

H

# HOSPITALES

SERVICIOS HOSPITALARIOS

CLASE N° 18E

ARQUITECTURA IV

TALLER DE INTEGRACIÓN PORYECTUAL

2015

# H

## E. HOSPITALIZACIÓN

1.PEDIATRÍA

2.INFECTOLOGÍA

3.TERAPIA INTENSIVA

4.NEONATOLOGÍA

5.MATERNIDAD (ESTA CON OBSTETRICIA “D”)

6.PSIQUIATRÍA

H

ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

H

HOSPITALIZACION GENERAL

# H

## SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

Servicio destinado al internamiento de pacientes para su diagnóstico, recuperación, tratamiento, donde hay un personal encargado de apoyo, complementación. El Hospital general cuenta con las siguientes instalaciones:

### Cuartos hospitalización

Puesto enfermería

Sala trabajo enfermería (sucio y limpio)

Sala de curaciones y tratamiento

Deposito medicamentos- ropa blanca

Sitio para camillas y silla de sudas

Salas sanitarias tanto para personal como para visitantes

Sala de visitas

### Estación de enfermería

Ubicado sistema de llamado de paciente e HC.

Puesto debe estar centralizado con respecto a los cuartos con una distancia no mayor 35m y control máximo de 35 camas.

Servicios con buena ventilación, iluminación preferiblemente natural, evitar ruidos, olores etc.

Cuartos individuales área mínima por cama será 16m<sup>2</sup> incluyendo unidad sanitaria, ducha y guardarropa.

Cuartos comunes distancia será 0.50m pared y 0,90m de la cama vecina, puertas de 1,00m ancho que permita paso y giro de las camillas.

# H

Es el ingreso que se da a un paciente para permanecer hospitalizado en una Unidad Médica de segundo o tercer nivel de atención, con la finalidad de recibir un tratamiento médico y/o dar seguimiento a su padecimiento; previa valoración y autorización del médico especialista, así como la aceptación del paciente y/o su familiar; *esta puede ser programada o por la atención en el Servicio de Urgencias*

## **1. PROGRAMADA:**

Presentarse con sus objetos de uso personal, acompañado de un familiar o persona responsable, en el módulo de admisión hospitalaria de la unidad donde será hospitalizado.

Entregar a la recepcionista Hoja de Admisión Hospitalaria.

Proporcionar la información a la recepcionista en forma verídica.

Firmar la hoja de consentimiento informado.

Seguir las indicaciones que el personal de recepción le proporcione, así como las normas de utilización del servicio hospitalario.

## **2. ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

*El medico tratante indica ingreso a piso, la trabajadora social proporciona las indicaciones y normas a seguir durante la estancia en el hospital*

# H

EL TODO

INTERNACION HABITACION SIMPLE O DOBLE

HABITACION  
SIMPLE

- Infectológicamente mas segura
- Mayor costo inicial y operativo
- Variable desde la conducta social
- Mayor flexibilidad

HABITACION  
DOBLE

- Infectológicamente menos segura
- Menor costo inicial y operativo
- Variable desde la conducta social
- Mas rígido su uso

# H

## ADMISIÓN



Es una unidad que facilitan el acceso del usuario a la asistencia sanitaria especializada en régimen ambulatorio o de ingreso

### **ATENCIÓN AMBULATORIA (CONSULTAS EXTERNAS)**

Es la unidad que regula y programa el acceso a la atención especializada ambulatoria, incluye la gestión de paciente en consultas externas, hospital de día y los procedimientos diagnóstico-terapéuticos que requieran programación

#### **FUNCIONES**

- Gestiona la solicitud de cita médica para consultas externas.
- Coordina los distintos lugares a los que debe acceder el paciente citado.
- Apertura administrativa de agendas.



# H

## ADMISIÓN HOSPITALIZACIÓN

Es la unidad que regula los ingresos, traslados y altas del área de hospitalización.

### FUNCIONES

- Realiza la recepción de solicitudes y programación de los ingresos.
- Gestiona y asigna las camas para la ubicación definitiva y se recogen todos los datos necesarios para el ingreso.
- Entrega de documentación informativa para el ingreso



# H

## **GESTIÓN DE LA DEMANDA UNIDAD DE TRASLADOS**

Es la unidad que realiza con otras Instituciones Sanitarias la tramitación y autorización de las peticiones de traslados de / a otros Centros Sanitarios.

### **LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA**

Es la unidad que centraliza y mantiene actualizado el registro de pacientes para intervención quirúrgica.

#### **FUNCIONES**

- Realiza el mantenimiento y la inclusión de los pacientes en la lista de espera quirúrgica ( enlace LEGASE)
- Se gestiona los preoperatorios de los pacientes en lista de espera quirúrgica
- Derivación a Centros Concertados de las cirugías pactadas entre el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete y dichos Centros.
- Tramitación administrativa de todos los puntos contemplados en la Ley de Garantías.

# H

## SECRETARÍAS ASISTENCIALES

Es una unidad que realiza las tareas administrativas relacionada con los pacientes que están ingresados

### FUNCIONES

- Informes de alta de pacientes ingresados, justificantes a familiares de pacientes o cualquier otro informe que se precise.
- Cita a paciente para intervenciones quirúrgicas.

## HISTORIAS CLÍNICAS

Es la unidad que gestiona la historia clínica.

### FUNCIONES

- Identificación, diseño y mantenimiento actualizado del formato de la historia clínica.
- Control de calidad de la historia clínica.
- Tratamiento de la información clínica
- Accesibilidad de la historia clínica



# H

## LA ZONA HOSPITALARIA.

Está compuesta por todos los espacios físicos y recurso materiales necesarios para que el personal de enfermería realice su labor profesional de cuidar a los pacientes.

Estas zonas suelen estar especializadas y distribuidas en las plantas de los hospitales. En todas las zonas de hospitalización se encuentran los siguientes elementos:

- **Habitaciones para los ingresados.**

- **Pasillos:** son amplios.

- **Control de enfermería:** es donde se guardan y organizan todas las historias clínicas de los pacientes mientras están ingresados en la planta.

- Estará bien situado para que sea fácil acceder a todas las habitaciones, comunicados con todas ellas por medio de intercomunicadores; y tiene un mostrador al que se podrán dirigir los familiares y visitas cuando lo necesiten.

- **Despacho para el supervisor de enfermería:** es el espacio privado donde el supervisor de enfermería gestiona el funcionamiento de la planta.

- **Sala de medicación:** está destinada a almacenar toda la medicación.

- **Office:** pequeña cocina de la planta.

- **Almacén para el material sanitario.**

- **Almacén para lencería.**

- **Aseos del personal sanitario:** de uso exclusivo para los profesionales sanitarios.

- **Aseos para las visitas.**

- **Zona de sucio:** para almacenar todo el material de desecho que se produzca en la planta.

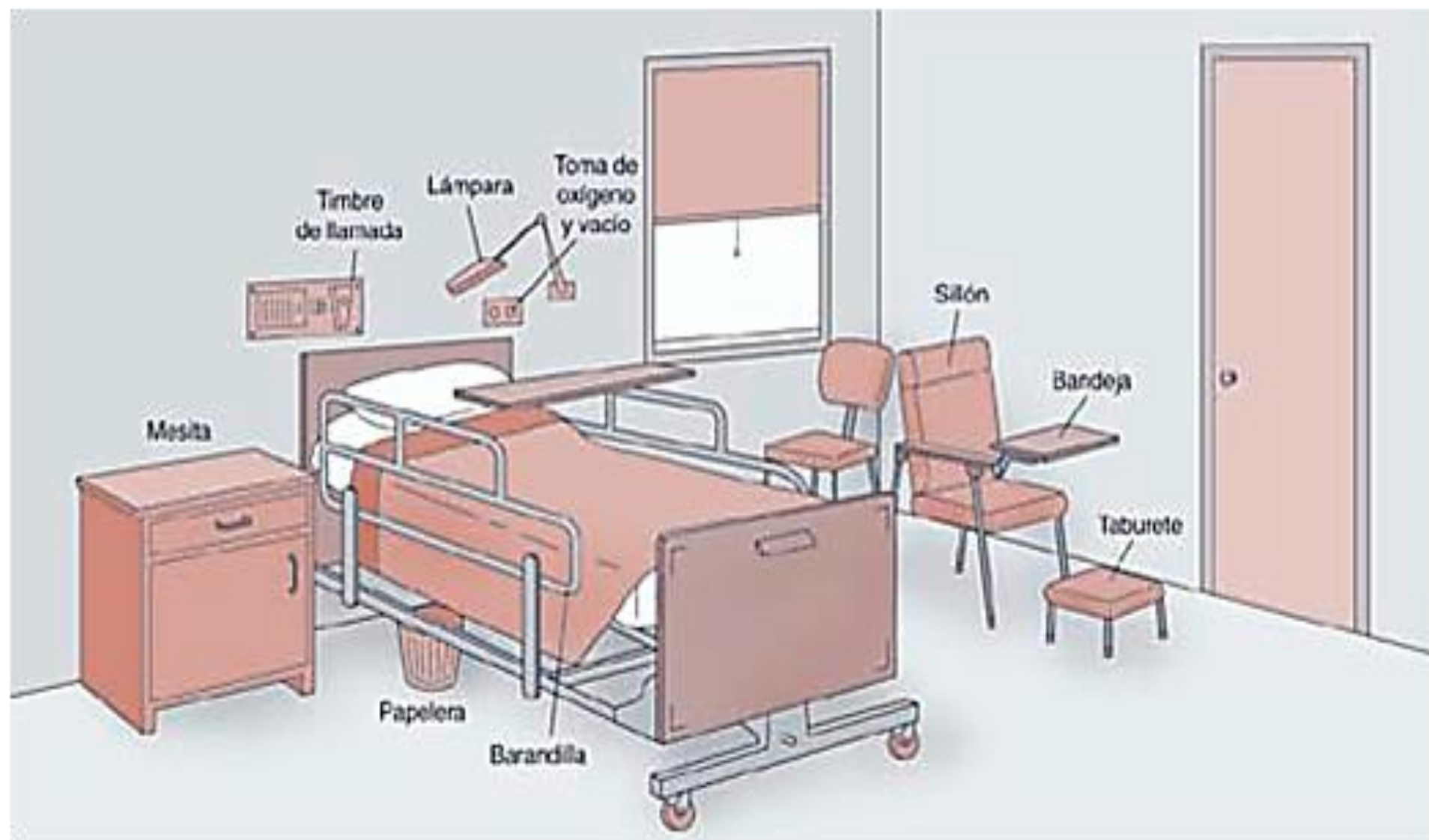
- **Habitación para el médico de guardia:** es el lugar donde éste podrá estar siempre localizado.

- **Sala de descanso:** de uso exclusivo para el personal de enfermería.

- **Sala multiusos:** se puede usar para las reuniones docentes.

- **Sala de visitas.**

# H



# H

## LA UNIDAD DEL PACIENTE.

Es el espacio reservado para la estancia y cuidados del paciente dentro de la habitación del hospital que ocupe.

Toda unidad del paciente dispone del espacio necesario para que se pueda atender al enfermo convenientemente. Los elementos de los que consta son: una cama, una silla, un sillón para el acompañante o el paciente, una mesita de noche, una mesa y un armario, una lámpara de luz indirecta y la luz de emergencia.

Cada paciente dispondrá de camisón o pijama, vaso, orinal, palangana, cuña o botella, etc. También tendrá material para el aseo personal como jabón, esponja, toalla y papel higiénico.

En la pared deben haber tomas de oxígeno y vacío, y un timbre.

La cantidad de unidades de pacientes o camas que hay por habitación es variable. Lo normal es que sean de dos camas, pero también las hay individuales, de tres camas o incluso cuatro.

Si la habitación estuviera compartida por más de dos ingresados, se dispondrá unas cortinas o biombos.

El material desechable es el más habitual en los centros hospitalarios.

Si fuera necesario para los cuidados del paciente se añadirían otros materiales:

- **Muletas.**

- **Andador:** sirve para ayudar al paciente a caminar.

- **Silla de ruedas.**

- **Camilla.**

- **Grúa.**

- **Mesitas auxiliares.**

- **Colchón anti escaras:** sirve para prevenir o ayudar al tratamiento de las úlceras por presión.

- **Colchón de aire con motor.**

- **Protecciones** (tobilleras).

- **Pie de gotero.**

**Obligaciones del auxiliar de enfermería hacia el paciente hospitalizado.**

- El personal de enfermería debe tener en cuenta las emociones que puede experimentar un paciente que ingresa en un hospital.

- Deberá establecerse una relación terapéutica enfermera-paciente positiva.

- Antes del ingreso, la habitación deberá estar limpia, en orden y en perfectas condiciones para su ocupación.

- Cuando llegue el paciente se recogerán sus datos para el ingreso, así como la historia clínica que se haya recopilado sobre él.

- Al paciente habrá que darle todo tipo de información sobre las normas del hospital en cuanto a horarios, visitas del médico y familiares.

- El personal sanitario elaborará un plan de cuidados en función de las necesidades del paciente.

# H



Pir-00 1000



Elbowia



Cera



Prin-00  
Canta e Tenda  
in Arre



Sky M 12000



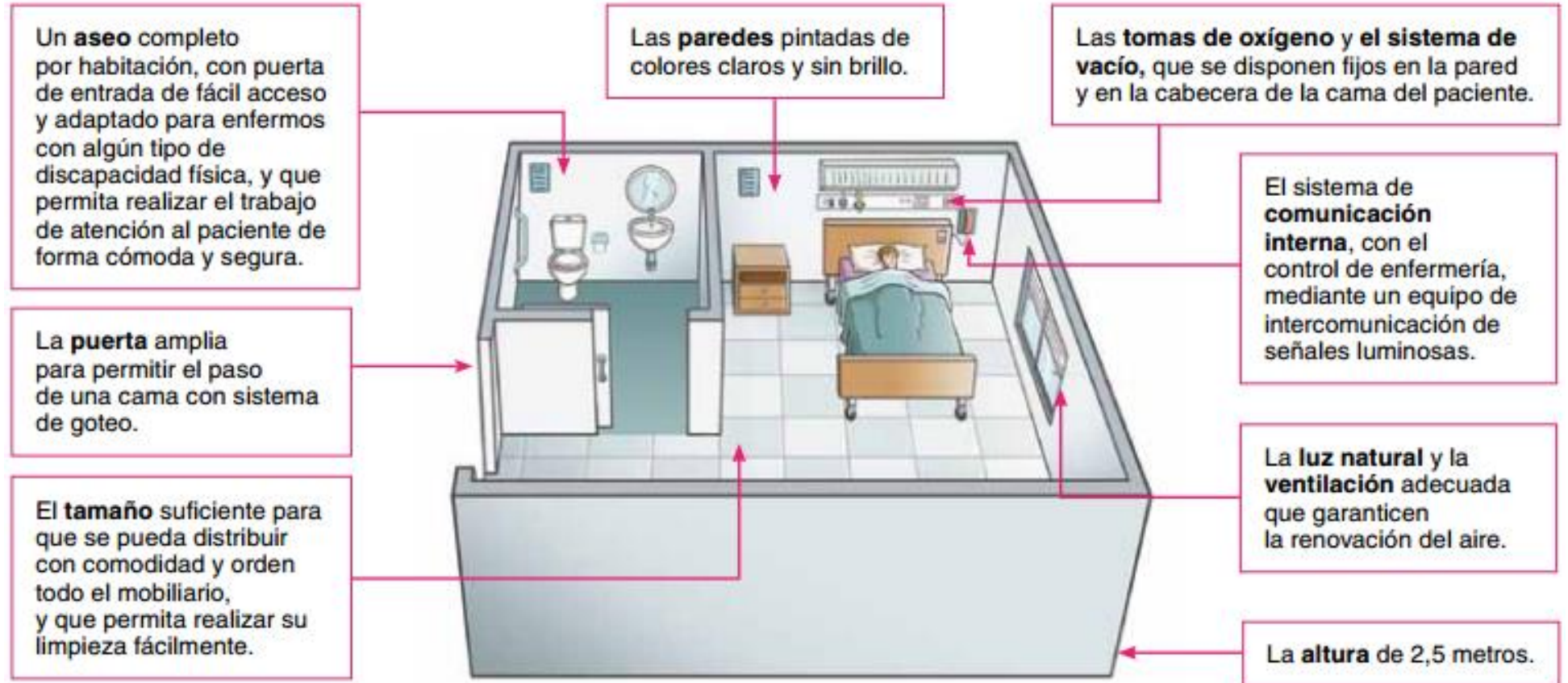
Comita



Elmador



# H





# H



H

CLINICA SANTA ISABEL  
INTERNACIÓN

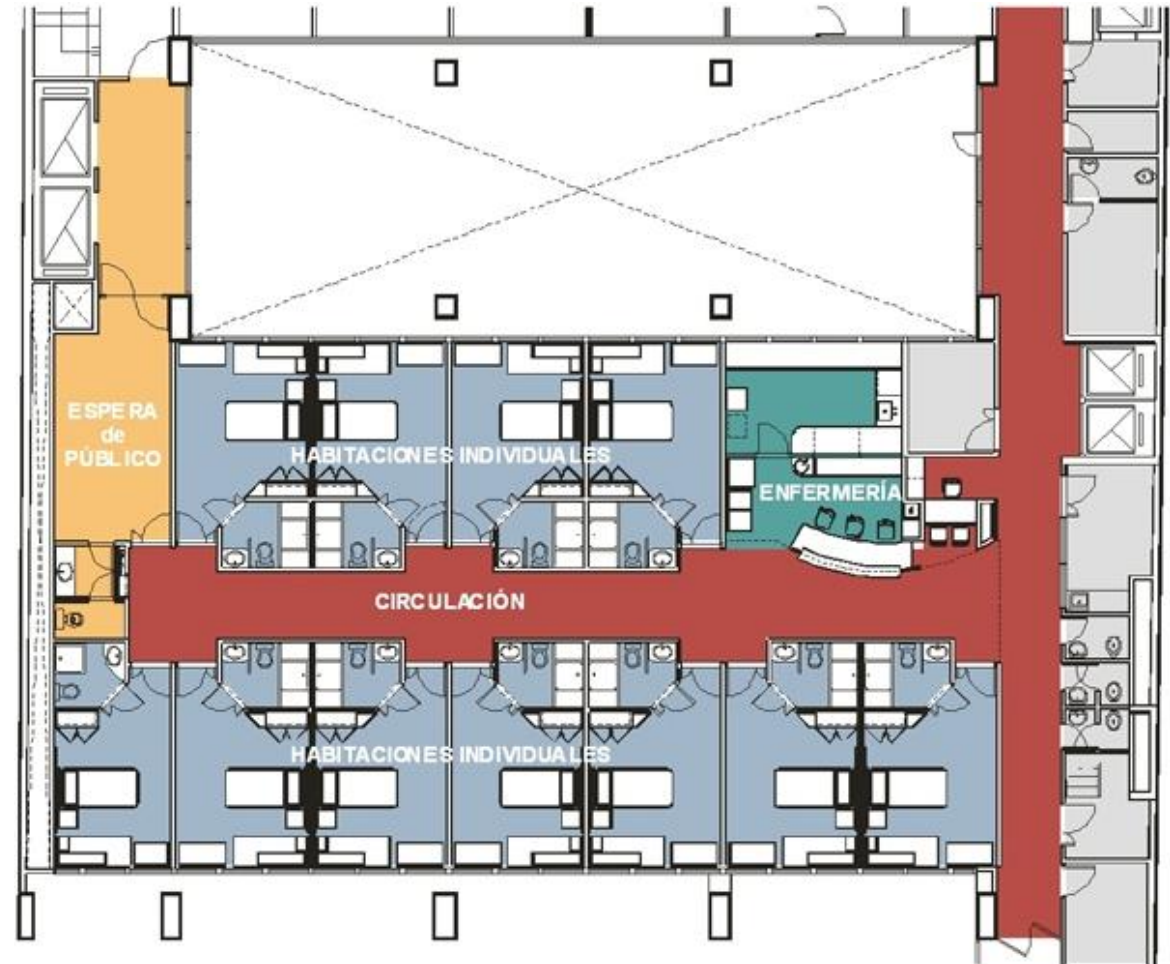


Av. DIRECTORIO

Planta 3° piso

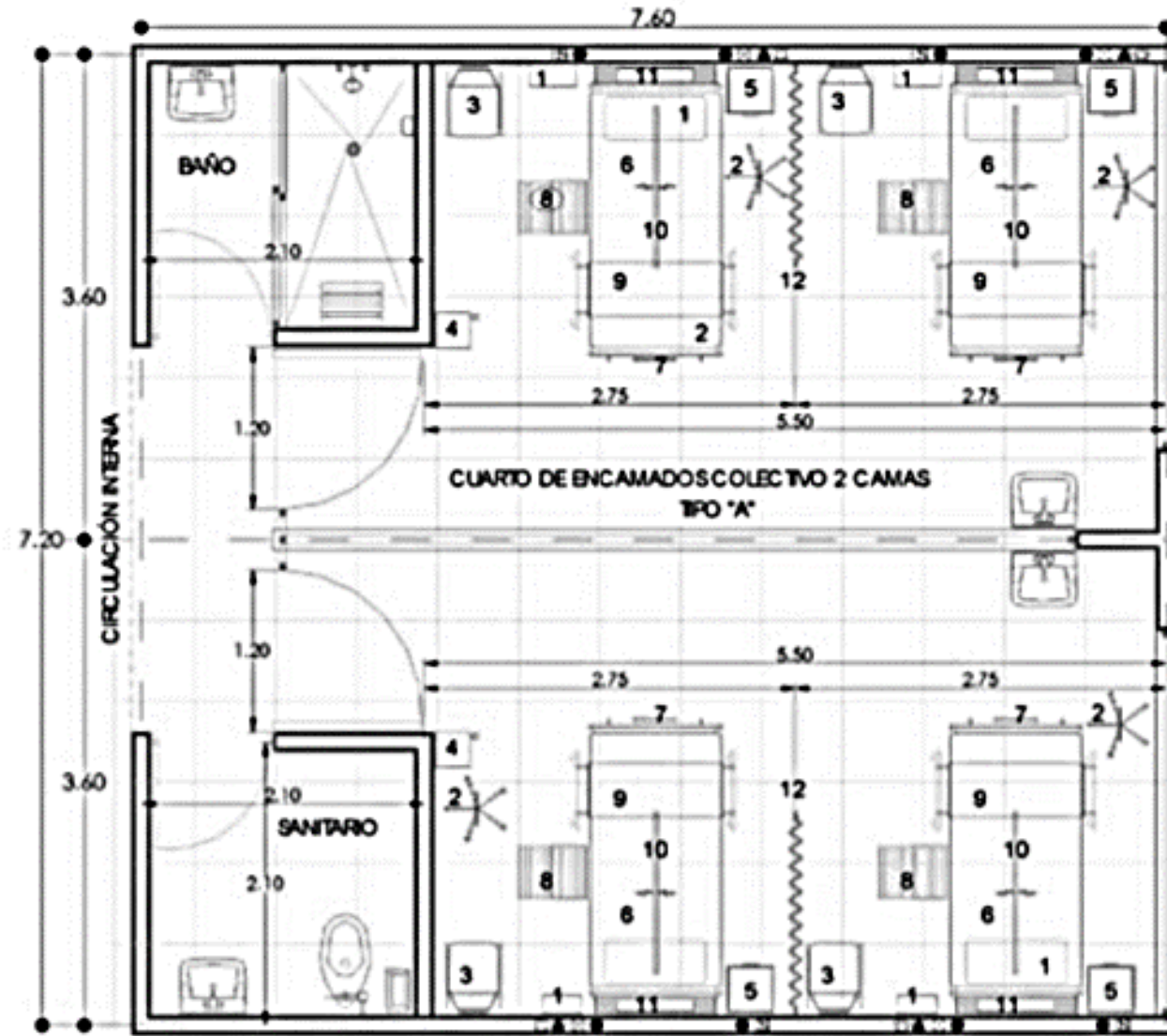
# H

## INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR – ICYCC FUNDACIÓN FAVALORO



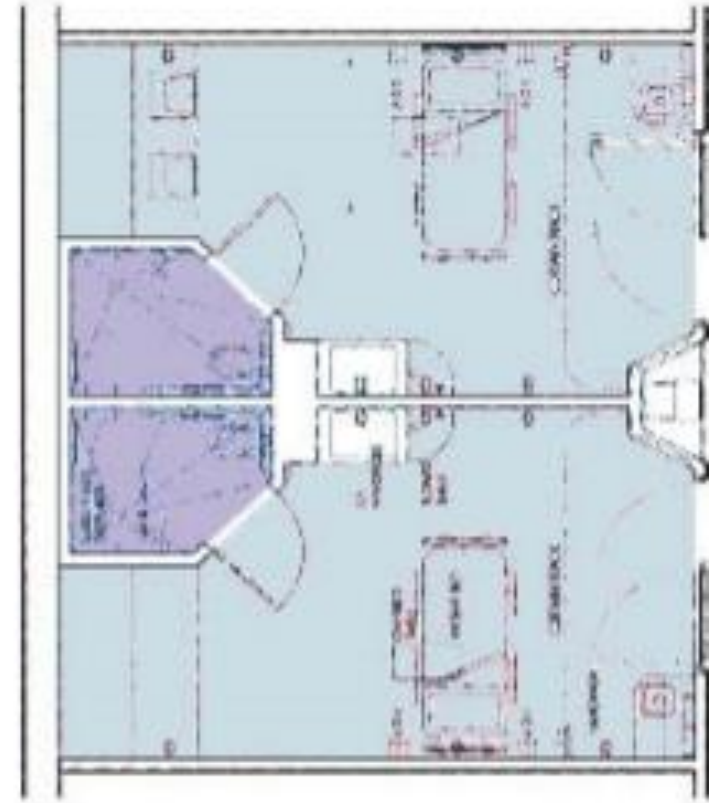
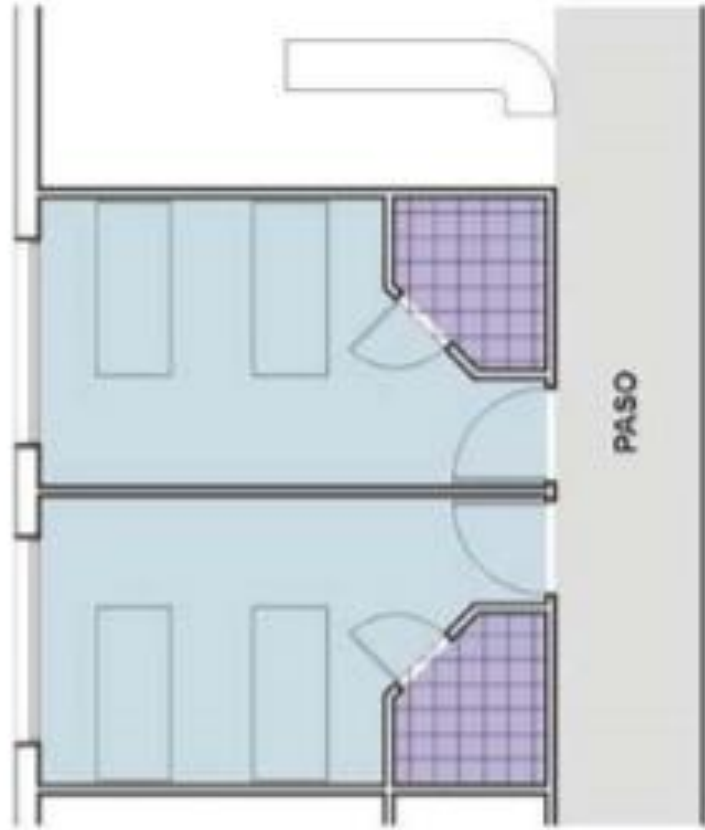


