	Instalación de agua	Bancos de sangre	Farmacia	Intubación	Rehabilitación
Hasta 49 camas	7	7		4			1	1	34	9			1	1	2
De 50 a 99 camas	2	2	1	1	1		1	1	9	2	1	1	1		1
De 100 a 249	2	4		1			1	1	12	1		1	1		2
De 250 a 499	5	1	2	9	1	1	1	1	5	1	1		1		1
De 500 o más	2	5		1					14	3			1		1
No consta	2	4	5				2	2	29	1	1	2	1		
	21	23	8	16	2	1	6	5	103	17	3	4	6	1	7

Gráfico núm. 1

El equipo hospitalario de las instituciones censadas en el año 1966 es muy escaso. Obsérvese que entre los veintiocho hospitales sólo seis tienen electrocardiógrafos, y electroencefalogramas, cinco (gráfico núm. 1).

La tasa de camas infantiles por 1.000 habitantes (0'06) es más bien baja. Esta escasez es compensada en parte por los servicios de Pediatría en los hospitales generales (mapa núm. 1).

Es corriente en España que el 5 % de las camas de los hospitales generales se destinen a Pediatría, en vez del 15 % que es lo que se preconiza.

En resumen puede afirmarse que, salvo raras excepciones, el estado de la hospitalización pediátrica según el censo del Instituto Nacional de Estadística del año 1966 no es aceptable y no ha seguido el ritmo de los avances de la moderna Pediatría.

ESTADO DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA PEDIATRICA EN LA SEGURIDAD SOCIAL EN 1968

En la tabla núm. 6 tenemos especificado el número de camas de hospitalización pediátrica requeridas a razón de 0'6 por 1.000 habitantes y el número de camas de hospitalización pediátrica perteneciente a instituciones de la Seguridad Social en cada una de las regiones hospitalarias. Claramente se aprecia la gran diferencia existente entre este número y el ideal de camas pediátricas.

TABLA NÚM. 6

Región	Número de miles de habitantes	Camas requeridas a razón de 0'6 por 1.000 habít.	Camas en instituciones Seguridad Social (datos 18-9-67)
Santiago	2.695	1.598	110
Valladolid	3.012	1.807	142
Pamplona	2.227	1.417	181
Zaragoza	1.274	756	114
Barcelona	4.091	3.089	423
Valencia	3.912	2.409	217
Granada	2.707	1.582	119
Sevilla	4.270	2.528	253
Salamanca	1.983	824	47
Madrid	4.697	2.947	446
Atlántica	1.047	654	77
<i>Totales</i>	32.275	19.621	2.120

Teniendo en cuenta que un 60 % de la población española recibe la correspondiente asistencia de la Seguridad Social (con tendencia a aumentar), notamos que el número de camas de estas instituciones no alcanza, con mucho, el porcentaje del 60 sobre el total de camas requeridas a razón de 0'6 por 1.000 habitantes.

Por otra parte, la asistencia pediátrica de la Seguridad Social se complementa con los conciertos establecidos con las clínicas pediátricas de los hospitales generales, hospitales clínicos, escuelas de Puericultura, etc., que compensan el déficit de camas pediátricas que actualmente tiene la Seguridad Social.

Con objeto de valorar la eficiencia de las instituciones pediátricas de la Seguridad Social hemos confeccionado unos índices con los datos que se refieren a las provincias de Madrid, Barcelona, Valencia y Zaragoza y la media nacional.

En la tabla núm. 7 observamos que el índice de rotación niño enfermo/cama más elevado es el de Valencia (lo que igualmente ocurre en las estadísticas correspondientes a hospitales generales), seguido por el de Zaragoza (casi idéntico a la media nacional), Madrid y Barcelona. En todas estas provincias, así como la media nacional, los índices de rotación pediátrica son mucho más elevados que los correspondientes a hospitalización general (que oscilan alrededor de diez).

También en la tabla núm. 8 vemos que los índices de frecuentación más elevados son los de Valencia y Zaragoza, y por debajo, los de Madrid y Barcelona, muy semejantes a la frecuentación pediátrica media nacional, todos ellos referidos a 1.000 habitantes. En la tabla núm. 7 hemos obtenido las mismas cifras, pero referidas exclusivamente a la población infantil, o sea frecuentación hospitalaria por cada 1.000 niños.

Estos índices son notablemente inferiores a los generales oficialmente publicados, pero hemos de tener en cuenta que éstos hacen referencia a todos los enfermos de todos los hospitales de una región, mientras nosotros solamente consideramos a los niños hospitalizados en clínicas de la Seguridad Social, referidos a una sola provincia y no a una sola región.

Tabla núm. 7

Provincia	Enfermos por año	Camas	Índice rotación enfermo/cama	Índice frecuentación hospitalaria
Madrid	4.991	369	13'5	1'7
Barcelona	3.250	273	11'9	1'03
Valencia	3.002	103	29'9	2'1
Zaragoza	1.545	86	17'9	2'3
Media nacional	36.986	2.129	17'3	1'15

Índice de frecuentación referido a 1.000 niños.

Tabla núm. 8

Provincia	Enfermos por año	Camas	Índice rotación enfermo/cama	Índice frecuentación hospitalaria
Madrid	4.991	369	13'5	6'8
Barcelona	3.250	273	11'9	4'12
Valencia	3.002	103	29'9	8'4
Zaragoza	1.545	86	17'9	9'2
Media nacional	36.986	2.129	17'3	4'6

Índice de frecuentación referido a 1.000 habitantes.

El *índice de rotación enfermo/cama* se obtiene dividiendo el número total de enfermos ingresados en una institución por el número de camas existentes. En hospitales generales el índice medio es 10 enfermos por año y cama.

El *índice de frecuentación hospitalaria* es el número de enfermos ingresados por cada 1.000 habitantes de un área geográfica.

Varia entre el 25 por 1.000 (regiones rurales) y 80 por 1.000 (regiones urbanas), englobando en estas cifras a todos los enfermos ingresados en todos los hospitales de la región.

INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA S. S. EN PROYECTO PARA EL TRIENIO 1969-71

Las residencias sanitarias, residencias maternales y hospitales infantiles en proyecto para el trienio 1969-71 son las siguientes:

Residencias generales: Alcoy, Orense, Soria, Valencia y Santander.

