

IDICLAS

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

Mendoza, Argentina
Septiembre de 2026
Número 15



6 Factores asociados a la adherencia terapéutica en niños y adolescentes con obesidad: investigación desde la perspectiva de enfermería

20 Utilización de CAFO en el tratamiento de infecciones respiratorias bajas y cuidados de enfermería en pacientes pediátricos

34 Efectividad de aplicación de protocolos del método COPAP en recién nacidos menores a 33 semanas

49 Curar sin lastimar de más: El desafío de las punciones para acceso venoso en recién nacidos

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 6 / Nº 15 / Sep 2026
- **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. Prof. Mariel Ortiz
Lic. Héctor Ortiz

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. Norma Pagés
Lic. Mgter. René Arcángel Villegas
Prof. Lic. Hugo Díaz Oviedo
Lic. Prof. Esp. Mariel Ortiz
Lic. Héctor Ortiz

COLABORADORES DE 15ª EDICIÓN

M. Castro, J. De Montis, O. Barrientos,
P. Lúquez, G. Morganti, C. Paez Varas,
J. Lama, Y. Rojas, G. Grimalt, D. Carrizo,
P. Vera, V. San Martín, S. Vilca, C. Villagrán,
E. Montero, R. Irazoque, P. Chinellato,
N. Jurado, D. Villar, B. Carrasco, C. Flores,
L. Altamirano, G. Domínguez, M. Ortega
V. Licanqueo, J. Álvarez, M. Funes,
M. Spalenza, S. Andacaba, P. Bruna,
L. Rocha, L. Espinosa, D. Almazán,
M. Hualpa y A. Vega.

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

5 Editorial

6 Normas de presentación de trabajos científicos

7 Factores asociados a la adherencia terapéutica en niños y adolescentes con obesidad: investigación desde la perspectiva de enfermería

/ Lic. Marcela Castro y Lic. Jacqueline De Montis

10 Utilización de bolsas convexas como barrera cutánea en pacientes con ileostomía de difícil manejo

/ Lic. de Enf. Olga Barrientos

13 Drenaje Ventricular Externo

/ Pamela Natalia Lúquez y Gisela Lourdes Morganti

16 Formando cuidadores: La importancia del uso seguro de la sonda nasogástrica infantil en casa

/ Enf. Prof. Asist. Claudia Marina Paez Varas

21 Utilización de CAFO en el tratamiento de infecciones respiratorias bajas y cuidados de enfermería en pacientes pediátricos

/ Lic. Janet Marisa Lama y Lic. Yanina Edith Rojas

24 Caracterización epidemiológica y operativa de la atención prehospitalaria del Accidente Cerebrovascular en el sistema de emergencias de Mendoza

/ Dr. Gustavo Andrés Grimalt

31 Propuesta de mejora en la segregación de residuos sanitarios mediante estrategias de capacitación y concientización en un CAPS de Godoy Cruz

/ Lic. Enf. Darío Carrizo y Lic. Enf. Paola Vera

33 Estrategias de prevención y manejo de la mucositis oral en pacientes pediátricos

/ Valeria San Martín y Silvia Villca

35 Efectividad de aplicación de protocolos del método COPAP en recién nacidos menores a 33 semanas

/ Carol Castro Villagrán, Estefanía Montero y Romina Irazoque

41 La Importancia de la Gestión de Enfermería

/ Lic. Prof. Esp. Pablo Chinellato

46 Relación entre las actitudes de padres de niños con patologías inmunosupresoras y el conocimiento de complicaciones adversas de la enfermedad

/ Norma Jurado

Sumario

- 48** Integración de herramientas digitales y materiales de apoyo para la interpretación de resultados de laboratorio y cuidados oportunos
/ Lic. Damaris Villar y Lic. Betania Carrasco
- 50** Curar sin lastimar de más: El desafío de las punciones para acceso venoso en recién nacidos
/ Lic. Cristina Flores, Lic. Lorena Altamirano y Lic. Gisela Dominguez
- 55** Cuando el Monitor Calla: El valor de la observación clínica de enfermería en la detección precoz del deterioro neonatal
/ Lic. Miriam Noemí Ortega
- 58** Eficacia de los cuidados de enfermería en la prevención del tromboembolismo pulmonar: importancia de la valoración temprana
/ Lic. Virginia Alviña Licanqueo
- 62** Enfermería y el manejo del dolor en el recién nacido
/ Jéssica Álvarez, Melisa Funes y Marcelo Spalenza
- 66** Cuidados de enfermería pediátrica en pacientes tratados con AMPLYA
/ Lic. Sonia Andacaba y Lic. Paola Bruna
- 68** Rol de enfermería en el cuidado de pacientes con traqueostomía
/ Lic. Lorena Beatriz Rocha y Lic. Laura Adriana Espinosa
- 71** Prevención de la retinopatía del prematuro (ROP): Rol estratégico y cuidados de enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN)
/ Lic. Daniel Juan Carlos Almazán, Lic. Miriam Mabel Hualpa y Lic. Andrea Vega

Editorial

En el número anterior de la Revista IDICLAS se mencionó que, en el presente año IDICSA cumple 30 años de creación.

Se hizo un breve análisis de cómo se fue desarrollando la actividad educativa en nuestro medio con la formación de enfermeros, y administrativos en el ámbito del sector salud.

Hoy, corresponde profundizar un poco en todo lo que implica para las autoridades institucionales, equipo docente, administrativo y de apoyo, el hecho de pertenecer a una institución educativa que a lo largo de 30 años se han esforzado por dar lo mejor de sí y un poco más, para que hoy podamos sentirnos orgullosos de ser parte de la misma.

Pero... es necesario analizar lo siguiente:

Todos los que integramos esta noble institución, somos conscientes de todo lo que aportamos al crecimiento de la misma... pero también reconocemos que sin las personas que un día transitaron por estos espacios, la misma no existiría.

Para todos ustedes, va nuestro agradecimiento.

Entendemos que reconocer lo bueno que se recibe, implica tomar conciencia de todo lo que suele resultar beneficioso.

En este sentido como entidad educativa, a lo largo de estos 30 años hemos recibido de todas las personas que se formaron en IDICSA, esperanzas, sueños, satisfacción de ilusiones cumplidas, y experiencias de aprendizaje, porque todos nuestros egresados nos enseñaron a escuchar, a considerar situaciones personales que los afectaban, a escucharlos...fuimos creciendo juntos.

Fuimos beneficiados al contar con ustedes en nuestras aulas.

La gratitud, desde una consideración de carácter ético-religioso, es considerado un valor que invita a centrarse en lo que se tiene y no en lo que falta.

Somos conscientes de lo que tenemos y podemos ofrecer... mucho más de lo que nos falta.

“La forma de mostrar dicho agradecimiento, varía según la cultura, y en algunos espacios puede interpretarse como una deuda que debe retribuirse o como un rasgo vinculado al bienestar, si es analizado desde la Psicología esta la estudia como una emoción positiva. Esta actitud fomenta la solidaridad”.

