

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The background of the cover features a large, faint red circular seal of the University of San Carlos of Guatemala. The seal contains a central figure of a man on horseback, surrounded by various heraldic symbols including a crown, a castle, and a lion. The Latin motto "CETERAS ORBIS ACADEMIAS CAROLINA ACADEMIA CACATEMENSIS INTER" is inscribed around the perimeter of the seal.

**ORGANIZACION DE UN DEPARTAMENTO
DE PEDIATRIA EN UN HOSPITAL
DEPARTAMENTAL**

RUBEN ALVAREZ BARRERA

PLAN DE TRABAJO

- I INTRODUCCION
- II JUSTIFICACION
- III OBJETIVOS
- IV HIPOTESIS
- V MATERIAL Y METODOS
- VI CONTENIDO
- VII GRAFICAS
- VIII CONCLUSIONES
- IX RECOMENDACIONES
- X BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

El presente trabajo es una contribución al estudio del problema asociado a la organización de un Departamento de Pediatría en un Hospital Departamental en áreas en desarrollo, tales servicios generalmente tienen características especiales de deficiente organización, personal, equipo y un presupuesto mínimo que impide el establecimiento de grandes unidades pediátricas.

El crecimiento de la población obstétrica como la población infantil son en nuestra patria, así como otro gran número de países del mundo, un reto, en el que se confrontan el gran problema de la niñez y su salud. Para ello es fácil ver las estadísticas y quedar impresionados que día a día son más los niños que mueren de enfermedades como paludismo, tuberculosis, diarreas infecciosas, desnutrición y enfermedades de la primera infancia.

Gran cantidad de niños nacen sin atención médica y alto porcentaje de seres mueren también sin la misma en todo el país, posiblemente debido a la dificultad de comunicación y transporte en nuestro medio rural.

Sin embargo, existen varios factores que deben tomarse en cuenta y analizarse, son ellos principalmente: el económico, la educación y la organización sanitaria.

En el curso del presente trabajo se ofrecen una serie de conocimientos organizados para que sean cumplidos en beneficios de los niños que llegan a los servicios pediátricos y con algunas normas de distintos hospitales extranjeros y de nuestra capital con la finalidad para que reconsideren en futuras organizaciones de nuestros hospitales pediátricos regionales o departamentales.

No se pretende agotar los pasos a seguir ni dar normas para cada uno de ellos, puesto que serían interminables sus elaboraciones, además están sujetos a cambios necesarios cuando se consideren oportunos.

Esperando que éste sea un estímulo al mejoramiento de múltiples servicios de pediatría a nivel de todo el país y que incentive a las autoridades correspondientes del Ministerio de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, etc. para mejorar las condiciones de atención de nuestra gran población pediátrica del área rural.

II. JUSTIFICACION

El presente trabajo, se realiza con el propósito de enfocar una verdadera organización de Departamentos de Pediatría en Hospitales Departamentales, basándose en normas elaboradas en países netamente desarrollados, que justifican el posible empleo en nuestros hospitales.

III. OBJETIVOS

3.1 GENERALES

- 3.1.1 Contribuir al estudio, análisis e interpretación del problema de organización de un Departamento de Pediatría en un Hospital - Departamental.
- 3.1.2 Estudiar las consecuencias de la organización de un Departamento de Pediatría de un Hospital Departamental desde el punto de vista Psico-Bio-Social de la Población.
- 3.1.3 Tratar de fortalecer la programación, organización, evaluación y ejecución de las actividades del Departamento de Pediatría.
- 3.1.4 Lograr el mayor rendimiento posible de los recursos humanos, materiales y financieros originados para un mayor desarrollo del Departamento de Pediatría.
- 3.1.5 Encaminar a cumplir normas que se establezcan y velar por la conservación como parte de la organización del Departamento de Pediatría.

3.2 ESPECIFICOS

- 3.2.1 Conocer el funcionamiento y actividades reales de las distintas unidades del Departamento de Pediatría.
- 3.2.2 Dar a conocer la falta de materiales y/o equipo del Departamento de Pediatría y que en otros hospitales del mundo son utilizados.

- 3.2.3 Enfocar con claridad la organización de un Departamento de Pediatría actual.
- 3.2.4 Cuantificar las ventajas que tendría en el área infantil de una población la organización de un Departamento de Pediatría.
- 3.2.5 Tratar de obtener características necesarias específicas para el ambiente de la población infantil.
- 3.2.6 Tratar de dar objetivos básicos para futuras organizaciones de salas de pediatría en hospitales en formación y organización.
- 3.2.7 Conocer las características de los Programas de Organización de un Departamento de Pediatría en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- 3.2.8 Establecer el grado de utilidad de los recursos de salud en función de área rural.
- 3.2.9 Organizar un personal eficiente o adecuado en los Departamentos de Pediatría de los Hospitales Departamentales.

IV. HIPOTESIS

Por ser la primera vez que se observa, describe y plantea este fenómeno no se da Hipótesis. Se obtendrá de bibliografía extranjera de donde se tratará de sacar la mayor información adecuada para departamentos de Pediatría de Hospitales Departamentales de nuestra área rural, de acuerdo a nuestras propias características.

Va que no existe hasta la fecha, ningún trabajo nacional que ofrezca información adecuada sobre el tema a desarrollar y que nos pudiera dar un panorama del gran problema de la organización y la niñez guatemalteca.

V. MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

Como material para el presente trabajo contaremos con las diferentes informaciones obtenidas en el transcurso de varios años de experiencia en diversos hospitales nacionales y extranjeros.

METODOS

Se aplicará el método deductivo. Mediante un estudio de diferentes informaciones obtenidas en hospitales nacionales y extranjeros de varios años de experiencia.

RECURSOS HUMANOS

- . Médico Asesor
- . Médico Revisor
- . Colaboradores

VI. CONTENIDO

Es necesario para el mejor entendimiento del tema saber el significado de la palabra Organización, que es dar a la parte de un todo lo necesario para que pueda funcionar.

La organización de un Departamento Hospitalario - depende del Ministerio de Salud Pública, del Hospital y de un sin número de personas capaces y especializadas.

Según el organigrama del Ministerio de Salud Pública (Gráfica No. 1), la División Materno Infantil y Familiar es la encargada del Area de Pediatría, por lo que para su formación y organización hospitalaria se basan en experiencias pasadas y en normas o reglas para una mayor funcionalidad. Posteriormente la dirección del hospital, también tiene su organización la cual como se puede observar (Gráfica No. 4) recae en el Jefe del Departamento el cual organiza sus áreas en la mejor forma posible. Es importante observar que los niveles de atención (Gráfica No. 2) y Area de Salud (Gráfica No. 3) son de gran ayuda e importancia en áreas de un hospital departamental por lo que trataremos de dar normas que sean el inicio de una organización adecuada para nuestra niñez en Departamento de Pediatría, a nivel Departamental. Debemos hacer notar que nuestros hospitales departamentales tienen características muy especiales, principalmente en lo que respecta al aspecto doctores, lo cual indiscutiblemente lo sitúa en un nivel superior al que se encuentran aquellos hospitales donde no hay estudiantes.