Residencias maternales: Valencia, Sevilla, Zaragoza y Bilbao.

Hospitales infantiles: Valencia, Sevilla, Zaragoza y Bilbao.

En conjunto, podemos concluir diciendo que la hospitalización pediátrica de la Seguridad Social es buena pero insuficiente, y se puede calificar de excelente en las clínicas infantiles de la Ciudad Sanitaria de «La Paz», en Madrid, y la de «Francisco Franco», de Barcelona.

ESTADO DE LA HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA EN ESPAÑA SEGUN ESTUDIO REALIZADO EN EL AÑO 1968

Durante el año 1968 hemos realizado una encuesta, dirigiéndonos a todos los hospitales, residencias y servicios que tienen camas de hospitalización infantil.

Con las contestaciones recibidas hemos confeccionado la siguiente tabla, en la que se especifica el número de camas de hospitalización infantil, el número de incubadoras para los niños prematuros y la dependencia patrimonial de la institución.

	Número de camas	Número de incubadoras	Dependencia patrimonial
ALAVA			
Residencia del S. O. E.	26	4	I. N. P.
Hospital general	12	2	Diputación
Residencia Nuestra Señora de las Nieves	10	1	Diputación
Policlínica San José	14	4	Privada
Clinica «La Previsora»	8	—	Privada
ALBACETE			
Residencia del S. O. E.	34	2	I. N. P.
Hospital Provincial	42	2	Diputación
ALICANTE			
Residencia del S. O. E.	35	—	I. N. P.
Hospital Provincial	30	10	Diputación
Servicio Puericultura y Pediatría Provincial	72	—	Diputación
ALMERÍA			
Residencia del S. O. E.	15	—	I. N. P.
Hospital Provincial	9	—	Diputación
ÁVILA			
Residencia del S. O. E.	12	—	I. N. P.
Hospital Provincial	15	—	Diputación
BADAJOS			
Residencia del S. O. E.	36	8	I. N. P.
Hospital Provincial	85	—	Diputación

	Número de camas	Número de Inculcadores	Dependencia patrimonial
BALBARES			
Residencia del S. O. E. Palma	26	8	I. N. P.
Residencia del S. O. E. Mahón	4	2	I. N. P.
Hospital Provincial	15	—	Diputación
BARCELONA			
Residencia del S. O. E.	236	70	I. N. P.
Hospital Clínico y Provincial	90	17	Min. Ed. Nac.
Hospital Municipal	45	—	Municipal
Clínica Pediátrica Teknon	21	—	Privada
Clínica Niño Jesús	33	—	Privada
BURGOS			
Residencia del S. O. E.	20	8	I. N. P.
Hospital Provincial	14	—	Diputación
CÁDIZ			
Residencia del S. O. E.	51	8	I. N. P.
Hospital Provincial	102	4	Diputación
CÁDIZ			
Residencia del S. O. E.	32	6	I. N. P.
Hospital Provincial	24	—	Diputación
CASTELLÓN			
Hospital Provincial	94	21	Diputación
Residencia Nuestra Señora del Sagrado Corazón	19	9	I. N. P.
CIUDAD REAL			
Residencia del S. O. E.	30	8	I. N. P.
Residencia del S. O. E. Puertollano	1	1	I. N. P.
Hospital Médico Quirúrgico	33	—	Diputación
Maternidad	50	—	Diputación
CÓRDOBA			
Residencia del S. O. E.	25	8	I. N. P.
Hospital Provincial	20	—	Diputación
LA CORUÑA			
Residencia del S. O. E.	68	8	I. N. P.
Hospital Municipal	8	—	Municipio
Hospital Provincial S. de Compostela	7	—	Diputación
CUENCA			
Residencia del S. O. E.	64	—	I. N. P.
Maternidad Provincial	—	3	Diputación
GIJÓN			
Residencia del S. O. E.	43	8	I. N. P.
Hospital Provincial	10	3	Diputación

	Número de camas	Número de mestrazas	Dependencia (partimento)
GRANADA			
Residencia del S. O. E.	70	—	I. N. P.
Hospital Provincial	17	—	Diputación
Hospital Clínico	40	—	Min. Ed. Nac.
GUADALAJARA			
Residencia del S. O. E.	20	3	I. N. P.
Hospital Provincial	30	—	Diputación
GUIMÁRZOS			
Residencia del S. O. E.	146	20	I. N. P.
Hospital Provincial	56	1	Diputación
Hogar Materno Infantil Fraiuro	94	—	Diputación
Clinica de San Juan de Dios	30	—	Privada
HUELVA			
Residencia del S. O. E.	103	—	I. N. P.
Hospital Provincial	17	—	Diputación
Residencia maternal Riotinto	—	1	I. N. P.
HUESCA			
Residencia del S. O. E.	27	5	I. N. P.
Hospital Provincial	—	1	Diputación
Maternidad	12	2	Diputación
Hospital Médico Quirúrgico	18	—	Diputación
Clinica Inmaculada	—	1	18 de Julio
JÁEN			
Residencia del S. O. E.	59	—	I. N. P.
Hospital Provincial	3	—	Diputación
LEÓN			
Residencia del S. O. E.	66	14	I. N. P.
LOGROÑO			
Residencia del S. O. E.	46	5	I. N. P.
Hospital Provincial	8	—	Diputación
LÉRIDA			
Residencia del S. O. E.	42	8	I. N. P.
Hospital Provincial	30	—	Diputación
LUGO			
Residencia del S. O. E.	8	—	I. N. P.
Hospital Provincial	56	3	Diputación
MADRID			
Residencia del S. O. E.	370	60	I. N. P.
Hospital Provincial	63	—	Diputación
Hospital del Niño Jesús	504	—	Dircc. Gral. Benef.
Hospital Clínico Universitario	113	—	Min. Ed. Nac.
Instituto Municipal de Puericultura	28	—	Municipio
Escuela Nacional de Puericultura	20	—	Dircc. Gral. Sanidad

