

IDICLAS

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

Mendoza, Argentina
Diciembre de 2025
Número 13



6 Aerosolterapia en
Pediatria: Guía
Fundamental para
Entender el
Tratamiento
Respiratorio en
Niños

14 Comprendiendo
el Cáncer Infantil:
Una Guía
Conceptual

26 El Pase de
Guardia en
Enfermería
Pediátrica: Más que
un Trámite, un Acto
Crucial de Cuidado

39 El Modelo
ABC: Manejo
Progresivo de
Crisis en Salud
Mental
Pediátrica

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 / Nº 13 / Dic 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 11ª EDICIÓN

E. Borba, J. Farias, C. Capretti, A. Peralta, R. Rojas, S. Fernández Mamani, V. Fuentes, M. Ochoa, M. Quiroga, R. Guzmán, M. Villarruel, O. Barrientos, N. Heredia, A. Humana Romero, K. Sifuentes, A. Quispe Soliz, J. Silva, M. Moreno, M. Vega, G. Albornoz, S. Mendoza, M. Zambrano

Autorizada su reproducción,
mencionando la fuente.

Foto de tapa: Freepik.com

 www.institutosanidadmza.com.ar

 instisanidadmza@gmail.com

 [Facebook](#)

 [Instagram](#)

 [YouTube](#)

 [TikTok](#)

 [Biblioteca Digital](#)

 [261 714 3690](tel:2617143690)

Sumario

- 4 Editorial
- 5 Normas de presentación de trabajos científicos
- 6 Aerosolterapia en Pediatría: Guía Fundamental para Entender el Tratamiento Respiratorio en Niños
/ Lic. Asali, Jimena y Lic. Julio, Mariam
- 10 Bioseguridad Hospitalaria: Guía para Entender y Prevenir Infecciones
/ Lic. Borba Estela y Lic. Farias Jessica
- 14 Comprendiendo el Cáncer Infantil: Una Guía Conceptual
/ Lic. Capretti Carina, Lic. Peralta Adriana y Lic. Rojas Romina
- 17 Cómo la Comunicación Afecta el Clima Laboral en Enfermería
/ Fernández Mamani, Sandra
- 20 La Misión de Comer Bien: Por Qué la Comida Saludable es importante
/ Fuentes, Verónica; Ochoa, Mauricio y Quiroga, Mónica
- 23 El Arte y la Ciencia de la Entrega de Guardia en Enfermería: Una Guía Esencial
/ Lic. Guzmán Ramiro, Lic. María Villarruel y Lic. Barrientos Olga
- 26 El Pase de Guardia en Enfermería Pediátrica: Más que un Trámite, un Acto Crucial de Cuidado
/ Heredia, Nora y Humana Romero, Ana
- 29 Comprendiendo el Maltrato Infantil: Una Guía Conceptual
/ Lic. Sifuentes Karol y Lic. Quispe Soliz Amanda
- 32 Cuidado Pediátrico Centrado en la Familia: Tu Papel Clave en la Recuperación de tu Hijo
/ Silva, Jessica Yamila
- 35 Guía Esencial sobre el Catéter Venoso Central (CVC) para Profesionales
/ Lic. Marcela E. Moreno y Lic. Mariana A. Vega
- 39 El Modelo ABC: Manejo Progresivo de Crisis en Salud Mental Pediátrica
/ Lic. Gabriela Albornoz, Lic. Silvia Liliana Mendoza y Lic. Mónica Zambrano

Editorial

La profesión de enfermería tendrá un aspecto muy diferente en el próximo decenio y estará al servicio de un mundo en constante cambio.

La formación en enfermería, requiere fortalecer planes de estudio para que los nuevos profesionales estén preparados para promover la equidad mejorando la salud y logrando el mayor bienestar para todos.

Las escuelas formadoras de enfermeros/as, deben estar preparadas para identificar los determinantes sociales de la salud, y diseñar experiencias y estrategias de aprendizaje ampliadas hacia la comunidad, lo que permitirá trabajar con diferentes personas en diferentes contextos de vida y valores culturales. Es una condición ineludible que las entidades formadoras brinden posibilidad a los estudiantes de adquirir competencias para mejorar los cuidados a poblaciones envejecidas y diversas, desempeñar roles diferentes, y adquirir capacidad para adaptarse continuamente a tecnologías nuevas, desarrollando capacidad de liderazgo para interactuar con diversos sectores y profesiones.

A lo largo de la próxima década, será fundamental que la formación en enfermería evolucione rápidamente para preparar profesionales capaces de lograr mejoras en la salud de la población mejorando la equidad en el acceso a la salud.

Las enfermeras y enfermeros deberán formarse para atender a una población en proceso de envejecimiento, con deterioro de su salud mental, física, y cada vez más diversa; para asumir nuevos roles profesionales; adaptándose a las nuevas tecnologías; y desenvolverse en un entorno político cambiante; liderando y colaborando con profesionales de otros sectores y profesiones.

Como parte de su formación, los estudiantes de enfermería necesitarán competencias nuevas y experiencias de aprendizaje para desempeñar nuevos y ampliados roles.

También será esencial apoyar a estudiantes y profesores para crear una fuerza laboral que se asemeje más a la población a la que sirve.

Este es el camino que IDICSA viene transitando desde hace casi 30 años, y durante este año 2025 que va finalizando, el equipo directivo y docente con gran esfuerzo, han continuado con estas premisas.

Por ello, adherimos al pensamiento de éste líder mundial y activista por la Paz, Thich Nhat Hanh, expresado en la siguiente frase.

“No puedes transmitir sabiduría ni perspicacia a otra persona. La semilla ya está ahí. Un buen maestro toca la semilla, permitiéndole despertar, germinar y crecer” ¡FELIZ 2026!

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 idicla.
- 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.

Aerosolterapia en Pediatría: Guía Fundamental para Entender el Tratamiento Respiratorio en Niños



Imagen: Freepik.com

Autoras

Lic. Asali, Jimena

Lic. Julio, Mariam

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

1. INTRODUCCIÓN: ¿QUÉ ES Y POR QUÉ ES TAN IMPORTANTE LA AEROSOLTERAPIA?

La aerosolterapia es un método de tratamiento que permite administrar medicamentos en forma de pequeñas partículas directamente en las vías respiratorias y los pulmones. Se ha convertido en una de las modalidades más rápidas, efectivas y seguras para tratar diversas enfermedades respiratorias.

Esta vía de administración es superior a las opciones sistémicas (medicamentos orales o inyectados) por varias razones clave:

- **Acción Directa y Concentrada:** El fármaco llega justo donde se necesita, alcanzando una alta concentración en las vías aéreas y los alvéolos.
- **Dosis Menores:** Al actuar directamente, se requieren dosis significativamente más bajas del medicamento para lograr el efecto deseado.
- **Menos Efectos Secundarios:** Como el medicamento no circula por todo el cuerpo en grandes cantidades, se reducen los efectos colaterales.
- **Mayor Rapidez:** El efecto del tratamiento es casi inmediato, lo cual es crucial en crisis respiratorias.

Sin embargo, existe un desafío fundamental: la anatomía de las vías respiratorias superiores (boca, lengua, garganta) actúa como un filtro natural. Esta barrera puede hacer que una gran parte del medicamento se quede atrapada antes de llegar a las zonas más profundas de los pulmones, donde es realmente necesario. Este desafío es aún más pronunciado en los niños pequeños, cuyas características anatómicas y fisiológicas hacen que la técnica de administración sea un factor crítico para el éxito del tratamiento.

2. LOS DESAFÍOS EN PEDIATRÍA: ¿POR QUÉ ES DIFERENTE EN LOS NIÑOS?

La administración de aerosoles en lactantes y niños pequeños es considerablemente más compleja que en los adultos. Sus particularidades físicas y su patrón de respiración dificultan que el medicamento llegue eficazmente a los pulmones. Para que el tratamiento funcione, es crucial entender y superar estos obstáculos.

A continuación, se detallan los 7 factores específicos de los lactantes que complican la aerosolterapia:

- 1. Respiración Nasal:** Los bebés respiran principalmente por la nariz, que funciona como un excelente filtro natural. Esto hace que una mayor cantidad de partículas del medicamento queden retenidas antes de llegar a las vías respiratorias inferiores.
- 2. Vías Aéreas Estrechas:** El pequeño calibre de sus vías respiratorias, tanto superiores como inferiores, provoca que el aerosol se deposite más en las zonas centrales y menos en la periferia de los pulmones.
- 3. Patrón Respiratorio Rápido:** Los lactantes respiran más rápido, con volúmenes de aire más pequeños y no pueden contener la respiración voluntariamente. Esto reduce el tiempo que las partículas tienen para "sedimentarse" y actuar en los pulmones.
- 4. Presencia de Secreciones:** Es común que los niños pequeños tengan mucosidad en las vías altas. Estas secreciones generan un flujo de aire turbulento que atrapa las partículas del aerosol en la parte superior, impidiendo su paso.
- 5. Pausas en la Respiración (Hipoapneas):** Los bebés pueden tener pausas respiratorias frecuentes, lo que provoca una gran variabilidad en la dosis de medicamento que realmente inhalan en cada administración.
- 6. El Llanto Durante el Tratamiento:** Cuando un niño llora, su inspiración se vuelve corta y rápida, mientras que la espiración se alarga. Este patrón favorece que el medicamento se impacte y se quede en la garganta en lugar de bajar a los pulmones.
- 7. Ajuste de la Mascarilla:** El uso de una mascarilla facial es indispensable en los más pequeños, pero muchos padres tienen dificultades para lograr un sellado hermético. Si la mascarilla no se adosa perfectamente a la cara, la dosis de medicamento que recibe el niño puede reducirse a cero.

Para superar estos desafíos, no basta con tener el medicamento correcto; es fundamental utilizar los dispositivos de administración adecuados, diseñados específicamente para la población pediátrica.

3. LAS HERRAMIENTAS DEL TRATAMIENTO: CONOCIENDO LOS DISPOSITIVOS

Para que la aerosolterapia sea eficaz en niños, es crucial utilizar las herramientas correctas que compensen los desafíos anatómicos y de coordinación.

3.1. INHALADORES DE DOSIS MEDIDA (IDM O "PUFF")

Los IDM, comúnmente conocidos como "puffs", son dispositivos que contienen el medicamento y un propelente dentro de un envase metálico sellado. Al presionarlo, se libera una dosis exacta y reproducible del fármaco en forma de una "pluma de aerosol". Sin embargo, esta nube de medicamento sale a gran velocidad y con partículas de gran tamaño.

El error más frecuente y crítico al usar un IDM directamente en la boca es la **falta de coordinación** entre el momento de presionar el dispositivo y el de inhalar profundamente. Debido a que los niños pequeños no pueden realizar esta maniobra sincronizada, **su uso directo debe ser evitado en la población infantojuvenil.**

3.2. ESPACIADORES Y AEROCÁMARAS: LA SOLUCIÓN PEDIÁTRICA CLAVE

Estos dispositivos son la pieza clave para que los IDM funcionen en pediatría. Son tubos o cámaras que se interponen entre el inhalador y la boca del paciente. Su función principal es resolver el problema de la velocidad y el tamaño de las partículas del aerosol. Al disparar el "puff" dentro de la cámara, las partículas grandes y rápidas se desaceleran, se evaporan parcialmente y reducen su tamaño, permitiendo que el niño inhale un aerosol más fino y lento.

Es importante diferenciar entre:

- **Espaciador simple:** Un tubo hueco que, aunque ayuda, todavía requiere cierta coordinación entre el disparo y la inhalación.
- **Aerocámara con válvulas:** Es la opción ideal. Contiene válvulas que se abren al inspirar y se cierran al espirar, **reteniendo el aerosol en suspensión** por unos segundos. Esto elimina por completo el problema de la coordinación, ya que el niño puede simplemente respirar tranquilamente con la mascarilla o boquilla puesta para recibir el medicamento.

3.3. ANÁLISIS DEL USO DE AEROCÁMARAS

Aunque las aerocámaras son la herramienta de elección en pediatría, es importante conocer sus ventajas y desventajas.

VENTAJAS	DESVENTAJAS
1. Mejoran la eficacia y seguridad: Reducen el depósito de medicamento en la boca y garganta, lo que disminuye los efectos secundarios y asegura una mejor llegada a los pulmones.	1. Son menos portátiles: Su tamaño puede ser un inconveniente en comparación con el IDM solo.
2. Eliminan la necesidad de coordinación: Permiten el uso de IDM a cualquier edad, incluso en bebés o pacientes con dificultades.	2. Tienen un costo adicional: Representan una compra extra al medicamento.
	3. La técnica puede ser compleja: Algunos pacientes pueden encontrar complicada la técnica de inhalación.
	4. El sellado es crítico: Si se usa mascarilla, la falta de un cierre hermético puede anular por completo la dosis.
	5. El uso incorrecto reduce la dosis: Si no se sigue la técnica adecuada, la dosis efectiva que llega a los pulmones se reduce.

Incluso con la herramienta correcta como una aerocámara, la eficacia del tratamiento depende, en última instancia, de la técnica con la que se aplica.

4. LA TÉCNICA CORRECTA: PASOS PARA UN TRATAMIENTO EFICAZ

Una técnica de administración impecable es tan importante como el propio medicamento. A continuación, se describen los procedimientos correctos según la edad del niño.

4.1. PARA LACTANTES (CON MASCARILLA)

1. Colocar al niño en una posición cómoda y erguida (sentado o de pie).
2. Retirar la tapa del inhalador y agitarlo vigorosamente.
3. Conectar el inhalador en el orificio posterior de la aerocámara.
4. Colocar la mascarilla sobre la nariz y la boca del niño, asegurando un **sellado hermético**.
5. Con la cámara en posición horizontal, presionar el inhalador **una sola vez** para liberar un "puff".
6. Mantener la mascarilla en su lugar mientras el niño respira tranquilamente durante **10 segundos**.
7. Si se necesita una segunda dosis, retirar la cámara, esperar un minuto, volver a agitar el inhalador y repetir todos los pasos.
8. Al finalizar, retirar la cámara y tapar el inhalador.

Cuidados posteriores: Se recomienda lavar la cara del niño para retirar restos de medicamento y enjuagarle la boca (si es posible) para evitar irritación o caries. La aerocámara debe desmontarse y lavarse con agua y jabón cada dos semanas, dejándola secar al aire sin frotar.

4.2. PARA NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR (CON BOQUILLA)

Tan pronto como el niño tenga la capacidad de colaborar y sellar los labios alrededor de una boquilla, se debe reemplazar la mascarilla.

1. Agitar bien el inhalador e insertarlo en la aerocámara.
2. Pedirle al niño que se coloque la boquilla en la boca, sellando bien los labios a su alrededor.
3. Oprimir el inhalador una sola vez para liberar el medicamento en la cámara.
4. Indicarle al niño que inhale lenta y profundamente por la boca.
5. Pedirle que sostenga la respiración durante 5 a 10 segundos y luego espire lentamente.

El objetivo de estos tratamientos es administrar fármacos específicos que actúan sobre las vías respiratorias para aliviar la inflamación y la obstrucción.

5. ¿QUÉ MEDICAMENTOS SE USAN Y CÓMO FUNCIONAN?

