Participación materna en la atención del niño hospitalizado

Francisco Barrera Q.^{1,2}; Ana M. Sepúlveda B.^{1,2,3}; Claudio Weber U.¹;
Francisco Moraga M.¹; Sonia Escobar M.⁴; Margarita Mejías J.⁴

Mother's attendance to hospitalized children

Parent's company may contribute to improve quality of hospital care in the case of infants and children. Mothers of 100 patients aged 0 to 96 (mean 10.7) months who were admitted to the pediatric wards of a general university associated hospital at metropolitan Santiago, Chile, were asked to stay by their own choice with their children from 9 AM throughout 9 PM and were trained to help nurses in their assistance. Some end results of this experience were compared with those recorded from a similar number of children not attended by their mothers while in hospital. Significant decreases were observed in the frequency of troubles between patients and hospital personnel—including professional staff—, nosocomial infections (30 vs 3%). Length of hospital stay was reduced by 20% (10 to 8 days per bed). Breast feeding was preserved among all patients (38/38) cared for by their mothers in which it was previously present but in only 11.4% (4/35) of controls. Nutrition improved in 91% of children of stay-in mothers vs 37% of control subjects. Better understanding of their children's problem was recorded in 95% of stay-in mothers. Mother's attendance to hospitalized children seems to be advantageous from both social and medical standpoints.

(Key words: infant, child, hospitalization, hospital-patient relations, maternal care, pediatric nursing.)

Con frecuencia se señala que en los hospitales se presta una atención de salud poco satisfactoria, a veces ineficiente y poco humanitaria, lo que origina críticas no siempre bien fundamentadas, que dañan la relación médico-paciente y conducen a la obtención de información inadecuada del ambiente socioeconómico y familiar en el cual se desarrollan las enfermedades que causan hospitalización. A su vez, la separación del niño que se hospitaliza y sus padres puede generar incertidumbre, angustia, hostilidad y frustración.

La permanencia de la madre junto a su hijo enfermo durante la hospitalización puede ofrecer oportunidades únicas para educar a la familia en el manejo de los pacientes, disminuir los efectos

sicológicos adversos provocados por la separación y mejorar la atención hospitalaria del los niños enfermos.

El estudio que se presenta a continuación se realizó en un servicio hospitalario de pediatría, con el propósito de evaluar los efectos de la participación de la madre en la atención del niño hospitalizado. Los objetivos de dicho análisis fueron determinar si es factible la participación de la madre en la atención del niño hospitalizado y evaluar las posibles ventajas de dicha modalidad de atención hospitalaria en lo que respecta al estado de nutrición, tipo de alimentación recibida por los pacientes, educación y capacitación de las madres durante su contacto con el hospital y su personal.

Material y Método

Un equipo de médicos pediatras, enfermeras, nutricionistas, asistente social, asistente administrativo y técnicos paramédicos consultó al azar—durante los meses de julio y octubre de 1991— a 50 madres en la sala de espera del servicio de pediatría del Hospital Clínico San Borja-Arriarán.

1. Médico, Servicio de Pediatría, Hospital Clínico San Borja-Arriarán.
2. Departamento de Pediatría, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
3. Residente becario de Pediatría.
4. Enfermera universitaria, Servicio de Pediatría, Hospital Clínico San Borja-Arriarán.

rán, demostrando que todas ellas deseaban permanecer junto a su hijo hospitalizado, como resultado de lo cual se diseñó un protocolo de participación materna en la atención del niño hospitalizado.

El programa se inició en una unidad (lactantes B) de veinte camas —distribuida en cuatro salas— de las 120 disponibles del servicio de pediatría. Previamente se motivó, informó y reorientó las funciones del equipo de salud en esta nueva modalidad de trabajo y, con el apoyo del Hospital Santa Ana —de Austria—, se mejoró la habilitación de las salas de hospitalización, pintando las cunas en colores diferentes al blanco tradicional, ubicando sillas al lado de las cunas y disponiendo adecuada provisión de recolectores de material desechable, detergentes, jabón y toallas desechables. Además se dispuso de casilleros, servicio higiénico y un delantal especialmente diseñado para las madres. Parte del equipamiento requerido fue rescatado de la bodega de excluidos. Las enfermeras prepararon un delantal para las madres y un manual de orientación y educación para participar en el cuidado del niño enfermo. La dirección del hospital proporcionó almuerzo y una industria de productos alimenticios donó colaciones de la tarde a las madres participantes. El estudio se prolongó hasta que se obtuvieron registros de cien casos e igual número de controles.

