

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

**CONSIDERACIONES SOBRE EL SERVICIO DE EMERGENCIA  
DE PEDIATRIA EN EL HOSPITAL GENERAL**

**TESIS**

presentada a la Junta Directiva de la Facultad  
de Ciencias Médicas de la Universidad de San  
Carlos de Guatemala, por

**GONZALO ANDRADE URREJOLA**

Interno de la Primera Sala de Cirugía de Hombres, Sección A;  
Segunda Sala de Medicina de Hombres; Ex-Asistente de Resi-  
de la Emergencia de Pediatría en el Hospital General; Ex-  
Interno de la Maternidad del Hospital Roosevelt; Ex-Interno del  
Centro Médico; Ex-Interno de la Sala de Ginecología del Hospital  
José; Ex-Vocal 4º de la Junta Directiva de la Facultad de  
Ciencias Médicas

En el acto de su investidura de

**MEDICO Y CIRUJANO.**



**GUATEMALA, JUNIO DE 1957.**

## PLAN DE TESIS

- I.—Introducción.
- II.—Datos Históricos.
- III.—Organización y Local.
- IV.—Del Equipo Médico.
- V.—Funcionamiento.
- VI.—De los problemas.
- VII.—Datos Estadísticos.
- VIII.—Comentario acerca de ciento treinta y un registros médicos.
- IX.—Proyecto de Reorganización y ampliación del Servicio de Emergencia de Pediatría en el Hospital General.
- X.—Conclusiones.
- XI.—Bibliografía.

## I.—INTRODUCCION

El desarrollo objetivo del presente trabajo de tesis ha sido posible gracias a la existencia, en el Hospital General, del Servicio de Emergencia de Pediatría, el cual es de creación relativamente reciente, si se toma en cuenta el tiempo que tienen de existir la gran mayoría de instituciones asistenciales de índole hospitalaria que funcionan en nuestro país.

Manteniendo ya, subjetivamente, la idea de que en el medio centroamericano y de acuerdo con los requerimientos nacionales, es preciso desarrollar temas de carácter experimental, que puedan contribuir en alguna forma al mejor conocimiento y solución de nuestros problemas infantiles, me pareció de una singular oportunidad e interés el tema que me he propuesto desarrollar, no sin antes coleccionar, de una manera general, algunos datos que se podrían denominar históricos del Servicio de Emergencia de Pediatría.

Pero antes de llevar a cabo un enfoque somero de dichos aspectos, quiero manifestar que el presente trabajo no debe ser considerado como un estudio exhaustivo o integral, sino antes bien, ser tomado en cuenta como una aportación inicial para estos aspectos de la Medicina Social que indudablemente serán mejor desarrollados en un futuro no lejano, cuando las variaciones de la ciencia y de la misma Medicina Social, así como del personal con que se cuente, permitan que establezcan, obligadamente, nuevas normas de estudio y de trabajo.

## II.—DATOS HISTORICOS

El Servicio de Emergencia de Pediatría del Hospital General de Guatemala, fue establecido en el mes de noviembre de 1954, con el objeto que hubiera una mejor y rápida atención de los niños que eran llevados al Hospital durante las horas de la tarde y la noche, así como de los que estando hospitalizados, necesitaran atención inmediata fuera de las horas en que los Médicos Jefes de los Servicios correspondientes hubiesen pasado su visita. Es decir, crear el Servicio adecuado que pudiera atender, con personal suficiente los casos de urgencia suscitados dentro y fuera del Hospital y, además poder hacer tratamientos en aquellos casos que no requieren hospitalizarse sino tan sólo unas horas de atención, tales como deshidrataciones leves, examinadas y remitidas por la Clínica de Niños del Servicio de Consulta Externa.

Anteriormente, tanto niños como adultos, e indistintamente casos de Medicina y Cirugía, eran atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital General por el mismo personal técnico, dándose el caso que al lado de un adulto enfermo se colocaba a un niño en iguales condiciones por las limitaciones del espacio.

