

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"REVISION DEL FUNCIONAMIENTO DE UN SERVICIO
DE EMERGENCIA DE PEDIATRIA"

TESIS

Presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos

Por

BYRON AUGUSTO ROSALES GONZALEZ

El el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION**
- II. DATOS HISTORICOS**
- III. ORGANIZACION Y LOCAL**
- IV. FUNCIONAMIENTO**
- V. ANALISIS DE DATOS ESTADISTICOS**
- VI. COMENTARIOS**
- VII. CONCLUSIONES**
- VIII. RECOMENDACIONES**
- IX. REFERENCIAS**

I. INTRODUCCION

Motivado por el gran movimiento de pacientes que hay en el servicio de emergencia de niños del Hospital Roosevelt decidí elaborar este trabajo con dos propósitos: uno, fue el de obtener un documento que contenga el análisis de la actividad de un servicio de emergencia de niños, a lo largo de un año.

Otro propósito, es el de motivar el análisis de las actividades que se realizan en los diferentes servicios de un centro asistencial con características de ser una entidad que presta servicios de salud a una población creciente y cambiante, y con la participación en ello de personal médico en formación profesional.

El análisis periódico se hace necesario para conocer las variaciones a que está sujeta la demanda de salud en una población que crece.

II. DATOS HISTORICOS

La Emergencia de Pediatría del Hospital Roosevelt, inició sus funciones el 2 de julio de 1957, prácticamente sobre la misma área que actualmente ocupa, a los 19 meses de que iniciara sus actividades el departamento. (14-XII-1955).

Con la distribución de las secciones según se ve en el diagrama N° 1, funcionó hasta el 1° de mayo de 1975. A partir de entonces se continuó según el diagrama N° 2 a la fecha.

Fue necesario el reacondicionamiento de dichas secciones para dar respuesta a la creciente demanda de atención médica, ya que era necesario proporcionar más comodidad y fluidez en el manejo de los pacientes, condiciones que ya no podía proporcionar la antigua distribución.

III. ORGANIZACION Y LOCAL

Situación geográfica:

El servicio de Emergencias de Niños, está ubicada en el área que pertenece al departamento de Pediatría y Cirugía Pediátrica. Distribuida en una sección para Pediatría y otra para Cirugía.

Físicamente está en el ala oriental del hospital, en el primer nivel.

Area de Emergencia:

Distribución:

- Clínica de cirugía y área de espera.
- Clínica de pediatría y sala de espera.
- Clínica para procedimientos pediátricos.
- Sección de hidratación (camillas).
- Estación de enfermería.
- (Ver diagrama de la Emergencia N° 2).

DESCRIPCION DE LA SITUACION FISICA ACTUAL DE CADA UNA DE LAS SECCIONES

Sección Cirugía Pediátrica:

- Un salón acondicionado, tanto para atención de emergencias como para efectuar procedimientos (cirugía menor) y examen clínico.
- Area de espera, enfrente al salón.

Sección de Pediatría:

Clínica:

- Tres cubículos apropiados para examen de niños lactantes.
- Dos cubículos apropiados para examen de niños de primera y segunda infancia.
- Un cubículo para procedimientos intensivos exclusivamente.
- Area destinada para mantenimiento del equipo y calentamiento de biberones.
- Un sanitario para uso exclusivo del personal.
- Un cuarto pequeño para efectuar medios físicos.
- La sala de espera para pacientes de pediatría, se encuentra en vestíbulo, anterior al área clínica.

Clínica para procedimientos pediátricos:

Localizada con el N° 3 el diagrama. Dividida en dos cubículos pequeños, de uso exclusivo para efectuar procedimientos (punciones lumbares, venoclisis, etc.).

Estación de Enfermería:

Comprende un salón contiguo a la clínica para procedimientos y enfrente a éste una estantería que contiene medicamentos de uso propio del servicio.

Sanitario para uso exclusivo de pacientes:

Identificado con el N° 4 en el diagrama. Además de funcionar como sanitario, en esa misma área se acumula la ropa sucia y los botes de basura.

Sección de Hidratación:

Un salón amplio, con una puerta de acceso grande, identificado con el N° 6 en el diagrama. En donde se encuentran mesas pequeñas con colchones, adecuadas para recibir lactantes enfermos.

(Ver Diagrama N° 1 y 2).

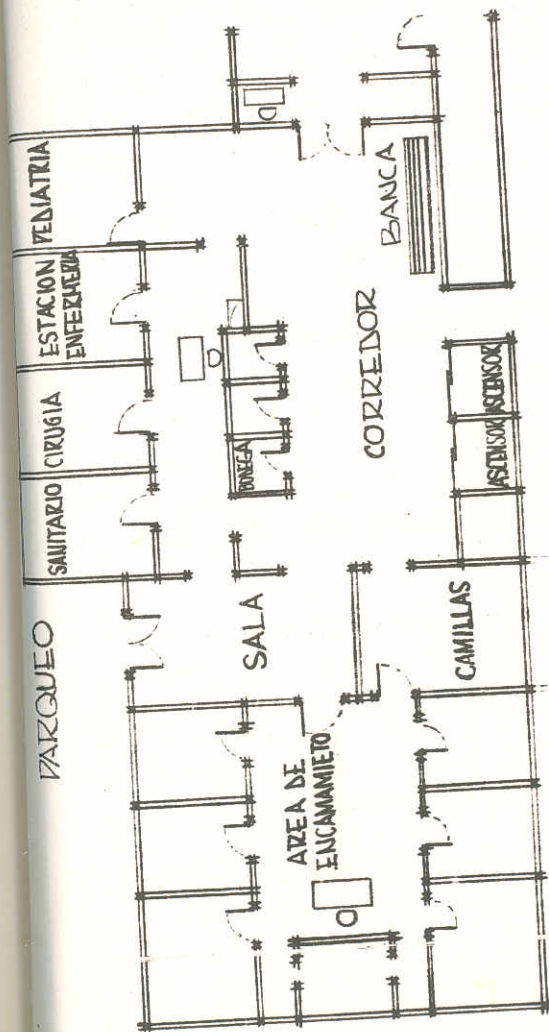


DIAGRAMA 1



DIAGRAMA 2

ORGANOGRAMA DE LA EMERGENCIA DE PEDIATRIA

DIRECTOR EJECUTIVO

JEFE DEPARTAMENTO

JEFE ENFERMERIA

JEFE DE SERVICIO

SUPERVISORA ENFERMERIA PEDIATRIA

JEFE DE RESIDENTES

RESIDENTE III

RESIDENTE II

RESIDENTE I

ENFERMERA GRADUADA, JEFE DE SERVICIO

INTERNO

ENFERMERA GRADUADA

ESTUDIANTE

ENFERMERA AUXILIAR

RECURSOS HUMANOS:**PARAMEDICO:**

1 Doméstico, en turnos rotatorios.

Enfermeras graduadas y Auxiliares de enfermería en turnos rotatorios, semanalmente.