Los pacientes objeto del estudio ingresaron desde el servicio de urgencia infantil a la unidad de ingreso del servicio de pediatría, permaneciendo en ella las primeras horas o días, para ser luego trasladados a la unidad de lactantes B. Como grupo control se eligieron niños de la misma edad con enfermedades similares y de severidad comparable, trasladados simultáneamente con los anteriores desde la unidad de ingreso a otra (lactantes A) del mismo servicio, en la que no fueron acompañados de su madre durante la permanencia en el hospital. Los requisitos de ingreso al proyecto fueron niños de ambos sexos, desde recién nacidos hasta cuatro años de edad, que cursaran una enfermedad leve a moderada, aguda o crónica, cuyas madres tuvieran interés en participar en el programa y se comprometieran a permanecer 12 h diarias en el servicio, mientras durase la hospitalización. Dos madres fueron retiradas del proyecto, una de las cuales presentaba alteraciones psiquiátricas y otra por una incapacidad intelectual. Una madre ciega pudo participar en el proyecto, amamantando a su hijo y colaborando de acuerdo a sus posibilidades.

Las madres llegaban a las 9:00 horas, recibiendo orientación sobre el programa. Luego entraban a la sala donde estaba su hijo y se ponían a disposición de la enfermera del sector y de la técnica paramédico de la sala, que les daban a conocer el manual de participación materna y reforzaban sus conocimientos en técnicas básicas, lavado de manos y atención del niño enfermo. Disponían de 45 minutos para almuerzo y 30 minutos para colación en la tarde, fuera del recinto clínico y se retiraban a las 21:00 h, excepto en casos de domicilio lejano que aconsejaban su retiro a las 20:00 h. Excepcionalmente se aceptó la presencia de personas que sustituyesen a la madre.

Al ingreso del paciente en la unidad, las madres fueron entrevistadas para identificar su percepción sobre la hospitalización, su grado de conocimientos de algunas técnicas y procedimientos básicos en la atención de su niño y las características del ambiente familiar. Al egreso realizó otra entrevista para precisar el impacto de la hospitalización en la familia, las conductas maternas, su comprensión del pro-

blema de salud y una apreciación de la atención hospitalaria. Con posterioridad al alta hospitalaria se hicieron visitas domiciliarias, para definir el riesgo de reingreso, precisar la persistencia de las destrezas adquiridas y su proyección en la comunidad, en lo que participó la asistente social. Una nutricionista instruyó a la madre sobre alimentación durante la hospitalización (lactancia natural, otras alimentaciones) y sobre las indicaciones al alta.

Resultados

Los márgenes de edad de los niños participantes de ambos grupos fue desde el período de recién nacido hasta los 4 años, promedio de edad de 10,7 meses en el proyecto y 10,5 meses en el grupo control. Se observó claro predominio de niños menores de un año, correspondiendo ellos a 62% en el proyecto y 66% en el grupo control. En ambos grupos más de 70% (72 y 73% respectivamente) de los niños provenían del área central de salud.

El diagnóstico de ingreso, en 54% del grupo en estudio y 51% de los controles, correspondió a infecciones de la vía respiratoria baja, predominando el síndrome bronquial obstructivo asociado a bronconeumonía (28 y 23% respectivamente) o de bronconeumonía (16 a 18%), el síndrome bronquial obstructivo puro se observó en ambos grupos en proporciones de 10%. El segundo diagnóstico en frecuencia fue síndrome diarreico en porcentaje de 20 y 25% respectivamente. En 26% de los casos en estudio y 24% del grupo control se registraron otros diagnósticos, propios de unidades de lactantes de alta complejidad, como fibrosis quística, enfermedad celiaca, atresia esofágica, síndrome de intestino corto, enfermedades metabólicas, afecciones neurológicas. En 32% de los niños atendidos con participación materna y 36% del grupo control se registraba alguna hospitalización previa.