Esta atención entonces, no podía ser eficiente desde ningún punto de vista, puesto que médicos, practicantes y personal auxiliar no entrenados y por añadidura con un trabajo agobiante, no podían enfrentarse exitosamente al problema especial que constituye un caso de urgencia médica o quirúrgica en el niño. Y si en algunos casos, sobre todo en urgencias de tipo médico, el paciente adulto puede sobrellevar su enfermedad con sólo la administración de ciertos medicamentos, gracias a su sistema de defensa orgánica mejor desarrollada, no sucede lo mismo con los niños en quienes, a la terapéutica medicamentosa no se

agregaban las medidas de orden higieno-dietético que ellos necesitan.

Pero, como a medida que la Ciencia va encontrando nuevos cauces y que las disciplinas médicas se han ido organizando en mejor forma, la Asistencia Social se ha subdividido a su vez, en tipos específicos; estas ideas inspiraron a las autoridades de entonces para la creación de un Servicio de Emergencia de Pediatría.

En esta forma, tomando ya un carácter especializado, la atención de niños con afecciones de urgencia, tanto médica como quirúrgica, ha tenido que ser lógicamente, más eficaz y más ceñida a normas de carácter puramente pediátrico, siendo justo hacer notar que la creación y funcionamiento de tal Servicio, implica un avance en el progreso médico de Guatemala y una mejor atención médico-hospitalaria al niño enfermo.

## III.—ORGANIZACION Y LOCAL

Durante los primeros diez meses de su funcionamiento, el Servicio de Emergencia de Pediatría del Hospital General, estuvo integrado por cuatro practicantes que se turnaban periódicamente las guardias, supervisados por un Médico Pediatra, complementado por personal auxiliar realmente escaso (una enfermera graduada y una auxiliar), y alojado en dos cuartos: una sala de espera y un cuarto de examen y tratamiento.

Conjuntamente con la iniciación del Servicio de Emergencia, la Clínica de Pediatría del Servicio de Consulta Externa atendió dos horas por la tarde ya que servía al público solamente durante la mañana, lo que era insuficiente por el número de niños que necesitan de tal servicio; pero habiéndosele asignado un cuarto adyacente al del Servicio de Emergencia, la sala de espera hubo de ser com-

partida por ambos, con la aglomeración de gente, confusión e incomodidad de trabajo que es de suponer.

Posteriormente, habiéndose prolongado la consulta en dos horas más por la tarde, dicha Clínica fue llevada a ocupar el lugar que por lógica le corresponde: junto a las demás Clínicas del Servicio de Consulta Externa.

Este Servicio era, pues, una especie de formación embrionaria, por decirlo así, de lo que después vino a constituir el actual, establecido en el mes de octubre de 1955, con una organización más ambiciosa y más acorde con las necesidades asistenciales, puesto que en la actualidad cuenta con el siguiente personal técnico:

Tres Médicos Residentes, nombrados por concurso de oposición (de credenciales y examen técnico).

Cinco Asistentes de Residente, nombrados por concurso de oposición.

Tres Enfermeras Graduadas; y

Tres Enfermeras Auxiliares.

Y en un local que consta de: una sala de espera; una sala de interrogatorio y recopilación de datos; un cuarto de examen y un cuarto de tratamiento y observación; ubicado dentro del edificio del Hospital General en la misma sección que ocupan las Salas Cunas, en el lado Noreste, con acceso desde la calle.

De esta manera, si se compara el estado actual del Servicio con el que ha sido descrito anteriormente, se puede ver que ha mejorado considerablemente, a pesar que aún no llena las condiciones ideales para un servicio de su naturaleza.

#### IV.—DEL EQUIPO MEDICO

El Servicio de Emergencia de Pediatría cuenta con un libro de registro en donde se apunta la fecha, hora de ingreso del enfermo, nombre, edad, nombre de la persona que lo conduce y relación con él, dirección, diagnóstico, trata-

to y firma del médico o practicante que primero conoció el caso. Cuenta además con cuatro mesas de examen, seis mesas pequeñas para niños bajo observación o tratamiento, tiendas de oxígeno de material plástico, un esterilizador pequeño, un equipo de examen clínico, uno de resucitación, un negatoscopio y un carro de curaciones con todo indispensable.

En el Departamento de Salas Cunas hay una sección de suministros, la cual provee al Servicio de Emergencia de equipos de cirugía menor, de punción lumbar, disección de venas, material hipodérmico, etc., material que en ocasiones no basta por el número de pacientes que acuden a la

Durante el día, es necesario utilizar el Departamento de Rayos X de las Salas Cunas y el Laboratorio de la Consulta Externa, y durante la noche, los servicios de Laboratorio que están de guardia.

