

## EXAMEN RETROSPECTIVO DE LOS SERVICIOS MEDICOS MATERNOINFANTILES EN EL HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER, EN EL HAITI RURAL<sup>1</sup>

Charles E. Wallace,<sup>2</sup> Florence N. Marshall<sup>3</sup> y Chartruse T. Robinson<sup>4</sup>

*El Hospital Albert Schweitzer, en Deschapelles, Haití, ha estado brindando, durante los últimos 25 años, una amplia variedad de servicios médicos materno-infantiles a los habitantes de ese distrito rural. Se espera que el panorama general de esos servicios que se presenta en este artículo proporcione información útil a los administradores de salud y a las instituciones que tratan de extender los servicios de atención de salud a las zonas rurales.*

### Introducción

Satisfacer las necesidades de salud de la madre y el niño en el mundo en desarrollo constituye una de las experiencias más difíciles y estimulantes en el campo de la atención de salud internacional. Si bien las madres y los niños constituyen la mayor parte de la población en las regiones técnicamente menos desarrolladas del mundo, continúan siendo los grupos más vulnerables a las enfermedades y a la muerte por causas que se podrían prevenir (1).

En términos generales, las madres y los niños del Haití rural presentan los mismos patrones básicos de salud que los habitantes de otros países en desarrollo. Entre los niños es alta la frecuencia de infecciones y enfermedades transmisibles. La malnutrición es un problema común al que tienen

que hacer frente los niños del Haití rural, y sería posible describirla como endémica para esta población. Los principales problemas maternos se relacionan fácilmente con la desnutrición y la atención prenatal deficiente o inexistente. Las enfermedades infecciosas complican el embarazo y aumentan los riesgos ya inherentes a los partos en el hogar que, con frecuencia, reciben muy poca o ninguna atención eficaz.

El Hospital Albert Schweitzer, en Deschapelles, Haití, (figura 1) es una institución con 150 camas, fundada por el Dr. William Larimer Mellon y su esposa. El hospital brinda atención médica a una zona rural de unos 400 km<sup>2</sup>, con una población aproximada de 100 000 personas. Cuando se abrió el hospital en 1956 podía proporcionar la mayor parte de los servicios médicos más importantes que, en general, presta un hospital de un país "desarrollado", con excepción de un servicio obstétrico para partos normales. Hoy en día esto es todavía cierto; es decir, en el hospital sólo tienen lugar los partos que requieren intervención quirúrgica y aquellos

<sup>1</sup> Se publica en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. 16, No. 1, 1982.

<sup>2</sup> Textran Associates. Dirección postal: Box 81, Bryan, Texas 77801, EUA.

<sup>3</sup> Hospital Albert Schweitzer, Puerto Príncipe, Haití.

<sup>4</sup> Departamento de Enfermería, Universidad de la Comunidad de Essex, Baltimore County, Maryland, EUA.

en los que se esperan complicaciones.

Con el transcurso de los años se han agregado diversos servicios especiales para las madres y los niños; sin embargo, estos servicios comenzaron a tener un alcance mucho mayor en 1967, fecha en que se abrió el Departamento de Salud de la Comunidad. Este departamento ha puesto en práctica numerosos programas y servicios preventivos de salud adaptados a las necesidades médicas especiales de estos grupos.

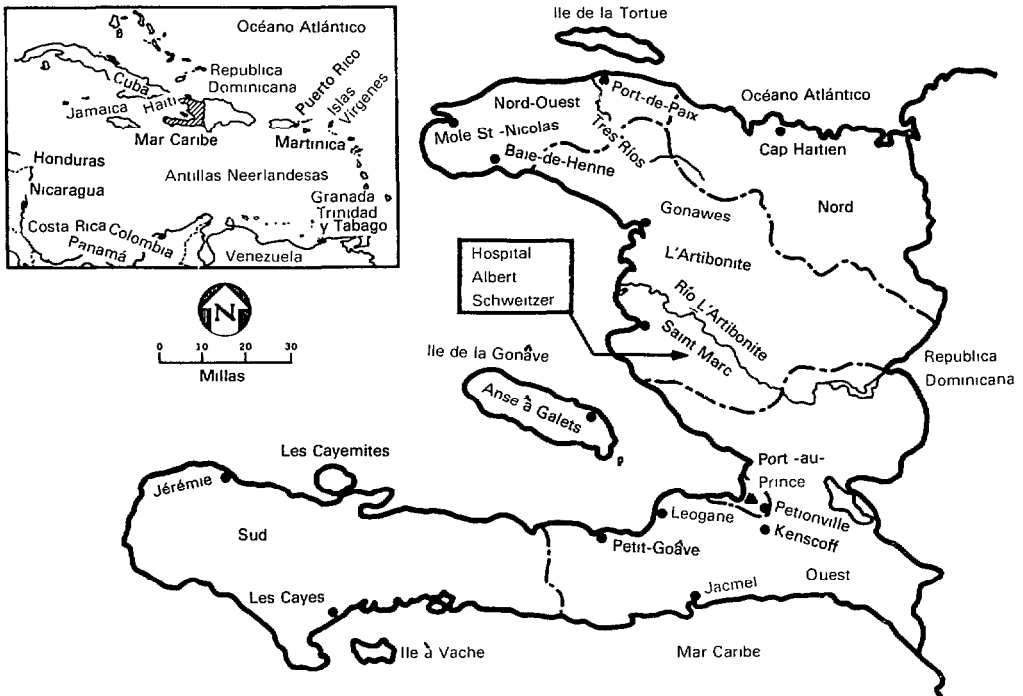
### Lucha contra el tétanos neonatal

Quizás el servicio médico maternoinfantil más importante que ha iniciado el hospital sea la campaña contra el tétanos neonatal. Los esfuerzos de inmunización y los programas para educar a las embarazadas y a las comadronas redujeron considerablemente la incidencia del tétanos ne-

