

SUPRESION DE SALAS-CUNA EN LAS MATERNIDADES *

JORGE MUÑOZ TURNBULL

Académico de número

Entre las ideas que han pasado de la antigüedad a lo moderno y que, después de experimentadas por muchos años, se hacen más modernas volviendo a lo antiguo, están los conceptos que hoy se extienden en la literatura médica sobre la supresión de cunas o *pouponnières* en las maternidades; el concepto que ahora discutimos podría resumirse diciendo: el recién nacido debe convivir con su madre desde el principio.

Es, sin duda, de interés el tema en cuestión, pues, por muchos años recientes, ha sido casi una ley de las maternidades, tanto en las lujosas como en las humildes, que una vez efectuado el parto, se va el pequeño a la sala de recién nacidos y la madre a su habitación: no se concebía hasta ahora un sanatorio de esta índole si dentro de su estructura no se planeaba el cuarto-cuna.

La reacción de los últimos años es en contra de esta costumbre, y algunos estudios, aun no muy abundantes pero muy sugestivos, parecen ser suficientemente fuertes para demostrar que hay muchas razones para que el recién nacido conviva con su madre desde los primeros días en su misma habitación.¹

El pediatra, que con frecuencia es consultado en la maternidad misma para estudiar al recién nacido, se da cuenta fácilmente de las grandes deficiencias en la atención de estos pequeños que se observan en los cuartos-cuna aun en los sanatorios más distinguidos. En los hospitales de Asistencia Pública, el cuidado de los recién nacidos es, a su vez, muy defectuoso; la higiene minuciosa que estos pequeños requieren para evitar infecciones directas o cruzadas, es difícil de realizar con la organización actual. Está, por otro lado, bien establecido el conocimiento de que el niño durante su primera época de vida extrauterina resiste muy mal a las infecciones de cual-

* Trabajo reglamentario leído en la sesión del 2 de julio de 1952.

quier índole; más especialmente está expuesto a las de vías respiratorias y digestivas.

Múltiples artículos han sido escritos desde mucho tiempo atrás hasta nuestros días, dedicados a la diarrea epidémica de los recién nacidos. Estas epidemias de una alta mortalidad se presentan, sea en maternidades, sea en hospitales de niños, en las salas que albergan a los muy pequeños pacientes.

La etiología de esta diarrea epidémica del recién nacido ha motivado discusiones importantes y ha sido atribuida tanto a virus como a gérmenes varios,^{3,4} que en ocasiones se han identificado claramente, en especial shigela, salmoneda o el grupo coliforme; mas lo importante es observar el tipo epidémico en una sala en un mismo momento. La forma de transmisión de la enfermedad ha sido, sin duda, por la promiscuidad en que estos pacientes viven, atendidos por enfermeras casi siempre en corto número, que manejan a los niños íntimamente, cambiándolos de pañales, ofreciéndoles biberones y transportándolos a los cuartos de las madres o a las camas de las salas generales en carritos alargados sobre los que se coloca a estos pequeños en estrechas filas.

Estos contactos íntimos repetidos varias veces al día entre unos niños y otros, así como entre los mismos pequeños y las manos de enfermeras que manejan a unos después de otros, generalmente sin el aseo requerido, que evite las contaminaciones cruzadas en cuanto a aparato digestivo se refiere, son, sin lugar a duda, las causas principales de las epidemias de diarreas infecciosas en las maternidades.

Los estados infecciosos de las vías respiratorias son, a su vez, transmitidos por cercanía de grupos de niños y por el personal de enfermeras que, como se sabe, de un simple catarro que alguna de ellas tenga, se transforma fácilmente en procesos bronquíticos o bronconeumónicos de los recién nacidos.

Muchas veces estos procesos, sean digestivos o broncopulmonares, no se hacen aparentes sino hasta que llega a su casa el pequeño, en donde es entonces llamado el pediatra para atender a su padecimiento que ha tenido origen en la maternidad. Esto se observa con gran frecuencia en el ejercicio privado de pediatría.