	Número de camas	Número de ambulancias	Dependencia patrimonial
Cruz Roja Española	24	—	Cruz Roja
Clínica Puerta Hierro	32	—	I. N. P.
MÁLAGA			
Residencia del S. O. E.	30	6	I. N. P.
Hospital Provincial	88	—	Diputación
Clínica de Lactantes de la Escuela de Puericultura	20	—	Direc. Gral. Sanidad
MURCIA			
Residencia del S. O. E.	49	11	I. N. P.
Hospital Provincial	28	8	Diputación
Clínica de Lactantes de la Escuela de Puericultura	16	5	Direc. Gral. Sanidad
NAVARRA			
Residencia del S. O. E.	28	12	I. N. P.
Hospital Civil	40	—	Diputación
OLENSE			
Residencia del S. O. E.	6	1	I. N. P.
Hospital Provincial	10	5	Diputación
OVIEDO			
Residencia del S. O. E.	50	—	I. N. P.
Hospital General de Asturias	60	12	Diputación
Instituto de Puericultura	—	3	Min. Justicia
Hospital de Caridad	5	—	Benef. particular
LAS PALMAS DE GRAN CANARIA			
Residencia del S. O. E.	36	11	I. N. P.
Hospital de San Martín	45	—	Cabildo
PALENCIA			
Residencia del S. O. E.	8	4	I. N. P.
Hospital Médico Quirúrgico	14	—	Diputación
PONTEVEDRA			
Residencia del S. O. E.	40	—	I. N. P.
Hospital Provincial	19	—	Diputación
VIGO			
Residencia del S. O. E.	40	12	I. N. P.
Hospital Municipal	25	—	Municipal
SALAMANCA			
Hospital Provincial	17	—	Diputación
Hospital de Santa Trinidad	22	—	Benef. particular
Facultad de Medicina	35	10	Min. Ed. Nac.
SANTA CRUZ DE TENERIFE			
Residencia del S. O. E.	22	5	I. N. P.

	Número de camas	Número de matrículas	Dependencia (gubernamental)
SANTANDES			
Residencia del S. O. E.	—	3	I. N. P.
Pabellón I. N. P. de la Casa de Salud Valdecilla	8	—	I. N. P.
SEGOVIA			
Policlínica 18 de Julio	84	4	O. S. 18 de Julio
SEVILLA			
Residencia del S. O. E.	36	9	I. N. P.
Hospital Provincial	107	22	Diputación
Escuela Departamental de Puericultura.	145	3	Dircc. Gral. Sanidad
Hospital Clínico de la Facultad de Me- dicina.	107	20	Min. Ed. Nac.
SURIA			
Hospital Provincial	13	11	Diputación
TARRAGONA			
Hospital de San Juan	13	—	Municipio
TERUEL			
Residencia del S. O. E.	20	6	I. N. P.
Hospital Provincial	11	—	Diputación
TOLDO			
Hospital Provincial	14	—	Diputación
VALENCIA			
Residencia del S. O. E.	57	16	I. N. P.
Hospital Provincial	51	—	Diputación
Escuela Departamental de Puericultura.	40	32	Dircc. Gral. Sanidad
Hospital Clínico de la Facultad de Me- dicina.	36	24	Min. Ed. Nac.
Maternidad «La Cagüenzo»	—	20	Privada
VALLADOLID			
Residencia del S. O. E.	45	20	I. N. P.
Facultad de Medicina	54	8	Min. Ed. Nac.
VIZCAYA			
Residencia del S. O. E.	155	30	I. N. P.
Centro de Puericultura y Clínica Infantil.	65	20	Privada
Sanatorio Bidarte	15	1	Privada
Instituto Maternal y Puericultura de Bilbao	125	10	Diputación
ZAMORA			
Residencia del S. O. E.	30	—	I. N. P.
Hospital Provincial	14	5	Diputación
ZARAGOZA			
Residencia del S. O. E.	74	10	I. N. P.
Hospital Provincial	39	—	Diputación
Facultad de Medicina	50	—	Min. Ed. Nac.

Resumen de la hospitalización pediátrica según dependencia patrimonial

	<i>Camas</i>
L. N. P.	2.969
Diputación	1.711
Privado	215
Ministerio de Educación Nacional	663
Municipia	119
Obra Sindical 18 de Julio	89
Dirección General de Beneficencia	504
Dirección General de Sanidad	253
Cabildo	45
Beneficencia particular	27
Ministerio de Justicia	3
Cruz Roja Española	24
Otros	138
<i>Total nacional camas existentes</i>	6.760
<i>Número de camas necesarias a razón de 0'6 por 1.000, o sea 24 camas por 10.000 niños.</i>	19.621
<i>Faltan camas de hospitalización pediátrica</i>	12.861

PLANIFICACION DE LA HOSPITALIZACION INFANTIL EN ESPAÑA

Ante la demanda de camas de hospitalización pediátrica por la población española, y principalmente por los beneficiarios de la Seguridad Social, y conocido el equipo hospitalario infantil en España según el censo de 1966 y el realizado por nosotros en 1968, hemos estudiado las necesidades de camas pediátricas de España, ateniéndonos a la regionalización que en su artículo 4.º preconiza la vigente Ley de Coordinación Hospitalaria y los artículos 429 y 544 del anteproyecto de Reglamento de Hospitales, sobre índices mínimos de personal pediátrico y mínimo de camas para los hospitales de niños locales, provinciales y de ámbito regional o nacional (20 camas para los hospitales locales, 150 para los provinciales y 300 para los de ámbito regional o nacional). (Véase tabla núm. 9.)

TABLA NÚM. 9

<i>Hospitales regionales</i>	
Regiones de hasta 2 millones de habitantes	300 camas
Regiones de 2 a 4 millones de habitantes	400 "o
Regiones de más de 4 millones de habitantes	600 "o
<i>Hospitales provinciales</i>	
Regiones de hasta 2 millones de habitantes	150 camas
Regiones de 2 a 4 millones de habitantes	200 "x
Regiones de más de 4 millones de habitantes	250 "x
<i>Hospitales locales</i>	
Regiones de hasta 2 millones de habitantes	20 camas
Regiones de 2 a 4 millones de habitantes	30 "x
Regiones de más de 4 millones de habitantes	40 "x

Para cubrir el número de camas necesario por región hospitalaria, en el estudio se programa, de una forma general:

a) Un hospital regional pediátrico por cada una de las once regiones hospitalarias existentes.

b) Un hospital de pediatría provincial en la capital de cada provincia.

c) Dos hospitales locales por cada provincia.