MEDICO:**Días hábiles:**

- Un Jefe de Servicio, dos horas por la mañana.
- Un Residente de 2º año de post-grado, fijo de 7 a 16 horas.
- Un asistente de Residente de 1er. año de post-grado, atiende la sección de hidratación.
- Cinco internos de 7 a 16 horas.
- Cinco externos de las 7 a las 12 horas.
- Internos del servicio Consulta Externa, que asisten al servicio, desde que terminan su actividad en dicho servicio hasta las 16 horas.

Turnos de 16 horas a 7 horas y días de descanso:

- Un Residente de 2º año de post grado.
- Cinco internos.
- Externos que permanecen hasta la media noche.

IV. FUNCIONAMIENTO

Tanto el Servicio de Pediatría como el de Cirugía son atendidos independientemente. Cuando es oportuno se hacen consultas de un departamento a otro y se manejan casos conjuntamente.

Se atienden emergencias de niños hasta antes de cumplir los 12 años de edad, y de ambos sexos, niños de mayor edad se envían al servicio de adultos.

Si las condiciones del paciente lo permiten, los niños que viven en zonas que no corresponde cubrir al hospital o en casos de enfermedades infectocontagiosas se refieren a los respectivos centros hospitalarios, para su atención inmediata.

Personal:

MEDICO: en días hábiles se cuenta con la asistencia de un médico jefe del servicio dos horas por la mañana, quien pasa visita a la sección de Hidratación y permanece en el servicio de urgencias en calidad de asesor, consultante, y profesor de estudiantes.

Un médico residente de 2º año quien permanece en el servicio desde las 7:00 a las 16:00 horas. El es responsable específico, de la atención del servicio.

Cinco internos en el servicio, con el mismo horario.

Se cuenta con la presencia de estudiantes, cuyo horario varía dependiendo de sus actividades y necesidades académicas.

En los días de fin de semana o día de feriado el sistema de turnos funciona así: se inician a las ocho horas y se entrega la guardia a las ocho horas, del día siguiente.

PARAMEDICO: el personal de enfermería está distribuido en horario fijo de tres grupos de personas, de la siguiente manera: de siete horas a catorce horas, el primer turno; segundo turno: de catorce horas a veinte horas; tercer turno: de veinte horas a siete horas.

ATENCION MEDICA DE LOS PACIENTES:

Los casos son evaluados inicialmente por un estudiante, luego el paciente es presentado al interno o residente del servicio y en esas condiciones se decide qué conducta seguir.

Los pacientes de mayor gravedad son atendidos desde su ingreso al servicio, por el interno y residente del mismo, en el cubículo designado especialmente para esos casos.

La rapidez con que los pacientes son aceptados para ser evaluados depende de la gravedad con que ingresa a la emergencia. Los pacientes no graves esperan por turnos para su atención adecuada.

Periódicamente un médico residente de 2º o 3º año, clasifica a los pacientes que esperan atención en las bancas, y los distribuye a la consulta externa o emergencia.

Cuando un paciente ingresa a uno de los servicios de encamamiento, la papelería la elabora un estudiante o un interno y posteriormente es revisada por el médico residente. Ingresa cuando ya se le han tomado muestras para estudio de laboratorio y se le inicia tratamiento según necesidad.

Existe un cubículo designado especialmente, para la toma de muestras: (sangre, orina, heces, etc.) para estudio de laboratorio.

Cuando el caso no amerita ingresar a un paciente, éste es enviado a su casa o a la consulta externa, para ulterior atención. Pero si el médico que atendió el caso considera que es necesaria supervisión médica en su domicilio, da indicaciones para que sea

atendido por la unidad móvil. (La clínica móvil es un servicio más del departamento, y consiste en un vehículo con un médico residente de primer año y una auxiliar de enfermería, quienes visitan a los pacientes en su domicilio, las veces que sean necesarias, o de enviar a ingreso al Hospital si es meritorio ello).

Todos los pacientes egresan con indicaciones específicas y prescripciones médicas del caso.

Pacientes en la sección de Hidratación:

Los niños, que según criterio médico se recuperan en veinticuatro horas o menos de su problema de desequilibrio hidroelectrolítico o necesitan observación de pocas horas por otras afecciones ingresan a esta sección, documentados y con una hoja diseñada para una breve historia clínica y examen físico.

En ese servicio permanece al lado de la familia un pariente del niño, con el fin de proporcionarle la presencia de una persona conocida, de confianza para él y que a la vez le cuida, ya que las mesas no tienen barandas.

Cuando por cualquier razón el niño no se ha recuperado en el tiempo previsto, se le hace su papelería de ingreso para que se le estudie y continúe su recuperación en el servicio correspondiente.

El sistema de atención de este servicio es así:

Por la mañana pasa visita el jefe del servicio de emergencia, con el médico residente, el interno y estudiante del servicio. El resto del día y los días no hábiles es atendido por un asistente de residente de primer año, y el interno asignado al servicio.

Pacientes en camillas de cirugía pediátrica:

Ingresa a este servicio pacientes, a quienes se les observará de acuerdo a su condición diagnóstica, o aguardan mientras se

desocupa una cuna en el área de encamamiento, así como pacientes a quienes se les está estudiando alguna condición quirúrgica urgente.

V. ANALISIS DE DATOS ESTADISTICOS

Se presentan en esta sección los datos estadísticos, que se pensó serían necesarios para explicar la actividad de la emergencia, durante el curso de un año (1973).

En la gráfica: I— se describen dos curvas:

- I- La línea continua traduce la afluencia total de pacientes cada mes durante un año de actividades ordinarias.
- II- Línea discontinua el promedio de pacientes por día en cada mes durante el mismo.