El arsenal de medicamentos, al igual que en el resto de nuestro Hospital General, está sujeto a variaciones de proveeduría que determinan una falta de uniformidad en ciertos tratamientos, uniformidad que sería deseable si se quisiera dar al público servicios comprobados igualmente eficaces.

#### V.—FUNCIONAMIENTO

El Servicio de Emergencia de Pediatría funciona de manera continua las 24 horas del día como es de esperar en un servicio de tal naturaleza. De las ocho a las diez y siete horas hay un Médico Residente y dos Asistentes Residentes; de las diez y siete a las veinte horas del día siguiente hay un médico y un asistente.

Los casos que son atendidos proceden unos, espontáneamente llevados por sus padres, familiares o autoridades; otros son remitidos por profesionales, y otros por fin, son enviados por la Clínica de Consulta Externa o por Institu-

ciones Asistenciales de la ciudad y de otras partes de la República, que no cuentan con recursos (personal o equipo) adecuados para atenderlos.

Además el Servicio atiende los casos de urgencia que se presentan en las Salas Cunas como en los Servicios de Cirugía y Medicina de Niños durante las horas de la tarde; al principio se prestaba este servicio también por la noche; pero dado el recargo de trabajo se organizó un sistema de guardias que transfiere la responsabilidad nocturna de estas Salas a los Internos de las mismas.

En los primeros meses de su funcionamiento, los datos clínicos y médico-sociales de cada paciente atendido, se consignaban en libros destinados al efecto. Luego se estableció un libro especial para desarrollar una observación clínica detallada, con la desventaja de que no cumplió su cometido puesto que los casos eran apuntados uno tras otro, sin que se siguiera una correcta evolución de los mismos y, además, no se podían adjuntar a cada observación las hojas de temperatura, exámenes de laboratorio y otros datos complementarios.

Para solucionar estos inconvenientes, desde el mes de febrero del año en curso, se están utilizando registros clínicos mimeografiados, en los que se consignan los datos generales, antecedentes, historia, examen clínico, diagnóstico, tratamiento, consultas y evolución; archivándose con la papelería complementaria una vez cancelado el caso.

Respecto a la atención de los pacientes propiamente dicho, podemos considerarla, según el caso, en diferentes aspectos:

- 1) Pequeños traumatismos tales como heridas, contusiones, erosiones, etc.; se hace sutura o primera curación y control posterior hasta la completa recuperación.
- 2) Traumatismos graves resultantes del atropello por un vehículo, heridas de consideración, etc., reciben

una atención inmediata y los exámenes complementarios que sean necesarios, permaneciendo el paciente en observación y tratamiento el tiempo prudencial para dar el cuidado, propiamente, de urgencia; luego se hace el ingreso al servicio correspondiente, o bien se entrega al niño a los familiares o encargados con indicaciones precisas sobre nuevos controles.

- 3) Casos quirúrgicos tales como apendicitis agudas, oclusiones intestinales, etc., reciben atención de urgencia, mientras según la naturaleza del caso se llama en consulta a un cirujano, generalmente Residente del Servicio de Emergencia de Adultos, quien si interviene en el tratamiento, toma al paciente bajo su responsabilidad inmediata y futura.
- 4) Los casos de urgencia de orden médico, son examinados prontamente instituyendo el tratamiento correspondiente, y si no es posible ingresar al niño por falta de lugar en los servicios, continúan siendo tratados por el tiempo que sea necesario.
- 5) Los sábados por la tarde, domingos y días festivos, se presta atención a los casos de Consulta Externa, ya que este Servicio permanece cerrado en los días indicados; otro tanto sucede con los pacientes sujetos a vacunación antirrábica, en particular, que acuden tales días a recibir la dosis indicada, cuando no trabaja la dependencia correspondiente de Sanidad Pública.
- 6) Se efectúan los tratamientos indicados por la Clínica de Consulta Externa, tales como transfusiones, hidrataciones, etc.
- 7) Los casos de especialización tales como cuerpo extraño en ojos, oídos; fracturas no expuestas de los miembros, etc., una vez atendidos de urgencia son remitidos a las consultas correspondientes.