La capacidad de estos centros se ha considerado variable y proporcional al número de habitantes de la región, teniendo en cuenta los mínimos previstos en el anteproyecto de Reglamento de Hospitales.

También se ha tenido en cuenta el estudio realizado por Bridgman sobre la población media de Francia, en el que determina las condiciones para la dedicación plena de un médico o de un especialista. (Véase tabla núm. 10.)

Tabla núm. 10

ESPECIALIDAD	Población media que justifica la dedicación plena de un médico o de un especialista
Medicina general	1.500
Cirugía general	20.000
Urología, otorinolaringología, oftalmología, ginecología, radiología.	40.000
Cardiología, gastroenterología, radioterapia, pediatría especializada.	100.000
Neurocirugía, cirugía pulmonar, tratamiento de tumores	1 a 2 millones

Según esta tabla las necesidades médicas mínimas de los pacientes pueden ser atendidas por un médico general en su consultorio o por medio de visitas domiciliarias. En otro nivel superior, la medicina y cirugía general, la maternidad y pediatría pueden prestarse en pequeños centros asistenciales, como los representados en España por los centros maternos de urgencia y los hospitales municipales, debidamente actualizados. En otro nivel asistencial, de tipo provincial, un equipo de pediatras atendería a su población, y por último, en el hospital regional, que debería coincidir con la cabecera del distrito universitario, se instalaría el hospital regional pediátrico, con servicios de alta especialización.

Las poblaciones de cada región hospitalaria asegurarían el rendimiento de estos servicios especializados.

Con esta regionalización se beneficia, además de la asistencia, la enseñanza y la investigación, ya que al ubicarse el hospital regional en las ciudades con facultades de Medicina recibiría enfermos de una amplia zona, pudiéndose realizar una selección para la enseñanza. La formación de los médicos postgraduados podría realizarse, además de en los hospitales universitarios, en los hospitales provinciales y en las residencias de la Seguridad Social, ya que esto requiere un trabajo rotatorio en los servicios de especialidades básicas. La formación de enfermeras y de auxiliares sanitarios también se llevaría a cabo en los hospitales regionales, provinciales y residencias. La investigación también se beneficia de la concentración de los servicios especializados y de la coordinación con otros hospitales a niveles inferiores, lo que permite el control de un mayor número de enfermos de una afección determinada.

Para evaluar el número de camas de pediatría que se necesitan en España hemos adoptado el índice de 24 camas por cada 10.000 niños, es decir,

0'6 camas por 1.000 habitantes, que es el índice que preconizamos nosotros en la ponencia presentada al X Congreso Nacional de Pediatría de 1960. Este índice es el inferior del que existe en diferentes países europeos y americanos, que oscila entre 0'6 camas por 1.000 habitantes a 2 camas por 1.000 habitantes. (Véase tabla núm. 11.)

TABLA NÚM. 11

Suecia	0'6	camas x 1.000 habitantes	
Francia	0'6 -1	*	x 1.000 *
U. S. A.	0'25-0'75	*	x 1.000 *
Gran Bretaña	2	*	x 1.000 *
Canadá	1'73	*	x 1.000 *
España (estudio previo).	0'6	*	x 1.000 *

Con los datos anteriormente expuestos se han realizado los estudios, por los que resulta que para atender a la población infantil española se necesitan 19.621 camas y el personal que se especifica en la tabla núm. 12, que es el personal necesario para atender las 19.621 camas programadas en hospitales pediátricos, de acuerdo con los índices mínimos de personal-cama establecidos por el anteproyecto de Reglamento de Hospitales.

TABLA NÚM. 12

Pediatras	3.270
Personal sanitario auxiliar	4.905
Otros	11.136
Total personal	19.331

En el estudio se ha tenido en cuenta la definición de cama de hospital del artículo 146 del anteproyecto del Reglamento de Hospitales, por el cual las camas para recién nacidos se señalarán siempre separadamente.