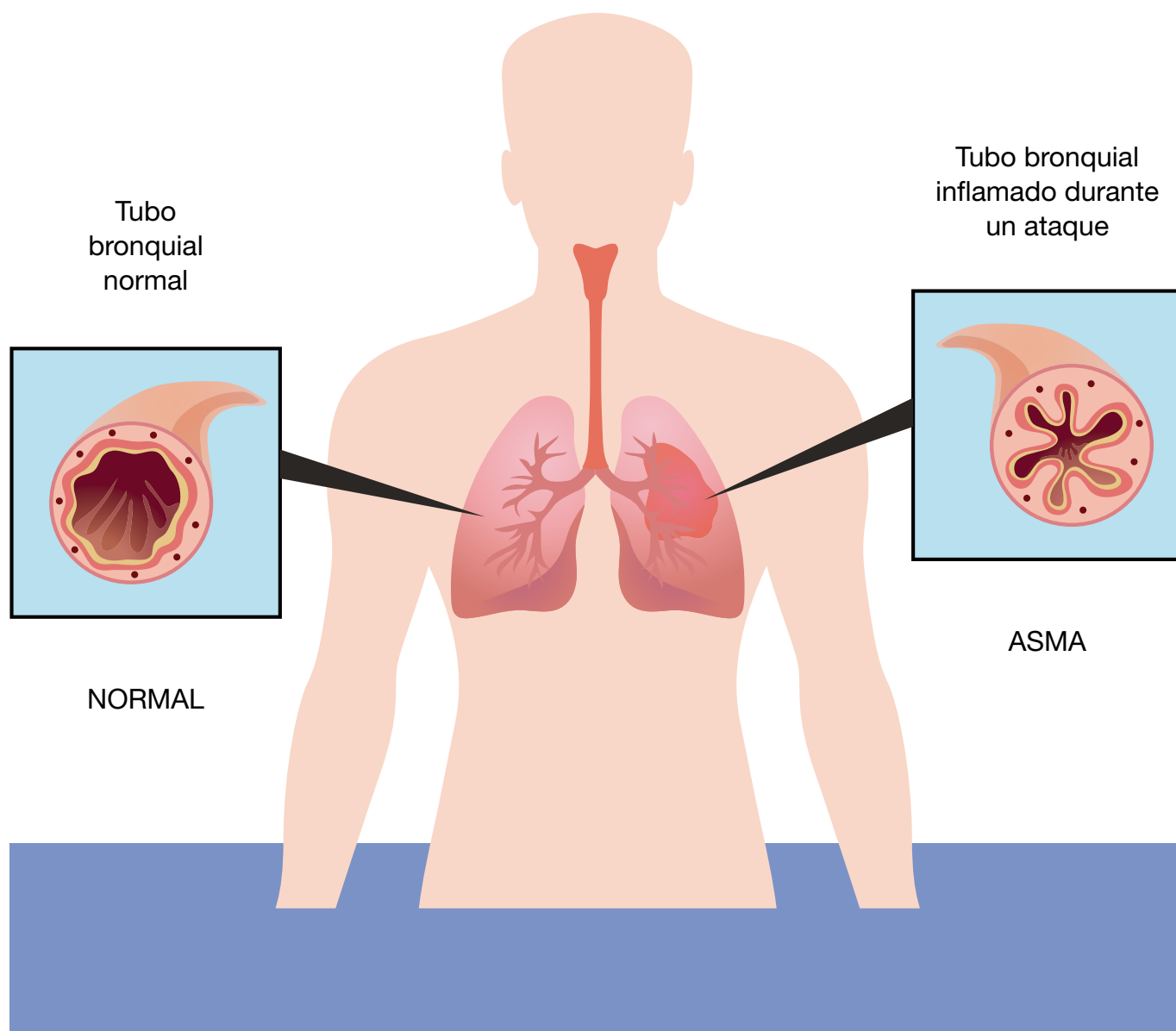
En la población pediátrica, los fármacos administrados por vía inhalatoria se centran principalmente en abrir las vías respiratorias y reducir la inflamación. Los más utilizados son:

- **Broncodilatadores:** Como el **salbutamol**, que actúan rápidamente para relajar los músculos de los bronquios y aliviar crisis de asma u obstrucciones agudas.
- **Anticolinérgicos:** Como el **bromuro de ipratropio**, que también ayudan a dilatar los bronquios, a menudo como complemento de otros tratamientos.
- **Corticoides inhalados:** Como la **fluticasona** o el **budesonide**, que son antiinflamatorios potentes y se usan como tratamiento de mantenimiento para controlar el asma persistente.

Para entender cómo funcionan, es útil visualizar qué ocurre en los pulmones. En una persona con asma, el músculo liso que rodea los bronquios está engrosado y contraído. Esto, sumado a la inflamación de la mucosa, estrecha peligrosamente el paso del aire, causando dificultad para respirar, tos y sibilancias.

Los **broncodilatadores** actúan directamente sobre esta condición. Al ser inhalados, el medicamento llega a los bronquios y **relaja los músculos contraídos**

ASMA Y BRONCOCONSTRICCIÓN



que los rodean. Esto permite que las vías respiratorias se abran y el aire pueda pasar mucho más fácilmente, aliviando los síntomas de forma rápida.

La efectividad de estos potentes medicamentos depende por completo de que la dosis correcta llegue al lugar adecuado, lo que nos lleva de vuelta al punto más importante: la técnica de administración.

6. CONCLUSIÓN: LA EDUCACIÓN ES LA CLAVE DEL ÉXITO

La aerosolterapia es una modalidad de tratamiento extraordinariamente eficaz para las enfermedades

respiratorias en niños. Sin embargo, su éxito fuera del hospital depende de un factor crucial: **la educación**. No basta con prescribir un inhalador y una aerocámara; es fundamental que el personal de salud, especialmente enfermería, se tome el tiempo necesario para entrenar de manera clara y práctica a los padres o cuidadores.

La correcta aplicación de la técnica, el mantenimiento del dispositivo y la comprensión del tratamiento por parte de la familia son los pilares que garantizan que el niño reciba el beneficio completo del medicamento. Una educación efectiva no solo previene complicaciones y reingresos hospitalarios, sino que también empodera a la familia, mejora la calidad de vida del niño y asegura un cuidado continuo y seguro en el hogar.

Bioseguridad Hospitalaria: Guía para Entender y Prevenir Infecciones



Imagen: Freepik.com

Autoras

Lic. Borba Estela

Lic. Farias Jesica

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

1. INTRODUCCIÓN: ¿QUÉ ES LA BIOSEGURIDAD Y POR QUÉ ES CRUCIAL?

1.1. PROPÓSITO DEL DOCUMENTO

Esta guía busca desmitificar los conceptos de la bioseguridad en el entorno hospitalario. Su objetivo es explicar de manera clara y sencilla cómo un conjunto de principios y medidas bien aplicadas puede proteger la

salud de los pacientes, del personal médico y de los visitantes. Demuestra cómo acciones simples, que diversos estudios demuestran que a menudo se pasan por alto en entornos ajetreados, son cruciales para romper la cadena de transmisión de infecciones.

1.2. DEFINICIÓN SENCILLA DE BIOSEGURIDAD

La **bioseguridad** es un conjunto de normas y principios diseñados para prevenir riesgos a la salud. Se basa en tres ideas fundamentales:

- **Universalidad:** Las medidas de protección deben aplicarse a **todos** los pacientes y personal, sin importar si se conoce o no la presencia de una infec-

ción. Se asume que cualquier persona puede ser una fuente de contagio.

- **Uso de Barreras:** Se utilizan elementos de protección (como guantes o camisolines) para evitar el contacto directo con sangre, fluidos corporales y otros materiales potencialmente contaminantes.
- **Eliminación Segura:** Se siguen procedimientos específicos para desechar de forma segura todo material contaminado, evitando que se convierta en una fuente de infección para otras personas.

1.3. LA META PRINCIPAL

El objetivo final del aislamiento y la bioseguridad es claro: **evitar la transmisión de infecciones dentro del hospital**. Estas medidas actúan como un escudo que se interpone entre una fuente de infección (como un paciente infectado) y una persona susceptible (como otro paciente o un miembro del personal de salud), protegiendo a toda la comunidad hospitalaria.

Para entender cómo funcionan estas medidas de protección, primero debemos conocer cómo se propagan las infecciones.

2. EL ORIGEN DEL RIESGO: LA CADENA DE TRANSMISIÓN DE INFECCIONES

Para que una infección se transmita dentro de un hospital, es necesaria la combinación de tres elementos clave. Si logramos romper cualquiera de estos eslabones, detenemos el contagio.

2.1. LOS TRES ELEMENTOS CLAVE

1. **Una Fuente de Infección:** Es el punto de partida del microorganismo. Puede ser una persona (paciente, personal de salud, visitante) que tenga una enfermedad o esté colonizada sin síntomas, o incluso objetos inanimados como equipos médicos contaminados.
2. **Un Huésped Susceptible:** Es una persona vulnerable a contraer la infección. En un hospital, son especialmente susceptibles los pacientes inmunodeprimi-

dos, aquellos con largas estancias hospitalarias, con heridas o que han sido sometidos a procedimientos invasivos (catéteres, sondas, etc.).

3. **Una Vía de Transmisión:** Es el "camino" o mecanismo que utiliza el microorganismo para viajar desde la fuente hasta el huésped. Conocer estas rutas es fundamental para saber cómo bloquearlas.

2.2. LAS RUTAS PRINCIPALES DE CONTAGIO

Las infecciones hospitalarias utilizan diferentes "caminos" para propagarse. Los más importantes se resumen en la tabla N° 1:

Conociendo estas rutas de contagio, ahora podemos explorar la primera y más importante línea de defensa que se aplica en todos los casos: las precauciones estándar.

3. LA PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA: PRECAUCIONES ESTÁNDAR PARA TODOS

3.1. EL PRINCIPIO FUNDAMENTAL

Las **Precauciones Estándar** son la base de toda la bioseguridad hospitalaria. Son un conjunto de medidas diseñadas para el cuidado de **todos** los pacientes, en todo momento, independientemente de si se sospecha o se sabe que tienen una infección. Son la estrategia fundamental para el control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud.

3.2. LOS PILARES DE LAS PRECAUCIONES ESTÁNDAR

Estas precauciones se componen de varias prácticas clave que deben ser parte de la rutina diaria en cualquier entorno de salud.

- **Higiene de Manos:**
 - **Importancia:** Es considerada la **medida más crítica y eficaz** para prevenir la transmisión de infecciones.

VÍA DE TRANSMISIÓN	EXPLICACIÓN SENCILLA
Por Contacto	Es la vía más frecuente en los hospitales. Puede ser directo (contacto piel con piel entre una persona infectada y una susceptible) o indirecto (a través de un intermediario, como las manos contaminadas del personal de salud o un objeto como un estetoscopio).
Por Gotas	Ocurre cuando una persona infectada tose, estornuda o habla, generando pequeñas gotas (gotitas de Flugge) que viajan distancias cortas (generalmente menos de un metro) y se depositan en la boca, nariz u ojos de otra persona.
Aérea	Se produce cuando microorganismos muy pequeños quedan suspendidos en el aire por largos períodos de tiempo. Estos pueden ser inhalados por una persona susceptible que se encuentre incluso a gran distancia dentro de la misma habitación o área.
Por Vehículo Común	La transmisión ocurre a través de un elemento contaminado que es compartido por varias personas, como alimentos, agua, medicamentos o equipos médicos mal desinfectados.

Tabla 1

Las manos del personal de salud son el principal vehículo de transmisión de microorganismos entre pacientes. Como veremos más adelante, esta simple acción es nuestra principal arma contra las "superbacterias" más peligrosas.

- **Métodos:**

Lavado de rutina (social): Se realiza con agua y jabón líquido durante **40 a 60 segundos**. Se usa cuando las manos están visiblemente sucias, al inicio de la jornada, antes de comer, después de ir al baño y después de retirarse los guantes.

Desinfección en seco: Se realiza con soluciones a base de alcohol (alcohol en gel) durante **20 a 30 segundos**. Es el método preferido entre paciente y paciente cuando las manos no están visiblemente sucias, por su rapidez y eficacia.

• **Uso de Elementos de Barrera:**

- Se deben utilizar guantes, camisolines, barbijos y protección facial (ocular) siempre que se anticipe el contacto con sangre, fluidos corporales, secreciones o piel no intacta.

• **Higiene Respiratoria (Etiqueta de la Tos):**

- Es una medida para controlar la diseminación de gérmenes respiratorios. Consiste en cubrirse la boca y la nariz con un pañuelo descartable al toser o estornudar (y desecharlo inmediatamente), seguido de una correcta higiene de manos.

• **Manejo Seguro de Equipos y Superficies:**

- Implica la limpieza y desinfección rigurosa y diaria de los equipos médicos y de las superficies del entorno del paciente (cama, mesa de luz, etc.). Esto es crucial para prevenir la transmisión por contacto indirecto.

Pero, ¿qué sucede cuando se sospecha o confirma una infección específica? Es aquí donde entran en juego las precauciones adicionales.

4. MEDIDAS ADICIONALES:

AISLAMIENTO BASADO EN LA TRANSMISIÓN

4.1. UN NIVEL EXTRA DE SEGURIDAD

Estas precauciones se **añaden** a las precauciones estándar, nunca las reemplazan. Se aplican únicamente a pacientes con diagnóstico o sospecha de infecciones causadas por patógenos específicos y altamente transmisibles. Su objetivo es cortar una vía de transmisión concreta: por contacto, por gotas o aérea.

4.2. AISLAMIENTO POR CONTACTO: EL MÁS FRECUENTE

El aislamiento por contacto es la medida adicional más común y está diseñada para detener la propagación de gérmenes que se transmiten al tocar a un paciente o su entorno. Las acciones clave incluyen:

- **Ubicación del Paciente:** Lo ideal es una **habitación individual**. Si no hay disponibilidad, se puede recurrir a la **cohortización**, que consiste en agrupar en una misma habitación a pacientes infectados o colonizados con el mismo microorganismo.
- **Uso de Guantes:** Colóquese guantes limpios **antes de entrar** a la habitación del paciente. Es fundamental **retirarlos antes de salir** y realizar inmediatamente una correcta higiene de manos. Es crucial recordar que los guantes no reemplazan la higiene de manos, ya que estas pueden contaminarse durante el proceso de quitárselos.
- **Uso de Camisolín:** Utilice un camisolín de un solo uso **al entrar en la habitación** si se prevé tener contacto directo y sustancial con el paciente o con superficies de su entorno. Al igual que los guantes, debe ser desechado **antes de salir** de la habitación.
- **Equipos Médicos:** Siempre que sea posible, los equipos no críticos (como estetoscopios o tensiómetros) deben ser de **uso exclusivo** para el paciente. Si deben compartirse, es obligatorio limpiarlos y desinfectarlos meticulosamente antes de usarlos con otro paciente.

Estas medidas de aislamiento por contacto son vitales para combatir uno de los mayores desafíos de la medicina moderna: los microorganismos multirresistentes.

5. EL GRAN DESAFÍO: LOS MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES (MOMR)

5.1. ¿QUÉ SON LOS MOMR?

Los **Microorganismos Multirresistentes (MOMR)**, a veces llamados "superbacterias", son gérmenes que han "aprendido a defenderse" de los antibióticos y otros medicamentos que antes los eliminaban. Entre los más preocupantes en los hospitales se encuentran bacterias como *Klebsiella*, *Escherichia coli* (*E. coli*), *Acinetobacter* y *Pseudomonas aeruginosa*. Esta resistencia hace que las infecciones que causan sean muy difíciles, y en ocasiones imposibles, de tratar, lo que aumenta gravemente el riesgo para los pacientes.