onatal durante los primeros 10 años de existencia del hospital, aunque la enfermedad aún constituía un grave problema en esta región rural de Haití. En 1966, un año antes de que el Departamento de Salud de la Comunidad pusiera en marcha su campaña de inmunización masiva contra el tétanos, ingresaron en el hospital 447 recién nacidos que padecían esta enfermedad. De esta cifra, 219 procedían del distrito al que normalmente atendía el hospital. En total fallecieron 212 de los recién nacidos admitidos por tétanos ese año (2).

En 1967 el hospital empezó a crear programas especialmente diseñados para luchar contra el tétanos neonatal. Se inmunizó sistemáticamente a las comunidades mediante el establecimiento de ambulatorios para inmunización en el exterior del hospital y en los principales mercados del distrito del hospital, así como mediante la colaboración con las comadronas tradi-

FIGURA 1—Mapa de Haití en el que se indica la localización del Hospital Albert Schweitzer, en Deschapelles.



cionales; estos programas lograron que la incidencia del tétanos neonatal se redujera drásticamente (3). Las zonas de los alrededores del distrito del hospital también comenzaron a beneficiarse a medida que estas actividades de inmunización llegaron a un número cada vez mayor de embarazadas. En 1979 sólo ingresaron en el Hospital Albert Schweitzer 24 casos de tétanos neonatal, y tan solo uno de estos casos afectó a un recién nacido en el distrito del hospital. En total, hubo siete muertes relacionadas con estas admisiones en el hospital. Asimismo, han disminuido progresivamente los ingresos de pacientes con tétanos que no son recién nacidos; esta disminución es evidente tanto entre la población del distrito del hospital como entre la de las zonas aledañas que no pertenecen al distrito. En resumen, el efecto de la lucha contra el tétanos y la creación de nuevos programas para combatir los problemas de salud de la población han aumentado la confianza del público en todos los servicios disponibles a través del sistema hospitalario.

### **Vigilancia, tratamiento y prevención de la malnutrición**

La malnutrición sigue siendo el problema de salud más frecuente entre los niños del distrito del hospital. A causa de la prevalencia permanentemente alta de las enfermedades nutricionales entre la población rural de Haití, se han establecido, con el transcurso de los años, diversos programas y servicios para satisfacer las necesidades de la población. Esos incluyen:

1) *La clínica para niños malnutridos.* En 1966 comenzó a funcionar una clínica pediátrica especial para la asistencia ambulatoria a los niños con malnutrición. Esta clínica se basó en un esfuerzo de cooperación entre los educadores en salud del Departamento de Salud de la Comunidad y los pediatras que trabajaban en la misma zona. Se redactaron historias clínicas, se

practicaron exploraciones físicas, se registraron los pesos y se analizó el progreso de los niños. Las actividades de la clínica también incluían educación sobre nutrición, demostraciones de alimentos adecuados y prescripción de complementos lácteos o alimenticios.

2) *Educación al aire libre.* En 1970, el hospital destinó una parte especial de sus terrenos a proporcionar educación sanitaria sobre nutrición y otros temas importantes para madres y niños. El programa, puesto en práctica por la unidad de educación para la salud del hospital, tenía por objeto proporcionar información sobre la salud y las enfermedades en un lenguaje aceptable y comprensible para la gente. Este programa de educación al aire libre brindó a las madres información sobre los alimentos disponibles durante las diferentes estaciones y les permitió comprender mejor el valor nutritivo de estos alimentos, así como su importancia para el crecimiento y el desarrollo. También se les dieron a las madres instrucciones y demostraciones concernientes a la preparación de los alimentos. El programa de educación al aire libre incluía también educación de las madres en salud familiar, higiene general, tétanos, tuberculosis y planificación familiar.

Por otra parte, el servicio de educación para la salud introdujo, entre sus actividades al aire libre, un programa especial de educación para las madres de niños de menos de dos años de edad. Este servicio, llamado "atención temprana del niño", brindaba información acerca de la lactancia natural, dietas para el destete, peligros de la alimentación con biberón e introducción de alimentos complementarios.

En general, los educadores para la salud que dirigían este programa al aire libre se valieron de dos métodos que eran: a) un método individual o de grupo pequeño para aquellas personas que habían sido referidas al programa desde las unidades, clínicas y pabellones de preselección del hospital, y b) un método comunitario en el

cual el educador para la salud visitaba a una comunidad determinada y trabajaba con los habitantes para ayudarles a encontrar soluciones a sus problemas.

3) *Registro del peso.* Se ha encontrado que este método de vigilancia nutricional, iniciado en octubre de 1968, proporciona un instrumento eficaz para controlar el estado nutricional de los niños entre los seis meses y los seis años de edad. Se pesa cada tres meses a los niños que participan en el programa y se registra el peso en una ficha de crecimiento que conserva la madre.