# H



# H

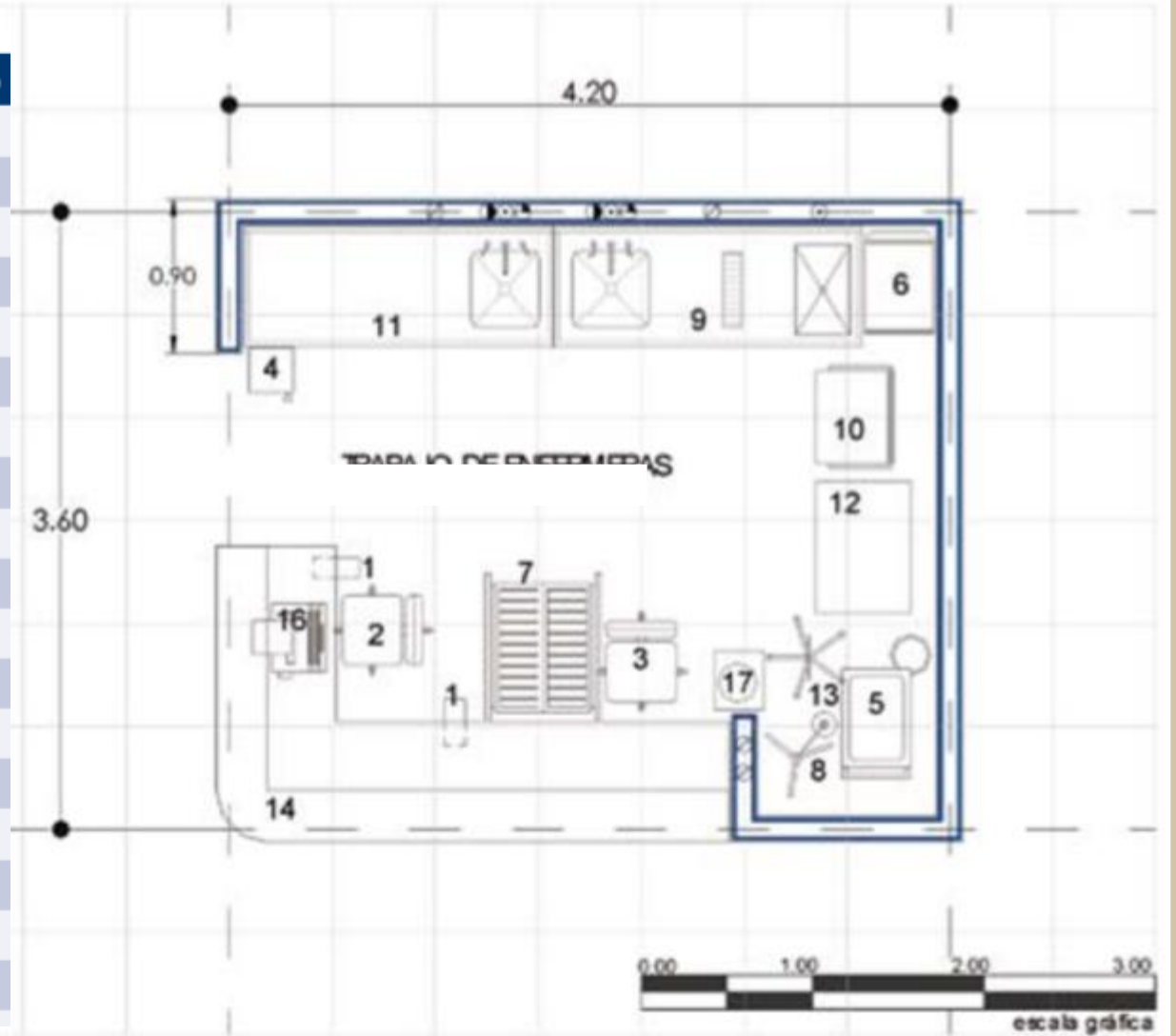
## MODELOS DE HABITACIONES EN HOSPITALES NORUEGOS -FLEXIBILIDAD



# H

## PUESTO DE ENFERMERIA EN HOSPITALIZACION

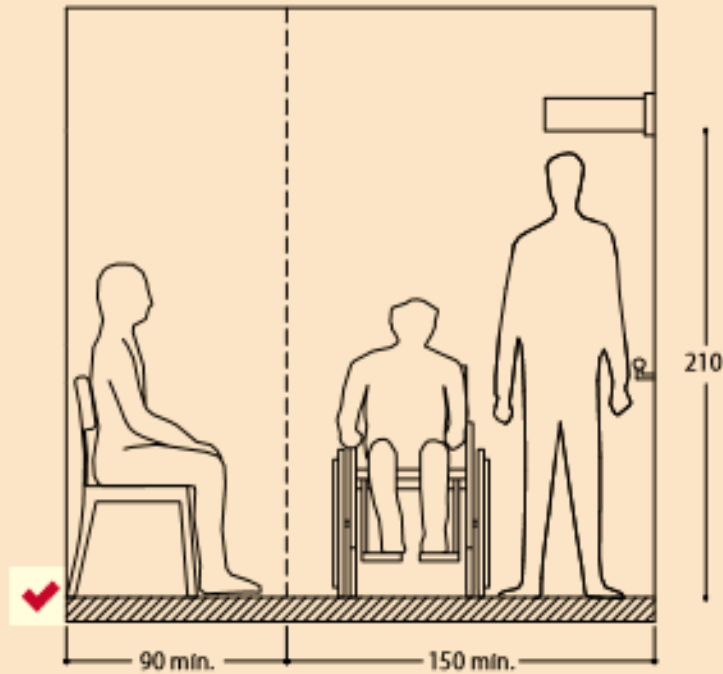
Clave	Descripción del mobiliario y/o equipo
1	Cesto para papeles
2	Silla fija acojinada apilable
3	Silla giratoria secretarial
4	Bote sanitario con pedal
5	Carro para curaciones
6	Carro para medicamentos
7	Carro porta expedientes
8	Lámpara de pie rodable
9	Mesa fregadero y baño maría
10	Mesa Pasteur
11	Mesa alta de 150 cm con fregadero central
12	Carro rojo completo con desfibrilador
13	Portavenoclisis rodable
14	Mostrador escritorio
15	Esfigmomanómetro aneroide portátil
16	Máquina de escribir manual carro 13"
17	Enfriador y calentador de agua



# H

## CIRCULACIONES EN ÁREAS DE INTERNACIÓN

MEDIDAS MÍNIMAS EN CIRCULACIONES INTERIORES



# H

## Cuarto para Aislamiento de Pacientes

Están debidamente señalizados, con entrada restringida y deberá colocarse en la puerta de información con las medidas de prevención para evitar eventuales contagios y situaciones de riesgo.



Cuartos privados y con baño y ducha para el paciente.

Ventilación artificial

Evitar circulación cruzada o recirculación de aire entre el lugar aislamiento y otras áreas de hospital.

Recomienda una antecámara entre el cuarto el pasillo para evitar propagación de agentes infecciosos.



H

HOSPITALIZACION PEDIATRÍA

# H

La **PEDIATRÍA** es la especialidad médica que estudia al niño y sus enfermedades. El término procede del griego *paidos* (niño) e *iatrea* (curación), pero su contenido es mucho mayor que la curación de las enfermedades de los niños, ya que la pediatría estudia tanto al niño sano como al enfermo.

Cronológicamente, la pediatría abarca desde el nacimiento hasta la adolescencia. Dentro de ella se distinguen varios periodos: recién nacido (0-6 días), neonato (7-29 días), lactante (lactante menor 1-12 meses de vida, lactante mayor 1-2 años), preescolar (2-5 años), escolar (5-10 años), pre-adolescente (10-12 años) y adolescente (12-18 años).

La puericultura es una de las especialidades de la medicina. Significa «cuidado de los niños» y viene del latín *puer/pueris* (el niño/del niño) y *cultura*, «cultivo»; o sea, el arte de la crianza. La odonto-pediatría es la rama de la odontología que estudia las afecciones de la dentición, y también de la boca asimilándolo a la estomatología, en los niños. La tendencia actual es fundir todas estas acepciones en un único término, pediatría



# H

## HOSPITALIZACIÓN PEDIATRÍA

- Cuarto no deben ser mayor de 6 camas y el área mínima de  $6\text{m}^2$  por cama.
- Cuartos lactantes área mínima es de  $4\text{m}^2$
- Ambiente de trabajo condicionado para bañar y vestir niños, los lactarios serán de un área de  $0,50\text{m}^2$  por cama pediátrica para niños menores de 5 años.

# H





# H



# H

## SERVICIO HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

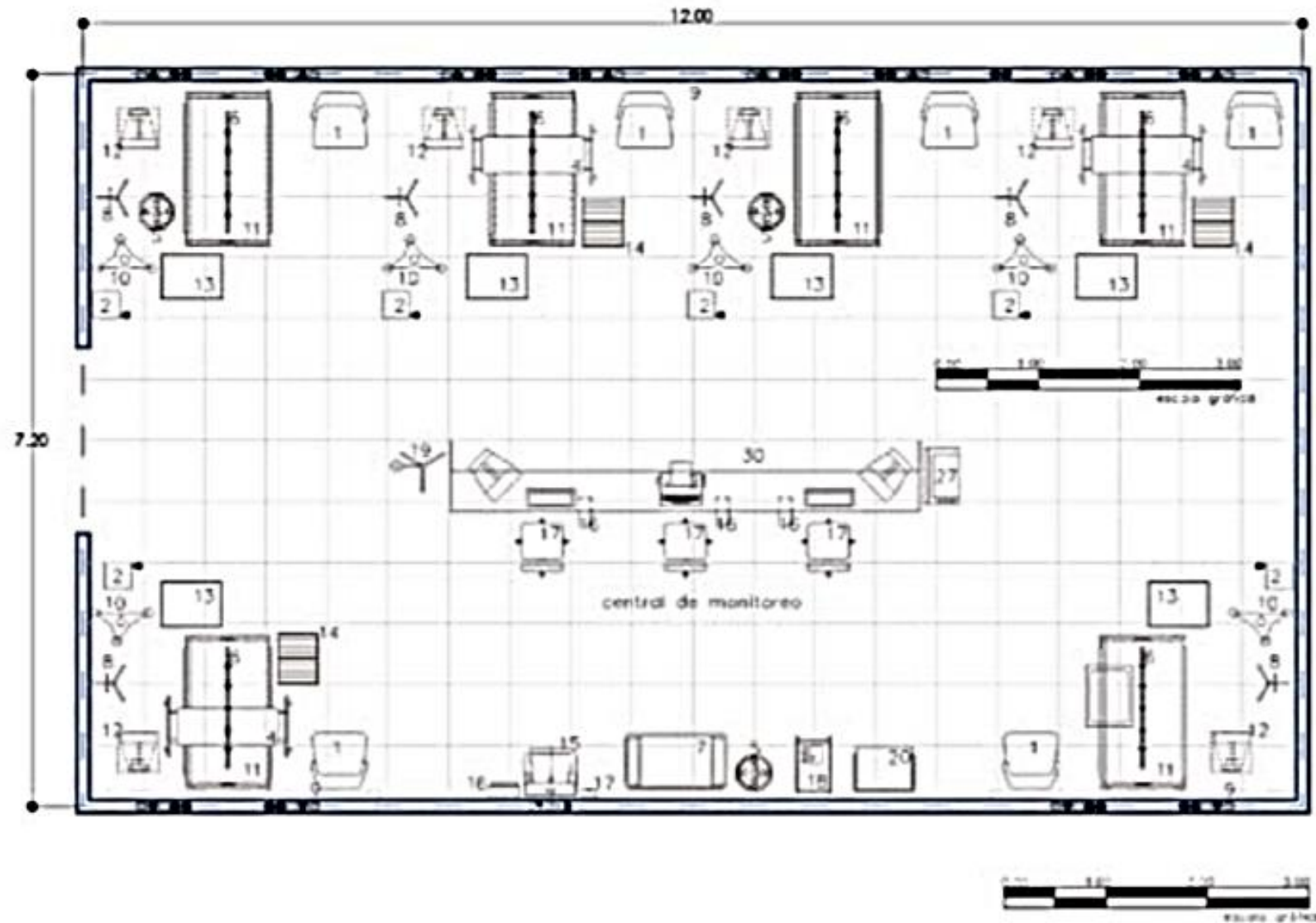


Un golpe en la cabeza es motivo de cuidado permanente en los hospitales, al igual que algunas patologías y problemas recurrentes que están relacionados con el entorno social de los menores de edad, principalmente

Esto se debe a que un golpe en la cabeza que ocasiona un traumatismo encéfalo craneano (TEC), en cualquiera de sus niveles, puede ser causa de muerte si no es atendido de forma oportuna y se realiza un control permanente

# H

## UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA



# H

## **UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA/UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA CARDIACA PEDIÁTRICA**

La unidad de terapia intensiva pediátrica/unidad de terapia intensiva cardiaca pediátrica (UTIP) brindan atención para los niños más críticamente enfermos y lesionados.

Aquí, los médicos de atención crítica pediátrica colaboran con especialistas médicos y quirúrgicos, así como con enfermeros y terapeutas respiratorios especialmente capacitados para proporcionar atención a niños y adolescentes, con condiciones entre las que se incluyen el traumatismo grave, enfermedad cardiaca congénita, insuficiencia respiratoria e infecciones graves.



# H

## **Un paciente muy especial: el NIÑO internado en Terapia Intensiva**

En las unidades de Terapia Intensiva pediátrica (UTIP) se tratan niños gravemente enfermos, con patologías que amenazan la vida, por lo que requieren tratamiento y monitoreo, o vigilancia continua, con distintos aparatos.

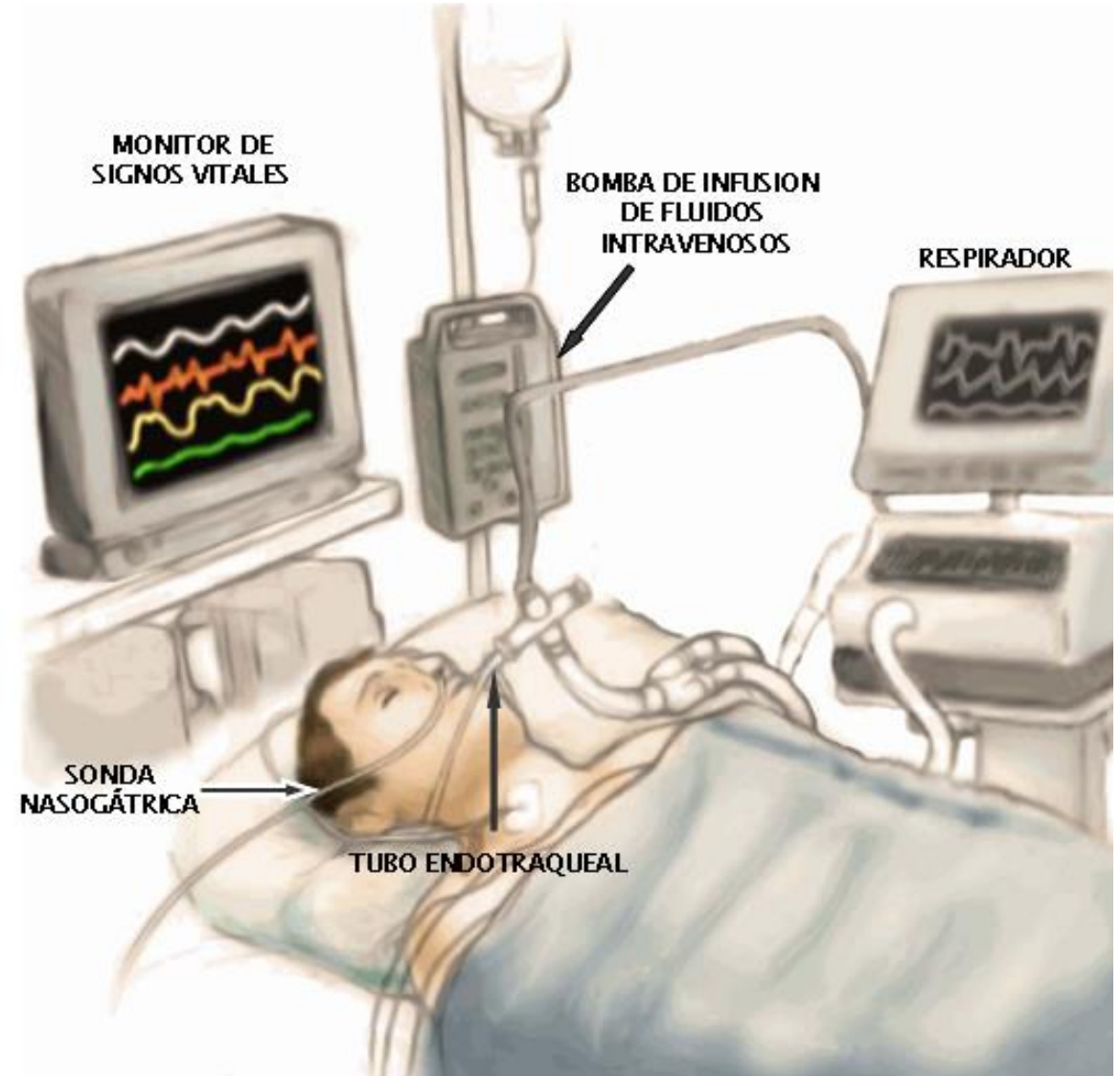
El niño es atendido por un equipo de profesionales entrenados en la atención de pacientes graves. (Médicos, kinesiólogos, enfermeros, psicólogos, radiólogos, farmacéuticos, etc)

El equipo médico de la UTIP que atiende a cada niño, está conformado por pediatras con especialización en Terapia Intensiva. La primera vez que uno visita la Unidad de Terapia Intensiva (UTIP) será una experiencia muy angustiante y hasta tal vez desagradable. Un niño aquí estará acostado en la cama, probablemente no estará despierto, y se encontrará conectado a máquinas y tubos.

Es una experiencia difícil y estresante para toda la familia.

# H

¿Cuáles son las máquinas que más frecuentemente se utilizan en la UTIP, y para qué sirven?



# H

## **HABITACION ESTANDAR:** (Recomendación de la AIA 2001 y modificaciones propuestas para las del 2006):

1. Extensión de 28 m<sup>2</sup>.
2. Individuales.
3. Acceso a la misma con posibilidad de despliegue a ambos lados. (4 puertas de correderas de al menos 90 cm. cada una.)
4. Distancia entre la cama y la pared por los lados y al frente: 2 metros.
5. Baño interior del cuarto. (con a agua fría y caliente, taza, vertedero, ducha, lavamanos no clínico).
6. Doble sistema de Gases medicinales.
7. Lavamanos quirúrgico.
8. Doble sistema de paneles eléctricos.
9. Separación entre cuartos sólida con aislamiento acústico. El control acústico debe ser de 55 a 65 STC (Sound transmission limitations).
10. Falso techo integral, no registrable, lavable, preferiblemente de PVC
11. Pared al pasillo de la visita con sistema de doble ventana y cortina de tablillas horizontales entre ambos cristales que permita:
  - Vista al exterior.
  - Control de luz solar.
  - Control de privacidad.
  - Privacidad en emergencias

# H

## **HABITACIÓN PARA AISLAMIENTO**

En la actualidad se describen 2 tipos de aislamiento, un aislamiento protector aplicable a pacientes inmunodeprimidos y un aislamiento para pacientes con infección, donde nuestro interés es evitar la diseminación de la infección en la unidad y la contaminación de otros pacientes.

Estos aislamientos podemos lograrlo mediante la regulación del flujo y presión del aire en cada habitación en relación a un área estándar (corredor semi-restringido).

1. Extensión de 28 metros cuadrados más un ante cuarto (Pre-box) por paciente.
2. Debe estar "sellada" constructivamente, vigilar fugas o entradas por puertas, techo y ventanas.
3. Puertas con mecanismos de auto-cierre, preferiblemente de manera automática y paralelo a las paredes (no puertas batientes)
4. Presión positiva o negativa de 1,36 atm.
5. Colocar dispositivo para control visual de la presión dentro de la habitación.
6. Aire central con filtro terminal (HEPA 99.97 para partículas mayores de 3 micras).
7. Salida de aire a la atmósfera con filtro a la entrada y antes de salir al exterior. (Filtro HEPA 99.97).
8. Mínimo de 12 cambios de aire por hora y de estos 2 de aire exterior
9. Temperatura de 24°C / 75°F.
10. Filtro para la entrada de personal (Pre Box o ante cuarto).
11. La presión en el ante cuarto será negativa en relación a la habitación del paciente.
12. Lavamanos quirúrgico.
13. Almacén de ropa limpia.
14. Desecho vertical de basura.
15. Desecho vertical de ropa sucia.
16. Resto igual a cuarto normal.

# H

## **SALÓN DE EMERGENCIAS.**

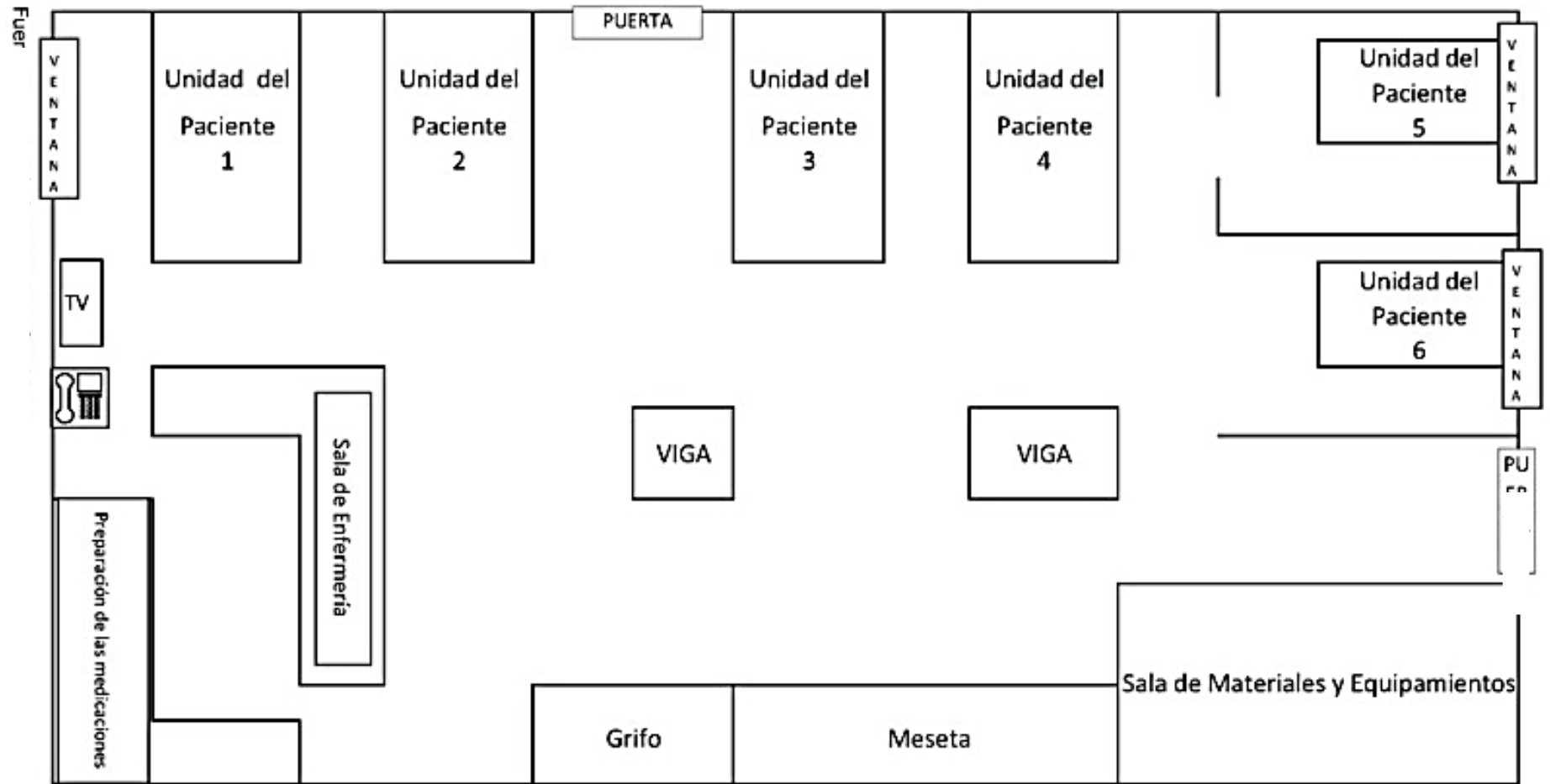
- 25 metros cuadrados al menos.
- En la entrada de la sala.
- Lavamanos quirúrgico.
- Doble sistema de Gases medicinales.
- Doble sistema de paneles eléctricos.