5.2. LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN

Dado que el tratamiento es tan complicado, la **prevención es la estrategia más importante**. La evidencia es contundente: **"La transmisión de estos microorganismos es en general a través de las manos del personal"**. Esto significa que la principal vía de propagación de estas peligrosas bacterias dentro de un hospital es el contacto indirecto.

5.3. EL CÍRCULO DE LA BIOSEGURIDAD

Aquí es donde todos los conceptos se conectan. La lucha contra la propagación de los MOMR depende directamente de la aplicación rigurosa y constante de:



Imagen: Freepik.com

1. Las **Precauciones Estándar** para todos los pacientes, con un énfasis absoluto en la **higiene de manos** antes y después de cada contacto.
 2. Las **Precauciones de Contacto** de manera estricta cuando un paciente está infectado o colonizado por un MOMR.
- Las **Precauciones Estándar**, especialmente una correcta y frecuente **higiene de manos**, son la base fundamental de la prevención y deben aplicarse siempre y con todos los pacientes.
 - Las medidas de **Aislamiento por Contacto** son una herramienta crucial y específica para controlar la propagación de patógenos peligrosos, como los microorganismos multirresistentes.

Como hemos visto, la bioseguridad no es un concepto abstracto, sino un conjunto de acciones concretas que marcan la diferencia.

6. CONCLUSIÓN: LA BIOSEGURIDAD ES RESPONSABILIDAD DE TODOS

6.1. RESUMEN DE IDEAS CLAVE

Para crear un entorno hospitalario seguro, es fundamental recordar estas tres ideas:

- La bioseguridad busca **romper la cadena de transmisión** de infecciones para proteger a pacientes, personal y visitantes.

6.2. MENSAJE FINAL

El éxito de cualquier programa de bioseguridad no depende solo de los protocolos escritos, sino del compromiso real de cada persona en el hospital. La educación continua y la participación activa del personal de salud, junto con la información y colaboración de los pacientes y sus familias, son esenciales para construir una cultura de seguridad. Al final, la prevención de infecciones es un esfuerzo colectivo donde la colaboración es la clave del éxito.

Comprendiendo el Cáncer Infantil: Una Guía Conceptual



Imagen: Freepik.com

Autoras

Lic. Capretti Carina, Lic. Peralta Adriana,

Lic. Rojas Romina

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

1. INTRODUCCIÓN: ¿QUÉ ES EL CÁNCER INFANTIL?

El cáncer infantil es una enfermedad caracterizada por el crecimiento descontrolado y anormal de células en el cuerpo de un niño. A diferencia del cáncer en adultos, es una condición poco frecuente. Un punto fundamental a recordar es que la biología de cada tumor pediátrico es única, lo que influye directamente en su ritmo de crecimiento y en sus patrones de diseminación. Esta singularidad biológica es la razón por la que requiere enfoques de diagnóstico y tratamiento completamente especializados y distintos a los utilizados en adultos.

Cuando estas células anormales forman una masa, se le denomina **tumor maligno**. Si estas células se desprenden del tumor original y viajan a otras partes del cuerpo, se produce un proceso llamado **metástasis**. Los sitios más frecuentes de metástasis son los ganglios linfáticos, los huesos, el hígado, los pulmones, la pleura y el sistema nervioso central. Es crucial entender que la afectación de otro órgano no modifica el diagnóstico inicial, sino que indica la extensión de la enfermedad. Por ejemplo, si un cáncer de riñón se disemina al pulmón, sigue siendo tratado como un cáncer de riñón metastásico, no como un cáncer de pulmón.

Para comprender el cáncer infantil, es vital tener en cuenta tres ideas clave:

- **Crecimiento celular anormal:** Es el punto de partida de la enfermedad, donde las células pierden los mecanismos normales de control y se multiplican sin freno.

- **Diferencias con el cáncer en adultos:** Su biología distinta exige tratamientos y abordajes específicos para la población pediátrica.
- **Diagnóstico especializado:** Ante la sospecha de cáncer, es imperativo derivar al niño a un centro especializado para acelerar el diagnóstico y comenzar el tratamiento adecuado lo antes posible.

A continuación, exploraremos los dos principales grupos en los que se clasifican los cánceres infantiles: las leucemias y los tumores sólidos.

2. LOS DOS GRANDES GRUPOS: LEUCEMIAS Y TUMORES SÓLIDOS

Los cánceres que afectan a niños y adolescentes se clasifican principalmente en dos grandes categorías: las leucemias, que afectan a la sangre y la médula ósea, y los tumores sólidos, que forman masas en órganos o tejidos específicos. Cada grupo tiene características y orígenes distintos que determinan cómo se manifiestan y cómo se tratan.

2.1. LEUCEMIAS: EL CÁNCER DE LA SANGRE Y LA MÉDULA ÓSEA

La leucemia es un tipo de cáncer que se origina en la médula ósea, el tejido blando dentro de los huesos donde se fabrican las células sanguíneas. Se caracteriza por la producción anómala de glóbulos blancos, también conocidos como leucocitos.

Un aspecto importante es la distinción entre **leucemias agudas** y crónicas. Las leucemias agudas, las más comunes en la infancia, son de crecimiento rápido y se originan por una falla en la maduración de las células sanguíneas inmaduras. En contraste, las leucemias crónicas afectan a células más maduras. Los dos tipos principales de leucemia aguda en niños son:

- **Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA)**
- **Leucemia Mieloide Aguda (LMA)**

Si no se tratan, estas enfermedades progresan rápidamente, por lo que su diagnóstico y tratamiento tempranos son vitales.

2.2. TUMORES SÓLIDOS: MASAS EN ÓRGANOS Y TEJIDOS

A diferencia de las leucemias, los tumores sólidos son cánceres que se desarrollan formando una masa o bulto en órganos o tejidos específicos del cuerpo. Su presentación clínica varía mucho según su ubicación, tamaño y velocidad de crecimiento.

Algunos de los tumores sólidos más comunes en pediatría incluyen:

- **Neuroblastoma:** Un cáncer que se origina en células nerviosas inmaduras y suele aparecer en las glándulas suprarrenales, el abdomen, el tórax o el cuello.
- **Tumor de Wilms:** También conocido como nefroblastoma, es un tipo de cáncer de riñón que afecta principalmente a niños pequeños.
- **Sarcomas:** Son cánceres que se forman en los huesos o en tejidos blandos como músculos, grasa o vasos sanguíneos. Los más conocidos son el rabdomyosarcoma y el sarcoma de Ewing.
- **Tumores del Sistema Nervioso Central (SNC):** Incluyen una gran diversidad de cánceres que se desarrollan en el cerebro y la médula espinal. Representan el tipo de tumor sólido más común en niños.

2.3. TABLA COMPARATIVA: LEUCEMIAS VS. TUMORES SÓLIDOS

Características clave de cada grupo (Tabla 1).

Esta distinción fundamental entre enfermedades diseminadas (leucemias) y localizadas (tumores sólidos) no solo define el diagnóstico, sino que dicta directamente las herramientas terapéuticas que el equipo de salud empleará, como veremos a continuación.

3. ¿CÓMO SE TRATA EL CÁNCER INFANTIL? LAS PRINCIPALES TERAPIAS

El tratamiento del cáncer infantil es un proceso complejo que requiere un enfoque multidisciplinario, donde especialistas de diferentes áreas colaboran para ofrecer el mejor cuidado posible. Generalmente, se combinan varias modalidades terapéuticas para atacar la enfermedad desde distintos frentes. Las tres terapias principales son la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia.

CARACTERÍSTICA	LEUCEMIAS	TUMORES SÓLIDOS
Origen	Médula ósea y sangre.	Órganos o tejidos específicos (riñón, huesos, cerebro, etc.).
Forma de presentación	Infiltración difusa de células anormales en la médula ósea y el torrente sanguíneo.	Masa o bulto localizado en un órgano o tejido.
Ejemplos comunes	Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), Leucemia Mieloide Aguda (LMA).	Neuroblastoma, Tumor de Wilms, Sarcomas, Tumores del SNC.

Tabla 1

Cada una tiene un objetivo y un mecanismo de acción diferente, clasificándose como **localizadas** (actúan sobre un área específica) o **sistémicas** (afectan a todo el cuerpo).

3. Apoyo emocional y educación familiar: Recibir un diagnóstico de cáncer es un golpe devastador para cualquier familia. El personal de enfermería brinda contención emocional, explica los procedimientos de

MODALIDAD TERAPÉUTICA	¿EN QUÉ CONSISTE?	TIPO DE TRATAMIENTO
Cirugía Oncológica	Extirpación quirúrgica de la masa tumoral. Si el cáncer está localizado y se detecta en una etapa temprana, la cirugía puede ser curativa.	Localizado
Quimioterapia	Utiliza fármacos citotóxicos que viajan por el torrente sanguíneo para destruir células cancerosas. Al ser sistémico , puede alcanzar células diseminadas, pero también afecta a células sanas, causando efectos secundarios.	Sistémico
Radioterapia	Emplea radiación ionizante de alta energía para dañar el ADN de las células cancerosas. Puede usarse antes de la cirugía (neoadyuvante) para reducir el tumor, o después (adyuvante) para eliminar células remanentes.	Localizado

Dado que tratamientos como la quimioterapia afectan a todo el cuerpo, pueden causar una gama de efectos secundarios que requieren una vigilancia y manejo experto. Esta es una responsabilidad crucial del equipo de salud, donde el personal de enfermería se convierte en un pilar fundamental.

4. EL ROL FUNDAMENTAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA: CUIDADORES EXPERTOS

El personal de enfermería es un factor determinante para la supervivencia y la mejora de la calidad de vida del paciente oncológico pediátrico. Su rol va mucho más allá de las tareas técnicas, abarcando un cuidado integral que sostiene al niño y a su familia durante todo el proceso de la enfermedad.

Sus responsabilidades se pueden agrupar en cuatro áreas de impacto clave:

- 1. Garantizar la eficacia y seguridad del tratamiento:** Son los profesionales encargados de administrar la quimioterapia, un proceso que exige máxima precisión. Esto incluye el manejo experto de catéteres venosos de larga permanencia (como los implantables tipo Port-a-Cath o los semiimplantables tipo Broviac y Hickman) y la realización de rigurosas verificaciones, como el **doble chequeo** de la medicación, para prevenir errores y garantizar la seguridad del paciente.
- 2. Manejo integral de síntomas y efectos secundarios:** Su labor es crucial para anticipar, monitorizar y controlar los efectos adversos de las terapias. Esto abarca desde el control del dolor, las náuseas y vómitos, hasta el manejo de complicaciones graves como la **neutropenia febril**, una peligrosa baja de defensas causada por el efecto de la quimioterapia en la médula ósea. Además, se ocupan de otros efectos como la **mucositis** (inflamación de las mucosas), la **xerostomía** (sequedad bucal), anorexia, constipación y la faringitis actínica.

forma clara y adaptada a la edad del niño, y capacita a los padres para que puedan continuar con los cuidados en casa, enseñándoles a reconocer signos de alarma y a manejar la medicación.

- 4. Coordinación y vigilancia continua:** Actúan como el principal nexo de comunicación dentro del equipo interdisciplinario (médicos, psicólogos, nutricionistas). Monitorizan constantemente al paciente para detectar cualquier complicación de forma temprana y coordinan los cuidados para asegurar una atención integral y coherente. Es por esta razón que el rol de enfermería es tan crítico para el éxito del tratamiento.
- 5. Conclusión:** Un camino de esperanza y cuidado integral

Aunque el diagnóstico de cáncer infantil es un desafío inmenso para los niños y sus familias, el panorama actual es esperanzador. Los avances en el diagnóstico, la combinación estratégica de tratamientos y el cuidado integral por parte de un equipo multidisciplinario han mejorado significativamente las tasas de supervivencia en las últimas décadas.

En este complejo proceso, el rol del personal de enfermería emerge como un pilar insustituible. Su conocimiento especializado, su capacidad para manejar tratamientos complejos y efectos secundarios, y su invaluable apoyo emocional son determinantes para el bienestar y la recuperación del paciente. El diagnóstico temprano, el tratamiento adecuado y el apoyo humano y constante de profesionales de la salud ofrecen un camino de esperanza para los niños que enfrentan esta enfermedad.

La enfermería es clave en la supervivencia y calidad de vida del paciente oncológico pediátrico.

Cómo la Comunicación Afecta el Clima Laboral en Enfermería



Imagen: Freepik.com

Autora
Fernández Mamani, Sandra

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

La comunicación es un pilar fundamental en cualquier organización, pero su relevancia se magnifica en el sector de la salud, donde la claridad y la eficacia pueden impactar directamente en la calidad del cuidado. Sin embargo, a menudo no se le otorga la importancia debida, lo que genera una serie de factores que afectan negativamente el clima laboral y el desempeño del personal. Este resumen explora una investigación que profundiza en la relación directa entre la comunicación interna y el ambiente de trabajo en un equipo de enfermería hospitalaria.

1. EL PROBLEMA: ¿QUÉ SE INVESTIGÓ Y POR QUÉ?

1.1. CONTEXTO DEL ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo en una institución de salud pública de alta complejidad: el Hospital Pe-

diátrico H. Notti en Mendoza, Argentina. El estudio se centró específicamente en la percepción del personal de enfermería que trabaja en el servicio de oncohematología, un área que atiende a pacientes inmunocomprometidos y que exige una coordinación impecable.

1.2. LA PREGUNTA CENTRAL

El estudio buscó responder a una pregunta clave sobre la dinámica interna del equipo:

¿Cuál es la relación entre comunicación interna y ambiente laboral, según la percepción de enfermería en el servicio de oncohematología, del Hospital Notti...?

1.3. LA HIPÓTESIS DE PARTIDA

Los investigadores partieron de una premisa clara que buscaban confirmar o refutar con los datos obtenidos:

La ineficacia en la comunicación interna está directamente asociada a un clima laboral negativo, según la percepción del personal de enfermería.

Para responder a esta pregunta, los investigadores utilizaron un método específico y estructurado.

2. ¿CÓMO SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN? (METODOLOGÍA)

El diseño de la investigación fue sistemático y se centró en obtener datos medibles sobre las percepciones del personal.

- **Enfoque:** Se utilizó un enfoque **cuantitativo**, basado en la recolección y el análisis de datos numéricos para identificar patrones y relaciones.
- **Alcance:** El estudio fue **descriptivo-correlacional**, lo que significa que su objetivo era, por un lado, describir las características de la comunicación y el clima laboral y, por otro, medir la relación que existe entre ambas variables.
- **Instrumento:** La herramienta principal fue una **encuesta anónima de 22 preguntas cerradas**, diseñada para capturar las percepciones del equipo de manera estructurada.
- **Población:** La muestra incluyó a **33 profesionales de enfermería** del servicio de oncohematología, abarcando diferentes turnos y niveles jerárquicos.

El análisis de las respuestas a esta encuesta reveló importantes descubrimientos sobre la dinámica del equipo.

3. DESCUBRIMIENTOS CLAVE: LO QUE REVELARON LOS DATOS

3.1. LOS PRINCIPALES DESAFÍOS EN LA COMUNICACIÓN

El análisis de datos identificó fallas estructurales significativas en la forma en que fluye la información dentro del equipo.