Nuestra opinión personal es que un hospital departamental que tenga relación docente con la Facultad de Ciencias Médicas debe tener las características asignadas a un Hospital Intermedio, entre el Nivel II y III.

Por lo tanto para tener fines prácticos, vamos a hablar de las características más relevantes de cada una de las diferentes áreas asignadas para la organización de un Departamento de Pediatría en los hospitales regionales, así como los diferentes niveles hospitalarios, siendo estos los siguientes:

1. Area de Admisión o Emergencia/Area de Observación
2. Area de Cuidado de Recién Nacido Normal
3. Area de Cuidado Continuo
4. Area de Cuidado Intermedio
5. Area de Cuidado Intensivo
6. Area de Consulta Externa

Los niveles hospitalarios son divididos en tres, y estos son:

EL NIVEL I

Proveen servicios para partos y niños recién nacidos normales sin complicaciones. Generalmente, el número de nacimientos en estos hospitales es pequeño y los Hospitales de Nivel I son solamente necesarios en áreas de poblaciones esparcidas. Debido a aislamiento geográfico de estos hospitales deben de estar capacitados para auxiliar a un niño en caso de emergencia, mientras se traslada a un Hospital de Nivel II o III. No existe justificación alguna para un Hospital del Nivel I en cualquier área metropolitana (8). Este nivel se refiere a aquellos centros que necesitan área de admisión, área de observación y área de cuidado de recién nacidos y puede tener un área de cuidado continuo (8,-17).

EL NIVEL II

Estos deben proveer servicios para pacientes prenatales normales y de alto riesgo y para el auxilio de seleccionadas enfermedades neonatales. La lista de enfermedades que puedan ser diagnosticadas y tratadas adecuadamente estarán limitadas en parte por la disponibilidad de consultantes necesario y en parte por la concentración de individuos capacitados para partos y cuidado perinatal. Muchos de estos hospitales están localizados en comunidades urbanas y suburbanas donde la mayoría de partos ocurren. Para este nivel de cuidado neonatal deben de estar capacitados para proporcionar: resucitación, ventilación asistida a corto tiempo con bolsa y mascarilla o tubo endotraqueal, terapia intravenosa con bombas de infusión, monitores de gases sanguíneos arteriales, continuos monitores cardiorespiratorios con equipo apropiado, elaboración de intercambio de transfusiones y administración de oxígeno.

En algunas regiones los Hospitales de Nivel II, pueden proveer sostenimiento de ventilación, mecánica para períodos de tiempo irregular. Estas unidades usualmente pueden cuidar de dificultades respiratorias, asma periódicas, hiperbilirrubinemia, hipoglicemia e infecciones leves o localizadas. Varias y grandes unidades del Nivel II, están suficientemente equipadas para los servicios de parto similares a los del Hospital del Nivel III. En tales circunstancias, el personal debe tener las cualidades de éstos, en un Hospital del Nivel III, (8). Este nivel se refiere a todos aquellos centros que necesitan de todas las áreas mencionadas excepto el área de cuidado intensivo. (8, 17).

EL NIVEL III

Funcionan como Hospitales Regionales y proveen todos los aspectos del cuidado prenatal especializado, incluyendo cuidado intensivo y una continua disponibilidad para consulta especializada. Estos hospitales deben de proveer programas educacionales, servicios de consultoría, un amplio soporte en las regiones de los Hospitales del Nivel I y II. Los hospitales regionales deben tener un personal adecuadamente entrenado, quienes puedan administrar cuidado perinatal para la región entera. El personal del hospital regional tiene la responsabilidad de comunicarse con los padres, equipos de médicos y hospitales a través de la región. Esta comunicación no es esencialmente sólo para pacientes de cuidado sino que también es el método educacional de retroalimentación más efectivo para mejorar el cuidado anteriormente mencionado. El concepto de cuidado regional incluye el libre movimiento de pacientes entre los diferentes niveles de cuidado dentro de un Hospital así como Hospitales dentro de una región. En ambas instancias, deben ser organizados recursos para proveer niveles progresivos de cuidado apropiado a los cambios de necesidades del paciente (8). Necesitadas las áreas anteriormente mencionadas aun con área de cuidado intensivo. Este nivel podría tratarse de un hospital de nuestra capital (8, 17).

A continuación daremos a conocer las características que idealmente debería tener un hospital situado en el Nivel III:

Centro Asistencial Nivel III

Área de Admisión/Área de Observación

Función:

Esta área es para todos los niños a partir de las

veinte y cuatro horas después del nacimiento hasta los once años a menos que su condición requiera que sean transportados a otra área (1, 17). La apariencia y conducta de estos infantes en esta área determinará el nivel de cuidado que debe seguirse. Los niños van de aquí al área designada para niños enfermos en el mismo hospital. La estabilización o cuidado intensivo temprano o intermedio debe comenzar en el área de admisión, observación, antes de transferirlo a un servicio interno. Facilidades de aislamiento (sin separación) son requeridas para el nacimiento de los niños en la casa o camino al hospital.

Localización:

En hospitales de Nivel III el área de admisión/observación debe estar localizada en el área de cuidado continuo, o en el área de cuidado para niños recién nacidos normales.

Capacidad y Espacio:

Un área estimada de treinta pies cuadrados ($5 \times 6 \text{ pies}^2$) por niño se necesitan para esta área de admisión/observación. La capacidad depende del tamaño del servicio de parto y de la duración de una cerrada observación. Por cada tres cientos partos anuales es necesario una estación del paciente si la duraciones son necesitadas, si la permanencia es de menos duración.

Equipo

El equipo mínimo recomendado para cada área es: 4 socket eléctricos, 1 de oxígeno, 1 compresor de oxígeno y 1 socket succionador son recomendados para cada estación de niños, en adición el área debe ser provista con socket de 220 voltios por aquello que esto fuera necesario para la maquinaria de las unidades portátiles de Rayos X.

Area de Cuidado de Recién Nacidos Normales

Función

El área para el cuidado de recién nacidos normales está designada para la rutina de cuidado de niños recién nacidos, aparentemente normales con un término completo o pretérmino de niños pesando más de 2 000 gramos al nacer, esta área debe ser bien iluminada, tener un reloj de pared y estar equipada para resucitación de emergencia.

Localización

Esta área debe de estar cerca de los cuartos de postparto. En una unidad de maternidad de varios niveles debe de haber un área de cuidado de recién nacidos normales en cada nivel.

Capacidad y Espacio

El número de cunas debe exceder al número camas obstétricas por un 20 ó 30% para acomodar múltiples nacimientos, extensión de hospitalizaciones y alojamientos de pacientes fluctuantes. Ejemplo: Si estos niños en un hospital permanece en un promedio de cuatro al día, cada uno tiene una capacidad anual de 91 niños ($365 \div 4 = 91$) aumentándole o añadiéndole a este porcentaje del 20 al 30% de cunas adicionales que pueden ser requeridas, los casos anteriormente mencionados. Debido a que el cuidado de los niños en esta área es efectuando por poco personal no se necesita un voluminoso equipo, 20 pies cuadrados ($5 \times 4 \text{ pies}^2$) = 1.80 metros cuadrados por niño, debe ser adecuado. El tamaño del área debe permitirse por lo menos 3 pies entre cada cuna en todas las direcciones. Por lo que se necesita un miembro de la enfermería para cada 6 a 8 niños, los cuartos individuales deben tener de 6 a 8 ó de 12 a 16 cunas. Esta área debe de estar en un cuarto en hospitales pequeños y en 2 cuartos o más en

en hospitales más grandes.