TABLA No. 1 - DATOS CORRESPONDIENTES CON FIGURA No. 1

Mes	TOTAL	Promedio paciente por día
Febrero	1,681	60.04
Marzo	2,473	79.61
Abril	2,356	78.53
Mayo	2,737	88.29
Junio	2,710	90.33
Julio	2,089	93.63
Agosto	2,408	77.68
Septiembre	2,192	73.03
Octubre	2,249	72.55
Noviembre	2,089	69.63
Diciembre	1,737	56.03
Enero	1,991	64.23

Interpretación:

En estos datos se analiza en parte lo que es el movimiento de pacientes y actividad del servicio estudiado. En ella vemos que los

meses extremos del año (diciembre, **enero**) son los de menor afluencia. A medida que el año progresa, la curva asciende hasta los meses de mayo, junio y julio en **que** se alcanza la mayor afluencia.

La curva de promedio de pacientes **por día** corre muy similar a la línea anterior, como es de esperarse.

(Ver Gráfica N° I)

ACTIVIDAD DE LA EMERGENCIA:

Afluencia de pacientes en el transcurso del día:

Se tomaron dos meses representativos: julio por ser el mes en el que hubo mayor movimiento de pacientes, y diciembre por ser un mes con menor actividad.

La gráfica: II.

Interpretación:

Básicamente se puede decir que ambas curvas se describen con mucha similitud, así:

Durante las primeras siete horas las curvas son similares en cuanto a la cantidad de pacientes y las horas. A partir de las siete horas el número de pacientes empieza a incrementarse y alcanza un pico entre las 9, 10, 11 horas, a partir de entonces hay un descenso que ocurre a las 13 horas. Durante estos trazos ambas curvas son similares en cuanto a forma y difieren en cuanto a cantidad de pacientes. Cuando ocurre el descenso hacia las 13 horas, ambas curvas se parecen mucho en cuanto a cantidad de pacientes.

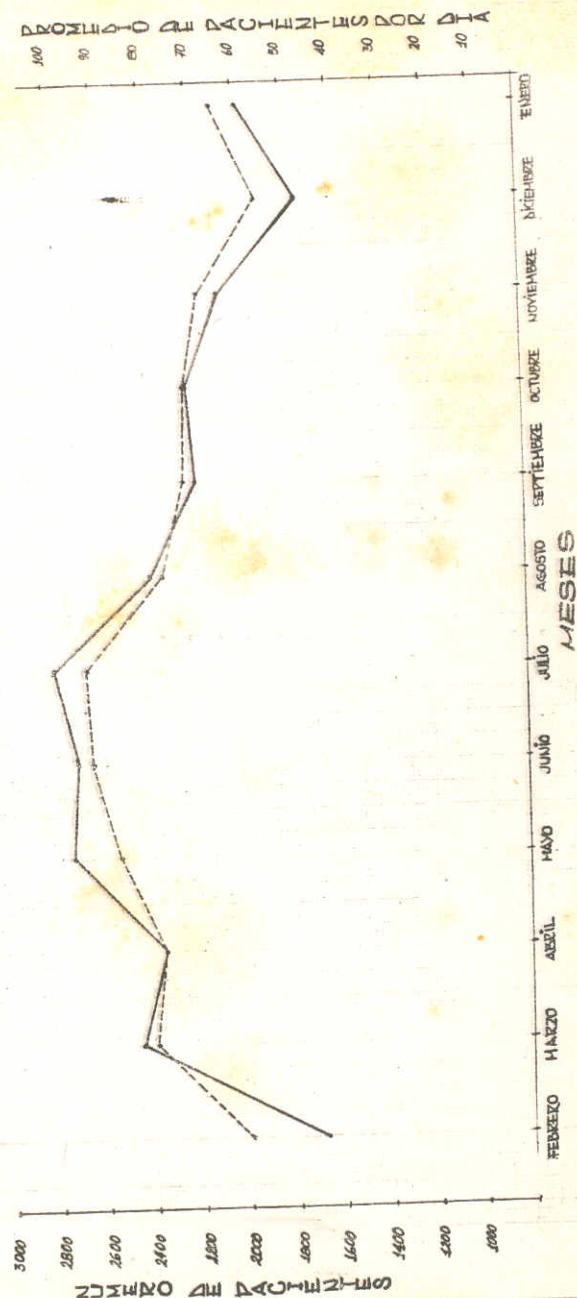
Luego se inicia otro ascenso en ambas curvas, que alcanza su máximo entre las 15 y 17 horas. La del mes de mayor afluencia

Byron Rosales

GRAFICA I

TOTAL DE PACIENTES POR MES

PROMEDIO DE PACIENTES POR DÍA



continúa por encima de la otra curva, hasta las 20 horas y luego ambas inician descenso para hacerse similares hacia las 23 horas.

Explicación:

La similitud de ambas en cuanto a la forma, hace pensar que el movimiento de pacientes varía básicamente en el número, ya que las horas de mayor afluencia son similares en ambos meses, a excepción de que el mes de mayor afluencia, ésta se prolonga más en las últimas horas de la tarde. Respuesta lógica al haber más pacientes y el mismo personal disponible en ambas curvas.

Las horas de mayor afluencia coinciden a las horas que las madres pueden desatender más holgadamente actividades hogareñas para llevar al niño al hospital.

Otra explicación para la mayor afluencia que se alcanza después del medio día, es que la atención de la consulta externa se encuentra limitada en horas de la mañana.

A la derecha de la gráfica hay dos barras superpuestas que representan a los pacientes que no se les anotó la hora en que fueron evaluados. Se puede explicar que como se observa es más alta en el mes de mayor afluencia, se puede explicar cómo a consecuencia de que el médico tuvo menos tiempo de hacer anotaciones en la hoja de estadística.