1. **Retroalimentación y Claridad Deficientes:** La comunicación descendente es marcadamente débil; un **70%** del personal percibe la retroalimentación como "poco fluida" y un contundente **90%** considera las instrucciones "poco claras", lo que genera un ambiente de incertidumbre propenso a malentendidos y errores en la atención al paciente.

2. **Miedo a Expresarse:** El silenciamiento del personal es casi total: la suma del **50%** que siente "poca" oportunidad de expresarse y el **40%** que no siente "nada" revela que un 90% del equipo no se considera seguro para hablar. Este hallazgo se correlaciona directamente con la percepción de "poco" apoyo de superiores (**70%**) y la aplastante falta de autonomía (un **80%** reporta "poca" o "nada"), dibujando el panorama de una cultura de comunicación unidireccional y de bajo empoderamiento.

3. **Coordinación Ineficaz:** La comunicación horizontal es ineficaz, con un **80%** del personal admitiendo que solo se coordina "a veces" para transmitir mensajes importantes, lo cual aumenta el riesgo de que la información se distorsione o se pierda, afectando la continuidad del cuidado.

3.2. EL IMPACTO EN EL AMBIENTE DE TRABAJO

Estos problemas de comunicación se reflejan directamente en el clima laboral, creando una dicotomía entre las relaciones de pares y la estructura organizacional. (Ver tabla 1)

Estos hallazgos, tanto en comunicación como en clima laboral, conducen a una conclusión clara sobre su interdependencia.

4. CONCLUSIÓN PRINCIPAL: LA CONEXIÓN ES INNEGABLE

La investigación confirma con contundencia la hipótesis inicial: la comunicación ineficaz se asocia directamente con un clima laboral negativo. Los problemas como la falta de claridad en los mensajes, la ausencia de retroalimentación constructiva y el uso inadecuado de los canales de comunicación repercuten en la falta de autonomía, la desmotivación y una percepción de escaso apoyo por parte del liderazgo. Aunque las excelentes relaciones entre colegas actúan como un importante soporte emocional, los problemas estructurales de comunicación y liderazgo debilitan la cohesión y el bienestar general del equipo, lo que finalmente representa un riesgo para la calidad y seguridad de la atención al paciente.

ASPECTOS POSITIVOS (ENTRE PARES)	ASPECTOS NEGATIVOS (ESTRUCTURALES)
Alta Confianza y Apoyo: Existe un fuerte compañerismo, con un 80% reportando "muchacha" confianza y un 60% sintiendo apoyo emocional "casi siempre" de sus colegas.	Poco Apoyo de Superiores: El 70% del personal percibe "poco" apoyo por parte de sus superiores directos.
Buenas Relaciones Laborales: El 100% del equipo califica su relación con compañeros como "buena".	Autonomía Limitada: El 60% siente tener "poca" autonomía y un 20% "nada", dependiendo constantemente de la aprobación superior.
	Falta de Reconocimiento: No existe una cultura de recompensa; el 60% reporta "nada" de recompensas y el 40% "pocas".

Tabla 1



Imagen: Freepik.com

5. RECOMENDACIONES PRÁCTICAS PARA LA MEJORA

Basándose en los hallazgos, el estudio propone acciones concretas para transformar el entorno de trabajo y fortalecer la comunicación:

- Fortalecer la claridad y coherencia de los mensajes internos, especialmente en pautas y procedimientos.
- Promover mayor autonomía en las decisiones de enfermería, ofreciendo la formación y el apoyo adecuados.
- Establecer prácticas de reconocimiento y retroalimentación que motiven al personal y valoren su desempeño.
- Mejorar la coordinación y el diálogo a través de canales de comunicación bidireccionales que faciliten el acceso a información relevante.

La Misión de Comer Bien: Por Qué la Comida Saludable es importante



Imagen: Freepik.com

Autores

Fuentes, Verónica; Ochoa, Mauricio; Quiroga, Mónica

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

1. INTRODUCCIÓN: ¿QUÉ SON LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y POR QUÉ IMPORTAN?

Los **hábitos alimentarios** son simplemente las prácticas y costumbres diarias que tenemos al momento de comer. Aunque suenen como algo simple, estas decisiones cotidianas son la base de tu crecimiento y desarrollo. Piénsalo así: una alimentación adecuada y equilibrada es el combustible esencial que tu cuerpo necesita para funcionar, crecer fuerte y mantenerse saludable.

La infancia y la adolescencia son las etapas más importantes para construir estos hábitos, ya que es en el entorno familiar donde aprendemos cómo, cuándo y qué comer. Estas costumbres, una vez formadas, pueden acompañarnos durante toda la vida.

Nuestras elecciones diarias nos llevan por dos caminos muy diferentes, cada uno con consecuencias directas y profundas para nuestra salud presente y futura.

2. LOS DOS CAMINOS DE LA ALIMENTACIÓN: BENEFICIOS VS. RIESGOS

Cada comida es una elección. A continuación, exploramos los dos destinos a los que nos pueden llevar nuestros hábitos alimentarios. (Ver tabla 1)

Ahora que conocemos los dos caminos, es hora de identificar qué componentes específicos de ciertos alimentos pueden llevarnos por la ruta equivocada si no tenemos cuidado.

3. CONOCIENDO A LOS "VILLANOS" DE LA COMIDA CHATARRA

No todos los alimentos son iguales. Ciertos componentes, presentes en altas cantidades en la "comida rápida" y los productos "ultra procesados", pueden ser perjudiciales para tu salud si los consumes en exceso.

3.1. LAS GRASAS QUE DEBES LIMITAR

Las **grasas saturadas y trans** son consideradas "dañinas" para el cuerpo. A menudo son sólidas a tem-

EL CAMINO SALUDABLE	EL CAMINO POCO SALUDABLE
Previene enfermedades: Comer bien es tu mejor escudo. Una dieta saludable te ayuda a prevenir o controlar enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y la obesidad , que pueden aparecer incluso en la juventud.	Problemas de peso: El consumo excesivo de comida chatarra es una de las principales causas de sobrepeso y obesidad. En Argentina, la situación es preocupante: el 41,1% de los chicos de 5 a 17 años padece sobrepeso u obesidad.
Mejora tu salud general: Al darle a tu cuerpo los nutrientes que necesita, mejoras tu calidad de vida. Te sientes mejor, piensas con más claridad y tu cuerpo funciona de manera óptima.	Enfermedades crónicas: Una mala dieta aumenta drásticamente el riesgo de desarrollar enfermedades graves como problemas cardíacos y diabetes tipo II a mediano y largo plazo.
Te proporciona súper energía: Las grasas saludables, carbohidratos complejos y proteínas son fundamentales para darte energía durante el día y para impulsar tu crecimiento, especialmente en etapas clave como la niñez y la adolescencia.	Problemas digestivos: El bajo consumo de fibra y agua puede llevar a malestares frecuentes, como la constipación (estreñimiento).
	Impacto mental y social: Las consecuencias van más allá de lo físico. Una mala alimentación puede provocar problemas de aprendizaje, baja autoestima e incluso ser causa de bullying debido al sobrepeso.

Tabla 1

peratura ambiente (piensa en la grasa visible de la carne o la manteca). Aunque tu cuerpo necesita grasas saludables para obtener energía, un exceso de las dañinas puede causar serios problemas.

Riesgos principales del exceso de grasas saturadas y trans:

- 1. Aumento del Colesterol Malo (LDL):** El exceso de grasa saturada provoca que el colesterol "malo" se acumule en tus arterias, un proceso llamado aterosclerosis. Esto hace que tus "tuberías" internas se vuelvan más estrechas y rígidas.
- 2. Riesgo de Enfermedades Cardíacas:** Esta acumulación de colesterol aumenta directamente el riesgo de sufrir enfermedades del corazón, dolor en el pecho (angina) e incluso accidentes cerebrovasculares.

3.2. EL PELIGRO DEL AZÚCAR EN EXCESO

Nos referimos a los "**azúcares libres**", que son aquellos que los fabricantes añaden a alimentos y bebidas como las gaseosas, jugos procesados y golosinas. El problema no es el azúcar natural de una fruta, sino el que se añade en grandes cantidades.

Problemas asociados al consumo excesivo de azúcar:

- Riesgo de Diabetes:** Un alto consumo de azúcar puede hacer que tu cuerpo desarrolle resistencia a la insulina (la hormona que controla el azúcar en la sangre), llevando a condiciones como la prediabetes o la diabetes tipo II, incluso en niños y adolescentes.
- Aumento de Peso:** El sobrepeso y la obesidad son consecuencias directas del consumo de calorías vacías provenientes del azúcar.
- Efectos en el Ánimo y el Aprendizaje:** Las subidas y bajadas bruscas de azúcar en la sangre afectan a los neurotransmisores del cerebro, como la serotonina y

la dopamina. Esto puede causar ansiedad, depresión y problemas de comportamiento o dificultad para concentrarte en tus estudios.

Conocer a estos "villanos" es el primer paso. El siguiente es aprender a construir un plan con "héroes" que te ayuden a mantenerte saludable.

4. CONSTRUYENDO TU PLAN DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Adoptar buenos hábitos es totalmente posible y no tiene por qué ser complicado. Aquí tienes algunas recomendaciones prácticas y sencillas para empezar.

4.1. CONSEJOS PARA UN CONSUMO INTELIGENTE DE GRASAS

No todas las grasas son malas. La clave está en elegir las correctas y cocinarlas de la mejor manera.

- Aumenta el consumo de pescado:** Intenta comer pescado blanco (como la merluza) 3-4 veces por semana y pescado azul (como el salmón o la caballa) al menos 2 veces.
- Usa aceites vegetales:** El aceite de oliva es una excelente opción para cocinar y aderezar tus ensaladas.
- Elige formas de cocinar sencillas:** Prefiere cocinar al horno, a la plancha o hervido. Los fritos aumentan las calorías, pero si decides consumirlos ocasionalmente, hazlo usando aceite de oliva, a alta temperatura y por poco tiempo para limitar la absorción de grasa.

4.2. EL AGUA: TU ALIADA ESENCIAL

Tomar suficiente agua es fundamental para que tu cuerpo funcione correctamente. El agua ayuda a transportar nutrientes, eliminar desechos y mantenerte con



Imagen: Freepik.com

energía. La falta de agua puede causar deshidratación, lo que se traduce en fatiga y dificultad para concentrarte. ¡Es el combustible más simple y vital!

4.3. ¡APRENDE A LEER LAS SEÑALES!

Hoy en día, es más fácil identificar los alimentos que pueden ser poco saludables gracias a herramientas como la Ley de Etiquetado Frontal en Argentina. Esta ley obliga a los productos a llevar sellos de advertencia claros:

- **Octógonos negros:**

Estos sellos te avisan si un producto tiene exceso de:

- Azúcares
- Grasas totales
- Grasas saturadas
- Sodio
- Calorías

Aprender a leer estas etiquetas te da el poder de tomar decisiones más informadas en el supermercado.

Tomar conciencia de lo que comes es el primer gran paso para construir un futuro más saludable y lleno de energía.

5. CONCLUSIÓN: TÚ TIENES EL PODER DE ELEGIR

Una alimentación saludable durante la niñez y la adolescencia no es una dieta temporal, es una **inversión para toda la vida**. Los buenos hábitos que aprendes en tu familia y que decides mantener son tu principal herramienta para prevenir enfermedades graves, sentirte bien física y mentalmente, y tener la energía necesaria para alcanzar tus metas.

Entender cómo funciona la comida en tu cuerpo te da el superpoder de tomar mejores decisiones cada día. **Tú tienes el control para elegir el camino saludable y construir la mejor versión de ti mismo.**

El Arte y la Ciencia de la Entrega de Guardia en Enfermería: Una Guía Esencial



Imagen: Freepik.com

Autores

Lic. Guzmán Ramiro, Lic. María Villarruel,
Lic. Barrientos Olga

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

1. ¿QUÉ ES LA ENTREGA DE GUARDIA Y POR QUÉ ES UN MOMENTO CRUCIAL?

Esta guía ha sido diseñada para desglosar, de manera clara y accesible para un estudiante de enfermería, el proceso de entrega de guardia. Utilizando los hallazgos de una investigación real realizada en el Hospital Antonio J. Scaravelli, exploraremos los conceptos teóricos y su aplicación práctica, demostrando por qué este procedimiento es una de las habilidades más críticas en la profesión.

La **entrega de guardia**, también conocida como pase de guardia (PG), es el momento estructurado en que la responsabilidad del cuidado de un paciente se

transfiere de un equipo de enfermería al siguiente. Su propósito es garantizar una transición segura y sin interrupciones, donde la información crítica fluye de manera precisa y completa.

La investigación subraya que este es un momento clave de coordinación, definiéndolo como la:

Instancia formal de comunicación entre los miembros del equipo de salud.

Este proceso es vital porque una comunicación deficiente durante la entrega de guardia puede tener consecuencias graves. Como señala la investigación, las fallas en este intercambio pueden provocar interrupciones en la continuidad de la atención y ser la causa de un daño potencial para el paciente. Por lo tanto, dominar este procedimiento no es solo una tarea administrativa, sino un pilar fundamental de la seguridad del paciente.

Para dominar este proceso, es fundamental comprender los pilares sobre los que se construye una entrega de guardia exitosa.

2. LOS PILARES FUNDAMENTALES DE UNA ENTREGA DE GUARDIA EXITOSA

Un pase de guardia eficaz no ocurre por casualidad; se apoya en tres componentes interrelacionados que garantizan su éxito: la comunicación, la organización del proceso y los sistemas de trabajo establecidos en la unidad.

2.1. PILAR 1: LA COMUNICACIÓN COMO EJE CENTRAL

La comunicación es el corazón de la entrega de guardia. No se trata simplemente de hablar, sino de un intercambio de información que debe ser claro, responsable, dinámico y empático. Es una habilidad que jerarquiza el cuidado y la profesión misma. Una comunicación efectiva ayuda a tomar decisiones informadas y a construir una relación terapéutica sólida. (Ver tabla)

BUENAS PRÁCTICAS	MALAS PRÁCTICAS
Transmitir la información cara a cara y, preferiblemente, junto a la cama del paciente.	Realizar comentarios u opiniones subjetivas sobre los pacientes o sus familias.
Consultar documentos y registros para dar información precisa y no basarse solo en la memoria.	Permitir distracciones como el uso de teléfonos celulares o conversaciones sobre temas personales.
Evitar interrupciones no urgentes (llamadas, conversaciones ajenas) para mantener el foco.	Desviar la atención con asuntos que no están directamente relacionados con el cuidado del paciente.
Promover una comunicación asertiva, seria y respetuosa entre todo el personal.	

2.2. PILAR 2: LA ORGANIZACIÓN DEL PROCESO

La organización se refiere a la estructura diseñada para asignar funciones, responsabilidades y canales de comunicación que aseguren la coordinación y eficiencia de las tareas. En el contexto de la entrega de guardia, existen dos tipos de organización que coexisten (Ver tabla):

TIPO DE ORGANIZACIÓN	DEFINICIÓN Y RELEVANCIA EN LA ENTREGA DE GUARDIA
Organización Formal	Es la estructura oficial establecida por la institución. Define jerarquías, funciones, normas y sistemas de comunicación. Implicación: Proporciona un marco estandarizado y predecible para la entrega de guardia, lo que reduce la variabilidad y el riesgo de omisiones.
Organización Informal	Surge de las relaciones personales entre los miembros del equipo (amistad, compañerismo). No está definida oficialmente. Implicación: Aunque no es la estructura principal, puede influir en la dinámica del equipo y en la fluidez de la comunicación.