Equipo

Un par de socket de pared es recomendado para cada estación de niños y una de oxígeno, un compresor de aire, y un socket de succiones recomendado para 6 a 8 estaciones de niños.

Mobiliario y Equipo

Gabinetes y mostradores para esta área son convenientes para el almacenaje de reservas rutinariamente usadas, tales como pañales, algodones, gazas, etc. para esto es requerido un área de 6 pies cuadrados. Un área de almacenamiento adicional para cunas extras, unidades de fototerapia, etc. Para esto se requiere un área de 8 pies cúbicos por niño.

Cuarto de Utilidad

(Lavandería)

En este caso el área requiere un cuarto de limpieza de ropa de bebe usada.

Ventanas de División

Los padres deben tener un contacto directo con sus hijos pero una gran división es requerida para el uso de otros parientes y amigos.

Examen del Niño

El médico debe de examinar al niño con el debido equipo, ya sea en sus cunas o en la camilla de exámenes-

debe mantenerse en la enfermería todo el tiempo y debe proporcionársele una cuidadosa limpieza después de cada uso.

Equipo de Baño:

Por cada 6 a 8 estaciones de pacientes, debe haber un lavamanos con control de mano o pie, grande para evitar salpicones de agua o jabón los cuales deben estar individuales ajenos a esta área. Deben estar localizados fuera de cada entrada. Cada lavamanos debe tener esponja, limpiadores de uña, jabón líquido y toallas desechables.

Area para Mobiliario para Limpieza

Esta debe tener trapeadores, escobas, toallas, gabinetes para botas limpias, un depósito o canasta para ropa sucia o usada, un gran reloj de pared.

Depósitos Canastas:

Estas deben ser grandes, ondas, con un cobertor, control de pie, bolsas plásticas para vaciarlas con mayor facilidad, y debe haber por lo menos una por cada cuatro cunas.

Area de Cuidado Continuo

Función:

Es para recién nacidos de bajo peso que no están enfermos pero que es frecuente su alimentación, niños que puedan requerir cuidado intermedio pero que todavía necesitan más horas de cuidado que niños normales; niños que tienen una cercana observación por cualquier razón.

Localización:

El área de cuidado continuo debe de estar cerca -

de las áreas de cuidado intensivo e intermedio.

Capacidad y Espacio:

Debido al aumento de equipo que se requiere en esta área, y a más personal, es necesario más espacio por lo tanto debe haber 50 pies cuadrados ($10 \times 5 \text{ pies}^2$) = a 4.55 metros cuadrados por cada estación de pacientes. El número de cunas de cuidado continuo en una región es determinado por el número de niños que han recibido cuidado intensivo o intermedio más que otros niños que no lo han requerido pero que necesitan el aumento de cuidado del tiempo.

Equipo:

El equipo mínimo recomendado para cada área es: 4 socket eléctricos, 1 de oxígeno, 1 socket compresor de aire y un succionador por cada estación de niño.

Area de Cuidado Intermedio

Está designada para niños enfermos que no requieren cuidados intensivos pero requieren de 6 a 12 horas de cuidado por día. Esta área debe tener incubadoras para niños que lo requieran.

Bombas para infusiones deben ser provistas en adición a monitores cardiopulmonares y equipo requerido para el nivel de ventilación usado. Grandes áreas de cuidado intermedio deben incluir las cualidades descritas para el cuidado de pacientes en áreas de intensivo si ellos requieren una asistida y prolongada ventilación.

Localización:

Esta debe de estar cerca del cuarto de partos y del área del cuidado intensivo y lejos del tráfico del hospital general.

Capacidad y Espacio

El número de camas para el cuidado intermedio para una región es determinado por el número de niños que han requerido cuidado intensivo más aquellos que necesitan un nivel de cuidado intermedio después del primer ataque de una enfermedad. Los hospitales de Nivel II y III de una región con partos de niños con porcentaje de disminución de 80 niños sobre 1 000 necesitan alrededor de tres camas de cuidado intermedio, sobre 1 000 nacimientos de éstos.

Se estima que es requerido un área de 50 pies cuadrados ($10 \times 5 \text{ pies}^2$) = 4.55 metros cuadrados, por estación de paciente. Debe haber por lo menos cuatro pies entre incubadoras, cunas o calentadores radiantes, en áreas de cuidado intermedio y aisladores con 5 pies de ancho.

Equipo:

El equipo mínimo recomendado para cada área es: 8 socket eléctricos, 2 de oxígeno, 2 compresores de oxígeno, deben ser provistos para cada estación de pacientes.

(Almacenaje)

Un sistema que provee tres niveles progresivos de almacenaje es conveniente. La más lejana o tercera de estas áreas debe de estar situada en la central del hospital para ser usada con facilidad.

La segunda área de almacenaje debe de estar adyacente o dentro de la unidad de cuidado pero fuera de las habitaciones de los niños. Esto debe proveer un espacio de por lo menos 18 pies cuadrados y un armario de 16 pies cúbicos, designado para el almacenaje para la estación del paciente. El área de almacenaje del tercer nivel de

be estar dentro del cuarto de los niños donde se requieren 8 pies cúbicos de almacenaje lo cual está designado para gabinetes o armario.

Areas de Utilidad

Debe de haber dos cuartos separados para utilidad, uno para implementos limpios y otro para usados. Un plan funcional es puesto para el área de trabajo de limpieza cercano a las habitaciones de los niños y el área dedicada al trabajo de la limpieza minuciosa, debe estar a la entrada de la unidad idealmente todo el material contaminado debe de ser quitado del área de cuidado y todas las funciones del área de limpieza debe ser elaborada en un área remota a la enfermería, el espacio para el área de limpieza debe de tener: un mostrador con gabinetes, un refrigerador, un lavadero con chorros de agua fría y caliente y con controles de pies o manos, jabón, botes para papeles, cestos con cobertura y con controles de pie y un espacio para almacenamiento de fórmulas. El trabajo de limpieza minuciosa debe de tener un mostrador con gabinetes, lavadero con chorros de agua fría y caliente, con controles de mano o pie, jabones, toallas de papel y su respectivo dispensario, cestas con cobertura de control de pie y espacio para almacenamiento y colocación de botes usados.

Ventanas de Visión

Son deseadas pero no esenciales debido a que los padres serán invitados a visitar a sus hijos enfermos en cualquier momento.

Lavamanos

Estos deben estar a la entrada del área con control manual o de pie los cuales deben ser grandes y profundos para evitar salpicones. Esto debe ser de fácil

alcance desde la incubadora o cuna, y se necesita una para cada seis niños. Cada uno debe tener esponja, jabón líquido y sus respectivos dispensarios, toallas de papel y dispensarios para los mismos.