(Ver Gráfica N° II)

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR SEXO

En la gráfica III se muestra la distribución de pacientes por sexo en cuatro meses representativos. Y en la tabla N° 2 la distribución de pacientes en los diferentes meses del año:

TABLA N° 2

Mes	Femenino	Masculino
Febrero	779	902
Marzo	1,138	1,335
Abril	1,082	1,274
Mayo	1,295	1,442
Junio	1,219	1,491
Julio	1,310	1,499
Agosto	1,160	1,248
Septiembre	1,040	1,152
Octubre	1,030	1,219
Noviembre	1,019	1,070
Diciembre	776	958
Enero	888	1,103

Interpretación:

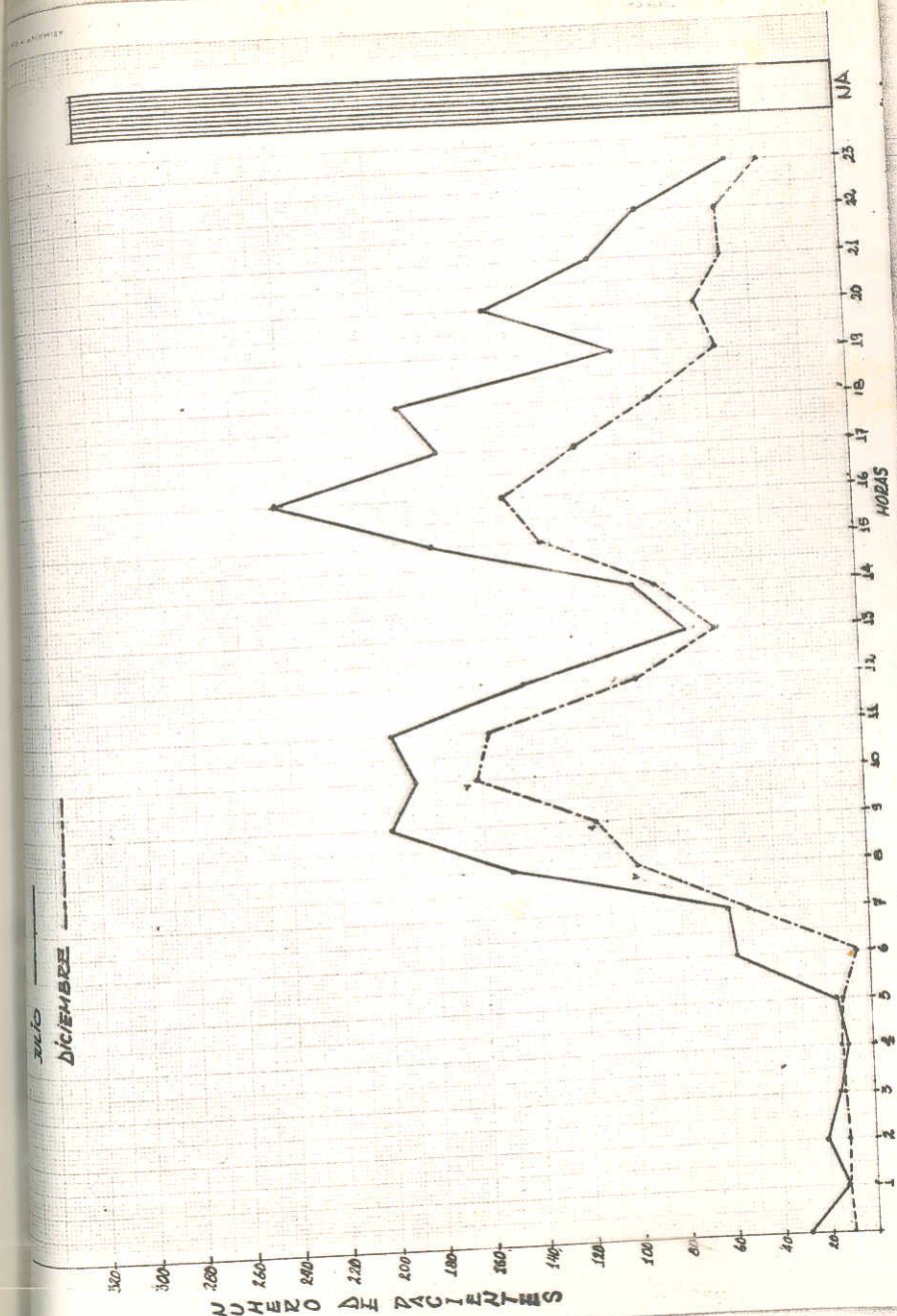
Se hizo la gráfica con el porcentaje de la distribución de pacientes en los meses representativos.

En todos los meses se ve predominio de pacientes de sexo masculino, con promedio de 54.16 o/o sobre el del sexo femenino 45.84 o/o.

Explicación:

La distribución total por sexo en la capital nos da los siguientes datos:

ZONA	Femenino	Masculino
7	46,098	41,275
8	13,469	12,423
11	21,851	26,759
12	23,893	26,212
19	12,694	13,446



Esta distribución en porcentajes es así:

Sexo femenino 49.56 o/o, sexo masculino 50.44 o/o. Es decir, la cantidad de pacientes de cada sexo en posibilidades de ser atendidos en ese servicio es muy parecida. Sin embargo, los datos obtenidos en el estudio nos muestran que en todos los meses del año los niños constituyen mayor número que las niñas.

Podría explicarse esta situación, asumiendo que los padres proporcionan más protección a sus hijos varones, por representar un potencial económico, o bien que los niños se enferman con más frecuencia que las niñas.

(Ver Gráfica N° III)

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR GRUPOS ETARIOS:

La gráfica IV y la Tabla N° 3 presentan los datos de los pacientes que son atendidos en el servicio en estudio

TABLA N° 3 - DISTRIBUCION DE PACIENTES POR GRUPOS ETARIOS EN PORCENTAJES

Edad	Julio	Diciembre	Promedio
4a	78.57 o/o	78.72 o/o	78.60 o/o
4a-9a	16.67	13.67	15.17
10a-12a	3.82	4.03	3.93
No anotados	2.93	3.68	3.31

TABLA N° 4 - DISTRIBUCION DE PACIENTES POR GRUPOS ETARIOS EN PORCENTAJES POR ZONAS

ZONA	7 a	7 a - 9 a	10 a - 12 a
7	18.77 o/o	7.51 o/o	7.38 o/o
8	17.83	7.06	6.96
11	17.08	6.70	6.71
12	19.49	7.25	7.42
19	21.39	8.26	7.86

Interpretación:

La tabla N° 3 muestra que el grupo etario que más consulta a la emergencia es el de niños menores de 4 años de edad, con un promedio de 78.60 o/o, contrastando con el bajo porcentaje de los otros dos grupos etarios.