- 8) Se practican además, exámenes clínicos para determinar el estado de salud de niños que van a ingresar a Instituciones Asistenciales, mientras la madre se hospitaliza, ya que dichos centros requieren tal determinación previa.

## VI.—DE LOS PROBLEMAS

Al Servicio de Emergencia de Pediatría, acuden diariamente madres cuyos hijos no pudieron ser atendidos en la Clínica de Consulta Externa —ya sea por la hora en que llegan o por el número excesivo— demandando atención para los mismos. En virtud de lo anterior, en el Servicio se reciben y muchas veces se atienden numerosos casos que podrían ser tratados correctamente en la Consulta de Pediatría.

Indudablemente esto se debe no sólo a la falta de organización eficaz en ciertos aspectos de la asistencia hospitalaria, sino también a la gran población infantil que constantemente acude al Hospital en busca de tratamiento.

Otro de los problemas que frecuentemente se presenta en el Servicio de Emergencia de Pediatría, lo constituye el gran número de niños que son llevados en calidad de "recomendados", ya sea por el Servicio Social o bien por otros elementos administrativos, debido a que la madre queda hospitalizada, proceden de lejos, o por ser horas en que no funcionan las Instituciones que debieran acogerlos.

Por otra parte, la falta de camas en los servicios internos de Niños por superpoblación hospitalaria, hace que se retengan en "Emergencia" algunos pacientes por más de 48 horas, lo cual, de acuerdo con las normas que deben regir los servicios de emergencia es incorrecto, no sólo porque ocupan el espacio que corresponde a los casos más urgentes, sino también porque muchas veces podrían ser portadores de enfermedades infecto-contagiosas, cuyo destino

específico debe ser una sección de aislamiento que no hay en el Hospital General.

Existe también el caso del niño prematuro. Frecuentemente son llevados al Servicio de Emergencia, niños prematuros procedentes de otras instituciones o de sus hogares, para que sean sometidos al tratamiento debido. Para estos niños se cuenta con una incubadora la cual no constituye la respuesta al problema, ya que para resolverlo debe contarse con personal específicamente entrenado en la atención de estos casos así como un equipo adecuado.

Como consecuencia lógica, el niño prematuro no es atendido de acuerdo con los preceptos pediátricos actuales y, por ende, aumenta la mortalidad infantil.

Es sensible además, la falta que hace la creación de una plaza de Cirujano Pediatra Residente, puesto que los niños son operados por cirujanos, desde luego hábiles, pero que reconocen su limitado manejo de la medicación pre y post-operatoria del niño, creándoseles a ellos un problema de responsabilidad que no debieran tener.

Los tratamientos que ordena la Clínica de Consulta Externa, tales como transfusiones, hidrataciones, etc., implican otra anormalidad porque además de ocupar una cuna necesaria para los casos urgentes, requieren atención del personal técnico. Tales casos debieran ser tratados en un local de la Consulta Externa.

La mejora del Servicio de Ambulancias vendría, por otra parte, a subsanar el problema que constituye la gran afluencia de niños al Hospital, ya que hay casos que podrían ser tratados en su casa y visitados diariamente por el Practicante. Esto evitaría al Hospital un gasto mayor y a la familia ciertas incomodidades que se describen en el párrafo siguiente.

En orden de importancia por fin, viene el problema que se refiere al hecho de que mientras un niño se encuentra bajo observación o tratamiento, él o los encargados del mismo tienen que permanecer en la sala de espera sin poder

salir, muchas veces por dos, tres o cuatro días, debido a que así lo dispone el Reglamento Interno, con el objeto de evitar el abandono de niños como sucede con frecuencia en nuestro medio.

La permanencia de los padres o encargados en la sala de espera por períodos tan largos, implica un trastorno en la atención del resto de la familia, además de un hacinamiento innecesario en un local que no tiene comodidades de ninguna especie.