Areas Auxiliares

Una sala de espera y/o conferencias, debe estar cerca de la unidad, la estación de secretaría es el punto de control para las actividades de cuidado del paciente y debe estar localizada cerca de la entrada para que así la secretaría pueda supervisar el tráfico y evitar la innecesaria entrada a la unidad. Esta área también provee el almacenamiento de archivo del hospital. Esta área debe tener teléfono intercomunicador con las áreas de cuidado y las salas de partos. La oficina del director médico debe estar localizado dentro o fuera de la unidad. La oficina de la supervisión de enfermería debe estar cerca del área de cuidado especial de niños. Debe haber vestidor de enfermeras, este debe tener armario o lockers y además accesorios. También debe haber vestidor de médicos y dormitorios dentro o cerca de las áreas de cuidado, los cuales deben tener baños y demás facilidades.

Area de Cuidado Intensivo

Función:

Designada para el manejo de niños severamente enfermos quienes requieren el constante cuidado y continuo soporte cardiopulmonar, etc. Debido a que el cuidado de emergencia es provisto en esta área, debe haber facilidad de un laboratorio y radiología. Las responsabilidades educacionales del Nivel III de este área de cuidado-intensivo incluye espacio para actividades instructivas y archivos de las actividades perinatales de la región. La unidad perinatal necesita espacio de oficina para es

te propósito.

Localización:

El área de cuidado intensivo debe estar cerca de las demás salas. Debe ser de fácil acceso a la entrada de ambulancias. Esta debe de estar lejos de tráfico del hospital.

Capacidad y Espacio

El número de camas de cuidado intensivo para una región con 80 partos de niños de bajo peso sobre 1 000 nacimientos es alrededor de una cama sobre 1 000 nacimientos. Esta debe ser corregida por el porcentaje de partos de niños con bajo peso.

El número de enfermeras, médicos y personal quirúrgico es considerablemente grande en el área de cuidado intensivo en comparación a otras áreas perinatales. Por lo tanto, debe haber por lo menos 6 pies entre encubadoras y 8 pies de ancho entre los costados.

La unidad debe tener de 80 a 100 pies cuadrados por niño más espacio de escritorios, gabinetes, etc. Cuidado intensivo es preferentemente administrado entre un área o ésta puede ser provista en dos o más cuartos separados cada uno con una capacidad de cuatro o más niños.

Equipo:

El equipo mínimo recomendado para cada área es: - cada estación de pacientes necesita de 12 a 16 sockets eléctricos, de 2 a 4 sockets de oxígeno, de 2 a 4 sockets compresores de aire y de 2 a 3 sockets succionados.

Almacenaje:

Como en un Área de Cuidado Intermedio debe haber un abastecimiento en tres niveles: La facilidad de la central del hospital, un cuarto de almacenaje en cualquier parte de una unidad y un armario de almacenaje en los cuartos de los niños. El cuarto de almacenaje en la unidad debe tener un área de 30 pies cuadrados ó 24 pies cúbicos de espacio para gabinetes o armarios de cada estación de cuidado intensivo, este espacio es para incubadoras, ventiladores, luces de fototerapia, monitores, etc. En adición, debe de haber 16 pies cúbicos para mostradores y gabinetes de almacenaje dentro del Área de Cuidado Intensivo para tijeras, agujas, juegos de infusiones intravenosas, o todo aquel equipo quirúrgico.

Cuartos de Utilidad

Estos deben ser iguales a los de las Áreas de Cuidado Intermedio.

Ventanas de Visión

Una ventana de visión es deseable pero no esencial debido a que el personal incitará a los padres a visitar a sus niños enfermos recién nacidos frecuentemente.

Lavamanos

Estos son los mismos que se utilizan en el área de cuidado intermedio.

Áreas Educativas

Cuarto para Adiestramiento de Padres

Debe haber un cuarto especial para la instrucción de padres e instrucción de alimentación, baño, vestido

del niño, el cuarto debe tener muebles confortables o debe incluir una silla mecedora, material de enseñanza, ayudas visuales, o equipo de educación para enseñar el cuidado del niño.

Salas de Conferencias

Debe haber un cuarto separado para todo lo relacionado con el personal de enfermería, como sesiones, reportes, adiestramiento y educación, equipos de conferencias y presentación. Dos salas de conferencias serían requeridas para estas actividades en grandes unidades.

Consideraciones Comunes para todos los Tipos de Unidades de Cuidado

Iluminación:

Toda área de cuidado de niños debe utilizar focos de 100 bujías de iluminación. Esto debe ser hecho con un sistema que provea luz con intensidades variables con "Bulbos Fluorescentes, Bulbos de Lujo Fluorescentes Blancos y Frescos".

Ventanas

Sólidas y de pared a pared, proveen la mejor temperatura de aislamiento pero deben tener algún efecto de presivo en algunas personas. Si las ventanas son presentadas para mejorar la moral del personal, éstas deben ser aisladas con doble grosor y sin pintura.

Cobertura de Ventanas

Las ventanas deben tener sombras blancas o de un beige pálido, las cuales contrastan con el color interior y son fáciles de limpiar.

Comunicación:

Debe haber un número suficiente de teléfonos en las diferentes partes de las áreas de cuidado para niños, es de mucho valor una línea de intercomunicación especial en la sala de partos.

HOSPITAL DE NIVEL III

Administración:

Director de Servicios Perinatales. El servicio perinatal de Nivel III debe ser dirigido por un doctor de tiempo completo elegible para la certificación de la medicina fetal-maternal o medicina perinatal-neonatal. La responsabilidad del Director incluye el presupuesto de operaciones, evaluación del equipo y su compra, educación, planificación y desarrollo de programas regionales, coordinación de programas elementales y evaluación de actividades.

Personal Médico:

El Jefe de Pediatría Neo-Natal es directamente responsable del cuidado de los niños en el área de cuidado-intensivo a menos de que ellos sean pacientes privados de los miembros de algún personal médico.

Pero también deben participar otros miembros del personal médico, el Jefe debe dedicar el tiempo completo al servicio del hospital, investigaciones, enseñanzas y coordinación de los hospitales del área del Nivel I y II.

Otro Personal Médico

Los asistentes neonatales deben tener cualidades similares a las del Jefe aunque no deben estar basados completamente al horario del hospital. El hospital de

Nivel III necesita suficientes pediatras especializados o con conocimientos en medicina neonatal-perinatal para que así haya un neonatalista para cada 10 a 15 pacientes en el área de cuidado continuo, intermedio, e intensivo. En adición un médico encargado del entrenamiento de residentes y compañeros, es deseable para cada 5 a 8 pacientes. El ratio más alto de pacientes por neonatalista debe ser práctico en centros con una completa cantidad de investigadores y/o enfermeras neonatales.

Se necesita con especial entrenamiento en anestesia maternal, fetal y neonatal debe ser encargado del servicio de anestesia. Medicina pediátrica y sus especialidades quirúrgicas (traumatología) deben de estar disponibles para sus consultas. Un radiólogo con experiencia en interpretación de placas de Rayos X de niños recién nacidos, debe ser miembro del hospital.

Personal de Enfermería

El Jefe de Servicio de Enfermería de Pediatría debe tener cualidades avanzadas y entrenamiento en medicina pediátrica, usualmente será un especialista clínico de enfermería. El Jefe de Enfermería debe ser asistido por un coordinador administrativo responsable del horario, entrenamiento del servicio de personal. Los requerimientos del personal de enfermería para las áreas de resucitación admisión-observación, niños recién nacidos normales, cuidado continuo y cuidado intermedio son los mismos para los hospitales de Nivel I y II.