Así se puede evaluar, por medio de las clasificaciones de Gómez, el grado de cualquier malnutrición existente. Los niños que no aumentan de peso o que muestran una pérdida del mismo o un edema pueden ser referidos al servicio adecuado para que se les dé un complemento alimenticio o para que se haga una investiga-

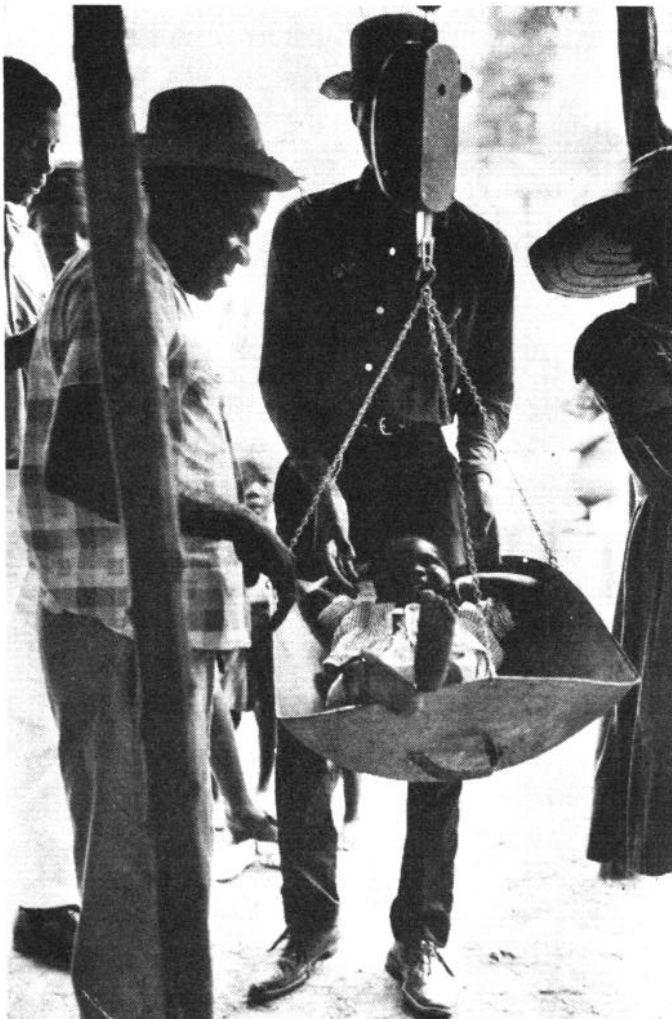
ción de los posibles problemas médicos y se les dé tratamiento. Esta actividad de vigilancia nutricional ha permitido iniciar a tiempo una terapia correctiva y preventiva para tratar a los niños que viven en el distrito del hospital.

4) *Centros de recuperación nutricional.* Estos centros comenzaron a funcionar, en el distrito del Hospital Albert Schweitzer, en septiembre de 1967. Las instalaciones que se utilizaron eran casas remodeladas que brindaban el mismo ambiente que los hogares de las familias de la comunidad. Situados en el centro de poblaciones del distrito del hospital, estaban equipados para recibir a grupos de personas y contaban con espacio suficiente para almacenar provisiones. Utilizando como patrón la clasificación de Gómez, se dio prioridad de admisión en los centros a los niños diagnosticados de malnutrición de grado III.

Cada centro era capaz de albergar de 30 a 35 niños; cada niño podía permanecer en el centro durante un período de tres o cuatro meses. Durante ese tiempo, la madre del niño podía trabajar en el centro, ayudando a hacer las compras, preparar la comida y cocinar. En general, había de seis a ocho centros funcionando al mismo tiempo. De acuerdo con las evaluaciones de las necesidades de la comunidad se cerraron centros viejos y se abrieron otros nuevos.

Los centros de recuperación nutricional no resultaron ser un medio completamente satisfactorio para combatir la malnutrición clínica, King *et al.* (4) encontraron que una parte de los niños ingresados en dichos centros no respondió a la terapia porque, además de padecer malnutrición, tenían problemas de salud de una naturaleza que no se podía tratar solamente por medio del ambiente higiénico mejorado y la alimentación que recibían en el centro. Otros motivos del fracaso fueron: 1) algunas madres no fueron capaces de aprender lo que necesitaban en los centros a causa de incapacidad para aprender o de desin-

Registro de peso para la vigilancia nutricional



terés; 2) algunas madres aprendieron pero no se las estimuló a que tomaran las medidas necesarias con el fin de cambiar sus hábitos de atención a los niños en casa; 3) algunas madres carecían de los recursos económicos necesarios para poner en práctica lo que habían aprendido; 4) en algunos casos no era la madre la que se encargaba de cuidar a los niños, de tal forma que el entrenamiento que había recibido en el centro tuvo muy poco efecto en la casa, y 5) en algunos casos faltó apoyo por parte de la comunidad (4-6).

Los objetivos de los centros de recuperación nutricional consistían en permitir que el niño se recobrará de la malnutrición y en brindar a la madre educación sobre nutrición que le ayudaría a cuidar al hijo enfermo, a los demás hijos y a los que tuviera en el futuro. En 1978, después de 11 años de actividad, se cerró el último de estos centros.