Se expresa de forma sencilla, o acciones más elaboradas.

En nuestro caso, lo expresamos a través de estas simples palabras.

Gracias egresados.

Gracias profesores.

Gracias administrativos.

Gracias personal de apoyo.

Gracias a los alumnos que hoy transitan por nuestras aulas por elegirnos.

Simplemente gracias por ser o haber formado parte de IDICSA.

Nuestro agradecimiento hacia ustedes, lo expresamos a través de estas palabras.

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.

Factores asociados a la adherencia terapéutica en niños y adolescentes con obesidad: investigación desde la perspectiva de enfermería



INTRODUCCIÓN

La obesidad infantil constituye uno de los principales desafíos de salud pública debido a su creciente prevalencia y a las múltiples complicaciones físicas, metabólicas, psicológicas y sociales que genera durante la infancia y la adolescencia. La Organización Mundial de la Salud estima que el exceso de peso en edades tempranas incrementa significativamente el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, además de afectar la calidad de vida y el bienestar emocional de quienes la padecen. El tratamiento de la obesidad pediátrica requiere un abordaje integral e interdisciplinario que convine educación alimentaria, actividad física, acompañamiento psicológico y participación activa de la familia. Sin embargo, uno de los principales desafíos continúa siendo la adherencia terapéutica, entendida como el grado en que los pacientes y sus familias siguen las recomendaciones acordadas con el equipo de salud. La falta de adherencia limita la efectividad de las intervenciones, favorece el abandono del tratamiento y dificulta la incorporación de hábitos saludables sostenibles.

Diversos estudios han demostrado que la adherencia terapéutica está influenciada por factores personales, familiares, socioeconómicos y relacionados con el sistema sanitario. Aspectos como el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, el apoyo familiar, las condiciones económicas, la motivación, el bienestar emocional y la continuidad del seguimiento profesional desempeñan un papel determinante en el éxito del tratamiento. Otro aspecto relevante fue el limitado apoyo brindado desde el ámbito escolar y la concentración del acompañamiento cotidiano casi exclusivamente en la figura materna, lo que pone de manifiesto la necesidad de promover una mayor participación del conjunto familiar en el tratamiento.

Desde la disciplina de enfermería, el acompañamiento continuo, la educación y el fortalecimiento del vínculo con los pacientes y sus familias constituyen intervenciones fundamentales para favorecer la adherencia terapéutica. Enfermería como integrante del equipo interdisciplinario, contribuye a la identificación de barreras, al desarrollo de estrategias educativas y al seguimiento permanente de los niños y adolescentes con obesidad.

El presente estudio tuvo como objetivo analizar los factores asociados al grado de adherencia terapéutica en pacientes pediátricos con obesidad atendidos en un centro pediátrico especializado de la provincia de Mendoza. Se desarrolló mediante un diseño descriptivo, transversal y con enfoque cuantitativo, incluyendo una muestra de 30 familias de niños y adolescentes en tratamiento. La información se obtuvo a través de encuestas estructuradas y revisión de registros clínicos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados mostraron que la mayor proporción de los pacientes estudiados correspondió al grupo etario 9 y 12 años, con predominio del sexo masculino. En relación con la adherencia terapéutica, se evidenció que la mayoría de las familias cumplía las recomendaciones nutricionales solo de manera ocasional, mientras que un grupo importante no lograba sostener el tratamiento de forma continua. Estos hallazgos reflejan que la adherencia en la obesidad pediátrica continúa siendo un desafío complejo, condicionado por múltiples factores que intervienen entre sí. Entre los principales factores asociados se identificaron las dificultades económicas para acceder a alimentos saludables, el escaso conocimiento de los cuidadores acerca de la enfermedad, la insuficiente participación familiar y la presencia de emociones como frustración, enojo e indiferencia durante el proceso terapéutico. Asimismo, la falta de tiempo, de recursos y de espacios adecuados, limitó la práctica regular de actividad física, constituyendo una barrera adicional para alcanzar los objetivos del tratamiento.

Entre los factores que influyen negativamente sobre la adherencia se destacaron las limitaciones económicas para acceder a alimentos saludables, el escaso conocimiento de los padres o cuidadores acerca de la enfermedad y del tratamiento, el insuficiente acompañamiento familiar y la presencia de emociones negativas como enojo, frustración o indiferencia frente al proceso terapéutico. Asimismo, se observaron dificultades para mantener una práctica regular de actividad física debido principalmente a la falta de tiempo y recursos disponibles.

Otro hallazgo relevante fue el limitado acompañamiento brindado desde el ámbito escolar y la concentración de las responsabilidades del tratamiento principalmente en la madre. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la corresponsabilidad familiar e integrar a las instituciones educativas como actores fundamentales en la promoción de hábitos saludables y en el acompañamiento de los niños y adolescentes con obesidad.

Como aspecto favorable, la mayoría de las familias expresó interés en participar en actividades educativas, talleres y espacios de acompañamiento, lo que representa una oportunidad para desarrollar intervenciones lideradas por enfermería orientadas a mejorar los conocimientos, fortalecer el autocuidado y favorecer la continuidad del tratamiento. El rol de enfermería adquiere especial relevancia como educador, facilitador y coordinador del cuidado interdisciplinario, contribuyendo al seguimiento permanente y a la construcción de una relación terapéutica con el paciente y su familia.

CONCLUSIÓN

La presente investigación permitió demostrar que la adherencia terapéutica en pacientes pediátricos con obesidad está determinada por múlti-



Imagen: Freepik.com

ples factores personales, familiares, sociales, económicos e institucionales, los cuales influyen directamente en la continuidad del tratamiento y en la adopción de hábitos saludables.

Los hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer las estrategias de educación para la salud, incrementar la participación activa de las familias, favorecer el acceso a recursos que faciliten una alimentación saludable y consolidar programas de seguimiento interdisciplinario sostenidos en el tiempo. Asimismo, resulta imprescindible promover acciones coordinadas entre servicios de salud, la familia y las instituciones educativas para lograr intervenciones integrales y efectivas.