## **CENTRO DE CONTROL DE LA UNIDAD.**

- Esta zona permitirá mantener un control estricto y centralizado de los pacientes y de las distintas áreas de la unidad.
- Acceso a cuarto de medicamentos y drogas.
- Baño interior para enfermera



# H



**LO IDEAL ES NO SUPERAR UN NÚMERO DE 8 PACIENTES.**

H

SERVICIO DE INFECTOLOGÍA  
HOSPITALIZACION

# H

La **INFECTOLOGÍA** es una subespecialidad de la medicina interna y de la Pediatría que se encarga del estudio, la prevención, el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las enfermedades producidas por agentes infecciosos.

Las enfermedades infecciosas son y han sido siempre una importante causa de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. El especialista en esta área, llamado **INFECTÓLOGO** tiene que realizar un estudio profundo de las enfermedades y los agentes microbianos que las originan.

Es una rama muy antigua de la medicina. Hasta hace relativamente poco, las enfermedades infecciosas representaban el primer lugar en las estadísticas de mortalidad mundial pero, con el advenimiento de los antibióticos, antiparasitarios, antivirales, antimicóticos y otros agentes, como los antisépticos y desinfectantes, las infecciones se han desplazado como causa de mortalidad en el mundo, y han dado paso a las enfermedades cardiovasculares.

La **INFECTOLOGÍA** es una subespecialidad de alto nivel que trata infecciones complicadas que ningún otro médico está capacitado para tratar



# H

- ✓ Dengue
- ✓ Enfermedades infecciosas
- ✓ Malaria
- ✓ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- ✓ Teniasis
- ✓ Tuberculosis



# H

La **INFECTOLOGÍA** es una sub especialidad de la Medicina Interna que se dedica al estudio y tratamiento de las enfermedades producidas por agentes infecciosos como virus, bacterias, parásitos y hongos.

Además, se ocupa de temas relacionados con patologías infecciosas como el VIH, los síndromes febriles, las enfermedades virales crónicas, las infecciones vinculadas a patologías tropicales, al manejo de brotes epidémicos y la racionalización en el uso de antibióticos.

Asimismo, incorpora los conceptos de prevención y tratamiento de infecciones en ambientes hospitalarios.

En microbiología cuenta con técnicas altamente sofisticadas para la rápida identificación de bacterias con su correspondiente sensibilidad a los antimicrobianos.

El **LABORATORIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR** permite el diagnóstico rápido de aquellas infecciones cuyo agente causal no puede ser aislado por las técnicas más tradicionales. Es útil para el diagnóstico de infecciones virales y la detección rápida de tuberculosis. Recientemente se amplió el laboratorio de virología con tratamientos para el diagnóstico viral.

Se cuenta con prácticamente todas las técnicas serológicas (estudio de anticuerpos) que se generan en el curso de una determinada enfermedad infecciosa, lo que constituye una herramienta necesaria para el trabajo de los **INFECTÓLOGOS**

# H



El LABORATORIO DE BIOLOGÍA MOLECULAR puede formar parte del laboratorio de anatomía patológica, a fin de reducir la planta funcional



H



# H

## EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN INFECTOLOGICA si demanda una zona de AISLADOS



### PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO BASADAS EN LAS RUTAS DE TRASMISIÓN:

La diseminación de infecciones dentro de un hospital requiere de tres elementos

Fundamentales.

- Una fuente de microorganismos infectantes (agente).
- Un hospedero susceptible (huésped).
- Un medio de transmisión para el microorganismo (medio ambiente)

### FUENTE

Las fuentes pueden ser:

- **Humanas:** Constituidas por pacientes, personal de la institución, visitantes, etc. Estas personas pueden tener una enfermedad aguda, estar en el período de incubación de una enfermedad, estar colonizadas, sin tener una enfermedad aparente, o ser portadoras crónicas de un agente infeccioso.
- **OTRAS FUENTES:** Pueden ser la flora endógena de los pacientes, los objetos inanimados del ambiente que pueden estar contaminadas, incluyendo equipos y medicamentos

# H

Las normas universales de aislamiento deben ser aplicadas desde el momento en que se identifique o se sospeche una enfermedad infecciosa que ponga en peligro de contaminación al personal y al medio hospitalario los procedimientos de aislamiento, están destinados a prevenir la diseminación de una infección confirmada o sospechosa, o de una enfermedad contagiosa de una persona a otra, no sólo para proteger los pacientes, sino también al personal de salud, los visitantes y comunidad en general.

## CARACTERÍSTICAS DE LAS PRECAUCIONES DE LOS AISLAMIENTOS

Las prácticas adecuadas tienen impacto epidemiológico.

Reconocen la importancia de todos los líquidos corporales, secreciones y excreciones, en la transmisión de microorganismos.

Contienen precauciones adecuadas para infecciones transmitidas por vía aérea, gotas y por contacto, vectores, vehículo común y las precauciones empíricas.

## AISLAMIENTO PARA PACIENTES CON GÉRMENES ESPECIALES

### COHORTIZACION

Es una estrategia de contención y control de la diseminación de infecciones intrahospitalarias más estricta que los métodos de aislamiento empleados comúnmente (vía aérea, gotas y contacto) en situaciones de identificación de gérmenes de muy elevada resistencia y cuya propagación tendría un alto potencial de mortalidad en los pacientes e incalculables costos en la institución. Criterios Se indica COHORTIZAR a los pacientes a quienes se les haya identificado a estas áreas, facilitando el manejo del paciente infectado con microorganismo multi resistente o en aislamiento.

# H

## PROTOCOLO

En todos los casos, los pacientes serán colocados en cuartos individuales.

Para TODO contacto directo con el paciente o indirecto con cualquier elemento del cuarto es OBLIGATORIO el uso de batas de manga larga y guantes limpios y una estricta higiene de manos (alcohol glicerinado idealmente) antes y después del ingreso al cuarto o cubículo del paciente.

La anterior norma también aplica a visitantes y familiares SIN EXCEPCIÓN.

Cuando existan 2 ó más pacientes cohortizados por iguales circunstancias (mismo germen) se podrá asignar una sola auxiliar para ambos. Siempre y cuando no tengan identificados otros gérmenes no compartidos de similar importancia y potencialmente propagables.

Los pacientes serán ubicados en una misma área de hospitalización de la clínica.



H





# H

## **CATEGORIAS DE AISLAMIENTO:**

1. PRECAUCIONES RESPIRATORIAS O AÉREAS.
2. PRECAUCIONES DE GOTAS.
3. PRECAUCIONES DE CONTACTO.

### **1. PRECAUCIONES RESPIRATORIAS O AÉREAS**

Las precauciones para la transmisión de microorganismos por vía aérea buscan evitar la transmisión de partículas menores o iguales a 5 micras, que pueden permanecer suspendidas en el aire por períodos prolongados y que pueden ser inhaladas por individuos susceptibles. Las medidas recomendadas son:

- **Habitación individual** (en condiciones ideales con presión negativa, seis recambios de aire mínimos por hora, filtración del aire a la salida del cuarto y doble puerta a la entrada de la habitación)
- Mantener la puerta del cuarto siempre cerrada.
- Uso de mascarilla de alta eficiencia (N95, 95 % de eficiencia).
- Cuando es necesario sacar el paciente del cuarto debe ir con mascarilla Quirúrgica.
- Para el contacto con pacientes con varicela se indica el uso de guantes y bata.
- Limitar el transporte y la movilización de los pacientes de su habitación a motivos esenciales.
- Si es necesario transportarlos movilizarlos, minimizar la dispersión de los núcleos de gotas colocándoles mascarillas.
- Restricción de visitas: Restringir el horario para visitantes sin exposición previa, embarazadas y niños, e implementar las mismas medidas de protección que con personal.

# H

## **INDICACIONES:**

Las enfermedades que requieren precauciones aéreas son: Sarampión, Varicela, TBC pulmonar o laringea. Cuadro Clínico de: Rash vesicular, maculopapular, tos, fiebre, infiltrado pulmonar en cualquier localización en paciente HIV o de riesgo.

Las infecciones que requieren este aislamiento son: Infecciones gastro intestinales, respiratorias de piel o heridas o colonización por gérmenes multiresistentes de acuerdo a la decisión de los comités de infecciones, infecciones entericas( clostridium difficile, shiguella , hepatitis A ,Rotavirus) , difteria, herpes simple ,impétigo pediculosis, escabiosis, zoster diseminado.

## **CONTROL AMBIENTAL:**

**-Idealmente el cuarto debe tener ventilación de presión negativa (presión del cuarto menor que presión en pasillos y otras áreas de la clínica), y el sistema de ventilación debe permitir 6-12 recambios aéreos por hora. El aire extraído del cuarto debe salir por áreas estratégicas acordadas con ingeniería para evitar contacto con la gente y para evitar su recirculación dentro de la clínica, o como alternativa, el aire debe ser filtrado con filtros de alta eficiencia antes de que salga o pueda re-circular. De no ser posible esto, el paciente debe portar a todo momento que sea posible máscara quirúrgica, y el cuarto debe ser ventilado manteniendo las ventanas abiertas el mayor tiempo posible e idealmente debe colocarse un ventilador en el cuarto del paciente que ayude a fluir el aire de la puerta del paciente hacia la ventana abierta. La puerta del paciente debe permanecer cerrada.**

-

# H

## 2. PRECAUCIONES DE GOTAS.

Precauciones estándar: seguir las indicaciones de este tipo de aislamiento.

Están indicadas para evitar la transmisión por partículas mayores de 5 micras, generadas durante la tos, estornudo o realización de procedimientos (succiones y broncoscopias), cuando se está a una distancia menor de 90 cm. Estas partículas se pueden depositar en la conjuntiva, en la mucosa nasal o bucal.

Las medidas recomendadas son:

- **Habitación individual. De no ser posible, tener una separación al menos de 90 cm entre una cama y otra. Los pacientes con igual germen pueden compartir la misma habitación.**
- Uso de mascarilla quirúrgica (de tela)
- Si es necesario movilizar el paciente, ponerle mascarilla quirúrgica.

### **CONTROL AMBIENTAL:**

-Limpieza rutinaria del cuarto del paciente. No es necesario limpiar diariamente paredes, cortinas, persianas, etc., a no ser que estén visiblemente sucios. Los equipos dentro del cuarto deben ser limpiados con un desinfectante apropiado. Los auxiliares de L&D deben utilizar máscara quirúrgica si estarán a menos de 3 pies (1 metro) de distancia del paciente. Al realizar limpieza terminal una vez el paciente ha sido dado de alta, no es necesario que el personal auxiliar de L&D utilice máscara.

-Los equipos y objetos deben ser desinfectados con un desinfectante apropiado antes de ser utilizados en otro paciente.

indicaciones:

# H

-Las infecciones que requieren este tipo de aislamiento son:

Enfermedad invasiva por H. Influenza, meningitis, neumonía , infección por estreptococo neumonie. Otras infecciones bacterianas serias , Difteria, tosferina, neumonía por estreptococo, fiebre escarlatina, adenovirus, influenza, paperas rubéola, parvovirus .

.

### 3. PRECAUCIONES DE CONTACTO.

Precauciones estándar: seguir las indicaciones de este tipo de aislamiento. El contacto es el modo de transmisión más importante y frecuente de las Infecciones en los hospitales. Puede ser: directo, persona a persona (trabajador de la salud – paciente – paciente); o indirecto, a través del contacto con objetos inanimados como guantes, ropa y otros.

Las medidas recomendadas son:

- Debe utilizarse cuarto privado.

- Es necesario colocar la señal informativa del caso (“AISLAMIENTO DE CONTACTO”) en la parte externa de la puerta del paciente inmediatamente que el paciente llegue al cuarto o tan pronto que se sepa que el paciente tiene una indicación.

- Debe realizarse lavado de manos y utilizar EPP siguiendo las precauciones estándar.

# H

-En las unidades de cuidado intensivo, la bata y los guantes deben colocarse antes de entrar al cuarto del paciente y deben retirarse antes de salir del cuarto del paciente.

-Como precaución especial de lavado de manos, se recomienda no tocar ninguna superficie del cuarto del paciente. Para eso se recomienda lavarse las manos dentro de la habitación del paciente, y cerrar la llave con una toalla de papel, y además abrir la puerta del cuarto del paciente para salir con una toalla de papel.

-Debe limitarse el movimiento del paciente únicamente a sitios esenciales. Si el paciente sale del cuarto para ser transportado o para terapia física, asegure que las precauciones se mantengan para minimizar el riesgo de contaminar otros pacientes, superficies ambientales u objetos (utilizar ropas, batas, sábanas, etc., que eviten el contacto directo del paciente con cualquier superficie diferente).

-Si familiares del paciente van a tener contacto con elementos fuera del cuarto del paciente, mientras permanezcan en el cuarto deben usar bata y guantes si van a intervenir en acciones como baño del paciente. De lo contrario, deben cumplir con el requisito estricto de lavado de manos antes de salir del cuarto del paciente (enseñe a los familiares el lavado rutinario de manos).

# H

## INDICACIONES:

-transmisión de infecciones por micro organismos que puedan ser transmitidos por contacto directo con el paciente, piel a piel o contacto indirecto con material contaminado del paciente conjuntivitis hemorrágica, fiebre hemorrágica.

Cuadro clínico : Diarrea, Rash vesicular, Crup , bronquiolitis, historia de colonización o infección por organismos multiresistentes, infección del tracto urinario o herida en paciente que venga de una hospitalización reciente.

## OTRAS PRECAUCIONES EN EL MANEJO DEL PACIENTE AISLADO

Los pacientes con TÉTANOS deben estar aislados de estímulos luminosos y del ruido con el fin de controlar el desarrollo de contracturas

## AISLAMIENTO PARA PACIENTES CON GÉRMENES ESPECIALES COHORTIZACION

Es una estrategia de contención y control de la diseminación de infecciones intrahospitalarias mas estricta que los métodos de aislamiento empleados comúnmente (vía aérea, gotas y contacto) en situaciones de identificación de gérmenes de muy elevada resistencia y cuya propagación tendría un alto potencial de mortalidad en los pacientes e incalculables costos en la institución. Criterios Se indica COHORTIZAR a los pacientes a quienes se les haya identificado a estas áreas, facilitando el manejo del paciente infectado con microorganismo multiresistente o en aislamiento.

# H

ESTAFILOCOCOS o ENTEROCOCOS (independientes de la especie) resistentes a VANCOMICINA.

BACILOS GRAM NEGATIVOS (Incluye Escherichia coli, Klebsiella spp, Morganella spp, Providencia spp, Citrobacter spp, Enterobacter spp.)

Que expresen resistencia a todos los BETALACTAMICOS (Cefalosporinas de 1a 2a 3a 4 a generación, Aztreonam Piperacilina/Tazobactam, Imipenem y Meropenem). BACILOS GRAM NEGATIVOS (iguales a los anteriores) que expresen resistencia a ambos Carbapenems (Imipenem y Meropenem).

BACILOS GRAM NEGATIVOS con resistencia a múltiples antibióticos que incluyan 3 o más clases antibióticas a las que se esperaba sensibilidad.

Ejemplo:

Resistencia a varios o todos de los siguientes Betalactámicos; Cefalosporinas de 3 generación, Aztreonam, Piperacilina/Tazobactam, Imipenem, Meropenem y Cefepime.

Aminoglucosidos (Gentamicina, Amikacina, Netilmicina y Tobramicina) y quinolonas (Ciprofloxacina).

TRIMETROPRIM-SULFAMETOXASOLE será incluido como clase antibiótica aparte cuando los gérmenes aislados son Stenotrophomonas maltophilia, Burkholderia cepacia o Klebsiella oxytoca, pues es antibiótico esencial y de primera línea en dichos casos.

En situaciones de brotes epidémicos claramente identificados e independiente de la sensibilidad del microorganismo y bajo la Coordinación del Comité de Infecciones

# H

## PROTOCOLO

**En todos los casos, los pacientes serán colocados en cuartos individuales.**

Para TODO contacto directo con el paciente o indirecto con cualquier elemento del cuarto es OBLIGATORIO el uso de batas de manga larga y guantes limpios y una estricta higiene de manos (alcohol glicerinado idealmente) antes y después del ingreso al cuarto o cubículo del paciente. La anterior norma también aplica a visitantes y familiares SIN EXCEPCIÓN.





H

SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA  
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS  
(UCI)

# H

## **DEFINICIÓN Y OBJETIVO DE UNA UCI**

La UCI es una unidad o un servicio independiente que funciona como unidad cerrada bajo la responsabilidad médica de su personal, en contacto estrecho con los especialistas que derivan a los pacientes.

Las características del personal médico, de enfermería y del resto del personal sanitario, el equipamiento técnico, la arquitectura y el funcionamiento deben estar definidos claramente. Las normas escritas interdisciplinarias sobre el proceso de trabajo, las competencias, los estándares médicos y los mecanismos para la toma de decisiones son útiles para deslindar las competencias y estandarizar el proceso de trabajo.

Los objetivos de la UCI son la monitorización y el apoyo de las funciones vitales amenazadas o insuficientes en pacientes en estado crítico, a fin de efectuar determinaciones diagnósticas adecuadas y tratamientos médicos o quirúrgicos para su mejor evolución.

La movilización oportuna del equipo de la UCI y sus servicios de apoyo son importantes para la cobertura y el tratamiento de pacientes en estado crítico fuera de la UCI.

Estas recomendaciones son para UCI de pacientes adultos, no para las UCI neonatales y pediátricas.

# H

## **Criterios funcionales**

**Ubicación** La UCI estará situada en un hospital con servicios apropiados para asegurar la respuesta a las necesidades multidisciplinarias de la medicina de cuidados intensivos. El hospital debe tener servicios quirúrgicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos y asesores clínicos, cirujanos y radiólogos, disponibles para la UCI durante las 24 horas.

- **Tamaño** La UCI debe tener un mínimo de 6 camas y el óptimo es de 8-12 camas. En una UCI más grande se pueden crear subunidades funcionales con 6-8 camas, que compartan los recursos administrativos y otros. Se necesitan una cierta cantidad de pacientes y de intervenciones terapéuticas para mantener la calidad de actividades como la ventilación asistida y el tratamiento de reemplazo renal.

# H

## PERSONAL MÉDICO

**Director de la UCI.** El responsable médico y administrativo de la UCI debe trabajar a tiempo completo o por lo menos el 75% del tiempo en la UCI.

**Miembros del personal médico.** El director es asistido por médicos calificados en cuidados intensivos. La cantidad de personal se calculará según el número de camas, el número de turnos por día, la tasa de ocupación deseada, los recursos humanos extra para feriados, vacaciones y partes de enfermo, el número de días que cada profesional trabaja por semana y el nivel de atención y también en función del volumen de trabajo clínico, de investigación y de enseñanza. Los turnos de trabajo prolongados impactan negativamente sobre la seguridad de los pacientes y del personal médico.

El personal médico de la UCI asume las responsabilidades médicas y administrativas de la atención de los pacientes internados en la unidad. Define los criterios de internación y alta y es responsable de los protocolos diagnósticos y terapéuticos para estandarizar la atención.

En los hospitales que son centros de capacitación tiene también la importante tarea de supervisar y enseñar a los médicos que se están capacitando. Para estos fines se efectúan recorridas formales diarias a fin de dar información y planificar el tratamiento.

# H

## PERSONAL DE ENFERMERÍA

**Organización y responsabilidades.** La medicina de cuidados intensivos es el resultado de la colaboración estrecha entre médicos, enfermeras y otros profesionales paramédicos. Es necesario definir claramente las tareas y las responsabilidades de cada uno.

**Jefa de enfermeras.** Debe ser una enfermera de tiempo completo, responsable del funcionamiento y la calidad del trabajo de enfermería. Debe tener amplia experiencia en cuidados intensivos y ser apoyada por al menos una enfermera que la pueda reemplazar. La jefa de enfermeras debe asegurar la educación continua del personal de enfermería. Ella y sus sustitutas normalmente no trabajan en las actividades de enfermería, sino que colaboran con el director médico. Ambos proporcionan las políticas, los protocolos y las directivas y apoyan a todo el equipo.

**Enfermeras.** Las enfermeras de la UCI son enfermeras diplomadas formadas en cuidados intensivos y medicina de urgencia.

Se deben organizar regularmente reuniones conjuntas con médicos, enfermeras y personal paramédico a fin de:

- analizar los casos difíciles y las cuestiones éticas;
- presentar los nuevos equipos;
- discutir los protocolos;
- compartir información y examinar la organización de la UCI;
- proporcionar educación continua.

El número de enfermeras necesario para la atención y la observación apropiadas se calcula según los niveles de atención (NA).

**Enfermeras en capacitación.** Las enfermeras en capacitación no se deben considerar como sustitutos del personal de enfermería, pero se las puede asignar gradualmente a cuidar a los pacientes según su nivel de entrenamiento.

## PROFESIONALES PARAMÉDICOS

**Fisioterapeutas.** Se debe disponer de un fisioterapeuta experto en pacientes críticos por cada cinco camas para los cuidados de nivel III durante los 7 días de la semana.

**Técnicos.** Es necesario organizar cómo mantener, calibrar y reparar el equipamiento técnico en la UCI.

**Técnico radiólogo.** Debe estar permanentemente disponible, así como también el radiólogo a fin de interpretar las imágenes.

# H

**Nutricionista** .Debe estar disponible durante las horas de trabajo normales.

**Fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, farmacéutico.** Deben estar disponibles para la consulta durante las horas de trabajo normales.

**Personal administrativo.** Se necesita una secretaria médica por cada 12 camas de cuidados intensivos.

**Personal de limpieza.** Debe haber un grupo especializado de personal de limpieza que conozca el ambiente de la UCI. Deben saber sobre el control de las infecciones, la prevención, los protocolos y los riesgos de los equipos médicos. El aseo y la desinfección de los sectores con pacientes se efectúan con la supervisión de enfermería.

## **Criterios para las actividades**

El trabajo en la UCI es complejo y dinámico, con tareas compartidas y actividades que se superponen. Por ello es esencial la colaboración bien estructurada entre médicos, enfermeras y todos los otros profesionales que trabajan en la UCI.

Esto incluye:

- recorridas clínicas interdisciplinarias;
- procesos estandarizados y estructurados de transición entre un turno y el siguiente y de transferencia de información entre los profesionales;
- empleo de un sistema de manejo de los datos de los pacientes.

Por último, un conjunto creciente de datos indica que el clima en la UCI puede influir sobre la satisfacción de los familiares del paciente, el bienestar del personal e inclusive sobre la evolución de los pacientes



# H

## DEFINICIÓN DE LOS PACIENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Dos tipos de pacientes se beneficiarán con su internación en la UCI:

1. Los pacientes que necesitan monitorización y tratamiento porque una o más funciones vitales están amenazadas por una enfermedad aguda (o por una enfermedad aguda sobre una crónica) (e.g., sepsis, infarto de miocardio, hemorragia gastrointestinal) o por las secuelas del tratamiento quirúrgico u otro tratamiento intensivo (e.g., intervenciones percutáneas) que llevan a trastornos potencialmente mortales.
2. Los pacientes que ya padecen insuficiencia de una o más funciones vitales, como la función cardiovascular, respiratoria, renal, metabólica, o cerebral, pero con la posibilidad de recuperación funcional.

- **DEFINICIÓN DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN (NA) Se proponen tres niveles: III, II y I.**

**Nivel de atención III** (el más alto). Es para pacientes con insuficiencia multiorgánica (dos o más órganos) de carácter potencialmente mortal inmediato. Estos pacientes dependen de apoyo farmacológico y de dispositivos, tales como apoyo hemodinámico, asistencia respiratoria, o tratamiento de reemplazo renal.

**Nivel de atención II.** Es para pacientes que necesitan monitorización y apoyo farmacológico y/o de dispositivos, para la insuficiencia de un solo sistema orgánico de carácter potencialmente mortal.

**Nivel de atención I** (el más bajo). Los pacientes NA I tienen signos de disfunción orgánica que exigen control continuo y mínimo apoyo farmacológico o con dispositivos. Estos pacientes están en riesgo de sufrir una o más insuficiencias orgánicas agudas. Se incluyen también los pacientes que se están recuperando de una o más insuficiencias orgánicas, pero que están muy inestables.

Para estos diferentes NA, se consideran apropiadas las siguientes proporciones enfermera/paciente: nivel III 1/1; nivel II 1/2 nivel I 1/3

# H

## NÚMERO DE CAMAS

El número de camas de cuidados intensivos se debe calcular en función del tipo de hospital, su ubicación geográfica, el número de camas del hospital, etc. Las cifras de la literatura médica internacional son del 5% - 10% de las camas del hospital. En la práctica, sólo estará ocupado el 75% de las camas. Esto permitirá a la unidad enfrentar las urgencias importantes y evitar las altas prematuras.