5) *El centro de tres días en Deschappelles.* Este centro utilizaba una casa cercana al hospital. Los alimentos se preparaban de la misma manera que en los centros de recuperación nutricional, los gastos diarios de alimentos por persona estaban dentro de los mismos límites y la educación que se impartía sobre nutrición era la misma. No obstante, el centro de tres días difería de los centros de recuperación nutricional antes descritos en que había camas y espacio para albergar durante la noche a cinco madres con sus respectivos hijos, seleccionados y referidos por los pediatras del hospital. Permanecían en el centro por tres días, durante los cuales las madres ayudaban a preparar ocho comidas para ellas y para los niños, y aprendían que alimentos debían darles. Este método permitía alojar a dos grupos de cinco madres con sus hijos cada semana.

Al final de cada período de tres días, los niños eran dados de alta del centro y se entregaba a la madre un paquete de leche en polvo; también se tomaban medidas para que los niños regresaran al centro

después de una semana con el fin de realizar una nueva evaluación. Las citas siguientes para regresar al centro se programaban a intervalos cada vez mayores de una, dos, cuatro y ocho semanas. Durante estas visitas, la madre participaba en un examen acerca de lo que había aprendido sobre nutrición, observaba de nuevo la forma de preparar una comida normal, comía con su hijo, recibía instrucción adicional y regresaba a casa con el niño al comenzar la tarde. En cada visita, un supervisor pesaba al niño y un médico le hacía un breve reconocimiento.

Lamentablemente, este método no resultó ser eficaz para tratar la malnutrición de los niños de menos edad. Cuando la madre, procedente del centro pediátrico del hospital, llegaba con su hijo a este centro nutricional modificado, con frecuencia traía medicamentos prescritos por los pediatras. La madre administraba al niño estos medicamentos durante su estancia en el centro. Por esta razón, las madres tendían a dar más crédito, por cualquier mejora que se produjera en la condición del niño, a las medicinas que a la dieta equilibrada del centro. Asimismo, durante los tres días el niño sólo tenía tiempo de reducir en cierta medida el edema y, quizás, de experimentar alguna mejoría en la respuesta afectiva. En consecuencia, la madre no aprendía por una demostración patente que su hijo se había recuperado por completo sin ningún tratamiento especial, sino simplemente con una dieta equilibrada, demostración que saltaba a la vista la mayor parte de las veces en los centros normales de recuperación nutricional.

Las madres que asistían al centro de tres días provenían de las localidades más dispersas dentro del distrito del hospital. Por lo tanto, a diferencia de la situación que imperaba en los centros normales, la enseñanza no se reforzaba con la ayuda de vecinos que habían aprendido las mismas cosas acerca de la recuperación malnutri-

cional. Por otra parte, resultaba más difícil localizar a las madres si faltaban a una cita ulterior.

A causa del número cada vez mayor de obligaciones que cumplir en el hospital, la participación de los clínicos en el centro fue disminuyendo gradualmente a medida que el tiempo transcurría. En ocasiones se refirió indebidamente al centro de tres días a niños que estaban demasiado malnutridos o enfermos y, algunas veces, niños procedentes del centro tenían que ser readmitidos en el hospital. En junio de 1970, después de funcionar durante tres años, se cerraron las instalaciones.

6) *Programa de intervención en la nutrición y de seguimiento de casos.* Las metas de este programa, como las de cualquier programa nutricional, consisten en erradicar la malnutrición y fomentar la buena nutrición (7). El programa, iniciado en 1979, también intenta evitar

que los niños tengan que ingresar en el ya atestado hospital por medio de frecuentes visitas domiciliarias a los niños malnutridos y a aquellos que están en peligro de estarlo en el distrito del hospital.

Un pediatra, cuando considera que un niño necesita atención especial e inmediata, pero no hospitalización, refiere al niño desde el ambulatorio. Los ejemplos más comunes incluyen lactantes cuya madre acaba de morir o niños que ya habían sido hospitalizados por kwashiorkor y que de nuevo presentan malnutrición de grado III.

Cuando el paciente es referido al Departamento de Salud de la Comunidad, el servicio de enfermería de salud pública efectúa visitas domiciliarias, proporciona los complementos alimenticios que estén indicados y brinda una educación intensiva sobre nutrición a la persona que cuida del niño. Este programa también incluye visitas domiciliarias de enfermeras a unos

#### Servicio de comedor al aire libre





cuantos niños que padecen otros problemas especiales de salud; entre éstos se encuentran un niño con diabetes, uno con nefritis crónica, y cerca de 10 con drepanocitemia.

Los informes sobre los resultados de las visitas domiciliarias se envían al médico que refirió al niño y se agregan a la historia clínica de éste. El jefe del equipo de registro de peso, quien ha identificado a niños que cumplen los requisitos que determina el programa para la atención especial, ha referido a algunos de ellos a este programa. Si el programa no es capaz de mejorar el estado nutricional de un niño, a éste se le vuelve a referir al centro pediátrico. En octubre de 1980, se puso en práctica un plan para ampliar los aspectos nutricionales de este programa.

7) *Tratamiento de la malnutrición: pabellones de pediatría II y III.* Los niños que padecen los casos más graves de malnutrición y las complicaciones relacionadas con ésta deben ser internados en el hospital para su tratamiento. En el Pabellón II de pediatría se utiliza una sala separada que cuenta con 14 camas para tratar a estos niños malnutridos gravemente enfermos. Muy rara vez, en las estaciones en las que la incidencia de la malnutrición grave es por lo general alta, es probable que un niño admitido por kwashiorkor o marasmo tenga que ser atendido temporalmente en algunas de las otras salas pediátricas; también es posible que se tenga que aislar a un niño a causa de una complicación contagiosa. Un mes con otro, la malnutrición es la mayor causa de admisiones pediátricas en el hospital, y el índice de mortalidad puede alcanzar un 25 o un 30%.