Desde la perspectiva enfermería, los resultados respaldan la importancia del profesional como referente en la educación sanitaria, el acompañamiento continuo y la coordinación del cuidado. Su participación favorece la adherencia terapéutica, fortalece el vínculo con las familias y contribuye a mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de niños y adolescentes con obesidad. Finalmente se recomienda desarrollar investigaciones con muestra de mayor tamaño y seguimiento longitudinal que permitan ampliar el conocimiento sobre los factores asociados a la adherencia y evaluar el impacto de intervenciones educativas dirigidas por enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2022). Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA). Buenos Aires: MSAL.-Organización Mundial de la Salud. (2023). Obesidad y sobrepeso. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>-Organización Panamericana de la Salud. (2022). La obesidad infantil en América Latina y el Caribe: situación actual y desafíos futuros. OPS.-World Health Organization. (2020). Guidelines on physical activity, sedentary behavior and sleep for children under 5 years of age. OMS.-Rivera, J., & Cossío, T. (2021). Tratamiento interdisciplinario de la obesidad infantil en América Latina: revisión de experiencias y resultados. Revista Panamericana de Salud Pública, 45(2), 1–10.Organización Mundial de la Salud (2024). Obesidad y sobrepeso. OMS <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Obesidad en las Américas: situación y desafíos. OPS. <https://www.paho.org/es/temas/obesidad>
- Guías clínicas y evidencia pediátrica American Academy of Pediatrics. (2023). Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. Pediatrics, 151(2), e2022060640. Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, A. K., Sofi, N. Y., Kumar, R., & Bhadoria, A. S. (2015). Childhood obesity: Causes and consequences. Journal of Family Medicine and Primary Care, 4(2), 187–192.Kumar, S., & Kelly, A. S. (2017). Review of childhood obesity: From epidemiology, etiology, and co morbidities to clinical assessment. Mayo Clinic Proceedings, 92(2), 251–265.Barlow, S. E., & Expert Committee. (2007). Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity. Pediatrics, 120(Suppl 4), S164–S192.
- Investigaciones científicas recientes Llewellyn, C. H., Trzaskowski, M., Plomin, R., & Wardle, J. (2014). Genetic and environmental influences on eating behavior in childhood. American Journal of Clinical Nutrition, 99(4), 920–927.Pulgarón, E. R. (2013). Childhood obesity: A review of the psychological and emotional impact. Current Opinion in Pediatrics, 25(3), 378–384. Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., & Margono, C. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children. The Lancet, 384(9945), 766–781.
- Aspectos educativos, ambientales y familiares González, M., & Pérez, L. (2021). Factores asociados a la adherencia a tratamientos en niños con enfermedades crónicas. Revista de Salud Infantil, 38(2), 112–120. Birch, L. L., & Ventura, A. K. (2009). Preventing childhood obesity: What works? International Journal of Obesity, 33(S1), S74–S81. Golan, M., & Crow, S. (2004). Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders, 5(2), 167–177. López, A., & Brito, C. (2020). Adherencia terapéutica en población pediátrica: determinantes familiares y barreras del sistema de salud. Revista Latinoamericana de Pediatría, 34(1), 45–54

Utilización de bolsas convexas como barrera cutánea en pacientes con ileostomía de difícil manejo



Imagen: Freepik.com

Autora

OLGA BARRIENTOS, Licenciada de Enfermería.

Afiliación institucional: servicio de internación del Hospital Central de Mendoza, Argentina.

Autora de correspondencia

OLGA BARRIENTOS

olgamaura36@gmail.com

RESUMEN

Una ileostomía es una abertura creada en la pared abdominal en la que se toma la porción terminal del íleon para formar un estoma. Al poseer heces líquidas, de salida continua y de pH ácido, se vuelven un desafío para el profesional de salud, paciente y familia alterando su calidad de vida. El siguiente caso tiene como objetivo

principal presentar el tratamiento idóneo para manejar estomas de difícil manejo, en esta ocasión una estoma plana que causaba muchas molestias a la paciente por las constantes fugas y pobre adhesión del sistema colector de heces. Motivos por los cuales desarrolló una dermatitis irritativa de extensión importante; para su resolución se sugirió el uso de una barrera cutánea convexa más aplicación de presión externa con el cinturón de ostomías.

La convexidad adecuada previene fugas, y por consiguiente mejora la integridad de la piel periestomal. La barrera cutánea convexa aumentó la protrusión de la estoma por encima del nivel de la piel circundante, y logró un sellado eficaz para menores cambios del sistema colector.

Palabras clave: ileostomía, dermatitis, estomas quirúrgicas, barrera cutánea.

INTRODUCCIÓN

La ostomía es un procedimiento quirúrgico en el que aboca una víscera al exterior, en el caso de las ostomías digestivas, a través de la pared abdominal.

La cirugía crea una salida alternativa al órgano o segmentos del tracto urinario internos, desviando el flujo de los desechos del cuerpo, tales como orina y las heces a la superficie externa del cuerpo.

La ileostomía consiste en la exteriorización quirúrgica del íleon a la superficie de la pared abdominal con el objetivo de desviar total o parcialmente el tránsito intestinal. Puede realizarse de manera temporal o definitiva, según la enfermedad de base y la estrategia terapéutica adoptada. Constituye una de las ostomías más frecuentemente utilizadas en cirugía colorrectal, especialmente en procedimientos relacionados con enfermedades inflamatorias intestinales, poliposis hereditarias y como método de protección de anastomosis de alto riesgo.

Clasificación según la configuración anatómica:

Ileostomías en asa: La ileostomía en asa es la modalidad más utilizada cuando se requiere una derivación temporal del tránsito intestinal. Consiste en la exteriorización de un asa de íleon sin seccionar completamente la continuidad intestinal. Su principal indicación es la protección de anastomosis colorectales o ileoanales, permitiendo disminuir las consecuencias clínicas de una eventual dehiscencia.

Las ileostomías terminales: Se realizan cuando el tránsito intestinal no puede o no debe restablecerse inmediatamente. Son frecuentes tras una proctocolectomía total o cuando se requiere la resección completa del colon y recto.

La evaluación y manejo de la estoma se considera un aspecto crítico para evitar complicaciones durante el período postoperatorio y para la adaptación exitosa a la nueva ostomía. Mientras que también muchos tipos de problemas periestomales pueden influir en el bienestar psicológico y emocional después de la cirugía. Las complicaciones de la piel periestomal se encuentran en un 63% de los pacientes que se realizan una colostomía, y ocurren en un lapso de 21-40 días de la construcción de la estoma. Son consideradas como complicaciones tanto tempranas como tardías y se consideran a las ileostomías como las de más elevado riesgo a desarrollar esta problemática (entre el 3-42%).

El grado de irritación puede variar desde una dermatitis periestomal leve hasta una pérdida del espesor total de la piel. La mayoría de estos casos se debe simplemente a la negligencia en la construcción de una estoma protruido, y de al menos una pulgada, o también a la valoración inadecuada de la estoma y del sistema dispositivo que pueda adecuarse a su necesidad.

Las estomas de acuerdo a su altura, pueden denominarse como retraídos (por debajo del nivel de la piel),

de bajo perfil (estomas de menos de 1.5 cm de altura), planos (estoma al nivel de la piel), protruidos (entre 1.5 cm y 2.5 cm), y prolapsados (estoma de más de 5 cm). Es un detalle de suma importancia la valoración previa de este punto para poder escoger el sistema colector o dispositivo que se adecúe a la necesidad del paciente y evitar fugas de heces que alteren su piel periestomal y lo que es peor su calidad de vida. En el caso de los estomas retraídos o planos se recomienda el uso de Convexidad. La forma convexa empuja en la piel alrededor de la estoma, y esto ayuda a protruirlo; la reducción del riesgo de fugas es notable y otorga mayor duración a la barrera cutánea.