### VII.—DATOS ESTADISTICOS

El Servicio de Emergencia de Pediatría atendió, durante el año de 1956 un total de 13,229 pacientes, repartidos en la forma siguiente:

MES	Total
Enero .....	1,079
Febrero .....	1,011
Marzo .....	1,218
Abril .....	1,166
Mayo .....	1,021
Junio .....	960
Julio .....	1,132
Agosto .....	1,094
Septiembre .....	1,110
Octubre .....	997
Noviembre .....	1,266
Diciembre .....	1,175
<b>SUMA .....</b>	<b>13,229</b>

Desafortunadamente, al Departamento de Estadística del Hospital General, le fue imposible proporcionarnos datos

referentes al número de pacientes atendidos durante los primeros trece meses de funcionamiento del Servicio.

En el mes de enero de 1957, se atendieron 946 niños; podemos calcular entonces, promediando las estadísticas mensuales que tenemos a mano, y sin temer un gran error, que desde el mes de noviembre de 1954 al mes de enero de 1957, se prestó servicio, aproximadamente, a 28,300 pacientes.

Durante los meses de febrero, marzo y abril del año en curso, acudieron al Servicio 3,205 niños, que se distribuyen así:

Casos de urgencia de tipo médico .....	1,735	54.13%
Casos de urgencia de tipo quirúrgico....	1,237	38.60%
Casos que no eran de urgencia .....	233	7.27%
<b>SUMA .....</b>	<b>3,205</b>	<b>100.00%</b>

Sin embargo, a los 233 casos no urgentes que acudieron directamente, hay que agregar 304 pacientes, remitidos por la Consulta Externa, lo que hace subir el porcentaje sensiblemente.

Entre los 1,735 casos de urgencia de tipo médico, la Toxicosis y la Bronconeumonía son las afecciones que se presentan con mayor frecuencia, con una incidencia de 4.70% y 2.87%, respectivamente. El resto lo constituyen casos de Meningitis, Estados asmáticos, Convulsiones febriles, Cólicos intestinales, Estado de Mal Epiléptico, etc., a razón de 2, 4, 10 casos por afección.

De los 1,237 casos de urgencia de tipo quirúrgico, son las fracturas, y entre ellas, las del antebrazo con una incidencia de 4.2%, las que se presentan con mayor frecuencia. El resto lo constituyen casos de conmociones cerebrales, quemaduras, niños atropellados, heridas cortantes, etc.

### VIII.—COMENTARIO ACERCA DE CIENTO TREINTA Y UN REGISTROS MEDICOS

Aunque a primera vista el hecho de comentar acerca de un número dado de registros clínicos parezca salirse del tema principal de esta tesis, creo ineludible hacerlo, para mostrar mediante tablas comparativas de tratamientos usados y resultados obtenidos con los mismos, las deficiencias de la parte técnica del Servicio de Emergencia de Pediatría, producto algunas veces del desigual suministro de medicamentos que menciono en un capítulo anterior, y otras veces, como en el caso de la Toxicosis, de la falta de unificación de criterio terapéutico entre médicos y practicantes. La parte clínica no será mencionada más que lo estrictamente necesario.

De dichos registros se escogieron cincuenta casos de Bronconeumonía y ochenta y un casos de Toxicosis, que acudieron al Servicio de Emergencia de Pediatría durante el lapso comprendido entre el primero de febrero y el treinta de abril de este año, por ser estas las afecciones que tienen mayor incidencia en nuestro medio, dentro de los casos de urgencia de tipo médico, y además porque son las que mejor ejemplifican los conceptos que ya adelanté.

En lo referente a los cincuenta casos de Bronconeumonía que han sido revisados, nos hemos podido dar cuenta, que tanto la historia de la enfermedad propiamente dicha, los antecedentes, la edad, el examen clínico y los datos complementarios registrados en las papeletas, coinciden con las descripciones clásicas que se encuentran en los textos correspondientes.

Respecto a "conducta terapéutica", se siguieron las actuaciones siguientes:

- a) Oxígeno, 4 a 6 litros por minuto, en tienda; todos los casos;

- b) Analépticos (Analepsina, Coramina, Lobelina); cuando se consideró necesario;

- c) Antibióticos:

I.—Penicilina-Estreptomina .....	35 casos
II.—Tetraciclina .....	5 casos
III.—Penicilina .....	4 casos
IV.—Penicilina-Tetraciclina .....	3 casos
V.—Penicilina-Sulfonamidas .....	3 casos

- d) *Dieta*: en 25 casos fue necesario instituir un régimen de leche ácida semidescremada (tipo Eledón) tomando en cuenta la crisis de Diarrea Parenteral que suele acompañar a ciertos cuadros de infección respiratoria; y
- e) *Hidratación*: se hizo tratamiento de hidratación por vía parenteral en todos los casos que fue necesario.