Después de seguir el tratamiento de acuerdo con un régimen bien comprobado (un régimen común con variaciones individuales), y después de haberse recuperado lo suficiente, el niño es transferido al Pabellón III. En junio de 1970 se abrió este pabellón, una sección especial de recu-

peración y educación del hospital, que se comunica con el edificio principal mediante un pasaje abierto y techado. El pabellón, designado para alojar de 30 a 32 niños, permite una recuperación más prolongada en un ambiente menos costoso. El personal que se hace cargo diariamente de la instalación está formado por un auxiliar de enfermería, un ayudante y un cocinero. Los padres de los niños convalecientes también participan activamente en el trabajo y mantenimiento del pabellón. Los alimentos se preparan a la manera tradicional y se cocinan con carbón en un servicio de cocina instalado en el exterior.

Cuando se admite a un niño en pediatría (Pabellón II), se espera que uno de los padres (de preferencia la madre) permanezca dos días en el Pabellón III, en donde duerme, come y recibe instrucción. Durante este período, la madre, o el padre, recibe una educación intensiva sobre nutrición mientras ayuda a las tareas de ese pabellón y visita al niño en el Pabellón II. Durante la estancia del niño en el hospital, la madre, o el padre, viene una vez por semana a ayudar y a aprender cuál es la alimentación infantil adecuada, los mejores alimentos que debe comprar y los principios básicos del cuidado infantil. Los alimentos preparados en el Pabellón III se hacen con los productos menos costosos que se pueden adquirir en el mercado y que ofrecen todos los nutrientes necesarios para el crecimiento y la salud: un cereal, una verdura y caldo de frijoles (el líquido que queda tras hervir los frijoles). Otro elemento regular de la dieta es la leche en polvo reconstituida y fortalecida con aceite vegetal y azúcar. En ocasiones se agregan al guisado pequeñas cantidades de carne o pescado.

En diciembre de 1979 se inició un programa organizado de "estimulación mental". Se empleó y capacitó a una mujer de la localidad para que diera estimulación mental a los niños del Pabellón III, va-

liéndose de sencillos materiales y juegos hechos en casa. Se había alentado a los padres para que participaran y se dedicaran a esas actividades en casa con el fin de promover la recuperación física y mental de sus hijos.

Gracias al bajo costo que representa, un niño puede permanecer de cuatro a cinco semanas en el Pabellón III para recuperarse (después de una estancia inicial de una o dos semanas en el Pabellón II). Los médicos realizan visitas completas cada semana, pero además diariamente pasan por el Pabellón III por si hubiese algún problema. Si un niño enferma mientras se encuentra en el Pabellón III, se le transfiere de nuevo al servicio pediátrico para su tratamiento.

## Otros servicios de atención materno-infantil

### *Programas escolares*

*Inmunización.* En 1962 se inició un programa organizado de inmunización para los escolares de la treintena de escuelas establecidas en los alrededores del hospital. Por lo general, participaron en el programa de cuatro a cinco mil estudiantes; las cifras dependían en parte del número de escuelas que funcionaban en un año determinado.

En 1967, este programa pasó a formar parte de los servicios proporcionados por el Departamento de Salud de la Comunidad. Desde entonces, este programa específico de inmunización escolar (y educación en salud) ha pasado gradualmente a formar parte de las actividades del equipo móvil del Departamento de Salud de la Comunidad.

*Educación en salud en las escuelas.* En el decenio de 1970 a 1980, el Departamento de Salud de la Comunidad comenzó a participar en la educación en salud en las escuelas. Se designó una unidad es-

pecial para ayudar a los maestros a desarrollar sus posibilidades para impartir educación en salud, utilizando materiales que ya tenían a su disposición. Además, esa unidad de educación en salud proporcionó a los maestros nueva información sobre salud, manuales sencillos y concretos, así como medios visuales. El programa exigía que los educadores especializados en salud hicieran gran número de visitas a las escuelas del distrito; las dificultades surgieron porque los maestros carecían de una base sólida para la educación en salud. Con frecuencia, la introducción de nuevos materiales dio por resultado la interrupción de las comunicaciones entre las escuelas, maestros y educadores especializados en salud. El programa terminó después de varios años de esfuerzos infructuosos.

### *Actividades de inmunización*

Poco tiempo después de que el hospital abriera sus puertas, comenzaron las actividades de inmunización en la clínica pediátrica. Más tarde, se administraron vacunas en todos los centros y pabellones a todos los pacientes que las necesitaban y no estaban demasiado enfermos para recibirlos. En 1970 se establecieron clínicas para la inmunización gratuita en el patio del hospital. Siempre que era posible, durante los registros periódicos de peso, visitas del equipo móvil, recopilación de datos censales en las poblaciones, etc., se verificaba el estado de inmunidad y se administraban vacunas.