El estudio en el Hospital Scaravelli encontró que el **71%** de las entregas de guardia seguían una organización de tipo **formal**, lo que subraya la importancia de contar con una estructura definida. En la práctica, reconocerás que aunque la estructura formal es tu guía, la organización informal puede ser una poderosa aliada para la colaboración o una fuente de distracciones que deberás gestionar.

2.3. PILAR 3: SISTEMAS DE TRABAJO Y SU IMPACTO

La forma en que se organiza el trabajo de enfermería en una unidad tiene un impacto directo en la calidad del cuidado y, por lo tanto, en la información que se transfiere durante el pase de guardia. Los dos sistemas principales descritos en el estudio son:

- **Sistema de trabajo por funciones:**
 - **Descripción:** Las actividades rutinarias (toma de signos vitales, administración de medicamentos, etc.) se distribuyen equitativamente entre los enfermeros del servicio.
 - **Principal desventaja:** Tiende a "despersonalizar la atención de enfermería e impide el proceso de evaluación" de la atención integral del paciente.
- **Sistema de trabajo en equipo:**
 - **Descripción:** Se forman equipos de enfermeros que se encargan de un número determinado de pacien-

tes desde su ingreso hasta su egreso. Un profesional lidera el equipo y es responsable directo de la atención proporcionada.

- **Ventajas clave:**
 - Proporciona atención integral.
 - Fomenta las relaciones interpersonales enfermera-paciente.

- El cuidado que se brinda es continuo y facilita la evaluación.

Ahora que conocemos los conceptos teóricos, veamos cómo se manifiestan estos factores en un entorno clínico real.



Imagen: Freepik.com

3. LA ENTREGA DE GUARDIA EN EL MUNDO REAL: UN VISTAZO AL HOSPITAL SCARAVELLI

La investigación realizada en el área de Cirugía del Hospital Scaravelli nos ofrece un caso de estudio práctico que demuestra cómo se aplican los conceptos teóricos y cuáles son los desafíos más comunes. A continuación, se presentan los hallazgos más relevantes:

- **Lugar preferido:** El **71%** de las entregas de guardia se realizaron "junto a la cama del paciente", lo que se considera una buena práctica para involucrar al paciente y verificar la información in situ.
- **Carga de trabajo:** Una amplia mayoría (**79%**) del personal tenía a su cargo entre 6 y 10 pacientes por turno, lo que indica un nivel de responsabilidad elevado que exige una comunicación muy eficiente.
- **Organización predominante:** En línea con las buenas prácticas, el **71%** de los pases de guardia siguieron una organización de tipo formal y estructurada.
- **Principal desafío - Registros:** A pesar de la buena comunicación verbal, se detectó una "deficiencia en el registro del pase de guardia" en un **64%** de los casos.
- **Principal desafío - Verificación:** Hubo una "falta de control y verificación de tareas" en un **64%** de las observaciones.
- **Supervisión y mejora:** La evaluación del proceso por parte de la supervisión de enfermería solo se realizó en el **50%** de las ocasiones, lo que indica una oportunidad perdida para la retroalimentación y la mejora continua.

Estos datos revelan una lección crucial: aunque existan procesos formales y una excelente comunicación verbal, la investigación demuestra que puede existir una peligrosa brecha entre lo que se dice y lo que se documenta y verifica. La falta de registros completos y

de una supervisión consistente son puntos débiles críticos que deben abordarse para fortalecer la seguridad del paciente.

Estos hallazgos nos ofrecen lecciones valiosas que podemos aplicar en nuestra futura práctica profesional.

4. TUS CLAVES PARA LA PRÁCTICA: CONCLUSIONES PARA EL FUTURO PROFESIONAL

Como futuro profesional de la enfermería, puedes destilar la información de este estudio en tres principios fundamentales para guiar tu práctica:

1. **La Comunicación es tu Herramienta más Poderosa:** Una comunicación clara, objetiva, estructurada y sin ambigüedades es la base de una entrega de guardia segura y efectiva. Es tu responsabilidad garantizar que la información que transmites sea precisa y completa. Domina esta habilidad; es una de las mayores protecciones que puedes ofrecer a quienes están bajo tu cuidado.
2. **La Estructura Aporta Seguridad:** Apóyate en los protocolos. No son una carga burocrática, sino un sistema de seguridad diseñado para protegerte a ti, a tu equipo y, fundamentalmente, a tu paciente. Un proceso formal y estandarizado asegura que no se omitan detalles importantes y que todos compartan un entendimiento común del estado del paciente.
3. **La Evaluación Constante es Clave para Mejorar:** Nunca consideres la entrega de guardia como un proceso perfeccionado. Adopta una mentalidad de mejora continua. Busca activamente la retroalimentación y participa en la evaluación del proceso para elevar el estándar de cuidado en tu unidad y garantizar la continuidad del cuidado.

El Pase de Guardia en Enfermería Pediátrica: Más que un Trámite, un Acto Crucial de Cuidado



Imagen: Freepik.com

Autoras
Heredia, Nora; Humana Romero, Ana

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

INTRODUCCIÓN: EL ESLABÓN INDISPENSABLE EN LA CADENA DE CUIDADO

Imagina una carrera de postas donde cada corredor debe entregar un testigo al siguiente con precisión milimétrica. Si el testigo se cae, se pierde un tiempo valioso y se puede perder la carrera. En enfermería, el **pase de guardia** es ese relevo crucial, y el "testigo" que

se entrega no es un objeto, sino la seguridad y el bienestar de un paciente pediátrico.

De manera sencilla, el pase de guardia es el proceso de comunicación, tanto verbal como escrita, a través del cual el personal de enfermería transfiere la responsabilidad total del cuidado de un paciente al equipo del siguiente turno. Es una herramienta fundamental para garantizar la continuidad y la calidad de la atención, asegurando que cada niño reciba los cuidados precisos que necesita, sin interrupciones ni olvidos.

Sin embargo, cuando este eslabón crucial se debilita, las consecuencias pueden ser graves, como lo demuestra la práctica diaria en servicios de alta complejidad.

1. EL PROBLEMA CENTRAL: CUANDO LA COMUNICACIÓN SE FRAGMENTA

El problema principal identificado en el Hospital Dr. Humberto Notti es que los pases de guardia son, con frecuencia, "superficiales", "incompletos" y carecen de información crucial para la toma de decisiones clínicas. Una encuesta realizada al personal de enfermería puso cifras a esta preocupante realidad:

- **Comunicación Verbal Deficiente:** Un alarmante **67,3%** del personal de enfermería siente que la información verbal que recibe sobre el estado del paciente es clara solo "a veces". Esto crea un punto de partida incierto y riesgoso para el turno entrante.
- **Registros Escritos Incompletos:** Más de la mitad (**51,9%**) considera que la hoja de enfermería solo "a veces" contiene toda la información necesaria, como cambios de medicación, alteraciones de signos vitales o detalles de procedimientos realizados.
- **Impacto Directo en la Calidad:** Una abrumadora mayoría (**71,2%**) está de acuerdo en que un pase de guardia incompleto **siempre** afecta la calidad de los cuidados que recibe el paciente, confirmando la gravedad del problema.

Estas cifras no son solo estadísticas; pintan el cuadro de un riesgo compuesto. Cuando la comunicación verbal es incierta (**67,3%**), el personal se ve forzado a depender del registro escrito, pero este también es incompleto más de la mitad de las veces (**51,9%**). Esta doble falla se traduce en riesgos y errores concretos que afectan directamente a los niños y al personal de salud.

2. CONSECUENCIAS REALES: LOS PELIGROS DE UN PASE DE GUARDIA INCOMPLETO

Un pase de guardia deficiente no es un inconveniente menor; es una puerta abierta a errores que pue-

den tener un impacto directo y tangible en la salud de un niño. Los siguientes ejemplos, observados en la práctica diaria, ilustran cómo una simple falla de comunicación se convierte en un riesgo real. (Ver tabla 1)

Estos ejemplos demuestran que un simple olvido o un registro apresurado no es un error menor, sino una puerta abierta a complicaciones serias. Pero, ¿por qué ocurren estas fallas?

3. LAS CAUSAS RAÍZ: MÁS ALLÁ DEL ERROR INDIVIDUAL

Es fundamental comprender que las omisiones en el pase de guardia raramente se deben a negligencia individual. Suelen ser el resultado de una cascada de factores sistémicos y humanos que crean un entorno propenso al error. Las principales causas identificadas están interconectadas:

1. **Sobrecarga Laboral y Falta de Tiempo:** El alto número de pacientes y la necesidad de priorizar tareas urgentes limitan el tiempo disponible para una comunicación detallada y un registro meticuloso. De hecho, el **55,8%** del personal considera que el tiempo asignado para el pase de guardia es solo "a veces" suficiente.
2. **Agotamiento Físico y Mental:** Este estado de sobrecarga crónica conduce inevitablemente a la siguiente causa raíz: el agotamiento. Las largas jornadas laborales y el pluriempleo provocan un profundo cansancio y estrés, afectando la concentración y claridad mental necesarias para transmitir información crítica sin errores. Un contundente **75%** del personal siente que la alta demanda de cuidados **siempre** genera agotamiento.
3. **Falta de Estandarización:** En un entorno de alta presión y agotamiento, la ausencia de un sistema claro se convierte en el factor determinante. La falta

FALLA DE COMUNICACIÓN	CONSECUENCIA DIRECTA PARA EL PACIENTE
Omisión de un registro febril: Se informa verbalmente que un niño tuvo "febrícula a las 12 horas", pero no se anota en la hoja de enfermería.	Retraso en el tratamiento: El siguiente turno, al no ver el registro, no realiza la toma de nuevos cultivos a tiempo, retrasando un posible diagnóstico y el ajuste de antibióticos.
Registro vago de una curación: La hoja solo dice "16 horas se realiza curación plana".	Inexactitud en el cuidado: El enfermero entrante no sabe qué solución se usó, si se aplicó una crema específica, o la frecuencia indicada para la curación, lo que puede llevar a un cuidado inadecuado de la herida.
Falta de registro en cambio de sonda: Se cambia una sonda nasogástrica o vesical, se comenta verbalmente, pero no se anota el nuevo número de sonda ni las dificultades del procedimiento.	Repetición de procedimientos y riesgo: Si la sonda se desplaza nuevamente, el personal puede intentar usar un calibre incorrecto o desconocer dificultades previas, aumentando el malestar del niño y el riesgo de complicaciones.
Información incompleta sobre hidratación: Se recibe al paciente con un goteo mínimo, pero la indicación médica en la hoja es diferente y el pase verbal fue limitado.	Error de medicación/hidratación: El paciente puede recibir un volumen de infusión incorrecto, afectando su equilibrio hidroelectrolítico, lo cual es crítico en pediatría.

Tabla 1



Imagen: Freepik.com

de un método formal y unificado para realizar el pase de guardia es una causa clave. Sin una estructura clara, la información transmitida depende del criterio de cada profesional, lo que lleva a omisiones y falta de consistencia. Esto se confirma con el dato de que un **82,7%** del personal desconoce la existencia de una guía o protocolo en su servicio.

Comprender estas causas es el primer paso para construir soluciones efectivas que protejan tanto a los pacientes como a los profesionales.

4. EL CAMINO HACIA LA SEGURIDAD: PROTOCOLO, RESPONSABILIDAD Y CONOCIMIENTO

Mejorar el pase de guardia exige un enfoque que combine la responsabilidad profesional con herramientas estandarizadas. **Es crucial recordar que la hoja de enfermería no es una simple libreta de notas; es un documento con respaldo legal**, amparado por leyes como la Ley 24.004 (Ejercicio de la Enfermería) y la Ley 26.529 (Derechos del Paciente). Aunque el **67,3%** del personal reconoce este respaldo, casi la mitad (**52%**) desconoce las leyes específicas, lo que evidencia una brecha de conocimiento. La premisa debe ser siempre: **"lo que está escrito, está hecho"**. Un registro completo es la principal defensa del profesional y la mayor garantía para el paciente.

Cumplir con esta responsabilidad legal y ética en un entorno de alta complejidad no puede dejarse al azar. Por ello, la estandarización es la solución más demandada y efectiva. Un abrumador **90,4%** del per-

sonal considera que sería útil tener un protocolo formal. Herramientas como la metodología **ISBAR** ofrecen una estructura simple y eficaz para la comunicación:

- **I - Identificación:** ¿Quién es el paciente?
- **S - Situación:** ¿Cuál es el problema principal ahora mismo?
- **B - Antecedentes (Background):** ¿Cuál es el contexto clínico relevante?
- **A - Evaluación (Assessment):** ¿Cuál creo que es el problema?
- **R - Recomendación:** ¿Qué sugiero hacer y qué necesito que hagas?

Adoptar estas herramientas transforma el pase de guardia de una rutina variable a un proceso sistemático centrado en la seguridad.

CONCLUSIÓN: ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO CONTINUO

El pase de guardia es mucho más que el final de un turno; es una de las intervenciones de enfermería más críticas y de mayor responsabilidad, especialmente en pediatría, donde los pacientes son vulnerables y no pueden hablar por sí mismos. Garantizar que la información transferida sea completa, clara y precisa no es una opción, sino un pilar non-negotiable de la práctica profesional. Como futuro profesional, no se limite a "dominar el proceso"; asúmlalo como una competencia central y una demostración diaria de su compromiso ético. Un pase de guardia excelente es una de las intervenciones más silenciosas y, a la vez, más poderosas para salvar vidas.

