

tará si el médico tiene tiempo de explicar el estado personalmente al enfermo. De no poder hacerlo, tal vez se salve la situación si la asistente social puede tomar la tarea a su cargo. Las instrucciones y explicaciones escritas resultan útiles para complementar las entrevistas y las consultas. Para ello, la Comisión de Desarrollo del Servicio Social en las Clínicas Oculares ha preparado ya varios folletos. La forma de observación subsecuente propuesta consiste realmente en control de los casos, que anticipa e impide las razones a que suele deberse el tratamiento incompleto e infructuoso.

*Conclusiones.*—No cabe duda de que la labor más valiosa para impedir la ceguera debe ser realizada en la clínica oftalmológica. Los datos analizados en este trabajo indican que podría precaverse mucha ceguera, de remediarse la falta o insuficiencia del servicio social y de la observación subsecuente, y si los oftalmólogos, así como los directores de hospitales y clínicas, se dieran cuenta perfecta de sus grandes posibilidades.

---

## PAUTAS PARA LOS CENTROS DE HIGIENE INFANTIL

[Preparadas por la Comisión de Servicios Sanitarios para Lactantes y Párvulos de la Federación de Protección a la Infancia (Children's Welfare Federation), integrada por trece pediatras y cuarenta y cuatro establecimientos y sociedades de la Ciudad de Nueva York]

### Consideraciones Generales

- (1) El propósito del centro es fomentar y proteger la salud de los niños, ya lactantes o mayores.
- (2) Los niños deben contar con exámenes físicos y vigilancia sanitaria (incluso visitas domiciliarias) desde el nacimiento, hasta cumplir el quinto año.
- (3) Debe obtenerse una historia social.
- (4) En el plan de trabajo del centro debe figurar la enseñanza de la madre con respecto a asistencia general y alimentación.
- (5) La vacunación antivariolosa y la inmunización antidiftérica deben ser de rigor, a menos que las realice un médico particular.
- (6) En casos gastrointestinales agudos y otros de urgencia, pueden ofrecerse consejos y tratamiento, pero enviando después al enfermo a un médico particular, clínica u hospital.
- (7) En el programa higiénico debe concederse suficiente consideración a la nutrición, higiene mental, profilaxis dental y postura, tomando en cuenta los fondos disponibles para esos servicios.

### Espacio, Dotación e Instalaciones

Conviene contar con tres cuartos separados, bien calentados y ventilados. De no ser posible, deben utilizarse biombos para conseguir recato. Para los exámenes del doctor precisa un aposento aparte.

#### (1) Sala de espera:

- (a) Sillas en número suficiente y convenientemente dispuestas.
- (b) Sitio para desvestir los niños.

Las madres deberán traer consigo:

1. Pequeñas frazadas para envolver al pequeño desnudo.
2. Una bolsa o maletín, etc., para guardarle la ropa.

- (1) Sala de espera—Continúa.
  - (c) El material para enseñanza ha de estar bien limpio y atractivamente dispuesto.
 

Carteles en la pared (que se cambiarán de cuando en cuando).
  - (d) Cuarto de aseo que se comunique directamente con la clínica, provisto de inodoro, lavabo, agua corriente, jabón y toallas.
  - (e) Agua de beber y vasitos sanitarios de papel.
  - (f) Una o más mesitas, con sus sillitas, para los párvulos.
  - (g) Algunos juguetes selectos, que sean lavables.
- (2) Sala de pesado:
  - (a) Balanzas para los lactantes, colocadas sobre una mesa en una esquina clara y libre de corrientes de aire.
  - (b) Colchoncillos limpios en las balanzas, y servilletas de papel para cada criatura.
  - (c) Romana vertical para pesar los párvulos. Servilletas de papel.
  - (d) Vara biométrica.
  - (e) Sillas para las madres.
  - (f) Archivo de protocolos y gráficas.
  - (g) Una mesa con folletos y otros artículos, tales como alimentos, etc., para fines de enseñanza y demostración. (En otras palabras, un sitio en que la enfermera o dietetista pueden discutir con la madre el régimen y la asistencia higiénica del niño.)
  - (h) Batas para los párvulos.
- (3) Cuarto de examen:
  - (a) Escritorio, útiles necesarios y literatura.
  - (b) Azafate dispuesto con instrumentos para examen, equipos para vacunación antivariolosa, inmunización antidiftérica, etc.
  - (c) Dispositivos para la esterilización.
  - (d) Mesa de examen para los niños.
  - (e) Lavabo para las manos.
  - ii (f) Azafate con equipo para uranálisis.