En la actualidad no nos llegan casos de difteria del distrito del hospital, y sólo unos cuantos casos de tos ferina o poliomielitis se presentan entre los niños que viven en el distrito. En 1979 nació, en el distrito del hospital, un niño al que se le diagnosticó tétanos neonatal. Este único caso contrasta con los 219 casos de tétanos neonatal identificados en el hospital en



### Campaña global de inmunización



1966. La mayor parte de los cambios producidos en los índices de casos de tétanos neonatal, tos ferina, difteria y poliomielitis, se puede atribuir al establecimiento de un Departamento de Salud de la Comunidad que colabora con el hospital para iniciar programas y servicios destinados a combatir esas enfermedades. Para contrarrestar la alta incidencia del tétanos neonatal, se inmunizó a las embarazadas, protegiendo así a los recién nacidos. A las comadronas que trabajan en el distrito del hospital se les enseñaron técnicas estériles de cortar el cordón umbilical, y se llevaron a cambio seminarios con el objeto de que las embarazadas cobraran conciencia de la importancia de las condiciones estériles durante el parto.

En 1968, el Departamento de Salud de la Comunidad organizó una campaña general de inmunización en el distrito del

hospital. A las mujeres de más de 10 años de edad se les administraron inyecciones de anatoxina tetánica; en una base intensiva, cada mujer había de recibir tres inyecciones de la vacuna para quedar totalmente inmunizada. Como se puede observar por la disminución drástica de los casos de tétanos neonatal, esta campaña de inmunización fue eficaz. De 1968 a 1979 se administraron aproximadamente 777 542 dosis de anatoxina tetánica a los residentes del distrito del hospital.

La campaña de inmunización también estaba dirigida contra la difteria, tos ferina, poliomielitis, fiebre tifoidea, sarampión y tuberculosis. El número estimado de dosis de vacuna que se administraron contra estas enfermedades entre 1968 y 1979 es: DPT-DT, 265 873 dosis; vacuna contra la polio 40 824 dosis; vacuna contra la tifoidea 26 250 dosis; y BCG, 57 004 dosis. Las estadísticas sobre las vacunaciones contra el sarampión están incompletas. Las vacunas contra la fiebre tifoidea se dejaron de administrar en 1974.

### *Atención prenatal y posnatal*

Poco después de que se abrió el hospital, se puso en marcha una clínica para proporcionar a las mujeres atención prenatal y posnatal (puesto que nunca ha existido un servicio especial para obstetricia en el hospital, las embarazadas han sido referidas a las comadronas tradicionales que han recibido capacitación en el hospital para prestar servicios durante el parto). La clínica se confió a un médico o a una enfermera diplomada. Normalmente pasan consulta los facultativos de los servicios médico y quirúrgico. Las actividades prenatales que se llevan a cabo en la clínica incluyen pruebas adecuadas de laboratorio, registro del peso, medición de la presión arterial, evaluación del estado general de salud y vigilancia del progreso del embarazo. Se programa una

visita posnatal de la madre y el niño para seis semanas después del parto. La inmunización contra el tétanos es siempre una de las principales prioridades de la clínica. Se da especial atención, si se sospecha que la embarazada padece tuberculosis, al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, y se pone especial cuidado en que el recién nacido reciba una atención adecuada.

Durante las visitas a la clínica, las embarazadas que viven en el distrito del hospital reciben normalmente educación sobre nutrición, higiene, planificación familiar, signos peligrosos del embarazo y atención inmediata al recién nacido.

### *Planificación familiar*

Para crear un sistema de planificación familiar que sea razonable y aceptable para la población rural que habita en el distrito del hospital, es necesario invertir tiempo y esfuerzo. Los problemas que surgen con más frecuencia en el proceso de la planificación familiar se relacionan específicamente con la religión, tabúes, información errónea, así como con el deseo de tener una familia grande que ayude a trabajar la tierra. El problema implícito más grande es el alto índice de mortalidad neonatal e infantil, que da mayor valor a las familias numerosas.

El programa de planificación familiar del hospital se ha valido cada vez más de la educación de la comunidad para llegar a la población y tratar de que ésta acepte la necesidad real de espaciar y limitar los nacimientos. Los dispensarios, equipos móviles de trabajadores de salud, enfermeras de salud pública y médicos se han encargado de difundir esta educación de la comunidad.

Por lo general, la educación sobre planificación familiar se imparte individualmente, aunque en algunos casos se les da a pequeños grupos de pacientes que asisten a

las clínicas de tuberculosis y nutrición.

La clínica de obstetricia (prenatal y posnatal) es el lugar adecuado para iniciar la planificación familiar, en especial durante la visita posnatal. A las mujeres y a sus maridos se les refiere a la clínica de planificación familiar o a los educadores especializados en salud para que se les informe y se discutan con ellos los métodos anticonceptivos. Sin embargo, es preciso mencionar que la necesidad de planificar familias pequeñas y de espaciar los embarazos representa un cambio en las normas culturales existentes, que sólo será aceptado si se da a la población en general información adecuada y comprensible. Además, no se puede esperar que se produzcan cambios en el comportamiento hasta que se haya reducido aún más la mortalidad neonatal e infantil.

### *El programa de las comadronas*

Las comadronas (parteras tradicionales) son una parte integral de la cultura haitiana rural y miembros prestigiosos de sus comunidades. Con frecuencia la profesión se transmite de madre a hija o de abuela a nieta.