- **Control de calidad**

Cada UCI debe evaluar su actividad, teniendo en cuenta que es necesaria una cantidad mínima de cada tipo de enfermedad para mantener los conocimientos y la experiencia médica y de enfermería a niveles adecuados. Debe evaluar su calidad y tener un programa para mejorarla, a fin de poder estar a la altura de los estándares nacionales o internacionales. Esta evaluación debe incluir un informe sobre las complicaciones y los episodios adversos y un sistema de control continuo de los indicadores que reflejan la calidad de la atención. Estos indicadores deben cubrir el proceso de atención (i.e., respiración asistida, sedación, medicación, vías IV, tratamiento o complicaciones), los resultados (i.e., mortalidad ajustada por riesgo), y la estructura (i.e., suficiencia de personal, disponibilidad de protocolos).

Se recomiendan las conferencias sobre morbilidad y mortalidad.

Se debe alentar la participación en la recolección de datos y en los sistemas de comparación a nivel regional, nacional o internacional a fin de aumentar al máximo la seguridad y la calidad de la UCI.

- **Manejo del equipamiento**

**Descartables.** El material descartable plantea problemas de almacenamiento y distribución debido a su volumen y su movimiento. Es fundamental pasar revista con frecuencia a estos materiales y tener un sistema sencillo de control de las existencias.

**Insumos duraderos.** Es necesario tener criterios para la selección, la compra, el almacenamiento, el mantenimiento y el reemplazo del equipamiento duradero.

# H



H



# H

Existen dos UCI denominadas Críticos I (CI) y Críticos II (CII) en tres áreas arquitectónicas diferentes, con un total de 54 camas (figs. 1 y 2)



## CRÍTICOS I

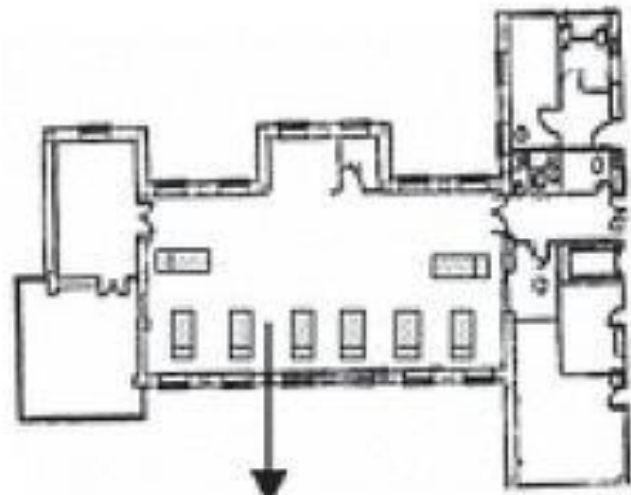
La CI está en la segunda planta del ala sur del hospital y su construcción es moderna. Consta de 30 camas en dos espacios arquitectónicos diferentes:

**A. NEURO-POLITRAUMA**, camas separadas por tabiques en grupos de 2 y 3 camas. En ella se da cobertura a pacientes **poli-traumatizados**, de neurocirugía, cirugía maxilofacial y trauma-ortopedia.

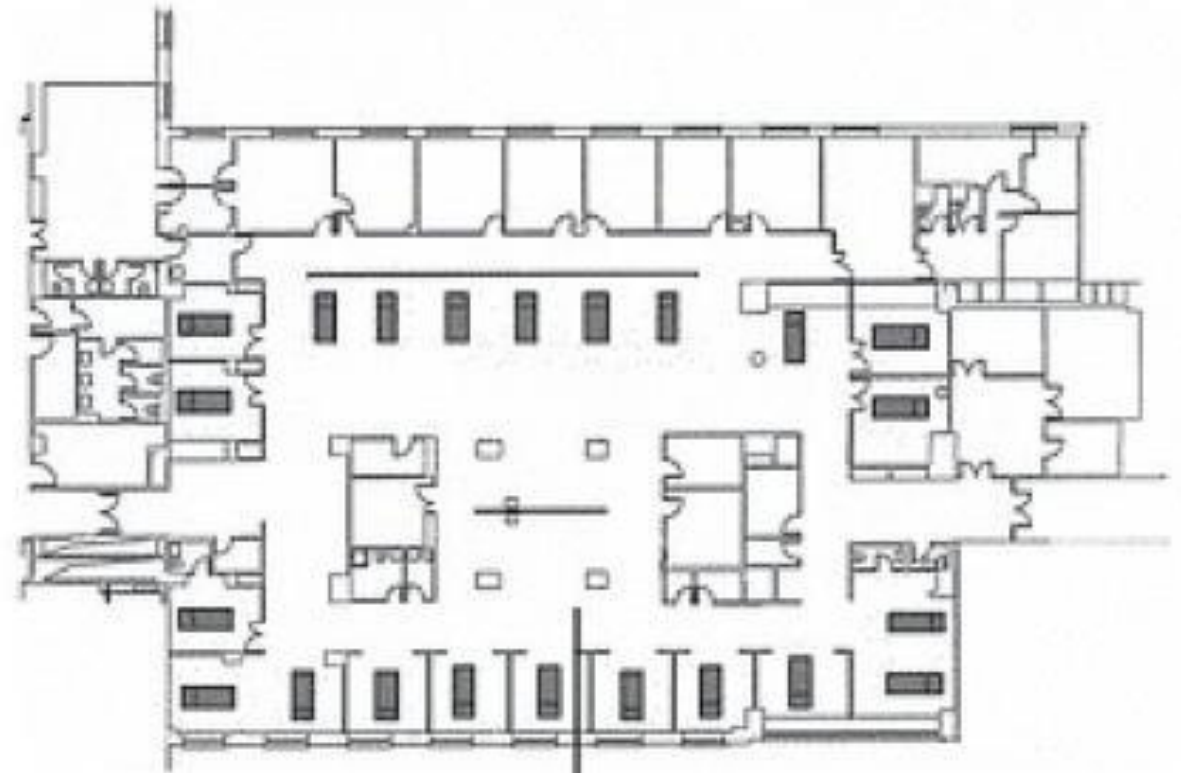
**B. UNIDAD CARDIOVASCULAR**, en ellas se da cobertura a pacientes con patología coronaria, cirugía cardíaca y cirugía vascular. Esta unidad tiene 11 camas individuales, 2 habitaciones dobles y 7 camas corridas separadas por biombos plegables fijos



H



**A: Neuropolitraum a**



**B: Cardiovascular**

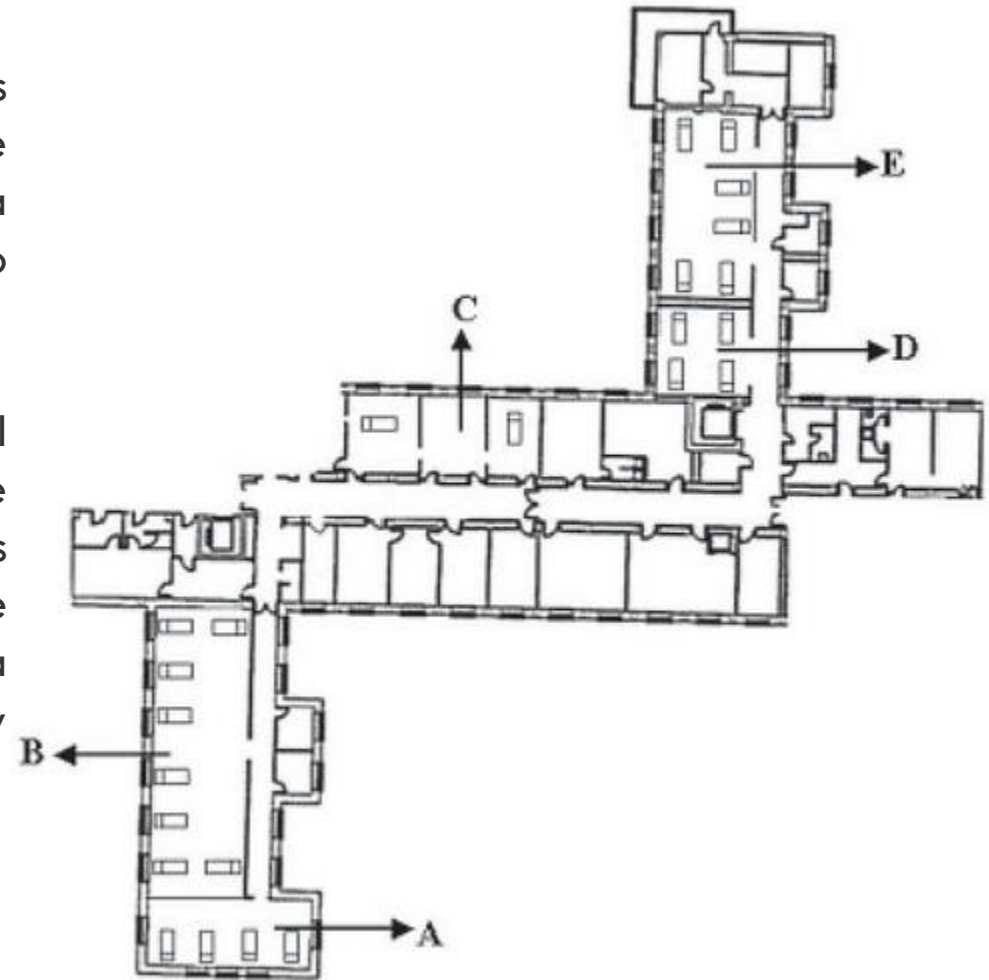


# H

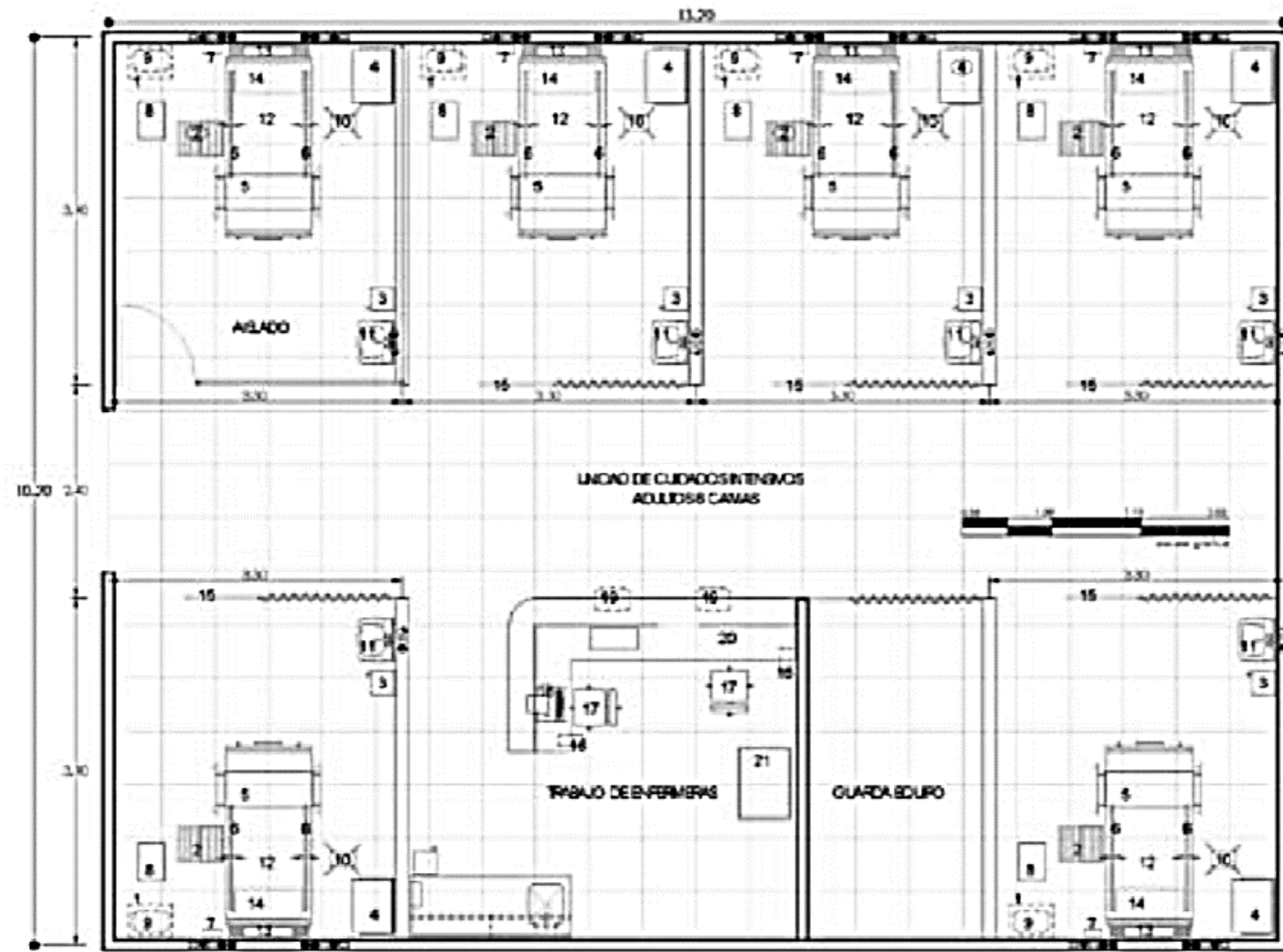
## CRÍTICOS II

La CII tienen un máximo de 24 camas repartidas en 5 áreas diferentes, dos de 4 camas (A y D), otra de 8 (B), una cuarta con 2 habitaciones de aislamiento (C) y por último una área de 6 camas (E)

Salvo las camas de aislamiento, en el resto de las áreas la separación entre camas se realiza mediante biombos móviles. Es ésta una unidad polivalente que da cobertura fundamentalmente a pacientes médicos, de cirugía digestiva y torácica



# H



# H

## NUEVO COMPLEJO DE LA SALUD MALVINAS ARGENTINAS HOSPITAL DE PEDIATRIA, MATERNIDAD Y OBSTETRICIA



### PLANTA BAJA HOSPITAL PEDIATRIA Y MATERNIDAD

1- Acceso 2- Consultorios 3- Terapias **4- Terapia Intensiva** 5- Oficinas y casa medica 6- Sala de Partos 7- Quirófano Cardiopatía Infantil 8- Parturientas 9- Neonatología

# H

## FUNDACION FAVALORO TERAPIA Y TRANSPLANTES





# H

## CLINICA SANTA ISABEL TERAPIA POLIVALENTE



H

SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA

# H





# H



El SERVICIO DE NEONATOLOGÍA debe ser líder investigación científica de alto nivel, orientada con misiones específicas, la formación de recursos humanos de la más alta calidad y de excelencia, que impacte en los indicadores locales de salud y contribuya no sólo a disminuir el riesgo epidemiológico, sino a enfrentar con eficiencia los problemas emergentes en salud perinatal, y contribuya a incrementar la salud, calidad de vida y bienestar de las mujeres, niñas y niños, eje central de la familia

# H

La NEONATOLOGÍA es una rama de la pediatría dedicada a la atención del recién nacido sea éste sano o enfermo. Proviene etimológicamente de la raíz latina "natos" que significa nacer y "logos" que significa tratado o estudio , es decir el "estudio del recién nacido“

Un **Servicio de Neonatología con Unidad de Cuidados Especiales o Intensivos del Recién Nacido** de hoy día se organiza para cuidar a cualquier niño de riesgo elevado, prematuro o a término, infectado o no infectado, con patología médica o quirúrgica.

Se procura disponer del personal entrenado y del mejor equipo para proporcionar los cuidados y observación óptimos en una zona destinada a prestar cuidados especiales. Funciona como centro de diagnóstico, de tratamiento, de convalecencia y rehabilitación para los niños, y como centro de formación para médicos y enfermeras, y debe funcionar correctamente como un centro regional de asistencia y docencia.

# H

Los servicios de neonatología están integrados por personal cualificado y con experiencia en el tratamiento con los neonatos; fundamentalmente deberían de estar compuestos de:

- Personal médico:
  - Neonatólogos
  - Pediatras
  - Especialistas en Nutrición y Dietética
- Personal de Enfermería:
  - Enfermeras clínicas (No existen en España)
  - Enfermeras especialistas en Neonatología (No existen de momento en España)
  - Enfermeras tituladas
  - Auxiliares de Enfermería
- Personal de apoyo:
  - Psicólogos
  - Farmacéuticos
  - Terapistas respiratorios (en España no existen): Esta función se les asigna a la Enfermería
  - Técnicos en electromedicina
  - Técnicos en Nutrición y Dietética
- Personal subalterno:
  - Celadores
  - Limpiadoras
  - Personal de mantenimiento: Electricistas, mecánicos, fontaneros, albañiles, etc

# H

## TERMINOLOGÍA MÁS UTILIZADA

- **NEONATO:** Un bebé recién nacido hasta las 6 semanas de edad.
- **RECIÉN NACIDO A TERMINO Ó MADURO:** Es aquel que ha nacido entre las 37 y 42 semanas de edad gestacional.
- **RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO, PREMATURO O INMADURO:** Es aquel que ha nacido antes de las 37 semanas de edad gestacional.
- **RECIÉN NACIDO POSTÉRMINO O POSTMADURO:** Es aquel que ha nacido después de las 42 semanas de edad gestacional.

# H

## UBICACIÓN

La ubicación del servicio de Neonatología tiene que cumplir los siguientes requisitos básicos:

- Estar integrado en el servicio de Pediatría
- Estar lo más próximo al área obstetricia
- Tener luz exterior
- Tener un sistema de ventilación adecuado
- Tener un sistema de climatización adecuado
- Estar integrado en:
  - Sala Neonatal: al menos 6 metros cuadrados por puesto, pudiendo ser distribuida en:
    - Prematuros
    - Maduros
  - Sala de Intensivos: al menos 14 metros por puesto
  - Sala de Lactancia: al menos 4 metros cuadrados por puesto
  - Sala de visitas: al menos 4 metros cuadrados por puesto
  - Sala de Servicio: Almacenes, estar de Enfermería, despechos, pasillos, lencería, etc. Al menos el 30% de la distribución total del servicio
- Todas las camas utilizadas deben de tener ruedas para facilitar su transporte: Cunas, incubadoras y cunas térmicas

# H

## **AREA DE PATOLOGÍA NEONATAL**

**(Unidad de cuidados neonatales o Servicio de Neonatología propiamente dicho):** es de vital importancia construir un centro con una proyección arquitectónica adecuada, debiendo ser un servicio completamente independiente, con material y personal propios, incluyendo si es posible servicios independientes de lavandería y autoclaves para los vestidos y ropa de camas. El permiso de ingreso del personal debe estar relacionado al personal que trabaja en el área debiendo otorgarse solo a personas sanas encargadas del cuidado de los niños, incluyendo el personal médico y de enfermería, técnicos de laboratorio y de radiología, fisioterapeutas, médicos inter-consultados, y los padres y madres que pronto se harán cargo del cuidado del niño.



# H

## ÁREAS QUE LA INTEGRAN EL SERVICIO

Este ejemplo es para 40 pacientes, con una superficie de aproximada de 1380 mts<sup>2</sup>

1. Una Sala de hospitalización de recién nacidos de bajo peso: con capacidad para 8 niños.
2. Sala de hospitalización para patología neonatal general no infecciosa ni de bajo peso: traumas obstétricos, ictericia, cuadros convulsivos, trastornos metabólicos, malformaciones, etc. Con capacidad para 8 niños.
3. Sala de hospitalización para recién nacidos con sospecha de infección o provenientes de afuera: con capacidad para 8 niños.
4. Sala de hospitalización para recién nacidos con procesos infecciosos: con capacidad para 10 niños.
5. Sala de hospitalización de recién nacidos ictericos: con capacidad para 4 niños
6. Sala de Hospitalización para recién nacidos con patología quirúrgica: 3 niños.
7. Sala para aislamientos: 2 niños.
8. Sala de Cuidado Especial o Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: 1.
9. Sala de pre-alta.



# H

10. Sala de Estar de los padres: con divisiones o paneles para entrevistas personales con el fin de brindarles apoyo psicológico durante la hospitalización, debiendo disponerse de personal de ayuda social para esto. Incluye sala de vídeo y baños para damas y caballeros.
11. Areas para lactancia materna: incluidas dentro de cada sala de hospitalización.
12. Consultorio de examen físico del recién nacido al momento de ingresar al servicio o la consulta del servicio ambulatorio del prematuro.
13. Sala de procedimientos: para la practica de la exanguino-transfusión, y procedimientos de cirugía menor, preparación de alimentaciones parenterales, etc.
14. Sala para preparación de fórmula infantiles.
15. Sala para autoclave y esterilización.
16. **Sala de conferencias.**
17. Sala de informática y estadísticas.
18. Sala para colocar aparato de radiología.
19. Oficina del Médico Jefe del Servicio.
20. Oficina de la Coordinadora de Enfermería.

# H

21. Oficina para secretaria de historias médicas.

22. Estar de enfermería.

23. Habitación para médicos, con baño.

24. Habitación enfermeras, con baño.

25. Área para lavado de material e incubadoras.

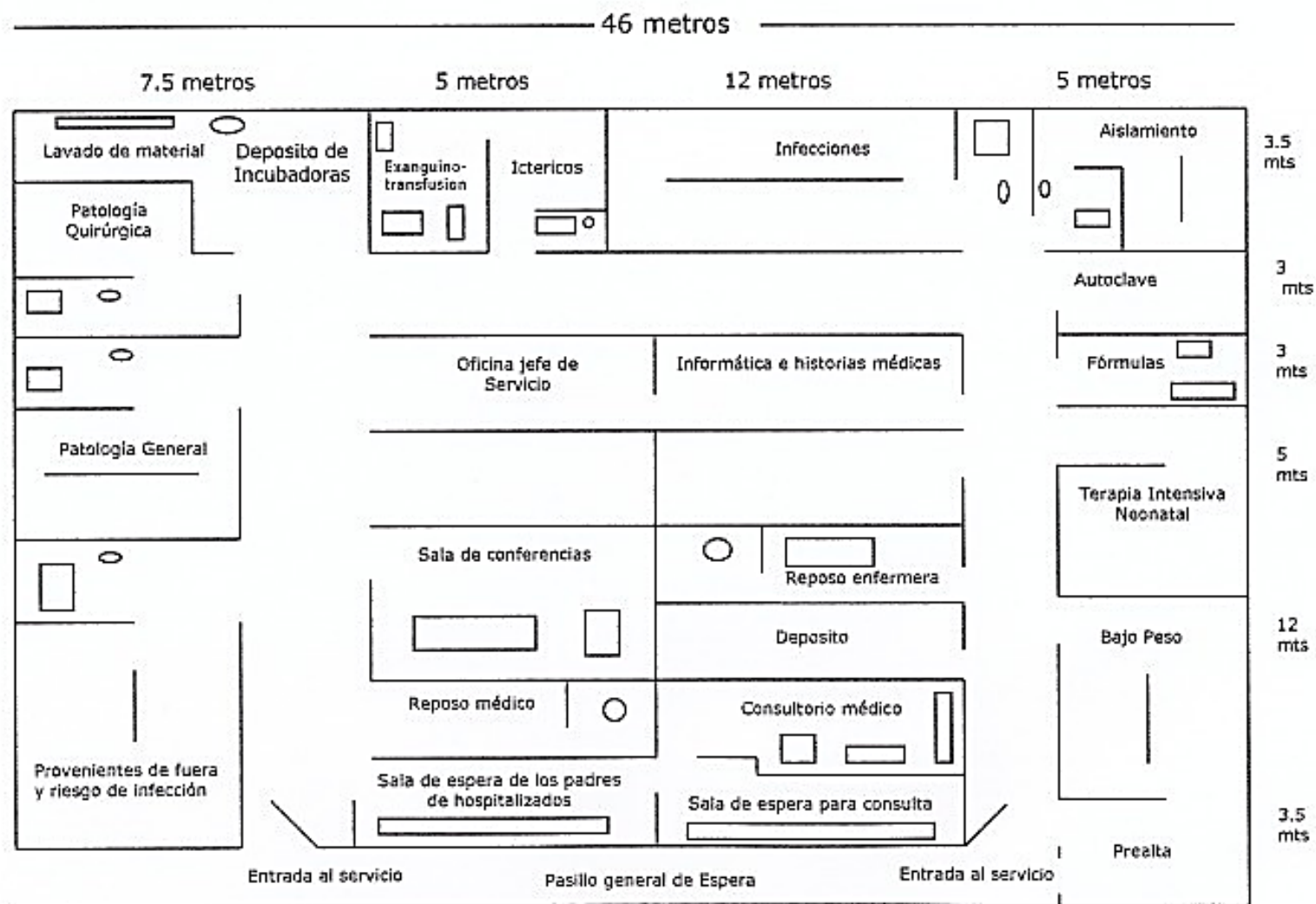
26. Faena limpia.

27. Faena sucia.

El servicio de la superficie estaría calculado para una capacidad de 40 pacientes.

# H

## Esquema arquitectónico del Servicio de neonatología



H



# H

**INCUBADORAS:** Son unas camas cerradas con fuente de calor húmedo, los objetivos son:

- Funcionan con corriente eléctrica, por lo tanto hay que tener la precaución que se tiene con todos los aparatos eléctricos, toma tierra, cables no pelados, etc.
- Tienen que cumplir unas cualidades dependiendo del paciente que alojemos, habitualmente alojamos neonatos de menos de 2.2 Kg. al nacer, estas cualidades son:
  - Concentrar el calor
  - Tener doble pared en caso de neonatos de menos de 1500 gr.
  - Poseer fuente de oxígeno
  - Tener un sistema de control de temperatura de interior y de piel del neonato, a ser posible que tenga función de Servo-control (programa incrementos de subida y bajada de temperatura respecto a la temperatura de piel del neonato)
  - Poseer un sistema de humidificación del ambiente (se aconseja ambientes humidificados al 50%)
  - Tener un sistema de posiciones para adoptar varios planos de inclinación
  - Tener un sistema fácil de transporte (habitualmente ruedas)
  - Tener un sistema que minimice los ruidos dentro de incubadora
  - Los paneles deben de ser translucidos y transparentes
  - Los sistemas de abordaje deben de ser rápidos y seguros

# H

**Capacidad en camas.** Aunque desde el punto de vista económico lo ideal sería una capacidad de 20 a 40 camas, cualquier hospital en el que nazcan niños debe tener, por pequeño que sea, **una unidad de cuidados intensivos capaz de tratar eficazmente las frecuentes crisis neonatales.**



La **INCUBADORA** neonatal constituye una medida terapéutica de urgencia, previene daños irreparables al SNC.

