COMENTARIOS SOBRE LA ESTADISTICA DEL SERVICIO DE LACTANTES DEL HOSPITAL MANUEL ARRIARAN

Por el Prof. ARTURO BAEZA GONI
Jefe del Servicio de Lactantes.

El estudio de los resultados obtenidos en los distintos servicios hospitalarios que se dedican a la atención infantil, es siempre útil, tanto desde el punto de vista científico como en el orden práctico; pues, el establecer cifras comparativas, estimula al perfeccionamiento del personal tanto de médicos como auxiliares técnicos y del administrativo.

Conocidos de todos son los errores que pueden presentar las cifras estadísticas y las dificultades existentes para obtener resultados comparativos de verdadero valor y deducir conclusiones útiles, pero en todo caso, el análisis prolijo, de una labor desarrollada a través de los años, por un mismo personal, en un medio con cualidades o defectos equiparables, en que la atención de los enfermos se realiza de acuerdo con normas de criterio y métodos similares, tiene, a juicio nuestro, un valor imposible de negar.

El objeto de esta exposición, además de analizar resultados, es estimular al personal de otros servicios a realizar estudios estadísticos semejantes para deducir consecuencias, que no duda han de servir para nuestro mutuo perfeccionamiento.

El Servicio de Lactantes del Hospital Manuel Arriarán, que ha estado a nuestro cargo durante los años 1942 y 1943, cuya instalación todavía es provisoria, careciendo de boxes individuales, salas de aislamiento e instalaciones higiénicas indispensables hoy día para la atención de esta clase de niños, consta de 53 camas y es atendido por un personal médico de planta, que se compone de un médico jefe y dos médicos ayu-

dantes, con la colaboración de tres médicos ad-honorem. El personal de enfermeras se compone de una Enfermera Jefe y ocho enfermeras ayudantes. Durante la noche, el número de enfermeras queda reducido a tres.

Como anexos funcionan una cocina de leche, dependiente de la Cocina Central y una pequeña cocina de reparto de madereras y raciones alimenticias. La leche natural es proporcionada por el Lactario del Hospital, desgraciadamente en cantidad insuficiente.

Damos a continuación los datos estadísticos generales:

	1942	1943
I.—N.º de niños hospitalizados:		
	619 (c/m por cama = 11)	614 (c/m = 11)
II.—Calidad de los niños:		
Tipo I:	76	35
Tipo II:	196	164
Tipo III:	347 (56 %)	391 (64 %)
III.—Días de estada:	16,248	17,491
Término medio de estada:	26 días	28,4 días
IV.—N.º de niños trasladados a otros servicios:	67	17
V.—Permanecían aún hospitalizados el 31 de diciembre:		53
VI.—N.º de niños dados de alta:	393	396
Sanos:		225
Mejor:		48
Peor:		20
VII.—N.º de niños fallecidos:	159	148
Antes de 12 horas:	46	23
Antes de 48 horas:	21	34
VIII.—Mortalidad global:	25,5 %	24,5 %
Mortalidad real:	16,6 %	15,3 %

Análisis de los resultados estadísticos.

I.—Número de niños hospitalizados. — El número de niños hospitalizados ha sido sensiblemente igual en los dos años: 619 en 1942 y 614 en 1943.

II.—Calidad de los niños atendidos. — Para establecer comparaciones exactas, sería necesario estudiar las modalidades de cada enfermo, desde sus antecedentes, edad, peso, estado nutritivo, características de la afección, etc., etc., lo cual es, sin duda, sumamente difícil y engorroso de realizar, por cuanto cada caso ofrece variaciones que no es posible clasificar en forma precisa. Ante esta grave dificultad, nosotros hemos ideado un sistema empírico e impresionista, si se quiere, pero que nos parece de indudable valor práctico, al ser realizado con un criterio clínico aplicado en la forma más ecléctica posible a cada niño, el mismo día, si es posible, de su ingreso y que no consiste, en otra cosa, sino en aplicar a nuestra clientela hospitalaria el mismo criterio que se tiene al responder a una madre cuando somos llamados para atenderle su hijo enfermo y nos pregunta sobre el pronóstico de la enfermedad que lo aqueja.

Este sistema que venimos aplicando desde el año 1938 y que ya tuviéramos ocasión de exponer en las Jornadas Médicas Sudamericanas de Montevideo y en el seno de la Sociedad Chilena de Pediatría y que ha sido publicado en la Revista Chilena de Pediatría, es el siguiente:

Dividimos los niños, a su ingreso, en tres grupos, a saber: Tipo I, Tipo II y Tipo III.