El Hospital Albert Schweitzer ha organizado y registrado a las comadronas que prestan sus servicios en las zonas circundantes. A estas parteras, también conocidas como "*sages-femmes*", se las ha capacitado en atención de salud durante el embarazo, procedimientos adecuados durante el parto, dar especial atención a tratar de manera estéril el cordón umbilical, e higiene del recién nacido. También se les proporcionan ampollitas de nitrato de plata para prevenir la oftalmía gonocócica en los bebés.

A las comadronas se les enseña la importancia de que la madre esté inmunizada contra el tétanos con el objeto de prevenir esta enfermedad en el recién nacido. Si la madre no ha recibido inmunización sufi-

ciente, completa y comprobada contra el tétanos, las comadronas tienen instrucciones de enviar al bebé al hospital para que se le corte el cordón umbilical y se le administre una inyección de antitoxina tetánica. También se les ha instruido para que manden al hospital a todos los bebés que ayuden a nacer para que se les administre una inyección de BCG el día del nacimiento o al día siguiente.

El hospital proporciona a las comadronas estuches especiales para transportar el equipo estéril. Este equipo estéril se repone en reuniones mensuales cuyo objeto es servir de foro a la discusión y continuar con la educación. En el hospital se admiten, como emergencias, todos los embarazos con complicaciones.

#### *Unidad para cortar el cordón umbilical*

Esta unidad especial cuenta con un auxiliar de enfermería, supervisado generalmente por una enfermera licenciada. La unidad se encuentra en un área cerrada del patio del hospital.

Los bebés se llevan a la unidad con la placenta todavía unida a ellos para que se les corte el cordón umbilical, o para que se les recorte si no se hizo bien la primera vez. A todos los bebés se les administra la vacuna BCG y el tratamiento profiláctico con nitrato de plata. Asimismo, se les pesa y sus pesos se anotan en un registro permanente, junto con sus nombres y fechas de nacimiento. Además, a cada bebé se le da una tarjeta de salud que sirve para registrar las vacunas y pesos. La antitoxina tetánica se administra cuando se desconoce o es inadecuado el estado de inmunidad de la madre contra el tétanos. Los bebés cuyas madres entran en esta categoría reciben también una inyección de penicilina procaínica. A los recién nacidos que parecen estar enfermos se les envía de inmediato al centro pediátrico.

#### *Proyecto de insuficiencia ponderal al nacimiento*

Se ha demostrado que los recién nacidos de pequeño tamaño de países tropicales necesitan atención especial (1). Por ello, en 1979, el Hospital Albert Schweitzer, a través del Departamento de Salud de la Comunidad, estableció un programa especial de atención domiciliaria de enfermería para los bebés con insuficiencia ponderal al nacimiento. Este programa se concentra en las necesidades nutricionales y de atención médica de estos recién nacidos, concediendo especial importancia a la necesidad de la lactancia natural y a la adecuada nutrición de la madre.

Para ayudar a la población rural con escasos recursos económicos a satisfacer las necesidades de los recién nacidos con insuficiencia ponderal, los padres reciben instrucción acerca de la selección y presupuesto de alimentos. En un número limitado de casos se proporcionan complementos alimentarios.

Este programa representa gran cantidad de tiempo y esfuerzo por parte del servicio de enfermería de salud pública. No obstante, también significa que ya no se deja al azar la supervivencia de los bebés con insuficiencia ponderal al nacimiento. Los datos reunidos durante el primer año de operación del programa muestran resultados alentadores en cuanto al crecimiento, aumento de peso y salud en general de los niños con insuficiencia ponderal al nacer.

#### *Dispensarios y agentes de salud*

Durante los últimos tres años el hospital ha ampliado su sistema de atención de salud mediante el establecimiento de tres dispensarios a cargo de auxiliares de enfermería, capacitados y supervisados por el personal de salud de la comunidad y del hospital. Los auxiliares de

### Asistencia ambulatoria para la atención primaria de la salud



enfermería proporcionan atención primaria de salud a los habitantes de diversas zonas del distrito del hospital.

Colaboran con los auxiliares de enfermería 44 agentes de salud, que vigilan el estado de salud de la población del distrito del hospital. Las personas que necesitan atención médica son referidas a los dispensarios o al hospital. En resumen, los auxiliares de los dispensarios y los agentes de salud han demostrado ser de gran ayuda para poner en práctica los programas descritos en este artículo.

### Resumen

Durante los 25 años de funcionamiento del Hospital Albert Schweitzer, en Haití, se han creado diversos programas y servicios dirigidos a mejorar el estado de salud de las madres y los niños que habitan en el distrito rural del hospital. No siempre se

han materializado los resultados a largo plazo que se esperaban de estos programas y servicios. Por ejemplo, los esfuerzos encaminados a cambiar el patrón prevalente de la malnutrición no han tenido un efecto importante en la morbilidad y mortalidad relacionadas con los casos descubiertos recientemente. En la actualidad la malnutrición sigue siendo el principal problema de salud pública en el distrito del hospital, aunque en las clínicas pediátricas y en los programas de la comunidad se han realizado algunos progresos en el tratamiento hospitalario de los casos ya establecidos. Al mismo tiempo, la puesta en práctica de la inmunización (en especial la lucha contra el tétanos), la vigilancia de la salud, la educación para la salud y las mejoras para combatir la tuberculosis han dado por resultado reducciones satisfactorias en la morbilidad y mortalidad totales de las madres y los niños en el distrito del Hospital Albert Schweitzer.