El objetivo primordial consiste en mantener al recién nacido en un ambiente térmico neutral según la Asociación Americana de Pediatría :  $36,7 - 37,3^{\circ}\text{C}$

Bloquea los caminos de pérdida de calor y asegura las fuentes de suministro de calor.

# H

## INCUBADORA

- Debe haber una Incubadora precalentada a  $34^{\circ}\text{C} - 36^{\circ}\text{C}$ , disponible para un prematuro o enfermo. La temperatura prefijada se alcanzará en 30 – 45 min.
- Los niños que han estado severamente estresados por frío deben ser calentados lentamente para evitar hipotensión y acidosis.
- Debido a que el consumo de oxígeno es mínimo cuando la gradiente de temperatura es menor que  $1,5^{\circ}\text{C}$ . La  $T^{\circ}$  de la Incubadora debe programarse  $1.5^{\circ}\text{C}$  más alta que la  $T^{\circ}$  corporal del RN y ajustarla cada 30 – 60 min.
- Debe estar desnudo para que el calor de la incubadora sea efectivo



# H

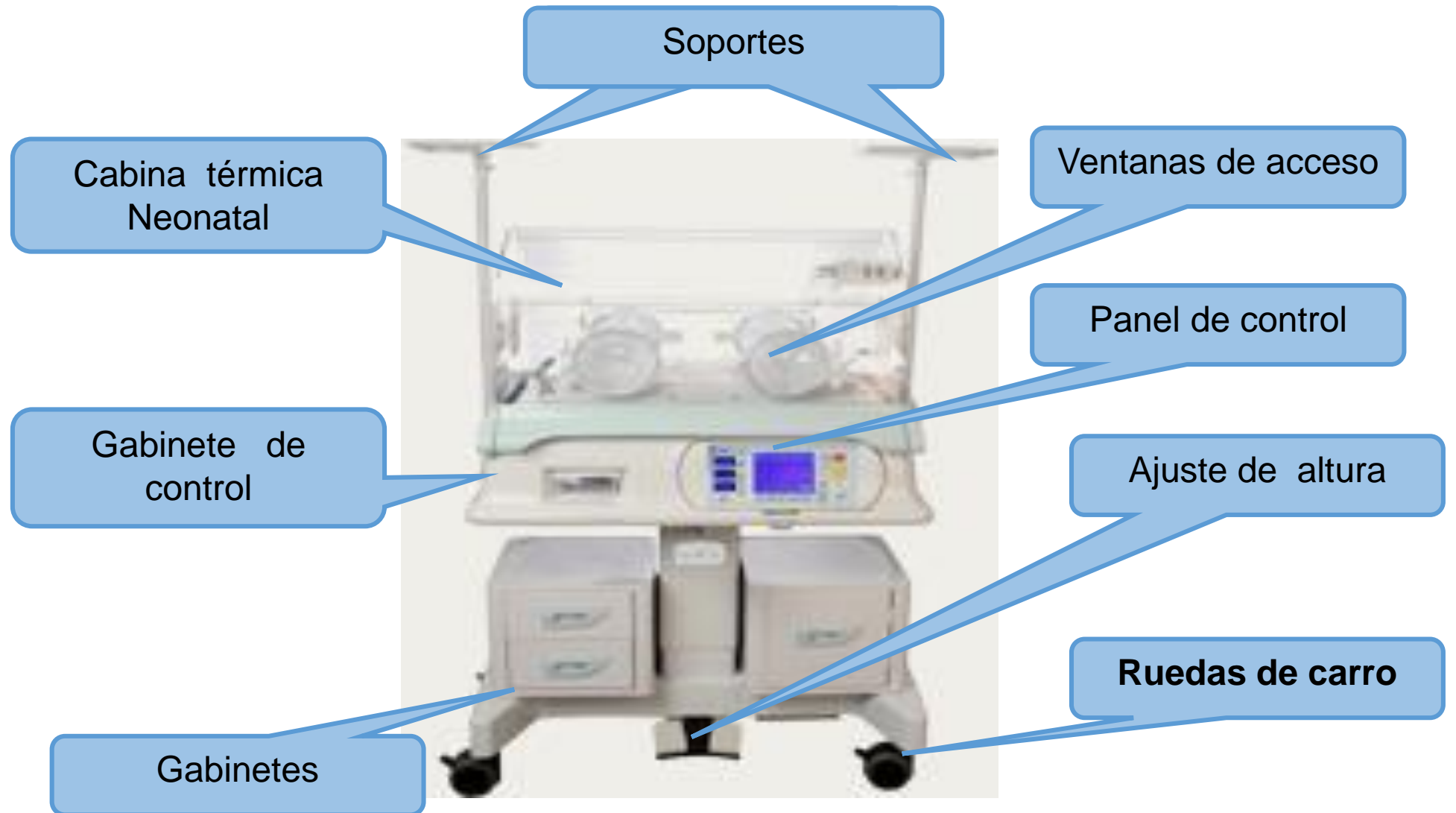
Las medidas estándares de una incubadora son 90cm de largo, 40cm de anchura y 45cm de altura



**X c/ cama una distancia de 100 a 120 cm.**

# H

## INCUBADORAS NEONATALES



# H

## CUNAS TERMICAS

Son sistemas para calentar al neonato a través de calor radiante, habitualmente se utilizan para facilitar el abordaje directo al neonato. Nos permite una atención más inmediata. Tiene que tener las siguientes cualidades:

- Fácil de transportar
- La fuente de calor debe de estar a una distancia mínima de 1 metro del paciente (calor radiante). Como desventaja con respecto a la utilización de incubadoras como fuente de calor es el aumento de las pérdidas insensibles que se calcula que son aproximadamente entre un 50-100% de pérdidas insensibles, si le sumamos la prematuridad puede llegar incluso a un 300% de pérdidas insensibles
- Poseer de un sistema de servo-control al igual que las incubadoras
- Tener un sistema de protección adecuado a los bordes de la cuna para prevenir accidentes de caídas de los pacientes
- Poseer sistemas de control de tiempo (el control del tiempo es vital para muchos casos de estado crítico de los neonatos, habitualmente se utiliza para contabilizar el Test de APGAR que se realiza a los 5 y 10 minutos de vida, que os recuerdo que es una Test que mide la vitalidad del neonato
- Aportar una fuente de oxígeno y de vacío para poder succionar secreciones, habitualmente de la vía aérea



# H



# H

## **MONITORES:**

Son unos sistemas que nos permiten controlar las constantes vitales constantemente, son aparatos eléctricos (hay que tener las precauciones que se deben de tener con todos los aparatos eléctricos). habitualmente los monitores más extendidos son los que controlan ritmo cardiaca, ritmo respiratoria, presión arterial y saturación de oxígeno

- Ritmo cardiaco: Controla la frecuencia cardiaca y el tipo de onda cardiaca por medio de electrodos, habitualmente 3
- Ritmo respiratorio: Controla la frecuencia respiratoria y el tipo de onda respiratoria por medio de electrodos, habitualmente 3
- Presión arterial: Controla la presión arterial no cruenta por medio de manguitos neumáticos y en casos especiales la cruenta por medio de traductores de presión
- Saturación de Oxígeno: Controla el nivel de captación de oxígeno por medio de la piel por medio de un terminal de luz de captación de oxígeno

# H





# H

## HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL

Es la coloración amarillenta de la piel mucosas relacionadas un exceso de bilirrubina en la sangre del niño.

La principal causa de la aparición de ictericia fisiológica en el RN es la **inmadurez del sistema enzimático del hígado**, a esto se le suma: una menor vida media del glóbulo rojo, la poliglobulia, la extravasación sanguínea frecuente y la ictericia por lactancia.

### TRATAMIENTO

- Fototerapia
- Exanguino-transfusión
- Terapia Farmacológica



H



Bebé Recibiendo Fototerapia



# H

- **RESPIRADORES:** Son máquinas que intentan suplir la función mecánica del pulmón, simplemente introduce aire en los pulmones de manera intermitente, los ventiladores más utilizados en neonatología son los ventiladores de presión ciclados por tiempo, aunque se están imponiendo otros tipos de ventilación ya no tan fisiológicos con este como es la ventilación en alta frecuencia y la ECMO (oxigenación extracorporea por medio de una membrana).
- La ventilación artificial con un ventilador mecánico es sólo un medio de ganar tiempo para que el paciente se recupere. Es necesario que el personal médico y de enfermería se familiarice con las características y las limitaciones del ventilador mecánico que usen. Toda vez que el tipo de ventiladores más usados en la actualidad son ciclados por tiempo, limitados por presión y micro procesados, es necesario mencionar sus características en cuanto a las cuatro fases de la ventilación mecánica, que son:
  - El inicio de la inspiración
  - La inspiración
  - El final de la inspiración
  - La espiración

H



H

SERVICIOS PSIQUIATRICO

# H

## CUESTIONES GENERALES

La arquitectura, obra del hombre, es un elemento importante del medio en que éste vive. Los edificios no representan solamente la solución de necesidades inmediatas del ser humano, sino que además reflejan su cultura y sus aspiraciones. En la mayor parte de los países los edificios sobreviven a la generación que los levanta, de suerte que la arquitectura de una generación influye siempre en la de la siguiente. En los últimos decenios la psiquiatría se ha interesado cada vez más por la influencia que pueden ejercer en los enfermos mentales ciertos factores sociológicos, entre los que hay que contar la arquitectura. El presente trabajo es precisamente un estudio de los edificios e instalaciones necesarios para el tratamiento eficaz de los enfermos psiquiátricos; en ningún momento se tratará de analizar la influencia que otros edificios, como las viviendas, las fábricas, etc., puedan tener sobre los que viven o trabajan en ellos.



# H

Sería inútil discutir el problema de la arquitectura más adecuada para un servicio psiquiátrico sin haber examinado previamente las funciones y la estructura de dicho servicio. El proyecto de un edificio destinado a la asistencia psiquiátrica debe hacerse como es lógico en función de su destino. En el mundo occidental son muchos los hospitales psiquiátricos que no se ajustan en absoluto a las ideas modernas sobre el tratamiento de los enfermos mentales. Muchos de estos hospitales son vastos edificios que albergan miles de pacientes, a veces más de cien en una sola sala, lo cual dificulta considerablemente la formación de esos pequeños grupos que constituyen la base de los modernos sistemas de asistencia psiquiátrica. No se trata sin embargo de un problema nuevo. Ya en 1819 escribía Tuke: « Durante el pasado año he tenido numerosas ocasiones de visitar dos instituciones para alienados en las que se han adoptado sistemas radicalmente opuestos. En una de ellas encontré con frecuencia hasta treinta pacientes en una sola sala, mientras que en la otra su número casi nunca era superior a diez; en esta última, los enfermos estaban generalmente dedicados a alguna tarea útil o entretenida. Cada grupo parecía constituir una pequeña familia; nadie dejaba de interesarse

# H

por el estado de sus compañeros y entre unos y otros se creaban lazos de afecto o de aversión. En cambio, el ambiente que reinaba en los grupos más numerosos era totalmente distinto: nunca pude observar lazo afectivo alguno entre los pacientes y era muy raro que tuvieran atenciones unos con otros. Estando en compañía, cada uno de ellos parecía estar solo. Las conversaciones o los pasatiempos eran muy poco frecuentes y no se realizaba trabajo alguno. Los enfermos parecían sumidos en sus propios pensamientos, mientras paseaban incansablemente de un extremo a otro de la sala o permanecían ociosos, recostados con aire apático sobre los bancos. Era evidente que en medio de tal multitud no podía existir vida social alguna. Comprendí entonces que, por muy acertada que pueda parecer a primera vista la teoría del efecto benéfico de los grupos numerosos, este sistema carece de todo fundamento y, aunque no fuese así, sería fácil demostrar que los males que acarrea son mayores que cualquiera de las ventajas que le asignan sus defensores más ardientes. »

# H

Los servicios de psiquiatría han de resolver el problema social que plantean las enfermedades mentales con la mayor economía de medios, llámense éstos mano de obra, tiempo o dinero. El estudio de la enfermedad mental puede hacerse desde muy diversos puntos de vista: los aspectos sociales, los efectos sobre la vida familiar, las repercusiones sobre la conducta del paciente, la psicodinamia o la fisiopatología. Todos esos enfoques, sin embargo, llevan a la misma conclusión: la enfermedad mental reduce la capacidad de adaptación y de integración al medio ambiente y, en consecuencia, determina un retroceso a formas más primitivas de comportamiento. Despréndese de ello que tratar las enfermedades mentales no consiste sólo en hacer desaparecer los síntomas sino también en dar al paciente los elementos necesarios para que pueda compenetrarse de nuevo con el mundo exterior.

Desde que un hombre nace, sus relaciones con los otros seres humanos y sus relaciones con el medio en que vive tienen un desarrollo paralelo. Tanto unas como otras son elementalísimas en su origen, pero van evolucionando y diferenciándose hasta que llegan a ser todo lo múltiples y complejas que exige un medio extenso y complicado. El niño de pecho necesita únicamente a su madre y puede vivir en una cuna.



# H

Durante la primera infancia, el mundo está para él poblado por sus padres y sus hermanos, y su espacio vital se limita a la cama donde duerme y a las inmediaciones de su casa. Más tarde, su familia y los otros niños del lugar donde vive constituyen sus relaciones personales en un mundo del que forman parte su casa, su calle o pueblo y su escuela. Cuando es adulto, sus relaciones personales son múltiples: su mundo pasa a ser la ciudad, puede realizar viajes a otros países y necesita un medio de trabajo y de relación social.

La enfermedad mental hace que esta evolución se efectúe en sentido inverso. Además de interrumpir las relaciones del paciente con la comunidad en que vive, reduce la utilidad de éste para dicha comunidad. El curso de la enfermedad puede ser tal que le obligue a confinarse en su hogar o, si su presencia en éste llega a ser intolerable, en un establecimiento hospitalario. Ahora bien, incluso en el hospital los enfermos más graves necesitarán una asistencia continua, que a veces se traducirá en un relativo aislamiento, sea cual fuere el sistema de tratamiento seguido.

# H

## ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS PSIQUIATRICOS

De las observaciones precedentes pueden deducirse muchos de los principios que deben observarse en la construcción y la organización de un servicio de asistencia psiquiátrica. A ser posible, se procurará que todos los pacientes reciban tratamiento en la propia colectividad y permanezcan en el medio en que viven habitualmente, gozando de independencia y manteniéndose por sus propios medios. Si esto es impracticable, conviene que el tratamiento les sea aplicado en su propio domicilio. Los demás miembros de la familia necesitarán entonces orientación y ayuda, pues es muy probable que las relaciones familiares se vean alteradas por la presencia del enfermo; no hay que olvidar que de las condiciones que el hogar reúna dependerá en parte el éxito del tratamiento. Para algunos tipos de tratamiento pueden utilizarse los servicios de algún dispensario próximo al domicilio del enfermo. Los hospitales diurnos, siempre que dispongan de un sistema eficaz de visitas domiciliarias, permiten que en algunos casos la familia asuma parcialmente el cuidado del enfermo. Si ésta no puede hacerlo o si el estado del paciente pone en peligro la estabilidad del grupo familiar, habrá que recurrir a la hospitalización temporal.

# H

Cuando el paciente ingresa en el hospital es conveniente que una persona se encargue de acogerle y de establecer con él una relación terapéutica favorable; conviene también que se le asigne una habitación sencilla y no muy grande donde pueda aislarse y tener cierta sensación de independencia. El tratamiento, si es eficaz, le permitirá integrarse gradualmente con un grupo de personas cada vez más numeroso y adaptarse a un medio cada vez más complejo. De este modo podrá salir de su aislamiento y, ya sin necesidad de asistencia individual, pasar a formar parte de un grupo de cinco o seis personas, entre las que se sentirá como en una pequeña familia, aunque siga dependiendo de la sala en lo tocante a las comidas y a la ocupación del tiempo. A medida que su estado mejore, podrá incorporarse al grupo de sus compañeros de sala, formado por unos veinte a treinta pacientes, y salir para comer, para realizar algún trabajo o para hacer vida social. Para dar al enfermo todas esas oportunidades hay que disponer de medios cada vez más complejos, tanto por lo que respecta a personal como a las instalaciones del edificio.



# H

Conviene por tanto considerar al hospital psiquiátrico como un centro de tratamiento transitorio, dotado de todos los medios necesarios para la reeducación de los enfermos y para su reincorporación a la vida normal y a la sociedad. Su función debe consistir en adiestrar al paciente, en la atmósfera de una colectividad terapéutica, para que pueda hacer frente a las tensiones que suele imponer la vida en una colectividad ordinaria. En este sentido, cabría comparar al enfermo con una planta que hubiera sido dañada por las inclemencias atmosféricas; es evidente que para recuperarse tendría que permanecer en lugar resguardado y en las condiciones adecuadas de humedad, luz y temperatura. Ahora bien, si se la mantuviese demasiado tiempo en ese medio, se convertiría en una « planta de invernadero » y jamás podría soportar los rigores de la vida normal al aire libre. De igual modo, el enfermo debe permanecer en el hospital mientras lo requiera su estado pero no más tiempo del necesario para « endurecerse » y ponerse en condiciones de reanudar la vida normal. Sin embargo, hay que admitir que algunos enfermos son tan vulnerables, ya sea a causa de su constitución o de sus experiencias personales, que jamás podrán volver a enfrentarse con las dificultades ordinarias de la vida. Esos enfermos habrán de recibir una asistencia ulterior en casas de convalecientes, talleres protegidos o colonias especiales de trabajo.

# H

La hospitalización a largo plazo es evidentemente la solución más onerosa. Ese tipo de asistencia implica un apartamiento total de la colectividad, obliga al personal a trabajar sin esperanza de obtener resultados terapéuticos y condena al enfermo a un empeoramiento progresivo. Hemos de declararnos resueltamente en contra de los llamados « hospitales para enfermos crónicos ». Es muy difícil encontrar personal competente que quiera trabajar en ellos y la contratación de gente inepta reduce inevitablemente la eficacia de los servicios. Tales establecimientos suelen reservarse para los enfermos que están en situación más desesperada, lo que implica la reaparición de esas « prisiones del dolor » que deshonran a la psiquiatría. Mientras quede un hospital psiquiátrico reservado exclusivamente a los pacientes más difíciles y en peor estado será imposible hacer desaparecer el prejuicio existente contra los enfermos mentales. Para los enfermos que necesiten vigilancia prolongada y no tengan domicilio o familia que se ocupe de ellos, la solución no es el hospital de enfermos crónicos sino las casas de convalecientes, los talleres protegidos o las colonias especiales de trabajo. Ejemplos de tales instituciones son los talleres protegidos existentes en Holanda y las colonias establecidas en Israel para enfermos que necesitan una asistencia prolongada. Estas colonias han de estar, naturalmente, bajo la dirección inmediata de un psiquiatra encargado de determinar los enfermos que han de ingresar en ellas y los que han de ser readmitidos en los hospitales para nuevo tratamiento.



# H

Cuando se establezca un nuevo servicio será preferible empezar por una instalación sencilla que más adelante podrá irse ampliando y diferenciando. Por más que esta recomendación pueda parecer innecesaria, lo cierto es que hasta ahora se solía proceder del modo contrario. El hospital de Nigeria para enfermos mentales, en el que los pacientes viven con sus familias en casas contiguas al edificio principal, constituye un ejemplo de servicio que, no obstante su sencillez, se ajusta a casi todos los principios importantes del tratamiento en el seno de la comunidad y de la familia. Los grandes hospitales psiquiátricos de Europa y de América del Norte son, por el contrario, claros ejemplos de las desventajas que tiene organizar un servicio a partir de establecimientos colosales que absorben todos los recursos disponibles y tienen poco contacto con la colectividad para la que han sido creados.

En todo servicio psiquiátrico conviene dedicar cierta atención a las actividades de enseñanza e investigación. De la enseñanza pueden encargarse, por supuesto, cualesquiera de los servicios terapéuticos que se describirán más adelante. En las grandes ciudades, los hospitales universitarios suelen utilizar para ese fin los servicios de tratamiento precoz instalados en el propio hospital o en un edificio contiguo.

# H

se describirán más adelante. En las grandes ciudades, los hospitales universitarios suelen utilizar para ese fin los servicios de tratamiento precoz instalados en el propio hospital o en un edificio contiguo. En psiquiatría puede realizarse una intensa labor de investigación con medios muy escasos por lo que se refiere a edificios. Sin embargo, conviene reservar algún espacio para los grupos de investigación y para su equipo, sobre todo teniendo en cuenta los importantes progresos realizados últimamente en materia de bioquímica y en otras disciplinas. A veces es necesario prever departamentos adecuados en el edificio mismo del hospital, como se describirá más adelante. Ahora bien, como en los locales destinados a la investigación no suele haber enfermos hospitalizados ni en tratamiento, no hay razón para recomendar en este caso el estilo de arquitectura doméstica que aquí se preconiza. Muchos países consideran necesario construir edificios imponentes como prueba de su adelanto y de su capacidad creadora. Tales edificios pueden servir muy bien para instituciones de investigación, bibliotecas o salas de conferencias pero nunca deberán utilizarse para hospitales.

# H

La aplicación de los principios enunciados permitirá establecer un servicio psiquiátrico ajustado a las necesidades de la colectividad que lo crea y mucho más eficaz y económico que los basados en enormes establecimientos de carácter carcelario. Su construcción puede ajustarse a las tradiciones arquitectónicas y culturales del país, con lo cual se evitarán esos edificios monstruosos semejantes a prisiones que han contribuido a crear un temor infundado a las instituciones hospitalarias. Por último, el íntimo contacto con el público dará a éste una seguridad mayor frente a los enfermos mentales que, en sus momentos de crisis, pueden representar un peligro o al menos un motivo de inquietud. En otros tiempos, la sociedad recluía a muchos de esos enfermos mentales por temor a posibles ataques de furia que los hicieran agresivos. Esta solución no proporcionaba la seguridad deseada, pues a menudo los ataques de furia son el primer síntoma que revela la enfermedad, o bien ocurren tan esporádicamente que no es justificable la reclusión prolongada del enfermo. Si el hospital psiquiátrico es poco accesible, está a mucha distancia o permanece apartado de la vida de la colectividad, ni el paciente ni las personas que lo rodean se esforzarán por solicitar un tratamiento a tiempo. Por el contrario, si ese tratamiento se puede conseguir fácilmente dentro de la propia colectividad y si la asistencia hospitalaria no aparece a los ojos del público como algo aterrador, es más probable que se pueda atacar el mal a tiempo y que el enfermo acepte sin resistencia la vigilancia a largo plazo y la ayuda que sea necesaria.



# H

Aunque el presente documento se ocupa principalmente de la función terapéutica de los servicios psiquiátricos, ello no quiere decir que carezcan de una función preventiva. En cualquier caso, la prevención secundaria se logra mediante el tratamiento precoz y la observación continua del paciente. Cuando se ejerce además una vigilancia ulterior adecuada del enfermo es muy posible prevenir las recaídas. La prevención primaria está pasando a ser una función cada vez más importante de los servicios psiquiátricos, según se señala en el quinto informe del Comité de Expertos en Salud Mental. Esta materia debe ser objeto de un estudio muy detenido que podrían llevar a cabo o patrocinar los institutos de investigación anteriormente mencionados. Sin embargo, en la presente publicación no se ha considerado oportuno examinar con mayor detenimiento ese importante aspecto de las actividades psiquiátricas.



# H

Ahora podremos pasar a analizar con detalle cada uno de los elementos de un servicio público de asistencia psiquiátrica. Estos elementos deben ser en nuestra opinión, los siguientes: el dispensario, el centro de tratamiento precoz, el hospital diurno, hospital psiquiátrico propiamente dicho, los talleres protegidos, la casa de convalecientes y las colonias especiales de trabajo. No se pretende que esos elementos funcionen como unidades autónomas. Por el contrario, el concepto de observación y cuidados continuos del paciente obliga a estrechar los vínculos orgánicos entre esos establecimientos, a fin de que cada enfermo pueda recibir lo antes posible el tipo de asistencia que su estado requiera. Puede darse el caso, por ejemplo, de que un paciente reciba asistencia en el dispensario y no tenga que ingresar jamás en el hospital o bien de que pueda abandonar el hospital y vivir en sociedad mientras recibe el tratamiento ordinario en el dispensario. Del mismo modo, un enfermo puede utilizar los servicios de los hospitales diurnos antes o después de haber recibido tratamiento en algún hospital psiquiátrico o incluso sin haber estado nunca en la precisión de ser hospitalizado, como ocurre, por ejemplo, en la Unión Soviética. Los talleres protegidos sirven para dar ocupación a los enfermos sometidos a la ergoterapia, estén o no internados en un hospital.

# H

## **CATEGORÍAS**

---

1. DISPENSARIO
2. CENTRO DE TRATAMIENTO PRECOZ
3. HOSPITAL DIURNO
4. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
5. TALLERES PROTEGIDOS
6. CASAS DE CONVALECIENTES
7. TALLERES ESPECIALES DE TRABAJO

# H



# H

## EL DISPENSARIO Y EL CENTRO DE TRATAMIENTO PRECOZ

Estos dos elementos se examinan aquí reunidos a causa de que sus funciones coinciden parcialmente. El dispensario es imprescindible y constituye siempre un elemento básico del servicio psiquiátrico. Ahora bien, cuando este establecimiento esté alejado del hospital psiquiátrico, como suele ocurrir en las zonas de población dispersa, será preciso instalar en él algunas camas y convertirlo en un centro de hospitalización para tratamiento precoz.