Hasta aquí los defectos principales de las salas-cuna de las maternidades desde el punto de vista de patología del recién nacido, mas hay otros aspectos tan importantes como el anterior, colocándose en primer término la fase psicológica tanto de la madre como del hijo.⁵

La mamá que pronto tiene a su pequeño cerca de ella, en su misma habitación, se siente más tranquila al observar a su hijo en todos sus aspectos, sabe cuándo tiene hambre, cuándo debe, por sí misma o por llamado de la

enfermera, cambiarlo de ropa. Si aquél llora, busca la causa del llanto, dándose cuenta pronto de la existencia de ropas muy estrechas, de exceso de calor o frío, de posturas incómodas, de humedad de pañales o de otras causas de incomodidad.

Si es una madre primípara, aprende con rapidez el manejo y cuidado de su primer hijo; cualquier madre podrá exigir aseo de las manos de la enfermera, aseo general o local del recién nacido; si se le administra alimento artificial, aprende también pronto la forma de dar el biberón y en el sanatorio mismo puede conocer la técnica higiénica de la elaboración de las mamilas, de tal modo que al llegar a su casa ya poco es lo que de novedad existe en las atenciones de un niño, y ha tenido la tranquilidad psicológica de que su hijo ha estado cerca de ella desde el principio; la inquietud emocional de si su hijo está bien de salud y bien atendido desaparece con la cercanía ante él.

Recientemente, me he ocupado también del nuevo e interesante aspecto psicológico en relación con el alimento materno, en el que pugnamos por la desaparición, ya anticuada e innecesaria, de los horarios fijos para dar de mamar a un lactante.

A este propósito, las ideas dominantes en nuestros días en forma casi universal aconsejan la alimentación al seno por autodemanda; es decir: el niño va a regular por sí mismo su horario de tetadas.

Hay así lactantes que necesitan comer cada cuatro horas en vez de las clásicas tres horas; hay otros que requieren alimentación más frecuente, cada dos o cada dos y media horas. Todo depende, se sabe hoy, de las necesidades nutritivas de cada niño y de la cantidad de leche que cada madre es capaz de proporcionar. Nosotros ya tenemos una experiencia de años con este sistema de alimentación que nos ha dado los mejores resultados.

En las gráficas adjuntas pueden observarse los horarios escogidos y los aumentos de peso que hemos observado con cada tipo de horario elegido. Tiene este sistema la ventaja de hacer saber al pediatra, aun sin la vigilancia del peso del niño, cuándo está faltando alimento, simplemente por la autodemanda de menos de tres horas entre una y otra comida.

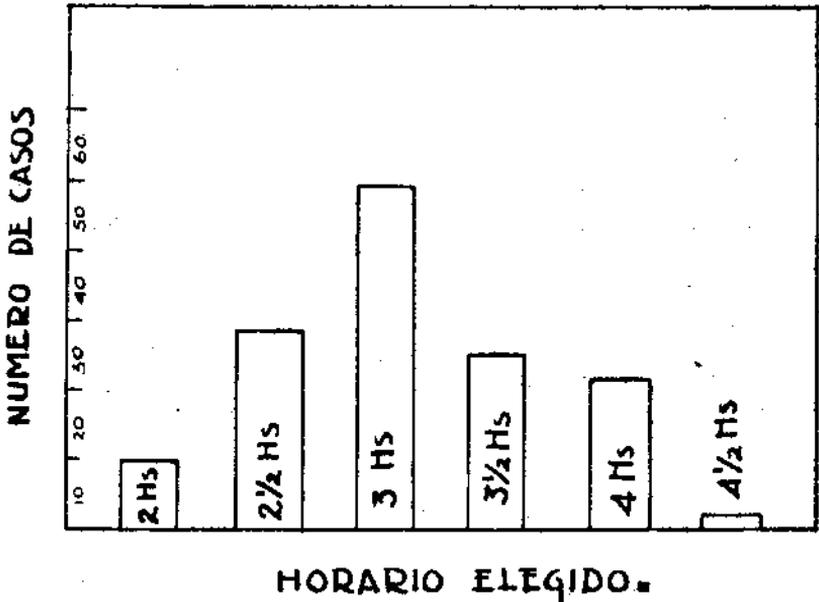
La madre tiene aquí también una satisfacción psíquica al proporcionar a su hijo el alimento cuando él lo desea o lo necesita, es decir, lo obsequia o lo gratifica según el lenguaje psiquiátrico y, a su vez, ella se autogratiifica al poder cumplir con la demanda del pequeño.