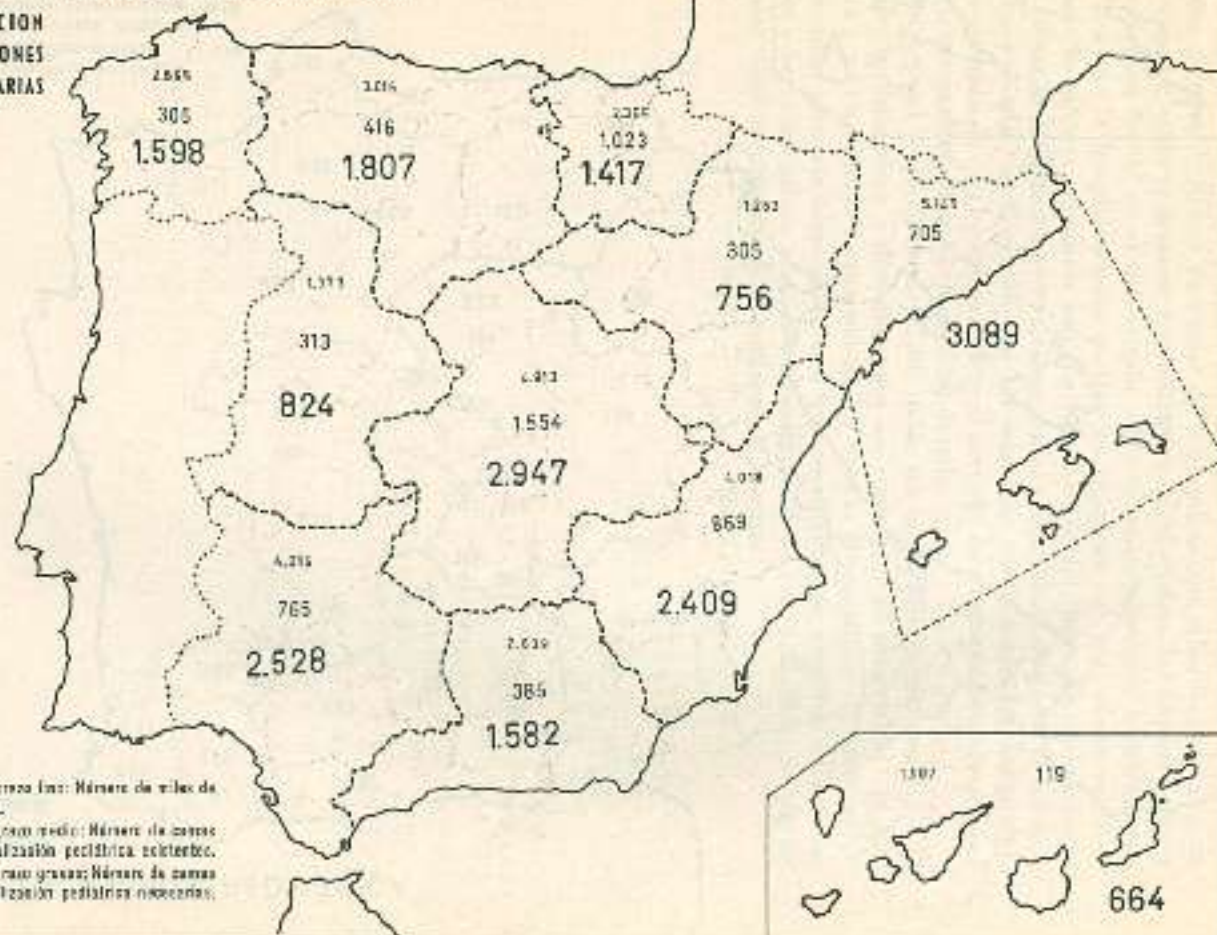
En el mapa núm. 2, como una muestra de la labor a realizar en España en cuanto a hospitalización pediátrica, se han estudiado cada una de las regiones hospitalarias. Se señala en cada región hospitalaria el número de habitantes, el número de camas existentes y el número de camas que faltan.

En el mapa núm. 3 se ha realizado el mismo estudio referido a cada una de las provincias. Se observa que existen actualmente 6.760 camas de hospitalización pediátrica, siendo las necesarias 19.621.

* * *

HOSPITALIZACION PEDIATRICA

DISTRIBUCION
POR REGIONES
HOSPITALARIAS

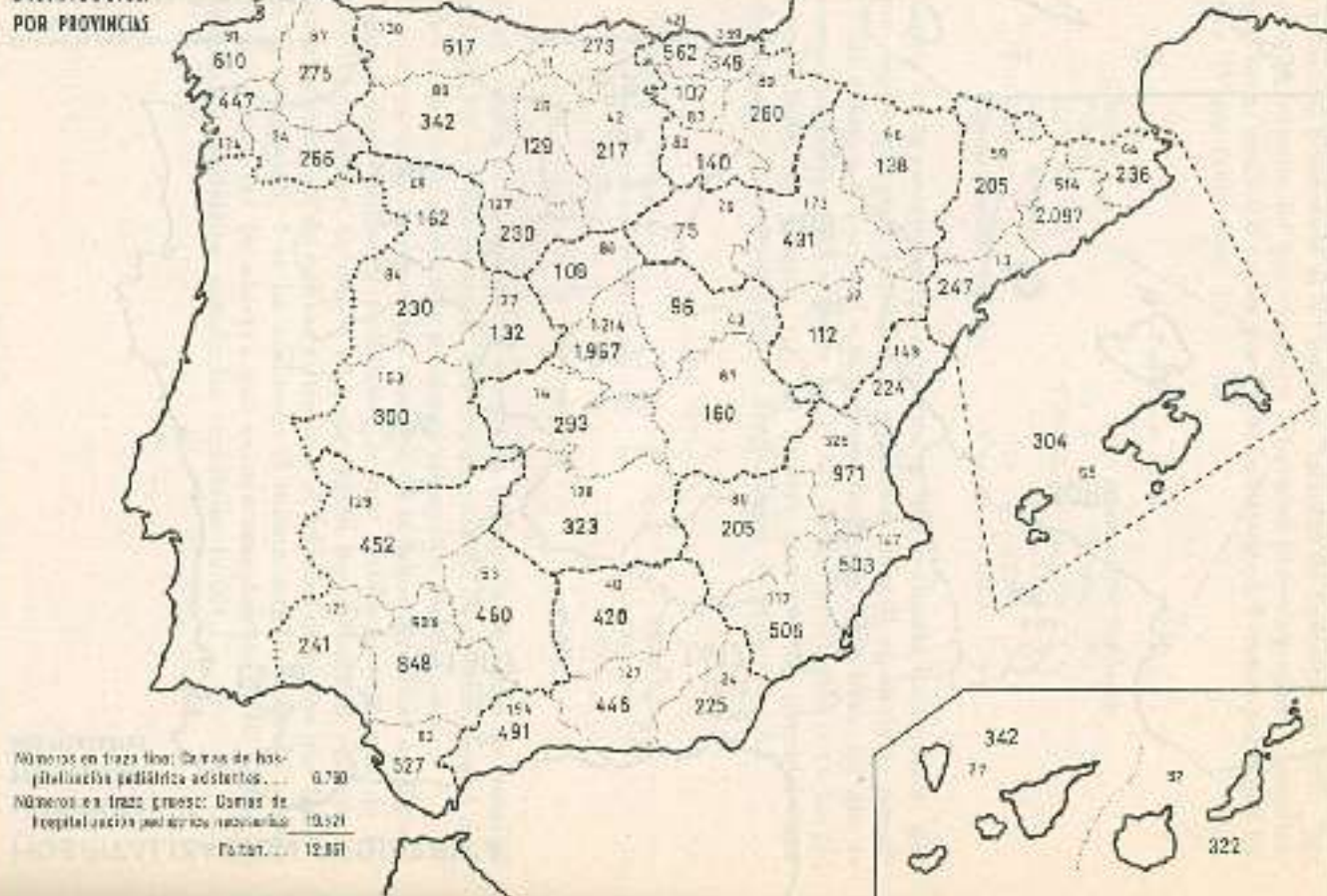


Números en trazo fino: Número de miles de habitantes.
Números en trazo medio: Número de casos de hospitalización pediátrica colectiva.
Números en trazo grueso: Número de camas de hospitalización pediátrica (colectivas).