Las barreras cutáneas convexas ejercen una presión suave alrededor de la estoma, favoreciendo protrusión y permitiendo un mejor ajuste del dispositivo colector. Esto disminuye las filtraciones del efluente, protege la piel prolonga el tiempo de uso del sistema.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se realizó seguimiento de caso a una paciente de sexo masculino de 50 años de edad, portador de ileostomía en el hospital general en la ciudad de Mendoza, con ileostomía temporal, por padecer de un tumor maligno de recto y a la cual se le practicó una resección parcial de colon; en el momento de la consulta no había realizado aún las sesiones de radioterapia ni quimioterapia.

Es captada en el servicio de internación del hospital, el 24 de mayo del 2026 y terminando el seguimiento el 15 de junio del mismo año, a las 2 semanas de ser ostomizada. La paciente refirió cambiar 3 veces al día la bolsa de una pieza por fugas constantes y mucho ardor y dolor en la piel periestomal. A la valoración del estoma y piel periestomal se encontraron los siguientes datos. (Ver tabla 1).

Se detectaron tres grandes factores para las fugas de heces constantes: en primer lugar, el ostoma presentaba una altura plana, a nivel de la piel, lo que impedía un adecuado sellado con la barrera cutánea plana y favorecía el escape del contenido intestinal. En segundo lugar, la piel periestomal se encontraba con una dermatitis irritativa importante con exudado que interfería en la adhesión del dispositivo. Y como tercer punto, el orificio de descarga se encontraba por debajo del nivel de la piel y hacia la parte interna de la estoma, no en medio como suele ser la recomendación.

Se procedió a la limpieza del área periestomal irrigando con solución salina para evitar dolor. Al haber retirado el efluente y dejar el lecho de la herida limpia, se secó con gasa dando delicados toques. Se aplicó polvo protector para la piel periestomal en la zona afectada y luego se retira el exceso.

Finalmente se coloca pasta hidrocoloide en la barrera cutánea convexa para brindar protrusión de la estoma; de esta forma exista más seguridad de que el

TABLA 1. VALORACIÓN DE LA OSTOMÍA	
VALORACIÓN ESTOMA / PIEL PERIESTOMAL	HALLAZGO
Coloración	Rosa brillante, saludable
Forma	Redonda
Altura	Plano
Construcción	Terminal
Localización	Cuadrante inferior derecho
Efluente	Semilíquido, cada 3 horas y con la ingesta de líquidos, producción normal de 750-1000 ml
Sutura mucocutánea	Irritación en toda la circunferencia de la sutura mucocutánea
Piel periestomal	Lesión erosiva en área inferior y superior del estoma
Orificio de descarga	A las 2 de las manecillas del reloj
Contorno abdominal	Abdomen prominente, con flacidez en área estomal.

efluente no llegue a filtrarse y desprender el dispositivo. Cuando la estoma por sus características necesita la utilización de convexidad, debe estar siempre acompañado del uso de un cinturón soporte para ostomías, con el fin de mejorarla adaptación del dispositivo y favorecer el sellado más seguro. Este fue el tratamiento completo que la paciente recibió. La barrera cutánea convexa tuvo una duración de 3 días sin presentar fugas; se realizaron en total 3 curaciones, y la dermatitis irritativa presentó una evolución favorable.

TIPO DE ESTUDIO

En cuanto a la metodología es un estudio de caso clínico, de tipo descriptivo, observacional, prospectivo y longitudinal, mediante el seguimiento de un paciente portador de ileostomía temporal, con valoración e intervención de enfermería orientado al manejo de la complicación de la piel periestomal y la optimización del dispositivo de estoma.

DISCUSIÓN

El resultado de este caso clínico evidencia que la utilización de hidrocoloides, tanto en polvo como en placa, son de beneficio para el fomento de la cicatrización de las lesiones químicas por ileostomías. Al mismo tiempo que la barrera cutánea convexa brinda al paciente tener mejor calidad de vida, sin necesidad de volver a ser reintervenido quirúrgicamente para modificar la forma y altura de la estoma.

La utilización de dispositivos para brindar convexidad, junto con pasta y polvo hidrocoloide, se vuelven alternativas terapéuticas válidas en el manejo de complicaciones de ostomías. El desarrollo y evaluación de estos dispositivos han sido impulsados por empresas especializadas en el cuidado de ostomas, como Coloplast, Hollister y Braun, las cuales realizan investigación e innovación para mejorar la seguridad, comodidad y calidad de vida de los pacientes ostomizados. Todos los pacientes salen de alta con bolsas de una pieza, des-

conociendo su talla de estoma, cuidados ambulatorios, duración de los puntos de sutura, alimentación etc. La educación estructurada del paciente ostomizado dirigida a sus necesidades psicosociales, parece tener un efecto positivo en la calidad de vida, así como en la reducción de costos, por mal manejo de su estoma.

CONCLUSIÓN

Dentro de las ostomías, las ileostomías se consideran las de más difícil manejo.

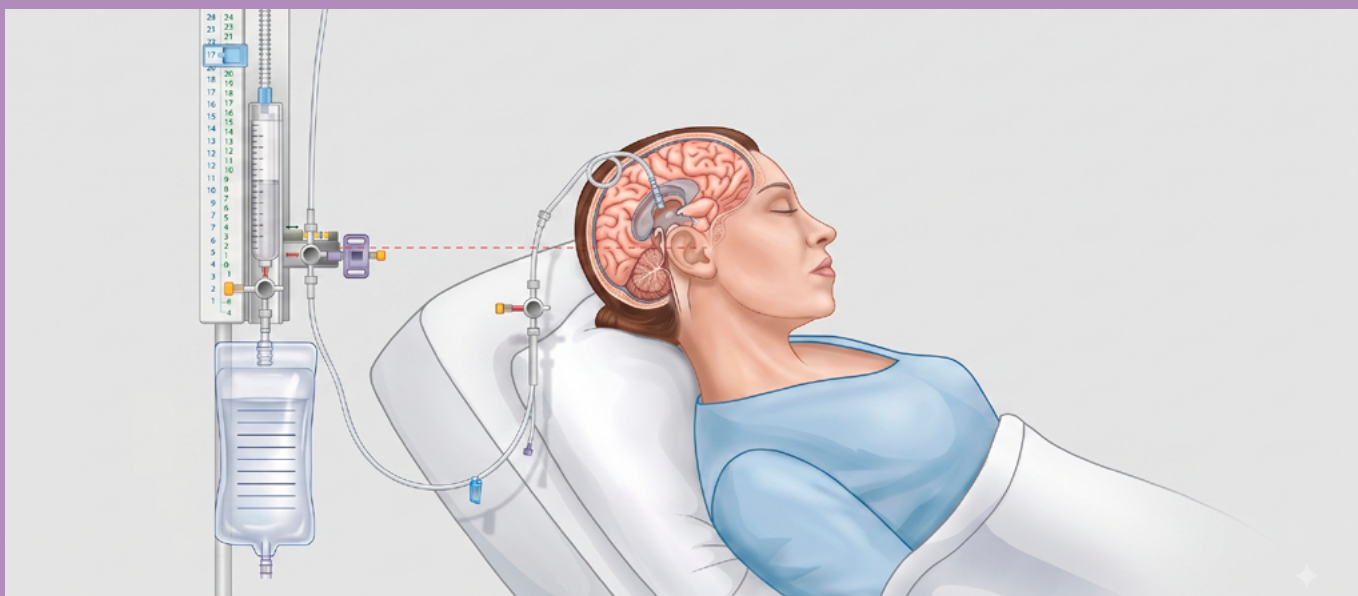
Efluente ácido, de salida constante y de consistencia líquida, son características que se vuelven un desafío en la vida del paciente que la posee. En el caso presentado no fue ésta la excepción. La dermatitis irritativa fue resuelta mediante el aislamiento de la lesión del efluente, esto, con la utilización de hidrocoloides y protectores cutáneos.

