

# IDICLAS

REVISTA DIGITAL DE ENFERMERÍA DEL  
**INSTITUTO DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y  
CAPACITACIÓN LABORAL DE LA SANIDAD**

Mendoza, Argentina  
Octubre de 2025  
Número 12



**17** Conocimiento y Estrategias del Personal de Enfermería para el Alivio del Dolor Pediátrico

**28** Maltrato y Abuso Sexual Infantil: Conocimiento y Aplicación de Protocolos por Enfermeros

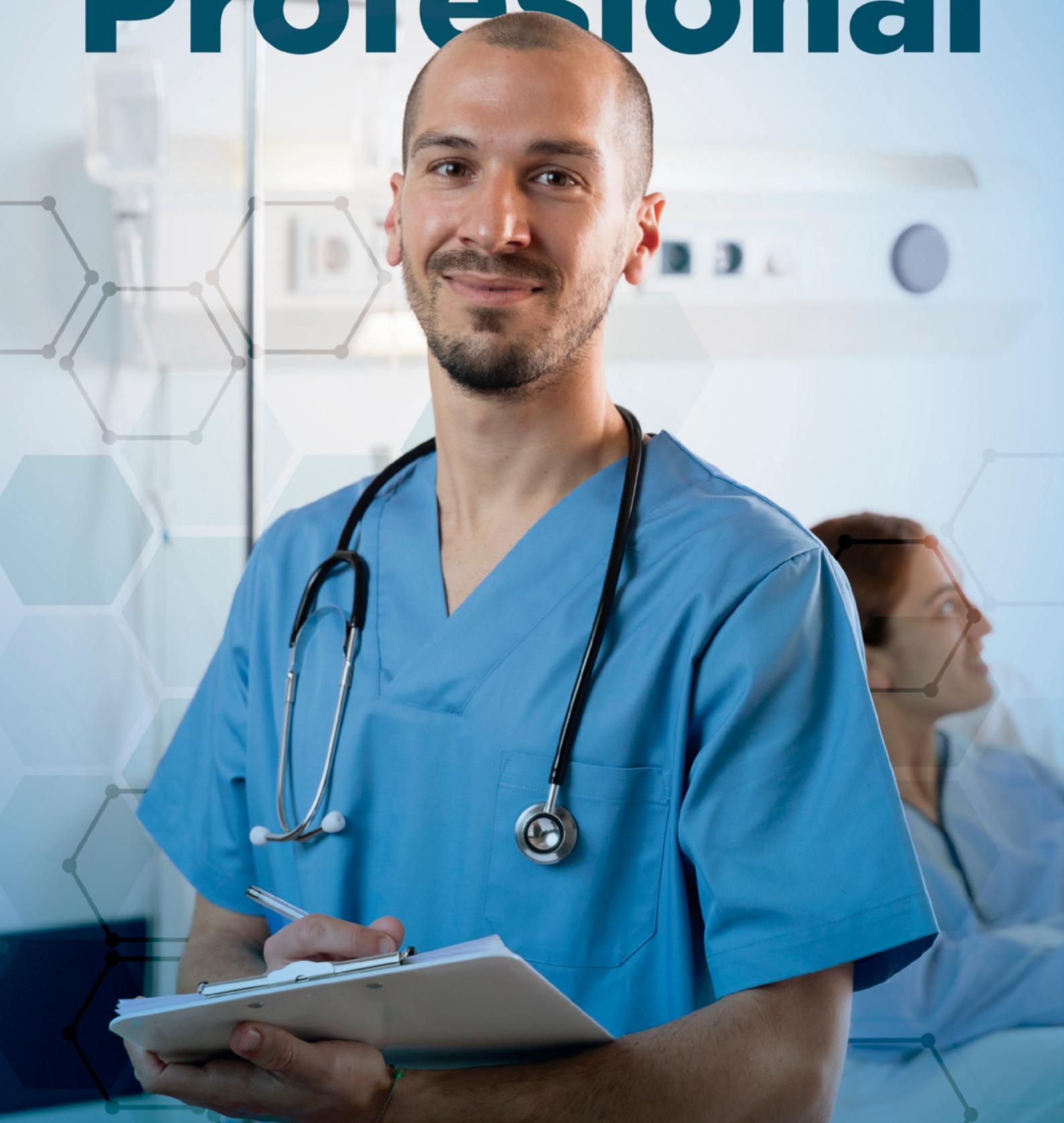
**59** Saberes del Personal de Enfermería, en Pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA)

**70** Cuidados de Enfermería en Pacientes Pediátricos Post Hemodinamia

**12**

Estudiá Profesiones Esenciales

# Enfermería Profesional



- **Título de la publicación:** Revista IDICLAS
- **Propietario:** Instituto de Docencia, Investigación y Capacitación Laboral de la Sanidad / PT 172-DEP-DES-DGE-MENDOZA
- **Director Responsable:** Lic. Espec. María Rosa Reyes y Lic. Prof. Pablo Enzo Chinellato
- **Nº de Edición:** Año 4 / N° 12 / Oct 2025
- **Domicilio Legal:** Morón 265, Mendoza (5500), Argentina.
- **Nº Registro:** PV-2024-46915486-APN-DNDA

## STAFF

### PRODUCCIÓN GENERAL

Luis Alberto Jezowicz

### DIRECCIÓN

Lic. / Espec. María Rosa Reyes  
Lic. / Prof. Pablo Enzo Chinellato  
Especialista en Docencia Mg

### JEFE DE REDACCIÓN

Lic. / Prof. Pablo Enzo Chinellato  
Especialista en Docencia Mg

### COMITÉ EDITORIAL

Lic. Mariel Ortiz  
Profesores en Enfermería:  
H. Ortiz M. Castro y Lic. N. Ríos

### DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

D.I. Sergio Sevilla

### CORRECCIÓN

Lic. / Prof. Pablo Enzo Chinellato  
Especialista en Docencia Mg

### RESPONSABLE DE SUSCRIPCIÓN

Adrián Cortez

### CONSULTORES ESPECIALISTAS

Lic. Albertina Gonzalez  
Lic. Cecilia Luchessi  
Lic. Norma Pagés  
Lic. / Espec. Franco Casalvieri

### COLABORADORES DE 11<sup>a</sup> EDICIÓN

B. Subia, E. Vargas, R. Loza, P. Méndez, Mosquez Carvajal, Roa, Ponce, M. Stepañenco, R. Molina F. Rodriguez, M. Rocha, M. Schiera, M. Otin, M. Valdés, G. Orozco, Y. Orozco, Morales Gomez, R. Yesica Romina, C. Funez, S. Flores Sabrina, C. Sosa, J. Vidal, E. Coronel, M. Cano, M. Flores, S. Cedeño Palacios, D. Carrizo, G. Rondinini, C. Bucca, D. Godoy Daniel, A. Castro, D. Alfaro, M. Zuñiga, P. Lúquez

Autorizada su reproducción,  
mencionando la fuente.

Foto de tapa: Freepik.com

 [www.institutosanidadmza.com.ar](http://www.institutosanidadmza.com.ar)

 [instisanidadmza@gmail.com](mailto:instisanidadmza@gmail.com)

 [Facebook](#)

 [Instagram](#)

 [YouTube](#)

 [TikTok](#)

 [Biblioteca Digital](#)

 [261 714 3690](#)

# Sumario

## 5 Editorial

## 6 Normas de presentación de trabajos científicos

## 7 Catéter venoso central en áreas intensiva pediátrica / *Lic. Subia, Belén y Lic. Vargas, Ely*

## 9 Terapia Farmacológica y Riesgo de Eventos Adversos en Pacientes Pediátricos del Hospital Humberto Notti / *Lic. Loza Romina, Lic. Méndez Pamela*

## 13 Comparación de Curación Tradicional y Avanzada de Úlceras en Miembros Inferiores / *Lic. Stepañenco Mabel, Lic. Molina Ruth*

## 17 Conocimiento y Estrategias del Personal de Enfermería para el Alivio del Dolor Pediátrico / *Rodriguez Florencia Mariné*

## 21 Grado de Conocimiento Ético y Legal del Personal de Enfermería sobre Egresos Voluntarios Pediátricos en el Hospital Enfermeros Argentinos / *Lic. Rocha, Mariana Carolina y Lic. Schiera, Mariela Rocío*

## 24 Nivel de Conocimiento del Personal de Enfermería sobre Aislamientos Hospitalarios y Prevención de IACS en el Servicio de Internación Pediátrica del Hospital Dr. Ramón Carrillo / *Mosquez Carvajal Nelvi, Roa Carina Alejandra, Ponce Roberta Lorena*

## 28 Maltrato y Abuso Sexual Infantil: Conocimiento y Aplicación de Protocolos por Enfermeros en el Hospital Enfermeros Argentinos / *Lic. Otin Micaela Natali*

## 34 Grado de Afectación de Pacientes Clínicos por Internación Conjunta con Pacientes Psiquiátricos / *Valdés, María Celeste; Orozco, Graciela Natali; Orozco, Yamila Emilce*

## 37 Nivel de Conocimiento de Enfermería sobre Administración Segura y Efectiva de Antibióticos / *Morales Gomez, Yesica Romina*

# Sumario

- 41** Conocimiento del Personal de Enfermería sobre Inotrópicos  
*/ Daniela Lencinas*
- 45** El Catéter Venoso Central de Inserción Periférica (PICC) en Pediatría  
*/ Funez, Caren Giselle*
- 48** Shock Room: Cómo la Organización del Espacio Salva Vidas  
*/ Flores Sabrina, Sosa Claudia, Vidal Jimena*
- 51** Comprendiendo el Dolor en Pediatría: Una Guía Esencial para Enfermeros  
*/ Coronel Eliana, Cano Mabel, Flores Miriam*
- 54** Organización y Desafíos en un Hospital Pediátrico  
*/ Cedeño Palacios Sheila Jaqueline*
- 57** El Estrés Laboral en el Personal de Enfermería Pediátrica  
*/ Lic. Carrizo, Dario Sebastián, Lic. Rondinini, Gabriela Victoria*
- 59** Saberes del Personal de Enfermería, en Pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA)  
*/ Lic. Bucca Cristian, Lic. Godoy Daniel*
- 62** Situaciones socio familiares relacionadas al ingreso de Adultos Mayores a Residencia de Larga Estadía  
*/ Castro, Anahí del Carmen*
- 67** Relación entre el ausentismo laboral del personal de salud en atención pediátrica del Hospital Antonio Scaravelli y el incremento de enfermedades crónicas  
*/ Alfaro Daniela*
- 70** Cuidados de Enfermería en Pacientes Pediátricos Post Hemodinamia  
*/ Mariana Leticia Zuñiga y Pamela Natalia Lúquez*

# Editorial

## **El desarrollo de las profesiones de salud y la formación continua**

Las diferentes oportunidades que se le pueden presentar a los profesionales de salud para acceder a las diferentes ofertas de capacitación y formación continua, representan una garantía para avanzar en la adquisición de conocimientos actualizados y pertinentes al área donde desempeñan su actividad laboral.

Estas oportunidades, permiten transformar la atención en el sistema de salud, mejorando la misma y obteniendo resultados que pueden llegar a demostrarse sin lugar a dudas.

La visibilidad del trabajo que a diario realiza el personal de salud, representa una fuerza incalculable para generar los diferentes cambios que la sociedad necesita y permanentemente reclama.

Para ello es importante tener presente el concepto de **trabajo en equipo**, el que requiere considerar muchos aspectos, tales como compromiso, dedicación, participación, actualización de conocimientos para socializar con el equipo, pero principalmente, empatía con los integrantes de ese equipo de trabajo, para compartir en un acto generoso, los conocimientos adquiridos.

Ese acto generoso, representa la calidad de profesionales que podemos llegar a ser, e indudablemente la calidad de persona.

Las oportunidades para lograrlo, pueden estar o no.

**Desde IDICSA ponemos a vuestra disposición, la Revista IDICLAS, para que esas oportunidades nunca dejen de estar para los integrantes del equipo de salud. Es nuestro pequeño “acto generoso y empático” de compartir conocimientos.**

*La Dirección*



# Normas de presentación de trabajos científicos



Imagen: Freepik.com

- Podrán participar profesionales del área de salud y afines.
- Los temas que se presenten, deben tener relación con la profesión de enfermería y del contexto de salud en general.
- Mientras esos temas que deseen ser publicados, estén en revisión para IDICLAS, no podrán ser enviados a otras revistas.
- Todos los derechos de producción total o parcial, pasarán a idicsa.
- Los originales deben presentarse al Comité Editor de la revista, y podrán hacerse consultas al mismo.
- El texto debe ser respetuoso: instituciones y/o comunidades que lo representan
- El texto no debe exceder de 5 hojas, letra arial 12, espaciado a 1 ½ y presentada en soporte digital.
- El comité editor aceptará o rechazará los originales de acuerdo a su calidad científica e idoneidad para la revista.
- En los manuscritos aceptados, se realizarán las modificaciones que se estimen necesarias.
- Una vez revisado por el comité editor, los autores recibirán el texto final para su aprobación.
- El título del trabajo será lo más breve posible, los nombres del autor/es se colocarán a continuación del título del trabajo e incluirá una dirección de email para comunicación referente al artículo.
- Los artículos que aporten datos originales sobre investigaciones deben seguir el formato imryd, que consiste básicamente en la división del texto en cuatro apartados: introducción- Material y método- resultados y discusión.
- El formato de las referencias de artículos y libros, seguirá en general el estilo Vancouver, como en el siguiente ejemplo: SUTTON, Audry. "Enfermería Práctica". Editorial Interamericana. 1° ed. 2015. (Para Libros).
- Para revistas y publicaciones: STEVENSON, Caroll King. "Máximas precauciones contra la embolia grasa". Nursing-abril 2015.
- En el texto del artículo las referencias o citas bibliográficas se numerarán consecutivamente, con números arábigos entre paréntesis, en ese orden se agruparán al final del trabajo.
- Las figuras y cuadros con sus títulos y leyendas respectivas se incluirán en página aparte, numeradas consecutivamente y agrupadas después de las referencias.
- Cada figura o cuadro deberá mencionarse al menos una vez al cuerpo del artículo.
- Los originales no se devolverán en ningún caso.
- Cuando se utiliza siglas, deberán ser precedidas de la expresión completa.
- Las unidades de medición utilizadas, serán las mismas del sistema internacional de unidades.

# Catéter venoso central en áreas intensiva pediátrica

## Autoras

Lic. Subia, Belén / belensubia3@gmail.com  
Lic. Vargas, Ely / elyanvar1630@gmail.com

## RECOMENDACIONES Y PREVENCIÓN PARA EL USO CORRECTO

### INTRODUCCIÓN

El catéter venoso central (CVC) es un dispositivo médico utilizado para administrar medicamentos nutrientes y otros tratamientos directamente en el torrente sanguíneo este tipo de catéter se inserta en una vena grande generalmente en el cuello el pecho o la ingle se utiliza en pacientes que requieren acceso venoso prolongado o en situaciones donde el acceso venoso periférico es insuficiente. Los catéteres venosos central son esenciales en el manejo de pacientes críticos especialmente en áreas de cuidados intensivos pediátricos donde la administración debe ser precisa y rápida.

### OBJETIVO

Prevenir infecciones relacionadas con el uso de catéter venoso central, es importante seguir ciertas prácticas y recomendaciones para minimizar el riesgo de infecciones con el uso.

### MARCO TEÓRICO CATÉTER VENOSO CENTRAL

Tubo Delgado y flexible (sonda) que se introduce en una vena por lo general de gran calibre, en paciente pediátrico la elección del sitio de inserción puede depender de varios factores incluyendo la edad del paciente el estado de vena la duración del tratamiento necesario que se lleve a aplicar.

### USO CORRECTO DE LOS PUERTOS O LÚMENES

**Proximal:** medicación y sedoanalgesia, toma de muestras, transfusión de sangre y hemoderivados.



**Distal:** medición presión venosa central (PVC), fluidoterapia (grandes volúmenes fluidos viscosos, coloides), transfusión de sangre y hemoderivados.

**Medial:** nutrición parenteral (NTP) (la cual debe ser exclusiva) si no hay NTP se puede usar para medicación.

### CURACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

Esta indicado a todos los pacientes que tengan uno o varios catéteres instalados, cada 7 días o antes si el apósito se encuentra desprendido, no integro o bien el sitio de inserción se encuentra húmedo, con sangre, secreción o manifestaciones locales de infección debe realizarse curación.

### MATERIALES

- Bandeja.
- Gasas.
- Antiséptico (clorhexidina alcohólica).
- Adhesivo transparente.
- Guantes (manoplas y estériles) .

- Cinta hipoalergénica.
- EPP (cofa, barbijo, blusón).

## TÉCNICA PARA LA CURACIÓN DEL SITIO DE INSERCIÓN DEL CVC

- Prepare y lleve el material al área del paciente.
- Lávese las manos con agua y jabón.
- Explique el procedimiento al paciente o familiar.
- Colóquese el EPP (Equipo de protección personal).
- Colóquese manoplas y retire la curación anterior sin tocar el catéter ni el sitio de inserción.
- Desprenda el apósito suavemente, para su remoción.
- Observe y valore el sitio de inserción y su entorno.
- Realice técnica de lavado de manos.
- Abra el equipo de curación (gasas y guantes estériles).
- Colóquese los guantes estériles.
- Valore y verifique la zona de inserción, la sujeción (puntos) y la integridad del catéter. Busque signos de infección como: enrojecimiento, calor local, induración o secreciones.
- Realizar la limpieza de la zona de inserción con clorhexidina 2% del centro a la periferia en forma circular, siendo el último toque de clorhexidina 2%, dejar actuar durante 1 minuto o hasta que seque.
- Retirar el exceso de clorhexidina al 2% y realizar el secado del sitio de inserción.
- Verificar la zona externa del catéter observando que no quede acodado o comprimido.
- Cubrir el sitio de punción con apósito adhesivo estéril, garantizando que el punto de inserción quede en el centro del apósito transparente, si fuera necesario utilizar otro apósito adhesivo transparente para la continuidad y las aletas intermedias se fijaran por separado.
- Rotular con fecha de curación.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Eliminar los residuos utilizados de acuerdo con normas de bioseguridad.
- Repetir lavado de manos.
- Registrar datos de la curación en las novedades de enfermería de la historia clínica y formatos de seguimiento del CVC, como integridad de la piel, características de la zona de inserción, retiro del catéter, entre otros.

## ALGUNAS COMPLICACIONES DE CVC

- Por sospecha de bacteriemia relacionada al catéter.
- Por extravasación, disfunción y/o rotura de la línea.
- Por hematoma.
- Por infección en el sitio de la inserción.
- Por dolor en el sitio de inserción.

## RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DE C.V.C.

- Lavado de manos con Clorhexidina Jabonosa antes del manipular el C.V.C.

- El recambio de guías se realizará cada 96 hs. (4 días), el mismo consiste en reemplazar todas las guías, llaves de tres vías y conector.
- La curación de la vía central se realizará semanalmente o cuando este visiblemente sucia, y se cubrirá con apósito transparente o gasas con cinta transparente.
- Las guías serán rotuladas con la fecha de cuando se realizó la curación para tener en cuenta su próximo recambio
- Utilizar el número mínimos de puertos o lúmenes necesarios.
- En caso de administración de Alimentación Parenteral (A.P.) utilizar un Lumen exclusivo.
- Los puertos de administración de medicación endovenosa deben ser desinfectados con alcohol al 70% y una vez realizado, se debe esperar, en lo posible 15 segundos antes de inyectar (con tiempos menores, existe riesgo de que permanezcan bacterias en su superficie).
- Tener en cuenta que las preparaciones de inotrópicos, insulina, furosemida deben ser cambiadas una vez al día, aunque no se haya terminado dicha infusión.
- En caso de administración de derivados sanguíneos o emulsiones lipídicas (como Propofol) las guías utilizadas deben ser reemplazadas cada 24 hrs.

## CONCLUSIÓN

La enfermería tiene un papel importante en los cuidados del CVC para prevenir infecciones, asegurar la correcta función y garantizar la seguridad del paciente.

Es esencial seguir las prácticas y las recomendaciones expuestas anteriormente para evitar futuras infecciones en cuanto a la manipulación de CVC y de esta forma garantizar la seguridad y el bienestar del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

- Lenz AM, Andion E., Ruvinsky S. "Impacto de un programa de reducción de infección asociada a cateter en 9 unidades de cuidado intensivo pediátrico en Argentina". Arch Argent Pediatr 2018; 116 (2): 93-97.
- Cornistein, W y Comité de Infectología Crítica, Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. "Actualización en infecciones asociadas a catéteres venosos centrales". Revista Argentina de Terapia Intensiva 2019- 36 N°5
- "Manual de Vigilancia de Infecciones asociadas al cuidado de la salud en Argentina. Áreas Críticas y Cirugía". Programa Nacional VIHDA 2020. Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara. Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina (VIHDA) Argentina. Ministerio de Salud de la Nación.
- "Buenas prácticas para la prevención de las infecciones de CVC" Ministerio de Salud Nación 2023.

# Terapia Farmacológica y Riesgo de Eventos Adversos en Pacientes Pediátricos del Hospital Humberto Notti



Imagen: Freepik.com

## Autoras

Lic. Loza Romina, Lic. Méndez Pamela

**Fecha de Publicación (Tesis):** Junio 2025

**Institución:** Postítulo Enfermería Pediátrica, Hospital Humberto Notti, Mendoza

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

## 1. RESUMEN

La tesis "Terapia farmacológica y riesgo de eventos adversos en pacientes del servicio de internación pediátrica del Hospital Humberto Notti" tuvo como objetivo principal determinar los aspectos organizacionales y la sobrecarga laboral del personal de enfermería que ponen

en riesgo la administración farmacológica en pacientes pediátricos. El estudio cuantitativo, realizado mediante entrevistas anónimas a 30 enfermeros del servicio clínico 2 del Hospital Notti en noviembre-diciembre de 2024, concluye que la **capacitación adecuada y la disminución de la sobrecarga laboral** son cruciales para evitar la mayoría de los efectos adversos en la administración y preparación de medicamentos. Se enfatiza la importancia de conocer y aplicar los "quince correctos" desde el inicio de la formación profesional y la necesidad de una organización eficiente del servicio. La seguridad del paciente, especialmente en pediatría, es una prioridad fundamental en la gestión de calidad del cuidado.

## 2. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La preparación y administración de medicamentos es una tarea esencial en el cuidado del paciente, pero los errores de medicación constituyen un grave problema de salud pública, con consecuencias que van desde reacciones adversas y lesiones hasta la muerte. El personal de enfermería es el encargado de estas tareas en el ámbito hospitalario, y es en este proceso donde pueden cometerse errores debido a múltiples factores.

El Hospital Dr. Humberto Notti ha observado una problemática relacionada con "posibles aspectos de organización y sobrecarga laboral" que afectan el manejo de fármacos, la identificación de pacientes, y las vías y formas de administración. Estos problemas ponen en riesgo directo la seguridad del paciente, pudiendo causar "reacciones adversas, lesiones temporales o permanentes, incluso podría llegar a provocar la muerte." Factores como el no considerar los "quince correctos", la interpretación errónea de las órdenes médicas, la falta de verificación de fechas de caducidad o el etiquetado incorrecto, y la administración de medicamentos fuera del horario programado debido a la sobrecarga laboral, contribuyen a esta situación.

## 3. JUSTIFICACIÓN E HIPÓTESIS

La investigación busca proporcionar información valiosa para los profesionales de la salud, mejorando la toma de decisiones clínicas y la atención al paciente pediátrico. La administración de medicamentos en niños y adolescentes requiere consideraciones especiales debido a diferencias farmacotécnicas con los adultos.

**Hipótesis:** "La reorganización del servicio de enfermería mejorara la calidad de atención al paciente y reducirá los riesgos de la administración farmacológica y eventos adversos al optimizar los procesos."

## 4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

**Objetivo General:** Determinar los aspectos de organización y sobrecarga laboral de los enfermeros que ponen

en riesgo la administración farmacológica en pacientes del servicio de internación pediátrica 2 del Hospital Humberto Notti.

### Objetivos Específicos:

- Identificar la organización del servicio de internación pediátrica (SIP2) que pondría en riesgo la terapia farmacológica.
- Evaluar los factores relacionados con la sobrecarga laboral de enfermería.

## 5. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTOS CLAVE

### 5.1. EL HOSPITAL HUMBERTO NOTTI

El Hospital Humberto Notti de Mendoza es un hospital pediátrico de alta complejidad inaugurado en 1991. Cuenta con 57 especialidades, 260 camas de internación general y 17 camas de terapia intensiva (UTI). Posee 6 servicios de clínica de internación pediátrica (SIP), siendo el SIP 2 un servicio de clínica médica con 18 habitaciones (32 unidades de internación), un estar de enfermería, jefatura, baño para el personal, y áreas limpia y sucia claramente definidas. El servicio se divide en 4 sectores, con una enfermera asignada por sector, y cuenta con 30 enfermeros distribuidos en turnos.

### 5.2. RIESGOS EN LA MEDICACIÓN PEDIÁTRICA

La pediatría presenta riesgos potenciales en la medicación debido a la necesidad de realizar "cálculos de dosificación, basado individualmente en el peso, edad o masa corporal del mismo y su afección." Esto incrementa la probabilidad de confusión en la dosificación.

### 5.3. LOS "QUINCE CORRECTOS" DE ENFERMERÍA

Estos principios son esenciales para garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención. Son una expansión de los 5 correctos tradicionales:

1. **Paciente correcto:** Verificar la identidad.
2. **Medicamento correcto:** Confirmar nombre y presentación.
3. **Dosis correcta:** Asegurar la dosis correcta según orden y peso del paciente.
4. **Hora correcta:** Administrar a la hora indicada, respetando intervalos.
5. **Vía correcta:** Confirmar la vía de administración.
6. **Verificación de fecha de caducidad.**
7. **Registro correcto:** Documentar la administración.
8. **Seguimiento correcto:** Evaluar efectividad y efectos secundarios.
9. **Educación correcta:** Informar al paciente.
10. **Técnica correcta:** Realizar la administración de manera segura y efectiva.
11. **Evaluación correcta (control de signos vitales).**

12. **Higiene de manos.**
13. **Velocidad de infusión correcta.**
14. **No administrar bajo órdenes verbales.**
15. **Entrevista correcta:** Conocer historia clínica, alergias y medicamentos.

#### 5.4. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Definida por la OMS como "la protección de los pacientes de falencias y lesiones no intencionales durante la atención médica," y por otros organismos como la protección contra daños o lesiones no intencionadas.

##### Elementos Clave de la Seguridad del Paciente:

- Prevención de complicaciones.
- Protección contra daños (físicos, emocionales, psicológicos).
- Mejora de la calidad de la atención.
- Transparencia y rendición de cuentas.

Los enfermeros son esenciales en la mejora de la seguridad del paciente, debiendo considerar aspectos como la edad, nivel de conciencia, factores de vida, alteraciones sensitivas, condiciones de movilidad, estado emocional y capacidad de comunicación del paciente. Además, deben:

- Brindar un trato adecuado.
- Participar en la evaluación de la seguridad y calidad.
- Asegurar canales de comunicación eficientes.
- Comunicar los riesgos posibles a los pacientes.
- Informar los eventos adversos a las autoridades.
- Mejorar la notificación de eventos adversos.

#### 5.5. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Requiere "mayor concentración y verificación en cada una de las acciones," ya que un error puede ser fatal. La vía parenteral es la más utilizada en hospitales para un efecto terapéutico rápido y preciso, incluyendo vías intradérmica, subcutánea, intramuscular, intravenosa e intraósea.

##### Normas Generales en la Preparación de Parenterales:

1. Limpieza y desinfección del área de trabajo.
2. Uso de equipo y materiales estériles.
3. Identificación del medicamento y concentración.
4. Cálculo correcto de la dosis.
5. Preparación según instrucciones del fabricante.
6. Inspección y verificación del medicamento preparado.

Es crucial conocer la anatomía y fisiología del paciente, así como el fármaco y las razones de su prescripción.

#### 5.6. DETECCIÓN DE RIESGOS Y NOTIFICACIÓN DE ERRORES

Los errores pueden ser prevenibles. La mayoría de los errores evitables en organizaciones complejas se relacionan más con el sistema que con fallos individuales. Los sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad son clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia. Se prefieren sistemas voluntarios centrados en incidentes (sin daño) o errores con daño mínimo para identificar vulnerabilidades del sistema y formar a los profesionales.

#### 5.7. RELACIÓN ENFERMERO-PACIENTE

Basada en la confianza mutua, comunicación efectiva y apoyo emocional. Implica empatía, respeto, comunicación abierta y colaboración para establecer metas de cuidado.

#### 6. DISEÑO METODOLÓGICO

- **Tipo de estudio:** Cuantitativo.
- **Área de estudio:** Servicio de Clínica Médica 2 del Hospital Humberto Notti.
- **Universo:** 30 enfermeros del servicio en estudio.
- **Unidad de análisis:** Cada enfermero.
- **Variables:** Independiente: Sobrecarga laboral.
- **Dependiente:** Organización del servicio.
- **Instrumento de recolección de datos:** Encuestas anónimas con preguntas estructuradas o semiestructuradas, enfocadas en recursos materiales y humanos.

#### 7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS (RESULTADOS CLAVE DE LAS ENCUESTAS)

Los datos fueron recolectados de 30 enfermeros del servicio clínico 2 del Hospital Humberto Notti en noviembre-diciembre de 2024.

- **Edad:** El 37% de los enfermeros tiene entre 31 y 35 años, y el 30% entre 26 y 30 años, lo que sugiere una población con experiencia moderada. Solo el 23% tiene más de 36 años. Esto puede indicar una "menor experiencia y una mayor necesidad de actualización en la administración de medicamentos" en parte del personal.
- **Sexo:** El 73% del personal es femenino, lo cual "se ajusta a la tendencia histórica de que la Enfermería es una carrera más popular entre las mujeres."
- **Nivel de Formación:** Un 80% son Licenciados en Enfermería, y solo un 20% son Profesionales, lo que refleja una "cambiante visión como profesión y el reconocimiento de la misma."
- **Tiempo en el Servicio:** El 47% lleva entre 0-5 años de servicio, el 33% entre 6-10 años, y el 20% más de 11 años. Esta diversidad puede influir en la seguridad

y eficacia, ya que los "profesionales con poco experiencia pueden tener inseguridades y falta de confianza, lo que puede aumentar el riesgo de errores."