Estas satisfacciones espirituales han tomado gran auge en la higiene mental contemporánea.

Ahora bien, aunando la colocación del niño en la misma habitación de la madre, con la alimentación por autodemanda, esta última se puede cum-

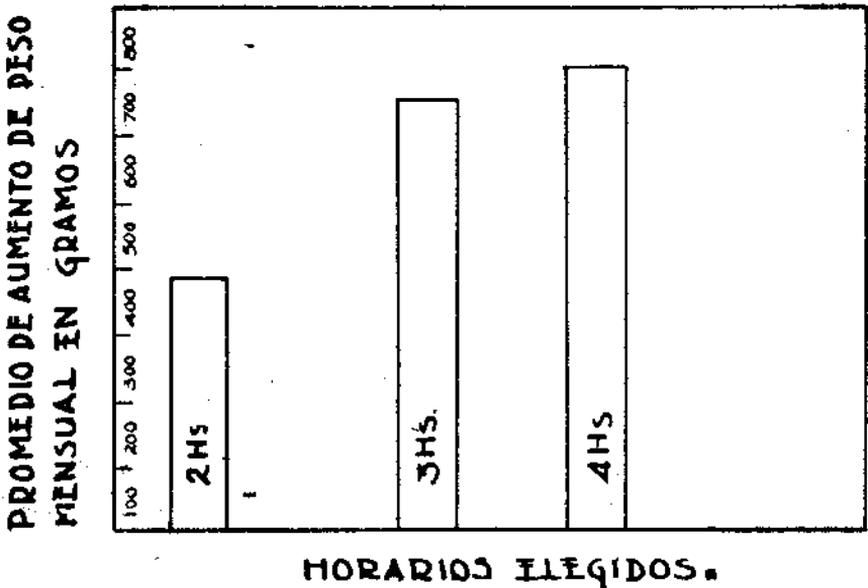
CUADRO I

HORARIOS ELEGIDOS POR AUTO-DEMANDA EN NIÑOS ALIMENTADOS AL SENO.



CUADRO II

AUMENTO DE PESO MENSUAL EN RELACION CON HORARIO ELEGIDO.



plir más fácilmente. No habrá ya un horario general para llevar a comer a todos los niños de la maternidad a una hora determinada, puesto que ya no tiene razón de ser, con lo que se evita además el agrupamiento íntimo de muchos recién nacidos en los tan conocidos carros que los transportan desde la sala-cuna hasta cada habitación numerada.

En Estados Unidos, según McBryde y Dinham, con este sistema, puesto ya en práctica en el Duke Hospital, se ha logrado que mayor número de madres norteamericanas alimenten al pecho a sus hijos. Entre nosotros, este problema de la falta de leche materna es menos intenso, pero cada día lo vemos aumentar, y la conveniencia en la maternidad de madre e hijo será una de las tantas formas con que se contribuirá a evitar el aumento de las madres que no amamantan a sus hijos.

La supresión de salas-cuna se concibe más fácilmente en las maternidades privadas, puesto que cada niño será colocado en una habitación por separado. Su concepción es más difícil en las maternidades asistenciales con gran número de madres encamadas en un mismo gran salón, mas no es imposible con una organización moderna en la que se huya de las grandes salas que aun existen en algunos hospitales y se dividen en pequeños departamentos de cuatro o seis camas cada uno, como es la tendencia actual.

Puede temerse, en grandes o pequeños grupos, que los recién nacidos, estando en cunas cerca de las camas maternas, molesten con su llanto a las demás pacientes; mas si recordamos que estos pequeños lloran principalmente cuando tienen hambre, la cual va a ser satisfecha en el preciso momento en que se requiera y que las otras causas de llanto serán también pronto corregidas, se verá que el defecto prácticamente no existe.