Sin embargo, esto fue tan solo una consecuencia de una razón de fondo, la cual fue, la altura de la estoma. Una estoma plana y con ángulo de drenaje bajo el nivel de la piel abdominal, hace mandatorio el uso de un sistema colector de dos piezas, con barrera cutánea convexa que proporcionase una protrusión de la estoma que fue justamente lo que se consiguió y que permitió que las heces llegasen a la bolsa colectora sin contactar y afectar la piel.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Wund. Ostomy and continence Nurses Society. Management of the Adult Patient with a fecal or Urinary Ostomy.
- Coloplast. Guía de cuidados de Ostomías.
- Asociación española de Enfermería en estomatología. Guía de práctica clínica en Ostomías.
- Clinical Laboratory Standards Institute 2018. Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing; 22nd Informational Supplement, M100-S24. Wayne, Pa: Clinical and Laboratory Standards Institute.

Drenaje Ventricular Externo



Autoras

LÚQUEZ, PAMELA NATALIA, pame_luq@hotmail.com

MORGANTI, GISELA LOURDES, gisemorg05@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La colocación del DVE tiene múltiples indicaciones, es temporal y puede ser utilizado para tratamiento diagnóstico o terapéutico, es un procedimiento realizado por profesionales de neurocirugía, se lleva a cabo en quirófano y requiere de un grado elevado de habilidad técnica para su inserción, se realiza con el fin de monitorizar la presión intracraneal, drenar líquido cefalorraquídeo como así también la administración de medicamentos.

Es sumamente importante el manejo adecuado de este dispositivo, por lo cual se requiere de conocimientos específicos tanto por el personal de enfermería, como médicos, debido a las posibles complicaciones asociadas, como infecciones, obstrucciones y hemorragias, el conocimiento apropiado permite identificar signos y síntomas que puedan suponer un riesgo para el paciente.

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer el conocimiento sobre el manejo del drenaje ventricular externo en pacientes pediátricos,

distinguiendo las intervenciones y cuidados de enfermería orientados a la prevención de complicaciones y a la seguridad del paciente dentro del ámbito hospitalario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características principales del drenaje ventricular externo en pacientes pediátricos.
- Identificar los cuidados de enfermería para el mantenimiento preciso del sistema de drenaje ventricular externo.
- Reconocer las complicaciones más frecuentes asociadas al drenaje ventricular externo, como infecciones y obstrucciones.
- Valorar la importancia de la vigilancia neurológica continua en pacientes pediátricos portadores de drenaje ventricular externo.
- Prevenir infecciones relacionadas con el manejo del drenaje ventricular externo

DESARROLLO

El drenaje ventricular externo es un dispositivo invasivo diseñado para el drenaje temporal de líquido cefalorraquídeo de los ventrículos cerebrales a una bolsa colectora externa. Éste procedimiento se lleva a cabo mediante la colocación de un catéter intraventricular

tunelizado, impregnado mayormente en antibiótico, se coloca en el asta frontal del ventrículo lateral, se utiliza para la medición de presión intracraneal (conectado a transductor para el registro de PIC) y también ayuda a controlar el aumento de la presión a través del drenaje terapéutico del LCR. También puede ser utilizado para la administración intratecal de medicamentos, como para la toma de muestras de LCR.

¿QUÉ ES EL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO?

El LCR es un líquido incoloro y transparente producido por el plexo coroideo altamente vascularizado en los ventrículos laterales, su función es proteger, amortiguar, sostener y rodea el cerebro y la médula espinal. Además proporciona nutrientes y elimina desechos.

Cuando existe una alteración en la circulación o absorción de LCR, puede desarrollarse hipertensión intracraneal e hidrocefalia, son situaciones en las que resulta imperiosa la colocación de DVE.

CUALES SON LAS INDICACIONES MÁS FRECUENTES DE COLOCACIÓN DE DVE EN PEDIATRÍA

- Malformaciones de A. Chiari
- Hidrocefalia
- Traumatismo encefalocraneano
- Hemorragia ventricular
- Tumores cerebrales
- Monitorización de la PIC
- Infecciones (como meningitis)

Los pacientes que necesitan un DVE deben ser controlados de cerca por el personal de enfermería, la evaluación del paciente debe incluir el control de signos y síntomas relacionados con cambios en la PIC. Los aumentos de PIC pueden estar relacionados con la disminución del nivel de conciencia, náuseas, vómitos, letargo o agitación, cefalea. Se debe controlar todo el trayecto del drenaje en busca de acodaduras, compresión o fugas de líquidos desde el sitio de inserción.

CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE RECOLECCIÓN DVE

- Guía para drenado de líquido cefalorraquídeo.
- Llave de tres vías.
- Puerto para inyección y toma de muestras.
- Válvula anti-retorno.
- Cámara de goteo de 100 ml.
- Bolsa colectora de líquido cefalorraquídeo.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE PREVIA A LA COLOCACIÓN

El paciente deberá realizarse al menos 2 baños prequirúrgicos con clorhexidina jabonosa al 2 - 4% y

previo al pase a quirófano se realizará lavado de cabeza con la misma solución jabonosa.

Se recortará el cabello en la zona donde se realizará la incisión.