En ambos grupos —estudio y control— el estado civil de casada era predominante en las madres (62% y 59%), seguido de la condición convivencia estable (15 y 20%). Se observó un porcentaje similar e importante de madres solteras en ambas series (21 y 17%). El mayor porcentaje de madres informó que su nivel de educación era básico o medio en ambas series (91 y 94%). Si bien en los dos grupos 13% de las madres eran menores de 20 años, en 84% de los casos en estudio y 86% de controles las madres tenían entre 20 y 40 años de edad. El número de hijos era uno a tres en

84% y 86% de las madres respectivamente y en ambos casos 97% de ellas tenían cuatro o menos hijos.

La duración de la hospitalización fue inferior a diez días en 75% de los niños atendidos con la madre, en contraste con 56% del grupo control ($p < 0,001$), con promedios de duración de la estada hospitalaria de 8,1 y 12,9 días respectivamente ($p < 0,001$). Si se analiza sólo la permanencia de los niños en las respectivas unidades de lactante, sin considerar la breve estada de ingreso, las duraciones fueron 5,6 y 8,5 días.

La incidencia de infecciones intrahospitalarias entre los pacientes admitidos con su madre fue 3% y los controles 36%, correspondiendo 33% de ellas a infecciones respiratorias agudas y 64% a diarrea aguda, siendo la prevalencia global de infección intrahospitalaria del servicio del orden de 10 a 20%. En el grupo de niños atendidos con participación materna un lactante mayor tenía evidencia de infecciones por *Rotavirus*, *Escherichia coli* y *Shigella* simultáneamente, a pesar de lo cual no se registró un brote consecuente de infección intrahospitalaria en la sala. La disminución de la incidencia de infección intrahospitalaria entre los pacientes del estudio ocurrió de manera preponderante a expensas de las enfermedades de transmisión entérica.

El estado de la nutrición al ingreso era comparable en ambos grupos, aunque hubo mayor porcentaje de desnutrición leve en el grupo control y de desnutrición grave en la serie del estudio (tabla 1). Se observaron diferencias importantes en la evolución de la situación nutricional durante la hospitalización, pues 91% de los niños con madre participante aumentaron de peso y sólo

6% bajaron, en contraste con el grupo control en que el peso aumentó en sólo 37%, mientras 60%, por el contrario, mostraron tendencia a la baja ($p < 0,001$). Además en todos los niños del grupo con participación materna que al ingresar recibían alimentación natural (38/38) esta se mantuvo, en contraste con sólo 11,4% (4/35) en el grupo control y en ellos sólo en forma parcial.

Un miembro del equipo efectuó una evaluación previa al ingreso de la madre y al momento del alta. Más de 90% de las madres que acompañaron a su hijo durante la hospitalización aprendieron o mejoraron sus conocimientos en cuidados básicos en la atención del niño enfermo, medidas de confort general, higiene y alimentación. Se observó además la incorporación de técnicas y destrezas de mayor complejidad, tales como terapia de hidratación oral, alimentación por sonda nasogástrica o gastrostomía, uso de inhaladores y terapia de nebulización (tabla 2).

En una encuesta dirigida al equipo de salud, 86% de sus integrantes consideraron que la participación de la madre permitía acortar la estada hospitalaria y 92% que ella no interfería con el funcionamiento del servicio. Las madres estuvieron presentes en la visita clínica diaria del médico tratante, jefe de la unidad, interconsultas por equipo de especialistas, visita semanal del jefe de servicio, procedimientos de enfermería, kinesioterapia, colaborando eficazmente en muchas de estas acciones. En algunas circunstancias justificadas en que se les solicitó que abandonaran la sala, se logró su plena comprensión.

El seguimiento ambulatorio post-alta demostró un alto porcentaje de pacientes provenientes de otras áreas de la Región Metropolitana, superior a aquel informado al momento del ingreso al hospital.