Comprendiendo el Maltrato Infantil: Una Guía Conceptual

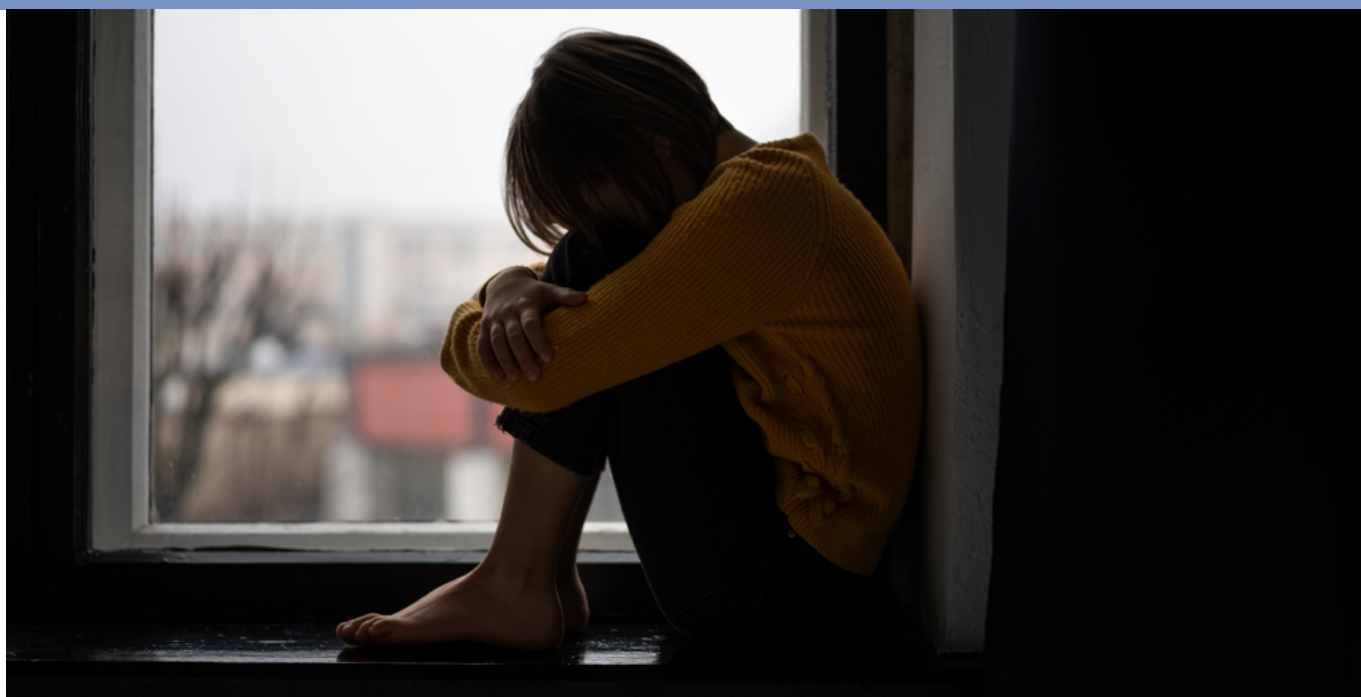


Imagen: Freepik.com

Autoras

Lic. Sifuentes Karol, Lic. Quispe Soliz Amanda

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

INTRODUCCIÓN: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA GLOBAL

El maltrato infantil constituye un grave problema de salud pública que afecta de manera transversal a la infancia en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), su magnitud es alarmante: se estima que aproximadamente 1 de cada 5 niños en el mundo experimenta algún tipo de maltrato. Este fenómeno trasciende todas las clases sociales, culturas y fronteras, dejando secuelas profundas. El objetivo de este documento es explicar de manera clara y sencilla qué es el maltrato infantil, las diferentes formas en que se manifiesta y sus consecuencias en el desarrollo humano.

1. ¿QUÉ ES EL MALTRATO INFANTIL? LA DEFINICIÓN CLAVE DE LA OMS

Para comprender a fondo esta problemática, es fundamental partir de una definición precisa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ofrece un marco conceptual claro y completo.

El maltrato infantil incluye todas las formas de abuso o desatención que afectan a menores de 18 años, abarcando todo tipo de maltrato físico, emocional, abuso sexual, desatención, negligencia, explotación comercial o de otra índole, que cause daño real o potencial a su salud, desarrollo y dignidad del menor, o que pueda poner en peligro su supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Esta definición resalta dos aspectos cruciales que amplían nuestra comprensión del problema:

- **La amplitud del concepto:** El maltrato no se limita a acciones directas de agresión (abuso). También

incluye **omisiones**, como la falta de cuidado y atención a las necesidades básicas del niño (desatención, negligencia).

- **La importancia del contexto relacional:** El maltrato ocurre dentro de vínculos donde existe una dinámica de poder o una responsabilidad de cuidado. Esto significa que puede producirse en el hogar, pero también en instituciones educativas, centros de atención infantil y otros contextos donde un adulto tiene una posición de autoridad sobre el menor.

Entender esta definición es el primer paso para poder identificar las distintas formas, tanto visibles como invisibles, en las que el maltrato puede manifestarse.

2. TIPOS DE MALTRATO INFANTIL: FORMAS VISIBLES E INVISIBLES

El maltrato puede presentarse de muchas formas, algunas evidentes por sus marcas físicas y otras más silenciosas que dejan heridas emocionales. Todas, sin excepción, son perjudiciales para el desarrollo del niño. A continuación, se describen los tipos principales (Ver tabla).

TIPO DE MALTRATO	DESCRIPCIÓN BREVE	EJEMPLO CLAVE
Maltrato Físico	Toda acción no accidental que provoca un daño corporal o enfermedad en un menor.	Castigos físicos desproporcionados, golpes, quemaduras o fracturas inexplicables.
Maltrato Psicológico	Conductas que perjudican el bienestar psicoemocional del niño, como el abandono emocional o la hostilidad verbal.	Insultos constantes, críticas destructivas, amenazas de abandono o ignorar las necesidades afectivas del niño.
Agresiones Sexuales	Cualquier tipo de actividad sexual con un menor, incluyendo el abuso, la violación o la exposición a material pornográfico.	Un adulto que involucra a un niño en actividades sexuales para su propia gratificación.
Negligencia o Abandono Físico	La falla crónica de los cuidadores para satisfacer las necesidades básicas del niño (alimentación, higiene, salud, protección).	No llevar al niño al médico cuando está enfermo o no proporcionarle alimentos de manera regular.

Es importante señalar que, si bien el maltrato físico es el más visible, la **negligencia es la forma más frecuente**, aunque a menudo pasa inadvertida por no dejar evidencias físicas inmediatas.

Otras formas de maltrato

Más allá de las categorías principales, existen otras manifestaciones específicas de maltrato:

- **Síndrome de Munchausen:** Un cuidador inventa o provoca síntomas de enfermedad en un niño para someterlo a exploraciones médicas, medicamentos o ingresos hospitalarios innecesarios.
- **Trata de menores:** Captación o recepción de un niño con fines de explotación, ya sea laboral o sexual.
- **Corrupción de menores:** Los cuidadores transmiten o refuerzan pautas de conducta antisocial en el

niño, como premiarlo por robar o incitarlo al consumo de drogas.

- **Explotación laboral:** Forzar a un niño a realizar actividades para obtener un lucro económico, interfiriendo con sus necesidades sociales y escolares.
- **Maltrato institucional:** Cualquier acción u omisión por parte de instituciones (públicas o privadas) o de sus profesionales que vulnera los derechos de un niño y le cause un daño.

La violencia en la era digital

El entorno virtual ha dado lugar a nuevas formas de agresión, agrupadas bajo el término de **cibervictimización**:

- **Ciberacoso (Cyberbullying):** Acoso, amenaza o humillación repetida hacia un menor a través de medios digitales como redes sociales o mensajería.
- **Grooming:** Proceso en el que un adulto se gana la confianza de un menor en internet con fines de abuso sexual, utilizando engaños y manipulación.

- **Sextorsión:** Amenaza de difundir imágenes íntimas de un menor si no accede a realizar actos sexuales o a enviar más contenido.
- **Exposición a contenido sexual no deseado:** Visualización forzada o involuntaria de material sexual explícito, que puede generar ansiedad o trauma.

Conocer estas diversas formas de maltrato es esencial para comprender el impacto profundo que tienen en la vida de un niño y la urgencia de actuar para protegerlo.

3. LAS CONSECUENCIAS DEL MALTRATO: HERIDAS QUE PERDURAN

El maltrato infantil deja secuelas devastadoras a corto, mediano y largo plazo. Estas heridas no solo afectan la salud física, sino que también comprometen



Imagen: Freepik.com

el desarrollo emocional, psicológico y social, afectando la calidad de vida de la persona hasta la adultez. Las principales consecuencias son:

- 1. Retrasos en el Desarrollo Físico, Cognitivo y Emocional:** El **estrés tóxico prolongado** que genera un entorno violento o negligente interfiere directamente con el desarrollo cerebral, alterando el funcionamiento de estructuras como la amígdala y el hipocampo, responsables del procesamiento emocional y la memoria. Esto causa dificultades en procesos cognitivos como el aprendizaje, la atención y el lenguaje. A nivel emocional, los niños pueden presentar problemas para regular sus emociones y desarrollar apegos inseguros. La negligencia también puede provocar retrasos en el crecimiento físico.
- 2. Trastornos Psicológicos Severos** La exposición repetida a situaciones de abuso es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos como la depresión, la ansiedad generalizada y el **trastorno de estrés postraumático (TEPT)**. Estos problemas de salud mental no solo afectan la infancia, sino que pueden prolongarse hasta la vida adulta si no se interviene de manera oportuna, aumentando el riesgo de conductas autolesivas o ideación suicida.
- 3. Riesgo de Repetir el Ciclo de Violencia** Una de las consecuencias más alarmantes es la **perpetuación**

intergeneracional del maltrato. Los niños que han sido víctimas de violencia tienen una mayor probabilidad de reproducir esas mismas conductas en su vida adulta, ya sea como víctimas o como agresores. Este ciclo se alimenta de la falta de modelos parentales positivos y de la normalización de la violencia como método de relación o disciplina.

La detección temprana y la prevención son fundamentales para romper estos ciclos destructivos y ofrecer a los niños la oportunidad de un futuro saludable y seguro.

4. CONCLUSIÓN: **PUNTOS CLAVE PARA RECORDAR**

Para consolidar lo aprendido, a continuación, se presentan las ideas más importantes sobre el maltrato infantil:

- El maltrato infantil es cualquier **acción u omisión** que daña a un menor en un contexto de poder o confianza.
- Existen **múltiples tipos** de maltrato, incluyendo el físico, psicológico, sexual y la negligencia, siendo esta última la más frecuente pero menos visible.
- Las consecuencias son **profundas y duraderas**, afectando el desarrollo del cerebro, la salud mental y pudiendo perpetuar el ciclo de la violencia de una generación a otra.

Cuidado Pediátrico Centrado en la Familia: Tu Papel Clave en la Recuperación de tu Hijo



Imagen: Freepik.com

Autores

Silva, Jesica Yamila

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

1. UNA NUEVA MIRADA AL CUIDADO EN EL HOSPITAL

Hace algunos años, el hospital era un lugar donde los padres eran considerados solo "visitas". Hoy, hemos aprendido que esa visión no solo era limitada, sino que dejaba fuera al experto más importante en la vida de tu hijo: tú.

El **Cuidado Centrado en la Familia** es un modelo de atención que reconoce tu conocimiento insustituible. No es solo una política más amable, es una forma de cuidado más inteligente y segura. Se basa en una idea

poderosa: nadie conoce a tu hijo como tú. Por eso, este enfoque, respaldado por organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), te valora no como una espectadora, sino como una parte fundamental del equipo de salud. Tu intuición y tu observación son herramientas clínicas tan valiosas como nuestra experiencia.

Este cambio es más que una simple política hospitalaria; reconoce el poder insustituible que tiene tu presencia para el bienestar emocional de tu hijo.

2. EL PODER DE TU PRESENCIA: MÁS ALLÁ DEL ACOMPAÑAMIENTO

Cuando un niño está enfermo y en un lugar desconocido, tu presencia constante es su ancla. No se trata solo de hacerle compañía; tu cercanía le brinda beneficios emocionales profundos que la ciencia ha demostrado:

- **Apego y Contención:** Tu presencia fortalece el vínculo afectivo que le da seguridad. En momentos de dolor o miedo, tu abrazo, tu voz y tu cariño son la mejor forma de contención emocional, ayudándolo a regular el estrés.
- **Seguridad y Confianza:** El hospital puede ser un lugar intimidante. Tu compañía constante transforma ese entorno extraño en un lugar más seguro, reduciendo su ansiedad y permitiéndole confiar en el proceso.
- **Reducción del Miedo y Aumento de la Colaboración:** Un niño que se siente seguro y protegido por ti tiene menos miedo a los procedimientos. Al estar más tranquilo, coopera mucho más con el equipo de salud, lo que hace que la experiencia sea menos traumática para él.

La investigación lo confirma: en un estudio realizado con madres como tú, se encontró que:

- El **57%** sintió que su presencia tranquilizaba **"mucho"** a su hijo.
- El **53%** notó que el niño cooperaba **"mucho"** más cuando ellas estaban presentes.

Pero tu rol puede ir más allá de la contención emocional, convirtiéndote en una aliada activa en el cuidado clínico de tu hijo.

3. DE ACOMPAÑANTE A CUIDADORA ACTIVA: TU ROL EN LA PRÁCTICA

Ser una "cuidadora activa" no significa que tengas que hacer procedimientos complejos, sino que te conviertes en una observadora clave y en la primera línea de defensa para prevenir problemas.

Un ejemplo perfecto es el cuidado de una **vía periférica**. Esta es la pequeña manguerita plástica (catéter) que se coloca en una vena, usualmente en el brazo o la mano, para administrarle sueros o medicamentos directamente en la sangre. Vigilarla es crucial para que el tratamiento funcione bien.

Aquí es donde tu participación se vuelve vital. Como estás con tu hijo todo el tiempo, puedes notar cambios que el personal de enfermería, con muchos pacientes a cargo, podría no ver de inmediato.

Tu rol como observadora clave (Ver tabla 1)

No te sientas insegura, ¡ya lo estás haciendo muy bien! La investigación muestra que el **63% de las madres informa siempre** al personal sobre cualquier cambio que nota en la vía de su hijo.

Es natural sentir inseguridad o miedo a "hacer algo mal", pero no estás sola en este proceso. La clave del éxito es el trabajo en equipo con el personal de enfermería.

4. LA CLAVE DEL ÉXITO: CAPACITACIÓN Y TRABAJO EN EQUIPO

Participar activamente no significa que te deleguemos responsabilidades que no te corresponden. Se trata de un **cuidado compartido**. Para que este modelo funcione, se necesitan tres elementos fundamentales por parte del equipo de salud:

1. **Información Clara y Sencilla:** Es nuestra responsabilidad explicarte todo de una manera que entiendas, sin usar tecnicismos. Necesitas saber para qué sirve cada cosa, qué debes observar y qué debes evitar. Esto es una recomendación de la OMS y del Ministerio de Salud.
2. **Supervisión y Acompañamiento:** Nunca debes sentirte sola. El personal de enfermería debe guiarte, enseñarte y supervisar que todo vaya bien. Nuestro rol es ser facilitadores, no darte una lista de tareas y desaparecer.
3. **Comunicación Abierta: Tienes derecho a hacer todas las preguntas que necesites.** Es crucial construir una relación de confianza donde te sientas cómoda para preguntar cualquier duda, por más simple que parezca, y para expresar tus miedos. Escuchar es parte de nuestro trabajo.

Aunque el estudio demostró que el **90% de las madres sabía para qué servía la vía periférica**, también reveló que aún hay mucho por mejorar. Por ejemplo, un **17% de las madres nunca recibía instrucciones** y un **27% nunca era supervisada**. Estos datos nos recuerdan la importancia de que este apoyo sea constante y para todas las familias.

¿QUÉ PUEDES OBSERVAR?	¿POR QUÉ ES IMPORTANTE?
Enrojecimiento, calor o hinchazón en la zona donde está la vía.	Son los primeros signos de una posible inflamación (flebitis) o de que el líquido se está saliendo de la vena. Detectarlo a tiempo previene infecciones y lesiones en la piel .
Dolor o queja de tu hijo al tocar la zona o al pasar la medicación.	El dolor nunca es normal. Informarlo de inmediato ayuda a evitar complicaciones mayores y a asegurar que tu hijo esté cómodo.
Sangrado o que la vía parezca salida o movida.	Si la vía se desplaza, el medicamento no llegará a donde debe. Avisar a tiempo garantiza que el tratamiento no se interrumpa y evita tener que volver a pincharlo.

Tabla 1

ÁREA DE BENEFICIO	IMPACTO POSITIVO
Clínico	Mayor seguridad y menos complicaciones. Tu vigilancia constante ayuda a detectar problemas a tiempo, lo que reduce el riesgo de infecciones, desplazamientos de la vía o interrupciones en el tratamiento.
Emocional	Fortalecimiento del vínculo madre-hijo. Al participar en su cuidado, refuerzas su sensación de protección y seguridad, lo que disminuye su estrés y mejora su estado de ánimo y recuperación.
Organizacional	Optimización del cuidado. Tu colaboración permite una vigilancia más continua del niño. Al ser una aliada del equipo de enfermería, ayudas a optimizar los tiempos y recursos del hospital.