PROCEDIMIENTO

El neurocirujano identifica el punto anatómico donde realizará la inserción, usualmente se realiza en la región frontal tomando como referencia el punto kocher, éste punto permite llegar al ventrículo lateral evitando estructuras cerebrales importantes, se localiza a 3 cm de línea media y a 2 cm de la sutura coronal. La ubicación correcta se evidencia al obtener LCR. La salida del catéter será a través de una pequeña incisión y se sujetará con puntos de sutura, seguidamente se conecta el sistema colector.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA POST COLOCACIÓN DE DVE

Los principales cuidados que debe llevar a cabo enfermería:

- La cabecera de la cama se elevará a 30°, colocaremos al paciente de cubito supino posición Fowler con una correcta alineación del cuerpo y evitando la flexión lateral del cuello para favorecer el retorno venoso.
- Colocar con ayuda de la regla la altura correcta para mantener el "0" del dispositivo a la altura del conducto auditivo externo (CAE) que anatómicamente coincide con el agujero de Monro.
- Registrar la tolerancia del paciente al proceso de inserción, incluyendo evaluaciones neurológicas utilizando escala de Glasgow, temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, oximetría de pulso, tensión arterial y la administración de medicamentos si están indicadas.
- El personal de enfermería debe evaluar como mínimo cada 4 hs el sistema de drenaje, verificar grietas o fugas de líquidos en el sistema desde el sitio de inserción, evaluar la cantidad, el color, la claridad y registrar.
- Evaluar con frecuencia que el drenaje esté nivelado.
- Manipular el drenaje y el sistema lo menos posible, en caso de ser necesario se deberán adoptar medidas asépticas, lavado de manos con soluciones antisépticas (clorhexidina jabonosa) y se utilizarán guantes estériles.
- Realizar curación diaria del sitio de inserción mediante técnica estéril y cubrir con apósito estéril. Identificar signos de flogosis.
- En caso de movimientos, traslados o cambios de posición del paciente se debe mantener el sistema cerrado (salvo que exista una indicación médica de no hacerlo) y una vez finalizado se debe abrir el sistema ajustando el nivel de altura.
- En caso de desconexión accidental del sistema, se debe cerrar inmediatamente el circuito desde la llave

ve más proximal al paciente procurando hacer todo lo posible para mantener la esterilidad y dar aviso al médico.

- En el caso que el paciente requiera de medición de PIC ésta se llevará a cabo en la unidad de cuidados críticos donde se puede monitorizar constantemente al paciente, se realiza en forma horaria, se cierra el sistema por unos minutos y se realiza la medición a través del transductor, el valor se registra junto con los demás parámetros y por último se debe abrir el sistema nuevamente al finalizar la medición.

COMPLICACIONES POTENCIALES

Las complicaciones más frecuentes son:

- **Infecciones (ventriculitis o meningitis):** estas se definen por un cultivo positivo de LCR, las bacterias más comunes son la flora cutánea gram positiva (estafilococos). La meningitis bacteriana afecta principalmente al espacio subaracnoideo, mientras que la respuesta inflamatoria afecta a los vasos cerebrales y puede provocar vasoespasmo o formación de trombos.

La presencia de secreción purulenta en el sitio de inserción de LCR turbio o purulento son signos evidentes de infección.

El advenimiento o aumento de cefalea, la rigidez de nuca y la disminución del nivel de conciencia o los signos de afectación de los nervios craneales, tanto así como la presencia de hipertermia son motivos suficientes para analizar muestras de LCR.

- **Hemorragia:** la pérdida repentina de LCR o la disminución de la PIC aumenta el riesgo de resangrado del paciente; también existe el riesgo de desplazamientos hemisféricos debido al manejo agresivo de la PIC y al drenaje excesivo de LCR.
- **Obstrucción:** es una complicación frecuente en pacientes pediátricos, causada principalmente por coágulos, detritos o alteraciones en el sistema de drenaje. Su detección temprana es fundamental para evitar el aumento de la PIC y el deterioro neurológico.
- **Drenaje excesivo:** el drenaje excesivo de LCR puede provocar hipovolemia, el descenso del cerebro puede causar la ruptura de los vasos comunicantes y formación de hematoma subdural; también puede generar un gradiente de presión. Si la presión en la columna lumbar es mayor que en el cerebro, la fuerza ascendente podría producir una herniación transtentorial ascendente.
- **Hipodrenaje:** se produce cuando el drenaje es insuficiente produce como consecuencia aumento de la presión intracraneana, empeoramiento neurológico y persistencia de hidrocefalia, puede ser causado

por obstrucción, altura incorrecta o pinzamiento accidental.

- **Desconexión accidental del sistema:** la desconexión del sistema de drenaje ventricular externo representa una complicación de alto riesgo en pacientes pediátricos, ya que puede favorecer a infecciones, pérdida de LCR y alteraciones de la presión intracraneal.

CONCLUSIÓN

El drenaje ventricular externo constituye una herramienta neuroquirúrgica fundamental para el monitoreo de la presión intracraneal, el drenaje terapéutico del líquido cefalorraquídeo y el manejo de diversas patologías neurológicas en pacientes pediátricos. Su utilización requiere una adecuada indicación clínica, una técnica de colocación precisa y un abordaje multidisciplinario orientado a disminuir riesgos y optimizar la evolución del paciente.

En este contexto, el rol de enfermería adquiere especial relevancia, dado que la vigilancia continua, el mantenimiento adecuado del sistema, el control neurológico sistemático y la detección precoz de signos de alarma constituyen intervenciones esenciales para prevenir complicaciones como infecciones, obstrucciones, alteraciones de la presión intracraneal y hemorragias. Así mismo el cumplimiento de medidas de bioseguridad, el correcto posicionamiento del paciente y el monitoreo permanente del drenaje constituyen significativamente a la seguridad y calidad asistencial.

Por lo tanto el conocimiento actualizado y la capacitación específica del personal de enfermería en el manejo del drenaje ventricular externo resultan indispensables para garantizar una atención integral, segura y basada en nuevas prácticas, favoreciendo mejores resultados clínicos y una reducción de eventos adversos en la población pediátrica.

BIBLIOGRAFÍA

- Carney N, Totten AM, O'Reilly C, Ullman JS, Hawryluk GWJ, Bell MJ, et al. Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. *Neurosurgery*. 2017;80(1):6-15.
- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth. *Enfermería médico-quirúrgica*. 15a ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2022.
- Océano/Centrum. *Manual de la enfermería*. Nueva ed. Barcelona: Océano/Centrum; 2012. 328- 331.
- Minguillón Ruiz N, Belloc Pérez L, Marín Turrubia L, Cubero Esteban C, Casaús Margelí MA. Drenaje ventricular externo: artículo monográfico [Internet]. *Revista Sanitaria de Investigación*. 2021 dic 24 [citado 2026 may 25]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/drenaje-ventricular-externo-articulo-monografico/revistasanitariadeinvestigacion.com>

Formando cuidadores: La importancia del uso seguro de la sonda nasogástrica infantil en casa



Autora

CLAUDIA MARINA PAEZ VARAS

Enfermera Profesional Asistencial, Servicio de Recuperación de Cirugía Cardiovascular Pediátrica y Neonatal, Hospital Dr. Humberto Notti, Mendoza, Argentina.

<https://orcid.org/0009-0001-6887-4420>

clau.paez.varas@gmail.com

cuidadores principales es fundamental para asegurar la seguridad, efectividad y continuidad del tratamiento en casa. Este artículo explora el papel del profesional de enfermería en la capacitación de los padres, los beneficios clínicos y emocionales de una buena educación sanitaria, y las estrategias efectivas para mejorar el manejo de la SNG en el hogar.