#### Organización del Centro

- (1) Visitas:
  - (a) En cuanto fuere posible, las visitas deben fijarse por anticipado.
  - (b) A fin de obtener los mejores resultados, las visitas no deberán exceder de 15 lactantes o 10 párvulos por hora.
- (2) Disposición de las sesiones:
 

El número de sesiones por semana deberá fijarse en atención al total de matriculados en la clínica, el promedio de asistentes por sesión, y el número de médicos y enfermeras del Centro.
- (3) Obligaciones del médico:
  - (a) Examen de los lactantes y párvulos, comprendiendo: examen físico completo de todos los niños recién inscritos; reexamen físico completo cada seis meses; inspección sistemática de los niños amamantados por lo menos cada tres meses, si la enfermera los examina una vez al mes; inspección sistemática de los pequeños alimentados artificialmente por lo menos una vez al mes; a todos los niños con enfermedad aguda debe hacerse un examen físico adecuado para determinar a dónde podrá enviarse a la madre a fin de conseguir el tratamiento necesario; examen de cada niño después de pasar una enfermedad, incluso uranálisis, a menos que ya lo haya hecho un médico particular.

## (3) Obligaciones del médico—Continúa.

## (b) Instrucción a las madres—

El médico deberá colaborar con la enfermera en lo tocante a instruir a las madres en la alimentación e higiene infantil, y deberá asimismo facilitar a cada madre instrucciones escritas o impresas para la alimentación del niño y modificaciones de la fórmula. Cada centro deberá proveerse de modelos impresos de instrucción para las madres, los cuales deberá llenar el médico o dictar las instrucciones.

## (c) Alimentación—

Debe recomendarse y estimularse la amamantación, y ninguna criatura deberá alimentarse artificialmente sin antes probar la leche de pecho. De no ser posible, puede utilizarse la alimentación mixta o complementaria. A todas las familias que tengan lactantes y párvulos deberán dárseles consejos sobre nutrición.

## (d) Tratamiento de los enfermos—

Cuando la afección del niño no proceda de la alimentación o de un leve estado gastrointestinal, el médico sólo deberá administrar tratamiento de urgencia, remitiendo al enfermo al médico de la familia, o a una clínica u hospital.

## (e) Vacunación—

Recomiéndase la vacunación antivariolosa para todos los niños mayores de tres meses.

## (f) Inmunización antidiftérica—

Recomiéndase la inmunización antidiftérica para todos los niños mayores de nueve meses, previo consentimiento de los padres; hágase una Schick a los seis meses después.

## (4) Obligaciones de la enfermera:

## (a) Administración general del centro—

A todos los niños del distrito que concurren al centro deberá tomárseles una historia completa, tanto médica como social; desvístase a los niños, de preferencia, en la sala de espera; las madres permanecerán en la sala de espera hasta llamarlas por turno; superintendencia del desvestir y pesar de los niños, y anotación del peso en la gráfica y en la libreta que guardará la madre; observación del aspecto general y comportamiento de los niños, manera de vestirlos, etc., aconsejando a las madres respecto al aseo, ropa adecuada, etc.; los niños que va a examinar el médico pasarán a la sala de examen; los otros regresarán a la sala de espera; ayudar al médico durante el examen y vacunación (contra la viruela y difteria) de los niños siempre que sea posible; deberá explicársele a la madre las recomendaciones, para cerciorarse de que las entiende bien; también deberá recordársele la fecha de la próxima visita al centro; recomiéndese que los párvulos sean pesados por lo menos cada seis meses; cuando haya lugar, deberá demostrarse la preparación del alimento conforme a una fórmula dada; si va a hacerse la demostración en la casa, deberá acordarse la hora indicándole a la madre las cosas que deberá tener listas (las instrucciones por escrito tal vez sean útiles); superintendencia de la nutrición de todas las familias que tengan lactantes y párvulos; deberá tomarse la temperatura si, previa observación, los síntomas indican que es necesario; todos los casos sospechosos deberán ser aislados en un cuarto separado o compartimiento especial, llamando al médico para que los examine

## (4) Obligaciones de la enfermera—Continúa.

## (a) Administración general del centro—Continúa.

cuanto antes; los niños deberán ver al médico periódicamente, según consta en la lista de obligaciones de éste; deberán dictarse conferencias o darse clases a grupos de madres, con explicaciones y demostraciones, en cuanto a los diversos aspectos del cuidado de los niños, comprendiendo—

Asistencia prenatal adecuada.

Preparativos para el recién nacido—

Ropa.

Baño.

Valor de la amamantación—Modo de conseguir leche de pecho.

Demostración de la preparación del alimento conforme a fórmula, y preparación de otros alimentos.

Hábitos del niño y responsabilidad materna.

Demostraciones de la manera de enseñar a los niños a vestirse por sí propios.

Reglas de higiene: baño, descanso, aire, ejercicio.

Asistencia de urgencia en caso de enfermedad.

## (b) Visitas a domicilio con el fin de—

1. Ofrecer instrucción y vigilancia de la higiene.
2. Cerciorarse de que se cumplen las instrucciones del médico, ofreciendo demostraciones cuando sea preciso.
3. Recalcar la necesidad y el valor de las visitas periódicas al centro para ver al doctor.
4. Observar las condiciones y ambiente doméstico. Han de anotarse con toda precisión los hechos, a fin de que el médico pueda formarse una idea exacta de la situación.