- **Horas Semanales:** El 50% trabaja entre 37-40 horas semanales. Sin embargo, "es común que se produzcan recargos de trabajo que pueden llevar a algunos enfermeros a trabajar más de 41 horas semanales," lo que "Predisponiendo al personal a cometer errores por sobrecarga laboral y cansancio."
- **Disponibilidad de Elementos para Preparación de Medicación:** El 50% de los enfermeros "siempre enfrenta la falta de elementos necesarios," el 37% "casi siempre," y solo el 13% "a veces." Esta carencia "puede llevar a cometer errores iatrogénicos por poner en riesgo la seguridad del paciente."
- **Falta de Material:** El 40% reporta falta de material "casi siempre" y otro 40% "a veces," a pesar de los envíos semanales, indicando que "la cantidad suele ser insuficiente."
- **Disposición de Área Limpia y Sucia:** El 100% de los enfermeros tiene acceso a un área de enfermería limpia y sucia, lo cual "facilita la organización y el manejo de materiales y equipos de manera segura y eficiente."
- **Distribución de Tareas:** El 44% refiere que las tareas "siempre se distribuyen de manera efectiva," el 43% "casi siempre," y el 13% "a veces," lo que sugiere flexibilidad según la carga de trabajo y disponibilidad del personal.
- **Capacitación:** El 63% del personal "siempre se capacita," mientras que el 13% lo hace "de manera ocasional," y un 7% "nunca." Esto indica un alto compromiso, pero también una brecha en la participación constante.
- **Tipo de Capacitación:** El 50% elige charlas, el 33% cursos y el 17% otros métodos, reflejando "la diversidad de estilos de aprendizajes y preferencias."
- **Accesibilidad a los Cursos:** El acceso es variable, con el 43% pudiendo acceder "solo a veces" y el 34% "casi siempre," debido a diversas razones que influyen en la disponibilidad.
- **Cumplimiento de los "5 Correctos":** El 77% del personal los aplica "correctamente," pero "es necesario mejorar la práctica del 13% y el 10% que lo hacen de manera diferente." (Aunque la tesis menciona 15 correctos, la encuesta pregunta por 5 correctos).
- **Conocimiento sobre Preparación y Administración de Medicamentos:** El 60% lo califica como "excelente," el 27% "muy bueno," y el 13% "bueno," indicando un "alto nivel de conocimiento" general.

*Los sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad son clave para aprender de los errores.*

## 8. CONCLUSIONES

Los hallazgos del estudio refuerzan la importancia de la capacitación continua y la adecuada organización del servicio para la seguridad del paciente pediátrico.

- El personal de enfermería en el Hospital Humberto Notti es predominantemente femenino y cuenta con un alto porcentaje de licenciados, lo que indica un nivel educativo elevado.
- Aunque el conocimiento sobre la preparación y administración de medicamentos es generalmente alto (60% excelente, 27% muy bueno), hay margen para la mejora continua.
- La sobrecarga laboral y la falta de recursos materiales son problemas significativos. El 50% de los enfermeros siempre enfrenta la falta de elementos, y un alto porcentaje trabaja más de 41 horas semanales, lo que predispone a errores por cansancio.
- A pesar de que el 100% de los enfermeros tienen acceso a áreas limpias y sucias, y la distribución de tareas es efectiva la mayor parte del tiempo, la falta de material es una constante.
- Las capacitaciones se realizan con frecuencia (63% siempre), pero no son constantes para todo el personal (7% nunca se capacita, 13% a veces), y la accesibilidad a estas capacitaciones es variable. Esto sugiere que gran parte del aprendizaje se da de forma práctica.
- El cumplimiento de los "5 correctos" es alto (77% siempre), pero es fundamental reforzar la práctica en el resto del personal.

## 9. SUGERENCIAS

Para mejorar la seguridad en la administración farmacológica y reducir los eventos adversos, se sugieren las siguientes acciones:

1. **Capacitación Continua y Accesible:** Implementar capacitaciones constantes, de fácil acceso, multidisciplinarias y continuas sobre terapia farmacológica, tanto dentro como fuera del hospital, para el desarrollo óptimo de todo el personal de enfermería.
2. **Implementación Tecnológica:** Utilizar sistemas de gestión de partes electrónicos (ej., historia clínica digital) para automatizar tareas, mejorar la eficiencia y minimizar errores.
3. **Apoyo al Personal y Manejo del Estrés:** Proporcionar recursos y apoyo emocional para manejar el estrés y la fatiga, como pausas laborales, yoga, gimnasia, etc.
4. **Delegación de Tareas y Optimización del Flujo de Trabajo:** Delegar actividades a otros miembros del equipo para minimizar interrupciones y distracciones durante tareas críticas, como la preparación de medicación. Por ejemplo, asignar personal específico para atender necesidades inmediatas mientras otros se concentran en la preparación de medicamentos.

# Comparación de Curación Tradicional y Avanzada de Úlceras en Miembros Inferiores



Imagen: Freepik.com

## Autoras

*Lic. Stepañenco Mabel, Lic. Molina Ruth*

**Fuente:** "Stepañenco y Molina - úlceras en MI.pdf"

**Fecha:** 20 de mayo de 2024

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

## 1. RESUMEN

Este documento presenta los hallazgos clave de una investigación realizada en el Hospital Enfermeros Ar-

gentinos de General Alvear, Mendoza, sobre el cuidado de enfermería en el tratamiento y curación de úlceras en miembros inferiores. El estudio compara la efectividad de la curación tradicional versus la implementación de apó-sitos avanzados, evaluando el tiempo de cicatrización, factores obstaculizadores y la técnica más eficiente. La investigación concluye que los **apósitos avanzados son significativamente superiores** en el éxito de las curaciones, ofreciendo una cicatrización más efectiva, reducción del dolor, mejora en la calidad de vida del paciente y una gestión más eficiente de los recursos hospitalarios.

## 2. PROBLEMA IDENTIFICADO Y JUSTIFICACIÓN

El Hospital Enfermeros Argentinos ha experimentado un **incremento de pacientes con úlceras en miembros inferiores**, principalmente como consecuencia de enfermedades crónicas. Esta situación genera una **carga asistencial y económica considerable** para la institución y afecta gravemente la calidad de vida de los pacientes, quienes sufren dolor, limitaciones y riesgo de complicaciones severas como infecciones y amputaciones. La dependencia de métodos de curación tradicionales de eficacia limitada y la ausencia de protocolos para integrar técnicas innovadoras agravan la problemática.

La investigación se justifica por la necesidad de generar **evidencia clínica local** que fundamentalmente la adopción de protocolos basados en la mejor práctica, optimice los resultados clínicos, disminuya las complicaciones y mejore la calidad de vida de los pacientes, así como la eficiencia de los recursos sanitarios.

## 3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- **Objetivo General:** Determinar, mediante un análisis comparativo, la efectividad de diferentes técnicas de tratamiento (curación tradicional y apósitos avanzados) en la evolución de pacientes con úlceras en miembros inferiores.
- **Objetivos Específicos:** Evaluar el tiempo promedio de cicatrización.
- Identificar factores inherentes al estado de salud del paciente que obstaculicen su evolución favorable.
- Determinar qué tipo de técnica de curación es más eficiente.

## 4. MARCO TEÓRICO: CONCEPTOS CLAVE

- **Úlceras en Miembros Inferiores:** Lesiones con pérdida de continuidad cutánea, extendiéndose o no a tejidos profundos, localizadas en las extremidades inferiores, que persisten por más de cuatro semanas.
- **Curación Tradicional:** Prácticas que emplean "apósitos pasivos, no oclusivos o semi-occlusivos, y soluciones tópicas de limpieza y desbridamiento", como gasas estériles, soluciones salinas al 0.9% y vaselina o pomadas simples, con cambios diarios.
- **Apósitos Avanzados:** Productos diseñados para "interactuar activamente con el lecho de la herida, creando un microambiente óptimo para la cicatrización". Incluyen específicamente:
- **Apósitos Hidrocoloides:** Autoadhesivos con partículas hidrofílicas que absorben exudado y forman un gel, manteniendo la humedad.
- **Alginatos:** Derivados de algas marinas con alta capacidad de absorción y formación de gel, útiles en heridas con exudado moderado a alto, contribuyendo al desbridamiento y hemostasis.

- **Calidad de Vida del Paciente:** Percepción subjetiva del bienestar, medida por intensidad del dolor, limitación funcional y satisfacción con el tratamiento.
- **Tiempo de Cicatrización:** Lapso desde el inicio del tratamiento hasta el cierre completo o granulación visible y ausencia de infección.

## 4.1 TIPOS DE ÚLCERAS CRÓNICAS EN MIEMBROS INFERIORES Y FACTORES DE RIESGO

Las úlceras crónicas suelen ser resultado de enfermedades como la diabetes mellitus y patologías vasculares periféricas. La correcta identificación del tipo es fundamental.

- **Úlcera Venosa:** 60% al 80% de todas las úlceras en miembros inferiores, causada por hipertensión venosa crónica.
- **Úlcera Isquémica (Arterial):** 10% al 20%, originada por dificultad de aporte sanguíneo a las extremidades.
- **Úlceras Mixtas:** 15% al 25%, combinan insuficiencia venosa y enfermedad arterial.
- **Úlcera Neuropática (Pie Diabético):** 70% de las úlceras neuropáticas ocurren en diabéticos, generalmente indoloras, causadas por hiperglucemias crónicas y alteración de la sensibilidad.
- **Úlcera Vasculítica:** Resultado de inflamación de vasos sanguíneos pequeños, ligada a enfermedades sistémicas.

**Factores de Riesgo:** Neuropatía diabética, Enfermedad Arterial Periférica (EAP), control glucémico deficiente, duración de la diabetes, deformidades del pie, hiperqueratosis, antecedente de úlceras o amputaciones previas, deterioro de la agudeza visual, tabaquismo, hipertensión arterial, dislipidemia, edad avanzada y cuidado inadecuado de los pies.

## 4.2 IMPACTO DE LA INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA (IVC) EN MUJERES

La IVC es la causa más común de úlceras en las piernas y afecta desproporcionadamente a las mujeres (proporciones de 3:1 o hasta 10:1 en algunos estudios).

- **Factores Biológicos y Hormonales:** Fluctuaciones hormonales (pubertad, embarazos, anticonceptivos, menopausia) afectan la elasticidad de las venas y la coagulación sanguínea. El embarazo es un factor clave debido al aumento del volumen sanguíneo y la presión uterina.
- **Estilo de Vida y Ocupación:** Profesiones que exigen estar de pie o sentado por períodos prolongados (enfermería, comercio, docencia) aumentan el riesgo. El uso de calzado inadecuado (tacones altos) altera la biomecánica de la pantorrilla.

### 4.3 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CURACIÓN DE HERIDAS

**Locales:** Higiene de la herida, perfusión sanguínea local, balance de humedad y presencia de cuerpos extraños.

**Sistémicos:** Edad, estado nutricional, diabetes mellitus, tabaquismo, medicamentos (corticosteroides, inmunosupresores), estrés crónico.

### 4.4 TIEMPOS DE CICATRIZACIÓN

El tiempo varía significativamente:

- **Úlceras Venosas:** 5 a 9 meses en promedio. Las pequeñas de 6 a 10 semanas, las grandes varios meses o más de un año. Las crónicas hasta 2 años.
- **Úlceras Arteriales:** Tienden a cicatrizar más lentamente debido al compromiso del flujo sanguíneo, requiriendo a menudo intervención para mejorar la circulación.
- **Úlceras de Pie Diabético:** Muy variable, desde varias semanas a meses, con peor pronóstico si hay isquemia o infección.

### 5. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

- **Diseño:** Descriptivo-analítico, retrospectivo, con enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo).
- **Población y Muestra:** 20 pacientes (ambos sexos, 55-80 años) con úlceras en miembros inferiores de cicatrización lenta, atendidos en el Hospital Enfermeros Argentinos. La muestra se dividió equitativamente: 10 pacientes para curación tradicional y 10 para curación avanzada.
- **Instrumento de Recolección de Datos:** Guía de observación y entrevistas directas, aplicadas dos veces por semana durante tres meses (marzo, abril, mayo de 2025).

### 6. CURACIÓN TRADICIONAL

#### VS. CURACIÓN AVANZADA

##### 6.1 CURACIÓN TRADICIONAL (AMBIENTE SECO)

- **Características:** Utiliza "apósitos pasivos como gasa, que tienen baja capacidad de interacción con la herida y buscan principalmente la absorción del exudado".
- **Frecuencia:** Requiere cambios frecuentes, "a menudo diarios o más".
- **Resultados:** Puede "lentificar el proceso de cicatrización", "aumenta el riesgo de desecación del lecho de la herida y formación de costras, dificultando la migración celular". La manipulación frecuente puede dañar tejido nuevo y aumentar el riesgo de infección. Estudios sugieren tiempos de cicatrización más prolongados.
- **Protocolo:** Preparación, retiro cuidadoso del apósito anterior, limpieza de la herida con solución fisiológica

(del centro a los bordes, con un solo trazo por gasa), secado suave, aplicación de tópico antimicrobiano (si indicado), aplicación de apósito primario (gasa estéril o no adherente) y vendaje. Manejo del edema y dolor (elevación, analgésicos).

##### 6.2 CURACIÓN AVANZADA (AMBIENTE HÚMEDO)

- **Características:** Se basa en la creación y mantenimiento de un "microambiente húmedo óptimo directamente sobre la superficie de la herida". Utiliza "apósitos interactivos, bioactivos o mixtos (hidrocoloides, alginatos, hidrogeles, espumas, etc.)".
- **Mecanismo de Acción:** Promueve activamente la migración de queratinocitos, favorece la angiogénesis (formación de nuevos vasos sanguíneos) y optimiza la actividad enzimática endógena para descomponer tejido dañado y formar nueva matriz extracelular.
- **Alginatos:** Compuestos de fibras de alginato (principalmente de calcio) de algas pardas. Al contacto con el exudado, forman un gel hidrofílico que encapsula el exudado y microorganismos. Pueden incluir carboximetilcelulosa (CMC) para mayor absorción y cohesión, o plata iónica para propiedades antimicrobianas.
- **Propiedades:** Alta capacidad de absorción (hasta 15-20 veces su peso), formación de gel para ambiente húmedo, biocompatibilidad y no toxicidad, potencial hemostático leve.
- **Frecuencia:** Permite "cambios menos frecuentes (4-6 días o más)", lo que minimiza el trauma y el dolor del paciente.
- **Resultados:** "Acelera la cicatrización", "reduce el riesgo de infección", "disminuye el dolor y mejora la calidad de vida del paciente".
- **Protocolo:** Preparación, retiro cuidadoso del apósito viejo, limpieza de la herida con solución fisiológica (del centro hacia afuera, sin frotar), secado de la piel circundante (no de la herida si el parche lo requiere húmedo), colocación de parche de alginato o hidrocoloides asegurando que cubra la herida sin pliegues, varias capas de gasas estériles encima del parche y vendaje elástico (desde abajo hacia arriba, firme pero sin apretar).

### 7. PRESENTACIÓN DE DATOS Y RESULTADOS DEL ESTUDIO

#### 7.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN (N=20)

- **Rango de Edad:** Predominantemente adultos mayores, con el 80% de 61 años o más.
- **Sexo:** Mayoría femenina (no se especifican porcentajes exactos, pero el texto indica una mayoría femenina consistente con la incidencia de úlceras venosas).
- **Hábitos de Vida:** 60% sin hábitos de consumo de tabaco o alcohol. El tabaquismo fue el hábito de riesgo más común (35%).

- **Condición Médica Prevalente:** Hipertensión: 44%.
- **Insuficiencia Venosa:** 27%.
- **Obesidad:** 14%.
- **Inmovilidad:** 8%.
- **Diabetes:** 7%.
- Las úlceras rara vez son un problema aislado; están intrínsecamente asociadas con comorbilidades como la combinación de diabetes e hipertensión, y la obesidad que agrava la IVC.
- **Tiempo con la Úlcera:** Mayoría (55%) entre 3 y 6 meses. Un 20% crónicas (más de 12 meses) y un 20% detectadas en fase temprana (menos de 3 meses).
- **Tipos de Úlcera:** Úlceras por Presión: 67% (indican dificultades de movilidad).
- **Úlceras Venosas:** 22%.
- **Úlceras Diabéticas:** 11%.
- **Ubicación de las Úlceras:** La gran mayoría en las piernas (aproximadamente 60%), seguido por talones y tobillos.
- **Profundidad:** Mayoría de profundidad media (45%), superficiales y profundas alrededor del 25% cada una, y con compromiso de hueso o tendón 5%.
- **Presencia de Exudado:** Predominantemente exudado seroso en poca o moderada cantidad, considerado normal para la cicatrización. Exudados purulentos o hemorrágicos fueron raros y escasos.

## 7.2 EFICACIA COMPARATIVA DE LOS MÉTODOS DE CURACIÓN

- **Método de Curación:** La muestra se dividió equitativamente (10 pacientes por grupo).
- **Eficacia del Método:** Curación Avanzada: 60% de éxito.
- **Curación Tradicional:** 10% de éxito.

*La investigación confirma que los apósoitos avanzados son superiores a los métodos tradicionales para la curación de úlceras en miembros inferiores. Su capacidad para crear un ambiente húmedo óptimo resulta en una cicatrización más efectiva, reducción del riesgo de infección, disminución del dolor y una mejora sustancial en la calidad de vida del paciente. Además, esta metodología optimiza los recursos hospitalarios al reducir los tiempos de hospitalización y los costos asociados.*

- El método avanzado demostró ser "mucho más efectivo".
- **Escala del Dolor:** El método avanzado ofreció una mejor experiencia para el paciente en el manejo del dolor, reduciéndolo significativamente y disminuyendo la frecuencia de cambios de apósito (de diarios a semanales).
- **Grado de Satisfacción:** El método de curación avanzado demostró una "buena aceptación" y fue recibido "positivamente por parte de los pacientes". La curación tradicional generó "insatisfacción en algunos casos, por la lenta evolución de la herida y la necesidad de la asistencia permanente".

## 8. CONCLUSIÓN

La investigación confirma que los **apósoitos avanzados son superiores a los métodos tradicionales** para la curación de úlceras en miembros inferiores. Su capacidad para crear un ambiente húmedo óptimo resulta en una cicatrización más efectiva, reducción del riesgo de infección, disminución del dolor y una mejora sustancial en la calidad de vida del paciente. Además, esta metodología optimiza los recursos hospitalarios al reducir los tiempos de hospitalización y los costos asociados. Mientras la curación tradicional puede ser adecuada para heridas superficiales, los apósoitos avanzados son una necesidad para casos crónicos o de alto riesgo, transformando positivamente el cuidado de las heridas.

## 9. SUGERENCIAS

Para mejorar la atención de úlceras en el Hospital Enfermeros Argentinos, se sugiere:

1. **Capacitación Regular:** Implementar programas de formación teórica y práctica sobre el uso y manejo de apósoitos avanzados para todo el personal de enfermería y profesionales de la salud.
2. **Análisis de Costo-Efectividad:** Cuantificar los ahorros a largo plazo derivados del uso de apósoitos avanzados (reducción de reingresos y complicaciones).
3. **Protocolos Estandarizados:** Desarrollar y estandarizar protocolos clínicos para el uso de apósoitos avanzados según el tipo, estadio, nivel de exudado e infección de la úlcera.
4. **Gestión de Suministros:** Priorizar la adquisición y asegurar el acceso sostenible a apósoitos avanzados.
5. **Comunicación de Beneficios:** Difundir los beneficios de los apósoitos avanzados (cicatrización rápida, menos dolor, mayor confort, mejora de la calidad de vida) para fomentar la aceptación.
6. **Sistema de Seguimiento y Evaluación:** Crear un sistema para monitorear la evolución del paciente, ajustar protocolos y cuantificar el impacto en resultados clínicos, eficiencia operativa y económica del hospital.

# Conocimiento y Estrategias del Personal de Enfermería para el Alivio del Dolor Pediátrico



Imagen: Freepik.com

**Autora**

*Rodriguez Florencia Mariné*

**Fecha:** 24 de mayo de 2025

**Asunto:** Revisión de las principales temáticas e ideas clave del trabajo de investigación "Conocimiento enfermero de valoración, estrategias farmacológicas y no farmacológicas, aplicadas para aliviar el dolor en pacientes pediátricos" de Rodriguez Florencia Mariné (Mendoza, Mayo de 2025).

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

**RESUMEN**

Este informe detalla los hallazgos de una investigación realizada en el Servicio de Internación Pediátrica

(SIP) del Hospital Dr. Humberto Notti, Mendoza, Argentina, durante mayo de 2025, con el objetivo de analizar el nivel de conocimiento y las estrategias de enfermería para el manejo del dolor en pacientes pediátricos. Los resultados, basados en una encuesta a 30 profesionales de enfermería, revelan que, si bien el 100% del personal utiliza técnicas no farmacológicas, existen **debilidades significativas** en la aplicación sistemática de escalas de valoración del dolor, el conocimiento sobre protocolos institucionales y el registro adecuado en la historia clínica. Además, se identificó una **escasa capacitación específica** en el tema. Estos hallazgos subrayan la necesidad imperante de fortalecer la formación, promover la implementación de protocolos y reforzar el rol educativo de enfermería hacia las familias para mejorar la calidad de atención del dolor infantil.

## 1. INTRODUCCIÓN Y CONTEXTO

El dolor en pacientes pediátricos es un desafío clínico y emocional complejo, a menudo subestimado o inadecuadamente tratado. El personal de enfermería desempeña un rol crucial en su valoración, intervención y seguimiento. Esta investigación buscó comprender el grado de conocimiento y las estrategias empleadas por los enfermeros en el Servicio de Internación Pediátrica del Hospital Dr. Humberto Notti, una institución de referencia en la región de Cuyo, que atiende a una diversidad de patologías en niños y niñas.

La problemática se plantea debido a la **persistencia de deficiencias en el conocimiento y la aplicación de estrategias efectivas** por parte del personal de enfermería, a pesar de que "en la formación de la carrera se enseña que el dolor debe ser valorado y tratado adecuadamente para no comprometer las necesidades básicas del paciente." (p. 2). Se ha observado que el personal se limita a valorar "solo las modificaciones en los signos vitales o declaraciones del niño, sin aplicar escalas ni intervenciones proactivas." (p. 2).

## 2. CONCEPTO Y DIMENSIONES DEL DOLOR PEDIÁTRICO

El dolor es una "experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial, o descrita en los términos de dicha lesión" (IASP, 2020, citado en p. 9). En pediatría, la interpretación del dolor es un desafío adicional, ya que los niños, especialmente los más pequeños, pueden no expresarlo claramente. Es crucial que los enfermeros posean "conocimientos actualizados, habilidades clínicas específicas y una actitud empática para valorar y abordar el dolor de manera adecuada" (Pasero & McCaffery, 2011, citado en p. 9). La OMS lo reconoce como el quinto signo vital, lo que subraya la importancia de su valoración rutinaria (OMS, 2012, citado en p. 9).

El dolor se clasifica según:

- **Fisiopatología:** nociceptivo (somático superficial, somático profundo, visceral), neuropático y mixto.
- **Duración:** agudo (menos de 3 meses) y crónico (más de 3 meses).
- **Curso:** continuo o basal, intermitente, irruptor, incidental y final de dosis.
- **Intensidad:** leve, moderado e intenso.

El abordaje del dolor pediátrico "representa un reto tanto clínico como ético que requiere un enfoque integral" (Paredes & Gutiérrez, 2017, citado en p. 11). Un dolor mal tratado en la infancia puede tener "efectos a largo plazo como mayor sensibilidad al dolor, trastornos de ansiedad, fobia médica o rechazo a la atención hospitalaria" (p. 11).

## 3. VALORACIÓN SISTEMÁTICA DEL DOLOR

Una valoración correcta del dolor en pediatría exige el uso de "herramientas específicas que se adapten a la edad, el nivel de desarrollo y capacidad de comunicación del niño" (Martínez & García, 2015, citado en p. 11). Las escalas mencionadas incluyen:

- **Escala de dolor neonatal (EDN):** para neonatos hasta 6 meses.
- **Escala FLACC:** para lactantes y niños pequeños.
- **Escala de Autovaloración de dolor (numéricas):** para niños a partir de los 3 años con desarrollo adecuado.
- **Escala Oucher:** con fotos de expresiones de dolor.
- **Escala de valoración del dolor de caras (faces):** para niños desde los 3 años.
- **Escala numérica del dolor (END):** del 0 al 10, para niños mayores de 8 años.
- **Herramienta de fichas de póker.**

### Hallazgos Clave sobre Valoración:

- Solo el **10%** del personal reconoce "siempre" los tipos de dolor según su fisiopatología, el **50%** "a veces" y el **40%** "nunca" (Tabla 6, p. 26).
- El **73%** puede identificar si un dolor es agudo o crónico, pero el **27% no está seguro** (Tabla 7, p. 27).
- El **47%** conoce las formas de manifestación del dolor según su curso clínico, mientras que el **43% no está seguro** y el **10% no las conoce** (Tabla 8, p. 28).
- Los instrumentos más utilizados son la Escala EVA (35%) y la escala FLACC (31%). Sin embargo, el **27% no utiliza ninguna herramienta** para evaluar el dolor (Tabla 9, p. 29).
- La aplicación sistemática de escalas es muy baja: el **43% nunca las utiliza**, el **37% rara vez**, el **17% a veces**, y solo el **3% siempre** (Tabla 10, p. 30).
- Los signos más útiles para detectar el dolor en niños pequeños son el llanto (26%), la verbalización del niño (24%) y los cambios en signos vitales (23%) (Tabla 11, p. 31).

## 4. ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR PEDIÁTRICO

El tratamiento debe ser individualizado e interdisciplinario, contemplando tanto intervenciones farmacológicas como no farmacológicas.

### 4.1. ESTRATEGIAS FARMACOLÓGICAS

Según la OMS (2012, citado en p. 13), el tratamiento debe ser progresivo:

- **Analgésicos no opioides:** Paracetamol o ibuprofeno (dolor leve a moderado).
- **Opioides débiles:** Tramadol (dolor moderado).



Imagen: Freepik.com

- **Opioides potentes:** Morfina (dolor severo).
- **Coanalgésicos:** Antidepresivos o anticonvulsivos (dolor neuropático crónico). La dosificación debe ser precisa según peso, edad, tipo de dolor y condiciones clínicas.

#### **Hallazgos Clave sobre Estrategias Farmacológicas:**

- El **63%** del personal de enfermería "a veces" administra analgésicos sin indicación médica directa, mientras que el **37% "siempre"** lo hace bajo prescripción (Tabla 15, p. 35). Esto sugiere una toma de decisiones basada en experiencia o urgencia, pero subraya la necesidad de protocolos claros.

#### **4.2. ESTRATEGIAS NO FARMACOLÓGICAS**

Estas intervenciones complementan el tratamiento, reduciendo la percepción del malestar, la ansiedad y el miedo. "Estudios de Llerena et al. (2018) Demuestran que las técnicas como la distracción, la relajación y la intervención de los padres tienen un impacto significativo en la tolerancia al dolor durante procedimientos invasivos." (p. 14).

- **Técnicas de distracción:** Cuentos, juegos, música, videos.

- **Relajación y respiración guiada.**
- **Contacto físico y contención:** Caricias, sostener la mano, método canguro, abrazo terapéutico.
- **Estimulación sensorial:** Aromaterapia, luz tenue, música suave.
- **Presencia de los padres:** Reduce el miedo y genera seguridad.
- **Educación al paciente pediátrico:** Explicar el procedimiento.

#### **Hallazgos Clave sobre Estrategias No Farmacológicas:**

- El **100%** del personal de enfermería afirmó aplicar técnicas no farmacológicas (Tabla 12, p. 32).
- Las técnicas más utilizadas son distraer al niño (27%), técnicas de relajación o respiración (23%) y el uso de chupete o lactancia (22%) (Tabla 13, p. 33).

#### **5. ROL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR PEDIÁTRICO**

El personal de enfermería es clave en la detección, valoración, intervención y evaluación del dolor. Sus funciones incluyen:

- Valoración continua del dolor (observación clínica, escalas, escucha activa).

- Aplicación de medidas terapéuticas (farmacológicas y no farmacológicas).
- Educación a la familia (naturaleza del dolor, rol de los padres).
- Registro sistemático (evolución, intervenciones, respuesta).
- Comunicación efectiva con el equipo interdisciplinario.

#### Hallazgos Clave sobre el Rol de Enfermería:

- La valoración sistemática del dolor se realiza con baja frecuencia: el **40% nunca lo hace**, el **37% rara vez**, el **20% a veces**, y solo el **3% siempre** (Tabla 16, p. 36).
- La mayoría (80%) implementa "ambas" medidas terapéuticas (médicas y autónomas), lo que "muestra una tendencia hacia un enfoque integral" (Tabla 17, p. 37).
- El **53%** del personal "a veces" detecta y comunica signos de mal control del dolor, mientras que el **47% lo hace "siempre"** (Tabla 18, p. 38). Se necesita mayor regularidad.
- El registro de la evolución del dolor en la historia clínica es realizado "siempre" por el **43%**, "a veces" por el **50%** y "nunca" por el **7%** (Tabla 19, p. 39).
- Solo el **33%** educa "completamente" a la familia sobre el dolor, el **40% "parcialmente"**, y el **27% "no"** lo realiza (Tabla 20, p. 40). Esto evidencia un rol educativo subdesarrollado.

## 6. IMPLICANCIAS DEL MAL MANEJO DEL DOLOR INFANTIL

No tratar adecuadamente el dolor infantil tiene consecuencias negativas a corto y largo plazo:

- **Fisiológicas:** Mayor sensibilidad al dolor, alteraciones en sueño, alimentación y signos vitales, retardo en cicatrización y respuesta inmunológica.
- **Emocionales y conductuales:** Ansiedad anticipatoria, fobia médica u hospitalaria, cambios de conducta.
- **Institucionales:** Insatisfacción de las familias, pérdida de credibilidad del equipo, impacto negativo en indicadores de calidad (aumento de hospitalizaciones, mayor uso de medicamentos de rescate, quejas).

## 7. PERFIL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SIP

El estudio se realizó con 30 profesionales de enfermería en el SIP del Hospital Dr. Humberto Notti.

- **Edad:** La mayoría (44%) tiene entre 35 y 45 años, y el 40% entre 26 y 35 años, lo que indica un plantel con experiencia (Tabla 1, p. 21).
- **Género:** Predominancia femenina (93%) (Tabla 2, p. 22).

- **Experiencia Laboral:** El 64% tiene más de 10 años de experiencia, lo cual es "un dato positivo, ya que permite suponer que cuentan con conocimientos y práctica suficiente" (Tabla 3, p. 23).
- **Formación Académica:** La mayoría (63%) son Licenciados/as en Enfermería, y el 34% Enfermeros/as Profesionales (Tabla 4, p. 24).
- **Capacitación Específica en Dolor:** El **60% no cuenta con capacitación específica** en el manejo del dolor pediátrico, mientras que solo el 40% sí (Tabla 5, p. 25). Esto es una "necesidad importante de reforzar la preparación del equipo" (p. 25).
- **Conocimiento de Protocolos Institucionales:** La mayoría del personal (53%) "desconoce si existen protocolos específicos para el manejo del dolor en pacientes pediátricos", y un 40% afirma que no existen (Tabla 14, p. 34).