RESUMEN

El uso de la sonda nasogástrica (SNG) en el entorno domiciliario es una intervención frecuente en el cuidado de niños con necesidades nutricionales especiales. La educación y entrenamiento de los padres o

OBJETIVO

Reconocer la importancia de la educación dirigida a los cuidadores de niños crónicos o con internación domiciliaria sobre el manejo de la sonda nasogástrica en el hogar.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Un enfoque educativo sistemático, empático y adaptado a cada familia es vital para garantizar la seguridad del niño, reducir complicaciones y empoderar a los cuidadores en su rol asistencial. La educación a padres de niños con SNG en el hogar no solo previene complicaciones clínicas, sino que promueve el empoderamiento, autonomía y seguridad en el cuidado infantil. El profesional de enfermería debe liderar este proceso educativo, combinando conocimiento técnico con habilidades comunicativas y humanas. Su rol es fundamental para el éxito del tratamiento domiciliario y el bienestar familiar

Palabras clave: Sonda nasogástrica, enfermería pediátrica, cuidado domiciliario, padres cuidadores, pediátrico.

TEMA DE INVESTIGACIÓN: Reflexión sobre la importancia de la educación a los cuidadores de niños crónicos o con internación domiciliaria sobre el manejo de la sonda nasogástrica en el hogar.

PROBLEMA/PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿Es importante que los padres de niños crónicos o con internación domiciliaria sepan el manejo de la sonda nasogástrica?

OBJETIVO GENERAL: Reconocer la importancia de la educación dirigida a los cuidadores de niños crónicos o con internación domiciliaria sobre el manejo de la sonda nasogástrica en el hogar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los conocimientos que poseen los cuidadores sobre el manejo de la sonda nasogástrica en el hogar.
- Reconocer la importancia y analizar el rol del profesional de enfermería en la educación de cuidadores de niños con sonda nasogástrica.
- Identificar la relación entre la educación de los cuidadores y la seguridad del paciente pediátrico en el hogar.

METODOLOGÍA: Es una investigación de enfoque cuantitativo (ya que se busca medir el nivel de conocimientos, complicaciones o efectividad educativa a través del análisis de estadísticas), descriptivo (ya que pretende identificar y describir la importancia de la educación en el manejo de la sonda nasogástrica en el hogar), no experimental (ya que no se manipulan variables, sino que se observa una situación ya existente) y de corte transversal (ya que la información se recopila en un tiempo dado).

MARCO TEÓRICO

Introducción: El cuidado de niños con enfermedades crónicas representa un desafío significativo para los sis-

temas de salud y, especialmente, para las familias que asumen la continuidad del tratamiento en el hogar. Entre las intervenciones más frecuentes se encuentra el uso de la sonda nasogástrica (SNG), un dispositivo fundamental para garantizar el soporte nutricional en pacientes pediátricos con dificultades para la alimentación oral.

La transición del ámbito hospitalario al domiciliario implica trasladar responsabilidades técnicas a los cuidadores, quienes muchas veces no poseen formación previa en cuidados de salud. En este contexto, la educación brindada por el equipo de enfermería adquiere un rol central, no solo en la adquisición de habilidades prácticas, sino también en la prevención de complicaciones, la adherencia al tratamiento y la seguridad del paciente.

Por lo tanto, en este trabajo se aborda la importancia de la educación de los cuidadores como estrategia clave para optimizar el manejo de la sonda nasogástrica (SNG) en el hogar, promoviendo un cuidado seguro, efectivo y humanizado.

Antecedentes de la Investigación: La colocación y mantenimiento de una SNG requiere conocimientos técnicos básicos, así como la capacidad de identificar signos de complicaciones como obstrucción, desplazamiento o infecciones. La falta de conocimientos puede conllevar a errores que comprometan la salud del niño, como broncoaspiración, desnutrición o lesiones nasales.

La educación sanitaria no solo disminuye los riesgos clínicos, sino que también reduce la ansiedad de los cuidadores, mejora la adherencia al tratamiento y favorece la calidad de vida de la familia. Estudios como el de la Clínica Mayo (2022) documentó una disminución de complicaciones graves en un 25% gracias a un programa continuo de formación para enfermeras y cuidadores, lo que subraya la importancia de la capacitación prolongada en la mejora de los resultados clínicos.

Asimismo, investigaciones realizadas en un hospital Infantil (2021) revelaron que los entrenamientos periódicos a enfermeras y cuidadores domiciliarios resultaron en una reducción significativa en la frecuencia de hospitalizaciones por infecciones e irritaciones relacionadas con la SNG. Estos programas de educación y entrenamiento no solo se centraron en la técnica, sino también en el apoyo emocional, lo que contribuyó al bienestar general de los cuidadores y pacientes.

Bases Teóricas: Desde la perspectiva del cuidado enfermero, la educación al cuidador se sustenta en varios enfoques teóricos:

1. Teoría del déficit del autocuidado de Dorothea Orem

Esta teoría plantea que las personas pueden cuidar de sí mismas o de otros cuando reciben el apoyo adecuado. En el caso pediátrico, los cuidadores se convierten en agentes de autocuidado dependiente, siendo la enfermería responsable de fortalecer sus capacidades.

Según la teoría de enfermería de Dorothea Orem, el autocuidado es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo. presenta su “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener.

La teoría del autocuidado se centra en la realización o práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para mantener la vida, la salud y el bienestar.

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.

En la Teoría del déficit autocuidado describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

En la Teoría de los sistemas de Enfermería se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

2. Modelo de educación para la salud

La educación en salud implica un proceso activo donde el cuidador adquiere conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el cuidado seguro. En el manejo de la SNG, esto incluye:

- Técnica de administración de alimentación
- Verificación de la correcta ubicación de la sonda
- Higiene y mantenimiento
- Identificación de signos de alarma

El modelo de educación para la salud constituye una estrategia fundamental dentro del cuidado enfermero, ya que permite fortalecer las capacidades de los cuidadores para brindar una atención segura y eficaz en el hogar. La educación sanitaria es entendida como un proceso dinámico de enseñanza-aprendizaje orientado a promover conocimientos, habilidades y actitudes que favorezcan la prevención de complicaciones y la continuidad del tratamiento domiciliario. En pacientes pediátricos con sonda nasogástrica (SNG), la capacitación del cuidador resulta indispensable para garantizar una adecuada administración de la alimentación, el mantenimiento del dispositivo y la detección precoz de signos de alarma.