## Protocolos:

1. El médico será responsable de los hallazgos físicos y las recomendaciones que haga constar en los protocolos, y deberá fijar la fecha de la próxima visita.
2. La lista de las visitas y los avisos quedarán a cargo de la enfermera.
3. Datos a anotar en el protocolo: antecedentes familiares, prenatales y natales; historia de la alimentación; y hallazgos de los exámenes físico y médico, incluso recomendaciones. Deberá también anotarse el "progreso" que se observe en cada visita en cuanto a los alimentos prescritos, así como los siguientes datos: desarrollo físico y mental de los lactantes y párvulos; estado de salud y hábitos alimenticios; y adelantos observados en cuanto a la aptitud de la madre para cuidar de su niño. (Deberá establecerse algún sistema para que las gráficas de todos los niños desnutridos o que no prosperan sean marcadas especialmente para beneficio del médico.)

## Servicio de consultas:

De ser posible, deberá establecerse un servicio de consultas a cargo de un pediatra para atender a los niños desnutridos o que no prosperan.

## Personal

El personal del centro deberá comprender médicos, enfermeras y otras ayudantes. (Una o más ayudantes voluntarias resultan de suma utilidad, en particular para recibir a las madres, pesar y anotar el peso en las gráficas, dirigir los juegos infantiles, etc.)

## (1) Calidades del médico:

El médico a cargo de las conferencias deberá ser doctor en medicina diplomado y recibido, y sería conveniente que hubiera adquirido experiencia con los niños después de diplomado, o por lo menos haber hecho el internado en un hospital de primera clase dotado de un servicio de pediatría.

## (2) Calidades de la enfermera:

La enfermera a cargo del Centro de Higiene Infantil deberá estar diplomada e inscrita, conocer los preceptos de la sanidad pública, y haber tenido alguna experiencia en enfermería sanitaria en un establecimiento reconocido, bajo una dirección bien organizada. Sería en particular muy conveniente que los inspectores de enseñanza de la nutrición y de la higiene mental prestaran su colaboración al cuerpo de enfermeras, a fin de ampliar sus programas educativos.

---

*El contacto y la tuberculosis.*—En la ciudad de Saskatoon, Provincia de Saskatchewan, Canadá, los médicos de familia habían diagnosticado tuberculosis en 1 por ciento de 1,304 contactos examinados en 1930, pero por cada caso bien definido, había 20 sospechosos. El porcentaje de casos activos en los contactos examinados en las clínicas fué de 7.4, y en los examinados por consultores ambulantes (sin tuberculina o rayos X) de 3.7 por ciento. El estudio de Barclay versó sobre 413 contactos examinados en el sanatorio, encontrando tuberculosis en 21.8 por ciento: activa en 17.2 y lesiones pulmonares en 15.5 por ciento. Parece que debe concentrarse la atención entre los contactos de los casos bacilares y en los parientes expuestos a un caso letal reciente, no tratado. Un estudio de 100 familias demostró que hay 7 veces más tuberculosis entre las susceptibles que en las no susceptibles. Hasta la edad de 5 años, y después de los 15, la frecuencia fué mayor que de los 5 a los 14 años. Después de exponerse a la expectoración por un período hasta de 6 meses, 9.7 por ciento y, al cabo de un año 15.7 por ciento de todo el grupo, padecían manifiestamente de la enfermedad. Las condiciones de vida de los tuberculosos eran muy poco peores que lo habitual para la comunidad. La falta de salud en el pasado, incluso exantemas frecuentes, y la falta de alimento en sí misma, al parecer fueron factores banales. Los individuos nerviosos o hiperactivos no parecieron ser más susceptibles que los apáticos. La extenuación no pareció ser más frecuente en los que manifestaron signos de tuberculosis, que en los no tuberculosos. Una hipertermia observada en un niño en un sólo examen, no denota forzosamente tuberculosis. La intimidad doméstica reviste mayor importancia que la falta de alimento u otros factores económicos. Entre los que ocupaban la misma vivienda y que utilizaban varios artículos en común, como platos, toallas, etc., 23.3 por ciento eran tuberculosos, comparado con 23.5 de los que vivían en el mismo aposento, y 26.9 por ciento de los que ocupaban la misma cama. Un 92 por ciento de los casos primarios no habían tomado precauciones. Los padres resultaron más infecciosos que las madres. Un 57.2 por ciento resultaron positivos a la tuberculina, y también se observó una tuberculización mucho más temprana entre los contactos que entre los niños en conjunto. Un 51.1 por ciento de los contactos tuberculosos habían manifestado recientemente síntomas bien definidos o indicativos, y en un 40 por ciento hubiera podido hacerse el diagnóstico de ese modo, tomando en cuenta los antecedentes. Signos físicos bien definidos o sospechosos en el tórax fueron descubiertos en 53 por ciento de los contactos infantiles; en 84 por ciento una reacción positiva a la tuberculina; y en 88.4 por ciento lesiones roentgenológicas. Siempre que las películas fueron negativas, los casos eran extrapulmonares.—W. S. BARCLAY: *Am. Rev. Tub.*, 192, ago., 1932.