## 8. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Los resultados evidencian que el personal de enfermería del SIP posee conocimientos generales sobre el dolor pediátrico, pero **no siempre se traducen en una aplicación sistemática y completa** en la práctica diaria. Las principales debilidades radican en el reconocimiento de tipos de dolor, el uso regular de escalas validadas, el conocimiento y aplicación de protocolos institucionales, el registro sistemático en la historia clínica y la comunicación de signos de mal control, así como un rol educativo subdesarrollado hacia las familias.

#### Sugerencias Clave para la Mejora:

1. **Capacitación Continua:** Promover formación específica y actualizada sobre el manejo del dolor infantil, incluyendo el uso de escalas, protocolos y estrategias no farmacológicas basadas en evidencia.
2. **Implementación y Difusión de Protocolos Institucionales:** Desarrollar normativas claras y accesibles para guiar la actuación ante el dolor pediátrico.
3. **Fomentar el Uso Sistématico de Escalas de Valoración:** Incorporar estas herramientas como rutina diaria, adaptadas a la edad y condición del paciente.
4. **Reforzar el Registro y la Comunicación Efectiva:** Establecer pautas para el registro obligatorio del dolor y las acciones implementadas, y la comunicación con el equipo médico.
5. **Fortalecer el Rol Educativo del Enfermero/a:** Incluir la educación a la familia como parte fundamental del cuidado, brindando información clara sobre el dolor y estrategias de acompañamiento.

Solo a través de estos cambios será posible garantizar una atención segura, empática y eficaz para los pacientes pediátricos que experimentan dolor durante su internación.

# Grado de Conocimiento Ético y Legal del Personal de Enfermería sobre Egresos Voluntarios Pediátricos en el Hospital Enfermeros Argentinos



Imagen: Freepik.com

## Autoras

Lic. Rocha, Mariana Carolina y  
Lic. Schiera, Mariela Rocío.

**Fecha:** Abril de 2025

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

## 1. RESUMEN

Este estudio aborda una problemática crítica en el servicio de internación pediátrica del Hospital Enfermeros Argentinos en Mendoza, Argentina: el registro incorrecto de los "retiros voluntarios" de pacientes pediátricos por parte de sus padres o tutores. La investigación,

de tipo cuantitativo, descriptivo y corte transversal, encuestó al 100% del personal de enfermería (16 profesionales) del pabellón "B" durante el primer semestre de 2024. Los hallazgos revelan una **marcada deficiencia en el conocimiento ético y legal** sobre este tema, con el **87% del personal registrando incorrectamente** estos egresos como "fugas". Esta práctica no solo contraviene la realidad de los hechos (ya que los padres suelen notificar su intención de retirarse), sino que también expone al personal y a la institución a posibles conflictos legales y pone en riesgo la seguridad del paciente. El estudio subraya la urgencia de capacitar al personal en aspectos éticos, legales y de redacción de registros de enfermería.

## 2. PROBLEMA CENTRAL IDENTIFICADO

El problema principal es la **falta de conocimiento ético y legal del personal de enfermería** en el servicio de internación pediátrica del Hospital Enfermeros Argentinos, lo que lleva a un **registro incorrecto de los egresos voluntarios de pacientes pediátricos**.

- **Discrepancia en la Terminología:** A pesar de que la mayoría de los padres o tutores comunican su intención de retirar al niño, el registro de enfermería frecuentemente utiliza el término "fuga". Las autoras señalan que: "Consideramos que el individuo se fuga cuando abandona la institución 'sin que el personal a cargo tenga conocimiento', y como ya mencionamos anteriormente, la mayoría de los padres nos avisan de su intención."
- **Falta de Protocolos Claros:** "En el Servicio de internación de Pediatría del Hospital Enfermeros Argentinos no existen protocolos escritos que nos avalen ni determinen la forma en que debe ser el registro de enfermería."
- **Implicaciones Legales:** Un registro inadecuado de un egreso voluntario puede tener graves consecuencias legales tanto para el personal de enfermería como para la institución, ya que "los registros de enfermería... constituyen medios de prueba en posibles conflictos legales."

## 3. MARCO LEGAL Y ÉTICO RELEVANTE

Las fuentes resaltan varias normativas clave en Argentina y consideraciones éticas:

- **Ley N° 26.529 "Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud" (Artículo 10, modificado por Ley 26.742):** Establece el derecho del paciente o su representante legal a consentir o rechazar tratamientos y a revocar dicha decisión. Es crucial que "EL PROFESIONAL ACTUANTE DEBE ACATAR TAL DECISIÓN, Y DEJAR EXPRESA CONSTANCIA DE ELLA EN LA HISTORIA CLÍNICA adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad."
- **Historia Clínica:** Es un "documento obligatorio cronológico, foliado y completo" y el paciente es su titular. La correcta documentación es vital, ya que "lo que no se encuentra registrado, legalmente no existe."
- **Convención Sobre los Derechos del Niño (Ley N° 23849):** Prioriza el "interés superior del niño" en todas las decisiones que lo afecten, incluyendo la atención médica. Si los padres toman decisiones que ponen en riesgo la salud del menor, los profesionales pueden oponerse y recurrir a la justicia.
- **Ley Nacional N° 24.004 "Ley de Ejercicio de la Enfermería":** Subraya que el personal debe responder ante la ley por daños causados en el ejercicio de la

profesión (negligencia, imprudencia, impericia, inobservancia de deberes). Destaca la importancia de los registros escritos como un "valioso instrumento que puede evitar o contribuir a la decisión de imputar legalmente a un profesional."

- **Responsabilidad Parental:** Si bien los padres tienen el derecho de tomar decisiones sobre la salud de sus hijos, este no es absoluto y debe velar por el "bienestar y la salud del menor".
- **Código Penal Argentino (Artículos 106, 89, 94):** Establece sanciones para quienes pongan en peligro la vida o salud de otros, o causen daños por imprudencia, negligencia o impericia.

## 4. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

- **Tipo de Estudio:** Cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.
- **Población:** 16 enfermeros y licenciados en enfermería del Pabellón de Internación Pediátrica (Pabellón B) del Hospital Enfermeros Argentinos, General Alvear, Mendoza. Se trabajó con el 100% de la población.
- **Período de Estudio:** Enero a junio de 2024.
- **Instrumento:** Encuesta anónima con preguntas cerradas de múltiple opción, administrada vía WhatsApp (Google Forms).
- **Variables:** Grado de conocimiento ético y legal (independiente) y registro de altas voluntarias (dependiente), además de la caracterización sociodemográfica del personal.

## 5. HALLAZGOS CLAVE

El análisis de los datos reveló importantes deficiencias:

- **Desconocimiento Legal Crítico:** 56% de los encuestados **no conoce** el Artículo 10 de la Ley N° 26.529 (sobre la revocabilidad de decisiones y la obligación de registrarla).
- De igual manera, el **56% no conoce** el Artículo 7 de la misma ley (sobre la voluntad de no continuar tratamiento y el retiro del hospital).
- **Ninguno de los encuestados conoce todas las 6 causales de egreso establecidas por el Ministerio de Salud de la Provincia;** el **69% conoce solo algunas** y el **31% las desconoce**.
- **Falta de Capacitación:** El **100%** del personal respondió **no haber recibido capacitación o asesamiento** sobre el registro correcto de egresos voluntarios en pacientes pediátricos en los últimos 3 años. Esto es considerado un "factor clave que afecta en la correcta confección del registro de enfermería."
- **Práctica de Registro Incorrecta:** El **87%** de los enfermeros **registra los egresos voluntarios como "fuga"** en la hoja de enfermería, mientras que solo el **13%** lo hace como "alta voluntaria" y **0%** como "retiro voluntario". Esta práctica es contradictoria



Imagen: Freepik.com

con la realidad, ya que los padres suelen notificar su intención.

- **Percepción Errónea sobre Documentación:** El 81% de los encuestados considera que el paciente o su responsable legal **no pueden manifestar por escrito su voluntad de retirarse** en la Historia Clínica, lo que contradice las normativas legales.
- **Frecuencia de Egresos Voluntarios:** El 50% de los enfermeros presenció entre **11 y 20 retiros voluntarios** entre enero y junio de 2024, lo que indica que esta es una situación recurrente.
- **Falta de Protocolos Institucionales:** El 62% de los encuestados afirmó que el servicio **no cuenta con protocolos de actuación** para estos casos, y un 38% lo desconoce.
- **Inseguridad en el Registro:** El 44% considera que "medianamente" la palabra "fuga" es un registro veraz, y el 37% **"no tiene certeza"**, lo que evidencia "la confusión e inseguridad que existe en cuanto al registro enfermero de egreso voluntario."
- **Compromiso con la Salud del Paciente:** A pesar de las deficiencias en el registro, el 87% del personal **sí comunica a los padres o tutores los riesgos de salud** asociados con un egreso voluntario sin alta médica, demostrando un compromiso con el bienestar del menor.
- **Perfil Sociodemográfico:** La mayoría del personal es femenino (88%), joven (69% entre 30-39 años), contratado (60%), enfermero profesional (75%) y con 1-10 años de experiencia (75%).

## 6. CONCLUSIONES PRINCIPALES

- Existe un **conocimiento ético y legal significativamente deficiente** entre el personal de enfermería del servicio de internación pediátrica respecto al registro de egresos voluntarios.
- Esta falta de conocimiento lleva a **prácticas de registro incorrectas y uniformemente empleadas** (uso del término "fuga"), que no reflejan la realidad de los hechos y pueden generar riesgos legales.
- **La ausencia de capacitación y protocolos** claros institucionales es un factor determinante en esta problemática.
- Un registro impreciso puede implicar "presunción de

negligencia y desorganización por parte del personal de enfermería, sanción por vulnerar el derecho de información que tiene el paciente, aplicación de medidas disciplinarias por registrar los hechos de manera inexacta, entre otros."

## 7. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las autoras proponen las siguientes acciones para abordar la problemática:

- **Capacitación Continua:** Impulsar "talleres, cursos, capacitaciones, charlas o ateneos periódicos" sobre registros de enfermería en casos de retiro voluntario de pacientes.
- **Participación Multidisciplinaria:** Incluir como disertantes a "Personal del Área de Legales del Hospital", "Jefes de servicios de pabellones de internación", "Secretarías de Sala", y "Enfermeros profesionales y Licenciados en enfermería" para abordar todas las perspectivas.
- **Unificación de Criterios y Protocolos:** Desarrollar y socializar protocolos de actuación claros para el registro de egresos voluntarios, que incluyan:
  - Fecha, hora, datos del paciente y responsable legal.
  - Redacción legible, objetiva, sin prejuicios, clara, concisa y completa.
  - Uso de terminología correcta (evitando "fuga" si hay notificación).
  - Indicación del estado general del paciente al retirarse y quién lo acompaña.
  - Procedimientos para la manifestación escrita de la voluntad de retiro por parte de tutores, conforme a la ley.
- **Fomento de la Iniciativa Propia:** "Incentivar a nuestros colegas de la importancia de investigar y capacitarnos por iniciativa propia en este y otros temas."
- **Evaluación y Seguimiento:** Evaluar la efectividad de las capacitaciones y el cumplimiento de los nuevos protocolos a mediano plazo para asegurar la mejora en la práctica del registro.

La recomendación final enfatiza que "en caso de presentarse un conflicto legal, un registro preciso y correcto de los hechos será nuestra principal garantía de defensa."

# Nivel de Conocimiento del Personal de Enfermería sobre Aislamientos Hospitalarios y Prevención de IACS en el Servicio de Internación Pediátrica del Hospital Dr. Ramón Carrillo



Imagen: Freepik.com

Autores

*Mosquez Carvajal Nelvi, Roa Carina Alejandra, Ponce  
Roberta Lorena*

Docentes

*Lic. Reyes, María Rosa, Lic. Chinellato, Pablo Enzo*

**Fecha:** Marzo 2025, Mendoza, Argentina

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

## 1. RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de conocimiento del personal de enfermería en el Servicio de Internación Pediátrica del Hospital Dr. Ramón Carrillo, sobre los tipos de aislamientos hospitalarios y las medidas de control para la prevención de Infecciones Asociadas a los Cuidados de Salud (IACS). La investigación, de tipo descriptivo, cuantitativo y transversal, reveló que la mayoría de los enfermeros poseen un conocimiento **moderado** sobre los aislamientos hospitalarios, aunque un porcentaje tiene un conocimiento avanzado. Sin embargo, se identificó una deficiencia en la claridad y unificación de criterios en la aplicación de protocolos. Se constató un incremento del 30% en reingresos de pacientes pediátricos con diagnósticos de IACS en el primer semestre de 2024, lo que subraya la urgencia de fortalecer la capacitación continua y la implementación de protocolos claros.

## 2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Las IACS representan una problemática significativa en entornos hospitalarios, afectando la calidad de la atención y aumentando los riesgos para los pacientes. En el Hospital Dr. Ramón Carrillo, del departamento de Las Heras, Mendoza, se observó "un incremento del 30% de reingresos en el servicio de internación pediátrica con diagnósticos de IACS (Infecciones Asociada al Cuidado de la Salud)" durante el primer semestre de 2024. Este hecho motivó la investigación para determinar si el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre los aislamientos hospitalarios y las medidas de prevención de IACS está relacionado con esta tendencia. La investigación busca "fortalecer la capacidad de los profesionales enfermeros para brindar cuidados de calidad" y reducir la transmisión de enfermedades infecciosas.

## 3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- Objetivo General:** "Determinar el nivel de conocimiento de los enfermeros y su relación con la aplicación de medidas de aislamiento y prevención de IACS."
- Objetivos Específicos:** Identificar el nivel de conocimientos de los enfermeros sobre tipos de aislamientos hospitalarios y medidas de control de infecciones nosocomiales.

- Determinar las barreras que impiden a los enfermeros aplicar adecuadamente los aislamientos hospitalarios y medidas de control de infecciones nosocomiales.
- Observar si el hospital o el servicio tiene protocolos en cuanto a temática de aislamientos hospitalarios y prevención de infecciones intrahospitalarias.
- Evaluuar si el personal de Enfermería cuenta con capacitaciones en cuanto a los aislamientos hospitalarios y prevención de IACS.

## 4. MARCO TEÓRICO: CONCEPTOS CLAVE

- Aislamiento:** "Separación de personas infectadas de los huéspedes susceptibles durante el período de transmisibilidad de la enfermedad, en lugares y bajo condiciones tales que eviten o limiten la transmisión del agente infeccioso".
- Principios:** Conocer el objetivo del aislamiento, el mecanismo de transmisión del agente infeccioso y prevenir riesgos de transmisión.
- Tipos de Aislamiento: Contacto:** Previene la transmisión por contacto directo (piel a piel) o indirecto (objetos contaminados).
- Respiratorio:** Previene la transmisión de patógenos en partículas de aerosol  $\leq 5$  micras que pueden permanecer en el ambiente.
- Por Gotitas:** Previene la transmisión de patógenos por gotas grandes ( $> 5$  micras) a las mucosas o conjuntiva, que viajan distancias menores a un metro.
- Especiales:** Para situaciones específicas con riesgos particulares (ej., inmunodeficiencia).
- Protección:** Diseñado para proteger a pacientes inmunocomprometidos de agentes exógenos.
- IACS (Infecciones Asociadas a los Cuidados de Salud):** "Infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso." La OMS indica que "uno de cada 10 pacientes contraerá una infección" y que "el control y prevención de infecciones efectivos reducen las IACS en al menos 30%".
- Transmisión de Agentes Infecciosos:** Requiere una **Fuente** (reservorio), un **Huésped susceptible** y un **Modo de transmisión** (contacto, vía aérea, por gotas).
- Precauciones Estándares (PE) o Universales:** Se aplican a todos los pacientes, independientemente de su diagnóstico, e incluyen:
- Higiene de Manos:** El método "más económico y efectivo para prevenir las IACS". Se enfatizan los "5 momentos para la Higiene de Manos": antes del contacto con el paciente, antes de tarea limpia/aséptica, después de exposición a fluidos corporales, después del contacto con el paciente, y después del contacto con el entorno del paciente.
- Prácticas de inyección segura.
- Manejo seguro de equipos/materiales contaminados.
- Limpieza y desinfección de superficies.
- Higiene respiratoria/Etiqueta de la tos.

- Elementos de barrera (EPP) ante contacto con sangre/fluidos.
- **Precauciones Basadas en Mecanismos de Transmisión (Aislamiento):** Medidas adicionales para pacientes con diagnóstico o sospecha de infección por patógenos específicos (Contacto, Gotas, Respiratoria Aérea).

## 5. METODOLOGÍA

- **Tipo de Estudio:** Cuantitativo, descriptivo y transversal.
- **Área de Estudio:** Servicio de Internación Pediátrica del Hospital Dr. Ramón Carrillo, Las Heras, Mendoza.
- **Universo:** El estudio abarcó a la totalidad del personal de enfermería del servicio de internación pediátrica, compuesto por 18 enfermeros.
- **Fuente de Información:** Primaria, mediante una encuesta anónima estructurada con preguntas cerradas.

## 6. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS OBTENIDOS

### 6.1. CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA (N=18)

- **Género:** 66.7% femenino, 33.3% masculino.
- **Edades:** El 44.4% tiene entre 30 y 39 años.
- **Formación Académica:** 60% son enfermeros profesionales, 40% licenciados en enfermería.
- **Turno de Desempeño:** 44.4% trabaja en turno noche, 27.8% en turno mañana y 27.8% en turno tarde. "Trabajar en turno noche puede ser una de las barreras que impide que el personal se capacite, ya que generalmente las capacitaciones se dan durante el turno mañana."
- **Tiempo de Ejercicio Profesional:** 55.6% lleva entre 6 y 10 años, 33.3% entre 1 y 5 años.
- **Tiempo en Pediatría:** 55.5% lleva entre 1 y 5 años en el servicio, 38.88% entre 6 y 10 años. "Debido a que la mayor parte del personal es de reciente ingreso puede que aún no tenga suficiente experiencia sobre medidas de aislamientos y prevención de IACS."
- **Pluriempleo:** 50% tiene más de un trabajo. "El pluriempleo puede ser un impedimento para realizar capacitaciones, ya que no cuenta con tiempo suficiente."
- **Familiares a Cargo:** 38.9% tiene familiares a cargo. "El tener familiares a cargo, te puede llevar a reducir el tiempo dedicado a capacitarse y formarse."
- **Alergias a Elementos:** 27.8% presenta algún tipo de alergia. "Se observa que el 28% de los enfermeros son alérgicos a algún insumo, esto impide aplicar correctamente las medidas de prevención."

### 6.2. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AISLAMIENTOS Y PREVENCIÓN DE IACS

- **Tipos de Aislamiento:** El 80% identifica correctamente los tipos de aislamiento (contacto, respira-

torio, por gotitas y de protección). Esto "demuestra que los enfermeros de Internación pediátrica tienen conocimiento en cuanto a los diferentes tipos de aislamientos."

- **Diferencia entre Aislamiento Respiratorio Aéreo y por Gotita:** Solo el 61.1% sabe que la diferencia se basa en el tamaño de la gotita. Esto "demuestra que no todos los enfermeros tienen claro las diferencias entre la clasificación de aislamientos hospitalarios."
- **5 Momentos del Lavado de Manos:** Más del 72.2% tiene conocimientos, pero "el porcentaje restante no tiene claro cuáles son los momentos de realización de lavado de manos." Se observa "la falta de conocimientos que tienen los enfermeros sobre los 5 momentos del lavado de mano, siendo que esta es una estrategia universal para evitar la transmisión de microorganismos."
- **Estrategia Universal para Evitar Transmisión de Microorganismos:** El 100% identificó correctamente el lavado de manos como la estrategia universal.
- **Finalidad del Aislamiento de Protección:** El 80.5% respondió correctamente que es para pacientes inmunosuprimidos.
- **Incremento de IACS:** El 77.8% del personal observó un aumento de IACS en el primer semestre de 2024, lo cual "coincide con la problemática de la investigación."
- **Provisión de Insumos Necesarios:** El 66.7% indicó que no hay ninguna prohibición de insumos, pero el 16.7% reportó "faltante". "Se observa, al no encontrarse con los insumos necesarios al 100%, puede ser una de las barreras que impide aplicar de manera correcta los aislamientos hospitalarios y medidas de control."

### 6.3. CAPACITACIÓN Y PROTOCOLOS

- **Capacitación Recibida:** El 77.8% de los enfermeros recibe capacitación "medianamente", mientras que el 22.2% "siempre". Ninguno indicó no haber recibido nunca capacitación. Sin embargo, el análisis combinado con el pluriempleo sugiere que "el hecho que solo una minoría reciba formación continua indica una necesidad institucional de reforzar los programas de capacitación."
- **Última Capacitación:** El 61.1% recibió capacitación hace menos de 6 meses.
- **Servicio de Infectología:** El 100% confirmó que el hospital cuenta con servicio de infectología.
- **Protocolos de Aislamiento:** El 83.3% cree que el servicio cuenta con protocolos, mientras que el 16.7% manifestó que no. Este resultado es crítico, ya que "existe una confusión en el servicio de pediatría, ya que los enfermeros no saben si tienen protocolos sobre aislamientos y medidas de prevención."
- **Relación entre Protocolos e IACS:** Más del 80% de los enfermeros piensa que existen protocolos de aislamientos hospitalarios, "cuando en realidad no



Imagen: Freepik.com

hay". Esto se identifica como "uno de los motivos de aumentos de IACS, al no estar protocolizado, escrito en manuales de fácil acceso en el servicio, no hay claridad en cuáles son los aislamientos hospitalarios y qué medidas llevar a cabo en ciertos casos."

- **Capacitación por Turno:** La mayoría de los enfermeros en todos los turnos están "medianamente" capacitados. "El turno noche, con mayor cantidad de personal, es el que más se destaca en capacitarse." Se recomienda "reforzar y equilibrar la frecuencia de las capacitaciones, especialmente en el turno mañana y tarde donde existen minoría de personas que reciben capacitación."

## 7. CONCLUSIÓN

La investigación concluyó que el personal de enfermería del Servicio de Internación Pediátrica del Hospital Dr. Ramón Carrillo posee un **conocimiento moderado** sobre los aislamientos hospitalarios y su impacto en las IACS. Si bien la mayoría conoce los tipos de aislamiento y la importancia del lavado de manos, se identificó una brecha en la aplicación correcta de protocolos y en la claridad sobre la existencia y acceso a manuales de procedimiento. La creencia errónea generalizada de que existen protocolos formales en el servicio, junto con el aumento de IACS, sugiere una falta de unificación de criterios y pautas claras. La experiencia reciente del personal, el pluriempleo y las alergias a insumos también se presentan como posibles barreras.

Se reafirma la hipótesis de "déficit de conocimiento de los enfermeros sobre aplicación de medidas de aislamiento, por falta de capacitación específica y continua, lo que incrementa el riesgo del aumento de las Infecciones Asociadas al cuidado de la salud en los pacientes, disminuyendo calidad en la atención brindada."

## 8. SUGERENCIAS

Para mejorar la calidad de la atención y reducir la incidencia de IACS, se proponen las siguientes acciones:

- **Programas de Capacitación Permanente:** Implementar capacitación continua y específica para el personal de enfermería sobre todos los tipos de aislamientos y medidas de prevención.
- **Elaboración y Difusión de Protocolos:** Desarrollar y formalizar protocolos claros sobre los diferentes tipos de aislamientos, incluyendo cómo accionar y ejecutar ante la atención del paciente. Estos deben ser de "fácil acceso en el servicio" y permitir "unificar criterios de actuación".
- **Simulaciones Prácticas:** Realizar simulaciones de situaciones reales para que el personal practique la implementación de medidas de aislamiento.
- **Auditorías Periódicas:** Establecer auditorías regulares para evaluar el cumplimiento de los protocolos de aislamiento y las prácticas de prevención.
- **Registro y Análisis de IACS:** Mantener registros detallados de infecciones nosocomiales para identificar áreas de mejora específicas.
- **Reuniones de Intercambio:** Fomentar reuniones regulares para discutir casos específicos y compartir buenas prácticas entre el personal.
- **Considerar Barreras Personales:** Abordar factores como el pluriempleo y las alergias, buscando soluciones que permitan la capacitación efectiva de todo el personal.
- **Equilibrio en Capacitaciones:** Reforzar y equilibrar la frecuencia de capacitaciones en todos los turnos, priorizando los turnos mañana y tarde si se identifica una menor participación.

# Maltrato y Abuso Sexual Infantil: Conocimiento y Aplicación de Protocolos por Enfermeros en el Hospital Enfermeros Argentinos



Imagen: Freepik.com

Autora

Lic. Otin Micaela Natali

**Fecha de Aprobación (Estimada):** Agosto 2025

**Institución:** Postítulo enfermería pediátrica, Hospital Enfermeros Argentinos, Mendoza

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

## 1. RESUMEN

Este documento presenta un análisis crítico sobre el grado de conocimiento y aplicación de protocolos para la atención de casos de maltrato y abuso sexual infantil (MASI) por parte del personal de enfermería en los servicios de pediatría y guardia del Hospital Enfermeros Argentinos. La investigación cuantitativa y descriptiva de corte transversal revela deficiencias significativas en la capacitación, la disponibilidad y completitud de protocolos, y la percepción de respuesta inmediata de los programas de apoyo. Estos hallazgos comprometen la protección integral de los derechos de los niños y adolescentes y sugieren la necesidad urgente de implementar estrategias de mejora, incluyendo la formulación de protocolos específicos para pediatría y programas de capacitación continua para ambos servicios.

## 1. INTRODUCCIÓN Y MARCO DEL PROBLEMA

El maltrato y abuso sexual infantil es una problemática de salud pública mundial con graves repercusiones a largo plazo, que exige un abordaje integral y coordinado de diversos sectores. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato infantil como "cualquier forma de abuso o desatención que afecte a un menor de 18 años, abarca todo tipo de maltrato físico o afectivo, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otra índole que vaya o pueda ir en perjuicio de la salud, el desarrollo o la dignidad del menor o poner en peligro su supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder." El personal de enfermería, al ser el primer contacto con el paciente en muchas ocasiones, desempeña un papel crucial en la identificación temprana, prevención y atención de estos casos.

### 1.1 PREVALENCIA DEL MALTRATO INFANTIL

- Global:** Aproximadamente 41.000 menores de 15 años mueren anualmente por homicidio, y un 58% de menores en América Latina han sufrido alguna forma de abuso (OMS, 2020; OPS, 2020).
- Argentina:** Encuestas de UNICEF (2019-2020) indican que 8 de cada 10 menores son agredidos en sus hogares, siendo la violencia física y psicológica las más comunes. Un 78% de las violaciones son contra menores de edad (mujeres).
- Mendoza:** Un informe de la Oficina de Violencia Doméstica (OVD) de la Corte Suprema en 2023 reveló que

el 38% de las presentaciones involucraron a niñas, niños y adolescentes afectados por violencia doméstica, con la mayoría (52%) de hasta 8 años de edad y un 37% en situación de altísimo riesgo. Un estudio en el Gran Mendoza (2011) con niños de 7 a 12 años mostró que 91 de 185 presentaban indicadores de maltrato.

## 1.2 ROL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Los profesionales de enfermería tienen un papel primordial en la detección precoz y la actuación frente al maltrato infantil, ya que a menudo los pacientes ingresan por patologías no relacionadas con el abuso. Es esencial que estén capacitados para:

- "Detectar signos de posibles abusos sufridos por el niño/a".
- Estar "atento a las respuestas que da el adulto mayor acompañante a las reacciones del niño/a" durante la anamnesis, sin juzgar.
- "Analizar posibles disonancias respecto de la situación que provoca el ingreso".
- "Observar las condiciones en las que se encuentra el niño" (higiene, vestimenta, estado nutricional, libreta de salud).
- Identificar reingresos frecuentes o familias "iatrogénicas".
- Realizar una valoración céfalo-caudal completa, registrando lesiones nuevas o antiguas.
- Documentar "toda la información recabada" de manera precisa, ya que será utilizada por el equipo multidisciplinario y la justicia.

## 1.3 HOSPITAL ENFERMEROS ARGENTINOS

El estudio se centra en el Hospital Enfermeros Argentinos en General Alvear, Mendoza.

- **Servicios en estudio:** Pediatría (16 camas, 12 para pediatría, 4 para ginecología; atiende niños de 30 días a 14 años) y Guardia.
- **Casos de MASI:** En 2023, se detectaron 24 casos de maltrato infantil en la guardia, derivados a pediatría. Mensualmente, la guardia atiende 350 niños, de los cuales un 0.86% (aproximadamente 3 casos) presenta signos de abuso o maltrato.
- **Flujo del paciente:** Si el ingreso es por guardia en día hábil, el pediatra y médico forense intervienen. Si es fin de semana o feriado, solo el pediatra examina al niño, y la atención forense debe esperar al lunes, "sujeta a la disponibilidad del mismo", lo que implica que "el paciente deberá esperar en el servicio hasta el lunes para recibir atención médica legal."
- **Tratamiento:** En casos de abuso sexual, se prescribe profilaxis para ITS (Ceftriaxona IM o Cefixima V.O, Azitromicina, Metronidazol), inicio de PPE para VIH (hasta 72hs), analíticas (HIV, VDRL, HB), y anticoncepción de emergencia si hay riesgo de embarazo.

- **Fallas en la atención:** Se observa una vulneración de la "integridad del mismo por falta de intimidad para con el niño y su familia", y dificultades en la comunicación enfermero-paciente debido a múltiples entrevistas previas con diversos actores (ETI, PPMI, personal de guardia, policial).

## 2. DEFICIENCIAS IDENTIFICADAS EN LA ACTUACIÓN MULTIDISCIPLINARIA

La investigación destaca varias "falencias a la hora de actuar" del equipo multidisciplinario del Hospital ante el MASI:

- **Fallas en la identificación y sospecha:** No reconocer signos y síntomas por falta de conocimiento o experiencia.
- Minimizar o normalizar hallazgos, atribuyendo lesiones a otras causas.
- Sesgos personales y falta de sensibilidad cultural.
- **Fallas en la evaluación y valoración:** Evaluación superficial e incompleta.
- No realizar preguntas directas y apropiadas al niño.
- No observar la interacción niño-cuidador.
- Depender únicamente de la información del cuidador.
- **Fallas en la comunicación y el reporte:** No reportar la sospecha o retrasar el reporte.
- Reportes incompletos o inexactos.
- Falta de comunicación con otros profesionales (equipo de salud, servicios sociales).
- **Fallas en la intervención y el cuidado:** No priorizar la seguridad del niño o realizar intervenciones inapropiadas.
- Falta de apoyo emocional y no considerar las necesidades específicas del niño.
- Falta de seguimiento.
- **Fallas en la documentación:** Documentación incompleta, ausente o subjetiva.
- No proteger la confidencialidad.
- **Fallas en el ámbito profesional:** "Falta de capacitación y educación continua".
- Burnout y estrés laboral.
- Miedo a represalias por realizar un reporte.