Esperamos que esta breve exposición de nuestras experiencias sea útil para otros trabajadores de salud que tienen que hacer frente a problemas similares en su la-

bor de mejorar el estado de la salud de las personas que habitan en las regiones en desarrollo. ■

## REFERENCIAS

1. Williams, C. D. y Jelliffe, D. B. *Mother and Child Health: Delivering the Services*. London, Oxford University Press, 1972.
2. Marshall, F. N. Tetanus of the newborn, with special reference to experiences in Haiti. *Adv Pediatr* 15:65-110, 1968.
3. Berggren, W. L. Control of neonatal tetanus in rural Haiti through the utilization of medical auxiliaries. *Bull Pan Am Health Organ* 8(1):24-29, 1974.
4. King, K. W., Fougère, W., Webb, R. E., Berggren, G., Berggren, W. L. e Hilaire, A. Preventive and therapeutic benefits in relation to cost: Performance over 10 years of Mothercraft Centers in Haiti. *Am J Clin Nutr* 31:679-690, 1978.
5. Rawson, I. G. y Berggren, G. Family structure, child location and nutritional disease in rural Haiti. *J Trop Pediatr* 19:288-298, 1973.
6. Fougère, W. y King, K. W. Capitulation as a key ingredient to eradication of severe malnutrition in children. *J Trop Pediatr* 21:240-248, 1975.
7. Balldin, B., Hart, R., Huenzes, R. y Versluys, Z. *Child health: A Manual for Medical Assistants and Other Rural Health Workers*. Nairobi, Kenia, African Medical and Research Foundation, 1975.

### A retrospective review of maternal and child health services at the Albert Schweitzer Hospital in rural Haiti (Summary)

Various programs and services established over the 25-year history of the Albert Schweitzer Hospital in Haiti have been directed at improving the health status of mothers and children living in the rural district that it serves. The long-term effects desired from these programs and services have not always materialized. For example, efforts directed at changing the prevailing pattern of malnutrition have not had a dramatic impact on the morbidity and mortality associated with newly-discovered cases. Today malnutrition remains the principal public health problem in the hospital district, although progress has

been made in hospital treatment of established cases, in the pediatric clinics, and in the community programs. At the same time, implementation of immunization (especially tetanus control), health surveillance, health education, and improved tuberculosis control activities have produced gratifying reductions in overall maternal and child morbidity and mortality in the Schweitzer Hospital district. We hope that this brief account of our experiences will be helpful to others encountering similar problems in their work to improve the health status of people living in developing areas.

### Uma revista retrospectiva dos serviços de saúde materno-infantil do Hospital Albert Schweitzer no Haiti rural (Resumo)

Os vários programas e serviços estabelecidos durante os 25 anos de história do Hospital Albert Schweitzer no Haiti, orientavam-se ao

melhoramento do status de saúde de mães e crianças que vivem na área rural que o hospital atende. Nem sempre materializaram-se os

efeitos a longo prazo que se desejavam obter mediante esses programas e serviços. Como um exemplo: os esforços realizados no sentido de mudar a padrão de desnutrição prevalente, não exerceram um impacto dramático sobre a morbidade e mortalidade que se relacionam com casos recém descobertos. Ainda hoje a desnutrição permanece sendo o principal problema de saúde pública na área de influência do hospital, apesar de que se haja feito algum progresso no tratamento hospitalar de casos estabelecidos, nas clínicas pediátricas e nos programas da comunidade.

Simultaneamente a implementação da imunização (especialmente o controle do tétano), vigilância sanitária, educação higiênica e o melhoramento das atividades de controle da tuberculose, mostram decréscimos gratificantes tanto na morbidade como na mortalidade materno-infantil na área servida pelo hospital Albert Schweitzer. Esperamos que este breve relato das nossas experiências ajude a outros companheiros que se encontrem com problemas similares no seu trabalho de melhoramento do status de saúde dos habitantes das áreas em desenvolvimento.

### **Examen rétrospectif des services médicaux pour la mère et l'enfant à l'hôpital Albert Schweitzer, en Haïti rurale (Résumé)**

Depuis 25 ans de fonctionnement de l'hôpital Albert Schweitzer, en Haïti, ont été créés divers programmes et services destinés à améliorer l'état de santé des mères et des enfants qui habitent le district rural où se trouve situé l'hôpital. Les résultats à long terme que l'on attendait de ces programmes et services ne se sont pas toujours matérialisés. Par exemple, les efforts réalisés afin de changer le modèle prévalent de malnutrition n'ont pas eu un effet important sur la morbidité et la mortalité pour les cas récemment décelés. En fait, la malnutrition continue d'être le principal problème de santé publique dans le district où se trouve l'hôpital, quoique dans les cliniques pédiatriques et en ce qui touche aux programmes pour la collectivité certains

progrès ont été réalisés quant au traitement hospitalier des cas déjà établis. En même temps, la mise en pratique de l'immunisation (spécialement pour le contrôle du tétanos), la supervision de la santé, l'éducation en vue de maintenir la santé et les activités de contrôle amélioré de la tuberculose ont eu comme résultat des diminutions satisfaisantes de la morbidité et de la mortalité totales des mères et des enfants, dans le district de l'hôpital Albert Schweitzer. Nous espérons que ce bref exposé de ces expériences sera utile à d'autres spécialistes qui ont à faire face à des problèmes similaires dans leurs efforts pour améliorer la santé des personnes qui habitent dans les régions en développement.