Explicación:

Para explicar esta notable diferencia, la tabla N° 4 muestra que el grupo de niños menores de los 7 años presenta porcentajes mayores que los otros grupos etarios en las zonas contribuyentes. Cabe esperarse entonces que este grupo sea el que aporte mayor número de pacientes. Además corresponde al período de la niñez con mayor morbilidad.

(Ver Gráfica N° IV)

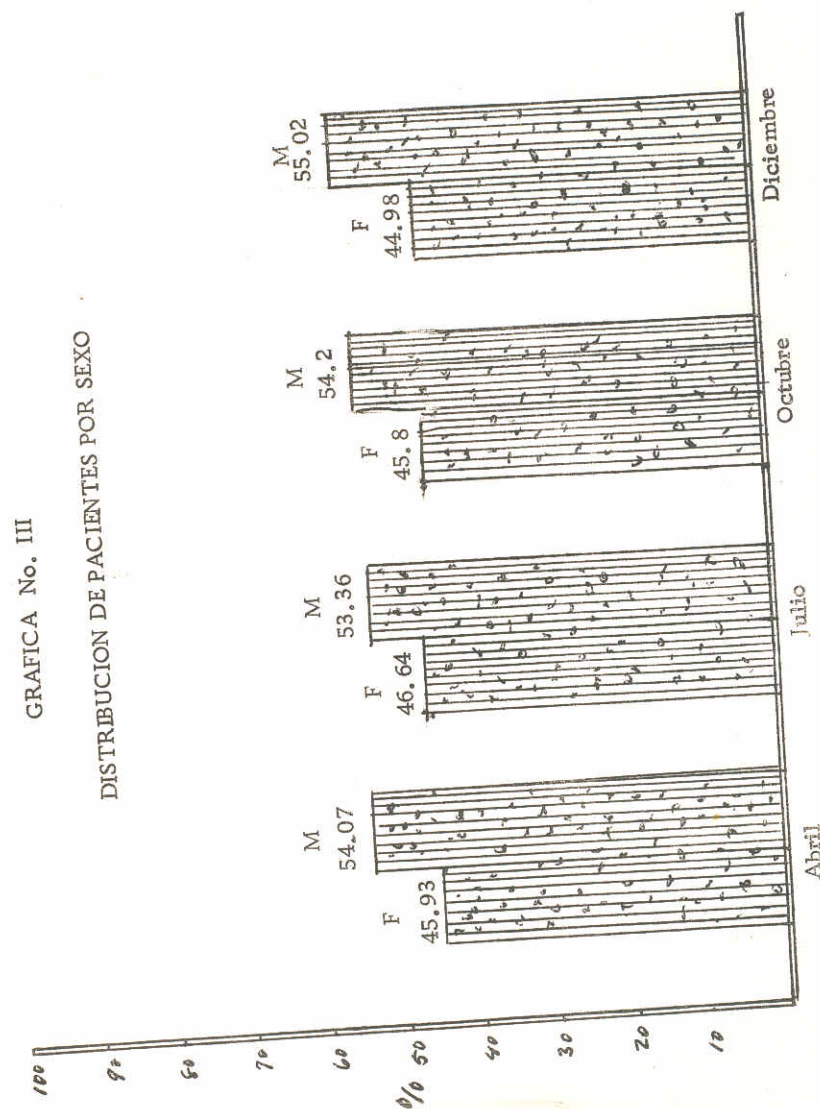
PROCEDENCIA DE PACIENTES:

La gráfica V, nos muestra dos meses representativos, diciembre y julio.

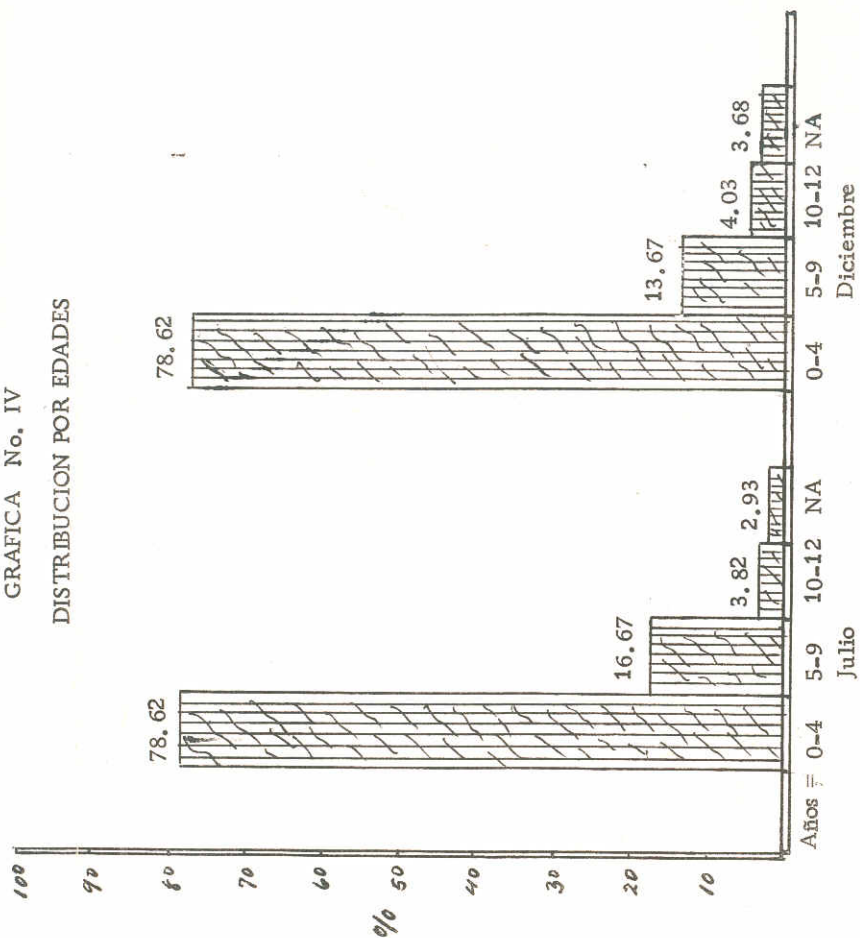
Cada barra representa una zona y su tamaño depende del número de pacientes en el mes correspondiente.