**Causas de la problemática:** "La falta de profesionales forenses", "la escasa comunicación entre profesionales de la salud y también por parte del equipo multidisciplinario", "deterioro de la información debido a la cantidad de personas que intervienen", "falla y falta de atención con respecto a lo legal por motivo de fechas y horarios", y "deterioro del sistema judicial departamental".

## 3. PREGUNTA PROBLEMA Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- **Pregunta Problema:** "¿Cuál es el grado de conocimiento y aplicación de protocolos de atención, que

poseen los enfermeros en los casos de maltrato y abuso sexual infantil del servicio de pediatría y de guardia del Hospital Enfermeros Argentinos de enero a junio del 2.025?"

- **Objetivo General:** Determinar el grado de conocimiento y aplicación de protocolos vigentes por los enfermeros en casos de MASI.
- **Objetivos Específicos:** Conocer criterios de actuación, identificar tipos de cuidados brindados y caracterizar a la población en estudio.

## 4. HIPÓTESIS

La investigadora considera que los enfermeros de guardia y pediatría poseen un "conocimiento insuficiente y una baja adherencia a los protocolos de actuación en casos de maltrato y abuso sexual infantil". Esta situación se atribuye a una "falta de capacitación continua sobre el tema y a la ausencia de protocolos claros y unificados en los servicios", lo que se espera que resulte en una "detección tardía de los casos y en una intervención inadecuada".

## 5. DEFINICIÓN DE PROTOCOLO Y PROGRAMAS RELEVANTES

- **Protocolo:** Documento que "establece normas, procedimientos y acciones específicas que deben seguirse para la realización de una tarea, actividad o proceso particular dentro de una organización. Su objetivo principal es estandarizar el trabajo, garantizar la calidad y eficiencia y minimizar riesgos." En casos de MASI, implica "acción coordinada e inmediata", notificación a Fiscalía, preservación de evidencia, atención a la víctima, seguimiento, comunicación con organismos competentes, evaluación de riesgo e intervención interdisciplinaria. Se debe "evitar preguntas indagatorias", "no culpabilizar a la víctima", "mantener la confidencialidad" y "prevenir la reincidencia".
- **PPMI (Programa Provincial de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez y Adolescencia):** Referente institucional en Mendoza, con equipos en la mayoría de los hospitales y centros de salud. Trabaja en atención, capacitación, prevención y promoción. Cuenta con un registro de niños atendidos en el sistema Sanet y en historias clínicas, permitiendo conocer ingresos previos. Destaca la coordinación interinstitucional: "Nadie trabaja solo ante una sospecha de maltrato o gusto. Trabajamos coordinados institucionalmente". Es competente en diagnóstico y tratamiento de diversas formas de maltrato.
- **Línea 102 / Llamadas al 911:** La línea 102 recibe avisos confidenciales para proteger los derechos de niños y adolescentes. El llamado al 911 se realiza cuando "el vecino o cualquier persona presencia el acto de violencia".

## 6. DISEÑO METODOLÓGICO

- **Metodología:** Cuantitativa, descriptiva de corte transversal.
- **Área de Estudio:** Servicios de pediatría y guardia del Hospital Enfermeros Argentinos, General Alvear, Mendoza.
- **Población:** 56 enfermeros de los servicios de guardia y pediatría.
- **Muestra:** 25 enfermeros (muestreo no probabilístico por conveniencia).
- **Criterios de Inclusión:** Enfermeros de ambos sexos, que trabajen en los servicios de pediatría y guardia.
- **Criterios de Exclusión:** Enfermeros de otros servicios o que rotan por distintos servicios.
- **Fuente:** Primaria (encuesta directa).
- **Técnica e Instrumento:** Encuesta con preguntas cerradas de múltiple opción.

## 7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### (BASADO EN TABLAS Y GRÁFICOS)

#### 7.1 PERFIL DE LOS ENFERMEROS

##### (TABLAS I, II, III)

- **Edad:** La mayoría en Guardia (28%) tiene entre 25-34 años; en Pediatría (24%), entre 35-44 años. Esto sugiere una población con edad promedio adecuada para capacitación.
- **Servicio:** 52% de la muestra es de Pediatría (13 enfermeros) y 48% de Guardia (12 enfermeros), lo que permite una perspectiva integral.
- **Formación:** En Pediatría, 32% son Enfermeros Profesionales y 20% Licenciados. En Guardia, la distribución es equitativa (24% cada uno).

#### 7.2 CONOCIMIENTO Y CAPACITACIÓN (TABLAS

##### IV, V, VI, VII, VIII, IX)

- **Reconocimiento de indicadores de MASI (Tabla IV):** **Guardia:** 24% reconoce "insuficiente", 16% "suficiente", 8% "aceptable".
- **Pediatría:** 16% reconoce "insuficiente", 24% "suficiente", 12% "aceptable".
- **Nadie calificó su conocimiento como "excelente".** La "marcada percepción de insuficiencia... sugiere una brecha crítica en el conocimiento que podría impactar la detección temprana".
- **Identificación de factores de riesgo (Tabla V):** Mayor conocimiento que en indicadores específicos: Pediatría (28% "suficiente"), Guardia (20% "suficiente").
- Aún así, un 12% en Pediatría y 16% en Guardia lo considera "insuficiente".
- **Conocimiento de acciones a seguir (Tabla VI):** Guardia: 16% "insuficiente", 20% "suficiente".
- **Pediatría:** 12% "insuficiente", 28% "suficiente".
- **Nadie reporta "excelente".** "La persistencia de un porcentaje de conocimiento 'insuficiente'... indica una vulnerabilidad en la respuesta institucional."

- **Registros de enfermería (Tabla VII):** Mayor conocimiento: 36% en ambos servicios lo considera "suficiente". 4% en Guardia y 0% en Pediatría "insuficiente".
- "El correcto y completo registro... es fundamental no solo para la continuidad del cuidado... sino también para el proceso judicial".
- **Vínculo del niño y su entorno (Tabla VIII):** **Guardia:** 24% "insuficiente", 8% "suficiente".
- **Pediatría:** 12% "insuficiente", 24% "suficiente".
- La "mayor proporción de conocimiento 'insuficiente' en el servicio de Guardia resalta una brecha importante en la formación sobre este aspecto."
- **Capacitación en los últimos 5 años (Tabla IX):** **Pediatría:** Solo 16% ha recibido capacitación; 36% no.
- **Guardia:** Apenas 8% ha sido capacitado; 40% no.
- "La baja tasa de capacitación en ambos servicios... se correlaciona directamente con los niveles de conocimiento 'insuficiente' o 'suficiente' observados."

#### 7.3 APLICACIÓN DE PROTOCOLOS Y RECURSOS (TABLAS X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII)

- **Existencia de protocolo de trabajo (Tabla X):** **Guardia:** 32% cree que sí existe; 12% que no; 4% desconoce.
- **Pediatría:** Solo 12% cree que sí; 36% cree que no; 4% desconoce.
- "La gran disparidad en la percepción entre servicios... es un hallazgo crítico."
- **Complejidad del protocolo (Tabla XI):** De quienes creen que existe protocolo: 32% en Guardia lo considera completo; en Pediatría, solo 4% lo considera completo (8% incompleto).
- "Si los enfermeros no perciben el protocolo como integral, esto puede llevar a incertidumbre, omisiones y una práctica profesional inconsistente."
- **Referente informado/capacitado en el servicio (Tabla XII):** **Pediatría:** Solo 4% afirma que sí; 28% niega; 20% desconoce.
- **Guardia:** 16% afirma que sí; 32% niega.
- "Esta falta de apoyo y orientación in situ es una barrera significativa para la consolidación del conocimiento y la aplicación efectiva de los protocolos."
- **Conocimiento de la Declaración de los Derechos del Niño (Tabla XIII):** **Pediatría:** 44% sí; 8% no.
- **Guardia:** 36% sí; 12% no.
- La mayoría conoce su existencia, pero es crucial que "este conocimiento se traduzca en una comprensión profunda de su implicancia en la práctica diaria."
- **Conocimiento de los derechos del niño hospitalizado (Tabla XIV):** **Pediatría:** 12% "mucho", 24% "mediano", 16% "poco".
- **Guardia:** 0% "mucho", 40% "mediano", 8% "poco".
- "La mayor proporción de 'mediano conocimiento' en guardia y la presencia de 'poco conocimiento' en ambos servicios sugieren la necesidad de capacitaciones específicas."



Imagen: Freepik.com

- **Espacio físico de contención (Tabla XV): Pediatría:** 16% "sí", 16% "no", 20% "precario".
- **Guardia:** 4% "sí", 16% "no", 28% "precario".
- "La percepción predominante de un 'espacio precario' en ambos servicios... es una limitación significativa."
- **Programas conocidos (Tabla XVI):** ETI (Equipos Técnicos Interdisciplinarios) y PPMI son los más conocidos en ambos servicios.
- "El hecho de que ETI sea el programa más reconocido... es positivo". Sin embargo, el "menor conocimiento de otros programas y la presencia de enfermeros que no conocen ninguno subrayan la necesidad de una mayor difusión y formación activa."
- **Respuesta inmediata de programas (Tabla XVII): Ningún enfermero considera que la respuesta sea "siempre" inmediata.**
- **Pediatría:** 40% percibe una respuesta "muy poca", 8% "a veces", 4% "no hay".
- **Guardia:** 24% "a veces", 20% "muy poca", 4% "no hay".
- "La falta de una respuesta inmediata percibida... puede de generar frustración, desmotivación y... retrasos."
- **Necesidad de personal especializado (Tabla XVIII): Pediatría:** 44% "muy necesario", 8% "medianamente necesario".
- **Guardia:** 40% "muy necesario", 8% "medianamente necesario".
- Ninguno lo considera "poco necesario". Hay un "alto consenso" sobre la necesidad de profesionales especializados.

## 8. CONCLUSIÓN

La investigación confirma la hipótesis de que los enfermeros del Hospital Enfermeros Argentinos en los servicios de guardia y pediatría poseen un **conocimiento insuficiente y una baja adherencia a los protocolos de actuación en casos de maltrato y abuso sexual infantil**.

## Las principales conclusiones son:

1. **Brecha de Conocimiento:** Existe una percepción de conocimiento "insuficiente" o "suficiente" en el reconocimiento de indicadores de MASÍ y en las acciones a seguir. Nadie reporta un conocimiento "excelente" en estos aspectos cruciales.
2. **Falta de Capacitación:** Un alarmante 76% de la muestra (9 enfermeros en pediatría y 10 en guardia) manifestó no haber recibido ningún tipo de capacitación sobre la problemática en los últimos 5 años, lo que se correlaciona directamente con las deficiencias en el conocimiento.
- **Inconsistencia de Protocolos:** El servicio de pediatría "no posee protocolo de atención para los casos de maltrato y abuso sexual".
- El servicio de guardia "sí posee protocolo para casos de abuso", y el 32% del personal lo considera completo. Sin embargo, en pediatría, solo el 4% lo considera completo.
- La falta de unificación y la percepción de incompletitud generan incertidumbre y una respuesta ineficaz.
1. **Falta de Apoyo y Recursos:** La mayoría de los enfermeros no cuenta con un referente capacitado en su servicio para resolver dudas, y predomina la percepción de que los espacios físicos de contención son "precarios".
2. **Percepción de Ineficacia de Programas:** Existe una baja percepción de que los programas existentes (ETI, PPMI) brinden una respuesta inmediata, lo que desmotiva al personal y puede retrasar las intervenciones.
3. **Conocimiento Parcial de Derechos:** Aunque la mayoría conoce la Declaración de los Derechos del Niño, el conocimiento sobre los derechos del niño hospitalizado es mediano o poco para un porcentaje significativo de la muestra.
4. **Consenso sobre Especialización:** Hay un claro consenso entre el personal de ambos servicios sobre la "muy necesaria" existencia de profesionales específicos y capacitados para atender a estos pacientes, con el fin de protegerlos y evitar su exposición.

## 9. SUGERENCIAS

Para abordar las deficiencias identificadas y mejorar la atención de los casos de maltrato y abuso sexual infantil en el Hospital Enfermeros Argentinos, se sugieren las siguientes acciones:

- **Formulación y Unificación de Protocolos:** "Realizar un protocolo de atención... para aplicar en el servicio de pediatría."
- Conformar un equipo de trabajo interdisciplinario para elaborar y revisar los protocolos, indagando

en marcos legales (nacionales, provinciales, departamentales) y comparando con protocolos de otros servicios.

- Asegurar que los protocolos sean claros, completos y unificados para ambos servicios.
- **Programas de Capacitación Continua y Obligatoria:** Implementar capacitaciones periódicas y obligatorias sobre maltrato y abuso sexual infantil para todo el personal de enfermería de guardia y pediatría, enfocándose en:
  - Reconocimiento de indicadores y factores de riesgo.
  - Acciones a seguir ante sospecha o confirmación.
  - Correcta documentación en los registros de enfermería.
  - Abordaje del vínculo del niño y su entorno.
  - Conocimiento y aplicación de los Derechos del Niño y del Niño Hospitalizado.
- **Fortalecimiento del Soporte Profesional:** Designar o capacitar a referentes en cada servicio (pediatría y guardia) que actúen como "personal informado y capacitado que responda sus dudas respecto del tema".
- Fomentar la comunicación y coordinación entre los distintos profesionales y organismos que intervienen en estos casos (salud, justicia, servicios sociales).
- **Mejora de la Infraestructura y Espacios de Contención:** Crear o adecuar "espacios físicos específicos de contención al niño y su entorno" que garanticen privacidad y un ambiente seguro.
- **Evaluación y Optimización de Programas de Intervención:** Evaluar la efectividad y respuesta inmediata de los programas provinciales (ETI, PPMI, CPAA, PPSM) y buscar mecanismos para mejorar su coordinación y agilidad.
- Difundir activamente la información sobre todos los programas disponibles y sus procedimientos.
- **Implementación de Personal Especializado:** Considerar la incorporación de "personas específicas capacitadas para atender a este tipo de pacientes" en el servicio de enfermería para evitar la exposición innecesaria del niño y garantizar una atención especializada.

### Evaluación de las Sugerencias:

- **Al inicio:** Evaluar la disponibilidad de recursos humanos e instrumentales para implementar las sugerencias.
- **De proceso:** Monitorear el desarrollo de las acciones (ej., asistencia a reuniones de capacitación).
- **De resultado:** Valorar el cumplimiento de las metas al finalizar las intervenciones.
- **De impacto:** Analizar a largo plazo si se lograron cambios positivos y sostenibles en la problemática planteada.

Estas medidas son esenciales para garantizar el bienestar, la protección de los derechos y la atención integral de los niños y adolescentes víctimas de maltrato y abuso sexual en el Hospital Enfermeros Argentinos.

# Grado de Afectación de Pacientes Clínicos por Internación Conjunta con Pacientes Psiquiátricos

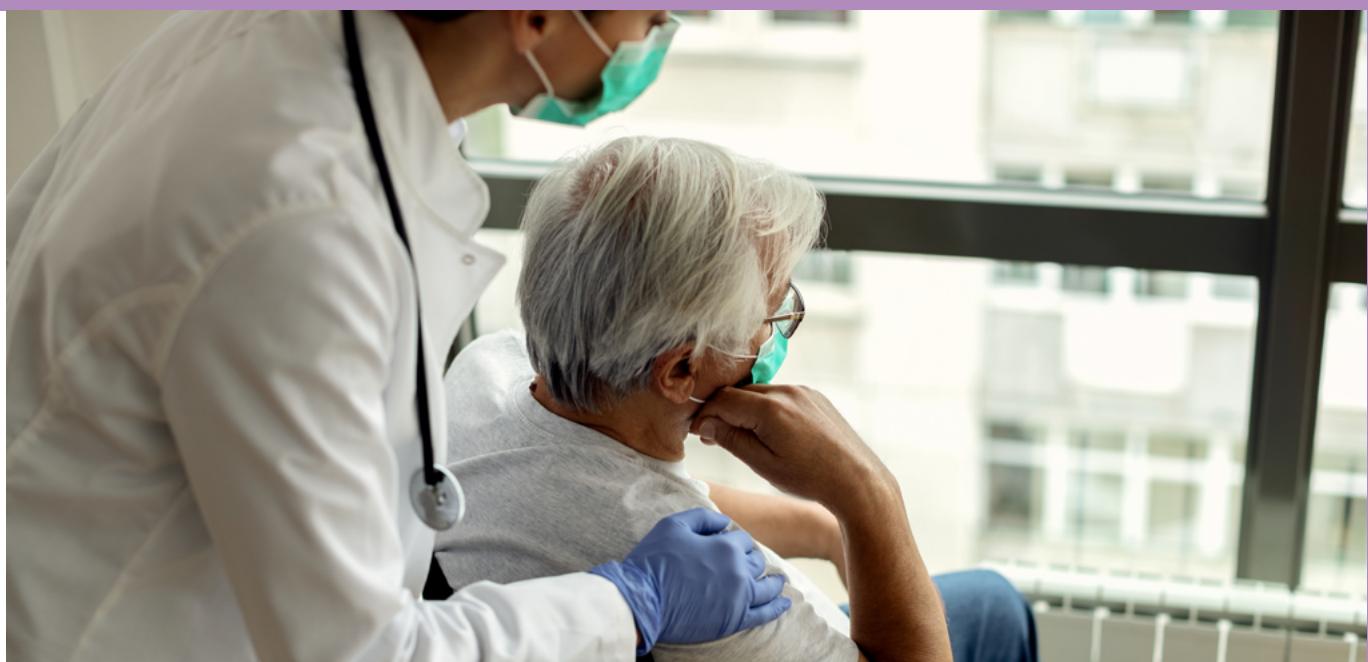


Imagen: Freepik.com

## Autoras

Valdés, María Celeste; Orozco, Graciela Natalí;  
Orozco, Yamila Emilce (Mendoza, junio 2025)  
**Fuente:** "Orozco Y. Orozco N. Valdes C.pdf" (Trabajo de Investigación para Postítulo en Enfermería Quirúrgica)

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

## 1. RESUMEN

El trabajo de investigación "Grado de afectación de pacientes clínicos por internación conjunta con pacientes psiquiátricos" aborda una problemática creciente en hospitales generales como el Hospital Enfermeros Argentinos de General Alvear, Mendoza: la internación simultánea de pacientes con patologías clínicas y pacientes con patologías psiquiátricas agudas en un mis-

mo espacio físico. El estudio, realizado entre abril y junio de 2025, utilizó encuestas anónimas y autoadministradas a 25 pacientes clínicos para evaluar las vivencias, emociones, calidad del descanso y situaciones disruptivas experimentadas durante esta convivencia.

Los hallazgos revelan una **afectación significativa en el bienestar emocional y físico de los pacientes clínicos**, quienes experimentaron ansiedad, miedo, insomnio e inseguridad. La mayoría de los encuestados presenció eventos disruptivos como gritos, intentos de fuga y violencia, y un 72% considera que los pacientes clínicos y psiquiátricos deberían estar internados en espacios separados. Este estudio subraya la urgencia de repensar la organización hospitalaria para garantizar un entorno seguro, digno y humanizado para todos los internados, destacando la necesidad de sectorización, protocolos específicos y capacitación del personal de enfermería.

## 2. INTRODUCCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La internación hospitalaria es un proceso que demanda no solo atención médica, sino también seguridad y contención emocional. Sin embargo, la **internación conjunta de pacientes clínicos y psiquiátricos agudos** es una "modalidad, muchas veces adoptada por necesidad ante la falta de infraestructura especializada en salud mental, ha dado lugar a una problemática sanitaria, ética y organizativa que merece ser abordada en profundidad" (p. 7). Esta situación es habitual en el Hospital Enfermeros Argentinos, de nivel II de complejidad, que no cuenta con una unidad específica de internación psiquiátrica (p. 15).

### La convivencia forzada genera:

- **Impacto negativo en pacientes clínicos:** Miedo, insomnio, ansiedad, angustia, inseguridad, interrupciones del descanso y falta de adherencia terapéutica (p. 7, 9).
- **Doble desafío para el equipo de salud:** "Brindar cuidados clínicos eficientes y, al mismo tiempo, intervenir en crisis de salud mental sin contar con el entrenamiento específico ni los recursos edilicios necesarios" (p. 7), lo que provoca estrés laboral y sobrecarga emocional.
- **Vulneración de derechos del paciente:** Exposición a riesgos innecesarios y a un entorno que dificulta su recuperación, en contravención con leyes nacionales como la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y la Ley de Derechos del Paciente N° 26.529 (p. 13, 21).

## 3. MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO

El estudio define conceptos clave para entender la problemática:

- **Internación conjunta:** Convivencia hospitalaria de pacientes con distintas patologías en un mismo espacio, generalmente por "falta de sectorización o de camas especializadas" (p. 12).
- **Paciente clínico:** Persona internada por afección médica no psiquiátrica, que requiere un "entorno emocionalmente estable que favorezca su recuperación" (p. 12).
- **Paciente con patología psiquiátrica aguda:** Persona con trastorno mental en fase aguda, con síntomas como "agitación psicomotriz, brotes psicóticos, estados de confusión, delirios, alucinaciones, o conductas agresivas o autolesivas" (p. 12). Su abordaje requiere atención especializada y un "entorno físico adecuado y seguro" (p. 12).
- **Afectación emocional:** Alteraciones en el estado anímico (miedo, angustia, ansiedad, irritabilidad, tristeza, inseguridad) que "impactan directamente en la calidad de la internación" (p. 12).

- **Descanso y calidad del sueño:** Fundamentales para la recuperación, se ven afectados por "ruidos, interrupciones, gritos, conductas disruptivas o episodios violentos" (p. 13).
- **Situaciones disruptivas:** Eventos que "alteran el curso habitual del cuidado hospitalario, generando tensión o riesgo" (p. 13), como gritos, agresiones, intentos de fuga o contención física.
- **Sectorización hospitalaria:** Principio organizativo de división de servicios por tipo de paciente para ofrecer "cuidados más específicos, seguros y humanizados" (p. 13).

La **Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657** establece el derecho a una atención integral y humanizada, exigiendo que los tratamientos se realicen "en hospitales generales, en dispositivos adecuados a su problemática y con personal capacitado" (p. 18). Sin embargo, internar pacientes psiquiátricos agudos en Clínica Médica sin protocolos ni contención especializada vulnera estos derechos, incluyendo el derecho a un "entorno terapéutico adecuado" y un "entorno seguro, silencioso y respetuoso" (p. 18).

El **rol del profesional de enfermería** es clave, abarcando contención emocional, vigilancia activa, intervención en crisis y mediación. Legal y éticamente, deben proteger al paciente y denunciar condiciones inadecuadas, adhiriéndose a principios de beneficencia, no maleficencia y justicia (p. 17-18).

## 4. METODOLOGÍA

- **Diseño y Tipo de Estudio:** Descriptivo y exploratorio, con enfoque cuantitativo para la recolección y análisis de datos (p. 23).
- **Población de Estudio:** 25 pacientes clínicos con diagnósticos variados internados en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Enfermeros Argentinos. Se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple (p. 23).
- **Instrumento de Recolección:** Encuestas auto-administradas y anónimas, complementadas con observación meticulosa (p. 23, 48-50).
- **Variables Analizadas:** Edad, sexo, días de internación, convivencia con pacientes psiquiátricos, opinión sobre la sectorización, estado emocional (tranquilidad, ansiedad, miedo), calidad del descanso (descanso general, despertares por ruidos, inseguridad), y presenciar situaciones disruptivas (gritos, agresiones físicas, golpes, intentos de fuga, contención/sedación) (p. 24-26).

## 5. HALLAZGOS Y RESULTADOS CLAVE (TABLAS Y GRÁFICOS)

Los resultados de las encuestas a 25 pacientes clínicos revelaron los siguientes datos significativos:

- **Compartir Habitación con Pacientes Psiquiátricos (Tabla/Gráfico N° 4):** Un 68% afirmó haber compartido habitación con pacientes psiquiátricos agudos, lo que indica que es una práctica habitual en el servicio (p. 30).
- **Opinión sobre la Sectorización (Tabla/Gráfico N° 5):** El 72% de los pacientes cree que clínicos y psiquiátricos deberían estar internados en espacios separados, reforzando la necesidad de división por patologías (p. 31).
- **Afectación Emocional (Tablas/Gráficos N° 6, 7, 8):** 60% no se sintió tranquilo/a, mientras que solo el 16% sí (p. 32).
- 64% se sintió ansioso/a (p. 33).
- 52% se sintió con miedo o asustado/a (p. 34).
- Estos datos evidencian un "impacto emocional negativo directamente vinculado a la convivencia con pacientes descompensados" (p. 43).
- **Calidad del Descanso (Tablas/Gráficos N° 9, 10, 11):** El 68% pudo descansar "a veces", y un 16% "no" (p. 35).
- El 56% se despertó por ruidos mientras dormía (p. 36).
- El 64% sintió inseguridad al descansar por la conducta de otros pacientes (p. 37).
- La calidad del descanso está "notablemente afectada, siendo un aspecto crucial para la recuperación clínica" (p. 35).
- **Situaciones Disruptivas Presenciadas (Tablas/Gráficos N° 12, 13, 14, 15, 16):** El 56% presenció gritos o insultos (p. 38).
- El 40% "a veces" presenció agresiones físicas, y un 32% "sí" (p. 39).
- El 44% presenció golpes a puertas, camas o paredes (p. 40).
- Un abrumador 72% presenció intentos de fuga o escape de pacientes psiquiátricos (p. 41).
- El 36% presenció contención física o sedación, y el 20% "a veces" (p. 42).
- Esto confirma que los eventos disruptivos son una "constante que forma parte del entorno hospitalario en el contexto de internación conjunta" (p. 43).

## 6. CONCLUSIONES

La investigación concluye que la internación conjunta de pacientes clínicos con pacientes psiquiátricos

*La internación conjunta por falta de sectorización y recursos en salud mental es una falla estructural que expone a los más vulnerables, perjudica la evolución clínica y compromete el cuidado ético.*

agudos en el Hospital Enfermeros Argentinos **afecta negativamente la experiencia hospitalaria de los pacientes clínicos.** El impacto se manifiesta en:

- **Afectación emocional:** Ansiedad, inseguridad, miedo, tristeza, angustia e irritabilidad fueron emociones predominantes.
- **Calidad del descanso deficiente:** Marcada por ruidos frecuentes e inseguridad debido a las conductas de otros pacientes.
- **Vivencia constante de situaciones disruptivas:** Gritos, intentos de fuga, golpes y actos de violencia son eventos cotidianos.

El estudio resalta que esta problemática se ha incrementado con el tiempo, afectando la recuperación de los pacientes clínicos. Testimonios como el de un paciente oncológico, quien "no podía dormir... cada noche esperaba que algo pasara. Estaba más pendiente del paciente de al lado que de mi propio tratamiento" (p. 44), evidencian la gravedad del impacto.

La internación conjunta, producto de la falta de sectorización y recursos adecuados en salud mental, es una **"falla estructural del sistema hospitalario, que expone a los más vulnerables, afecta la evolución clínica, altera el clima terapéutico y compromete el ejercicio ético del cuidado"** (p. 22).

## 7. SUGERENCIAS

Para abordar esta problemática crítica, se proponen las siguientes sugerencias:

1. **Sectorización Estructural:** Crear espacios diferenciados para pacientes clínicos y psiquiátricos para garantizar seguridad, descanso y tranquilidad.
2. **Protocolos Institucionales de Manejo de Crisis:** Diseñar guías claras de actuación ante episodios de agitación o violencia para proteger a pacientes y personal.
3. **Capacitación del Personal:** Formar al equipo de salud en atención en salud mental, estrategias de contención emocional y abordaje interdisciplinario de situaciones disruptivas.
4. **Asistencia Psicológica a Pacientes Clínicos:** Implementar espacios de escucha y acompañamiento para quienes sufren afectación emocional.
5. **Revisión del Uso de Camas Psiquiátricas:** Mejorar la articulación con dispositivos especializados para derivaciones adecuadas y evitar internaciones forzadas.
6. **Monitoreo Institucional Periódico:** Realizar estudios regulares para evaluar el impacto de esta práctica y la efectividad de las medidas implementadas.
7. **Incorporar la Voz de los Pacientes:** Diseñar estrategias de mejora continua que consideren la experiencia de los pacientes como un insumo clave.

# Nivel de Conocimiento de Enfermería sobre Administración Segura y Efectiva de Antibióticos



Imagen: Freepik.com

## Autoras

Morales Gomez, Yesica Romina

**Fecha de Publicación:** Julio de 2025 (Mendoza)

**Título del Estudio:** "Nivel de conocimiento de enfermería, sobre administración segura y efectiva de antibióticos en Clínica Médica del Hospital Luis Lagomaggiore."

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

## 1. RESUMEN

Este estudio de investigación, llevado a cabo en el Hospital Luis Lagomaggiore entre febrero y abril de 2025, se enfoca en evaluar el nivel de conocimiento del personal de enfermería en el servicio de clínica médica respecto a la administración segura y efectiva de antibióticos. La investigación es de carácter cuantitativo y descriptivo, utilizando cuestionarios y observación de prácticas.

Los hallazgos principales revelan **deficiencias significativas en el conocimiento del personal de enfermería** en áreas críticas como la higiene de manos, la comprobación de la permeabilidad de la vía intravenosa, la dilución adecuada de antibióticos según protocolos, y la identificación de reacciones adversas, especialmente a la vancomicina. Esta falta de conocimiento se asocia con un **mayor riesgo de errores de medicación, menor efectividad del tratamiento y una contribución al problema global de la resistencia antimicrobiana**.

El estudio subraya la **necesidad imperante de programas de capacitación continua y actualizada, supervisión rigurosa y protocolos hospitalarios claros** para fortalecer las competencias del personal de enfermería y optimizar la seguridad del paciente y la eficacia de los tratamientos antibióticos.

## 1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La **resistencia antimicrobiana (RAM)** es una de las mayores amenazas para la salud pública a nivel global, "exacerbada por el uso inadecuado e irracional de los antibióticos". En este contexto, el personal de enfermería desempeña un rol crucial, siendo el "último filtro antes de la administración del medicamento al paciente". Un conocimiento deficiente puede llevar a errores en la dosificación, vía de administración o frecuencia, comprometiendo la salud del paciente y contribuyendo a la RAM. El estudio se propone indagar este nivel de conocimiento en el Hospital Luis Lagomaggiore para identificar áreas de mejora.