Jefe de Enfermería

En el hospital de Nivel III las áreas de cuidado intensivo, intermedio y continuo con las cualidades descritas más adelante, para la clínica de enfermería neonatal los Jefes de Enfermería de los servicios de pediatría debe ser una enfermera clínica especializada.

Otro Personal

Servicio Social

Un servicio de gran importancia desde el punto de vista familiar en el cual debe tener una trabajadora social de tiempo completo con experiencia con problemas de niños enfermos, recién nacidos y todo lo relacionado con el círculo de la familia de dicho paciente, debe ser también asignada a servicios perinatales.

Laboratorio y Rayos X

Personal que pueda ser capaz de hacer los exámenes de PH, gases de la sangre, glucosa, electrolitos, bilirubinas y variables de la hematología en pequeñas muestras de sangre y tomar Rayos X, portátiles en niños pequeños, deben estar en el hospital a toda hora. Nuestros técnicos del banco de sangre deben estar disponibles para la determinación del tipo de sangre y elaboración de exámenes de Coombs en el área materno infantil.

CRITERIOS PARA DECIDIR LA UBICACION DE LOS NIÑOS EN LAS
DIFERENTES SALAS DE NIÑOS EN GENERAL

- En el Area de Observación

En esta área serán ubicados todos aquellos pacientes con patología no bien definida, pero que debido a diversas condiciones y circunstancias hay necesidad de observarles durante varias horas (no más de 24 horas); - ejemplo: Niño con diarrea y la madre vive lejos, éste puede empezar a hidratarse puesto en área de observación; sospecha de apendicitis, etc.

- En el Area de Cuidado Intensivo

A este servicio, ingresarán los niños con cualquier patología grave. Este servicio tiene como objetivo establecer el diagnóstico y tratamiento inmediatos a las distintas patologías con riesgo de vida inminente. Implica observación frecuente y precisa por parte del personal asignado si los recursos lo permiten, se contará con una monitorización continua de la frecuencia cardíaca, respiración y temperatura del niño, así como el control de la temperatura ambiental (18). Enfermedad infecto contagiosa (aislamiento). Otra patología.

- En el Area de Cuidado Intermedio

A esta sala, ingresarán todos los niños que presentan morbilidad y que no requieren cuidado intensivos. Los niños que presentan mejoría pasarán a la sala o área de cuidado continuo, si la sala no tiene cunas disponibles según criterio de la Jefe de Grupo podrán permanecer en sus servicios respectivos hasta que haya disponibilidad en la sala (18).

En el Area de Cuidado Continuo

A esta sala se transferirán todos los niños que han alcanzado una mejoría satisfactoria en el transcurso de su hospitalización.

AREA DE CONSULTA EXTERNA

Función:

Esta área es para niños que por su estado de salud no ameritan ser ingresados al instante o que asisten a dicha área para ser tratados periódicamente por facultativo, aquí debería concentrarse el mayor número de médicos hospitalarios.

Si se amerita hospitalización se puede ingresar y posteriormente pasará al área de admisión donde se evaluará su área de permanencia.

El área de consulta externa debe estar bien iluminada, tener un gran reloj de pared y estar equipado para proveer resucitación de emergencia como cualquier Sala de Hospital.

Localización:

En hospitales de Nivel III el área de consulta externa debe estar localizada en un área vecina al hospital.

Capacidad y Espacio:

Un área estimada de 30 pies cuadrados por niño es necesario para dicha área. La capacidad depende de la cantidad de niños que sean vistos en un momento determinado.

Equipo:

El equipo mínimo recomendado para cada área es: 4 socket eléctricos, 1 de oxígeno, 1 compresor de oxígeno y 1 socket succionador, 1 balanza, equipo completo de resucitación, 5 cunas o camillas, equipo de cateteriza-

ción de vena, equipo para tomar presión arterial con efecto doble o con un manguito, estetoscopios especiales para pediatra y equipo adicional como agujas, jeringas, don - sas, etc. (19).

Personal:

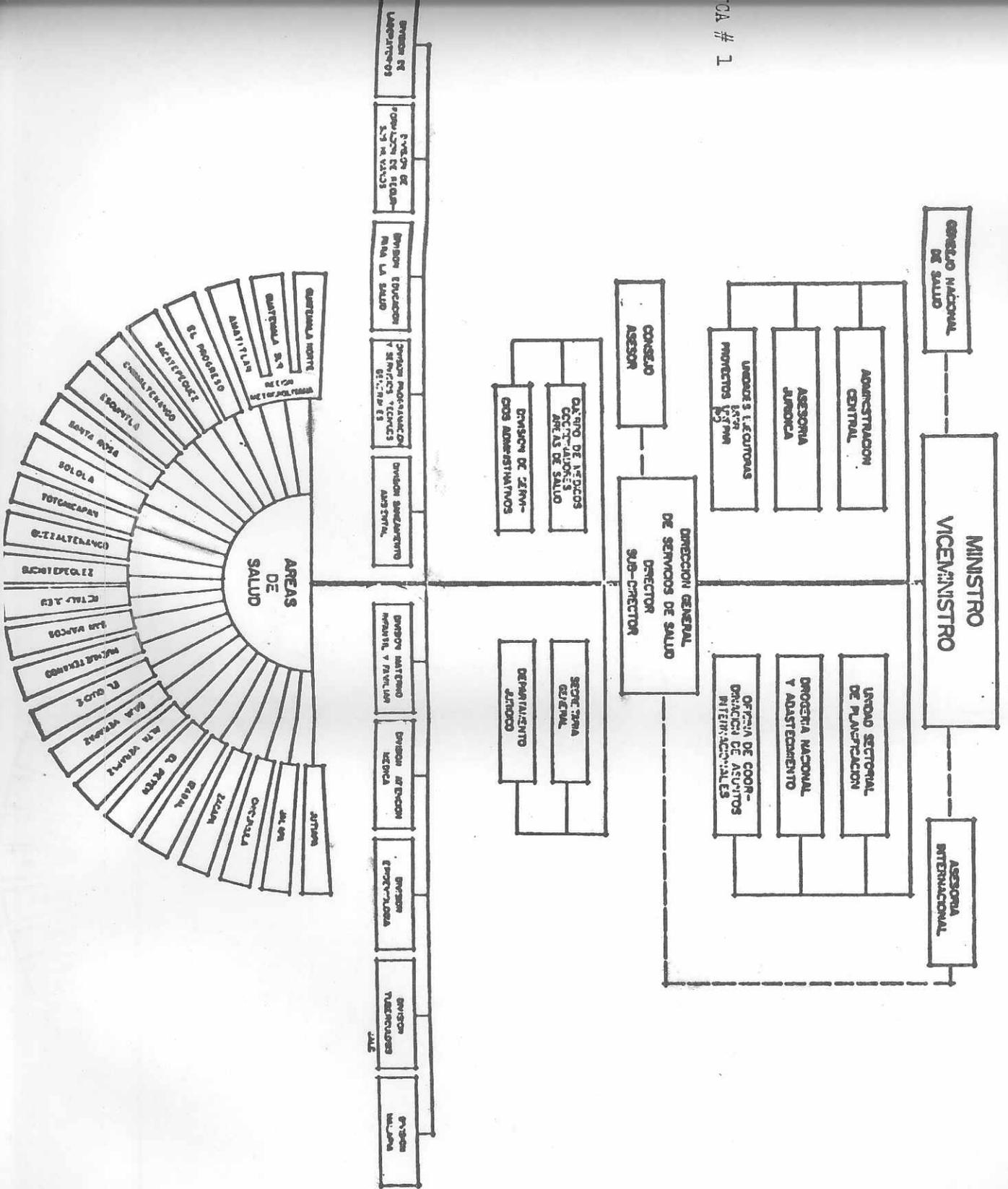
El equipo humano con que debe contar esta área es un médico pediatra Jefe de la Unidad, un Pediatra Residente durante las horas que está en función el área, una enfermera graduada, una enfermera auxiliar por cada tres cunas.