Tabla 1

Participación materna en la atención del niño hospitalizado. Estado nutritivo al ingreso

	Proyecto n (%)	Control n (%)
Estado nutritivo		
Eutrofia	59	62
Sobrepeso	8	4
Desnutrición	33	34
Grado de desnutrición		
D1	18	27
D2	6	4
D3	9	3

Comentario

La participación de la madre en la atención del niño hospitalizado ha sido preconizada desde 1935¹⁻⁴, sin embargo sólo fue reconocida oficialmente como un derecho del niño hospitalizado en 1986 por la Comunidad Europea de Naciones. Ciertos aspectos de ella han sido parcialmente ratificados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño en 1989¹⁻⁶.

En Europa, Estados Unidos y algunos países de Iberoamérica se han realizado experiencias

Tabla 2

Participación materna en la atención del niño hospitalizado. Evaluación del aprendizaje

Destrezas y conocimientos	Ingreso		Egreso	
	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)
Tomar temperatura	33	67	97	3
Medios para fiebre	19	81	100	—
Alimentación	37	63	99	1
Higiene	46	54	100	—
Cuidados básicos	38	62	98	2
Prevención enfermedades	14	86	93	7
Nebulizar	12	88	88	12
Uso inhalador	28	72	92	8
Control signos vitales	6	94	79	21
Alimentación por SNG	3	97	73	27

permitiendo a la madre acompañar al hijo enfermo durante la hospitalización de éste, en algunas circunstancias, con objetivos de índole afectiva o práctica, como las atenciones básicas del niño, (alimentación, muda, baño, cambios de posición y vigilancia). En Chile, la visita de los padres a su hijo hospitalizado, está sujeta a normas que perturban la relación médico-paciente más allá de lo necesario. En la atención privada y en algunas instituciones universitarias, se permite a la madre y a otros familiares acompañar al niño hospitalizado, preferentemente cuando se dispone de habitaciones individuales. Lo habitual en ellas es que la madre sólo cumpla un rol afectivo, de lactancia natural y colabore en la alimentación del niño. En algunas unidades (hematooncología, tratamiento intensivo) de hospitales del sistema de salud y ciertos servicios de cirugía pediátrica se ha extendido el horario de visita, en el entendido que la mayor participación de los padres permitiría disminuir los días de estada, reducir el estrés perioperatorio, facilitar la cirugía ambulatoria y acortar la estada hospitalaria post intervención.

Los temores iniciales sobre entorpecer el funcionamiento de la unidad clínica y aumento del riesgo de infección intrahospitalaria han sido disipados hace varios años^{7,8}.

Sin embargo, muchos padres no están en condiciones de integrarse a un servicio clínico que, además de su compleja labor asistencial, desarrolle docencia de pre y postgrado e investigación. La angustia, la desesperación, la influencia de terceros y otros sentimientos que generan agre-

sividad pueden entorpecer su participación y ocasionar dificultades menores. Una inadecuada supervisión médica y de enfermería sobre la madre participante puede a su vez permitir el desarrollo de conflictos de rol entre ésta y el personal técnico paramédico cuando ella detenta ciertos rasgos de comportamiento desfavorables.

La incorporación de la madre a la atención de su niño hospitalizado sobre una base programada permitiría aprovechar las ventajas descritas en experiencias extranjeras, y deberían incidir en mayor humanización de la atención médica, disminución de los problemas en las salas de espera, mejoría en la calidad de la atención y enfoques más integrales y positivos hacia la comunidad⁹⁻¹². Es probable que en los diferentes hospitales y servicios clínicos ocurran diversas dificultades para desarrollar un programa con estas características, como hacinamiento de las salas, falta de comodidades mínimas para las madres, obstáculos culturales, geográficos, oposición de miembros del equipo de salud, incomprensión de niveles superiores de decisión. Sin embargo, nuestra opinión es que alrededor de 25% del total de niños hospitalizados puede permanecer al menos durante el día con su madre. Las dificultades mencionadas son solucionables. Los recursos necesarios son mínimos. El principal problema es nuestra propia resistencia al cambio. Puede interesarse a diversas instituciones dispuestas a colaborar y tal vez es una interesante oportunidad de acercar los servicios clínicos y la empresa privada. Se requerirá una nueva concepción arquitectónica de futuros servicios clínicos, permi-