Las instalaciones requeridas para el diagnóstico y el tratamiento precoz son poco complicadas. El local debe poseer un vestíbulo comunicado con la sala de espera y un despacho para la secretaria. A veces es conveniente subdividir la sala de espera mediante separaciones provisionales; sin embargo, éstas nunca deben ser un estorbo para la reunión de grupos. El dispensario debe contar asimismo con dos gabinetes de consulta para los médicos y con habitaciones reservadas para las entrevistas de los enfermos con los asistentes sociales u otros miembros del personal. Si, como es probable, el dispensario se encarga de ciertos tratamientos, habrá que prever dos salas a ese efecto: una relativamente pequeña e insonorizada, para tratamientos de tipo abreactivo o para la electro-convulsoterapia, y otra, más grande, para la terapéutica de grupo, las entrevistas con las familias, etc. Cerca de la sala de espera convendrá instalar un pequeño bar o cantina. En los dispensarios de las ciudades no se necesitarán camas, pero en los que estén alejados de los hospitales psiquiátricos la instalación de camas parece indispensable. Si se cuenta con un equipo psiquiátrico como el antes sugerido, será posible establecer un pequeño servicio de hospitalización dotado de seis camas. Si esta cifra fuera insuficiente habrá que completar el personal de base con una enfermera más por cada dos camas suplementarias.<sup>1</sup>

A su llegada al dispensario, el enfermo será atendido por una «repcionista», que podrá ejercer asimismo otras funciones. La repcionista acogerá al paciente, se encargará de los trámites necesarios,

le acompañará a la consulta del médico y le auxiliará en todo lo relacionado con su tratamiento o sus traslados.

Los despachos de los médicos han de proyectarse con sumo cuidado. No deben ser demasiado grandes, pues un tamaño excesivo podría intimidar o atemorizar al enfermo. Su disposición debe ser análoga a la de cualquier consultorio médico, si bien en ellos no debe haber instrumental de cirugía ni aparatos que puedan ser motivo de alarma. Han de poseer todo lo necesario para efectuar la exploración física del enfermo y, en consecuencia, deberán disponer de una mesa de reconocimiento, oculta tras un biombo o una cortina. De este modo no hará falta enviar al paciente a otra sala para ese menester, con la consiguiente ruptura del contacto entre médico y enfermo. En el gabinete de consulta no debe haber puertas de comunicación con otras salas, a fin de evitar toda posible interrupción de una conversación confidencial. La habitación habrá de estar asimismo suficientemente insonorizada y al abrigo de miradas indiscretas.

En la figura 1 puede verse el plano de un centro sencillo de tratamiento precoz.

No debe descartarse la posibilidad de que el personal del dispensario tenga que visitar zonas alejadas. Los locales necesarios para estas consultas periféricas serán muy sencillos y podrán reducirse en la mayoría de los casos a una habitación en la que el médico celebrará las entrevistas y donde el paciente podrá permanecer sin riesgo alguno en espera de la visita.

Importa que los habitantes de la zona de que se trate, y especialmente la policía, los asistentes sociales, los maestros, etc., sepan donde está situado el dispensario, que siempre deberá instalarse en un lugar fácilmente accesible con los medios de transporte público.

FIG. 1. CENTRO DE TRATAMIENTO PRECOZ

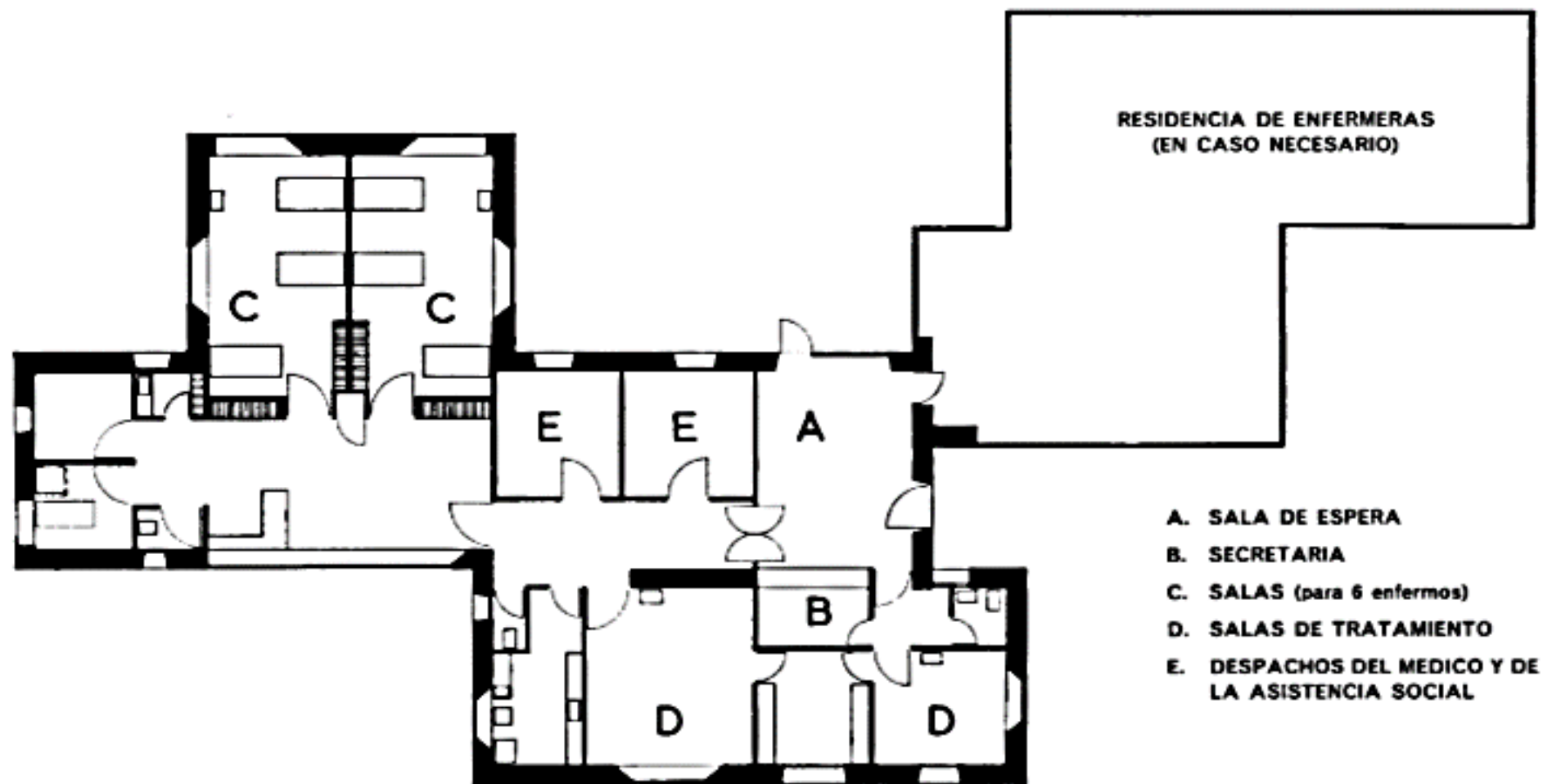
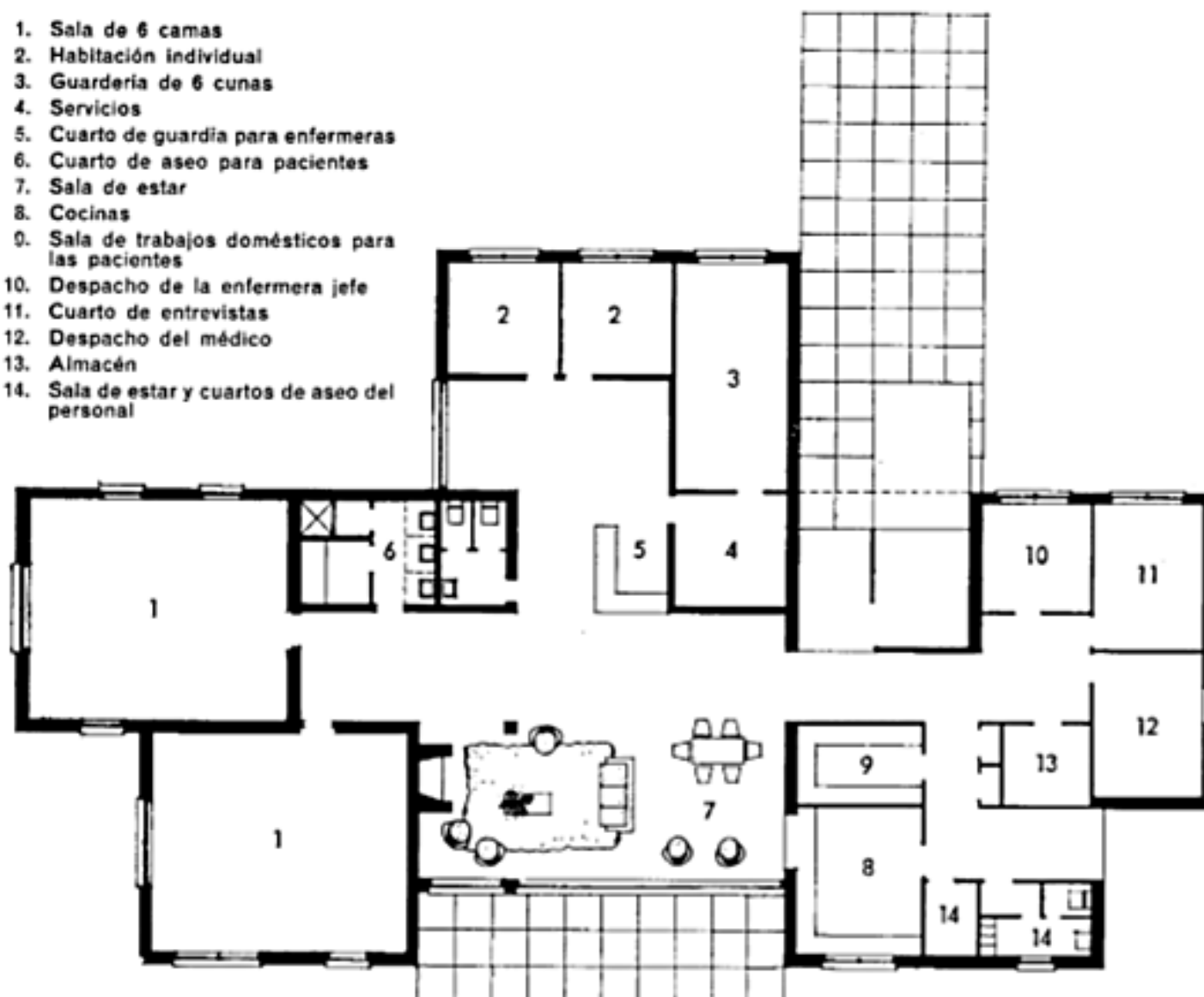




FIG. 2. SERVICIO MATERNOINFANTIL EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO

1. Sala de 6 camas
2. Habitación individual
3. Guardería de 6 cunas
4. Servicios
5. Cuarto de guardia para enfermeras
6. Cuarto de aseo para pacientes
7. Sala de estar
8. Cocinas
9. Sala de trabajos domésticos para las pacientes
10. Despacho de la enfermera jefe
11. Cuarto de entrevistas
12. Despacho del médico
13. Almacén
14. Sala de estar y cuartos de aseo del personal



# H

En las zonas donde exista un hospital general, el dispensario psiquiátrico podrá integrarse en los servicios generales de consulta, siempre que con ello no se desatiendan las necesidades del servicio psiquiátrico que en ningún caso debe estar supeditado a los demás servicios del hospital. En muchos hospitales de países europeos donde se han instalado en los últimos años servicios psiquiátricos, el enfermo mental se ve obligado a acudir al lugar más incómodo del edificio y a soportar el interrogatorio en un local a todas luces inadecuado. Más vale construir locales de nueva planta que utilizar una parte del edificio, que probablemente nunca resultará satisfactoria. Es preciso que los enfermos mentales tengan la impresión de encontrarse en la misma situación que los demás pacientes y de ser acogidos como cualquier otro enfermo en los servicios de tratamiento. El dispensario psiquiátrico debe contar con toda suerte de medios diagnósticos y de ahí la conveniencia de que esté asociado a un hospital general, donde normalmente se dispone de esos

medios. En las regiones apartadas donde esta asociación sea imposible, habrá que estudiar la conveniencia de dotar al dispensario de aparatos de rayos X y de instalaciones de laboratorio.

En varios países se tiende a establecer salas de psiquiatría en los hospitales generales y a utilizar dichas salas como centros de tratamiento precoz. También los hospitales universitarios tratan de instalar en muchos casos sus propias salas de psiquiatría. Sin embargo, la existencia de estas salas no deja de plantear problemas en lo que atañe al funcionamiento del conjunto de los servicios. Dichas salas deben admitir, en la medida de lo posible, pacientes de todas las categorías y su personal ha de formar parte del equipo psiquiátrico general. El departamento psiquiátrico de un hospital general ha de ser lo bastante importante para que esté justificada su dotación completa en personal y en medios terapéuticos. Es imprescindible, en particular, que disponga de salas de ergoterapia situadas en locales independientes de los comedores y dormitorios de los enfermos.

En un hospital general, el establecimiento de un buen departamento psiquiátrico que forme parte del servicio psiquiátrico de la zona ofrece indudables ventajas. Un departamento de esa clase contribuirá a eliminar los prejuicios que rodean a la enfermedad mental; los psiquiatras podrán mantener provechosos contactos con los otros especialistas médicos e instruirles a su vez en la aplicación de sus propios conocimientos. Un departamento psiquiátrico mal organizado puede, por el contrario, consolidar aún más los prejuicios mencionados. Si el servicio se reduce a unas cuantas salas para enfermos agitados, visitadas sólo de tarde en tarde por el psiquiatra y sin más medios de tratamiento que los medicamentos sedantes o el electrochoque, lo más seguro es que se acabe por restringir la libertad de los enfermos o incluso que se vuelva al sistema de puertas cerradas. Por desgracia, semejantes servicios existen en la mayoría de los países y contribuyen a dar a los médicos y a los pacientes una pésima visión de la psiquiatría. La circunstancia de que este tipo de psiquiatría se practique a menudo bajo la responsabilidad de especialistas competentes hace que aumente aún más el descrédito que sufre injustamente la psiquiatría en general.

Debe hacerse hincapié en que la psiquiatría, al igual que la cirugía, tiene sus propias exigencias técnicas y sus necesidades peculiares en materia de arquitectura. Estas últimas tienen tanta importancia en psiquiatría que, por lo general, justifican la construcción de locales separados de los que ocupan los otros servicios médicos, aunque próximos a éstos. La solución ideal consistiría en reservar un ala del hospital para los servicios de psiquiatría. Del mismo modo que la atmósfera quirúrgica exige un alto grado de asepsia y una notable habilidad manual por parte del personal, la atmósfera psiquiátrica supone la eliminación

# H

de todo motivo de ansiedad o angustia y la presencia de un personal experto en el arte de las relaciones humanas.

El servicio psiquiátrico de un hospital general ha de satisfacer los mismos requisitos que las salas de un hospital psiquiátrico. Ha de ser lo suficientemente grande para permitir la hospitalización de 20 a 30 pacientes; si el volumen de enfermos fuera mayor, habrá que ampliarlo con dos o más salas suplementarias. Cada sala debe disponer de un cuarto de estar, en el que los enfermos puedan reunirse durante el día, y de talleres situados a cierta distancia de los dormitorios. Es preciso tener muy presente que, del mismo modo que no pueden existir buenos servicios de cirugía sin quirófanos adecuados, no puede haber servicios de psiquiatría satisfactorios sin una utilización lógica del espacio y del tiempo. En la parte de este trabajo dedicada al hospital psiquiátrico se dan instrucciones detalladas sobre la construcción de un servicio de 30 camas.

SERVICIO PSIQUIÁTRICO  
EN UN HOSPITAL GENERAL



# H

## 3. HOSPITAL DIURNO/HOSPITAL DE DÍA

En los últimos años se han creado en varios países hospitales diurnos. En principio, estos establecimientos cuentan con todos los medios de tratamiento de que disponen los hospitales psiquiátricos; sin embargo, distingúense de estos últimos en que los enfermos hospitalizados pueden pasar la noche y los fines de semana en sus domicilios respectivos. Los mencionados hospitales constituyen por lo tanto una excelente solución para los pacientes que están incapacitados para el trabajo, pero que por lo demás pueden seguir viviendo sin peligro al cuidado de su familia.

El hospital diurno ha de estar situado en un punto céntrico de la comarca a cuyo servicio se encuentre y disponer de buenos medios de transporte público. Puede estar combinado con un dispensario o con un albergue nocturno, aunque es preferible que sea independiente, incluso cuando está situado en el mismo lugar que los demás servicios.

El hospital diurno debe disponer de un pequeño vestíbulo que hará las veces de sala de espera y en el que prestará servicio una recepcionista. Estará asimismo provisto de un despacho para la secretaria y de otro para los médicos y los asistentes sociales. Las instalaciones de tratamiento comprenderán cuartos individuales para la psicoterapia y los tratamientos somáticos y salas mayores para la terapéutica de grupo, la terapéutica ocupacional, la ergoterapia y la fisioterapia. Estas instalaciones resultan útiles a menudo para tratar a los enfermos con neurosis de origen profesional y facilitan sin duda la rehabilitación de las personas físicamente disminuidas. Como todos los enfermos podrán trasladarse por sí mismos de un lugar a otro, el hospital debe poner a su disposición un comedor y una sala de recreo. Como en los demás servicios terapéuticos, también

aquí habrá una persona encargada de acoger al enfermo, cuyos primeros contactos habrán de limitarse a un número reducido de personas y a una zona poco extensa. A medida que mejore, el enfermo podrá establecer nuevas relaciones y disponer de más espacio para ampliar su campo de acción y de intereses.

A nuestro juicio, estas instituciones están llamadas a adquirir un desarrollo considerable en los próximos años. No obstante, hemos procurado describirlas con la mayor brevedad por estimar que todavía no se cuenta con la experiencia necesaria para poder tratar de la cuestión de manera más detallada.



Laborterapia (Geriátrico Marina Baixa)

# H

## 3. HOSPITAL DIURNO/HOSPITAL DE DÍA

Área de ludo terapia



Terapia de Labores



Área de Musicoterapia





# H

## EL HOSPITAL PSIQUIATRICO

### *Situación*

La elección del emplazamiento tiene una importancia fundamental. Siempre que sea posible, el hospital psiquiátrico se construirá en la proximidad de la población a cuyo servicio se destina, pues de lo contrario resultará muy difícil que se integre efectivamente en la colectividad. El alejamiento dificulta la vuelta del enfermo a la vida normal y limita el contacto entre los pacientes y sus familias, además de influir desfavorablemente en el personal del hospital, al que se obliga a vivir aislado de la colectividad. Los hospitales no deben encontrarse en terrenos desolados o baldíos; las zonas de esas características se oponen a la creación de un ambiente terapéutico adecuado y no se prestan tampoco a los trabajos agrícolas, tan beneficiosos para muchos enfermos. En ningún caso deben constuirse hospitales en zonas deshabitadas o en lugares elegidos exclusivamente por razones económicas o políticas ajenas al interés de los enfermos.

Un emplazamiento próximo al centro de una gran ciudad tiene la ventaja de que el hospital psiquiátrico podrá relacionarse fácilmente con todos los demás servicios públicos. En la práctica, sin embargo, es poco probable que pueda encontrarse en el centro de las ciudades un solar adecuado para este tipo de establecimiento. Por otra parte, la instalación del hospital en los límites de la ciudad ofrece asimismo ciertas ventajas, siempre que no falten medios de transporte apropiados. Como la mayoría de las ciudades se encuentran aún en plena expansión, cabe la posibilidad de construir el hospital en una zona que, una vez terminada la expansión del núcleo urbano, ocupe una posición céntrica en la parte residencial de la ciudad.

# H

## *Salas y habitaciones para los enfermos*

La sala ha de infundir al enfermo una neta sensación de seguridad, sin la cual no es nada probable que pueda reanudar sus relaciones normales con el mundo externo. La inseguridad da lugar a la ansiedad y ésta es a su vez la causa de numerosos trastornos del comportamiento.

Esta atmósfera de seguridad está supeditada a dos requisitos esenciales e inseparables: unas condiciones de vida tranquilizadoras para cada enfermo, y unas condiciones de trabajo tranquilizadoras para el personal. Si el medio material y social en que vive el enfermo corresponde a la capacidad de adaptación que le queda, es muy probable que se reduzca al mínimo su ansiedad y que sus reacciones patológicas se atenúen considerablemente. El personal del hospital se enfrentará entonces con una tarea mucho más fácil y, en consecuencia, adoptará una actitud favorable al bienestar material y afectivo de los pacientes.

El enfermo necesita cierta independencia, pero al propio tiempo ha de evitarse que se sienta aislado. Los pacientes que trabajan y que participan en actividades colectivas fuera del hospital pueden necesitar habitaciones privadas donde encontrarán cada tarde, al regresar al servicio, un ambiente íntimo suficiente para contrarrestar los efectos de la vida en común que llevan durante el día. Algunos enfermos muy angustiados necesitan vivir en un espacio reducido, pues es así como se sienten en mayor seguridad, mientras que otros, como los agitados o los ruidosos, deberán ser aislados en cierta medida para que no molesten a los demás. Todavía no se ha determinado la proporción de habitaciones individuales con que habrán de contar los hospitales que han adoptado los criterios modernos de asistencia psiquiátrica, por lo que es preciso emprender investigaciones sobre el particular. Las habitaciones individuales han de ser de fácil acceso para el personal del hospital, ya que los pacientes que las ocupan necesitan protección y vigilancia. Por lo que se refiere a los cuartos para enfermos agitados, es preciso que todos ellos estén insonorizados.

En la mayoría de los casos, la mejor manera de hospitalizar a los pacientes psicóticos consiste en distribuirlos por habitaciones de 4 a 8 compartimientos individuales; esta solución permite conciliar su necesidad de independencia con las exigencias de la seguridad. Los grupos pequeños (de 4 compartimientos o menos), aunque permiten establecer buenas relaciones personales (que sin embargo quedan trastornadas tan pronto como un enfermo es sustituido por un recién llegado), limitan demasiado la independencia de cada uno de sus miembros. Los grupos mayores (de más de 8 compartimientos), si bien permiten una independencia mayor, favorecen al mismo tiempo la tendencia al aislamiento. En la mayor parte de los casos la mejor solución consiste en crear grupos de 5, 6 ó 7 compartimientos. Las habitaciones de dos pueden contribuir a que se produzcan reacciones emocionales excesivas. También los grupos de 3 pacientes pueden dar lugar a situaciones delicadas, ya que un sentimiento de simpatía mutua entre dos de sus miembros se traduce a veces en una situación de aislamiento para el tercero. Por todo lo dicho, consideramos que la distribución de los enfermos en habitaciones de 6 camas constituye una solución particularmente recomendable.

Conviene que cada compartimiento presente ciertos detalles de disposición y decoración que permitan distinguirlo de los demás. Cada enfermo debe disponer de un armario con cerradura para su uso exclusivo. En muchos establecimientos no se concede a los pacientes espacio suficiente para guardar sus objetos personales, por considerar que esa medida servirá para contrarrestar la tendencia de algunos de ellos a acumular un sinnúmero de objetos inútiles. En realidad, este afán de



# H

mientos y un lugar de reunión en que puedan encontrarse todos los enfermos hospitalizados. Habrá que instalar asimismo una pequeña cocina para la preparación de determinados platos y un servicio para la distribución de las comidas procedentes del hospital. Deberá haber también retretes y cuartos de baño en abundancia, a fin de evitar que los enfermos tengan que hacer cola para utilizar esos servicios.

En lo que respecta a la arquitectura interior, la sala debe estar concebida de tal manera que los enfermos puedan orientarse en ella sin dificultad; en ese sentido, no conviene dividir el espacio disponible en un número excesivo de zonas ni complicar sin motivo la disposición de éstas. El enfermo se sentirá más seguro si puede comprender fácilmente la distribución interna de todo el servicio, y por eso es preferible que la longitud total del pabellón no sea mayor de 50 metros.

En la mayor parte de los casos, la existencia de un ambiente psicológico satisfactorio, de ocupaciones terapéuticas variadas y de buenas relaciones con el personal bastará para atenuar los sentimientos de ansiedad que tantas veces dan lugar a tentativas de evasión o de suicidio. No obstante, el comportamiento de algunos enfermos puede exigir en determinados momentos una vigilancia más severa. Las puertas de algunas habitaciones individuales deben disponerse de modo que faciliten esa labor de vigilancia; a esos efectos, el mejor sistema consiste en instalar puertas de vidrio como las que hoy se utilizan en muchas viviendas y recubrirlas con una cortina interior o exterior. En cuanto a las cerraduras, conviene adoptar alguno de los modelos de seguridad que se utilizan en ciertos establecimientos o vehículos públicos (hoteles,

trenes, etc.). Por regla general, interesa que el enfermo sea capaz de cerrar y abrir por sus propios medios, pero también que el personal pueda hacerlo en cualquier momento gracias a una llave especial. Lo esencial es que el sistema adoptado sea sencillo e inequívoco. Hoy son muchos los que, por ejemplo, consideran que deberían eliminarse las rejas de las ventanas; sin embargo tal vez para el enfermo resulten más tolerables que los dispositivos que le dan una falsa impresión de libertad cuando en realidad le privan de ella. Estos sistemas, aparentemente menos rigurosos, no sirven más que para dar al enfermo la sensación de que se le engaña.