MAPA N.º 2.

HOSPITALIZACION PEDIATRICA

DISTRIBUCION
POR PROVINCIAS



Ponemos fin a nuestra exposición afirmando que actualmente existe en España un notable déficit de camas de hospitalización infantil, pese al gran esfuerzo que están realizando las facultades de Medicina, las Diputaciones y la Seguridad Social en el montaje de sus nuevas instalaciones hospitalarias.

Para que la hospitalización pediátrica española sea más eficaz es necesario no solamente actualizar su capacidad asistencial, sino al propio tiempo intensificar la medicina preventiva, organizando a escala nacional la asistencia domiciliaria, en conexión con las consultas externas de los hospitales. Buen ejemplo de esta coordinación es el servicio de urgencia de la Seguridad Social, tan perfectamente concebido y dotado.

En general, y en distinto grado, todos los hospitales deben atender a la función investigadora y docente, para así contribuir al progreso de la Medicina y a la adecuada formación de las nuevas generaciones de médicos. Y no se dude que por bien equipados que se encuentren aquéllos en instalaciones y servicios nunca rendirán al máximo si no son dirigidos por profesionales, bien impuestos en la moderna Medicina.

DISCURSO DE CONTESTACION

DEL

Excmo. Sr. Dr. D. JUAN BOSCH MARIN

EXCMO. SR. PRESIDENTE;
EXCMOS. SEÑORES;
SEÑORAS Y SEÑORES;
SRES. ACADÉMICOS:

Quisiera iniciar mi intervención en esta solemnidad académica agradeciéndoles profundamente la excepción, inmerecida por mi parte, de permitirme apadrinar al académico electo Dr. D. José Selfa Martínez. Si mi calidad de académico honorario, que debo a vuestra bien probada amabilidad, no me autoriza reglamentariamente a ello, tal vez pueda justificarlo mi amor a Valencia, mi respeto a vuestra Corporación, mi cariño a los sanitarios valencianos, que vosotros representáis dignamente, y el haber sido mentor, que no maestro, sino hermano mayor espiritual, del recipiendario.

Perteneceemos Selfa y nosotros, y al decir nosotros he de referirme a un grupo numeroso de pediatras españoles, a la Escuela que fundara nuestro común maestro Prof. Gómez Ferrer. Hemos de asegurar sin hipérbole que no hay en España escuela de Pediatría tan numerosa como la valenciana, ni tal vez grupo en el que perdure tanto tiempo la memoria del maestro. Memoria que, a decir verdad, hemos cuidado con toda veneración sus discípulos directos, y entre ellos su predilecto D. Jorge Comín, que continuó manteniendo muchos años el brillo que diera D. Ramón a la constelación de sus discípulos, a la que siempre me honré en pertenecer.

Se refiere Selfa al maestro de todos, y aunque esté en la mente de muchos, sirvan de recuerdo las palabras del Prof. Granjel en su *Historia de la Pediatría española*, capítulo VI, «La Pediatría como especialidad»: «Por Real Decreto de 16 de septiembre de 1886, a la enseñanza universitaria de la patología infantil se le confiere categoría de saber especializado, creándose la cátedra de Enfermedades de la Infancia con su clínica.»

¿Cómo no sumarse en este momento a las palabras del Dr. Selfa en honor de D. Ramón, como tantas veces lo hiciera en mi larga vida? Aprendí y aspiro a seguir aprendiendo, con mi lema de «educación continuada o vitalicia» en muchas escuelas de diversos continentes; mas, encontré bien pocos maestros con la fuerza de inspiración, de sicmbra de inquietudes, de estímulo a la vocación, que poseía la mágica figura de Gómez Ferrer, prototipo del médico, del profesor, del pediatra, al que en justicia se llegó a calificar

«el apóstol de los niños». A él pudiéramos aplicar las palabras que otro fecundo historiador de la medicina contemporánea, el Dr. Alvarez Sierra, dedica al Dr. Marañón en su biografía titulada *El Hipócrates de la Medicina* al afirmar: «Además de haber sido un clínico admirable y un médico genial, se condujo siempre como un *médico humano*, cuidador de almas y cuerpos y enemigo de todo dogmatismo.

Como médico humano, no se aferró a la Pediatría del siglo XIX, de preocupaciones preferentemente somáticas, y adelantándose a sus tiempos despertó nuestro interés por los problemas psicológicos, emocionales y especialmente sociales de la infancia, siendo verdadero precursor de la hoy día floreciente pediatría social.

Y cabe preguntarse: ¿Es que Valencia, por sus características sociales, está destinada a ser pionera en tantas ocasiones?

VALENCIA, PROTECTORA DE LA INFANCIA

Del siglo XIV data en nuestro país la primera institución de protección al niño. Actúa en Valencia de 1337 a 1794 la institución «El Padre de huérfanos», en virtud de privilegio que le otorgara Pedro IV de Aragón. Extiéndese por Navarra y Aragón y más tarde por Castilla. Recoge niños huérfanos y abandonados, ayudándoles en su sustento y educación, procurándoles colocación en servicios manuales y domésticos y hasta juzgando sus delitos si hubiera lugar.

Permitid recuerde también al gran valenciano Luis Vives, cuya aportación a la Puericultura española podemos encontrar en «El niño en la cultura española», de Juan Luis Morales (1960), en la mencionada *Historia de la Pediatría*, de Granjel (1961), que muy bien recoge nuestro discípulo Caudeli Peiró en su tesis elaborada en nuestra cátedra «El problema higiénico social del niño valenciano», y no olvida Luis Cortés de los Reyes en su tesis doctoral «Los comienzos de la Puericultura científica en España».

Fuera excesivamente prolijo referirnos a la Valencia actual como protectora de su infancia. Están presentes en la memoria de muchos las figuras de los Mariano Rivera Cañizares, Natividad Domínguez, Jorge Comín, Aguilar Jordán, Pascual Escolano, Dámaso Rodrigo, Moltó Santonja, Royo Ternel, Jerónimo Forteza, Planas de Tovar, etc., inspiradores de sus actuales instituciones.