tiendo mayor acceso a la familia y lugares de esparcimiento para los niños. La experiencia en nuestro servicio, que a la fecha incluye ya a más de quinientas madres participantes, se ha realizado con dificultades mínimas. El ahorro de días/cama, que implica esta verdadera "escuela para madres de niños hospitalizados" y la mínima inversión requerida, son claras ventajas en la relación costo/beneficio. Si consideramos que el día/cama en nuestro servicio tiene un valor de \$ 18 000 (US\$ 47), el programa descrito se ha traducido en un ahorro potencial de 500 días/cama, equivalentes a \$ 9 000 000 (US\$ 24 000) en menos de un año. En todo caso, conviene señalar que en el Seminario de Derechos del Niño Hospitalizado, efectuado en septiembre de 1992 en Santiago de Chile, se ratificó como un derecho la permanencia de la madre junto a su hijo hospitalizado¹².

Resumen

La permanencia de la madre junto a su hijo hospitalizado permite, con mínimas y solucionables dificultades, mejorar el funcionamiento de un servicio clínico. Se presenta un seguimiento prospectivo de 100 niños hospitalizados, que fueron acompañados voluntariamente por sus madres durante el día, mientras permanecieron hospitalizados en el servicio de pediatría de un hospital general metropolitano, siguiendo un programa de participación materna en la atención de niños hospitalizados. Todas ellas fueron entrenadas de acuerdo a un manual de enfermería diseñado para tal propósito. La mayoría de las madres deseaban acompañar a su hijo hospitalizado. Los problemas habituales en sala de espera se redujeron de manera significativa. El promedio de estada hospitalaria disminuyó 20%, de 10 a 8,1 días/cama. La frecuencia de infección intrahospitalaria se redujo de 36% en controles a sólo 3% en los pacientes estudiados. La lactancia natural se mantuvo en todos los casos que la recibían al ingreso y sólo en 11,4% de controles. El estado de

nutrición al egreso mejoró en 91% de los niños cuidados por las madres y se deterioró en 60% de los controles. La tasa de reingreso se redujo y se obtuvieron modificaciones favorables de conducta y aprendizaje de nuevos conocimientos en el 95% de las madres. Se detectaron algunas dificultades menores, sobre todo en relación a la reestructuración de roles en el equipo de salud.

(Palabras clave: hospitalización de niños, participación materna.)

Referencias

1. McKay J: Consideraciones generales sobre la asistencia del niño enfermo. En Nelson W. Tratado de Pediatría, Editorial Interamericana, 1989; 176-179.
2. Alvarez H, Guerra M: La presencia de la madre en un Servicio de Pediatría. Labor psicosocial en el Hospital Miguel Pérez Carreño. Arch Dom Pediatr 1975; 11: 1-12.
3. Barwin H: The Hospital care of infants and children. J Pediatr 1951; 39: 383-390.
4. Barnard R: Place de la mère dans l'hospital d'enfants. La Revue de Pédiatrie 1975; 11: 375-378.
5. Carta Europea de los niños hospitalizados. Parlamento Europeo. 14 abril 1986.
6. Convención Internacional de los Derechos del Niño. Asamblea general de las Naciones Unidas. Noviembre 1989.
7. Berhman R: The new born infant. En Vaughn VC, McKay R, and Nelson W. Nelson textbook of pediatrics. Ed Saunders Company, Philadelphia, 1975; 329-336.
8. Barrera F, Rebollo M: Asistencia nutricional en diarreya. Rev Chil Pediatr (supl) 1989; 60: 35-38.
9. Suskind R: El Servicio de apoyo nutricional: Un enfoque organizado de las unidades nutricionales del paciente pediátrico hospitalizado y ambulatorio. En Suskind R. Tratado de Nutrición en Pediatría Nueva York Ed. Raven Press books, 1985; 357-361.
10. Rosselot J: Pediatría Infantil, Familia y Comunidad: Situación de la salud materno infantil en América Latina y el Caribe. En Meneghelli J. Pediatría Santiago de Chile, Ed. Mediterráneo, 1991: 30-48.
11. Grant J: Estado Mundial de la Infancia 1992. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Ed. Adamson, Benson, Oxfordshire, Reino Unido.
12. Seminario: "Los Derechos del Niño Hospitalizado". Santiago de Chile 3-4-5 septiembre 1992.