## 2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- **Objetivo General:** Investigar el nivel de conocimiento que poseen los enfermeros sobre la administración segura y efectiva de antibióticos en el servicio de clínica médica del Hospital Luis Lagomaggiore durante el período de febrero a abril de 2025.
- **Objetivos Específicos:** Describir los factores socio-demográficos de los enfermeros.
- Indagar el nivel de conocimiento que tienen los enfermeros sobre los mecanismos de acción y efectos secundarios de los antibióticos.

## 3. HIPÓTESIS PRINCIPAL

La hipótesis postula que el **nivel insuficiente de conocimiento** de los enfermeros se debe a una combinación de factores, incluyendo "la falta de programas de capacitación continuos y actualizados sobre las últimas guías y protocolos de antibióticos, una deficiente supervisión y retroalimentación por parte del personal con mayor experiencia, y la sobrecarga laboral". Esta carencia se asocia directamente con un aumento en los errores de medicación y una mayor incidencia de resistencia bacteriana.

## 4. JUSTIFICACIÓN

La justificación del estudio se centra en la necesidad de asegurar que los enfermeros posean un conocimiento sólido y actualizado sobre los antibióticos para:

- **Optimizar la eficacia del tratamiento:** Comprendiendo el mecanismo de acción y el espectro de actividad.
- **Prevenir y mitigar efectos adversos:** Detectando tempranamente reacciones adversas como alergias y toxicidad.
- **Promover la seguridad del paciente:** Implementando prácticas seguras y educando al paciente.
- **Contribuir al control de la resistencia antimicrobiana:** Promoviendo el uso racional de antibióticos y medidas de control de infecciones.

## 5. MARCO TEÓRICO: ASPECTOS CLAVE DE LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS

El marco teórico resalta que la administración de antibióticos es esencial, pero su uso inadecuado contribuye a la resistencia bacteriana y a efectos adversos. El personal de enfermería debe poseer:

- **Conocimiento Farmacológico:** Mecanismo de acción, espectro, indicaciones, contraindicaciones, farmacocinética y farmacodinamia.
- **Conocimiento sobre Preparación y Administración:** Técnicas de dilución, compatibilidades, velocidades de infusión, vías de administración y precauciones específicas.
- **Conocimiento sobre Dosis y Horarios:** Cumplimiento estricto de las prescripciones.
- **Detección y Manejo de Efectos Adversos:** Identificación de reacciones alérgicas y toxicidad.
- **Interacciones Medicamentosas:** Reconocimiento de interacciones con otros fármacos o alimentos.
- **Control de Infecciones y Resistencia Antimicrobiana:** Importancia de la higiene de manos y prácticas para prevenir la RAM.
- **Documentación y Educación al Paciente:** Registro preciso y comunicación clave al paciente.

**Definición de Antibióticos (OMS):** "medicamentos utilizados para prevenir y tratar infecciones bacterianas en personas y animales. Su función principal es matar las bacterias o dificultar su crecimiento y multiplicación."

### Mecanismos de Acción:

- Inhibición de la síntesis de la pared celular.
- Aumento de la permeabilidad de la membrana celular.
- Interferencia con la síntesis de proteínas, metabolismo de ácidos nucleicos y otros procesos metabólicos.



Imagen: Freepik.com

**Resistencia a los Antimicrobianos (RAM):** Constituye un "grave peligro para la salud global", exacerbada por el "uso incorrecto y excesivo de antibióticos".

**Complicaciones de la terapia con antibióticos:** Sobreinfección por bacterias u hongos no sensibles y "efectos adversos cutáneos, renales, hematológicos, neurológicos, y digestivos".

**Vías de administración:** Oral, intravenosa, intramuscular, subcutánea, inhalación, tópica.

#### Efectos Adversos Comunes:

- Reacciones alérgicas (erupciones, anafilaxia).
- Efectos gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarrea).
- Alteración del sistema nervioso (mareos, convulsiones).
- Efectos hepáticos y renales (nefrotoxicidad).
- Candidiasis (infecciones por hongos).
- Efectos cardiovasculares (arritmias).

**Contraindicaciones:** Alergias, embarazo y lactancia, enfermedades hepáticas o renales, interacciones medicamentosas e infecciones virales.

#### Antibióticos Frecuentes en Clínica y sus Particularidades:

- **Piperacilina/Tazobactam:** Amplio espectro, infusión intravenosa lenta (mínimo 30 minutos), no mezclar con otros medicamentos.
- **Ampicilina/Sulbactam:** Tratamiento de diversas infecciones, administración intravenosa rápida (15-30 minutos).

- **Vancomicina:** Indicada para infecciones complicadas (piel, tejidos blandos, huesos, etc.), perfusión en 120 minutos, concentración no mayor a 2.5-5 mg/ml.
- **Ceftriaxona:** Antibiótico bactericida de acción prolongada, reconstitución y dilución específica (1gr en 100ml en 60 minutos).
- **Meropenem:** Carbapenémico  $\beta$ -lactámico, bolo intravenoso (10ml por 500mg) o diluido (1gr en 100ml en 60 minutos).

**Los Diez Correctos de Enfermería:** Principios fundamentales para la administración segura de medicamentos, que incluyen: educación, entrevista, medicamento, paciente, dosis, hora, vía, técnica, preparación y administración, y registro.

**Rol de la Enfermería en la Prevención de la Resistencia:** Higiene de manos rigurosa, precauciones de aislamiento, manejo adecuado de dispositivos invasivos y participación en programas de optimización de antimicrobianos (PROA).

## 6. METODOLOGÍA

- **Enfoque y Tipo de Estudio:** Cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y prospectivo.
- **Área de Estudio:** Servicio de clínica médica oeste y este del Hospital Luis Lagomaggiore.
- **Población:** 65 enfermeros del servicio.
- **Muestra:** 18 enfermeros seleccionados por conveniencia (no probabilístico) de los 3 turnos de Clínica Oeste y Este.
- **Instrumento:** Cuestionarios tipo Google Forms de preguntas cerradas, enviados por WhatsApp, con una prueba piloto previa.

## 7. RESULTADOS CLAVE Y DISCUSIÓN

Los resultados de la encuesta a los 18 enfermeros revelaron las siguientes características y niveles de conocimiento:

### 7.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

- **Sexo:** Mayoría femenina (72.21%), masculina (27.79%).
- **Edad:** Predominio de personal "juvenil adulta" (menos de 29 años: 44.44%), lo que se considera favorable para capacitación.
- **Formación Académica:** 61.11% enfermeros profesionales, 38.99% licenciados en enfermería.
- **Antigüedad Laboral:** El 50% tiene menos de 5 años de antigüedad en el servicio, sugiriendo la necesidad de programas de inducción.

### 7.2. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MECANISMOS DE ACCIÓN Y EFECTOS SECUNDARIOS:

- **Higiene de Manos:** Solo el 38.88% "siempre" se lava las manos antes de preparar el antibiótico; el 61.12% lo hace "casi siempre", indicando una brecha en la adherencia a los 5 momentos del lavado de manos.
- **Comprobación de Permeabilidad de la Vía Intravenosa:** El 44.45% "siempre" lo comprueba, mientras que el 55.55% lo hace "casi siempre", lo cual es un descuido importante.
- **Agregado de Solvente para Diluir Antibiótico:** El 44.66% usa "criterio personal", un 27.67% sigue la "indicación farmacéutica" y otro 27.67% el "protocolo". Esto muestra una falta de estandarización y adherencia a protocolos.
- **Dilución Frecuente:** El 66.66% usa solución fisiológica al 0.9%, el 11.11% dextrosa al 5% y el 22% agua destilada, sugiriendo personalización que podría no siempre seguir las guías.
- **Uso de Protocolo en la Duración del Pasaje de Antibióticos:** El 44.44% "a veces" usa el protocolo, el 38.9% "siempre" lo usa y el 16.66% "no lo conoce", lo que indica inconsistencia y falta de conocimiento.
- **Administración Simultánea de Antibióticos:** El 66.66% "no" dosifica dos antibióticos a la vez, lo cual es positivo, pero el 44.44% lo hace "con indicación", lo que requiere vigilancia estrecha.
- **Reacciones Adversas a la Vancomicina (Erupción Cutánea):** El 56% "a veces" sabe el tipo de reacción, el 33.33% "sí" lo sabe y el 11.11% "no" lo sabe. Esto revela un manejo inadecuado en la detección y respuesta a efectos secundarios.
- **Acciones ante Reacción Alérgica:** El 61.11% "suspende la administración de antibiótico", el 22.22% "notifica al médico" y el 17% "toma los signos vitales" en primera instancia. Esto resalta la importancia de la intervención rápida, pero también la necesidad de un protocolo secuencial claro.

## 8. CONCLUSIONES

La investigación confirma una **carenza de conocimiento en la administración segura y efectiva de antibióticos** por parte del personal de enfermería en el Hospital Luis Lagomaggiore. Las deficiencias en la higiene de manos, la comprobación de la vía intravenosa, la dilución de antibióticos según protocolo y el conocimiento de reacciones adversas son críticas.

Los resultados "sugieren que la falta de programas de capacitación continuos y actualizados, así como una supervisión y retroalimentación deficiente, son factores que contribuyen directamente a las carencias de conocimiento observadas". La alta proporción de personal de nuevo ingreso (50% con menos de 5 años de antigüedad) acentúa la necesidad de programas de inducción y formación continua.

En síntesis, es "imperante implementar programas de capacitación y actualización periódicos" y una "supervisión más rigurosa y un sistema de retroalimentación constructiva" para garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

## 9. SUGERENCIAS

Para abordar las deficiencias identificadas, se proponen las siguientes acciones:

- **Capacitación Continua:** Implementar programas de formación periódica centrados en mecanismos de acción, efectos secundarios y pautas de administración de antibióticos.
- **Material Educativo:** Proporcionar recursos visuales y guías actualizadas de consulta rápida.
- **Evaluaciones Regulares:** Realizar evaluaciones mensuales para identificar y reforzar áreas de conocimiento deficientes.
- **Fomentar el Trabajo en Equipo:** Promover la colaboración médico-enfermera para un enfoque multidisciplinario.
- **Protocolos Claros:** Establecer protocolos claros y accesibles para la administración de antibióticos, incluyendo criterios de selección y seguimiento de efectos adversos.
- **Sensibilización sobre Resistencia:** Incluir la problemática de la RAM en la formación, enfatizando el uso responsable.
- **Espacios de Reflexión:** Crear foros de discusión para compartir experiencias y resolver dudas.

Estas intervenciones no solo mejorarán los resultados clínicos de los pacientes, sino que también "profesionalizarán al personal de salud y educarán a la comunidad en general."

# Conocimiento del Personal de Enfermería sobre Inotrópicos

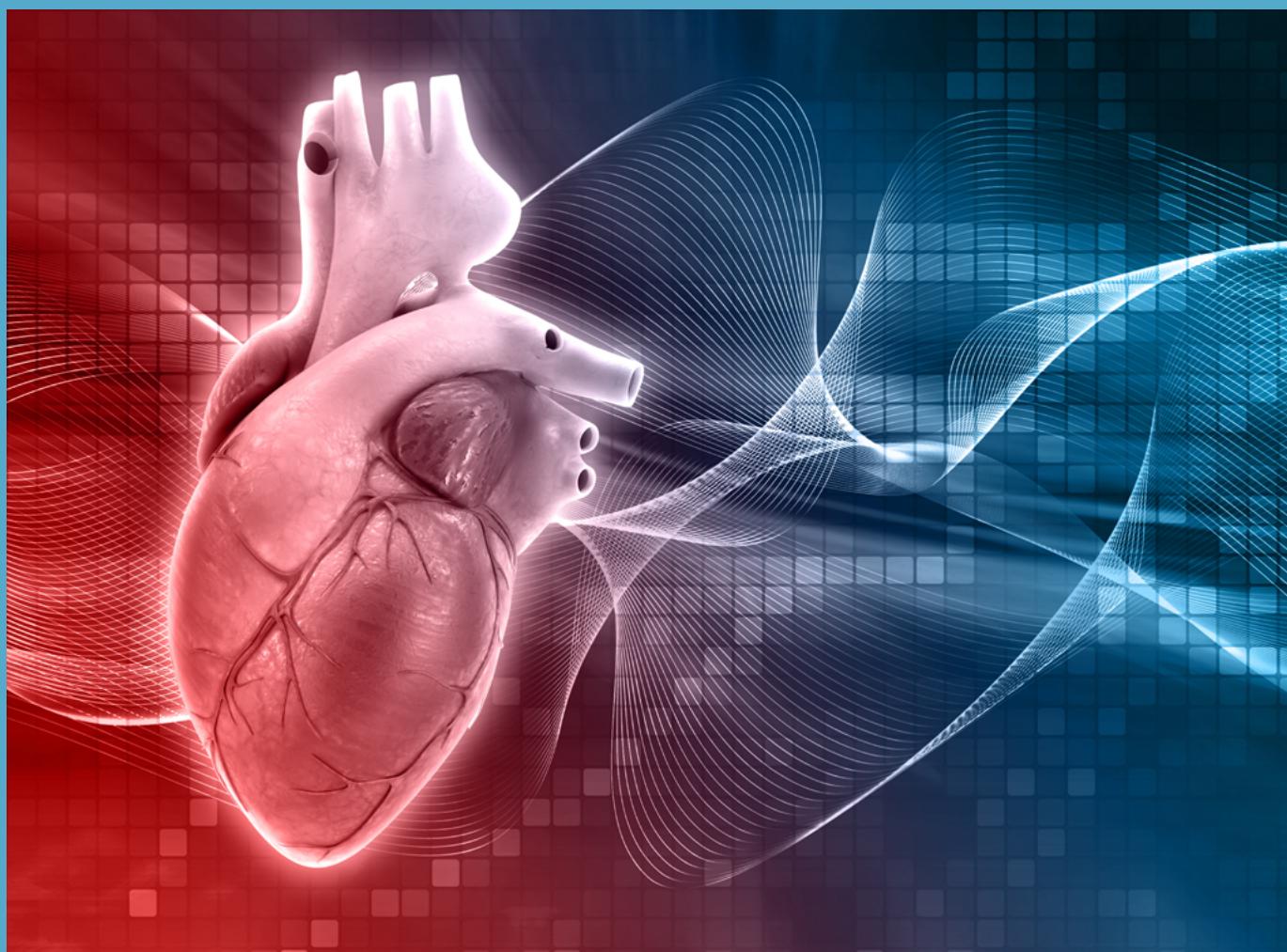


Imagen: Freepik.com

Autora

Daniela Lencinas

**Fecha del estudio:** Agosto de 2025

**Institución:** Hospital Humberto Notti, Mendoza.

## **Título del Trabajo de Investigación**

"Conocimiento que posee el personal de enfermería sobre la administración de inotrópicos y efectos adversos de los mismos"

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

## **1. RESUMEN**

El estudio aborda una problemática crítica en el Hospital Dr. Humberto Notti: la saturación de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) durante la temporada invernal, que obliga a reasignar personal de enfermería de otros servicios sin la experiencia ni el conocimiento adecuado en el manejo de fármacos inotrópicos. La investigación, de enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, se propuso determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería del SIP N° 4

sobre la preparación, administración y efectos adversos de los inotrópicos. Los resultados, obtenidos mediante encuestas a 10 enfermeros/as, revelan un déficit significativo en el conocimiento, especialmente en la definición de los fármacos y la identificación de sus efectos adversos, a pesar de un alto interés en la capacitación. El trabajo concluye que esta falta de preparación compromete la seguridad del paciente y la calidad de la atención, sugiriendo la implementación de capacitaciones específicas y protocolos claros.

## 1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

El Hospital Dr. Humberto Notti enfrenta una demanda asistencial elevada en invierno, particularmente en la UCIP, llevando a una "saturación del servicio debido a la demanda de pacientes y la escasez de personal de enfermería" (p. 5). Esta situación obliga a reforzar el área con personal de otros servicios que, según la autora, carece de la experiencia y conocimientos necesarios para manejar funciones en cuidados críticos, lo que "impacta directamente en la calidad de atención brindada y en la seguridad del paciente" (p. 5).

Un ejemplo clave de esta deficiencia se observa en la administración de fármacos inotrópicos, que son "medicamentos que tienen características muy puntuales y el uso y administración del mismo, requiere cierto grado de conocimiento y pericia por parte del profesional enfermero" (p. 6). La autora ha observado "ciertas falencias en el accionar del personal de enfermería al realizar la administración de esta medicación" (p. 6), que incluyen:

- Ausencia de identificación de inotrópicos durante la infusión.
- Falta de identificación de lúmenes correctos del catéter para la infusión.
- Utilización de vías periféricas en lugar de catéter venoso central.
- No previsión del tiempo de finalización de la infusión.
- Realización de "push" al cambio de goteo.

Estas falencias denotan un " posible déficit de conocimiento científico en cuanto a su mecanismo de acción, sus efectos adversos, sobredosificación o subdosificación, viabilidad y estabilidad de estos fármacos" (p. 7). Además, se menciona una "ineficaz comunicación entre los profesionales de la salud" (p. 7) y la falta de monitorización adecuada del paciente.

La justificación del estudio radica en que la "capacitación y actualización del personal de enfermería... son esenciales para garantizar un manejo seguro y efectivo de medicamentos críticos como lo son los inotrópicos" (p. 8), buscando "promover la seguridad del paciente y la calidad de la atención en la salud" (p. 8). La "administración errónea de inotrópicos por parte del personal de enfermería puede traer varios prejuicios hacia la integridad del paciente" (p. 9).

## 2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA E HIPÓTESIS

**Formulación del Problema:** ¿Cuál es el grado de conocimiento sobre la administración de inotrópicos y efectos adversos de los mismos que posee el personal de enfermería del servicio de internación N°4, del Hospital Humberto Notti de la provincia de Mendoza durante el primer semestre del año 2024? (p. 8)

**Hipótesis:** "El personal de enfermería del servicio de internación pediátrica N°4 del Hospital Dr. Humberto Notti posee un nivel insuficiente de conocimiento respecto a la preparación, administración y efectos adversos de los inotrópicos, lo que puede comprometer la seguridad del paciente y la calidad del cuidado brindado en situaciones críticas" (p. 9). Las posibles causas incluyen "déficit de conocimientos específicos, sistema de rotación laboral... sobrecarga de trabajo y ausencia de protocolos actualizados" (p. 9-10).

## 3. OBJETIVOS

**Objetivo General:** "Determinar cuál es el nivel de conocimiento que posee el personal de enfermería del servicio SIP N°4 del Hospital Humberto Notti, respecto a la preparación y administración general de inotrópicos y efectos adversos" (p. 10).

### Objetivos Específicos:

1. Identificar el conocimiento de enfermería en la preparación de inotrópicos.
2. Indagar respecto al conocimiento sobre cuidados a considerar y efectos adversos, en la administración de inotrópicos.

## 4. MARCO TEÓRICO: INFORMACIÓN CLAVE SOBRE INOTRÓPICOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

**Definición e Importancia:** Los inotrópicos son "un grupo de medicamentos que aumentan la contracción cardíaca" (p. 10). La autora, basándose en su experiencia, los define como "medicamentos farmacológicos que actúan en forma directa a nivel del corazón aumentando la contractibilidad del mismo y mejorando su función vital" (p. 11). Son esenciales en el tratamiento de pacientes críticos con "shock cardiogénico, paro cardiaco, shock séptico y posoperatorio" (p. 11). Se administran por vía intravenosa, actúan en las células cardíacas y pueden modificar la presión arterial.

### Inotrópicos más utilizados en el Hospital Humberto Notti (según la autora):

- **Dopamina:** Conocida como "hormona de la felicidad", aumenta los niveles de motivación. En su forma sintética, tiene efecto inotrópico, indicada para "presión arterial baja, gasto cardíaco bajo y para me-

- jorar el flujo sanguíneo a los riñones" (p. 12). Requiere control estricto.
- **Dobutamina:** Fármaco cardiológico esencial, indicado en "descompensación cardíaca... por depresión de la contractilidad" (p. 13), especialmente con bajo gasto cardíaco y presión capilar pulmonar aumentada. Aumenta la fuerza de contracción y el gasto cardíaco sin aumentar significativamente la frecuencia cardíaca o la resistencia periférica.
  - **Milrinona:** Inhibidor de la fosfodiesterasa, usado en insuficiencia cardíaca terminal y en pediatría para el síndrome de bajo gasto cardíaco post-cirugía cardíaca. Tiene efectos inotrópicos y vasodilatadores. Requiere precaución en neonatos.
  - **Noradrenalina (Norepinefrina):** Aumenta la presión arterial, usada en "bajadas agudas de tensión arterial (hipotensión aguda), situaciones de riesgo vital, como la sepsia o el shock cardiogénico" (p. 14).
  - **Levosimendán:** Sensibilizador de calcio y vasodilatador. Mejora las condiciones hemodinámicas y neurohumorales en insuficiencia cardíaca descompensada, con "triple efecto farmacológico: cardioprotección, inotrópica, vasodilatación" (p. 14).
  - **Adrenalina (Epinefrina):** Hormona y neurotransmisor, aumenta la frecuencia cardíaca, contrae vasos sanguíneos, dilata vías respiratorias. Crucial en emergencias médicas, pero "en exceso la adrenalina puede afectar negativamente la salud del paciente" (p. 15).

**Efectos Adversos Comunes:** Hipotensión, hipertensión, taquicardia, taquipnea, náuseas, vómitos, mareos (p. 11).

#### Consideraciones Cruciales para la Enfermería (según la autora y la literatura):

- **Administración:** Todos se administran por vía intravenosa, preferentemente a través de catéter venoso central. Requieren "control estricto al comenzar su infusión ya que puede producir efectos adversos muy severos hacia el paciente si no se administra en forma correcta" (p. 15-16).
- **Práctica Profesional:** Se deben implementar los "5 correctos en enfermería como base del buen desempeño profesional" (paciente, medicamento, dosis, vía, horario correctos, y registro correcto según Romero et al., 2020) (p. 16, 22). Además, una "valoración exhaustiva hacia el paciente y el entorno para proporcionar un cuidado seguro y constante" (p. 16).
- **Monitorización:** Es fundamental el "control de signos vitales en forma constante permitiendo observar cualquier cambio" (p. 16). La literatura refuerza: "Signos vitales cada 5-15 minutos en inicio o ajuste de dosis. Presión arterial invasiva y no invasiva. ECG continuo para detectar arritmias" (p. 19).
- **Vía de Administración:** "Generalmente requieren vía central por su potencial de causar necrosis en caso de extravasación" (p. 19).

- **Preparación y Seguridad:** "Etiquetar los contenedores de los medicamentos de alto riesgo, la preparación y administración de la medicación la realizará la misma persona, la administración debe de ser verificada dos veces antes de su administración por 2 personas que presenten la misma competencia técnica" (p. 21-22).
- **Normas Básicas:** Higiene de manos, técnica aséptica, acceso venoso central de preferencia, monitoreo continuo, evitar bolos, evitar otros medicamentos junto a inotrópicos, infundir en conexiones proximales, verificar dosis, vigilar efectos colaterales, corroborar hermetismo, supervisar programación de infusión, corregir hipovolemia antes de administrar (Ipanaque M., Pérez G., 2017) (p. 21).

**Desafío del Personal Reasignado:** La autora identifica que el personal de enfermería que refuerza las áreas críticas "no posee la experiencia práctica necesaria para aplicar los conocimientos y desarrollar habilidades suficientes para enfrentar situaciones que ameritan actuar rápido, con precisión y responsablemente" (p. 16).

**Modelo de Patricia Benner:** Se sugiere aplicar este modelo de aprendizaje y desarrollo para el personal ingresante en UCIP, que comprende 5 etapas: Novato, Principiante Avanzado, Competente, Eficiente y Exerto (p. 16-17). La aplicación de este modelo "sería una herramienta fundamental y efectiva para lograr que un enfermero/a englobe sus conocimientos y habilidades desde su inicio para proporcionar cuidados de alta calidad" (p. 17).

## 5. DISEÑO METODOLÓGICO

- **Enfoque:** Cuantitativo, descriptivo y transversal.
- **Área de Estudio:** Servicio de Internación Pediátrica N° 4 del Hospital Dr. Humberto Notti.
- **Unidad de Análisis:** Cada persona del plantel de enfermería del hospital.
- **Universo/Muestra:** Un total de 12 enfermeros/as del SIP N° 4, sin trabajar con muestra por ser una población escasa.
- **Criterios de Inclusión:** Enfermeros que deseen participar.
- **Criterios de Exclusión:** Ausentes o quienes no deseen participar.
- **Técnica e Instrumento:** Encuesta con 12 preguntas cerradas y de múltiple opción, obtenida de fuentes primarias.

## 6. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS CLAVE

Los resultados se basan en una encuesta aplicada a 10 enfermeros/as del SIP N° 4 (originalmente el universo se estableció en 12, pero los datos presentados son de 10).

- **Edad y Sexo:** La mayoría (80%) tiene 35 años o más (40% entre 35-44 años, 40% 45 años o más). El 60% son mujeres. Estos datos "no influyen directamente en el conocimiento sobre inotrópicos" (p. 29).
- **Nivel de Formación:** El 70% son Licenciados en Enfermería y el 30% son Enfermeros Profesionales. La autora advierte que "el nivel académico del personal de enfermería no garantiza un conocimiento sólido sobre inotrópicos" (p. 30), y las capacitaciones "no dependen del título alcanzado, si no de la formación continua y específica" (p. 30).
- **Tiempo de Ejercicio en el Servicio:** El 60% tiene 10 años o más de antigüedad. Aunque esto indica experiencia, "no quiere decir que posean conocimiento actualizados sobre inotrópicos" (p. 32).

#### Conocimiento Específico sobre Inotrópicos:

- **Definición de Inotrópico:** El 60% de los encuestados demostró tener "Poco" conocimiento sobre la definición de medicamentos inotrópicos (p. 32). Este es un resultado preocupante, ya que es el concepto básico.
- **Efectos de un Fármaco Inotrópico:** Incrementa la Frecuencia Cardíaca: 60% respondió "Mucho", 10% "Medianamente", 30% "Poco" (p. 34).
- **Mejora Gasto Cardíaco:** 70% respondió "Mucho", 20% "Medianamente", 10% "Poco" (p. 34).
- La autora observa que "algunos profesionales comprenden para qué sirven los inotrópicos, pero otro grupo muestran dudas" (p. 35).
- **Pautas para la Administración de un Inotrópico:**
  - Dosis en microgramos:** 80% "Sí" (p. 36).
  - Vía de administración:** 90% "Sí" (p. 36).
  - Monitoreo del paciente:** 100% "Sí" (p. 36).
  - Se diluye con cualquier solución:** 80% "No" (p. 36).
  - A pesar de algunos aciertos, "todavía hay respuesta que muestran dudas, por lo que se considera necesario reforzar estos temas" (p. 36).
- **Manera de Administración de Drogas Inotrópicas:** En bolo, sin diluir: 90% "No" (p. 37).
- **Diluido y lento, con cálculo de goteo:** 80% "Sí" (p. 37).
- **Infusión continua y con bomba:** 80% "Sí" (p. 37).
- **Sin monitoreo:** 70% "No" (p. 37).
- El personal demuestra conocimiento adecuado sobre la administración, pero la autora observa que "no se le dio suficiente importancia al monitoreo constante, lo cual es un aspecto fundamental que aún requiere ser reforzado" (p. 38).
- **Conocimiento de Efectos Adversos:** El 70% respondió "Medianamente" y el 30% "Poco" (p. 39). **Ninguno respondió "Mucho".** Este es un "resultado preocupante, ya que conocer las posibles reacciones es clave para actuar a tiempo y evitar complicaciones" (p. 39).
- **Inotrópico de Primera Elección en Paro Cardiorespiratorio:** El 70% identificó correctamente la **Adrenalina** (p. 40). Sin embargo, "también se observan respuestas erróneas", lo que indica la necesidad de reforzar protocolos.

- **Efecto Adverso al Administrar Dopamina:** El 60% asoció correctamente la "Elevación de la presión arterial" (p. 41). Sin embargo, "se evidencian dudas sobre otros efectos adversos".

**Interés en Capacitación:** El 70% manifestó "Mucho" interés en recibir capacitación sobre medicamentos inotrópicos (p. 42). Este "dato es muy positivo, ya que demuestra predisposición y compromiso por parte del equipo" (p. 43).

## 7. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

**Conclusiones de la Autora:** La investigación confirma la intuición de la autora: "muchos compañeras y compañeros de enfermería que son rotados a áreas críticas no cuentan con el conocimiento suficiente para manejar medicamentos inotrópicos de forma segura" (p. 45). Este déficit no es por falta de compromiso, sino por "la ausencia de formación específica en temas tan sensibles y delicados" (p. 45). Las encuestas revelaron "muchas dudas, especialmente en lo que respecta a los efectos adversos, vías de administración y monitoreo" (p. 45). Sin embargo, el "gran interés del personal por capacitarse... abre un camino para mejora" (p. 45).

#### Sugerencias de la Autora:

- Implementar "capacitaciones específicas y frecuentes para el personal de enfermería que pueda ser rotado a servicios de alta complejidad" (p. 46).
- Las capacitaciones deben ir más allá de los nombres de los medicamentos, enfocándose en "cómo prepararlos, administrarlos correctamente, y estar atentos a sus posibles efectos adversos" (p. 46).
- Crear "protocolos claros, escritos y accesibles en los servicios", así como "talleres prácticos o simulaciones" (p. 46).
- Brindar una "capacitación mínima, obligatoria" antes de rotar a un enfermero/a a un área crítica, para "evitar errores que puedan poner en riesgo al paciente" (p. 46).

Este informe destaca la urgencia de abordar la brecha de conocimiento en el personal de enfermería del Hospital Dr. Humberto Notti en relación con los inotrópicos, proponiendo estrategias de formación continua para garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención en entornos críticos.

*Muchos enfermeros rotados a áreas críticas carecen de preparación para administrar inotrópicos de forma segura.*

# El Catéter Venoso Central de Inserción Periférica (PICC) en Pediatría



Imagen: Freepik.com

**Autora**

*Funez, Caren Giselle*

**Fecha del estudio:** Julio de 2025

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

## 1. INTRODUCCIÓN: ¿QUÉ ES UN CATÉTER PICC Y POR QUÉ ES VITAL EN PEDIATRÍA?

Un Catéter Venoso Central de Inserción Periférica, conocido por su acrónimo en inglés **PICC** (*Peripherally Inserted Central Catheter*), es una vía venosa central a

la que se accede a través de una vena periférica, generalmente en una extremidad superior. Este dispositivo consiste en un tubo largo, delgado y flexible que se introduce en el sistema venoso y se avanza cuidadosamente hasta que su punta se ubica en una de las grandes venas cercanas al corazón.