El niño pertenece al grupo I, si sus condiciones generales de nutrición, desarrollo, etc., son francamente satisfactorias y la afección que lo trae al hospital, aun cuando sea grave, es de aquéllas que bien atendida debe curar, en un plazo más o menos corto. Si este niño fallece, significa una falla evidente del servicio que lo ha atendido.

El niño clasificado como de tipo II es aquel distrófico más o menos avanzado, de condiciones deficientes a simple vista, afecto de una enfermedad grave o no, pero que clínicamente nos impresiona como que ese niño sanaría si es colocado en buenas condiciones de alimentación y sometido a un tratamiento adecuado, es decir, que si es bien atendido, puede curar.

El niño de tipo III es aquél que ingresa en condiciones tan deficientes de su estado nutritivo y desarrollo, con antecedentes de infecciones y trastornos nutritivos repetidos, ge-

neralmente mal atendido durante varios días en su casa, con una afección grave, muchas veces incurable, y cuyo estado de gravedad es tal, que muchas veces fallecerá a las pocas horas o días de ser hospitalizado. Sobre un niño de tan mala calidad, el servicio no puede ser responsable del fracaso que se ve casi seguro y, en cambio, si llega a sanar, el éxito revelaría un verdadero record de atención.

Al primer grupo, tipo I, pertenecerá un niño eutrófico con una dispepsia leve, o con una neumonía o bronconeumonía, o una meningitis aguda, una toxicosis, etc., que no han afectado su estado general en forma grave. Al segundo grupo, tipo II, un distrófico por alimentación deficiente, con infecciones leves, con bronconeumonía regularmente tolerada o con trastornos nutritivos agudos o enterocolitis, cuya tolerancia, según los antecedentes, no está muy disminuida. El tercer grupo, tipo III, el más numeroso, por cierto, comprende a los distróficos graves, atróficos, con síndromes de deshidratación profunda, con bronconeumonías de varios días de evolución, con falla cardíaca evidente, con mayor razón los procesos pulmonares tuberculosos, la meningitis tuberculosa, etc.

A esta clasificación le damos también una importancia educativa y estimulante para el personal, tanto médico como especialmente de enfermeras, pues, el apreciar así los hechos, impide, por una parte, el desaliento ante los fracasos tan comunes en los niños de tipo III y, por la otra, estimular a luchar por mejorar el mayor número posible de aquellos niños que, bien atendidos, deben o pueden hacerlo, finalidad máxima de todas nuestras preocupaciones frente al pequeño lactante hospitalizado.

De acuerdo con esta clasificación, podemos establecer que en el año 1942, el 56 % de los niños hospitalizados pertenecía al Tipo III y que el año 1943 esta cifra llegó al 64 %, perteneciendo al grupo II un 30 % y al grupo I sólo un 10 %. Es decir, sobre el 60 % de ellos, el servicio no ha podido responsabilizarse de su fallecimiento, el cual en un 40 % se produjo antes de las 48 horas de su ingreso.

Curaron todos los del grupo I, falleció sólo uno del tipo II; el resto de los fallecidos pertenecía íntegramente al grupo III. Puede, por lo menos, dejarse constancia que los resultados obtenidos han sido francamente satisfactorios, por cuanto se mejoraron todos los que debían o podían ser mejorados y un gran número de niños sobre los cuales no nos habría cabido responsabilidad alguna si hubieran fallecido.

III.—Número de días de permanencia o estada de niños en el Servicio. — El término medio de 26 días por niño en 1942 y de 28,4 en 1943, lo consideramos elevado. Entre las causas de las hospitalizaciones prolongadas, a veces de varios meses, la principal es el abandono por parte de los padres y las dificultades que existen para colocar esos niños en la Casa Nacional del Niño, por falta de camas; también ocasiona dificultades en la salida, las direcciones equivocadas con que se hospitalizan muchos lactantes, lo cual podría subsanarse, a su ingreso, exigiendo varias direcciones de parientes, etc. También las infecciones intercurrentes, de bastante frecuencia en nuestro servicio, por no disponer de medicos de aislamiento y condiciones higiénicas satisfactorias, motivan la prolongación de las estadias de niños, que a veces, en vísperas de ser dados de alta, atrapan una de tantas infecciones y nos obligan a dejarlos por periodos a veces muy largos, recargando así los gastos en forma considerable.