Los retretes y los lavabos de las habitaciones privadas deben estar contruidos de tal manera que el paciente pueda utilizarlos con toda libertad, o bien estar ocultos tras una puerta. Tampoco en este caso debe haber equívocos, pues la existencia de instalaciones que el enfermo no puede utilizar provocan en él un sentimiento de frustración, y es sabido que estos enfermos aceptan mejor una restricción claramente definida que una situación complicada, ambigua y frustratoria.

# H

A medida que el paciente se familiariza con los lugares y las personas su sensación de seguridad aumenta. Importa pues que en la construcción de los dormitorios, comedores y lugares de descanso se tenga en cuenta la armonía de las proporciones y de los colores y se utilicen buenos materiales. La madera natural, la lana y el cuero, todos ellos agradables a la vista y al tacto, son materiales universalmente aceptados.

Ha de ponerse especial empeño en ayudar al enfermo o orientarse en el tiempo y en el espacio. Como se ha dicho antes, la orientación en el espacio se facilita mediante la sencillez arquitectónica. Para permitir que los enfermos se familiaricen rápidamente con la estructura general del edificio, en todas las salas debe colocarse un plano del hospital. Los pacientes necesitan un plano general del establecimiento para comprender fácilmente el uso a que están destinados los distintos locales. En otro plano puede indicarse la situación del hospital con respecto a la zona en que se encuentra. Los medios de comunicación con la ciudad deben estar indicados con todo detalle, pues el enfermo se sentirá tanto más seguro cuanto más fácilmente se le informe acerca de las comunicaciones entre el hospital y su propio domicilio; he aquí otro argumento más en favor de la construcción de los hospitales en las ciudades o muy cerca de ellas.

La orientación en el tiempo se facilitará mediante la instalación de numerosos relojes y calendarios y la colocación de carteles con los programas de actividades (comidas, sesiones recreativas, etc.). Los acontecimientos que se repiten a horas fijas, tales como en algunos países el toque de campanas, en otros las oraciones rituales y en otros ciertos « ritos » de carácter social como el té de la tarde, contribuyen a su vez a fraccionar la jornada. En lo que se refiere a las horas de las comidas, se procurará mantener el horario normalmente seguido en el medio de procedencia del enfermo, aun a expensas de complicar la labor de los servicios generales.

Otro modo de preservar en el enfermo el sentido del tiempo, y que a la vez le mantiene en contacto con el mundo externo, es la distribución de los periódicos en el hospital.

# H

## *Instalaciones terapéuticas*

En algunos países, y de acuerdo con las doctrinas de diferentes psiquiatras, se hace hincapié en el tratamiento por el arte o por el juego, en la ergoterapia o en la terapéutica industrial o social.

En la práctica son útiles todos los métodos que proporcionan al enfermo una ocupación, cualquiera que sea el nivel de actividad a que correspondan. Todos ellos tienen por objeto facilitar al enfermo la adquisición de hábitos útiles y el establecimiento de relaciones con otras personas; esta restauración de las relaciones humanas constituye la finalidad esencial de toda psicoterapia. Los métodos de ocupación tienen indicaciones terapéuticas muy variadas; sus modalidades de aplicación varían también según el grado de cultura de los enfermos. Hay, sin embargo, algunos principios generales universalmente aplicables. La adaptación social se logra mediante el paso de lo indiferenciado a lo diferenciado, de lo simple a lo complejo. Esta evolución implica un proceso de integración en el espacio y en el tiempo. Por consiguiente, las tareas que se encomienden al paciente deben ir desde los trabajos más sencillos (de naturaleza expresiva), ejecutados en un medio restringido e indiferenciado, a los más complejos (de carácter creativo), realizados éstos en un medio ilimitado y diferenciado. En un país occidental industrializado, por ejemplo, la gama se extenderá desde las manifestaciones expresivas más sencillas hasta las tareas que exigen una auténtica habilidad técnica y a las actividades de carácter industrial, pasando por todas las fases intermedias. En cambio, en otros medios (por ejemplo, en los pueblos nómadas), semejantes tareas no tendrían sentido alguno. Por lo general, antes de elegir una actividad terapéutica habrá que tener en cuenta las tradiciones del país, las más antiguas de las cuales corres-

Para los enfermos que sufran regresiones funcionales de cierta gravedad conviene organizar un pequeño taller en la propia sala, pues su situación no les permite apartarse de la enfermera a cuyo cuidado están y a la que conocen perfectamente. En tales casos se suele recurrir a la terapéutica por el arte, consistente en trabajos de pintura, modelado, dibujo, manufactura de objetos de rafia o papel, etc. El número de pacientes para los que habrá que organizar estas actividades «indiferenciadas» en la propia sala se ha calculado, basándose en las condiciones actuales, en un 20% del total. Una pequeña habitación capaz para 6 pacientes y una enfermera sería suficiente, pues, para una sala de 30 enfermos y a ese efecto podría habilitarse uno de los cuartos de estar. Los trabajos de este tipo no exigen un material complicado.

Conviene estimular a los pacientes lo antes posible para que aprendan actividades más diferenciadas. Ello implica que habrán de ir a trabajar a un local distinto de aquel en que comen y duermen; por consiguiente, será preciso organizar talleres fuera del servicio, aunque no excesivamente alejados de éste. Los mencionados talleres tendrán capacidad suficiente para acoger a los enfermos de varias salas; en ellos, los grupos de trabajo habrán de ser más numerosos y comprenderán entre 6 a 10 personas por término medio. Los trabajos realizados en esos talleres exigirán el empleo de herramientas y de materiales de manejo relativamente difícil (madera, hierro, etc.). El tamaño de los talleres habrá de ser pues bastante grande. Con determinados pacientes se



# H

formarán equipos para trabajar al aire libre, dedicándolos a obras de jardinería, agricultura, construcción, etc. Esos grupos necesitarán, por supuesto, locales para aprestar y guardar sus útiles de trabajo.

Por último, determinados enfermos podrán dedicarse a trabajos industriales. Se establecerán al efecto grandes talleres, que podrán utilizar todos los enfermos del hospital y en los que se fabricarán diversos artículos destinados al propio hospital o a la venta. En esos talleres podrán trabajar personas de ambos sexos siempre que la naturaleza de las tareas realizadas lo permita.<sup>1</sup> Harán falta, en suma, los siguientes tipos de talleres:

- a) Talleres pequeños, sin equipo, instalados en la propia sala, para los que bastará un rincón cualquiera de la habitación de día.
- b) Talleres mayores, que utilizarán en común los enfermos de varias salas y estarán provistos de un equipo más o menos complicado.
- c) Algunos talleres centrales, especializados en trabajos de carácter industrial. Estos talleres tendrán una importancia proporcional a la del hospital, dispondrán de máquinas y permitirán manufacturar artículos destinados a la venta. En ellos se ocupará sobre todo a los enfermos hospitalizados desde antes de la introducción de los tratamientos activos, y que aún no pueden reintegrarse a la sociedad ni siquiera con la ayuda de centros especiales.

Cabe aplicar los mismos principios a los ejercicios físicos. Tienen éstos por finalidad reeducar al paciente en sus relaciones psicomotoras y psicosensoriales con el mundo exterior. Al mismo tiempo, favorecen el desarrollo de las funciones psicosociales.

En el caso de los enfermos cuyas funciones psicomotoras están seriamente disminuidas, se puede recurrir a ejercicios pasivos, tales como el masaje y la fisioterapia; cabe utilizar también ciertos ejercicios activos muy sencillos (juegos de pelota, etc.), que se organizarán en grupos restringidos y en un espacio cerrado de dimensiones reducidas, que muy bien puede ser una pequeña habitación. Por último, habrá que prever una sala de grandes dimensiones y accesible a todos los enfermos del hospital, que podrá utilizarse como gimnasio o sala de fiestas; deberá instalarse asimismo un buen terreno de deportes dentro del recinto del hospital.

# H

## CONCEPCION ARQUITECTÓNICA DE UN SERVICIO PSIQUIÁTRICO

Los nuevos conceptos sobre la función de los hospitales psiquiátricos están produciendo una verdadera revolución en la arquitectura de dichos centros. Las consecuencias de ese cambio de función no siempre se han sabido valorar debidamente, ni siquiera en el curso de los últimos años. Es preciso, ante todo, que los arquitectos se den cuenta de que el objeto principal de los edificios psiquiátricos no debe ser ya facilitar la vigilancia de los enfermos por un personal reducido. Lo que se necesita en la actualidad es crear una atmósfera que ayude a los médicos y a las enfermeras a restablecer la salud de los enfermos. El personal del hospital debe esforzarse por crear un medio terapéutico y ese mismo fin es el que ha de inspirar al arquitecto.

El medio en que el enfermo ha de desenvolverse variará en el curso de su estancia en el hospital en función del tratamiento que se le aplique y de los progresos que haga. Mientras que en ocasiones necesitará aislamiento e intimidad, en otros momentos le será indispensable la compañía de otros enfermos. La composición numérica de los grupos que así se formen es también variable. Puede haber, por ejemplo, grupos de enfermos que compartan un mismo dormitorio, grupos que se reúnan en las horas de las comidas y en los momentos de esparcimiento, grupos de trabajo, etc. En consecuencia, los edificios han de disponer de espacios de distintas dimensiones y el aprovechamiento de los locales disponibles se caracterizará por su flexibilidad.

Es necesario tener en cuenta asimismo la fisonomía arquitectónica más adecuada para un hospital psiquiátrico. La mayor parte de los edificios actuales dejan traslucir claramente su carácter institucional y contrastan violentamente con el cuadro doméstico al que el enfermo está habituado. Esta es la razón de que con frecuencia se insista en la necesidad de que los hospitales psiquiátricos, por su disposición arquitectónica, se asemejen en la mayor medida posible al medio doméstico. Se trata en efecto de un principio válido, siempre que no se lleve a extremos exagerados. Un hospital no puede ser nunca una vivienda

privada y es evidente que un edificio con capacidad para 30 personas no puede ofrecer el mismo aspecto que una vivienda destinada a una familia de 4 ó 5 miembros. Por otra parte, no es conveniente ni útil para el enfermo que el aspecto del hospital psiquiátrico enmascare su auténtica naturaleza. Esos establecimientos tienen un fin social concreto que su arquitectura debe reflejar, sin dejar por ello de ofrecer al enfermo los atractivos y comodidades de un medio semifamiliar. Es difícil encontrar un justo equilibrio y en ello reside precisamente el problema que ha de resolver el arquitecto. El tipo de construcción que probablemente se parece más a un hospital psiquiátrico por sus dimensiones, por sus características generales y por su fin social es el colegio residencial de tipo anglosajón. Disponen esos colegios de habitaciones individuales y de salas comunes, como refectorios, salas de reunión, etc. Los distintos edificios se agrupan y constituyen un pequeño núcleo urbano o, si están situados en una ciudad, un barrio perfectamente delimitado. Por estar destinados a albergar una comunidad relativamente autónoma y asociada con un fin particular, su arquitectura ha de adaptarse a esa finalidad social para conseguir un tipo de edificio que combine algunas características de las viviendas privadas con otras de los grandes edificios públicos.

Según queda indicado, los distintos elementos del hospital psiquiátrico son los siguientes:

- a) las salas y habitaciones para los enfermos;
- b) los talleres y los locales destinados a la terapéutica de grupo;
- c) el centro social, que dispondrá de comedor, cocina, gimnasio, tiendas, peluquerías para hombres y mujeres, biblioteca, vestíbulo, quiosco de periódicos, club, secretaría y banco;



# H

d) el centro médico de tratamiento y diagnóstico, en el que habrá despachos para el director de los servicios, para el personal médico, para los consultores externos, etc., una sala para las reuniones del personal, un departamento de radiología, un laboratorio de análisis clínicos, una sala de electroencefalografía y una enfermería para los pacientes con enfermedades somáticas;

e) un edificio para los servicios administrativos.

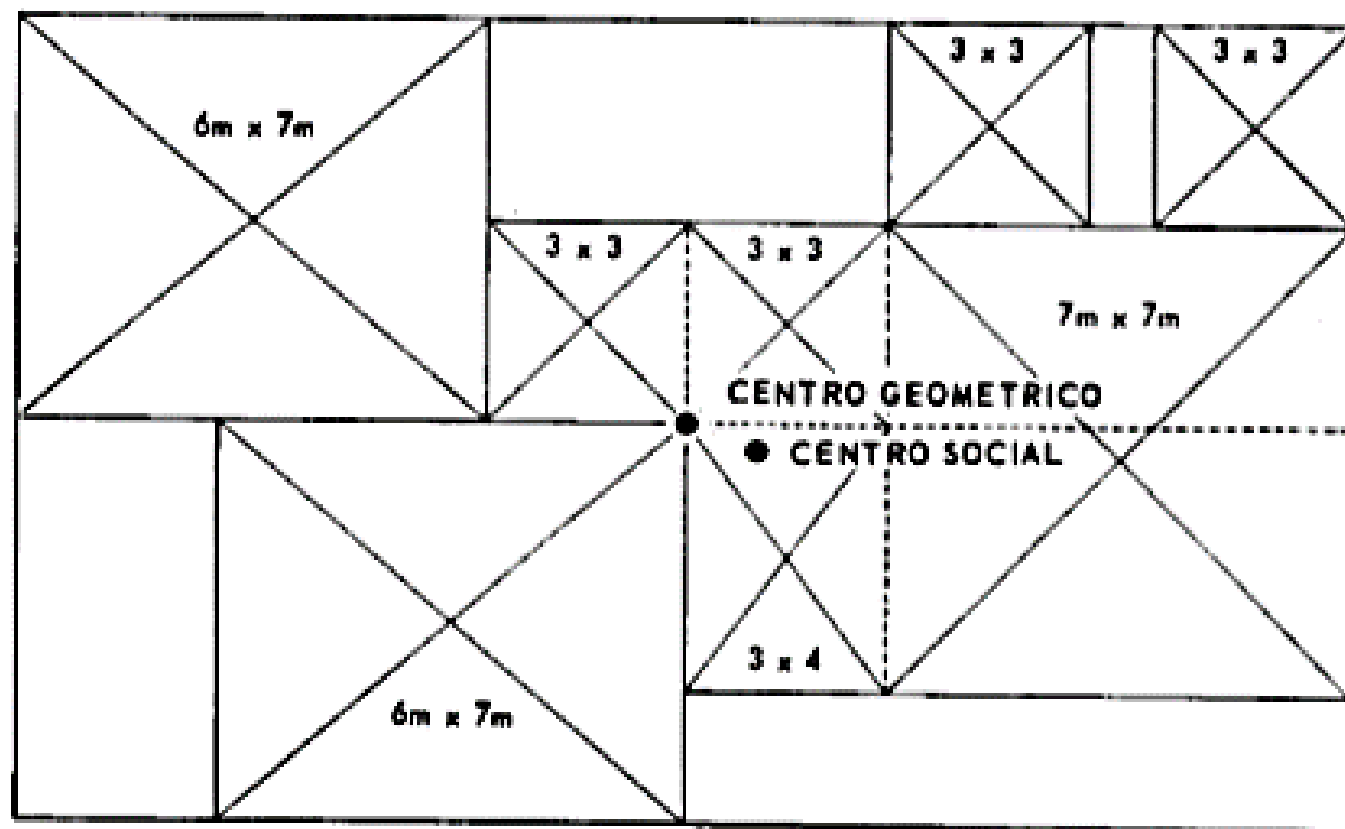
En la actualidad se tiende a acomodar dichos servicios en edificios independientes a fin de reducir las dimensiones del hospital y conferirle un carácter más humano. En consecuencia, el problema de planificar el complejo hospitalario es análogo al planteado por la ordenación urbanística de un núcleo de población o de una pequeña colectividad. Ha de abordarse, por tanto, como una cuestión de urbanismo más bien que de arquitectura; la primera providencia en relación con un terreno determinado es situar las vías de comunicación y delimitar las diferentes zonas, es decir, repartir los espacios y definir el destino que ha de dárscles.

Por reacción natural contra los hospitales psiquiátricos de antaño, cuya masa imponente evocaba una prisión, se ha procurado en el curso de los últimos años diseminar los distintos edificios, y hoy es frecuente ver instituciones cuyos elementos se reparten por la periferia del terreno. Dicha disposición da al hospital un carácter «centrífugo» que conviene evitar. Es más conveniente agrupar los edificios de modo que constituyan colectividades alrededor de centros de diferente importancia. Por ejemplo, dos o tres de los edificios destinados a albergar las salas de enfermos pueden situarse alrededor de otro en el que se instalen los talleres. Varios de esos «poblados» pueden disponerse a su vez alrededor de un centro social utilizado por todos ellos. Esa distribución corresponde a la ordenación normal de una población o de un pequeño núcleo urbano y facilita la readaptación social de cada enfermo, dándole ocasión de reincorporarse gradualmente a una serie de grupos humanos cada vez más amplios. Sirve asimismo para organizar el hospital en función de las distintas fases terapéuticas, ya que cada «poblado» constituye una entidad autónoma.

La distribución de los edificios en el terreno ofrece la mayor importancia. Cuando la planificación se articula cuidadosamente es posible crear un conjunto de espacios, amplios y reducidos, cerrados y abiertos. Si el plan está bien concebido, la distribución del terreno será un elemento más que favorezca la reorientación espacial del enfermo. La distribución variará según los países, pues debe hacerse en función de la estructura local de las ciudades y de los núcleos urbanos. En general, puede decirse que una agrupación de los edificios algo mayor que la acostumbrada en la actualidad ofrece considerables ventajas no sólo desde el punto de vista del aspecto del hospital, sino también en lo que respecta a los gastos de construcción y de funcionamiento de los servicios.

La figura 3 (plano general de un hospital de 280 camas) constituye un ejemplo gráfico de lo dicho. El proyecto comprende 10 salas de 28 camas, además de los edificios accesorios indispensables. Una carretera pública bordea el terreno por uno de sus lados más estrechos. El punto focal del hospital es el centro social, donde se agrupan el comedor, el club, la sala de reunión y los talleres para los trabajos más difíciles y especializados. El centro social está deliberadamente situado a alguna distancia del centro real del terreno y hacia el lado opuesto a la carretera. Se revaloriza así esa zona, evitando que se atribuya a las salas y edificios situados en ella una situación desventajosa. Las salas de los enfermos se reúnen en tres agrupaciones o «poblados», cada una de ellas con su propio taller. Los edificios de cada agrupación están bastante próximos entre sí y dejan en medio una pequeña plaza parcialmente cerrada. Dos

FIG. 5. PABELLON PARA UN GRUPO DE 14 ENFERMOS MENTALES



Análisis de las proporciones y de los espacios utilizados en el plano. El módulo de  $3\text{ m} \times 3\text{ m}$  corresponde a la superficie de una habitación individual y se repite en la del espacio libre de la sala de día. Las superficies tienen por lo general forma cuadrada o casi cuadrada y, para simplificar la construcción, se basan en las dimensiones de 3, 4, 6 y 7 metros.

# H

de esas agrupaciones constan de tres salas (84 enfermos) y la tercera de cuatro (112 enfermos). La agrupación más importante se ha situado en la parte más alejada de la carretera, siempre con la intención de evitar que esa parte se considere como « zona desfavorecida ». Las viviendas del personal forman también un « poblado », situado éste en la parte del terreno próximo a la carretera pública. El hospital ofrece así a los enfermos una sucesión gradual de espacios: habitación individual, sala, « poblado » e institución en su conjunto. El plano de la figura 3 está concebido en función de las necesidades de un país de clima templado. Los mismos principios podrían aplicarse en otras circunstancias con resultados arquitectónicos ligeramente distintos. Por ejemplo, en un emplazamiento urbano de extensión reducida o en un clima frío cabe la solución de agrupar un poco más los edificios y, en caso necesario, comunicarlos entre sí.

Se ha señalado muchas veces la conveniencia de construir cada edificio con tabiques móviles que puedan desplazarse fácilmente. Sin embargo, la aplicación general de ese principio presenta graves dificultades. Si se pretende que todas las paredes sean desmontables, la estructura habrá de ser de acero o de cemento armado, que resultará no sólo costosa, sino difícil de insonorizar. La instalación de la electricidad, del gas, del agua, de los desagües, etc. alcanzará precios prohibitivos, ya que será necesario disponer de numerosas conexiones. Más útil será en la práctica considerar como permanentes un número determinado de paredes que servirán para las instalaciones fijas. Entre esas paredes permanentes se podrá disponer de zonas suficientemente extensas para ser fácilmente divididas con ayuda de tabiques móviles, muebles, mamparas o cortinas.

En la actualidad no es necesario que la enfermera vea y vigile a los enfermos en todo momento; sólo una proporción pequeña de ellos ha de ser objeto de vigilancia continua. En muchos países, la mayoría de los enfermos necesitan estar solos para dormir, lavarse, etc., lo que ha de tenerse en cuenta al planear el edificio. Los servicios higiénicos y de aseo han de tener puertas normales sin vidrios transparentes y bastará con colocar en ellas cerraduras especiales como las utilizadas en los hoteles por si es necesario abrir desde el exterior. Las puertas de las habitaciones individuales tendrán un panel de vidrio sin mirilla y dispondrán de una cortina o persiana para los casos en que convenga asegurar un aislamiento completo. En las salas donde duermen de 4 a 6 enfermos, se tratará de distribuir el espacio de manera que todos, o al menos algunos de ellos, dispongan de compartimientos separados. Cada enfermo tendrá un armario para sus vestidos y una estantería para sus libros y demás efectos personales. Esos armarios pueden utilizarse también como separaciones móviles en los dormitorios. Combinando



# H

adecuadamente armarios, cortinas y mamparas, puede distribuirse espacio de una sala de 6 camas de muchas maneras y atender así necesidades de cualquier grupo de enfermos. En la figura 4 se explica cómo se obtiene ese resultado en una sala de 6 camas.

Resulta más fácil agrupar a los enfermos si el edificio que alberga las salas se divide en dos alas, separadas por la entrada y las principales habitaciones de servicio. Suponiendo que el número de camas sea de 14, se puede alojar a 14 enfermos en cada una de las alas. Cada grupo de 14 enfermos podrá acomodarse en dos habitaciones individuales y dos salas de seis camas; estas últimas se subdividirán mediante el empleo de armarios y cortinas según se ha explicado anteriormente (véase figura 5).

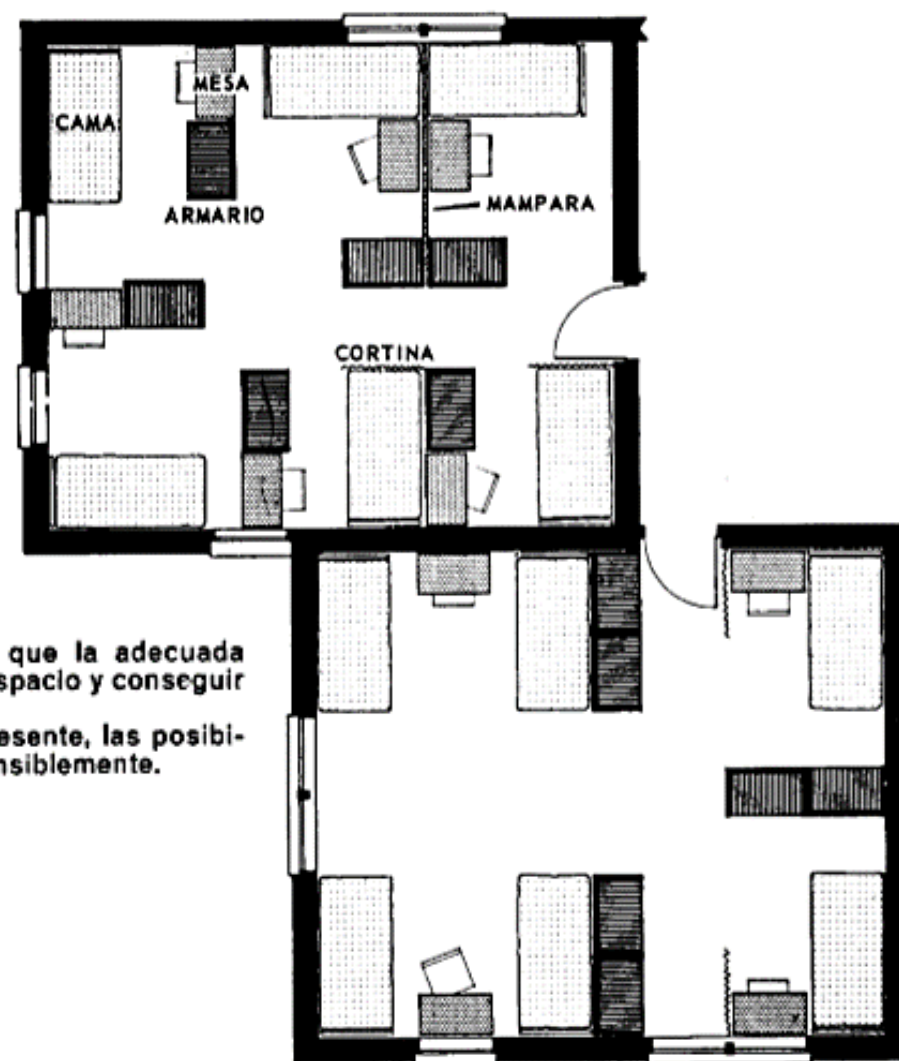
Cada grupo de 14 enfermos debe disponer de un pequeño espacio reservado donde pasar la jornada. Todas las salas generales deben contener, pues, de una salida de día y de un comedor, en los que los enfermos hospitalizados podrán reunirse para determinadas actividades. Cada grupo de 14 enfermos debe tener asimismo sus servicios propios de higiene y de aseo. Se reservará asimismo un pequeño espacio para enfermera de servicio, situado lo más cerca posible del centro de cada grupo de 14 camas y de preferencia en el espacio destinado a las actividades diurnas, a fin de que la vida del grupo gravite alrededor de ella.