En todos los casos que se usó Penicilina con exclusividad, se indicó siempre el tipo cristalina; las Tetraciclina se administraron por vía endovenosa.

La conducta terapéutica que hemos descrito, utilizada en el Servicio de Emergencia de Pediatría, logró los resultados siguientes:

Devueltos a sus padres en buenas condiciones ....	23 casos
Ingresados a una Sala Cuna, mejorados .....	15 casos
No mejorados y entregados a sus padres a requerimiento de éstos .....	3 casos
Ingresados a una Sala Cuna, no mejorados .....	3 casos
Fallecidos durante su estancia en el Servicio ....	6 casos

De los datos clasificados anteriormente, se deduce que la incidencia de mortalidad en los casos tratados, fue de un 12%, aunque en un 6% de los casos se ignora el resultado, puesto que fueron entregados a sus padres por exigencia de los mismos, por lo que se presume, dado que fueron egresa-

dos en muy malas condiciones, que posiblemente fallecieron, lo que podría acercar el índice de mortalidad a un 18%.

En muchos casos diagnosticados como Bronconeumonía, quisimos emplear antibióticos de amplio espectro, que los conocimientos mundiales han reportado como de una más rápida y segura efectividad, pero desafortunadamente no habían en cantidad suficiente, o bien no contábamos con ellos en el momento preciso, por lo que hubo que conformarse con los medicamentos a mano.

Si se piensa que una buena parte de estos niños llega al Hospital después de haber recibido una o varias inyecciones de Penicilina o algún otro antibiótico, se tiene la respuesta al porqué, algunos de estos pacientes salen adelante con cierta facilidad, cuando se adjunta a la antibiótico-terapia el oxígeno, dieta y cuidados especiales, que el Hospital General aun dentro de su pobreza, puede hasta cierto punto proveer.

Todo lo anterior está de acuerdo con las informaciones actuales acerca de esta afección, que apenas hace unos años, en la era pre-antibiótica y en niños menores de dos años, era considerada como ineludiblemente fatal.

En la revisión de los ochenta y un registros médicos de Toxicosis, pudimos obtener los siguientes datos referentes a la terapéutica flúida reitutiva que por vía parenteral se empleó en el Servicio de Emergencia de Pediatría, y sus resultados.

Tabla comparativa de las infusiones venosas empleadas

Solución de Hartmann i.v. seguida de solución de Ringer i.v. ....	22 casos
Solución de Hartmann i.v. seguida de solución de Dextrosa en agua al 5% i.v. ....	15 casos
Solución de Hartmann i.v. seguida de solución de Dextrosa al 5% en solución salina normal i.v. ....	12 casos

Solución de Hartmann i.v. seguida de solución de Ringer i.v. seguida de solución de Dextrosa en agua al 5% .....	11 casos
Solución de Hartmann i.v. seguida de solución de Dextrosa al 5% en solución Salina normal y más tarde de "Periston" (compuesto de polivinil pirrolidón Bayer) i.v. ....	9 casos
Solución de Hartmann i.v. seguida de solución de Dextrosa al 5% en solución Salina normal y más tarde de Plasma i.v. ....	6 casos
Solución de Ringer i.v. seguida de solución de Dextrosa en agua al 5% .....	6 casos
<b>TOTAL</b> .....	<b>81 casos</b>

Con los siguientes resultados:

Ingresados a una Sala Cuna, mejorados .....	30 casos
Entregados a sus padres, mejorados, para continuar tratamiento en la Consulta Externa .....	27 casos
Ingresados a una Sala Cuna, no mejorados .....	10 casos
Entregados a sus padres, no mejorados .....	3 casos
Fallecidos durante su estancia en el Servicio .....	11 casos (13.5%).

Como se ve en la tabla comparativa de los tratamientos usados para combatir la deshidratación, privó en todos los casos, el criterio de administrar una solución anfótera, probablemente por carecer del dato de la Reserva Alcalina, o bien porque clínicamente no se pudo establecer un cuadro definido de Acidosis.