Hoy hemos de hacer mención muy especial del nuevo académico doctor D. José Selfa Martínez.

PERSONALIDAD SANITARIA DEL DR. SELFA

Hacemos gracia de detallar la serie de méritos que constituyen su brillante *curriculum vitae*, pero, a fin de perfilar mejor su personalidad, no renunciemos a citar algunos de ellos.

Nacido circunstancialmente en Madrid en marzo de 1910, Sella es un valenciano de estirpe y de corazón. Sus estudios de licenciatura se desarrollaron en la vieja Facultad de la calle de Guillem de Castro, y en ella fue alumno y médico interno, obteniendo el título con nota de sobresaliente en 1932, y el de doctor, con igual calificación, en 1946. Antes, en 1933, cursó estudios de médico puericultor en la Escuela Nacional, obteniendo otros títulos y certificados, destacando el de aptitud de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo para dirección y administración de hospitales.

Amplió estudios como becario de la sección de Neurología del Instituto Ramón y Cajal del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, y tras pasando fronteras fue pensionado en 1947 por la Junta de Relaciones Culturales del Ministerio de Asuntos Exteriores en el Children's Hospital de Boston, de Estados Unidos; por la Organización Mundial de la Salud, en el Centro Internacional de la Infancia, en París, 1953, y por el Bureau regional de Europa de la O. M. S., asistiendo en representación de España al seminario «Sur-Penseignement infirmier des soins aux enfants», en Viena, 1960.

Médico puericultor del Estado por oposición en 1934 y médico del cuerpo de Beneficencia y Sanidad del Ayuntamiento en 1940; profesor de la Escuela Departamental de Puericultura en el 48 y director de la misma desde abril del 56, al igual que ostenta la dirección del Centro de Prematuros y Clínica de Lactantes ancjos a la misma.

Su labor corporativa es muy destacada como primer presidente de la Sociedad Valenciana de Pediatría, 1958, de la que después fue designado presidente de honor. Es también socio de honor de la Asociación de Pediatras Españoles y de las Madrileña y Catalana de Pediatría. Preside la sección primera de Puericultura y Primera Infancia de la Junta Provincial de Menores de Valencia desde mayo del 56, formando parte de diversas juntas técnicas.

Una de las facetas más destacadas del Dr. Sella es la participación en congresos y asambleas científicas, lo mismo de carácter nacional que internacional, lo que le ha conferido gran autoridad y prestigio. A todos ellos aportó sus conocimientos y experiencia, bien participando en sus ponencias y mesas redondas o mediante la presentación de valiosas comunicaciones, cuyos enunciados prolongarían excesivamente esta nota biográfica. Y lo mismo podemos decir de su labor difusora a través de conferencias, lecciones y artículos que viene publicando desde 1932 en las más importantes revistas profesionales, con siete títulos monográficos, parte de los cuales están dedicados a la hospitalización de los niños, verdadera preocupación suya de siempre, que culmina hoy con este su magnífico trabajo de presentación en la Real Academia.

Vale la pena referirse también a la enseñanza dispensada a los postgraduados a través de los Seminarios de Medicina del Recién Nacido y Prematuro y del Lactante, desarrollados últimamente en la Escuela Departamental de Puericultura, que con tanto afán y acierto dirige.

Como resumen, podemos afirmar: perteneciente a familia de alto nivel

intelectual, hijo de un ilustre profesor y hermano de meritisimo profesional, el Dr. Sella Martínez labró un *curriculum vitae* extenso y difícil de igualar por sus méritos.

Me cupo la honra de orientarle en sus primeros pasos, como a otros queridos colegas, y quiero destacar la fidelidad y lealtad de su conducta. La perseverancia en el estudio y el trabajo profesional le llevaron gradualmente a ocupar en la sanidad infantil española el cargo de director de la Escuela de Puericultura y a destacar con trabajos muy notables en congresos nacionales e internacionales de Pediatría. Como director del Centro de Prematuros, de Sanidad Nacional, Protección de Menores y el UNICEF en Valencia, en unión de eficaces colaboradores, realiza una meritisima labor con afán de disminuir las cifras insospechadamente bajas de mortalidad infantil y que otras regiones envidian a Valencia.

La obra cumbre será, sin duda, la nueva Escuela de Puericultura de la Jefatura de Sanidad, honra de Valencia y de España, debida a sus incansables esfuerzos, y a la que todos los sanitarios valencianos hemos querido contribuir, desde la época de la primera Escuela, en la medida de nuestras posibilidades. ¿No será éste el momento de rendir tributo de gratitud a los Trallero, Pescet Alexandre, Miguel Benedicto, Vidal Jordana, Pérez Pardo y Rodrigo Varo desde aquí, y a los Palanca y Orcoyen desde Madrid? Venciendo dificultades que espíritus menos tenaces y enamorados de su empresa hubieran llegado a desfallecer, Sella ha proporcionado a los niños valencianos una institución sanitaria de primer orden por su trascendencia en la calificación de personal especializado y en la educación sanitaria de la población.

EL HOSPITAL INFANTIL

El discurso que acabamos de escuchar a nuestro apadrinado sobre LA HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA EN ESPAÑA bastaría para acreditarle como eminente pediatra y experto sanitario.

Permitidme glose brevemente y destaque en este instante algunos de los problemas de la hospitalización infantil a través del prisma sanitario.

El hospital, centro sanitario.—Definido el hospital por los expertos de la O. M. S. como «elemento de una organización de carácter médico y social cuya función consiste en asegurar a la población cuidados médicos completos, curativos y preventivos, y cuyos servicios exteriores irradian hasta la célula familiar considerada en su propio medio», constituye hoy un centro sanitario por excelencia.

Fue el hospital en sus primeros tiempos centro de «hospitalidad» que acoge, cuida, brinda protección y asistencia médica y aísla del exterior. En parte es asilo o centro de acogida; en parte es lazareto o centro de aislamiento de enfermedades epidémicas.