Lavamanos:

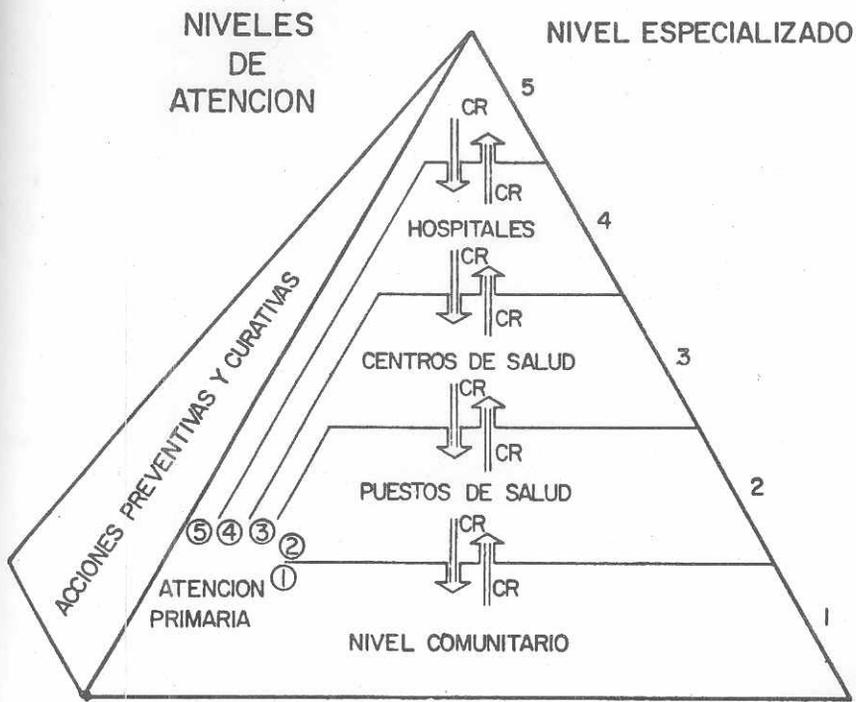
Esta área debe contar con lavamanos que debe estar a la entrada del área con control manual o de pie, los cuales deben ser grandes y profundos para evitar salpicones. Estos deben de ser de fácil alcance. Se necesita una por cada cinco cunas. Cada uno debe tener esponja, jabón líquido, toallas de papel y dispensarios para los mismos.