Aceptando, no obstante, alguna incomodidad para el grupo de madres de un mismo departamento, son defectos mínimos comparados con las ventajas de higiene para el niño y de ahorro de personal.

No nos pasa inadvertido, como decíamos, que la solución del problema para suprimir las salas-cuna es más fácil de resolver en las maternidades privadas que en las asistenciales, pero debemos tocar otro aspecto también importante que se refiere a la economía de personal y de espacio que estas ideas plantean, aplicables tanto a establecimientos privados como públicos.

No existiendo salas-cuna en las maternidades, el personal de enfermeras se reduce al mínimo para el cuidado de los niños. Las mismas enfermeras que atienden a las madres, con un grupo de ayudantes, se harán cargo del pequeño en cada habitación para cuidados generales, mientras la madre no sea capaz de hacerlo, incapacidad que no dura más de 24 a 48 horas. Nos estamos refiriendo, naturalmente, a un parto normal en donde el hijo es también sano.

Después de uno o dos días del nacimiento, teniendo la madre cerca a su hijo, lo podrá atender en multitud de pequeños detalles y tomarlo por sí misma para darle alimento natural o artificial; podrá, inclusive, ella misma o alguno de los familiares, que nunca faltan cerca de una nueva madre, realizar aseos locales o baños generales si son necesarios; es decir, casi todo lo que las enfermeras hacían en la sala-cuna.

Al desaparecer los servicios de recién nacidos sanos, quedará sólo la necesidad ya no de este tipo de salas, sino de un departamento pediátrico, prácticamente dicho, para recién nacidos con estados patológicos, que desde luego serán en número reducido. La cantidad de camas de este departamento de enfermitos será fácil de calcular estadísticamente en cada hospital, teniendo en cuenta el porcentaje de recién nacidos enfermos en relación con los sanos.

Este servicio pediátrico de las maternidades tendrá muchas ventajas, pero estando básicamente destinado a niños enfermos, deberá, por lo tanto, estar dispuesto con las reglas de una atención especializada, con cubículos de aislamiento provistos de equipo para emergencias pediátricas; departamentos que, naturalmente, deben ser atendidos por un personal médico y de enfermeras especializadas.

La creación de este servicio de pediatría en las maternidades, dedicado, como su nombre indica, sólo para los niños enfermos y no para los sanos, tendría la ventaja, entre otras cosas ya mencionadas, de exigir la especialización del personal encargado de él y evitará que estos enfermitos sean atendidos como hoy lo son, por pseudoenfermeras que, como tales, están expuestas a cometer serios errores.

Dentro de este mismo departamento, pero en sección separada, se colocarán los niños cuyas madres hayan sufrido intervenciones que les impida atender sus propios hijos.

El espacio y el personal que dé servicio a estos departamentos, propiamente de emergencia, será, sin duda, mucho menor que el que hasta ahora se emplea, y también, por el menor número de pacientes, podrá ser mejor atendido.

En México no hemos tenido todavía una experiencia práctica sobre estas modalidades, ni se ha hablado de ellas, y es tal silencio ante ideas de modernización en los sanatorios de maternidad lo que me ha llevado a escribir esta comunicación, apoyado, naturalmente, en la feliz experiencia que ya se ha iniciado en otros países,⁶ especialmente en Norteamérica,² y si allá ha demostrado ser útil, y bien aceptada, creemos que en nuestro país, en donde la afectividad materna es muy elevada, será más entusiásticamente acogida una organización de esta especie.

Hemos realizado, sin embargo, algunas exploraciones a este propósito, tendientes a conocer la reacción de los dos elementos fundamentales que entran en la realización de la convivencia de las madres con sus pequeños, es decir, hemos explorado a un grupo de madres y a un grupo de enfermeras de maternidades, dividiendo, a su vez, tales estudios en dos sectores: el de mamás de clase acomodada y el grupo de madres que son atendidas en sus partos en la maternidad del Seguro Social.