En el ámbito pediátrico, el catéter PICC es una herramienta fundamental cuyo propósito es proporcionar una vía venosa confiable y duradera para niños que enfrentan internaciones prolongadas, patologías complejas o tienen accesos venosos difíciles. Su uso no solo garantiza la continuidad del tratamiento, sino que tam-

bién permite que el niño disminuya el estrés y el trauma asociados a las punciones venosas repetidas.

La definición de este dispositivo nos lleva a una pregunta clínica esencial: ¿en qué situaciones específicas se decide su uso y cuáles son sus implicaciones en el cuidado del paciente pediátrico?

## 2. EL PICC EN PEDIATRÍA: ¿CUÁNDO Y POR QUÉ SE UTILIZA?

La decisión de colocar un catéter PICC en un niño se basa en una evaluación clínica rigurosa de las necesidades del paciente, la duración prevista de la terapia intravenosa y las características de las soluciones que se deben administrar.

### 2.1 INDICACIONES CLAVE PARA SU USO

Existen tres escenarios principales que justifican la implantación de un catéter PICC en pacientes pediátricos:

- 1. Tratamientos Prolongados:** Se indica cuando se anticipa que la terapia intravenosa del paciente **excederá los 6 días**. Esto evita el dolor de múltiples punciones para colocar vías periféricas cortas, cuya vida útil es limitada.
- 2. Administración de Sustancias Específicas:** Es la vía de elección para infundir soluciones que, por sus propiedades, podrían dañar las venas periféricas, más pequeñas y frágiles. Esto incluye soluciones de alta osmolaridad ( $> 600 \text{ mOsm/Kg}$ ), fármacos con pH extremos (menor a 5 o mayor a 9) y nutrición parenteral.
- 3. Acceso Venoso Difícil:** En pacientes con una red venosa comprometida por punciones previas, enfermedades crónicas o su propia condición fisiológica, el PICC ofrece un acceso seguro y estable, garantizando la continuidad del tratamiento sin interrupciones.

### 2.2 VENTAJAS VS. DESVENTAJAS: UNA MIRADA EQUILIBRADA

Como todo procedimiento, el uso del PICC presenta un balance entre beneficios significativos y posibles desventajas que el equipo de salud debe sopesar cuidadosamente.

VENTAJAS PRINCIPALES	DESVENTAJAS A CONSIDERAR
Reduce las punciones dolorosas y el estrés asociado para el niño.	Riesgo de sangrado, especialmente en prematuros extremos.
Facilita la movilidad del paciente al no ubicarse en zonas de flexión.	No se puede usar para transfusiones de sangre u otros hemoderivados
No requiere una herida quirúrgica para su inserción.	No permite medir la Presión Venosa Central (PVC).
Permite acortar la estancia hospitalaria y reduce la separación madre-hijo.	No debe usarse para extracciones de sangre de laboratorio por riesgo de colapso.

Entendidas las indicaciones y el balance riesgo-beneficio, la responsabilidad de materializar estas ventajas y mitigar las desventajas recae directamente en el equipo de enfermería. ¿Cómo se traduce esto en la práctica diaria durante la inserción, el mantenimiento y el retiro del catéter?

## 3.0 EL ROL FUNDAMENTAL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL PICC

El personal de enfermería es un pilar esencial en todo el ciclo de vida del catéter PICC. Profesionales con capacitación específica y juicio crítico son responsables de la inserción, el mantenimiento continuo y el retiro seguro del dispositivo, garantizando así la seguridad del paciente pediátrico.

### 3.1 INSERCIÓN DEL CATÉTER: PRECISIÓN Y ASEPSIA

La inserción del catéter PICC es un procedimiento técnico preciso, realizado por personal de enfermería con capacitación y certificación específica. Los aspectos cruciales de este procedimiento son:

- Técnica:** El procedimiento se realiza con una **técnica estéril** rigurosa. Esto implica el uso de un campo estéril completo, batas y guantes estériles para minimizar cualquier riesgo de contaminación.
- Sitios de Inserción:** Las venas de elección se encuentran en los miembros superiores, siendo las más comunes la vena **basílica**, por su trayecto más directo, y la vena **cefálica**.
- Ubicación Final:** Tras la inserción, la correcta posición de la punta del catéter se confirma mediante una radiografía. La ubicación óptima es en el tercio inferior de la vena **cava superior**, para garantizar un alto flujo sanguíneo que diluya rápidamente las soluciones infundidas, minimizando el riesgo de daño venoso y trombosis.

### 3.2 MANTENIMIENTO Y CUIDADOS CONTINUOS: LA CLAVE DEL ÉXITO

El éxito de un catéter PICC no se mide en el momento de su inserción, sino en cada día de su permanencia. Un mantenimiento meticuloso y basado en

protocolos es la única garantía para maximizar su durabilidad y, sobre todo, para proteger al paciente de complicaciones prevenibles.

- 1. Higiene de Manos y Técnica Estéril:** La higiene de manos es una medida no negociable antes y después de cualquier manipulación del catéter, sus conexiones o el apósito. El uso de guantes estériles es obligatorio durante los cuidados directos del sitio de inserción.
- 2. Curación y Cambio de Apósito:** La curación del sitio de inserción se realiza con **clorhexidina al 2%**. El apósito transparente estéril que cubre el sitio se cambia cada **7 días**, o antes si se encuentra sucio, húmedo o despegado.
- 3. Mantenimiento de la Permeabilidad:** Para evitar la oclusión, el catéter se lava con una jeringa de **10 ml** de suero fisiológico, **empujando el émbolo de la jeringa de forma intermitente** para crear turbulencia y limpiar eficazmente su lumen interno. Es fundamental destacar que solo se utiliza lavado con solución fisiológica; no se emplea heparina.
- 4. Vigilancia Activa:** El personal de enfermería debe vigilar continuamente el punto de inserción para detectar de forma temprana cualquier signo de alarma, como enrojecimiento, edema, dolor (sugestivos de infección o flebitis) o fuga de líquido (extravasación).

### 3.3 RETIRO DEL CATÉTER: FINALIZANDO EL TRATAMIENTO

El retiro del catéter es realizado por el profesional de enfermería utilizando una técnica aseptica para prevenir infecciones. Los motivos más comunes para su retiro incluyen:

- Finalización del tratamiento intravenoso.
- Obstrucción irreversible del catéter.
- Sospecha o confirmación de una infección asociada al catéter.

Un cuidado protocolizado es la mejor herramienta de prevención. Sin embargo, es fundamental conocer las posibles complicaciones para actuar de manera oportuna cuando estas se presentan.

## 4. PREVENCIÓN Y MANEJO DE COMPLICACIONES

A pesar de los cuidados rigurosos, pueden surgir complicaciones. El conocimiento profundo sobre ellas es vital para actuar rápidamente y garantizar la seguridad del paciente.

### 4.1 COMPLICACIONES DURANTE LA INSERCIÓN

Estas complicaciones son inmediatas y ocurren durante el procedimiento de colocación:

- Arritmia cardíaca
- Dificultad para avanzar el catéter
- Hemorragia en el sitio de punción
- Dolor

### 4.2 COMPLICACIONES POSTERIORES A LA INSERCIÓN

Estas complicaciones, también llamadas tardías, pueden aparecer días o semanas después de la inserción:

- **Oclusión:** Bloqueo del catéter que impide la infusión o extracción de fluidos.
- **Infiltración:** Fuga del líquido infundido hacia el tejido circundante.
- **Sepsis:** Infección grave del torrente sanguíneo relacionada con el catéter.
- **Flebitis:** Inflamación de la vena donde está alojado el catéter.
- **Trombosis:** Formación de un coágulo de sangre en la vena.

Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) son una de las preocupaciones más serias. Por ello, la adherencia estricta a los protocolos de asepsia, desde la inserción hasta cada manipulación, es la  **piedra angular** en su prevención. La vigilancia proactiva y el reconocimiento temprano de estos signos por parte de enfermería no es una tarea más, sino la principal línea de defensa del paciente.

La prevención activa y la preparación para manejar estas situaciones son la base de un cuidado seguro, lo que nos lleva a los puntos clave de la práctica diaria.

### 5. CONCLUSIÓN: PUNTOS CLAVE PARA LA PRÁCTICA DIARIA

El manejo del catéter PICC en pediatría se puede sintetizar en tres principios fundamentales para la práctica diaria de enfermería:

- **El PICC es una herramienta esencial** para pacientes pediátricos con necesidades complejas. Sin embargo, su éxito y seguridad dependen directamente de la competencia, la diligencia y el cuidado meticuloso del personal de enfermería.
- **La prevención es primordial:** La aplicación rigurosa de técnicas estériles y protocolos de mantenimiento (higiene de manos, curación con clorhexidina, lavado correcto) es la mejor estrategia para evitar complicaciones graves como las infecciones.
- **La educación y la capacitación continua son cruciales:** El conocimiento actualizado sobre el manejo del PICC, la estandarización de los cuidados y el aprendizaje constante garantizan un cuidado seguro y de alta calidad, mejorando significativamente los resultados y la experiencia de los pacientes pediátricos y sus familias.

# El Shock Room: Cómo la Organización del Espacio Salva Vidas



Imagen: Freepik.com

## Autoras

Flores Sabrina, Sosa Claudia, Vidal Jimena

**Fecha del estudio:** Agosto de 2025

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

En mis años en urgencias, he aprendido una verdad ineludible: los mejores equipos pueden ser neutralizados por el peor de los entornos. El "shock room" es el epicentro de esta batalla, y a menudo, la primera víctima del caos es la propia organización del espacio.

## 1. INTRODUCCIÓN: EL CORAZÓN DE LA EMERGENCIA

### 1.1. ¿QUÉ ES UN SHOCK ROOM?

El shock room, o sala de reanimación, es el área especialmente diseñada para atender a pacientes críticos con "inminencia de muerte". Es aquí donde el equipo de salud libra una batalla contra el tiempo para esta-

bilizar a un niño o niña cuya vida pende de un hilo. Para comprender su importancia, es fundamental diferenciar entre una urgencia y una emergencia:

Una **emergencia** implica un riesgo de vida real, donde el peligro es inminente y puede dejar secuelas graves y permanentes. En cambio, una **urgencia** presenta un riesgo de vida potencial que, si bien debe atenderse rápidamente, aún no ha alcanzado ese punto crítico.

El objetivo principal del shock room es claro y único: la reanimación y estabilización del paciente. Cada elemento en esta sala, desde la ubicación de una gasa hasta la altura de un monitor, debe estar pensado para cumplir esta misión.

### 1.2. LA EFICIENCIA COMO HERRAMIENTA PARA SALVAR VIDAS

En un entorno donde cada segundo es vital, la eficiencia no es un lujo, es una herramienta para salvar vidas. La organización del espacio, los materiales y el equipo no es un detalle menor, sino un factor que, segú

concluye el estudio que analizaremos, es **determinante para la evolución del paciente**. Una distribución inadecuada de los recursos o una infraestructura deficiente impactan negativamente en la calidad y oportunidad de los cuidados.

### 1.3. UN CASO DE ESTUDIO: EL HOSPITAL HUMBERTO NOTTI

Para comprender estos desafíos de manera práctica, nos basaremos en un estudio realizado en el shock room del Hospital Pediátrico Humberto Notti en Mendoza, Argentina. Este análisis nos permitirá ver cómo problemas organizacionales comunes afectan directamente el desempeño del personal de enfermería.

Pero es crucial entender el contexto: no se trata de un hospital cualquiera. Es el **hospital pediátrico público de referencia para toda la región oeste de Argentina**, una institución que **no ha ampliado su capacidad de camas desde 1991**. Esta realidad somete al personal y a la infraestructura a una presión inmensa, haciendo que los desafíos organizacionales sean aún más críticos.

Ahora, analicemos los problemas concretos que el personal de enfermería enfrenta cuando el entorno no está optimizado para la emergencia.

## 2. LOS DESAFÍOS ORGANIZACIONALES: CUANDO EL ENTORNO SE VUELVE UN OBSTÁCULO

El estudio en el Hospital Notti revela una realidad que muchos de nosotros hemos experimentado en la primera línea: las limitaciones físicas y logísticas pueden convertir el entorno de trabajo en un obstáculo para el cuidado eficiente.

### 2.1. EL ESPACIO FÍSICO: UN CAMPO DE BATALLA ESTRECHO

El personal describe el shock room como un espacio "estrecho", donde las camillas no cumplen con la superficie mínima recomendada. Esto crea un entorno de trabajo congestionado y difícil de navegar durante una crisis. La percepción del personal es contundente:

#### Percepción del Personal sobre el Espacio Físico

Afecta la atención (Muy probable) 61.1%

Afecta la atención (Probable) 22.2%

**Total que percibe un impacto negativo 83.3%**

**Impacto directo:** Un espacio reducido obliga al personal a moverse con dificultad, esquivando a otros miembros del equipo y equipos médicos. Esto no solo aumenta el estrés, sino que retrasa acciones críticas. En la práctica, ese retraso es la diferencia entre administrar epinefrina en el momento óptimo de un paro cardíaco o hacerlo 30 segundos tarde.

## 2.2. LA ILUMINACIÓN: LUCHANDO CONTRA LAS SOMBRAS

La investigación identificó la iluminación como "escasa y deficiente". Las luminarias están ubicadas en las paredes y no directamente sobre el paciente, lo que genera sombras y dificulta la visibilidad en el punto de atención. La calificación del personal es abrumadoramente negativa:

#### Calificación de la Iluminación

Regular 50%

Mala 38.9%

**Total con percepción negativa/deficiente 88.9%**

**Impacto directo:** Desde una perspectiva clínica, este hallazgo es particularmente alarmante. Una mala iluminación compromete la seguridad al realizar procedimientos de precisión. Clínicamente, esto significa que una canalización venosa difícil en un lactante se convierte en un procedimiento de alto riesgo de error, perdiendo tiempo precioso y aumentando el estrés del paciente y del equipo.

### 2.3. MATERIALES Y EQUIPAMIENTO: UNA BÚSQUEDA CONTRA EL RELOJ

Los problemas identificados en la gestión de materiales son críticos. El estudio revela que los insumos se encuentran retirados del paciente, su distribución es calificada mayoritariamente como "regular" y la cantidad de camillas es insuficiente para emergencias múltiples.

Los hallazgos clave son:

- **Distribución de materiales:** El 50% del personal la considera "regular". Esto significa que el acceso a insumos vitales como jeringas o catéteres no es inmediato.
- **Cantidad de camillas:** El 72.2% del personal cree que es "muy probable" que la cantidad actual sea insuficiente para atender urgencias múltiples.
- **Ubicación de dispositivos:** Un contundente 94.4% del personal cree que modificar la ubicación de los equipos mejoraría la eficiencia.

**Impacto directo:** Lo que estos números realmente nos dicen es que el enfermero se ve forzado a elegir entre permanecer con su paciente o abandonar la cabecera para buscar un insumo básico. Esta elección nunca debería tener que hacerse. La falta de camillas, por su parte, puede crear un cuello de botella fatal durante un evento masivo.

A pesar de estos importantes obstáculos físicos y logísticos, el factor más importante en cualquier emergencia es el personal. Y aquí es donde ustedes, como futura generación de enfermeros, deben prestar la máxima atención.

### 3. EL FACTOR HUMANO: UN EQUIPO PREPARADO Y DISPUESTO AL CAMBIO

Aquí es donde la historia se vuelve poderosa: tenemos un equipo altamente capacitado y experimentado que se enfrenta a diario a un entorno que le falla. Pero en lugar de resignación, encontramos un profundo compromiso con la mejora.

#### 3.1. UN PERSONAL ALTAMENTE CUALIFICADO Y CON EXPERIENCIA

Los datos demuestran que el equipo de enfermería del shock room es profesional y experimentado, dos cualidades esenciales para manejar situaciones de alta presión.

- 1. Formación Académica:** El 77.8% son Licenciados en Enfermería, lo que indica un alto nivel formativo y capacidad para la toma de decisiones clínicas fundamentadas.
- 2. Experiencia en el Servicio:** El 61% del personal tiene más de 5 años de antigüedad en el servicio, lo que demuestra un equipo con experiencia consolidada.

#### 3.2. LA VOLUNTAD DE MEJORAR: UNA OPORTUNIDAD CLAVE

Quizás el hallazgo más esperanzador del estudio es la disposición del personal para ser parte de la solución. Lejos de la resignación, el equipo muestra un deseo activo de participar en la optimización de su lugar de trabajo.

- El 77.8% del personal tiene "algunas" propuestas de mejora, lo que demuestra un compromiso activo y una reflexión constante sobre cómo hacer mejor su trabajo.
- El 88.9% comparte la idea de implementar cambios de manera "muy probable", lo que indica un consenso casi total y una cultura organizacional abierta a la mejora continua.

Este hallazgo es crucial: la motivación y las ideas del propio personal son el motor más poderoso para implementar soluciones que sean efectivas, prácticas y sostenibles a largo plazo.

*El análisis del shock room revela que la infraestructura y la organización influyen directamente en la rapidez, eficiencia y seguridad del cuidado de enfermería.*

Esta combinación de desafíos claros y un personal dispuesto a solucionarlos nos lleva a una conclusión poderosa sobre el futuro de la atención en emergencias.

### 4. CONCLUSIÓN: CONSTRUYENDO UN ENTORNO QUE SALVA VIDAS

#### 4.1. SÍNTESIS DE LOS HALLAZGOS CLAVE

El análisis del shock room del Hospital Humberto Notti nos deja una lección fundamental: los factores estructurales y de organización —como el espacio físico, la iluminación y la distribución de materiales— no son aspectos secundarios. Por el contrario, afectan directamente la eficiencia, la rapidez y la seguridad de los cuidados de enfermería, convirtiéndose en una barrera o en un aliado en la lucha por la vida de un paciente.

#### 4.2. LAS MEJORAS SUGERIDAS: UN CAMINO HACIA LA EFICIENCIA

Basándose en los problemas detectados, el estudio propone un plan de acción claro y práctico. Estas sugerencias, nacidas de la evidencia y la experiencia del personal, trazan un camino hacia un entorno más seguro y eficiente:

- 1. Reorganizar la distribución de materiales:** Acerca los insumos críticos al paciente para optimizar el acceso y reducir los tiempos de respuesta.
- 2. Liberar el espacio físico:** Colocar monitores y otros dispositivos en repisas en la pared para despejar el área de trabajo y aumentar la cantidad de camillas disponibles.
- 3. Mejorar la iluminación:** Instalar luminarias directas sobre el paciente para garantizar una visibilidad adecuada y reducir el riesgo de errores durante procedimientos de precisión.
- 4. Optimizar el uso de registros digitales:** Aprovechar y expandir el sistema de registro digital ya existente para eliminar por completo la dependencia del papel, agilizando el acceso a la información y liberando espacio físico.

#### 4.3. MENSAJE FINAL PARA FUTUROS PROFESIONALES

Como futuros profesionales de la enfermería, es vital que comprendan esta lección. Tu responsabilidad no termina al administrar un medicamento. Comienza al preguntarte: "¿Por qué esta jeringa no estaba al alcance de mi mano?" "¿Por qué tuve que luchar contra una sombra para encontrar esa vena?". Convertir esas preguntas en acciones es lo que distingue a un buen enfermero de un verdadero líder en el cuidado del paciente. Abogar por un entorno de trabajo seguro y eficiente no es una tarea administrativa; es una extensión directa de la calidad del cuidado que brindas y una de las responsabilidades más grandes de nuestra profesión.

# Comprendiendo el Dolor en Pediatría: Una Guía Esencial para Enfermeros



Imagen: Freepik.com

## Autoras

Coronel Eliana, Cano Mabel, Flores Miriam

**Fecha del estudio:** Junio 2025

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

## 1. INTRODUCCIÓN: ¿POR QUÉ ES CRUCIAL HABLAR DE DOLOR INFANTIL?

El manejo del dolor es un componente fundamental de la práctica de enfermería. Históricamente, el dolor infantil ha sido subestimado, a pesar de que su correcto abordaje es clave para la salud física y emocional de los niños. Esto es especialmente cierto en procedimientos rutinarios pero dolorosos como la venopunción, una de las intervenciones más frecuentes en pediatría. Como futuros profesionales, debemos recordar que entre nuestros deberes fundamentales se encuentran

promover la salud y, de manera crucial, aliviar el sufrimiento. Una atención de calidad y humanizada exige que tomemos el dolor pediátrico con la seriedad que merece. Para abordarlo eficazmente, primero debemos comprender qué es exactamente y cómo se manifiesta.

## 2. DEFINIENDO EL DOLOR: MÁS ALLÁ DE UNA SIMPLE SENSACIÓN

La comprensión moderna del dolor ha evolucionado significativamente. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) ofrece una definición actualizada en 2020 que captura su verdadera complejidad:

*"Una experiencia angustiosa asociada a un daño tisular real o potencial, con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales"*  
(Raja et al., 2020)

Esta nueva definición es vital porque va más allá de lo puramente físico. Al incluir explícitamente los componentes **cognitivos y sociales**, nos proporciona una dimensión más completa, amplia y humanizada. Para la enfermería, esto significa que nuestra valoración debe considerar no solo la lesión, sino también cómo el niño entiende su dolor y cómo su entorno social influye en su experiencia. Ahora que entendemos su compleja definición, veamos cómo se clasifica para facilitar su diagnóstico y tratamiento.

### 3. CLASIFICACIÓN DEL DOLOR: UN MAPA PARA ENTENDER SUS ORÍGENES Y CARACTERÍSTICAS

Clasificar el dolor nos ayuda a elegir las intervenciones más adecuadas. La siguiente tabla resume los criterios principales para entender los diferentes tipos de dolor que podemos encontrar en la práctica clínica.

Conocer estas clasificaciones es el primer paso,

rear cómo responde el paciente a nuestras intervenciones. Antes de una venopunción, por ejemplo, debemos seleccionar una escala apropiada para establecer una línea base y, posteriormente, reevaluar para medir la efectividad de nuestras intervenciones. Para lograrlo, disponemos de diferentes métodos adaptados a la edad y capacidad de comunicación del niño.

#### 4.1. MÉTODOS DE AUTOEVALUACIÓN: CUANDO EL NIÑO PUEDE INFORMAR

Estos métodos se basan en la capacidad cognitiva del niño para comunicar su dolor. Las herramientas más comunes incluyen:

- **Cuestionarios:** Utilizan preguntas sobre la intensidad y las características del dolor.
- **Autorregistros:** El paciente registra por escrito las

CRITERIO DE CLASIFICACIÓN	TIPOS DE DOLOR	DESCRIPCIÓN BREVE
Según su Duración	Dolor irruptivo	Exacerbación súbita y transitoria sobre un dolor persistente.
	Dolor hiper agudo	De muy corta duración, secundario a procedimientos (ej. una venopunción).
	Dolor agudo	Consecuencia directa de un daño tisular, limitado en el tiempo.
	Dolor crónico	Persiste más de 3-6 meses después de la resolución de la causa.
Según su Mecanismo	Dolor nociceptivo	Resultante del daño a la piel u otro tejido (somático o visceral).
	Dolor neuropático	Causado por una disfunción del sistema nervioso central o periférico.
	Dolor psicógeno	Predomina la dimensión afectiva sobre la causa orgánica.
Según su Localización	Dolor localizado	Limitado al sitio de origen de la lesión.
	Dolor reflejo	Se presenta en una parte diferente al origen, pero deriva del mismo nervio.
	Dolor referido	Se percibe a distancia del origen, sin derivar directamente del mismo.

pero la habilidad más crítica en pediatría es saber cómo evaluar y medir el dolor en niños que no siempre pueden expresarlo con palabras.

*Consejo clínico: Nunca asumas el tipo de dolor basándote solo en el diagnóstico. Un dolor postoperatorio (nociceptivo) puede cronificarse y desarrollar un componente neuropático. ¡Evalúa siempre de forma integral!*

### 4. LA EVALUACIÓN DEL DOLOR EN PEDIATRÍA: EL DESAFÍO CLAVE

El objetivo principal de la evaluación del dolor es identificar su presencia, medir su intensidad y monito-

características de su dolor, como en un "Diario de Cefaleas".

- **Escalas Numéricas:** La más común es la escala de 0 (sin dolor) a 10 (máximo dolor posible). Precisa del conocimiento y colaboración del niño, generalmente a partir de los 8 años.
- **Escalas Verbales:** Clasifican el dolor con adjetivos descriptivos como leve, moderado o intenso.
- **Escalas de Caras:** Usan representaciones visuales del dolor para que el niño señale la que mejor representa cómo se siente. Son útiles en niños a partir de los 3 años. Los ejemplos clave son la **Escala FA-CES-Revisada**, la **Escala de Wong-Baker** y la **Escala de Oucher**.



Imagen: Freepik.com

- **Escala Visual Analógica (EVA):** Consiste en una línea horizontal donde el niño marca su nivel de dolor entre los extremos "sin dolor" y "máximo dolor".

**Recuerda:** La escala que elijas debe ser consistente para un mismo paciente a lo largo de su hospitalización. Cambiar de escala dificulta el seguimiento de la evolución del dolor.

#### 4.2. MÉTODOS CONDUCTUALES: OBSERVANDO LAS SEÑALES NO VERBALES

Estas escalas son cruciales cuando los niños no pueden expresar verbalmente su dolor, como en el caso de lactantes o niños con deterioro cognitivo. Se basan en la observación de cambios en su conducta.

- **Escala FLACC:** Valora 5 parámetros: Face (Cara), Legs (Piernas), Activity (Actividad), Cry (Llanto), Consolability (Consuelo).
- **Escala CHEOPS:** Puntúa el llanto, la expresión facial, el comportamiento, el lenguaje y la posición de brazos y piernas.
- **Escala LLANTO:** Valora el llanto, la actitud, la respiración, el tono postural y la expresión facial. Es muy útil en niños postquirúrgicos.
- **Escala CRIES:** Es una escala mixta (conductual y fisiológica) útil en neonatos posquirúrgicos. Su acrónimo significa **C**rying (Llanto), **R**equires O<sub>2</sub> (Requiere O<sub>2</sub>), **I**ncreased vital signs (Signos vitales aumentados), **E**xpression (Expresión), **S**leeplessness (Insomnio).
- **Escala COMFORT:** Ampliamente utilizada en unidades neonatales, valora el estado de alerta y la agitación, entre otros parámetros.
- **Escala NIPS:** Validada para recién nacidos (a término y pretérmino), valora la expresión facial, el llanto y la respiración.

#### 4.3. MÉTODOS FISIOLÓGICOS: LO QUE EL CUERPO DICE

Este método consiste en la interpretación de constantes vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial) como una estimación **indirecta e inespecífica** del dolor. Si bien un aumento en estas constantes puede ser un indicador, estos signos deben interpretarse con cautela, ya que también pueden deberse a miedo o ansiedad. **Nunca deben usarse como el único método de evaluación**, sino como un complemento a las escalas conductuales o de autoinforme.

Es vital conocer esta amplia gama de herramientas de evaluación. Sin embargo, estudios como el que inspira esta guía (Coronel, Cano & Flores, 2024) demuestran que en la práctica diaria, los profesionales a menudo dependen más de la observación informal, el autoinforme del niño y técnicas de distracción. Esto subraya la necesidad no solo de conocer las escalas, sino de abogar por su implementación sistemática y la creación de protocolos en nuestros futuros lugares de trabajo, tal como lo expresó el 72% del personal de enfermería encuestado en dicho estudio.

#### 5. CONCLUSIÓN: INTEGRANDO EL CONOCIMIENTO EN LA PRÁCTICA DIARIA

Dominar los conceptos del dolor pediátrico es más que un requisito académico; es una responsabilidad ética. Una correcta definición, una clasificación precisa y, sobre todo, una evaluación meticulosa utilizando las herramientas adecuadas, son habilidades no negociables para proporcionar una atención de enfermería de alta calidad y verdaderamente humanizada. Como futuro profesional de enfermería, al integrar este conocimiento en tu práctica diaria, no solo tratarás síntomas, sino que aliviarás el sufrimiento y honrarás la confianza que los niños y sus familias depositan en ti.

# Organización y Desafíos en un Hospital Pediátrico



Imagen: Freepik.com

## Autoras

Cedeño Palacios Sheila Jaqueline

**Fecha del estudio:** Diciembre de 2024

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

## 1. INTRODUCCIÓN: ¿QUÉ ES UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD?

Este documento explica de manera sencilla cómo funciona un hospital pediátrico especializado y los desafíos que enfrenta en su día a día. Para ello, tomaremos como caso de estudio la investigación realizada en el Hospital Humberto Notti, el centro pediátrico más importante del oeste argentino.

Este tipo de hospital se conoce como un **Establecimiento Sanitario con Internación Especializada en Pediatría (ESCIEP)**, o un hospital de alta complejidad. Su función es crucial, ya que se encarga de los casos más difíciles que otros centros no pueden resolver. Según la definición técnica:

*...resuelve procesos que requieren el mayor nivel de resolución vigente... por el recurso humano capacitado como también por el recurso tecnológico disponible.*

El **Hospital Humberto Notti** es el único hospital pediátrico de referencia en la provincia de Mendoza, Argentina. Con una disponibilidad de 260 camas, atiende a una gran población infantil, enfrentando retos organizativos que impactan directamente en la calidad de la atención.

Para entender los desafíos de un hospital así, sigamos el camino que un paciente pediátrico podría tomar desde su llegada.

## 2. EL INICIO DEL RECORRIDO: EL SERVICIO DE URGENCIAS

El viaje de muchos pacientes hospitalizados comienza en el **servicio de urgencias**. Esta área funciona como la puerta de entrada principal para quienes necesitan atención inmediata y está abierta las 24 horas del día, los 365 días del año. Al llegar, el paciente atraviesa un proceso diseñado para priorizar los casos más graves:

**1. Admisión de pacientes:** Es el primer paso, donde se realiza el registro administrativo. Aquí se toman los datos básicos del niño para crear su ficha de atención.

**2. Clasificación o Triaje:** Inmediatamente después, el paciente tiene su primer contacto con el personal sanitario (enfermeros o médicos). En esta etapa crucial, se evalúa la gravedad de su condición y se le asigna una prioridad de atención para asegurar que los casos más críticos sean vistos primero.

El sistema de triaje clasifica a los pacientes en cinco niveles, cada uno con un color y un tiempo de espera máximo recomendado.

cretaría. **Esto significa que una cama clínicamente disponible sigue figurando como ocupada en el sistema, creando un cuello de botella artificial que el personal de enfermería nocturno no puede resolver.**

Un 12% adicional del personal citó "Otros" factores, pero estas cuatro causas representan los problemas sistémicos más definidos. Este escenario crea una paradoja: las últimas horas de la tarde y la noche son

NIVEL DE PRIORIDAD	SIGNIFICADO Y TIEMPO DE ATENCIÓN
Prioridad Roja	<b>Emergencia vital.</b> La vida del paciente está en riesgo. Atención inmediata.
Prioridad Naranja	<b>Urgencia grave.</b> Debe ser atendida en menos de 10 minutos.
Prioridad Amarilla	<b>Urgencia.</b> El tiempo de asistencia puede demorarse hasta una hora.
Prioridad Verde	<b>Situación poco urgente.</b> La atención puede demorarse hasta dos horas.
Prioridad Azul	<b>Situación no urgente.</b> La asistencia puede demorarse hasta cuatro horas.