VII. GRAFICAS

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL



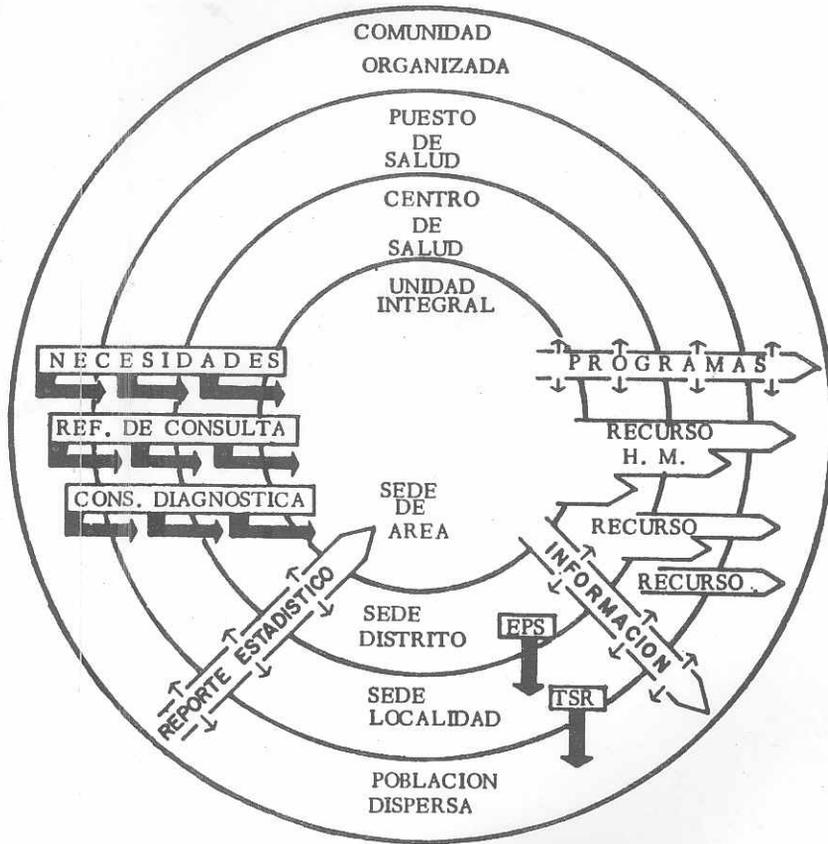
CA # 1



GRAFICA # 2

AREA DE SALUD

GRAFICA # 3



EN TODOS LOS NIVELES

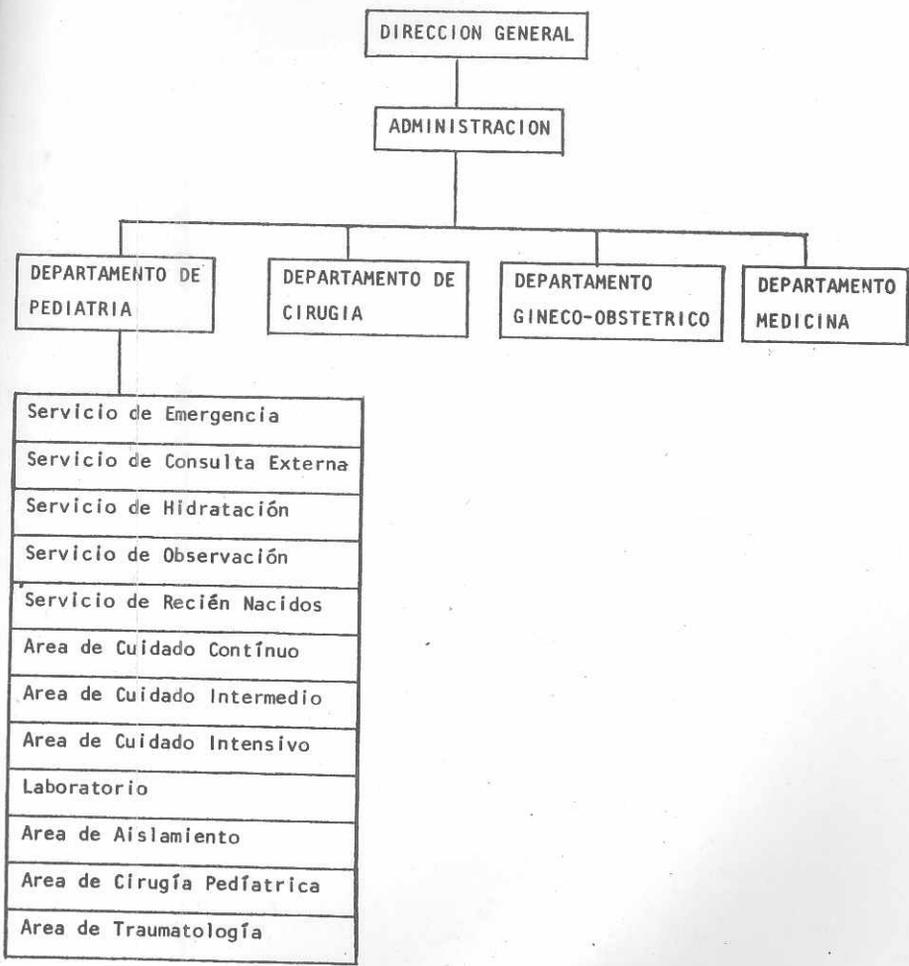
- 1- COMADRONA TRADICIONAL
- 2- PROMOTOR DE SALUD
- 3- ORGANIZACION DE COMITES
- 4- COLABORADORES VOLUNTARIOS