Los espacios reservados para las actividades diurnas han de poder subdividirse, al igual que los dormitorios, en zonas de dimensiones diferentes para facilitar la formación de grupos. Al proyectar esos espacios se tendrá en cuenta la posibilidad de que todos los enfermos del servicio se levanten a la misma hora y hagan uso de ellos simultáneamente. Habrá que prever asimismo un comedor que, en la mayor parte de los casos, deberá estar algo separado de los locales dedicados a las demás actividades diurnas. Para determinar las dimensiones de los comedores de sala se habrá de decidir en primer término si conviene o no instalar un refectorio central para la totalidad del hospital. La existencia de un refectorio central ofrece, entre otras muchas ventajas, la de estimular a los enfermos que estén en condiciones de hacerlo a desplazarse diariamente para comer en lugar de permanecer todo el día encerrados en las salas. Añádase a ello que siempre resulta más económico servir las comidas en un refectorio central próximo a las cocinas que transportarlas a las salas; al mismo tiempo, es más probable que la comida esté caliente y apetitosa si no es necesario recorrer con ella grandes distancias. Por último, no hay que olvidar las ventajas de que los enfermos se incorporen de vez en cuando a grupos numéricamente más importantes que los formados por sus compañeros de sala.

Interesa por tanto disponer de un comedor central en el que pueda reunirse una proporción considerable de enfermos para la comida.

# H

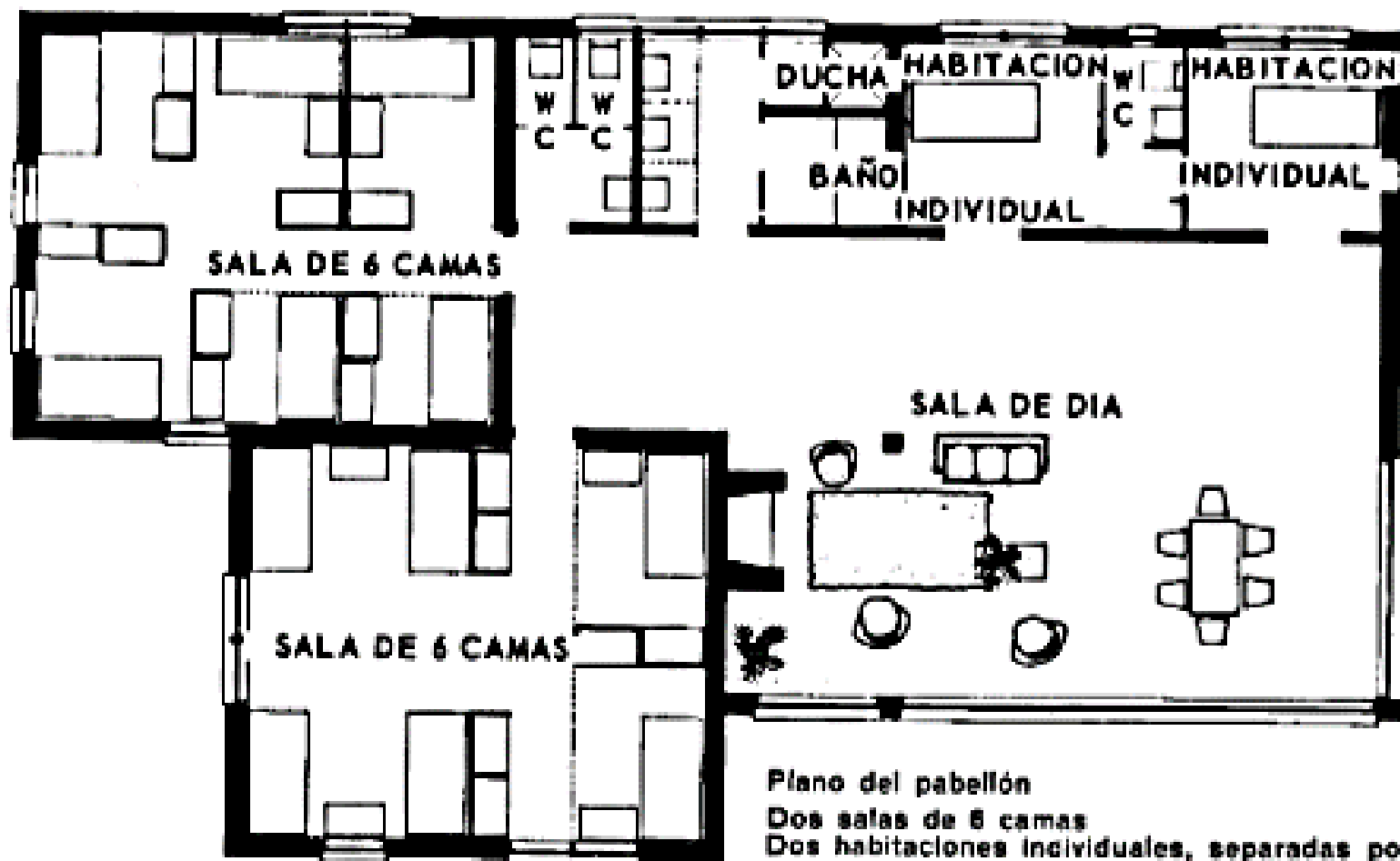
## SALAS DE SEIS CAMAS PARA ENFERMOS MENTALES



Este esquema presenta dos posibles soluciones en las que la adecuada distribución de muebles o de mamparas permite subdividir el espacio y conseguir cierta independencia para los enfermos.

Si las ventanas dan a varias fachadas, como en el caso presente, las posibilidades de distribución interior de la habitación aumentan sensiblemente.

# H



**Plano del pabellón**

**Dos salas de 6 camas**

**Dos habitaciones individuales, separadas por un retrete común**

**Sala de día y cuarto de guardia de las enfermeras**

**Dos retretes, cuarto de baño, ducha, etc.**

# H

principal del día, mientras que las comidas menores podrían servirse en las salas. Convendría asimismo que los comedores de las salas pudieran agrandarse en caso de necesidad, por ejemplo a costa del espacio destinado a otras actividades diurnas.

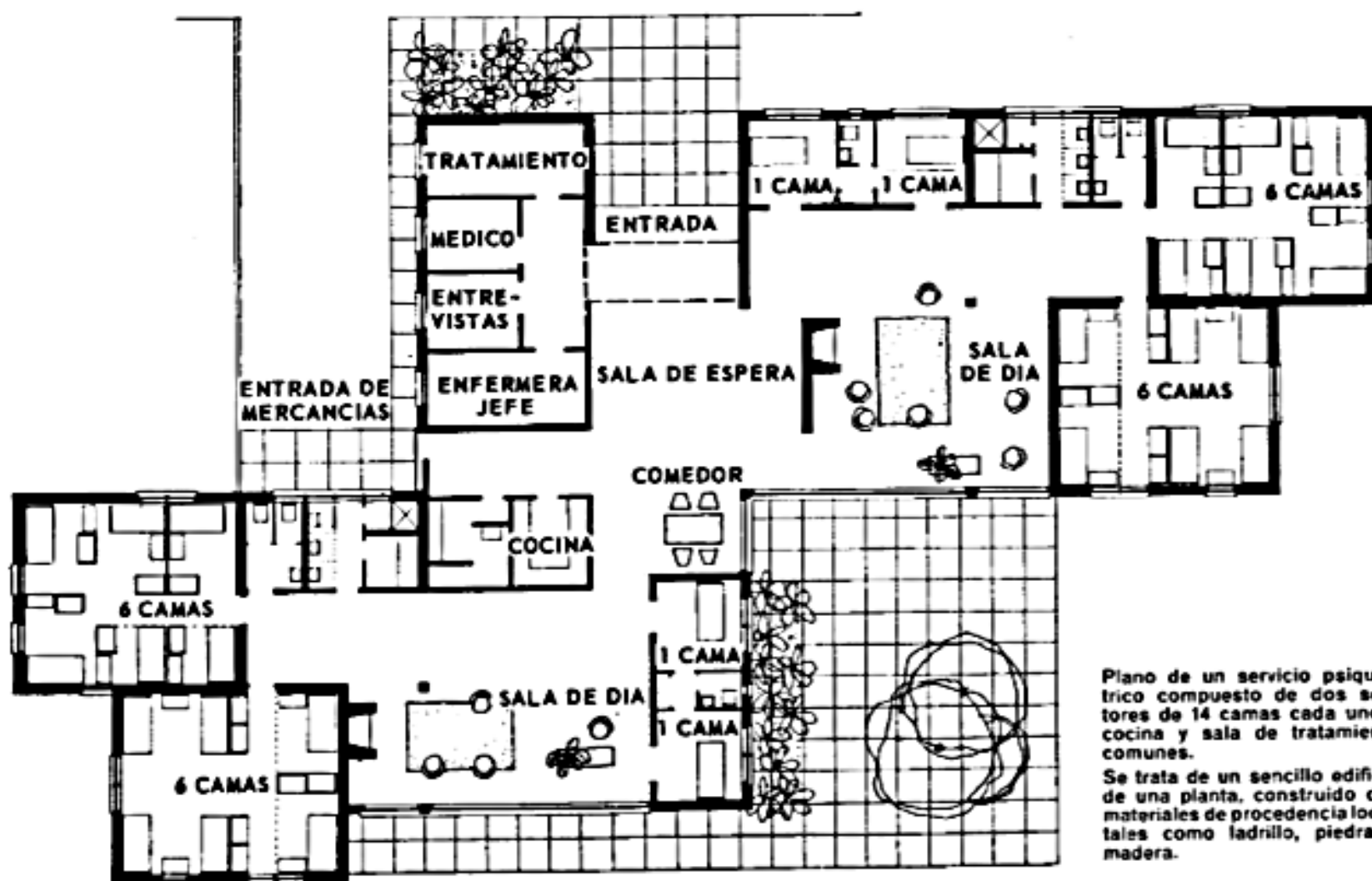
Conviene también disponer de cuartos de tratamiento, a razón de uno por cada sala. Los cuartos de tratamiento tendrán las instalaciones necesarias para la limpieza y conservación del instrumental y una conexión para un esterilizador. Es indispensable que cada sala tenga su propia cocina, así como un despacho para la enfermera principal, otro para el médico y una habitación destinada a las entrevistas con los familiares de los enfermos o con otras personas.

El plano de la figura 6 corresponde a un servicio de 28 camas concebido de conformidad con los principios expuestos en lo que antecede.

Es muy ventajoso para los enfermos de las salas disponer de un número de servicios higiénicos más elevado que el que suele recomendarse; con ello también se ahorrará trabajo a las enfermeras. Por cada 6 camas hace falta, como mínimo, un cuarto de aseo que sea fácilmente accesible a los enfermos y no esté demasiado lejos de sus habitaciones ni de los locales diurnos.

Las necesidades de instalaciones sanitarias y de aseo varían de unos países a otros; sin embargo, en principio convendrá contar con un baño por cada 14 enfermos y con una ducha por cada 6. Importa que los retretes, baños, cuartos de aseo, etc., estén suficientemente aislados y no sean de calidad inferior a la que habitualmente tienen en las viviendas privadas. Se evitarán por consiguiente los lavabos colectivos, a no ser que correspondan a las costumbres locales.

FIG. 6. SERVICIO DE 28 CAMAS PARA ENFERMOS MENTALES



Plano de un servicio psiquiátrico compuesto de dos sectores de 14 camas cada uno y cocina y sala de tratamiento comunes.

Se trata de un sencillo edificio de una planta, construido con materiales de procedencia local, tales como ladrillo, piedra o madera.



# H

## CLASIFICACIÓN DE PATOLOGÍAS

Las enfermedades mentales crónicas se caracterizan por presentar espontáneamente una evolución continua o progresiva hacia el deterioro, lo que altera de manera persistente, la actividad psíquica, afectando permanentemente la personalidad.

Dentro de este grupo según su potencialidad destructora, encontramos: **las neurosis, las psicosis esquizofrenias y finalmente las demencias.**

Por otro lado, las enfermedades mentales agudas, están constituidas por síntomas cuya organización permite prever su carácter transitorio. Se instalan de forma brusca, trata de crisis, accesos o episodios más o menos largos que, pueden reproducirse pero que naturalmente presentan una tendencia hacia la remisión total.

Dentro de este grupo distinguimos: **las psiconeurosis emocionales, las manías, las psicosis delirantes y alucinatorias y trastornos mentales de la epilepsia.**

Debido al carácter transitorio, con posibilidad de remisión es que las patologías de carácter agudo son las que pueden optar a un tratamiento de rehabilitación y obtener resultados satisfactorios, para una posterior inserción social

H

**SALAS ESPECIALES**

# H

## 1 - CÁMARA GESELL

En los establecimientos ambulatorios de atención psiquiátrica es muy común contar con una CÁMARA GESELL

La Cámara de GESELL, es un área especializada, consiste en una habitación para los observadores y otra para el entrevistado y entrevistador. Ambas habitaciones están divididas por un vidrio unilateral, además cuentan con audio y video y equipo computarizado que admite grabar y reproducir las sesiones, permitiendo que el psicólogo/entrevistador, haga de mejor manera su trabajo y a la vez, esta intervención sea presenciada, como medio educativo, por más personas al otro lado del cristal.

También es muy utilizada para docencia e investigación de la psicoterapia, ampliamente utilizada en el mundo durante mucho tiempo y aún en nuestros días. Resultan indiscutibles los beneficios que reporta el uso de esta cámara para la enseñanza de los diferentes procedimientos psicoterapéuticos, que hasta fecha relativamente reciente se utilizaba sin el conocimiento y mucho menos la aprobación de los pacientes implicados, pues se trata de la observación e incluso de la filmación de sesiones de psicoterapia a través de un espejo unidireccional, lo cual constituía una violación de los principios éticos. En la actualidad se debe emplear siempre con el consentimiento informado de los pacientes.

Con el uso de esta cámara se evita que los menores víctimas de abuso sexual deban rendir varias declaraciones.

## CÁMARA GESSEL

### ESPEJO FALSO

Permite ver hacia la sala de entrevistas, mientras que desde ahí solo pueden observar su reflejo.

### PARLANTES

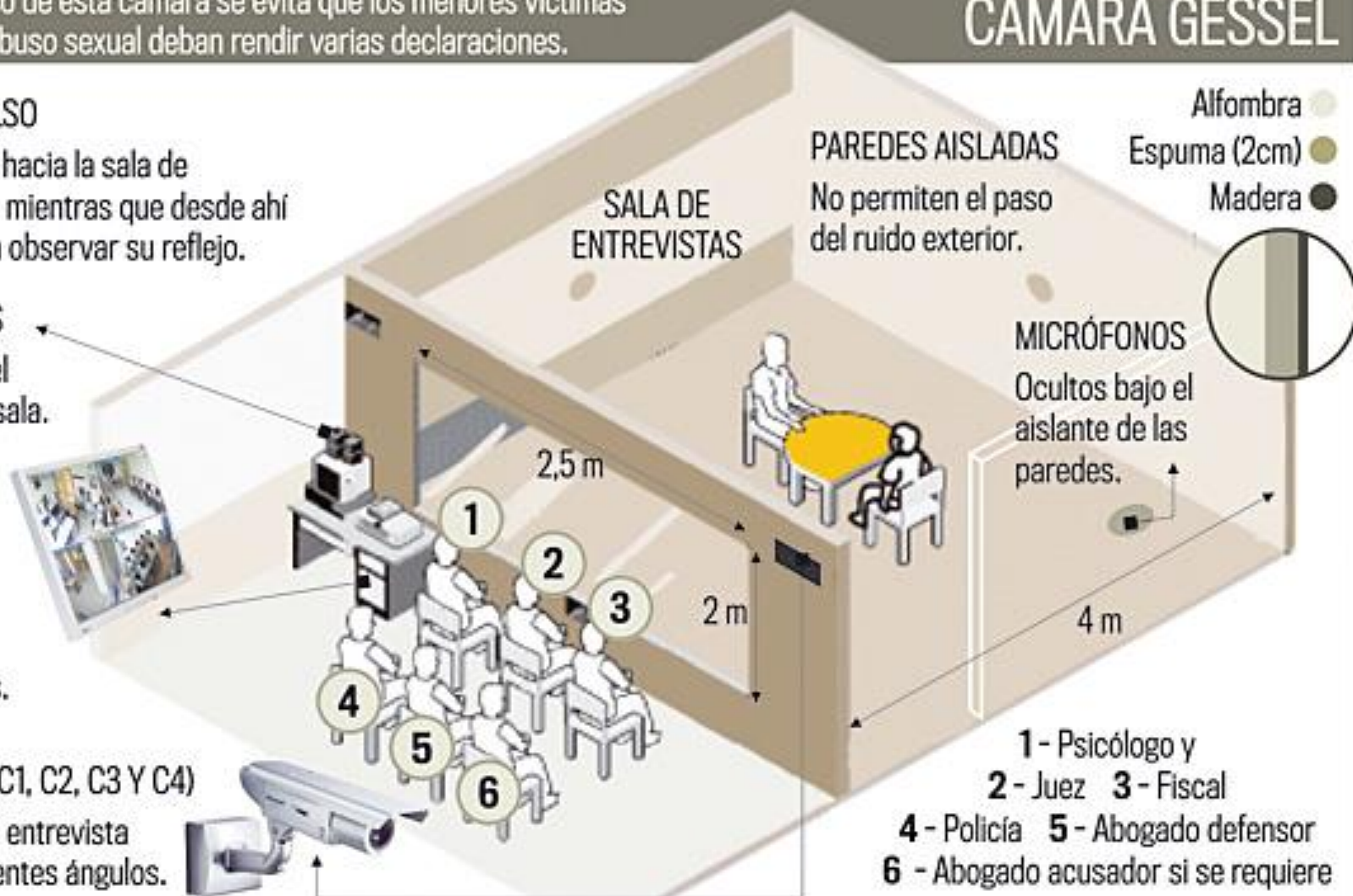
Amplifican el audio de la sala.

### MONITOR

Muestra las imágenes que captan las cámaras.

### CÁMARAS (C1, C2, C3 Y C4)

Observan la entrevista desde diferentes ángulos.



# H



Cámara de GESELL, es un área especializada, consiste en una habitación para los observadores y otra para el entrevistado y entrevistador. Ambas habitaciones están divididas por un vidrio unilateral, además cuentan con audio y video y equipo computarizado que admite grabar y reproducir las sesiones, permitiendo que el psicólogo/entrevistador, haga de mejor manera su trabajo y a la vez, esta intervención sea presenciada, como medio educativo, por más personas al otro lado del cristal.



# H

## 2 - CUARTO DE AISLAMIENTO

En los establecimientos ambulatorios de atención psiquiátrica puede darse el caso de que se manifiesta un paciente conducta suicida, incluidos el intento fallido o el suicidio consumado, tiene alta prevalencia en el cuadro epidemiológico de salud mental en el ámbito mundial.

La conducta suicida también exige que se maneje de manera adecuada, con discreción y respeto. Estos pacientes, una vez superada la etapa de intento y/o ideación suicida son atendidos, siempre con su aprobación, por el equipo de salud mental en consultas y mediante visitas a domicilio.

El Programa Nacional de Prevención y Atención de la Conducta Suicida establece que toda persona que realice un intento suicida tenga un seguimiento por el equipo, y que su alta médica puede valorarse solo al cabo del año de haber atentado contra su vida.

Muchas de las personas que adoptan esta conducta no son portadoras de un verdadero trastorno mental, y algunas ni siquiera deseaban acabar con sus vidas al realizar el intento, y en realidad solo pretendían atraer la atención hacia ellas o evadir una situación determinada; sin embargo, el manejo es similar para todos los casos, ya sea un paciente profundamente deprimido que intentó ahorcarse, o una adolescente que tras una discusión con el novio ingirió algunas tabletas de fármacos.

# H

El aislamiento de pacientes psiquiátricos ha sido sujeto de debate clínico y acciones legales. La literatura informa que la concentración de pacientes violentos en los hospitales ha aumentado.

La restricción y el aislamiento son eficaces en prevenir el daño y reducir la agitación y es casi imposible desarrollar un programa para muchos individuos sintomáticos sin alguna forma de aislamiento o restricción física.

El aislamiento es visto por algunas personas como una violación de los derechos humanos básicos. Algunos lo asocian históricamente a conceptos de castigo, poder y control, mientras otros lo ven como una necesidad para el trato adecuado de la violencia. Los médicos, en cambio, lo consideran una modalidad terapéutica útil en casos indicados. Como método de intervención en el tratamiento de la conducta agresiva en pacientes psiquiátricos, el aislamiento reemplazó la restricción mecánica a comienzos del siglo XIX y, actualmente, se continúa usando en el mundo entero.

# H

## Definición

Según la American Psychiatric Association (APA), el aislamiento es definido como "aislamiento a puerta cerrada con llave" o como "confinamiento involuntario de una persona en una habitación a solas para impedir físicamente la salida de ésta". Otros autores lo definen como la reclusión supervisada de un paciente colocado solo en un cuarto con llave por un periodo de tiempo del día o de la noche para la protección del paciente, personal de salud u otros de daños serios.

El uso del aislamiento es un tema éticamente delicado "... debido a que el aislamiento es una forma de restricción que ha sobrevivido a la amplia liberación en la práctica psiquiátrica y, en este caso, el paciente aislado es doblemente vulnerable a causa de su condición de enfermo mental y de prisionero...". **El aislamiento no es particularmente terapéutico por sí mismo, pero es usado como medio de contención mientras se espera la respuesta terapéutica de la medicación.**

# H

## **Características del lugar asignado para la práctica del aislamiento**

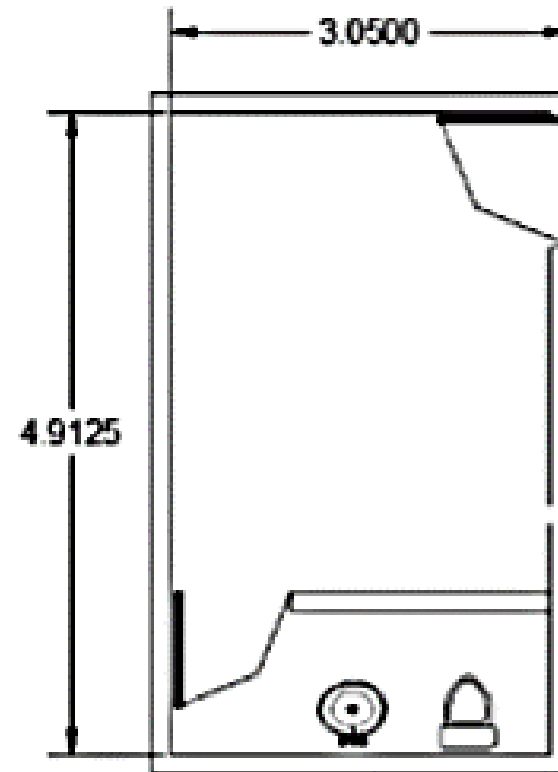
El aislamiento se debe realizar en una habitación de la unidad de cuidados intensivos psiquiátricos destinada a tal fin.

**Los cuartos de aislamiento psiquiátrico deben estar equipados con cámaras audiovisuales en las paredes y monitores de televisión en las oficinas adyacentes; de esta manera, el paciente aislado es vigilado de forma permanente. Las recomendaciones de seguridad para los cuartos de aislamiento incluyen el que sean pintados de color claro, con paredes blandas o acolchonadas, con suficiente luz, con ventilación y control de temperatura, con un diseño adecuado que facilite la observación del paciente. En vez de camillas en la habitación, se recomienda usar camas de plataforma de madera, fijadas al piso o únicamente un colchón, sin otros muebles en la habitación.**

Los cuartos de aislamiento distan mucho de ser satisfactorios desde el punto de vista humanitario; sin embargo, al menos el paciente se puede mover en un pequeño espacio, evitando posibles efectos adversos, tales como trombosis debido al uso prolongado de la restricción física. No hay una solución perfecta para el caso de un paciente agitado peligroso y, a veces, la restricción física o el aislamiento durante unas pocas horas pueden ayudar a estabilizar al paciente sin exponerlo a algunos efectos adversos de los psicofármacos. En algunas unidades de psiquiatría en Europa los cuartos de aislamiento son presentados como primera línea para pacientes agitados y violentos, mientras que en EUA se usa más la restricción en algunos centros<sup>48</sup>. Algunas razones para preferir el aislamiento a la restricción física son que este procedimiento, permite al paciente tener mayor libertad de movimientos y control, disminuyendo también los estímulos externos:

H

Cuarto de Aislamiento /Zona Medica



Fuente: *Architectural Graphic Standard Plazzola/*



# H

**AISLAMIENTO**



# H

## AISLAMIENTO



# H

## **CONCLUSIONES**

El adecuado abordaje del paciente agitado y/o agresivo en unidades de salud mental es vital para establecer un diagnóstico y un tratamiento apropiado.

El aislamiento, al igual que la restricción mecánica, se considera procedimiento de último recurso debido a sus potenciales efectos deletéreos sobre la salud física y mental. Se deben conocer las indicaciones, contraindicaciones y posibles complicaciones del uso del aislamiento antes de dar la orden para su ejecución, así como las posibles implicaciones médico-legales.

El uso adecuado de las herramientas farmacológicas disponibles facilita el tratamiento correcto de los pacientes en estado de agitación y previene el uso a veces innecesario de la inmovilización y del aislamiento.

No hay estadísticas disponibles sobre el número de personas que son aisladas o en restricción, el número de episodios o la frecuencia y las tasas de lesión física o muerte en unidades de salud mental debidas a esta causa.

H

PROF. TITULAR:ARQ. ESP. JUAN CARLOS ALÉ

PROF. JTP MG. ARQ. FACUNDO ANTONIETTI

ARQUITECTURA IV  
TALLER DE INTEGRACIÓN PORYECTUAL  
2015