Una vez que el equipo de urgencias estabiliza al paciente y determina que necesita cuidados continuos, comienza uno de los mayores desafíos organizativos: la internación.

### 3. EL DESAFÍO CENTRAL: LA GESTIÓN DE CAMAS Y LA INTERNACIÓN NOCTURNA

El problema principal identificado en la investigación es la **dificultad para internar pacientes**, una situación que se agrava especialmente durante el turno noche.

En el Hospital Humberto Notti, el personal de enfermería del turno noche es el encargado de gestionar y asignar las camas para los nuevos ingresos que provienen de urgencias. Sin embargo, este proceso se ve obstaculizado por varios factores. Una encuesta realizada al personal de enfermería reveló las principales causas de estas dificultades:

- Disponibilidad de camas (28%):** Simplemente no hay una cama física libre en el servicio adecuado.
- Cantidad de pacientes ya internados (28%):** Los servicios se encuentran con una alta ocupación, lo que limita el espacio para nuevos ingresos.
- Complejidad y diagnóstico del paciente (20%):** Muchos niños requieren cuidados específicos, como salas de aislamiento o áreas especializadas, que no siempre están disponibles.
- Demoras en las altas médicas (12%):** A veces, problemas administrativos o de coordinación retrasan la externación de pacientes. La investigación señala que a menudo el alta no se registra a tiempo en se-

los momentos de mayor actividad para recibir pacientes, pero es precisamente cuando suele haber menos personal disponible. Esto genera una inevitable **sobre-carga de trabajo** para el equipo de turno.

Entonces, ¿qué sucede cuando estos factores se combinan y el sistema se ve sobrecargado?

### 4. LAS CONSECUENCIAS DE UN SISTEMA SATURADO

Cuando la falta de camas, la alta ocupación y las demoras en las altas —los factores vistos anteriormente— chocan con el flujo constante de pacientes nocturnos, las consecuencias van más allá de un simple inconveniente logístico. Tienen un impacto directo y negativo en la operación del hospital y en la calidad del cuidado. Las principales consecuencias son:

- Demoras en el ingreso a sala:** Los niños deben esperar más tiempo en urgencias, un área que no está diseñada para estancias prolongadas.
- Uso innecesario de recursos materiales:** La gestión ineficiente puede llevar a un desperdicio de insumos.
- Sobresaturación del personal de enfermería:** La sobrecarga de trabajo y el estrés afectan el bienestar del equipo y su capacidad para desempeñar sus funciones de manera óptima.
- Disminución potencial de la calidad de atención:** Este es el efecto más preocupante. Cuando el sistema está bajo presión, el riesgo de errores aumenta y la calidad del cuidado puede verse comprometida.



Imagen: Freepik.com

Este último punto es confirmado por el propio personal. Según la encuesta del estudio, un **72% del personal de enfermería afirmó que las "estadías inadecuadas"** (como las esperas prolongadas en urgencias) **afectan la efectividad de la atención**.

A pesar de estos desafíos, la percepción del personal sobre la calidad general de la atención que brindan es mayormente positiva, calificándola como **"buena" (56%) o "regular" (36%)**. Esto sugiere que, si bien los profesionales se esfuerzan por mantener un alto estándar, son conscientes de que la presión del sistema crea áreas de mejora evidentes.

Identificar estos problemas es el primer paso. El estudio también propone caminos para fortalecer la organización y, en consecuencia, la atención al paciente.

## 5. CONCLUSIÓN: HACIA UNA MEJOR ORGANIZACIÓN PARA UNA ATENCIÓN EFICAZ

La investigación concluye que mejorar la organización no es una tarea meramente administrativa, sino una necesidad fundamental para garantizar una atención de calidad. La principal conclusión es clara:

En conclusión, se evidenció que una estructura organizativa clara y eficiente en los servicios de internación pediátrica impacta positivamente en la efectividad de la atención de enfermería, mejorando la calidad del cuidado, la seguridad del paciente.

El estudio propone recomendaciones clave aplicables a cualquier centro de salud.

- 1. Optimizar la planificación:** Es fundamental distribuir al personal de enfermería de manera equitativa, considerando no solo la cantidad de pacientes, sino también su nivel de complejidad. Esto ayuda a reducir la sobrecarga laboral y asegura que cada niño reciba el tiempo y la atención que necesita.
- 2. Definir protocolos claros:** Estandarizar los procesos de admisión y, sobre todo, de alta médica, es crucial. Un sistema de egreso eficiente evita estancias innecesarias, agiliza la disponibilidad de camas y mejora el flujo de pacientes en todo el hospital.
- 3. Promover el liderazgo y la comunicación:** Fomentar una comunicación efectiva entre todos los equipos (médicos, enfermeros, administrativos) y potenciar el liderazgo enfermero son claves para crear un entorno organizativo eficiente donde la toma de decisiones sea rápida y coordinada.

En definitiva, la organización hospitalaria no es un concepto abstracto, sino la columna vertebral que sostiene cada acto clínico. Para usted, como futuro profesional del sistema de salud, entender esto es esencial: una buena gestión no es tarea de otros, sino una herramienta crucial en sus manos para garantizar una atención segura, eficaz y humana para cada niño.

# El Estrés Laboral en el Personal de Enfermería Pediátrica



Imagen: Freepik.com

## Autores

*Lic. Carrizo, Dario Sebastián, Lic. Rondinini, Gabriela Victoria*

**Fecha del estudio:** Septiembre 2025

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

## INTRODUCCIÓN: COMPRENDIENDO EL DESAFÍO DEL ESTRÉS EN ENFERMERÍA

El servicio de urgencias pediátricas es un entorno de trabajo altamente demandante y dinámico, donde los profesionales de enfermería enfrentan situaciones críticas que exigen una toma de decisiones inmediata y una atención de máxima calidad. Este servicio atiende a niños que presentan condiciones médicas urgentes y, en muchos casos, potencialmente mortales, lo que intensifica la presión sobre el personal. En este contexto, el estrés laboral se convierte en un tema crucial, ya que no solo impacta directamente la salud física y mental del personal, sino que también puede comprometer la calidad del cuidado que se brinda a los pacientes pediátricos, quienes son una población especialmente vulnerable.

Este resumen explica los conceptos clave del estrés laboral, sus causas y consecuencias, utilizando como ejemplo un estudio realizado en el servicio de emergencias pediátricas del Hospital Dr. Humberto Notti en Mendoza, Argentina, para ilustrar cómo este fenómeno se manifiesta en un entorno real.

## 1. ¿QUÉ ES EL ESTRÉS LABORAL? DOS CARAS DE LA MISMA MONEDA

En el ámbito de la salud, el estrés es una respuesta natural del organismo ante situaciones de alta demanda. Sin embargo, cuando esta respuesta se prolonga o intensifica sin una gestión adecuada, puede generar efectos negativos significativos.

El estrés en el personal de la salud se manifiesta como una respuesta natural y necesaria del organismo ante situaciones de demanda o amenaza, pero cuando se prolonga o intensifica sin ser gestionado adecuadamente, puede tener efectos negativos significativos en la salud y el rendimiento de los profesionales de la salud.

Existen dos formas principales en las que se manifiesta el estrés: agudo y crónico. (Ver tabla)

Ahora que entendemos los tipos de estrés, exploraremos los factores específicos que lo provocan en el día a día del personal de enfermería.

## 2. LOS DESENCADENANTES: FACTORES ESTRESANTES CLAVE EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Existen múltiples factores que generan una presión constante sobre el personal de enfermería en el servicio de urgencias pediátricas. El estudio identifica tres como los más relevantes:

	ESTRÉS AGUDO	ESTRÉS CRÓNICO
Definición	Es una respuesta de corta duración, desencadenada por situaciones repentinas que requieren una acción rápida y efectiva.	Es un estado persistente y de larga duración, resultado de una exposición continua a factores estresantes sin una recuperación adecuada.
Causas Comunes en Enfermería	Atención a emergencias y casos graves, intervenciones imprevistas y crisis en pacientes pediátricos.	Carga de trabajo excesiva, jornadas laborales prolongadas, falta de personal y ausencia de apoyo emocional o institucional.
Manifestaciones Típicas	Aumento de la frecuencia cardíaca, ansiedad temporal, problemas de sueño e irritabilidad.	Agotamiento profesional (burnout), depresión, hipertensión, problemas digestivos, trastornos musculoesqueléticos y fatiga crónica.

**1. Sobrecarga Laboral** Es el desequilibrio entre la demanda de tareas y los recursos disponibles. Esta presión continua se manifiesta a través de:

- Jornadas laborales prolongadas.
- Falta de personal suficiente para cubrir la demanda.
- Presión constante por realizar múltiples tareas (multitarea) en un entorno complejo.

**2. Gravedad de los Casos Atendidos** El nivel de complejidad y urgencia de los pacientes pediátricos genera una alta demanda física, emocional y cognitiva. Sus componentes clave son:

- El fuerte impacto emocional de tratar a pacientes en estado crítico.
- El posible rápido deterioro clínico en niños.
- La ansiedad y las demandas de los familiares, que añaden una capa adicional de presión.

**3. Falta de Apoyo Emocional** Se refiere a la carencia de contención psicológica por parte de colegas o superiores durante situaciones de alta carga emocional. Esto aumenta la sensación de aislamiento, agotamiento y frustración en el personal.

#### Dato Clave del Estudio

En el estudio del Hospital Notti, factores como la **sobrecarga de trabajo** y la **falta de recursos** fueron calificados como 'Muy Estresantes' (nivel 5 de 5) por la mayoría del personal encuestado, evidenciando que son los principales focos de presión en el servicio. Estos factores estresantes no solo generan presión momentánea, sino que tienen consecuencias profundas en la salud del personal y en su trabajo.

#### 3. EL IMPACTO: CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS CRÓNICO

La exposición prolongada a los factores estresantes descritos tiene efectos negativos que se manifiestan en diferentes niveles.

- **Impacto en la Salud Física y Mental** El estrés crónico puede provocar problemas físicos como dolores de cabeza, fatiga crónica, problemas digestivos e hipertensión. A nivel mental, es una causa directa de ansiedad, irritabilidad, depresión y el síndrome de burnout (agotamiento profesional).
- **Impacto en la Calidad de la Atención** El agotamiento deteriora la **capacidad de concentración y juicio** del profesional. Esto aumenta el riesgo de cometer errores médicos, como en la **administración de medicamentos**, y afecta negativamente la comunicación y la empatía con los pacientes y sus familias, deteriorando la calidad del cuidado.
- **Impacto en la Organización** El estrés crónico es un factor clave en la **rotación del personal**, lo que puede llevar a la deserción profesional. Esto no solo afecta la estabilidad y la experiencia del equipo, sino que también genera costos adicionales para la institución en reclutamiento y capacitación.

El bienestar del personal de enfermería es inseparable de la seguridad del paciente y la salud de la organización hospitalaria en su conjunto.

#### 4. CONCLUSIÓN: HACIA UN ENTORNO LABORAL MÁS SALUDABLE

El estrés en el personal de enfermería de urgencias pediátricas es un fenómeno multifactorial con serias implicaciones. Comprender la diferencia entre el estrés agudo (una reacción momentánea) y el crónico (un desgaste persistente) es fundamental. Factores como la sobrecarga laboral, la gravedad de los casos y la falta de apoyo emocional son los principales desencadenantes, cuyas consecuencias afectan la salud del personal, la seguridad del paciente y la estabilidad de la institución.

Para mitigar estos efectos, es crucial implementar estrategias efectivas. El estudio sugiere que la creación de **grupos de apoyo emocional** y la promoción de la **formación continua** en manejo del estrés son pasos esenciales para construir un ambiente de trabajo más saludable, resiliente y sostenible, garantizando así el bienestar de quienes cuidan y la calidad de la atención que brindan.

# Saberes del Personal de Enfermería, en Pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA)



Imagen: Freepik.com

Autores

Lic. Bucca Cristian, Lic. Godoy Daniel

**Fecha del estudio:** Abril de 2025

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

## ¿QUÉ ES EL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)? UN RESUMEN PARA ENTENDERLO MEJOR

### 1. DEFINIENDO EL AUTISMO: MÁS ALLÁ DE LA ETIQUETA

El **Trastorno del Espectro Autista (TEA)** es una condición compleja del neurodesarrollo, de origen neuobiológico. Esto significa que está relacionada con el desarrollo y funcionamiento del cerebro. Afecta fundamentalmente la manera en que una persona percibe el mundo que la rodea y cómo se relaciona con los demás.

El término "**espectro**" es clave para entender el autismo. Se refiere a que la condición se manifiesta en un amplio abanico de síntomas, habilidades y niveles de gravedad. Cada persona con TEA es única y presenta una combinación particular de características, lo que hace que la experiencia del autismo varíe enormemente de un individuo a otro.

### 2. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES: ¿CÓMO SE MANIFIESTA EL TEA?

El diagnóstico del TEA no se basa en una prueba médica, sino en la observación de ciertos patrones de comportamiento. Los profesionales utilizan criterios de manuales de clasificación reconocidos, como el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), para identificar la presencia de estas características. Se agrupan principalmente en dos grandes áreas.

#### 2.1 DIFICULTADES EN LA COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN SOCIAL

Las personas con TEA presentan déficits persistentes en la forma de comunicarse e interactuar con otros. Esto se puede observar de las siguientes maneras:

- Dificultades en la reciprocidad socioemocional:** Se refiere a la capacidad de participar en un intercambio social de ida y vuelta.  
*Ejemplo:* Puede manifestarse en un **acercamiento social anormal**, o en el **fracaso para iniciar o responder a interacciones** con otras personas.
- Problemas con las conductas comunicativas no verbales:** Implica desafíos para entender o usar el lenguaje corporal, los gestos o las expresiones faciales.  
*Ejemplo:* Algunas personas pueden presentar **anormalidad en el contacto visual**, dificultad para comprender gestos o una **falta total de expresión facial**.
- Retos en el desarrollo y la comprensión de relaciones:** Se observa una dificultad para establecer

vínculos de amistad y comprender las dinámicas sociales.

*Ejemplo:* Puede incluir la **dificultad para ajustar el comportamiento a diferentes contextos sociales** o una clara **ausencia de interés por otras personas**.

### 2.2 PATRONES DE COMPORTAMIENTO, INTERESES O ACTIVIDADES RESTRICTIVOS Y REPETITIVOS

Esta área se refiere a la tendencia a mostrar comportamientos, intereses o actividades que son repetitivos y que siguen patrones muy definidos.

- Movimientos, uso de objetos o habla estereotipada:** Son acciones que se repiten de la misma manera una y otra vez.  
*Ejemplo:* Esto puede incluir la **alineación de juguetes** de una forma específica o la **ecolalia**, que es la repetición de palabras o frases que han escuchado.
- Insistencia en la monotonía y rutinas:** Existe una fuerte necesidad de que las cosas se mantengan iguales y una gran dificultad para aceptar cambios.  
*Ejemplo:* Una persona puede sentir una **elevada angustia ante pequeños cambios** o tener la necesidad de **seguir siempre la misma ruta** para ir a un lugar.
- Intereses muy restringidos y fijos:** La persona puede desarrollar un interés muy intenso y específico en temas u objetos particulares, que es anormal en su intensidad.  
*Ejemplo:* Un **fuerte vínculo o una elevada preocupación hacia objetos inusuales**.

Entender estas características es el primer paso, lo que nos lleva a preguntarnos sobre sus posibles orígenes.

### 3. EL ORIGEN DEL TEA: ¿QUÉ SABEMOS SOBRE SUS CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO?

Aunque no se conoce una causa única para el TEA, la evidencia científica apunta a que es una condición multifactorial con una **fuerte influencia genética**. Los estudios demuestran que en las familias con un hijo con TEA, existe un 5% de probabilidad de que otro hijo también lo presente, una cifra 100 veces mayor que en la población general. Además, la correlación en gemelos monocigóticos (idénticos) es muy alta, alcanzando entre un 70% y un 90%.

**Factores de riesgo asociados:** Además del componente genético, se han identificado otros factores que podrían estar asociados a un mayor riesgo de desarrollar TEA:

- Prematuridad
- Bajo peso al nacer
- Edad avanzada de los padres
- Exposición a tóxicos o fármacos durante el embarazo, como el valproato

El conocimiento sobre sus posibles causas y factores de riesgo es fundamental, pero ¿cómo se identifica formalmente la condición?

#### 4. EL CAMINO HACIA EL DIAGNÓSTICO

Es importante aclarar que el diagnóstico de TEA **no se realiza con una prueba médica**, como un análisis de sangre o una resonancia magnética. Se trata de un proceso de evaluación exhaustiva del comportamiento y del desarrollo de la persona.

Este proceso es llevado a cabo por un **equipo multidisciplinario** de profesionales, que suele incluir a pediatras, psicólogos, psiquiatras infantiles y otros especialistas. Utilizan los criterios de clasificación de manuales como el **DSM-5** y la **CIE-11** (Clasificación Internacional de Enfermedades) para determinar si los patrones de comportamiento de la persona cumplen con los requisitos para el diagnóstico.

#### 5. ESTRATEGIAS DE APOYO Y ABORDAJES TERAPÉUTICOS

El principio fundamental del abordaje del TEA es que **no existe una cura**. El objetivo de las intervenciones es mejorar la calidad de vida, potenciar las habilidades y proporcionar las herramientas necesarias para el desarrollo de la persona. La **intervención temprana e individualizada** es clave para lograr resultados significativos.

Existen diversos enfoques terapéuticos, cada uno con objetivos específicos. (Ver tabla)

Para un apoyo exitoso, dos pilares son fundamentales: la colaboración de un **equipo de diversos profesionales** que trabajen de manera coordinada y el **rol esencial del apoyo familiar**, ya que la participación ac-

tiva de la familia es crucial para un progreso continuo y consistente.

La necesidad de estos apoyos se vuelve aún más clara cuando observamos cuántas personas viven con esta condición.

#### 6. EL TEA EN CIFRAS: DATOS DE PREVALENCIA

Los datos epidemiológicos nos ayudan a dimensionar el alcance del Trastorno del Espectro Autista en el mundo:

- **Prevalencia mundial:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el TEA afecta a **1 de cada 100 niños** en todo el mundo.
- **Frecuencia por sexo:** Es de **4 a 5 veces más frecuente en varones** que en mujeres.
- **Prevalencia en Argentina:** Se estima que **1 de cada 59 niños** en edad escolar presenta una condición del espectro autista.

#### 7. UN PENSAMIENTO FINAL: HACIA LA COMPRENSIÓN Y EL APOYO

El Trastorno del Espectro Autista es una condición del neurodesarrollo que acompaña a la persona durante toda su vida. No es una enfermedad que se pueda "curar", sino una manera diferente de percibir, procesar y experimentar el mundo.

El mensaje más importante es que con intervenciones tempranas, un apoyo continuo y personalizado, y un entorno familiar y social comprensivo, la calidad de vida de las personas con TEA y sus familias puede mejorar de manera sustancial, permitiéndoles alcanzar su máximo potencial.

TIPO DE ABORDAJE	OBJETIVO PRINCIPAL
Terapia Conductual Aplicada (ABA)	Modificar comportamientos observables para promover habilidades adaptativas y reducir conductas problemáticas.
Terapia Ocupacional	Mejorar habilidades motoras y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria de forma independiente.
Intervenciones Basadas en el Desarrollo (IBD)	Fomentar el desarrollo de habilidades sociales, comunicativas y cognitivas a través de actividades estructuradas.
Terapia del Lenguaje y la Comunicación	Mejorar la comunicación verbal y no verbal para facilitar la interacción social.
Modelo TEACCH	Utilizar estrategias educativas estructuradas y visuales para mejorar la autonomía y las habilidades sociales.
Terapias Alternativas y Complementarias	Complementar los tratamientos tradicionales para mejorar la experiencia del paciente (ej. musicoterapia).
Intervenciones Farmacológicas	Tratar síntomas específicos que pueden coexistir, como la ansiedad, la irritabilidad o los problemas de atención.
Apoyo Familiar y Educación	Proporcionar a la familia las habilidades y conocimientos necesarios para apoyar el desarrollo de su hijo en el entorno natural.

# Situaciones socio familiares relacionadas al ingreso de Adultos Mayores a Residencia de Larga Estadía



Imagen: Freepik.com

Autora

Castro, Anahí del Carmen

Fecha del estudio: Abril de 2025

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

## COMPRENDIENDO EL ENVEJECIMIENTO INTRODUCCIÓN: ¿QUIÉN ES EL "ADULTO MAYOR"?

En la antigüedad, los ancianos eran figuras honradas por su conocimiento y sus consejos eran escuchados con respeto. Sin embargo, en el mundo moderno, esta percepción ha cambiado. Hoy, el término "adulto mayor" se refiere a las personas que han cumplido más de 65 años, una etapa de la vida que se ha extendido significativamente gracias a los avances científicos.

Antes del siglo XX, la esperanza de vida promedio no superaba los 60 años. En contraste, hoy en día la esperanza de vida se ha alargado hasta aproximadamente 79 años para los hombres y 83 para las mujeres. Este aumento en la longevidad ha traído consigo nuevas realidades. La vejez, que antes era sinónimo de sabiduría, a menudo enfrenta connotaciones negativas asociadas a la incapacidad de adaptarse a un mundo enfocado en lo material y económico.

El envejecimiento es mucho más que cumplir años; es un proceso multifacético que involucra transformaciones profundas. Esta guía explora las tres dimensiones clave de este proceso: los cambios biológicos, las adaptaciones psicológicas y las reconfiguraciones sociales que definen esta etapa crucial de la vida.

### 1. EL PROCESO DE ENVEJECER: MÁS ALLÁ DE LOS AÑOS

El envejecimiento es una experiencia universal, pero su ritmo y características varían enormemente entre individuos. No se trata simplemente de un número, sino de una compleja interacción de factores que redefinen la relación de una persona con su cuerpo, su mente y su entorno.

#### 1.1. DEFINICIÓN CLAVE DEL ENVEJECIMIENTO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ofrece una definición integral que captura la esencia de este proceso:

Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales.

Esta definición subraya una idea fundamental: la vejez no se define únicamente por la edad cronológica. Es, más bien, el resultado de la suma de las **condiciones**

**físicas, funcionales y mentales** de una persona, lo que hace que cada experiencia de envejecimiento sea única.

### 1.2. LAS TRES DIMENSIONES DEL ENVEJECIMIENTO

Para comprender el envejecimiento en su totalidad, es útil analizarlo desde tres perspectivas interconectadas:

- **Biológico:** Abarca los cambios físicos que ocurren en el cuerpo y en el funcionamiento de sus sistemas. Son las transformaciones más visibles y tangibles.
- **Psicológico:** Se refiere a las transformaciones en la mente, la cognición, las emociones y la personalidad, así como la capacidad de adaptación a los cambios vitales.
- **Social:** Involucra la modificación del rol que la persona desempeña en la sociedad, sus relaciones interpersonales y su red de apoyo.

Para entender a fondo este proceso, comencemos por analizar los cambios más visibles: los que ocurren en el cuerpo.

### 2. LOS CAMBIOS BIOLÓGICOS: EL CUERPO EN TRANSFORMACIÓN

Los cambios físicos son la manifestación más evidente del envejecimiento. Aunque son parte de una declinación orgánica natural, no ocurren al mismo tiempo ni al mismo ritmo en todas las personas, afectando tanto los sentidos como el funcionamiento interno del organismo.

#### 2.1. CUANDO LOS SENTIDOS CAMBIAN

Los sistemas sensoriales experimentan modificaciones que alteran la percepción del mundo:

- **Visión:** El tamaño de la pupila disminuye y el cristalino se vuelve más espeso y menos transparente. Esto reduce la cantidad de luz que llega a la retina, lo que dificulta la visión de lejos y exige una mejor iluminación para leer.
- **Audición:** Se produce una menor agudeza para los tonos agudos. En la práctica, esto puede dificultar la comprensión de conversaciones, especialmente al escuchar voces femeninas, que tienden a ser más agudas.
- **Gusto y Olfato:** Las papilas gustativas se deterioran, disminuyendo la capacidad de discriminar sabores como el salado o el dulce. Paralelamente, la capacidad olfativa también se pierde gradualmente.
- **Tacto:** La piel es un reflejo visible del paso del tiempo. La aparición de arrugas, la flacidez y la sequedad se deben a la disminución en la producción de colágeno y a la pérdida de grasa subcutánea.

Desde una perspectiva psicoeducativa, es crucial comprender que estas alteraciones sensoriales no solo afectan la seguridad física, sino que pueden generar sentimientos de aislamiento o frustración, impactando la disposición del adulto mayor a socializar.

## 2.2. EL FUNCIONAMIENTO INTERNO: SISTEMAS ORGÁNICOS

### INTERNAMENTE, LOS SISTEMAS DEL CUERPO TAMBIÉN ATRAVIESAN UN PROCESO DE TRANSFORMACIÓN:

- Estructura Muscular y Esquelética:** Se produce una pérdida de masa muscular y los huesos se vuelven más porosos y menos densos. Este cambio, que aumenta el riesgo de fracturas, tiende a afectar más a las mujeres debido a factores hormonales y la pérdida de calcio.
- Sistema Cardiovascular:** Las fibras musculares del corazón se endurecen y los vasos sanguíneos pierden elasticidad. Esto dificulta el paso de la sangre, reduce la oxigenación y, como consecuencia, disminuye la resistencia física general.
- Sistema Respiratorio:** La atrofia de los músculos intercostales y el deterioro del tejido pulmonar provocan una disminución de entre un 10% y un 15% del contenido de oxígeno en la sangre, lo que aumenta la vulnerabilidad a enfermedades como el enfisema.
- Sistema Excretor y Digestivo:** La capacidad del riñón para eliminar desechos disminuye, lo que puede llevar a una mayor frecuencia de micción. La digestión también se vuelve más lenta y difícil, con problemas como la mala absorción de nutrientes y el estreñimiento.

## 2.3. TABLA RESUMEN: CAMBIOS FÍSICOS CLAVE

La siguiente tabla sintetiza los principales cambios físicos que ocurren durante el envejecimiento, organizados por sistemas.

CAMBIOS MUSCULOSQUELÉTICOS	CAMBIOS FISIOLÓGICOS (CARDIOVASCULAR Y RESPIRATORIO)	CAMBIOS FISIOLÓGICOS (OTROS SISTEMAS)
Pérdida de fuerza y disminución de peso.	El corazón bombea menos sangre y aumenta de tamaño.	Disminución de la capacidad de la vejiga y función renal.
Cambio en la figura corporal.	Endurecimiento de las fibras musculares.	Dificultad en masticación, deglución y menor salivación.
Disminución de la densidad ósea (Osteoporosis, mayormente en mujeres).	Vasos sanguíneos más estrechos y menos elásticos (Hipertensión).	Síndrome de mala absorción de nutrientes.
Marcha lenta e insegura.	Hiperlipidemia (acumulación de lípidos).	El sistema endocrino produce menos hormonas.
Articulaciones desgastadas (rigidez y dolor).	Disminución de la capacidad respiratoria (Enfisema pulmonar).	El sistema nervioso se enlentece.
Cambios en la caja torácica.		El sistema inmunológico es más susceptible a infecciones.

Estos cambios físicos no ocurren de forma aislada; influyen profundamente en la experiencia psicológica y la adaptación mental a la vejez.

## 3. LA DIMENSIÓN PSICOLÓGICA: MENTE, PERSONALIDAD Y EMOCIONES

El envejecimiento también es un viaje interior que implica la adaptación de la mente, las emociones y la personalidad. Diversas teorías psicológicas han intentado explicar cómo las personas navegan esta etapa vital y los cambios cognitivos que la acompañan.

### 3.1. TEORÍAS SOBRE EL DESARROLLO PSICOLÓGICO EN LA VEJEZ

Dos teorías principales ofrecen un marco para entender el desarrollo psicológico en la tercera edad:

- Teoría de Erikson (Integración vs. Desesperación):** Esta teoría postula que la vida se desarrolla en ocho etapas. La octava y última, que abarca desde los 60 años hasta la muerte, presenta un conflicto central. La persona necesita hacer un balance de su vida y aceptarla tal como fue para alcanzar la **integración** y la virtud de la **sabiduría**. Si no lo logra, puede caer en el arrepentimiento, la desilusión y la **desesperación**.
- Teoría de Peck:** Este autor amplía la visión de Erikson, definiendo cuatro crisis o ajustes específicos que deben resolverse para lograr un envejecimiento saludable:
  - Aprecio de la sabiduría frente a la fuerza física:** A medida que la salud física declina, la persona debe aprender a canalizar su energía hacia actividades mentales y valorar la experiencia acumulada.
  - Socialización frente a sexualización:** Las relaciones humanas deben redefinirse, priorizando la compañía y la amistad por sobre la intimidad sexual o la competitividad.
  - Flexibilidad emotiva frente a empobrecimiento emotivo:** Es crucial desarrollar la capacidad de adaptarse emocionalmente a las pérdidas inevitables.

bles, como la muerte de amigos o familiares, y encontrar nuevas fuentes de afecto.

**4. Flexibilidad frente a rigidez mental:** Para un envejecimiento exitoso, la persona debe mantenerse abierta a nuevas ideas y evitar aferrarse rígidamente a sus vivencias y juicios pasados.

### 3.2. CAMBIOS COGNITIVOS: MEMORIA, INTELIGENCIA Y APRENDIZAJE

El funcionamiento cognitivo también experimenta cambios característicos en esta etapa. Es fundamental entender que estos procesos varían en cada individuo y no equivalen a una pérdida inevitable de capacidad.

- **Memoria:** Se observa una clara diferencia entre los tipos de memoria. La **memoria a corto plazo** tiende a disminuir, lo que se manifiesta en olvidos de sucesos recientes. En cambio, la **memoria a largo plazo** suele estar muy bien conservada, permitiendo recordar hechos antiguos con gran detalle.
- **Inteligencia:** La edad por sí misma no modifica la inteligencia. Sin embargo, factores como la pérdida de interés, la falta de motivación o la dificultad para concentrarse pueden afectar el rendimiento intelectual.
- **Lenguaje y Resolución de Problemas:** El lenguaje se mantiene estable, aunque el pensamiento y el habla pueden volverse más lentos. La capacidad para resolver problemas complejos o abstractos puede verse disminuida, en parte por una menor habilidad para organizar la información.
- **Personalidad y Afectividad:** Es común que las personas mayores tomen el pasado como principal punto de referencia, lo que puede generar una mayor resistencia al cambio. La afectividad es un pilar fundamental, pero puede verse impactada negativa-

mente por factores como la soledad, la pérdida de seres queridos o la disminución de contactos sociales, lo que tiene implicaciones directas en la autoestima y el bienestar emocional.