ACCIONES

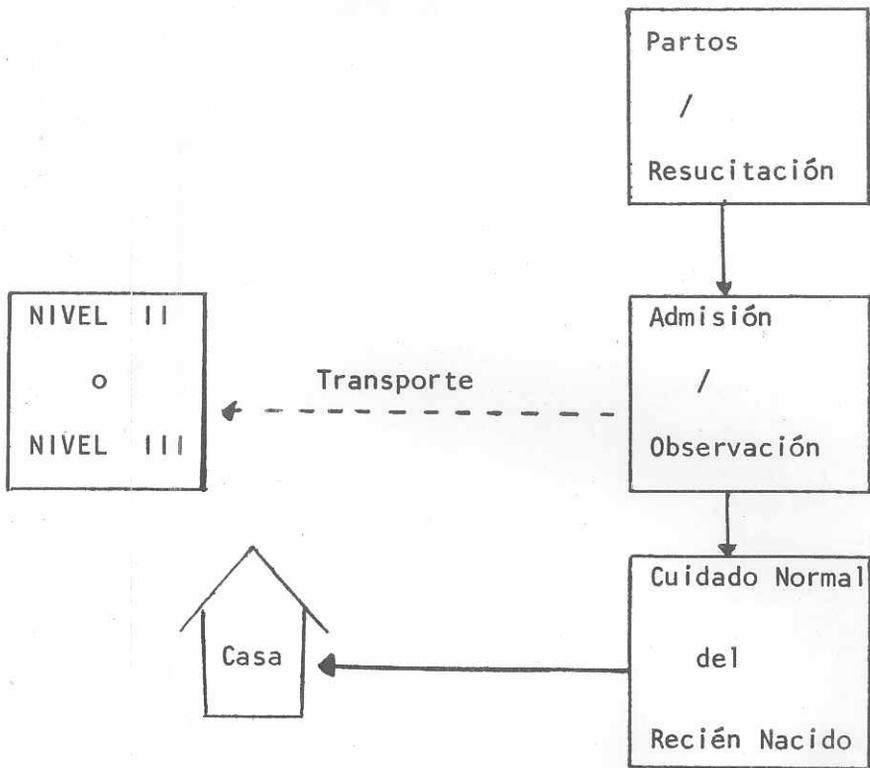
- PREVENTIVAS
Y
CURATIVAS

GRAFICA No. 4

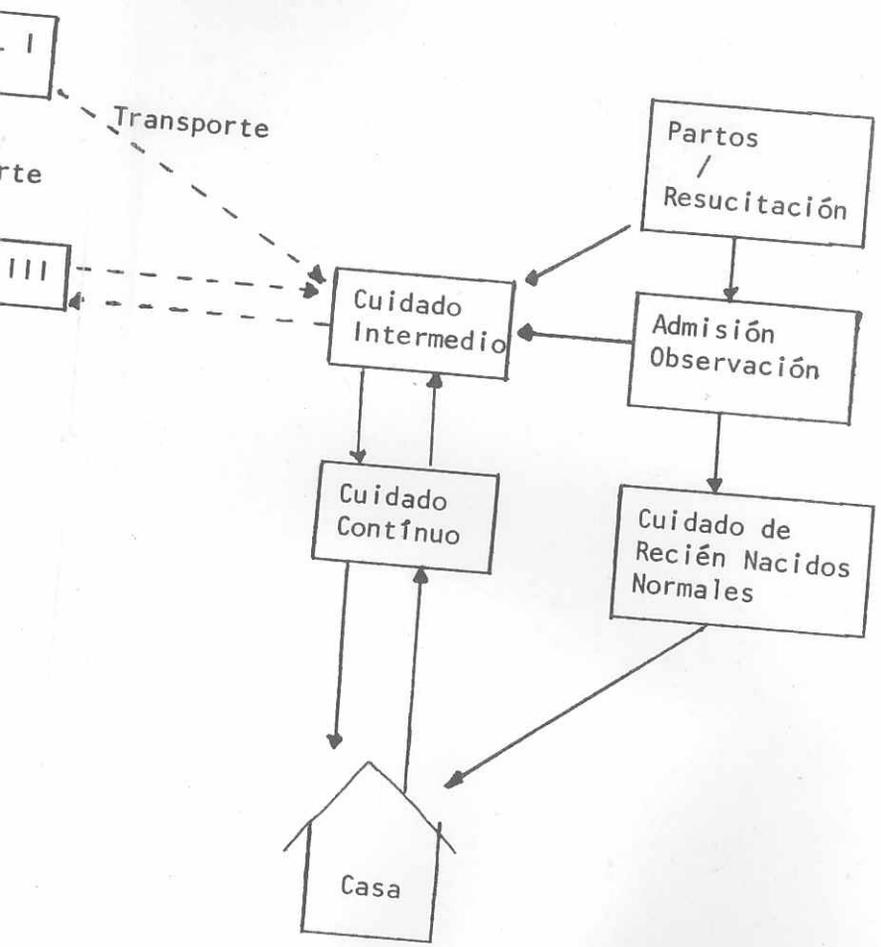
ORGANIGRAMA DE UN HOSPITAL



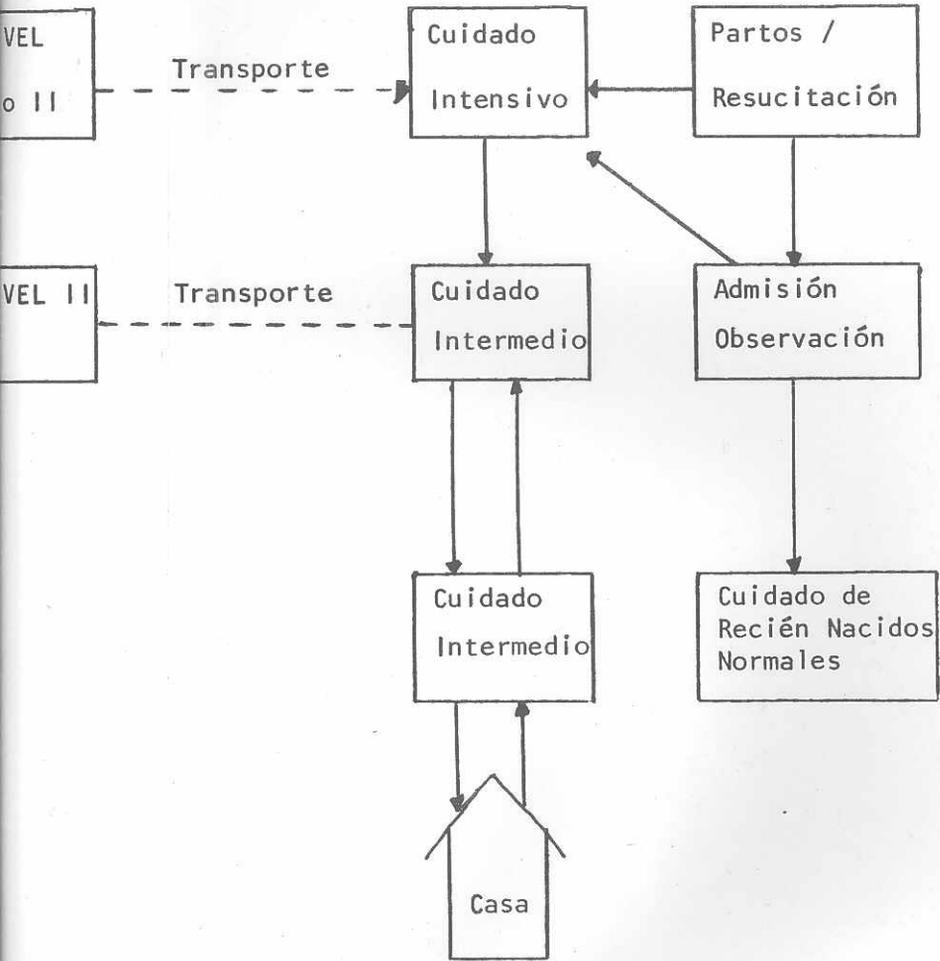
HOSPITAL DE NIVEL I



HOSPITAL DE NIVEL II



HOSPITAL DE NIVEL III



VIII. CONCLUSIONES

1. En las Salas de Pediatría de nuestros hospitales su organización no es adecuada en comparación con las Normas que se llevan en los hospitales extranjeros.
2. En nuestras Salas de Pediatría se tienen normas para hospitales de la ciudad, pero no para los departamentos.
3. El Ministerio de Salud Pública obtiene su organización en experiencias llevadas con anterioridad.
4. El personal de enfermería de los hospitales departamentales no es especializado.
5. El área física para cada unidad de pediatría no es adecuada.
6. Las medidas de higiene no se llevan a cabo en el 100% de los hospitales departamentales.

IX. RECOMENDACIONES

1. Hacer organizaciones adecuadas en los hospitales departamentales.
2. Especializar personal de enfermería en la rama de pediatría y dar cursos frecuentemente de capacitación.
3. Hacer en un hospital departamental una Sala de - Pediatría experimental de preferencia hospital - nuevo.
4. Tratar de unificar normas por parte del Ministerio de Salud Pública para la organización de las diferentes áreas de pediatría en toda la República.
5. Tratar de elaborar un presupuesto adecuado con el cual se pueda contar con equipo adecuado.

X. BIBLIOGRAFIA

1. A Model Health Centre. Conference of Missionary Societies in Great Britain and Ireland (1975).
2. Administración del Personal de Hospitales. Sección 7, Asociación Americana de Hospitales. El Desarrollo de Buenas Prácticas para el Personal de Hospitales. (1957).
3. Crítica a los Hospitales Departamentales y Sugerencias para mejorar sus servicios. Roma E. José, Tesis, Guatemala U.S.A.C. Facultad de Ciencias Médicas (1958).
4. Cuidado de Enfermería de la Madre y su Niño. Hospital Roosevelt. Junio 1962.
5. Consideraciones Generales sobre Estimulación Temprana. Dr. Hermán Montenegro A.
6. Dirección de Hospitales. Manuel Barquín. Tercera Edición. (1978).
7. Guía para Preparar el Decreto del Ministerio de Salud Pública para la Promoción de Lactancia Materna. Salud Pública. DIMIF.

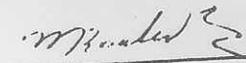
8. Hospital Care of Newborn Infants. American Academy of Pediatrics, 1974 - 1977 Sexta Edición.
9. El Hospital y su Relación Recíproca. Avila Navas Alberto, Tesis, Guatemala U.S.A.C. Facultad de Ciencias Médicas (1964).
10. Organización Técnica Administrativa y Social de Asistencia Médica Sanitaria en el Medio Rural. Alvarado Mendizabal René (1953).
11. Organización de un Servicio Médico para el Personal de un Hospital o de una Empresa Privada. Cuyún Medina Serapio Rafael, Tesis. Guatemala U.S.A.C. Facultad de Ciencias Médicas 1967.
12. Organización Técnica Administrativa y Social de Asistencia Médica Sanitaria en el Medio Rural. Alvarado Mendizabal René. (1953).
13. La Prevención de la Morbilidad y de la Mortalidad Perinatal. Organización Mundial de la Salud 22-26 de abril de 1969. Cuadernos de Salud Pública No. 24.

14. El Sentido de la Organización R.C.A.R.I. Editorial Vesca, Buenos Aires 1961.
15. Normas Específicas del Servicio de Maternidad del Area de Jutiapa Salud Pública - DIMIF
16. Notas sobre Programas de Promoción de Lactancia Materna. División de Salud Familiar Organización Panamericana de la Salud.
17. Normas y Procedimiento de Atención al Recién Nacido para uso en Hospital de Area. Salud Pública DIMIF
18. Normas de Enfermería para servicio de Neonatología Salud Pública DIMIF
19. Norma de Organización de un Servicio de Recién Nacidos a Diferentes Niveles, Salud Pública DIMIF
20. Esquema para la Evaluación de los Servicios de Recién Nacidos. Dr. Polando Rigueiroa.

Dr. 
RUBEN ALVAREZ BARRERA

Dr. 
Asesor.
DR. HARRY SANCHINELLI

Dr. 
Director de Fase III
DR. HECTOR NUTILA M.

Dr. 
Revisor.
DR. JORGE MARIO ROSALES A.

Dr. 
Secretario
DR. RAUL CASTILLO

Vo. Bo. 
Dr.
Decano.
DR. ROLANDO CASTILLO MONTALVO