Es curioso observar que todas las mamás de la clase acomodada respondieron con deseos firmes de tener a sus hijos en su misma habitación; igual fué la respuesta de las madres atendidas en el Seguro Social, excepto una de este grupo, que era madre de 14 hijos, y que quizá por fatiga prefería que su nuevo hijo siguiera en la sala-cuna.

El grupo de enfermeras, sin excepción, prefería atender a los niños en la sala-cuna, dando razones principalmente de dificultades dependientes de la organización ya existente; consideraban, por ejemplo, difícil el estar llevando ropa a cada habitación, y se quejaban de que las madres las estarían llamando continuamente para pequeños detalles que no necesariamente tenían que resolverse en el preciso momento en que la madre lo deseaba; les parecía que el procedimiento iba a complicar sus labores.

Estas observaciones, como ya dijimos, pueden ser solucionadas con una adaptación apropiada; la ropa de los pequeños estaría colocada al alcance de las mamás, como acontece en los sanatorios privados en que cada madre lleva el equipo de su hijo; y las llamadas frecuentes se evitarían con una educación apropiada, siendo atendidas sólo para casos de real necesidad.

En cuanto al ahorro de personal, fué muy interesante mi encuesta en la maternidad del Seguro Social, en donde hay doscientas cincuenta cunas, con una existencia bastante regular, de sólo diez niños con estados patológicos, es decir, que de 250 niños que requieren un personal de 25 enfermeras en cada turno, con un total de 75 enfermeras para tres turnos, se podría reducir, según esta proporción, a seis enfermeras, dos para cada turno, que atendiesen cada una cinco o seis niños enfermos en vez de los diez sanos para cada una, y por lo tanto, la atención será mejor.

Naturalmente que no se reducirían a este grado las enfermeras, pero sí, por lo menos, podrían disminuir a la mitad, según nuestros cálculos, para atender a los niños, junto a las mamás, o en otras palabras, que el personal de enfermeras que atienden a las mamás tendrá un grupo de ayudantes para la atención de los niños, siempre menor que el que requiere el servicio de una sala-cuna.

Nos proponemos realizar un estudio práctico sobre todos estos conceptos, cuyos resultados comunicaremos oportunamente.

RESUMEN

El autor hace notar las ventajas de orden higiénico, psicológico y económico que proporciona el abandono de las salas-cuna en las maternidades como sistema obligatorio para todos los recién nacidos aboga por la práctica, en nuestro medio, del sistema de dejar a los recién nacidos en el mismo cuarto de la madre desde los primeros días de vida.

Naturalmente, las salas-cuna seguirían siendo indispensables para los niños que nacieren enfermos o en aquellos casos en que la madre, por alguna circunstancia (intervención quirúrgica, etc.) no pudiese atenderlos debidamente.

SUMMARY

The author points out the hygienical, psychological and economical advantages that maternity wards without nurse rooms have, and he proposes that newly born infants live in the same room as their mothers from the very first days of their lives.

Nursery rooms should take care of sick babies or babies whose mothers have been operated on or are not in possibility to take proper care of them.

BIBLIOGRAFIA

1. Moloney, J. C.: The Cornelian Corner and its Rationale, abstracted. *Am. J. Dis. Child.*, 70: 465, Sept. 1949.
2. Compulsory Rooming-in the ward and private Newborn service at Duke Hospital. *Am. J. or the A. M. A.*, 3 marzo 1951, not 145, N° 9.
3. Ruddingh, G. J., y Dood, K.: Stomatitis and Diarrhea of infants caused by hitherto unrecognized virus. *J. Pediatrica*, 25: 105, 1944.
4. Clifford, S. H.: Diarrhea of the Newborn, its Causes and Prevention *New England, J. Med.*, 237: 969, 1947.
5. Aldrich, C. A., y Aldrich, M. M.: Babies are Human beings and interpretation of growth. New York, The McMillan, Co., 1938.
6. Strong, R. A.: Rooming-in the Newborn with its Lying-in Mother, 21: 301-309, Dic. 1949.
7. Muñoz Turnbull, J.: Dos modalidades de interés en la alimentación infantil: alimentación al seno por autodemanda y reducción del número de alimentos a partir de los ocho meses. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, enero de 1949.