TABLA N° 5

Representa los porcentajes de pacientes por cada zona.



GRAFICA No. IV
DISTRIBUCION POR EDADES



ZONA	JULIO	DICIEMBRE
7	29.71 o/o	28.26 o/o
8	6.74	8.01
9	0.42	0.74
10	1.05	0.67
11	17.91	16.42
12	15.80	15.75
13	4.64	1.48
14	1.47	1.68
19	22.25	18.51
otra zona	8.76	8.48

Interpretación:

Las zonas 7, 11 y 12 son aledañas al hospital y no cuentan con centros de salud propios, excepto 1 centro de salud en la zona 7, por lo que sus vecinos representan los porcentajes más altos.

La zona 19 está más retirada de este centro hospitalario, pero es una zona muy populosa y una gran cantidad de sus habitantes visitan este centro ya que hay una integración de un puesto de salud de una de las colonias de esa zona con el hospital.

(Ver Gráfica N° V)

DESTINO DEL PACIENTE:

La gráfica V muestra cinco renglones del destino del paciente, luego de egresar de la emergencia. En los dos meses representativos, julio y diciembre.

TABLA N° 6

Destino de pacientes en los meses de julio y diciembre en o/o

	JULIO	DICIEMBRE	PROMEDIO
Casa	73.44	79.68	76.52
Consulta Externa	10.07	9.56	9.82
Ingreso	8.29	10.13	9.21
Otros	3.35	2.94	3.15
No anotados	4.66	1.38	3.02

Interpretación:

Los porcentajes alcanzados en cada uno de los renglones en ambos meses, son muy parecidos. Un promedio de 76.52 o/o de los pacientes que llegan a la emergencia son enviados a su casa.

El promedio de ingresos es de 9.21 o/o, y a la Consulta Externa 9.82 o/o.

El renglón Otros, incluye a pacientes que fueron enviados a otro hospital o al área de adultos, por tratarse de casos con enfermedades infectocontagiosas, no pertenecer a la región que cubre el hospital, o ser mayores de doce años.

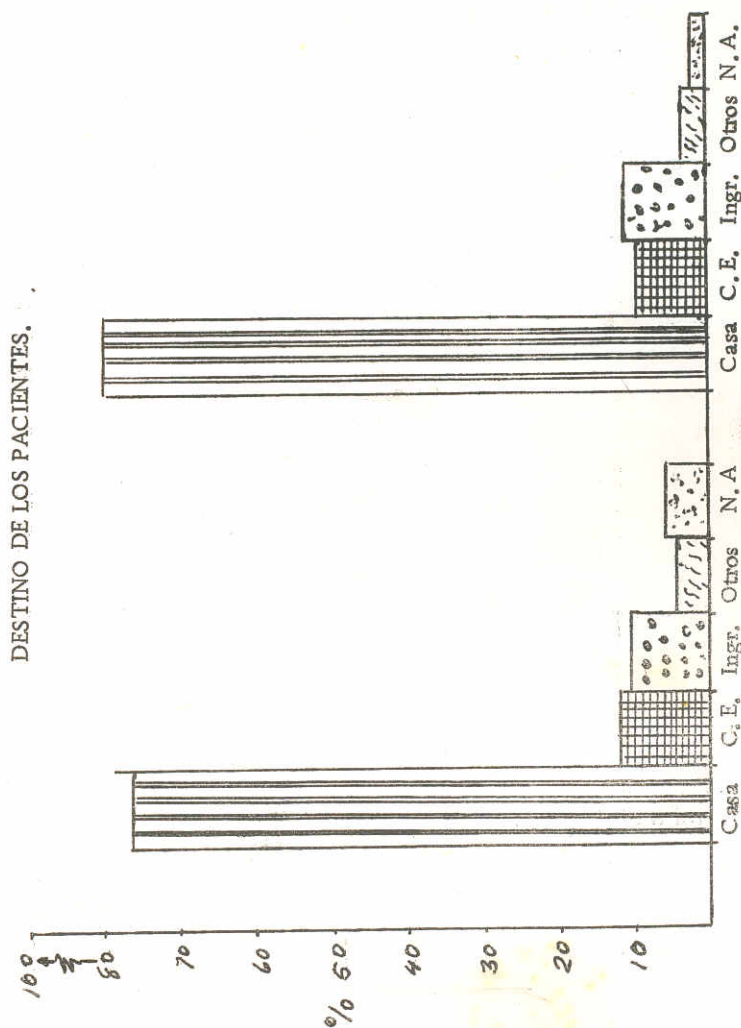
Explicación:

Según las anotaciones el mayor porcentaje de pacientes son enviados a su casa, se puede interpretar y correlacionar con la experiencia diaria, en la que en la mayoría de los casos no son de emergencia, y muchos de ellos afecciones de evolución crónica.

Sin embargo, el renglón de pacientes enviados a la Consulta Externa parece bajo, si se relaciona con lo mencionado en el párrafo anterior. Se acostumbra atender dichos casos en la

GRAFICA No. VI

DESTINO DE LOS PACIENTES.



Emergencia considerando que el seguimiento del caso por la Consulta Externa resulta injustificadamente largo, para el paciente, en la mayoría de los casos, además de que la Consulta Externa sólo funciona por las mañanas y en días hábiles.

(Ver Gráfica N° VI)

DIAGNOSTICOS MAS IMPORTANTES:

La tabla N° 7 muestra los datos obtenidos en cuanto al análisis de los diagnósticos más importantes.

TABLA No 7

DIAGNOSTICOS MAS IMPORTANTES EN PORCENTAJES

DIAGNOSTICO	ABRIL	JULIO	OCTUBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
Diarrea y vómitos	34.08 o/o	40.97 o/o	32.00 o/o	34.22 o/o	35.32 o/o
IRS	16.60	11.74	18.35	19.69	16.60
Amigdalitis	10.67	6.37	11.68	10.65	9.84
DHE	3.97	5.06	3.08	6.41	4.63
Parasitismo	3.13	3.44	4.35	8.59	4.88
Dermatológico	2.77	3.08	9.40	5.47	5.18
Asma	1.32	1.32	1.42	1.09	1.04
Abdomen agudo	0.48	0.26	0.51	0.16	0.35
Intoxicaciones	0.28	0.47	0.40	0.40	0.48
Convulsiones	1.48	1.04	0.51	2.66	1.42

Interpretación:

Se tomaron 4 meses, 1 de cada trimestre del año. Agrupando los diagnósticos, de acuerdo a la frecuencia con que se encontraron, se presentan los datos en porcentajes.