Tabla 2

Cuando la familia y el equipo de salud trabajan juntos, los resultados para la salud y el bienestar del niño son notables.

Esta forma de cuidar no solo es más segura, sino que transforma la experiencia de la hospitalización en un proceso más humano para todos.

5. EL IMPACTO REAL: BENEFICIOS COMPROBADOS DEL CUIDADO COMPARTIDO

Cuando te involucras de manera informada y acompañada, los beneficios se ven en todas las áreas. No es solo una teoría, es un hecho comprobado. (Ver tabla 2)

El beneficio clínico es tan claro que la investigación encontró un dato contundente: el **73% de los niños no presentó ninguna complicación** en la vía periférica gracias a esta vigilancia conjunta.

El objetivo de este trabajo en equipo no es "**ni delegar ni excluir**", sino reconocerte como una aliada estratégica, fundamental para el cuidado de tu hijo.

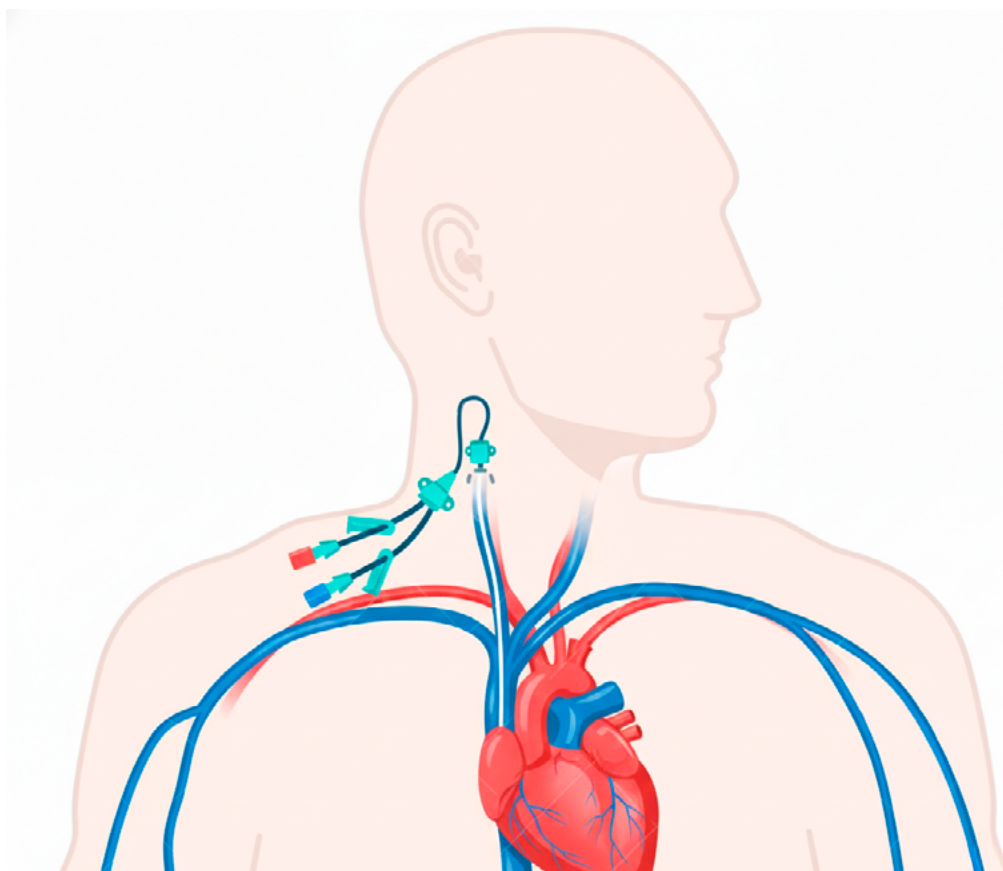
6. TÚ ERES PARTE ESENCIAL DEL EQUIPO

Quiero que te quedes con una idea muy clara: **no eres una visita, eres un miembro fundamental del equipo de cuidado de tu hijo.** Tu amor, tu intuición y tu presencia constante son herramientas terapéuticas tan poderosas como cualquier medicamento.

Tu participación activa, siempre guiada y apoyada por el personal de salud, es una de las estrategias más eficaces que tenemos para lograr una recuperación más rápida, más segura y, sobre todo, más humana para tu pequeño. Gracias por ser nuestra mejor aliada.



Guía Esencial sobre el Catéter Venoso Central (CVC) para Profesionales



Autores

Lic. Marcela E. Moreno, Lic. Mariana A. Vega

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

INTRODUCCIÓN: UNA VÍA DIRECTA PARA CUIDADOS ESENCIALES

Imagina que el sistema circulatorio de un paciente críticamente enfermo es una compleja red de caminos. Un catéter venoso central (CVC) funciona como una **autopista directa al torrente sanguíneo**, permitiendo al equipo de salud administrar tratamientos vitales, medicamentos potentes y monitorear al

paciente de manera precisa y continua. Este dispositivo es una herramienta indispensable en la medicina moderna, pero al ser una puerta de entrada directa al cuerpo, su manejo exige un conocimiento experto y un cuidado meticuloso para garantizar la seguridad del paciente y prevenir complicaciones graves, como las infecciones.

1. ¿QUÉ ES EXACTAMENTE UN CATÉTER VENOSO CENTRAL?

Para comprender su importancia, primero debemos conocer su definición, sus partes y los diferentes tipos que existen.

1.1. DEFINICIÓN Y PROPÓSITO FUNDAMENTAL

Un Catéter Venoso Central (CVC) es un tubo largo, delgado y flexible que se introduce a través de la piel en una vena de gran calibre (como la yugular en el cuello, la subclavia en el pecho o la femoral en la ingle). El extremo del catéter viaja por el sistema venoso hasta posicionarse en una de las grandes venas cercanas al corazón, como la **vena cava superior**.

Su propósito fundamental es proporcionar un acceso venoso fiable y a largo plazo para administrar terapias intravenosas prolongadas, administrar medicamentos que son demasiado irritantes para las venas pequeñas o monitorear de cerca el estado hemodinámico en pacientes críticos.

1.2. LAS PARTES DE UN CVC

Un CVC convencional no tunelizado se compone de varias partes clave:

- **Catéter:** El tubo flexible que se inserta en el paciente y llega hasta la vena central.
- **Clamp (Pinza):** Un pequeño dispositivo de cierre en cada lumen para controlar o detener el flujo de líquidos.
- **Lumen/es:** Son los canales o vías internas del catéter. Un CVC puede tener uno o varios lúmenes (distal, medial, proximal) que permiten administrar diferentes tratamientos incompatibles simultáneamente, como nutrición parenteral en una vía y medicamentos en otra.
- **Piezas de fijación:** Estructuras, a menudo en forma de mariposa, que ayudan a sujetar el catéter a la piel del paciente para evitar que se mueva.

1.3. LOS TIPOS MÁS COMUNES DE CVC

La elección del tipo de CVC depende de la duración del tratamiento, el estado del paciente y el propósito del catéter. (Ver tabla 1)

Ahora que conocemos las herramientas, es fundamental entender en qué situaciones clínicas se convierten en un recurso indispensable.

2. ¿CUÁNDO Y POR QUÉ SE UTILIZA UN CVC?

Los CVC no se utilizan de forma rutinaria; se reservan para situaciones clínicas específicas donde un acceso venoso periférico (una vía en el brazo o la mano) no es suficiente o adecuado.

Principales situaciones que requieren un cvc

1. Cuando las venas periféricas no son suficientes:

Se utiliza en pacientes que requieren tratamientos intravenosos por un tiempo prolongado o en aquellos cuyos accesos venosos periféricos se han deteriorado debido a múltiples punciones o a la propia enfermedad.

2. Para administrar tratamientos especiales:

Ciertos medicamentos son demasiado concentrados o irritantes para las venas pequeñas y pueden dañarlas. El CVC es necesario para administrar de forma segura:

- **Quimioterapia** en pacientes oncológicos.
- **Nutrición Parenteral Total (NPT)**, que proporciona todos los nutrientes directamente en la sangre.
- **Medicamentos vasopresores**, que ayudan a mantener la presión arterial en pacientes en estado de shock.

3. Para monitorear al paciente de cerca:

En unidades de cuidados intensivos, el CVC permite medir directamente la **Presión Venosa Central (PVC)** y otros parámetros cardíacos, ofreciendo información vital sobre el estado del paciente.

4. Para terapias que requieren alto flujo sanguíneo:

Procedimientos como la hemodiálisis requieren extraer y devolver grandes volúmenes de sangre al cuerpo, algo que solo un catéter de gran calibre como el CVC puede soportar.

Aunque los CVC son herramientas increíblemente útiles, no están exentos de riesgos. A continuación, analizaremos las posibles complicaciones que debemos vigilar y prevenir.

TIPO DE CATÉTER	DURACIÓN DE USO TÍPICA	CARACTERÍSTICA CLAVE PARA EL PACIENTE
CVC no tunelizados	Corta (menos de 3 semanas)	Se insertan directamente en la vena. Son los más comunes en entornos hospitalarios agudos, pero también los que tienen mayor riesgo de infección.
CVC tunelizados	Largo plazo (semanas a meses)	Se insertan quirúrgicamente y pasan por debajo de la piel ("túnel") antes de entrar en la vena, lo que reduce el riesgo de infección y los hace más cómodos.
CVC con puertos implantables	Largo plazo (semanas a meses)	El dispositivo completo se implanta bajo la piel. No requiere cuidados locales cuando no está en uso y ofrece la mejor comodidad y estética.
CVC de inserción periférica (PICC)	Corta a intermedia	Se inserta en una vena del brazo y avanza hasta la vena cava. Fácil inserción en el brazo, con una tasa de infección más baja que los CVC no tunelizados.

Tabla 2



3. LOS RIESGOS: EL LADO DELICADO DE LOS CVC

La colocación y el uso de un CVC conllevan riesgos significativos que el equipo de salud trabaja diligentemente para prevenir y manejar. Estos riesgos se pueden dividir en dos categorías principales: los que ocurren durante la inserción y los que aparecen más tarde.

3.1. COMPLICACIONES INMEDIATAS (DURANTE LA INSERCIÓN)

Estos problemas pueden surgir durante el procedimiento de colocación del catéter.

- **Neumotórax:** Ocurre si la aguja perfora accidentalmente la pleura (la membrana que recubre los pulmones), permitiendo que el aire se filtre en el espacio pleural. Esto puede causar el colapso del pulmón y provocar una dificultad respiratoria súbita.
- **Hemorragia:** Si durante la inserción se perfora o lesiona una arteria o vena cercana, puede producirse un sangrado significativo o la formación de un hematoma.
- **Arritmias Cardíacas:** Si la punta del catéter toca las paredes del corazón durante su colocación, puede irritar el tejido cardíaco y desencadenar alteraciones temporales del ritmo cardíaco.

3.2. COMPLICACIONES TARDÍAS (DURANTE EL USO)

Los riesgos no terminan una vez que el catéter está colocado. Las dos complicaciones tardías más importantes son:

- **Infección:** Es la complicación tardía **más grave y común**. Los gérmenes pueden entrar al torrente san-

guíneo a través del catéter, causando una infección sistémica grave (sepsis).

- **Trombosis:** La presencia del catéter en la vena puede dañar la pared del vaso y activar la cascada de coagulación, lo que lleva a la formación de un coágulo de sangre que puede obstruir el flujo.

De todos estos riesgos, la infección es la principal amenaza y la que exige nuestra máxima atención como futuros profesionales de enfermería. Por eso, es crucial entenderla en profundidad.

4. EL RIESGO PRINCIPAL: INFECCIONES ASOCIADAS AL CVC (IACVC)

Prevenir las infecciones asociadas al catéter venoso central es una de las mayores prioridades en la seguridad del paciente.

4.1. ¿QUÉ ES UNA INFECCIÓN ASOCIADA AL CVC?

Una IACVC ocurre cuando gérmenes, como bacterias u hongos, ingresan al torrente sanguíneo a través del CVC. Esta no es una complicación menor; de hecho, es la **tercera causa principal de infecciones adquiridas en el hospital**, lo que subraya su gravedad y el impacto que puede tener en la recuperación de un paciente.

4.2. ¿CÓMO ENTRAN LOS GÉRMENES? LAS DOS VÍAS PRINCIPALES

Los microorganismos tienen dos rutas principales para colonizar un catéter y causar una infección:

- **Desde la Piel Hacia Adentro (Vía Extraluminal):** Esta es la vía más importante. Las bacterias que vi-

ven naturalmente en la piel del paciente pueden migrar desde el sitio de inserción a lo largo de la superficie externa del catéter hasta alcanzar la punta y entrar en el torrente sanguíneo.

- **A Través de los Conectores (Vía Intraluminal):** Los gérmenes pueden ser introducidos directamente en la superficie interna del catéter si los puertos o conexiones se manipulan de forma inadecuada, por ejemplo, con manos no lavadas o sin una desinfección correcta del conector antes de su uso.

4.3. SEÑALES DE ALERTA: CÓMO SE DETECTA UNA INFECCIÓN

El personal de enfermería vigila constantemente al paciente en busca de signos que puedan indicar una infección.

- **Signos Locales (en el sitio de inserción):**
 - Enrojecimiento
 - Sensibilidad o dolor al tacto
 - Endurecimiento de la piel
 - Calor en el área
 - Secreción purulenta (pus)
- **Signos Sistémicos (en todo el cuerpo):**
 - Fiebre superior a 38°C
 - Escalofríos
 - Empeoramiento del estado general del paciente

Saber identificar una infección es vital, pero nuestra labor fundamental se centra en la prevención. Un cuidado meticuloso es nuestra mejor defensa.

5. LA CLAVE ES LA PREVENCIÓN: EL ROL CRUCIAL DE ENFERMERÍA

La prevención de las IACVC depende de la aplicación rigurosa de protocolos basados en la evidencia, donde el personal de enfermería juega un papel central.

5.1. ANTES Y DURANTE LA COLOCACIÓN: EMPEZAR CON EL PIE DERECHO

Para minimizar el riesgo desde el inicio, la inserción de un CVC se realiza bajo condiciones de **máxima barrera estéril**. Esto incluye:

- **Higiene de manos rigurosa** por parte de todo el personal involucrado.
- **Uso de equipo de protección completo y estéril:** gorra, barbijo, camisolín y guantes.
- **Desinfección de la piel del paciente** con un antiséptico adecuado, como la clorhexidina de base alcohólica.
- **Uso de un campo estéril amplio** que cubra completamente al paciente para crear un área libre de gérmenes.