Una medida que daría indiscutibles y muy provechosos resultados, sería el perfeccionamiento del Servicio de Atención Médica Domiciliaria existente, pues mediante el control que éste debería ejercer sobre todo niño que es dado de alta, podríamos entregar a los padres los hospitalizados, tan pronto mejoraran su estado agudo, instituyéndoles un régimen y un tratamiento que pudiera ser realizado satisfactoriamente en su casa. Es indudable que en el futuro este servicio deberá tomar un desarrollo enorme en nuestros hospitales de niños hasta llegar al desideratum, que consiste en reducir las hospitalizaciones a un mínimo, estrictamente indispensable, predominando por sobre toda otra medida la correcta atención del niño enfermo a domicilio y en que la madre sería "la enfermera de su propio hijo". Creemos innecesario hacer resaltar las ventajas de orden económico, social y de toda especie que tendrá este sistema, sobre nuestra atención hospitalaria actual, deficiente por tantos motivos.

IV.—Traslados a otros servicios. — También este rubro tiene su importancia, por cuanto, en general, refleja la frecuencia con que se presentan las infecciones intercurrentes, que obligan a trasladar muchos lactantes al Servicio de infecciosos y con alguna frecuencia a cerrar temporalmente algunas salas.

Así, en 1942, hubo 67 traslados, debidos principalmente a una epidemia de varicela; en cambio, en 1943 hubo sólo 17, pues, por estar en reparación algunos pabellones de ese servicio, no dispusimos de camas suficientes y el traslado no

pudo hacerse y, además, para evitar cerrar salas, resolvimos atender las infecciones en el mismo servicio de lactantes, exigiendo si una hemoterapia de 20 cc. a todo lactante que ingresaba y repitiéndosela periódicamente a los ya hospitalizados de los cuales muchos estaban en tratamiento con transfusiones repetidas. Fué así cómo la epidemia de varicela que hubo este año, no se extendió en forma apreciable, igual cosa parece haber sucedido con la coqueluche, el pénfigo y otras infecciones más triviales. Felizmente, en estos dos años, no nos ha visitado el sarampión, pero en todo caso pensamos que frente a ella y sin considerar este procedimiento como específico, podemos seguir igual conducta profiláctica, mientras se dispone de abundante suero de convaleciente, el cual no es siempre fácil conseguir en época oportuna y en la cantidad suficiente.

V.—N.º de niños que permanecían hospitalizados en el 31 de diciembre de 1943. — Esta cifra se refiere a los niños que aun no han sido dados de alta y que figurarán en la estadística del año próximo.

VI.—N.º de niños dados de alta. — Esta cifra es sensiblemente igual para los dos años (393 en 1942 y 396 en 1943), correspondiendo a un 68,6 % de los hospitalizados (descartando los traslados).

El detalle del estado en que estos niños han salido del servicio, correspondiente a 1943 (carecemos de datos exactos de 1942), es el siguiente:

Sanos: 325; mejor: 48; igual: 20; peor: 3.

Lo cual da un 94 % de niños que han salido sanos o mejorados.

VII.—N.º de niños fallecidos. — También es sensiblemente igual para los dos años: 159 en 1942 y 148 en 1943.

Del detalle de los fallecidos, tenemos que un 40 % muere antes de las 48 horas de ingresado; antes, por lo tanto, que ningún tratamiento pueda alcanzar a evitarlo y de ahí que si bien la mortalidad global alcanza a un término medio de 25 % sobre el total de hospitalizados, descartando ese 40 % de niños imposibles de salvar, nuestra mortalidad real se reduce a 15,9 % sobre el total de hospitalizados en los dos años, habiendo bajado a 15,3 en 1943.

En resumen, si tomamos en cuenta la pésima calidad de nuestros hospitalizados, de los cuales el 60 % pertenece al grupo III, aquél sobre el cual hemos dicho que llegan en tales condiciones, que prácticamente ningún servicio de lactantes puede responsabilizarse de su curación o muerte y si recordamos que todos los fallecidos, menos uno, pertenecían

a este grupo y que, por otra parte, con un material de esta especie, el 94% de los dados de alta sale sano o mejorado, pensamos que, por ahora, los resultados, si no óptimos, son satisfactorios y justifican plenamente un reconocimiento a la labor constantemente abnegada y eficiente del personal de médicos, ayudantes y ad-honorem y muy especial a la de las enfermeras, que realizan, sin duda alguna, la labor más delicada y que constituye, a la vez, alto exponente del grado de preparación por ellos alcanzado.