El renglón DIARREA Y VOMITOS, incluye a este tipo de trastornos sin haber explicación específica del tiempo de evolución, ya que no se encontró anotado así. Este representa el

de mayor porcentaje, con un promedio de 35.32 o/o.

I.R.S.: (Infección Respiratoria Superior) incluye problemas consignados en las papeletas como: I.R.S., Faringitis, Otitis. Alcanza un promedio de 16.60 o/o y es el segundo en frecuencia.

AMIGDALITIS: se trata de un problema de I.R.S., sin embargo, fue clasificado como renglón aparte porque constituye un diagnóstico frecuente, con un porcentaje promedio de 9.84 o/o.

PARASITISMO: se agrupan problemas de parasitismo intestinal y parasitismo de la piel y faneras.

DERMATOLOGICO: se trata de problemas infecciosos de la piel.

El objetivo principal de estos datos, es mostrar qué tipo de problemas son los que con mayor frecuencia se atienden en el servicio estudiado.

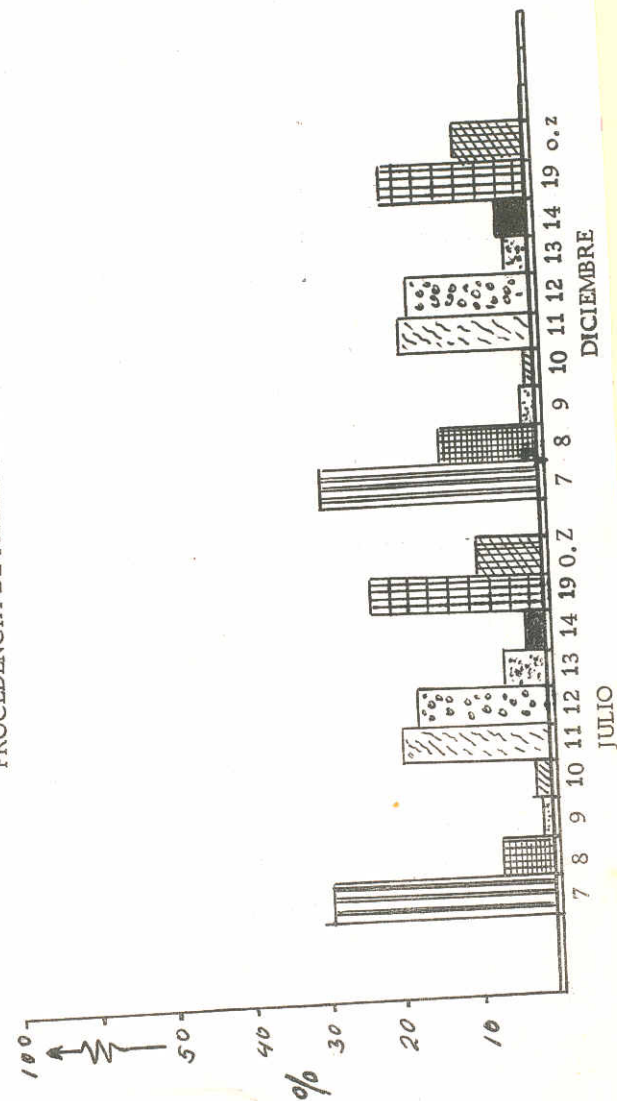
Se presentan los 6 diagnósticos más frecuentes por representar el 76.45 o/o de todos los diagnósticos y reflejar de esta forma, gran parte de la actividad de este servicio. Luego los 4 últimos diagnósticos, por considerar que allí se agrupan problemas que llegan a ser urgentes.

Los datos indican que la mayor parte de la actividad de este servicio está encaminada a resolver problemas de tipo gastrointestinal e Infecciones respiratorias superiores, luego parasitismo, dermatológico y desequilibrio hidroelectrolítico.

Sin poderse determinar el tiempo de evolución de estas afecciones, gran parte de ellos son problemas de carácter agudo pero sin llegar a representar verdaderas emergencias, en tanto que otra cantidad son afecciones de evolución crónica.

GRAFICA No. V.

PROCEDENCIA DE PACIENTES POR ZONAS



Desafortunadamente no se logró determinar el tiempo de evolución de las afecciones ni las condiciones generales de salud del paciente, ya que en los documentos analizados no se anotan esos datos.

Explicación:

Se puede concluir que el servicio en estudio, despliega la mayoría de sus esfuerzos en resolver problemas que no representan verdaderas emergencias.

La explicación a esta situación se detalla en la sección V de Análisis de Datos Estadísticos, en lo referente a destino del paciente (página 11).

VI. COMENTARIOS

DEL PERSONAL MEDICO

En cuanto al ingreso de pacientes, la historia clínica y el examen físico son elaborados por un estudiante o un practicante interno y luego revisadas por el médico residente del servicio. Este proceder implica algún retraso en el ingreso del paciente pero se hace con el fin de garantizar que la papelería sea llenada correctamente.

DEL PERSONAL PARAMEDICO

El personal de enfermería es diligente, hábil y conoce bien el funcionamiento de la emergencia, sin embargo, existen anomalías, como es la notable disminución del número de dicho personal a las horas de alimentación y cambio de turno, con la consecuente disminución en la asistencia al paciente. Este problema probablemente obedezca a error de organización en dichas horas.

DEL MANEJO DE MUESTRAS PARA ANALISIS DE LABORATORIO

El carácter del servicio requiere que los estudios de laboratorio sean realizados e informados los resultados a la mayor brevedad. Pero esto no es posible ya que existen problemas tales como, el material y el equipo para obtener las muestras frecuentemente es insuficiente en cantidad y la mayoría de las veces no es el más adecuado.

La situación se hace más problemática durante las últimas horas de la tarde y por la noche, en que evidentemente el personal para laboratorio de química sanguínea y hematología, así como para banco de sangre y exámenes de orina, es insuficiente para cubrir la demanda de las emergencias de todo el hospital, ya que sólo laboran en ello dos personas. Además de que el equipo de

laboratorio es escaso y da pocas posibilidades de trabajar rápido.