5.2. DURANTE EL MANTENIMIENTO: EL CUIDADO DIARIO QUE SALVA VIDAS

Una vez colocado el catéter, el cuidado diario es esencial para mantener al paciente seguro. Las siguientes acciones son críticas:

1. **Valorar la necesidad del catéter todos los días.**
 - **Por qué:** La forma más eficaz de prevenir una infección es simple: retirar el catéter tan pronto como ya no sea médicamente necesario. Menos días con el catéter significa menos riesgo.
2. **Realizar la higiene de manos antes y después de tocar el catéter.**
 - **Por qué:** Esta es la medida más importante para evitar la contaminación cruzada y la introducción de gérmenes en el sistema a través de los conectores o el sitio de inserción.
3. **Desinfectar los conectores antes de cada uso.**
 - **Por qué:** Antes de administrar medicamentos o soluciones, es crucial frotar vigorosamente el puerto con **alcohol al 70%** durante 10 segundos y dejarlo secar por 30 segundos. Esto elimina los microorganismos que podrían estar en la superficie y previene la contaminación de la vía intraluminal.
4. **Cuidar el sitio de inserción.**
 - **Por qué:** El apósito que cubre el sitio de inserción debe mantenerse siempre limpio, seco e intacto. Un apósito transparente se cambia cada 7 días, o antes si se ensucia, se humedece o se despega. Este procedimiento se realiza siempre utilizando una técnica estéril para no contaminar el área.

CONCLUSIÓN: UNA HERRAMIENTA PODEROSA REQUIERE UN CUIDADO EXCEPCIONAL

El catéter venoso central es una herramienta indispensable en la medicina moderna, que permite salvar vidas y tratar enfermedades complejas de manera efectiva. Sin embargo, su beneficio viene acompañado de un riesgo significativo, siendo la infección la complicación más temida. La prevención es, por lo tanto, el pilar fundamental para garantizar la seguridad del paciente. Esto se logra a través del conocimiento profundo, la capacitación continua y, sobre todo, la aplicación rigurosa de protocolos de cuidado por parte del personal de enfermería. Un manejo experto y meticuloso es lo que transforma a este dispositivo invasivo en un aliado seguro y eficaz para la recuperación del paciente.

Saber identificar una infección es vital, pero nuestra labor fundamental se centra en la prevención.

El Modelo ABC: Manejo Progresivo de Crisis en Salud Mental Pediátrica



Imagen: Freepik.com

Autoras

Lic. Gabriela Albornoz, Lic. Silvia Liliana Mendoza,
Lic. Mónica Zambrano

[LINK AL ARTÍCULO COMPLETO](#)

INTRODUCCIÓN: UN ENFOQUE GRADUAL PARA LA CONTENCIÓN

Como profesionales de la salud que atendemos a niños, niñas y adolescentes, nuestro principal deber es garantizar su bienestar, incluso en los momentos más difíciles. Cuando un paciente pediátrico experimenta una crisis de salud mental, es crucial contar con un marco de actuación que sea a la vez efectivo y respo-

tuoso. El **modelo ABC** es precisamente eso: un enfoque progresivo y escalonado para el manejo de estas situaciones.

Este modelo nos enseña a priorizar siempre las estrategias menos invasivas primero. Comenzamos con el diálogo y la empatía, y solo avanzamos hacia medidas más restrictivas, como el uso de fármacos o la sujeción física, cuando es estrictamente necesario para la seguridad del paciente o de quienes lo rodean. Este modelo no es solo un protocolo, sino una filosofía de cuidado que se alinea con los paradigmas más actuales de la salud mental, donde la desescalada y el respeto a la autonomía del paciente son la piedra angular de toda intervención. El objetivo principal del modelo ABC es garantizar la seguridad y el respeto a los derechos hu-

manos del paciente en todo momento, actuando con una ética de cuidado que protege su dignidad.

Ahora, profundicemos en el primer y más fundamental paso de este modelo.

1. NIVEL A: LA CONTENCIÓN VERBAL COMO INTERVENCIÓN PRIMARIA

1.1. ¿QUÉ ES LA CONTENCIÓN VERBAL?

La contención verbal es una **intervención terapéutica no invasiva** que se basa en el poder del diálogo, la empatía y la comunicación asertiva. Su propósito es disminuir la agitación del paciente y prevenir el desarrollo de conductas de riesgo, evitando así la necesidad de recurrir a medidas más restrictivas como la contención farmacológica o física. Es la primera herramienta y la más importante en nuestro arsenal de cuidados.

1.2. OBJETIVOS PRINCIPALES DE LA CONTENCIÓN VERBAL

- Al aplicar esta técnica, buscamos alcanzar tres metas fundamentales:
- **Disminuir la agresividad y angustia:** Nuestro primer objetivo es reducir la tensión emocional, tanto en el paciente como en su entorno inmediato, creando un clima de mayor calma y seguridad.
 - **Facilitar la expresión emocional:** Fomentamos un espacio seguro donde el paciente pueda comunicar verbalmente sus sentimientos, miedos y necesidades, en lugar de expresarlos a través de acciones impulsivas o agresivas.
 - **Favorecer el autocontrol:** Ayudamos al paciente a reconectar con su propia capacidad de autorregulación, guiándolo para que pueda tomar decisiones más adaptativas y recuperar el control sobre sus impulsos.

1.3. TÉCNICAS FUNDAMENTALES Y PASOS PARA SU APLICACIÓN

Para que la contención verbal sea efectiva, debemos seguir una serie de principios y pasos bien definidos.

Principios y técnicas clave (Ver tabla 1)

Pasos para una aplicación efectiva

1. **Reducir estímulos:** Disminuir ruidos, luces intensas y el número de personas en el entorno inmediato del paciente.
2. **Presentarse y establecer conexión:** Dirigirse al paciente de manera clara, sincera y no amenazante, llamándolo por su nombre.
3. **Escuchar y empatizar:** Permitir que el paciente se exprese libremente, validando sus emociones aunque no compartamos su perspectiva de la situación.
4. **Establecer límites:** Enunciar las normas básicas con firmeza y respeto para ayudar a contener la situación.
5. **Ofrecer alternativas:** Presentar opciones seguras y simples que le permitan al paciente participar en su propia autorregulación.
6. **Evaluar y escalar la intervención:** Si la agitación persiste a pesar de nuestros esfuerzos, es momento de solicitar apoyo de otros profesionales y valorar si es necesario avanzar al siguiente nivel del modelo.

Nota Clínica de la Cátedra: La técnica de ‘Evitar la postura defensiva’ es la más difícil de dominar en la práctica. Requiere un alto grado de profesionalismo y control emocional, especialmente con adolescentes que pueden usar un lenguaje provocador. Recuerden que el insulto no es personal; es un síntoma de la angustia del paciente. Su calma es el ancla terapéutica en la tormenta de la crisis.

PRINCIPIO/TÉCNICA	CARACTERÍSTICA CLAVE PARA EL PACIENTE
Escucha activa y empatía	Atender plenamente a lo que el paciente dice y siente, transmitiendo aceptación sin emitir juicios de valor.
Lenguaje claro y respetuoso	Usar un tono de voz firme pero sereno, con palabras sencillas y directas, evitando cualquier tipo de confrontación.
Creación de un ambiente seguro	Minimizar los estímulos externos que puedan aumentar la agitación, como ruidos fuertes o la presencia de muchas personas.
Establecimiento de límites	Comunicar de forma clara y respetuosa las normas de convivencia y seguridad, sin adoptar una postura amenazante.
Ofrecimiento de alternativas	Brindar opciones viables y seguras que ayuden al paciente a calmarse, como tomar un vaso de agua o dar un breve paseo.
Sinceridad	Mantener un discurso honesto en todo momento. Evitar engaños que puedan romper la confianza y agravar la crisis.
Evitar la postura defensiva	No responder a provocaciones o insultos, ya que esto solo escalaría el conflicto. Mantener la calma profesional.

Tabla 1

Cuando la contención verbal no es suficiente para calmar la agitación, el modelo nos guía hacia el siguiente nivel de intervención.

2. NIVEL B: EL ABORDAJE FARMACOLÓGICO

2.1. ¿CUÁNDO Y POR QUÉ SE UTILIZA?

El tratamiento farmacológico se considera **únicamente cuando las estrategias no farmacológicas y la contención verbal han resultado insuficientes** para controlar la crisis. El principio rector en este nivel es que la intervención debe ser **"rápido, seguro y lo menos traumático posible"**. Siempre que sea factible, se prefiere la vía oral para la administración de medicamentos, reservando la vía intramuscular para casos de agitación severa o cuando el paciente no coopera.

2.2. FÁRMACOS Y CONSIDERACIONES CLÍNICAS

La elección del fármaco y su dosificación debe ser cuidadosamente evaluada por el equipo médico.

- **Haloperidol:** Se puede administrar en dosis bajas (2,5–5 mg IM), que pueden repetirse según la necesidad y la respuesta del paciente.
- **Combinación (Antipsicótico + Benzodiacepina):** Se utiliza para potenciar el efecto sedante y controlar la agitación severa. Se combina un **antipsicótico** (ej. Haloperidol) para manejar los síntomas psicóticos, con una **benzodiacepina** (ej. Lorazepam) por su rápido efecto ansiolítico y sedante.

Consideraciones clínicas cruciales

- **Identificar la causa subyacente:** Es fundamental investigar y comprender el origen de la agitación para evitar tratamientos inapropiados que podrían empeorar la situación.
- **Evitar contraindicaciones:** Ciertos fármacos están contraindicados en condiciones específicas. Por ejemplo, no se deben usar antipsicóticos en casos

de delirium tremens ni benzodiacepinas en intoxicación etílica.

- **Monitorear efectos adversos:** El personal de enfermería debe vigilar activamente la aparición de posibles efectos secundarios, como la prolongación del intervalo QTc en el electrocardiograma o síntomas extrapiramidales (movimientos involuntarios).

Nota Clínica de la Cátedra: La decisión de pasar al Nivel B nunca debe ser aislada. Es una intervención que requiere una comunicación fluida y rápida entre enfermería y el equipo médico. El personal de enfermería es quien mejor puede describir la intensidad y el tipo de agitación, información crucial para que el médico prescriba el fármaco y la dosis más segura y eficaz.

En las situaciones más extremas, cuando la seguridad del paciente o de terceros está en riesgo inminente y las intervenciones anteriores han fallado, se debe considerar el último recurso del modelo.

3. NIVEL C: LA SUJECCIÓN FÍSICA COMO ÚLTIMO RECURSO

3.1. DEFINICIÓN Y MARCO ÉTICO-LEGAL

La sujeción física o mecánica es la **restricción parcial o total de los movimientos** de una persona mediante el uso de métodos físicos o dispositivos. En el contexto legal argentino, se prefiere el término **"sujeción"** sobre "contención" para enfatizar su carácter restrictivo y evitar cualquier ambigüedad. Esta distinción terminológica no es trivial; nos obliga como profesionales a reconocer la gravedad y la naturaleza coercitiva del acto, evitando eufemismos que puedan minimizar su impacto en el paciente.

Es crucial entender que la sujeción física no es meramente un procedimiento clínico, sino un acto que restringe derechos fundamentales. Por ello, su aplicación está rigurosamente enmarcada en la **Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657**, que protege la dignidad y los derechos humanos de los pacientes. Cada una de las condiciones y prohibiciones que veremos a continuación son una manifestación directa de este marco legal. Esta medida es un **último recurso terapéutico** y solo

CUÁNDO SÍ: CONDICIONES TERAPÉUTICAS ESTRICTAS	CARACTERÍSTICA CLAVE PARA EL PACIENTE
Indicación médica: Solo puede ser autorizada por un médico o un equipo interdisciplinario.	No como castigo: Está terminantemente prohibido su uso con fines punitivos o disciplinarios.
Personal calificado: Debe ser ejecutada por profesionales entrenados en técnicas seguras.	No por conveniencia institucional: No debe aplicarse para simplificar la labor del personal o por falta de recursos.
Duración mínima necesaria: Debe mantenerse por el menor tiempo posible y reevaluarse constantemente.	No como sustituto: Jamás debe reemplazar otras intervenciones clínicas o psicosociales disponibles.
Información a familiares: Los allegados del paciente deben ser notificados de manera clara y oportuna.	
Priorizar métodos menos restrictivos: Siempre se deben haber agotado todas las opciones menos invasivas.	

Tabla 2



Imagen: Freepik.com

se aplica cuando todas las demás alternativas (verbales, ambientales y farmacológicas) han fracasado y existe un riesgo inminente de daño.

3.2. CONDICIONES DE APLICACIÓN VS. PROHIBICIONES

El uso de la sujeción física debe adherirse a un protocolo estricto para garantizar que sea una medida terapéutica y no punitiva. (Ver tabla 2)

3.3. PROCEDIMIENTO Y MONITOREO

Para garantizar la seguridad y dignidad del paciente durante una sujeción, se deben seguir estos pasos:

- **Prevención de riesgos:** Antes de proceder, se deben retirar todos los objetos del entorno que puedan representar un peligro para el paciente o el personal.
- **Colocación adecuada:** Es crucial asegurar que el paciente esté en una posición anatómica correcta para evitar lesiones o complicaciones físicas.
- **Monitoreo clínico constante:** Se debe vigilar permanentemente el estado general del paciente, incluyendo su respiración, nivel de conciencia, circulación y estado de la piel.
- **Comunicación:** Siempre que sea posible, se debe procurar mantener el diálogo con el paciente, explicándole lo que sucede y asegurándole que la medida es temporal y por su seguridad.

Nota Clínica de la Cátedra: La sujeción física es un evento traumático tanto para el paciente como para el equipo. Es imperativo realizar un 'debriefing' posterior con el personal involucrado para procesar el evento, y tan pronto como sea terapéuticamente posible, hablar con el paciente para re-elaborar lo sucedido y reparar la alianza terapéutica. Este paso es fundamental para mitigar el trauma y reafirmar que la medida fue por seguridad, no como castigo.

Para consolidar nuestro aprendizaje, resumamos las características distintivas de cada nivel del modelo ABC.

4. RESUMEN FINAL: EL MODELO ABC EN PERSPECTIVA

La siguiente tabla ofrece una visión comparativa de los tres niveles del modelo, facilitando su comprensión y recuerdo. (Ver tabla 3)

En conclusión, el modelo ABC representa un enfoque humano y ético para el manejo de crisis en salud mental pediátrica. Nos guía para progresar desde el diálogo hasta la restricción solo cuando la necesidad lo exige, priorizando en cada paso la dignidad, los derechos y, sobre todo, la seguridad de nuestros jóvenes pacientes. Es una hoja de ruta que nos exige actuar con la máxima competencia clínica, rigor ético y una profunda compasión. Dominar este modelo es una responsabilidad ineludible para todo profesional comprometido con la excelencia en el cuidado de la salud mental pediátrica.

NIVEL	INTERVENCIÓN	CUÁNDO SE UTILIZA	OBJETIVO PRINCIPAL
A	Contención Verbal	Ante la agitación inicial y como primera línea de acción en cualquier crisis.	Disminuir la angustia, facilitar la expresión emocional y favorecer el autocontrol del paciente.
B	Abordaje Farmacológico	Cuando la contención verbal es insuficiente y la agitación persiste o aumenta.	Controlar la agitación de forma rápida y segura, minimizando el trauma para el paciente.
C	Sujeción Física/Mecánica	Como último recurso, ante un riesgo inminente de daño para el paciente o terceros.	Garantizar la seguridad física inmediata de todas las personas involucradas.

Tabla 3

Encontrá toda la info en nuestros canales

ESTAMOS EN CONTACTO

Instituto de la Sanidad



www.institutosanidadmza.com.ar



instisanidadmza@gmail.com



[Facebook](#)



[Instagram](#)



[YouTube](#)



[TikTok](#)



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



[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.



✉ instisanidadmza@gmail.com

☎ 261 714 3690

📍 Morón 265, Mendoza