Es notorio el hecho que en 32 registros clínicos no está apuntado el peso del paciente.

Por otra parte no se ha podido establecer un criterio uniforme, entre el personal técnico (médicos y practicantes) del Servicio de Emergencia de Pediatría, para adoptar una conducta unánime ante los casos de Toxicosis.

De manera, pues, que se ha procedido empíricamente, por decirlo así, a la restitución del balance hídrico y electrolítico existente, lo que desde luego no implica una culpabilidad total de nuestra parte, ya que no contamos con un laboratorio adecuado para hacer determinaciones exactas del estado humoral del momento y, no siempre se cuenta con las soluciones apropiadas para hacer una terapéutica correcta de hidratación. El plasma normal humano por ejemplo, se ha usado en raras ocasiones cuando ha sido posible obtenerlo.

Estamos de acuerdo al pensar que el inicio del tratamiento activo no debe retrasarse hasta tener los datos del estado humoral del paciente, pero una vez iniciado, es imprescindible tenerlos como una guía para no caer en el empirismo que mencionaba anteriormente.

Con la Reserva Alcalina, al menos podríamos utilizar el sistema de algunas escuelas pediátricas, predominantemente sajonas, que utilizan entre otros, tal dato, no sólo para hacer el cálculo específico de la cantidad de soluciones que se administrarán por venoclisis, sino también para evaluar las posibilidades pronósticas de cada caso.

Sería conveniente instituir una pauta de conducta a seguir frente a los casos de Toxicosis, basada en el hecho que aun cuando los datos de laboratorio son deseables al planear una terapia flúida por vía parenteral, los requisitos primarios para el tratamiento de tales pacientes son: un conocimiento de los requerimientos básicos diarios, una comprensión de la patogénesis del proceso patológico en cuestión y una cuidadosa apreciación clínica a intervalos frecuentes para regular la terapéutica.

## IX.—PROYECTO DE REORGANIZACION Y AMPLIACION DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DE PEDIATRIA EN EL HOSPITAL GENERAL

Aunque desde luego reconocemos que la población hospitalaria ha sobrepasado las capacidades del Hospital General, creemos posible adaptar tal Servicio al edificio que actualmente ocupa dicha institución, si se pide la colaboración técnica apropiada, puesto que el espacio que vendría a ocupar no sería excesivo.

### *Local:*

El Servicio deberá constar de una sala de espera amplia, con buena luz y ventilación, con tres o cuatro sanitarios para niños y uno para adultos; un cuarto, comunicado al anterior y un poco más pequeño, dotado de sillones con respaldo inclinable, destinado al reposo de los padres o encargados que tengan que permanecer por más de doce horas en el local; dos cuartos de interrogatorio con su mobiliario completo: escritorio y sillas; un cuarto de examen con cuatro mesas dotadas de sus respectivos equipos de examen clínico; un cuarto grande de observación y tratamiento, con temperatura constante, dotado de ocho cunas cada una con tienda de oxígeno; un anexo con dos incubadoras, aislado del anterior y con equipo exclusivo (material médico-quirúrgico, ropa, etc.).

### *Personal:*

- 1) Cuatro Médicos Residentes de los cuales uno sea Cirujano Pediatra.
- 2) Cinco Asistentes de Residente.
- 3) Una Enfermera Graduada Jefe de Servicio, especializada en Enfermería Pediátrica.
- 4) Cuatro Enfermeras Graduas.

- 5) Doce Enfermeras Auxiliares: una por cada 8 niños para cubrir el promedio de 24 a 30 niños diarios.

#### Relaciones:

Tres relaciones fundamentales se establecerán para el Servicio de Emergencia de Pediatría: la Clínica de Consulta Externa, el Servicio de Ambulancias y el Servicio Social.

La Clínica de Consulta Externa deberá remitir sólo aquellos casos que sean de verdadera urgencia.

El Servicio de Ambulancias deberá, estando bien dotado, tratar en sus casas aquellos niños con deshidratación inicial, convulsiones febriles, etc., visitándolos diariamente para no sobrecargar el Hospital.

El Servicio Social guardará una relación importante con el Servicio de Emergencia de Pediatría, destacando algunos de sus trabajadores sociales para conocer la situación socio-económica de cada paciente y resolver el problema de los padres que tienen que volver a sus hogares.