Hoy la Medicina, y en particular la Pediatría, va perdiendo su carácter de predominio zoológico del comienzo de siglo y se hace más humana y

más social, y así ha de serlo también el hospital infantil, con esa proyección a toda la vida del niño.

Hospital infantil y educación sanitaria.—Sobre el tema educación sanitaria en los modernos hospitales presentamos, hace tan sólo unas semanas, nuestra ponencia al V Congreso Internacional de Higiene y Medicina Preventiva de Roma, y recordamos la definición de educación sanitaria que hubimos de dar con destino a un Diccionario pedagógico en 1965, que dice: «Educación sanitaria es el conjunto de actividades conducentes a la creación de hábitos personales que permitan el fomento y conservación de la salud del individuo y de la colectividad.»

En nuestra aludida ponencia al Congreso de Roma preguntábamos: «¿Puede un hospital pediátrico llenar completamente su misión si no se convierte permanente o circunstancialmente en verdadera escuela de puericultura? ¿No será la maternidad lugar propio para la preparación de las futuras madres en su misión como tales y como enfermeras obligadas de sus hijos?»

El Prof. Cruz Hernández, en el discurso de apertura del curso académico 1963-64 en la Universidad de Sevilla, refiriéndose al niño y al hospital afirma: «Todo pediatra y todo médico puede aprovechar el momento de hacer un diagnóstico e instituir un tratamiento para contribuir a la educación del paciente y sus familiares. Cumple así con una de sus misiones implícita ya en la palabra doctor, que significa maestro.

Con ello contribuirá el hospital infantil a que se cumpla el deseo de la O. M. S., que en el preámbulo de su Constitución nos recuerda que: «Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.»

Servicio social de los hospitales.—Un rudimento del moderno servicio social lo encontramos en los hospitales de la India y entre los musulmanes, cuyos enfermos eran provistos de ropa y de un viático.

En 1636 San Vicente de Paúl crea la Obra de la Visita a los Hospitales; hace una llamada a las damas visitadoras que se interesan por las necesidades del enfermo y de su familia; a las damas asistentes que llevan a domicilio los socorros necesarios; a las damas limosneras que procuran recursos para la Obra.

Este germen de servicio social hospitalario se ha extendido por todo el mundo y no puede faltar nunca en el hospital infantil, como indispensable eslabón de enlace entre hospital, familia y comunidad.

La enfermera del hospital infantil.—La larga experiencia del Dr. Sclafa en la enseñanza de enfermeras puericultoras le lleva a atinadas consideraciones sobre su trascendente función. Nosotros las suscribimos y queremos recordar las palabras de Margaret Leach en su excelente libro *Children in Hospital*, tan de acuerdo con la moderna psicología infantil: «Las estudiantes de enfermera en un hospital general, que pasan un corto período en un servicio de Pediatría, pueden creer que la diferencia entre un adulto enfer-

mo y un niño enfermo es tan sólo cuestión de tamaño y que el niño no presenta problemas especiales que ella no conoce. En realidad no es así.

»El primer contacto que el niño tenga con la enfermera es de tremenda importancia para él. Desde la misma puerta debe intentar ser su amiga en el nuevo mundo, extraño, en el que ingresa. La actitud de la enfermera al llevar al niño a su cama influirá en su conducta frente al resto de las personas en el hospital.»

Familia y hospital.—La colaboración de la familia en el hospital infantil, a la que Selva alude certeramente, se expresa de forma tajante por el destacado pediatra bonaerense Florencio Escardó con estas palabras: «La asistencia hospitalaria del niño es, como planteamiento y como suceso, fundamentalmente distinta a la del pequeño en su casa. Hace ya tiempo que la Pediatría ha sentido la necesidad de llevar la familia al hospital, para mejor tratar al niño; pero la tentativa sólo ha podido encontrar soluciones ortopédicas.»

El Prof. Moncrief, de Londres, desarrolla en su país una extensa campaña defendiendo la presencia de la madre varias veces al día en los hospitales infantiles.

EL PEDIATRA EN EL HOSPITAL

Como homenaje de respeto a nuestros maestros y compañeros pediatras de los hospitales quisiéramos que la sociedad supiera no sólo de su competencia y dedicación, sino de la alta condición de sus cualidades humanas.

Esnechemos lo que afirma Federico Gómez, fundador del mejor hospital de niños de América, el hospital infantil de Méjico, en el libro, que hace veinte años nos dedicara, titulado *Escenas de Hospital*: «Una institución como el hospital infantil, que lucha bravamente contra la enfermedad y la muerte en el sector humano más expuesto e indefenso como es la niñez, necesariamente vive sacudida en todo momento por convulsiones emotivas que afectan hondamente a todo su personal, pero que hieren con más intensidad a sus médicos y a sus enfermeras.

»Cuántas veces buscamos la soledad protectora para dar rienda suelta a la angustia contenida, a la ternura innata hacia un niño que sufre, al miedo acumulado que pugna por salirse, traicionero, de nuestra abarrotada jaula profesional.»



Y para terminar, señores académicos, estoy seguro de que no os arrepentiréis de haber elegido al Dr. D. José Selva como académico, pues ha de seguir aportando, como hoy lo ha hecho, su ciencia y su experiencia, pero, sobre todo, su amor a la infancia y su compañerismo. Amor, cualidad indispensable en toda empresa médica; amor en la profesión, amor en la Aca-

demia, amor en el hospital. Recordamos como colofón las palabras del apóstol de la moderna Medicina social René Sand cuando dice:

«Instrumento de solidaridad, el hospital es, ante todo, un servicio para el enfermo. Cualquiera que sea la perfección, desde otro punto de vista, ningún establecimiento es digno del nombre de hospital sin el verdadero espíritu que debe animarle: si el director no piensa más que en la administración, el médico en la ciencia, la enfermera en los cuidados corporales, la asistente social en las ayudas económicas; si los cuatro no colaboran armónicamente el hospital no será lo que podría y debería ser.

«Para curar criaturas humanas hay que comprenderlas, y para comprenderlas hay que amarlas. Cuando el hospital tenga como inspiración y norma el amor al prójimo, el hospital alcanzará su perfección».

III. NERVO.