Así como la mente se adapta, también lo hace el rol del individuo dentro de la sociedad, un proceso que diversas teorías han intentado explicar.

### 4. LA DIMENSIÓN SOCIAL: NUEVOS ROLES Y RELACIONES

Con el paso de los años, el rol de una persona en la sociedad se transforma. La jubilación, los cambios en la estructura familiar y la evolución de las relaciones interpersonales son aspectos clave de la dimensión social del envejecimiento.

#### 4.1. TEORÍAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO EN LA SOCIEDAD

Tres teorías sociológicas principales ofrecen diferentes perspectivas sobre cómo los adultos mayores interactúan con su entorno social. (Ver tabla)

#### 4.2. LA RED DE APOYO SOCIO-AFECTIVO

El entorno social es un factor determinante para la salud y el bienestar en la vejez. Una red de apoyo sólida puede mitigar los efectos del estrés y aumentar la resistencia a las enfermedades. Este apoyo puede manifestarse de cuatro formas:

1. **Apoyo Instrumental:** Ayuda práctica, como el suministro de bienes materiales y servicios (comida, transporte, ayuda en el hogar).

Teoría	Autor(es)	IDEA PRINCIPAL
Teoría de la Desvinculación	Cumming y Henry (1961)	Sostiene que envejecer es un "inevitable desentendimiento mutuo", donde la persona reduce gradualmente su interacción con la sociedad, y la sociedad, a su vez, se desvincula de ella (por ejemplo, a través de la jubilación).
Teoría de la Actividad	Tartler (1961)	Propone que, al contrario de la desvinculación, una mayor actividad y participación social genera mayor satisfacción y una mejor adaptación al envejecimiento. Es la base de los programas de envejecimiento activo.
Teoría de la Continuidad	Atchley (1971)	Afirma que las personas no cambian radicalmente al envejecer. En su lugar, intentan mantener sus estilos de vida, conocimientos, hábitos y relaciones previas, aplicando estrategias conocidas para enfrentar los nuevos desafíos.



Imagen: Freepik.com

**2. Apoyo Emocional:** Sentirse respetado, valorado e integrado en una red social, lo que refuerza el sentido de pertenencia.

**3. Apoyo de Estima:** Disponer de alguien de confianza con quien compartir problemas personales, lo que fortalece la autoestima.

**4. Apoyo Informativo:** Recibir información útil para resolver problemas, lo que reduce la confusión y aumenta la sensación de control.

Con el tiempo, la red social tiende a contraerse debido a la muerte de amigos, la dificultad para desplazarse o problemas de salud. Como resultado, **los lazos familiares se convierten en el principal vínculo social**, y la pareja e hijos suelen ser el apoyo fundamental de la persona mayor.

## 5. RESUMEN GENERAL DE LOS CAMBIOS EN EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso integral que abarca múltiples facetas de la experiencia humana. La siguiente tabla ofrece un mapa conceptual que sintetiza los cambios clave en cada una de sus dimensiones. (Ver tabla)

En definitiva, comprender el envejecimiento en sus múltiples dimensiones nos aleja de los estereotipos y nos acerca a una visión más humana y precisa. Cada cambio biológico, cada ajuste psicológico y cada nuevo rol social representa un desafío adaptativo. Como sociedad, nuestro rol es pasar de la simple observación de este proceso a la creación de entornos que fomenten la sabiduría, la actividad y la dignidad en esta etapa final y crucial del ciclo vital.

DIMENSIÓN DEL CAMBIO	Aspectos Clave
Biológicos	<b>Sensoriales:</b> Deterioro progresivo de la vista, el oído, el gusto y el olfato. <b>Orgánicos:</b> Pérdida de masa muscular, rigidez articular, menor eficiencia cardiovascular y respiratoria, y digestión enlentecida.
Sociales	Desvinculación de roles productivos (jubilación), necesidad de mantener la actividad para la satisfacción y tendencia a dar continuidad a los estilos de vida previos.
Psicológicos	Búsqueda de la aceptación de la propia vida para alcanzar la sabiduría (Erikson) y superación de crisis de adaptación relacionadas con el cuerpo, las relaciones y la flexibilidad mental (Peck).
Cognitivos	Disminución de la memoria a corto plazo con conservación de la memoria a largo plazo. Enlentecimiento general del pensamiento y dificultad en la resolución de problemas complejos.
Entorno Socio-afectivo	La familia se convierte en el principal núcleo de apoyo. La red social tiende a reducirse, y la calidad de los vínculos existentes adquiere una importancia crucial para el bienestar.

# Relación entre el ausentismo laboral del personal de salud en atención pediátrica del Hospital Antonio Scaravelli y el incremento de enfermedades crónicas



Imagen: Freepik.com

Autora

Alfaro Daniela

Fecha del estudio: Diciembre del 2024

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

## EL VÍNCULO OCULTO: COMPRENDIENDO EL AUSENTISMO LABORAL Y LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

### INTRODUCCIÓN: DOS CONCEPTOS CONECTADOS

El ausentismo laboral es mucho más que la simple ausencia de un empleado en su puesto. A menudo, sus raíces son profundas y están directamente ligadas a la salud del trabajador, la cual, paradójicamente, puede ser afectada por el propio entorno de trabajo. Cuando las condiciones laborales generan estrés crónico, pueden convertirse en un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades que obligan al personal a faltar. Este resumen explora esta compleja conexión, utilizando como caso de estudio la situación del personal de salud del **Hospital Antonio Scaravelli en Tunuyán, Mendoza**, para ilustrar cómo el trabajo puede influir en la salud y, en consecuencia, en la asistencia.

### 1. ¿QUÉ ES EL AUSENTISMO LABORAL?

El ausentismo laboral se define como la **ausencia no planificada del trabajador** de su puesto, lo cual genera un impacto directo en la productividad y la continuidad de los servicios. Según los autores Robbins y Judge (2013), es fundamental distinguir entre dos tipos principales de ausentismo:

TIPO DE AUSENTISMO	DESCRIPCIÓN CLAVE
Voluntario	Se debe a factores que están bajo el control del empleado, como una baja motivación o insatisfacción laboral. No es una ausencia por enfermedad.
Involuntario	Es el resultado de circunstancias fuera del control del empleado, principalmente enfermedades o accidentes. Este es el tipo de ausentismo <b>predominante en el sector salud</b> debido a la alta exigencia física y emocional del entorno.

En un entorno hospitalario, el ausentismo involuntario se convierte en un problema crítico, especialmente en servicios de alta vulnerabilidad como el de Pediatría. La ausencia de un solo miembro del equipo no solo afecta la atención directa y la calidad del cuidado a los pacientes, sino que también aumenta la carga de trabajo y la presión sobre el resto del personal, creando un efecto dominó en el sistema.

Esta conexión entre la enfermedad y la ausencia nos lleva a preguntarnos qué tipo de condiciones de salud son las más influyentes.

### 2. ¿QUÉ SON LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS?

Las enfermedades crónicas, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), son **condiciones de salud de larga duración que requieren tratamiento y manejo continuo**. A diferencia de una enfermedad aguda, no desaparecen en poco tiempo y pueden limitar la capacidad de una persona para trabajar de manera consistente.

Los ejemplos más comunes mencionados en el estudio incluyen:

- Hipertensión
- Diabetes
- Enfermedades respiratorias
- Trastornos musculoesqueléticos

Para conectar la teoría con la realidad del caso de estudio, los datos del personal del Hospital Antonio Scaravelli en Tunuyán, Mendoza, revelan que las dos enfermedades crónicas más prevalentes son:

- **Hipertensión:** 38% de quienes padecen una enfermedad crónica.
- **Diabetes:** 28% de quienes padecen una enfermedad crónica.

Este dato es revelador: **del grupo de empleados que reportó padecer alguna enfermedad crónica**, casi la mitad (38%) sufre de hipertensión. Esto hace tangible un problema que a menudo es silencioso.

Pero, ¿cómo puede el entorno de trabajo, especialmente uno tan demandante como un hospital, contribuir al desarrollo de estas enfermedades?

### 3. EL ENTORNO LABORAL COMO FACTOR DE RIESGO

Las condiciones en las que trabajamos pueden ser un factor determinante para nuestra salud a largo plazo. Uno de los conceptos clave para entender este vínculo es el estrés laboral. Según Lazarus y Folkman (1984), el estrés laboral es una respuesta física y emocional negativa que ocurre cuando las exigencias del trabajo superan las capacidades, recursos o necesidades del trabajador.

Para explicar cómo se produce este desequilibrio, el **Modelo de Demanda-Control-Apoyo** de Karasek y Theorell (1990) es especialmente útil. Este modelo descompone el estrés laboral en tres componentes:

- 1. Altas Demandas:** Se refiere a la presión constante, el ritmo acelerado y las **cargas laborales elevadas**. Un ejemplo claro es el **Servicio de Pediatría**, donde el personal debe atender a **pacientes en situaciones de alta vulnerabilidad, emergencias y cuidados paliativos**, lo que representa no solo una demanda física extrema, sino también una **intensa carga emocional** al interactuar con familias en momentos de angustia.
- 2. Bajo Control:** Es la percepción del empleado de no poder influir en las decisiones importantes, en la organización de sus tareas o en su propio entorno de trabajo. Esta falta de autonomía es un potente generador de estrés.
- 3. Bajo Apoyo Social:** La falta de respaldo por parte de colegas y supervisores agrava los efectos negativos del estrés. Sentirse aislado o sin ayuda aumenta la sensación de sobrecarga.

La idea central del modelo es que la combinación más perjudicial para la salud es la de **altas demandas junto a un bajo control**. Esta tensión crónica, agravada por factores como **jornadas largas y horarios nocturnos**, aumenta significativamente el riesgo de desarrollar enfermedades como la hipertensión o la diabetes.

Ahora que entendemos cómo el trabajo puede enfermarnos, podemos conectar todas las piezas para ver el panorama completo.

#### 4. EL CÍRCULO VICIOSO: CONECTANDO LAS PIEZAS

El ausentismo no es un evento aislado, sino el resultado de un proceso que, según Gosselin, Lemire y Corneil (2013), puede convertirse en un "**círculo vicioso**".

*La salud de los empleados no es un asunto aislado, sino que depende en gran medida de las condiciones laborales que brinda la organización. Cuando el bienestar se considera un costo y no una inversión, se afecta directamente a las personas y se genera un círculo vicioso de enfermedad, ausentismo y pérdida de productividad.*

**so".** Este ciclo conecta las condiciones laborales, la salud del empleado y la operatividad de la organización de la siguiente manera:

- 1. Condiciones Laborales Exigentes:** El personal de salud enfrenta un **estrés laboral continuo**, caracterizado por **largas jornadas, turnos rotativos y cargas laborales elevadas**, junto con una enorme presión emocional.
- 2. Impacto en la Salud:** Este estrés crónico y las condiciones de trabajo adversas contribuyen directamente al desarrollo o agravamiento de enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes.
- 3. Aumento del Ausentismo Involuntario:** Las enfermedades crónicas, al requerir tratamiento continuo o causar crisis de salud, obligan a los empleados a ausentarse. El dato clave del estudio es que el **28.2%** del personal del hospital reportó ausentismo específicamente por esta causa.
- 4. Sobrecarga y Riesgo para los Demás:** La ausencia de un trabajador no desaparece sin más; su carga laboral se redistribuye entre el resto del equipo. Esto aumenta el estrés y el agotamiento de los compañeros, lo que **directamente aumenta su propio riesgo de desarrollar problemas de salud que pueden llevarlos a ausentarse**. Así, el ciclo se alimenta y perpetúa.

Para reforzar el impacto real de este ciclo, el estudio revela un dato contundente: el **70%** del personal del hospital siente que su enfermedad afecta su desempeño laboral. Esto demuestra que el problema va más allá de "faltar al trabajo"; afecta la calidad del servicio, la moral del equipo y la sostenibilidad del sistema.

Entender este ciclo es el primer y más importante paso para poder romperlo y proponer soluciones efectivas.

#### 5. CONCLUSIÓN: LA LECCIÓN PRINCIPAL PARA EL FUTURO PROFESIONAL

La lección más importante de este análisis es que la salud de los empleados no es un asunto personal y aislado del entorno profesional. Por el contrario, está directamente influenciada por las condiciones laborales que una organización crea y mantiene. Ignorar el bienestar del personal, considerándolo un "costo" en lugar de una "inversión", no solo perjudica a los individuos, sino que desencadena un "**círculo vicioso**" de enfermedad y ausentismo. Este ciclo termina por disminuir la calidad del servicio —en este caso, la atención a los pacientes— y compromete la sostenibilidad de toda la organización. Por tanto, **invertir en la salud de los empleados y crear entornos de trabajo sostenibles no es un costo, sino una estrategia fundamental para garantizar la resiliencia organizacional, la calidad de la atención y el éxito a largo plazo**.

# Cuidados de Enfermería en Pacientes Pediátricos Post Hemodinamia

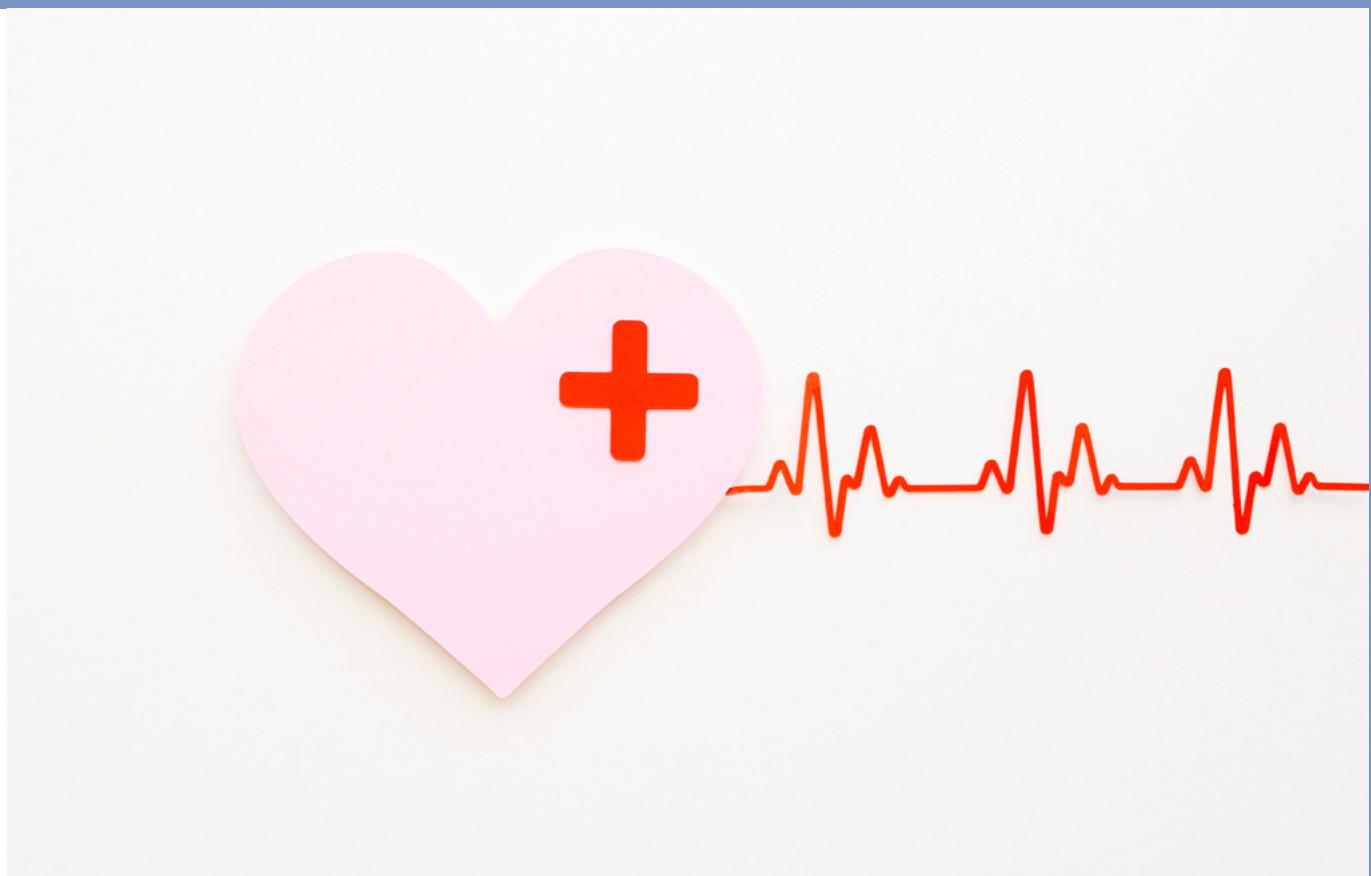


Imagen: Freepik.com

## Autoras

Mariana Leticia Zuñiga, mariana92703@gmail.com  
Pamela Natalia Lúquez, pame\_luq@hotmail.com

La hemodinamia es una especialidad dentro de la cardiología que se ocupa del estudio de la anatomía del sistema cardiovascular, por medio de un procedimiento denominado cateterismo cardíaco. Consiste en introducir un catéter flexible a través de un vaso sanguíneo generalmente en la ingle; en la arteria femoral (AF) hasta llegar al corazón. Este procedimiento se realiza con un medio de contraste.

Se lo utiliza con fines diagnósticos, para obtener datos hemodinámicos y anatómicos del paciente y evaluar las condiciones del sistema cardiovascular, para

luego realizar un cateterismo intervencionista o programar una cirugía. El método intervencionista está destinado a corregir algunas cardiopatías congénitas (CC) como cierre de ductus arterioso (DA), comunicación interauricular (CIA), comunicación interventricular (CIV).

En pacientes pediátricos, los objetivos del cuidado de enfermería después de un cateterismo son cruciales para garantizar una recuperación segura y efectiva.

## OBJETIVO GENERAL

Prevenir complicaciones derivadas del procedimiento de hemodinamia, asegurar la estabilidad hemodinámica del paciente pediátrico y proporcionar educación a la familia para garantizar cuidados seguros en el hogar.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Monitorear de los signos vitales del paciente, valorando de forma continua cualquier cambio que pueda indicar inestabilidad o riesgo de complicación.
- Controlar el sitio de punción para identificar posibles hemorragias, infección o trombosis.
- Vigilar la perfusión tisular para detectar cualquier cambio que pueda indicar complicaciones.
- Verificar la presencia de pulsos distales en ambos miembros.
- Asegurar la hidratación y nutrición, promoviendo la pronta recuperación.
- Identificar posibles reacciones adversas a los medicamentos.
- Garantizar y proporcionar comodidad y bienestar al paciente para asegurar que las necesidades físicas y emocionales sean atendidas.
- Brindar educación clara y concisa a los cuidadores de los pequeños y signos de alarma en el hogar.

## DESARROLLO

Los enfermeros pediátricos deben estar atentos a las necesidades especiales que presentan los niños ya que estos pacientes tienen diferentes formas de comunicación a las de los adultos, lo que puede requerir distintas estrategias de comunicación. Los pacientes pediátricos dependen de sus cuidadores para satisfacer sus necesidades básicas. Por lo que la planificación de enfermería puede ser afectada.

El paciente pediátrico por lo general es internado un día antes del procedimiento acompañado de sus padres, cuidadores o tutores para realizar los baños prequirúrgicos, el ayuno correspondiente y suspender la medicación si fuese necesario. Los padres deben estar informados del procedimiento que se le realizará al pequeño y sus posibles complicaciones luego del mismo. Antes del ingreso del paciente al servicio de hemodinamia los cuidadores o tutores a cargo deben firmar el consentimiento informado, la enfermera a cargo del paciente es quien debe asegurarse que estas pautas se cumplan.

Luego del procedimiento el paciente pasa por dos fases fácilmente diferenciales. La primera post hemodinamia inmediata que se caracteriza por la inestabilidad de las funciones vitales, aquí es donde la enfermera estabiliza al paciente, monitorea signos vitales y vigila el estado de conciencia del paciente. La estabilidad hemodinámica del paciente incluye la monitorización completa, frecuencia cardiaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), presión arterial (PA), saturación de oxígeno y temperatura (T°).

La segunda fase o post hemodinamia tardía, es el periodo en el que, de forma progresiva, el paciente se recupera de la intervención sin complicaciones. Y puede ser dado de alta.

## ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

- **Vigilar sistema cardiocirculatorio:**
  - Monitorizar al paciente: ECG, TA, FC, y T°
  - Realizar electrocardiograma (ECG) y analítica de control.
  - Vigilar color y temperatura de la piel.
- **Vigilar sistema respiratorio:**
  - Controlar FR, ritmo, saturación de oxígeno y trabajo respiratorio.
  - Administrar oxígeno si fuese necesario.
- **Vigilar el sistema neurológico:**
  - Vigilar el estado de conciencia.
  - Detectar alteraciones del nivel de conciencia mediante la observación, comunicación y valoración continua.
- **Control hemostático de la zona de punción:**
  - Vigilar signos y síntomas de sangrado, hematoma y/o isquemia arterial.
  - Observación de la compresión correcta del apósito en el sitio de punción.
  - Verificar la existencia de pulsos distales (pedio y post tibial).
  - Restricción de movimiento y reposo absoluto a 30° en posición decúbito supina durante las primeras 24 h.
  - Retirado del vendaje compresivo a las 24 h.
- **Vigilar el sistema nefro-urinario:**
  - Control de la diuresis luego del procedimiento en volumen y aspecto.
  - Detectar signos y síntomas de retención urinaria, realizar sondaje vesical si fuese necesario.
  - Valorar el riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico.
  - Mantener la hidratación, con vigilancia del sitio de punción ya sea venoclisis (VNC) o catéter femoral (CF), si es que este quedó instalado.
  - Mantenimiento de sueroterapia en caso de insuficiencia renal.
  - Iniciar la tolerancia de líquidos para facilitar la eliminación del medio de contraste e introducción progresiva de la dieta según tolerancia.
- **Vigilar el estado metabólico:**
  - Prevenir hipo/hiperglucemias.
  - Realizar determinaciones de glucemias capilares y corregir valores en caso de ser necesario.
  - Valorar signos y síntomas de hipoglucemia (hipotonía, sudoración, disminución del estado de conciencia).
- **Vigilar el dolor (localización, irradiación e intensidad):**
  - Detectar el nivel de dolor mediante la observación y/o comunicación con el paciente.
  - Tratar el dolor según su etiología (analgésicos, oxígeno, vasodilatadores)
  - Aplicar métodos de alivio del dolor según la edad del niño acudiendo a la distracción, relajación progresiva, y respiración profunda.
- **Realizar registros de enfermería:**

Dejar registrado todas las actividades realizadas, CSV, y / o cualquier otro tipo de observación referida al cuidado del paciente.

- **Realizar educación para la salud:**
  - Proporcionar educación oral y escrita acerca de los cuidados a seguir, para evitar complicaciones post cateterismo.
  - Recordar controles médicos posteriores y seguimientos indicados.

## COMPLICACIONES POST CATETERISMO

Las complicaciones post hemodinámicas en pediatría son poco frecuentes ya que es un procedimiento relativamente seguro y efectivo para diagnosticar y tratar cardiopatías congénitas (CC) y otras afecciones cardíacas. Sin embargo, a pesar de la evolución de esta técnica las complicaciones están presentes y pueden incrementarse en relación a la complejidad del procedimiento y del estado en que se encuentre el paciente.

Cabe destacar que en algunos casos el cateterismo se realiza pre-cirugía de Glenn o pre-Fontán, últimas dos fases de la corrección quirúrgica de las CC con ventrículo único (VU) o hipoplásico. algunas de las complicaciones que se pueden presentar son:

### COMPLICACIONES LEVES (comunes)

- **Sangrado y hematomas:** pueden ocurrir en el sitio de inserción del catéter.
- **Dolor o molestia:** suele presentarse en el área de punción donde se realizó el procedimiento.
- **Reacciones alérgicas:** pueden presentarse reacciones al medio del contraste radiográfico o al material del stent (si se colocó).

### COMPLICACIONES GRAVES (menos frecuentes)

- **Arritmias:** pueden revertir.
- **Accidente cerebro vascular (ACV):** puede dejar secuelas irreversibles en algunos casos.
- **Infarto de miocardio (IM).**
- **Muerte.** Crisis de hipoxia.

## CONCLUSION

Los cuidados de enfermería en el paciente pediátrico post hemodinamia representan un pilar esencial dentro del manejo global de los niños con patologías cardíacas. La observación minuciosa, continua e integral del paciente y la pronta intervención ante la presencia de signos de alarma permiten prevenir complicaciones potencialmente graves. A demás favorecen la recuperación del paciente tanto en el ámbito hospitalario como en el hogar.

Un equipo de salud capacitado y comprometido es la clave para optimizar los resultados del procedimiento y garantizar los cuidados necesarios que contribuyen significativamente a mejorar la calidad de vida y la evolución favorable del paciente pediátrico con cardiopatías congénitas.

Promover estos cuidados, actualizarlos y compartirlos es un compromiso continuo para quienes trabajamos en la atención pediátrica especializada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fernández Maese JM, (coord.) et al. Capítulo XII: Cuidados inmediatos de enfermería después de los procedimientos cardiovasculares percutáneos diagnósticos y terapéuticos. En: Manual de procedimientos de enfermería en hemodinámica y cardiología intervencionista [Internet]. Santiago de Compostela: Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2014. p. 454–464. Cap. XII, tema 49–50. Disponible en: <https://enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/manual-de-procedimientos-de-enfermeria-en-hemodinamica-y-cardiologia-intervencionista>
- (1)Fernández Maese JM, (coord.) et al. Capítulo XIII: Técnicas de hemostasia y cuidados de enfermería. En: Manual de procedimientos de enfermería en hemodinámica y cardiología intervencionista. Santiago de Compostela: Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2014. p.465–505. Cap. XIII, tema 51–54. Disponible en: <https://enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/manual-de-procedimientos-de-enfermeria-en-hemodinamica-y-cardiologia-intervencionista>
- (1)Fernández Maese JM, (coord.) et al. Capítulo XIV: Cuidados de enfermería en las complicaciones del cateterismo cardíaco En: Manual de procedimientos de enfermería en hemodinámica y cardiología intervencionista. Santiago de Compostela: Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2014. p. 506–511. Cap. XIV, tema 55. Disponible en: <https://enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/manual-de-procedimientos-de-enfermeria-en-hemodinamica-y-cardiologia-intervencionista>
- (2)(3)(4)España. Enfermería del Complejo Hospitalario Universitario Albacete. PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE SOMETIDO A CATETERISMO DIAGNOSTICO y TERAPEUTICO. Disponible en <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/f529d555a2540c7c48e6f7823693b272.pdf>

*Los cuidados de enfermería en el paciente pediátrico post hemodinamia son fundamentales, ya que la observación continua y la intervención temprana previenen complicaciones y favorecen la recuperación en el hospital y en el hogar.*

Encontrá toda la info en nuestros canales

# ESTAMOS EN CONTACTO

## Instituto de la Sanidad



[www.institutosanidadmza.com.ar](http://www.institutosanidadmza.com.ar)



[instisanidadmza@gmail.com](mailto:instisanidadmza@gmail.com)



[Facebook](#)



[Instagram](#)



[YouTube](#)



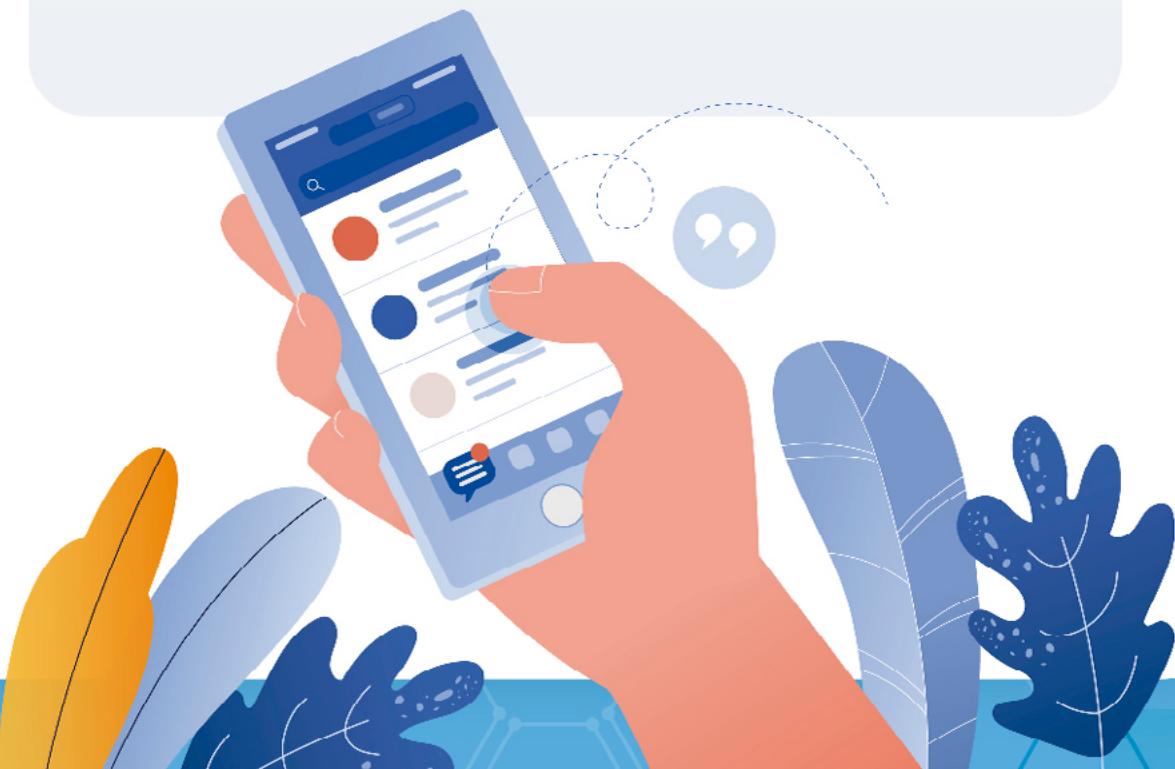
[TikTok](#)



[Biblioteca Digital \(Pedidos el link\)](#)



[261 714 3690](tel:2617143690)





INSTITUTO DE DOCENCIA,  
INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN  
LABORAL DE LA SANIDAD

Formate en Profesiones Esenciales

# INSTITUTO DE LA SANIDAD

« Una puerta al desarrollo de la Salud »

Postítulos en:

- **Enfermería Geriátrica**
- **Enfermería Clínica Quirúrgica**
- **Enfermería Pediátrica**
- **Gestión de Enfermería**
- **Enfermería Neonatal**

## **Emergentología en Enfermería**

Avalados por resolución de la DGE.