#### Funcionamiento:

Los casos serán atendidos de inmediato a la luz de los conocimientos científicos actuales y de acuerdo a normas establecidas en reuniones periódicas entre el personal técnico. El Servicio de Emergencia tendrá a su disposición en la sección de suministros, una reserva de equipos (material médico-quirúrgico, incubadoras, etc.), cuando sus recursos a mano, no sean suficientes.

El Servicio no deberá retener un paciente por más de 24 horas, ingresándolo al lugar donde corresponda, en donde recibirá la atención y observación inmediata por parte del Interno.

Todo lo expuesto en lo que atañe a la reorganización fundamental del Servicio de Emergencia de Pediatría, deberá considerarse como una pauta o referencia, que será modificada de acuerdo con las circunstancias.

## X.—CONCLUSIONES

- 1.—Dada las condiciones de atención al niño en los casos de urgencia en nuestro medio hospitalario, era necesaria la creación del Servicio de Emergencia de Pediatría en el Hospital General.
- 2.—Durante el tiempo que tiene de funcionar, es indudable que el Servicio de Emergencia de Pediatría ha solucionado en parte considerable el problema de la Pediatría de Urgencia en los niños que acuden al Hospital General.
- 3.—El local que ocupa actualmente el Servicio de Emergencia de Pediatría, es inadecuado tanto por su ubicación como por su disposición.
- 4.—El personal técnico, en lo referente a médicos y enfermeras es insuficiente, siendo necesario e impostergable completar tal personal con un Cirujano Pediatra, una Enfermera Graduada especializada en ~~Enfermeras es insuficiente, siendo necesario e impos-~~
- 5.—Es indudable que la Clínica de Pediatría de Consulta Externa no llena sus funciones, desde el momento que gran número de niños que no son casos de urgencia son remitidos al Servicio de Emergencia.
- 6.—Un Servicio de Ambulancias bien organizado, contribuiría a solucionar el problema de superpoblación hospitalaria.
- 7.—El Servicio Social debiera tomar a su cargo la solución del problema que constituyen los parientes del niño en la sala de espera durante tanto tiempo.
- 8.—Entre las afecciones de urgencia de tipo médico más frecuentemente registradas en el Servicio de Emergencia de Pediatría, se cuentan la Toxicosis y la Bronconeumonía.

- 9ª.—Dada la forma y medio de trabajo, el tratamiento que se hace para la Toxicosis en el Servicio de Emergencia de Pediatría, no lleva una norma basada en exámenes de laboratorio; el ideal sería que existieran pautas para tal tratamiento, lo que facilitaría el trabajo del personal técnico.
- 10ª.—La reorganización y ampliación del Servicio de Emergencia de Pediatría es factible porque no exige un gran espacio ni un presupuesto demasiado elevado, teniendo como corolario un mayor beneficio social.

GONZALO ANDRADE URREJOLA

Vº Bº,

Dr. Manuel Antonio Girón.

Imprimase,

Dr. José Fajardo

Decano.

## XI.—BIBLIOGRAFIA

- Barón, J.—Práctica Pediátrica, 1ª Ed., Editorial Atlante, México, 1952.
- Bland, J. H.—Clinical recognition and management of Disturbances of Body Fluids. 2nd. E. W. B. Saunders Co., 1956.
- Cecil, R. L.—Las especialidades en la Práctica General, trad. española, 1ª Ed., Editorial Salvat, S. A., 1955.
- De Sanctis, A. G.; Varga, Ch.—Manual de Urgencias en Pediatría, 1ª Ed., Editorial Juventud. Barcelona, 1955.
- Falconi, G.; Wallgren, A.—Tratado de Pediatría. Versión española, 3ª Ed., Ediciones Morata, 1956.
- Farrahan, J. P.—Medicina Infantil, 5ª Ed., Editorial Ateneo. Buenos Aires, 1942.
- Girón, M. A.—Pediatría Social, 1ª Ed., Editorial Universitaria, 1956.
- Monson Malice, C. M.—Elementos de Medicina Infantil, 1ª Ed., Editorial Universitaria, 1951.
- Rodríguez, G.—Tratado de Medicina Social, 3ª Ed., Tomo 2, Editorial Ateneo. Buenos Aires, 1946.