MANEJO DE MEDICAMENTOS

Se propugna por el uso de medicamentos de acuerdo a la terapéutica básica del hospital. Dicha terapéutica, como documento, es de reciente difusión por los diferentes departamentos del hospital y aún no es bien conocida por todo el personal médico, es necesario, entonces, que el personal médico de emergencia la conozca, y que se haga de ella una revisión para determinar si es adecuada para uso específico pediátrico.

También, debe mencionarse que en ocasiones se nota la presencia de visitantes médicos en este servicio, y veo en ello dos inconvenientes:

- I- El personal médico desatiende sus actividades con el afán de recibir muestras médicas.
- II- La publicidad de estos productos no es una forma académicamente aprobada para personal médico en formación.

Es indispensable por ello, no permitir la presencia de dichas personas en este servicio.

RELACIONES PERSONALES

El volumen de trabajo, personal del que se dispone y condiciones en las que se desempeñan las labores son determinantes en la calidad del servicio que se presta.

El tipo de relaciones existentes entre los grupos (médico, paramédico, pacientes, familiares) que protagonizan las escenas que cada día se viven en la emergencia, también son importantes.

Con mucha frecuencia los familiares o padres de los

pacientes, manifiestan inconformidades e incomodidades, muchas de ellas injustificadas, aunque sí tienen justificación, por ejemplo: larga espera para conocer el resultado de algún estudio de laboratorio para poder decidir la conducta terapéutica adecuada, trato poco amable por parte del personal médico, o paramédico, etc.

La solución de algunos problemas tendrá que esperar hasta que los recursos materiales, económicos y organización hospitalarios mejoren, pero lo que se refiere a relaciones personales puede intentarse desde ya alguna solución, como por ejemplo, cursillos de relaciones humanas, evaluación psicológica del personal que labora en el servicio, ya que actualmente el personal médico y paramédico del departamento no recibe ninguna preparación especial con el fin de pulir este tipo de asperezas al que a diario se enfrentan.

MANEJO INDEPENDIENTE DE PACIENTES:

En el servicio estudiado, actualmente, los departamentos de Pediatría y Cirugía, atienden los casos respectivos de manera independiente. Esto significa que el médico residente de Pediatría no atiende casos de niños que requieren tratamiento quirúrgico u ortopédico de emergencia, y sólo tiene acceso a los casos que en conjunto son atendidos con Cirugía Pediátrica. Mientras que el residente de Cirugía queda sin conocer algunos aspectos médicos de los pacientes pediátricos.

Esta circunstancia ha dado origen a las siguientes situaciones:

Con alguna frecuencia se presentan pacientes, a los que no se les define rápidamente a qué departamento corresponde atender.

Pacientes a quienes se les estudia por una condición quirúrgica urgente o esperan sala de operaciones y/o que requieren supervisión y cuidados intensivos, deben esperar en la sección de camillas mientras se define la conducta a seguir. No ingresan al

servicio de cuidados intensivos debido a la separación de ambos departamentos en cuanto al manejo de pacientes.

Estas circunstancias llevan a proponer que el manejo de pacientes a nivel de la emergencia de niños sea unificada, lo que implicaría un nuevo reacondicionamiento de la organización actual, pero proporcionaría ventajas, así: se dispondría de más personal médico para la atención de pacientes con condiciones quirúrgicas y los médicos residentes de Cirugía y Pediatría, tendrían la oportunidad de formarse un concepto más amplio e integral de la atención de pacientes pediátricos, con beneficio para los objetivos de los post-gradados de ambos departamentos.

VII. CONCLUSIONES

— Se logró llegar a los objetivos **iniciales** de este trabajo, es decir: obtener un documento que **contiene** el análisis de la actividad de un servicio de emergencia **de** niños y la detección de anomalías en su funcionamiento y formulación de recomendaciones.

— El servicio estudiado cumple al **máximo** con sus funciones, pero se han detectado anomalías de las **cuales** se hace mención y se formula recomendaciones.

— Las principales anomalías encontradas son secundarias a asuntos de tipo organizativo y a la escasez de recursos materiales y económicos del hospital.

— Este servicio usa gran parte de sus recursos humanos y materiales en pacientes que no representan verdaderas emergencias.

— El manejo independiente de los casos por parte de los departamentos de Pediatría y Cirugía no trae mayor beneficio a los pacientes, mientras que el manejo unificado contribuiría a proporcionar beneficios a los pacientes y a la formación de un concepto de atención integral del paciente pediátrico en los médicos residentes de ambos departamentos.

VIII. RECOMENDACIONES

— Hacer una revisión de la organización actual del servicio estudiado, que incluye el área física, por parte de las autoridades del departamento, y encaminar las actividades para que a nivel de ese servicio se haga el mejor uso de los escasos recursos disponibles.

— Lograr una reorganización del servicio de Consulta Externa de Pediatría, ya que muchas de las funciones correspondientes a ese servicio, actualmente las está supliendo el servicio de emergencia del mismo departamento.

— Organizar cursillos de actualización de conocimientos para el personal de enfermería y de relaciones humanas para todo el personal del departamento.

— Tomar en cuenta a este servicio como un recurso más en las actividades de post-grado de los departamentos de Cirugía y Pediatría, propugnando la unificación en la atención de pacientes a ese nivel.

IX. REFERENCIAS

- Comunicación verbal con Dr. Gustavo Castañeda, Jefe Depto. Pediatría.
- Consideraciones acerca de la emergencia de Pediatría del Hospital "San Juan de Dios", tesis de graduación, Dr. Gonzalo Andrade U.
- Archivos de estadística de la Emergencia de Pediatría del Hospital Roosevelt, año 1973 y 1974.
- Datos de Punto Focal de la Dirección General de Estadística. (Sección de Información). Año 1973.

BR.

Byron Augusto Rocalet G.

ASESOR:

Dr. Oscar G. Guerrero Rojas

REVISOR.

DIRECTOR DE FASE III.

Julio J. M.

SECRETARIO GENERAL.

Lucas L. O. H.

Vo. Bo.

DECANO.

Julio J. M.