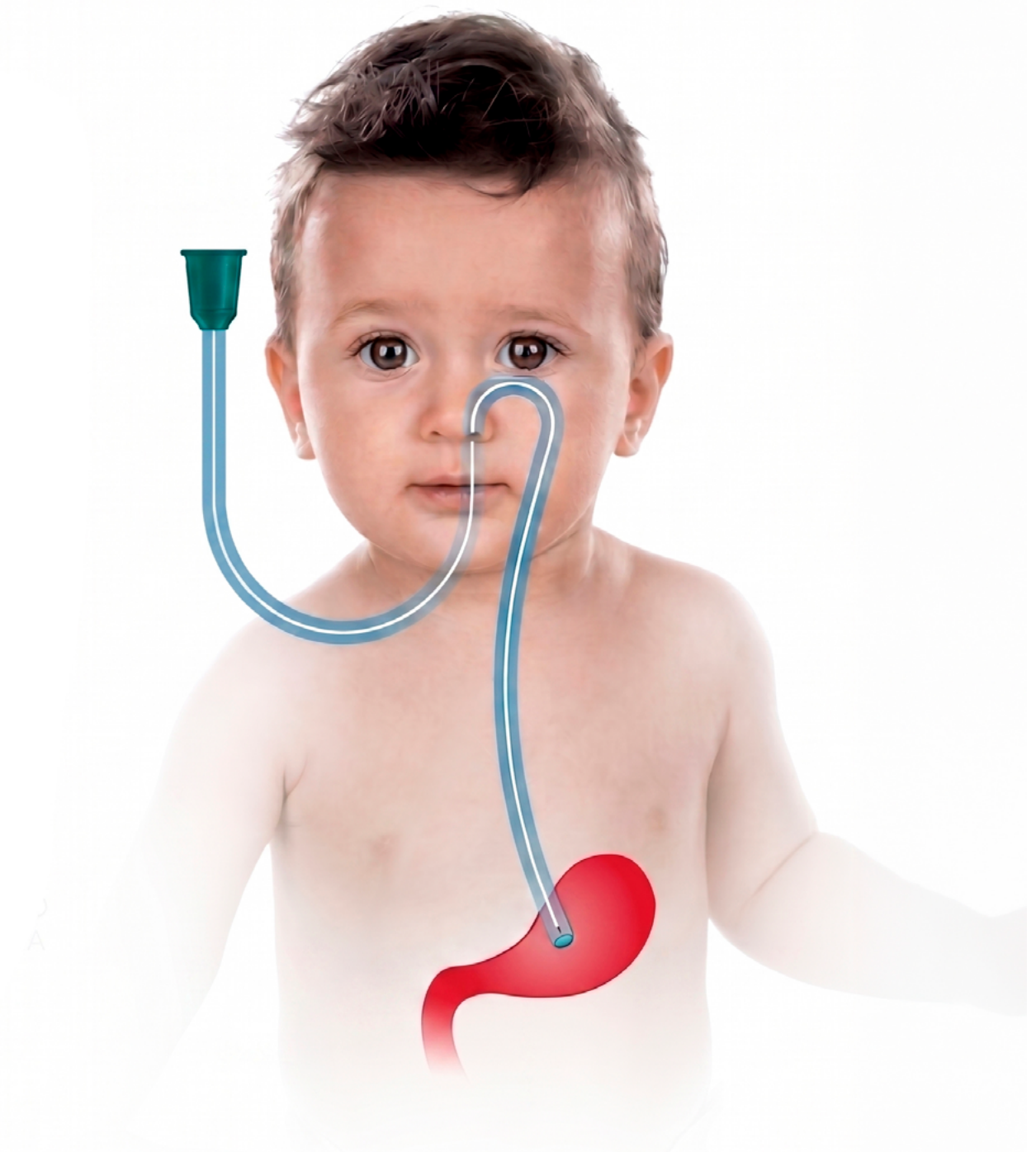
En este contexto, la intervención educativa de enfermería debe incluir contenidos relacionados con la técnica correcta de administración de la alimentación, la verificación de la ubicación de la sonda antes de cada uso, las medidas de higiene y mantenimiento, así como la identificación de posibles complicaciones como obstrucción, desplazamiento, vómitos, dificultad respiratoria o signos de infección. La adquisición de estos conocimientos contribuye a disminuir riesgos, evitar reinternaciones y mejorar la calidad de vida del niño y su familia.

3. Seguridad del paciente

El manejo inadecuado de la SNG puede generar eventos adversos graves. La educación actúa como barrera preventiva, disminuyendo riesgos y promoviendo prácticas seguras en el hogar.

La seguridad del paciente constituye un componente esencial en la atención domiciliar de niños portadores de sonda nasogástrica (SNG), debido a que el manejo inadecuado del dispositivo puede ocasionar complicaciones graves, como broncoaspiración, obstrucción de la sonda, desnutrición, infecciones o desplazamiento accidental. En este contexto, la educación brindada por el profesional de enfermería actúa como una estrategia preventiva fundamental, ya que permite capacitar al cuidador en prácticas seguras relacionadas con la administración de la alimentación, la higiene del dispositivo, la verificación de la correcta ubicación de la sonda y la identificación temprana de signos de alarma. Diversos estudios sostienen que la educación sanitaria reduce la aparición de eventos adversos y favorece la continuidad de cuidados seguros en el hogar, fortaleciendo la participación activa de la familia en el tratamiento del niño. Asimismo, la capacitación del cuidador contribuye a disminuir reinternaciones evitables y mejora la calidad de vida tanto del paciente como de su entorno familiar.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la seguridad del paciente se basa en la prevención de daños evitables durante la atención sanitaria, promoviendo prácticas asistenciales seguras mediante la formación y educación de pacientes y cuidadores.



Asimismo, una revisión sobre prevención de eventos adversos relacionados con SNG/SNE publicada en el Journal of Nursing and Health evidenció que estrategias como la educación del personal y cuidadores, la evaluación diaria del posicionamiento de la sonda, la implementación de protocolos y la estandarización de prácticas contribuyen significativamente a reducir riesgos durante la nutrición enteral.

4. Cuidado centrado en la familia

Este enfoque reconoce a la familia como parte esencial del equipo de cuidado. La educación fortalece la confianza, reduce la ansiedad y mejora la calidad de vida tanto del niño como de sus cuidadores.

Desde la experiencia clínica, especialmente en áreas críticas como UCI pediátrica y neonatal, se observa que los cuidadores que reciben entrenamiento adecuado presentan mayor autonomía, menor tasa de complicaciones y mejor adherencia al tratamiento.

El cuidado centrado en la familia constituye un enfoque fundamental en la atención pediátrica, ya que reconoce a la familia como parte activa y esencial del proceso de cuidado del niño. Este modelo promueve la participación de los cuidadores en la toma de decisiones y en la continuidad de los cuidados, favoreciendo una atención más humanizada, segura e integral. En pacientes pediátricos con requerimientos de internación domiciliaria o dispositivos como la sonda nasogástrica (SNG), la educación brindada por enfermería fortalece

la confianza de los cuidadores, disminuye la ansiedad frente al manejo del tratamiento y mejora la calidad de vida tanto del niño como de su entorno familiar.

De igual manera, investigaciones desarrolladas en unidades neonatales y de cuidados críticos demostraron que las intervenciones de cuidado centrado en la familia disminuyen el estrés parental y favorecen la participación segura de los cuidadores en el cuidado del niño. Un estudio cuasiexperimental realizado en una sala de perinatología evidenció una reducción significativa de la ansiedad de los padres luego de recibir educación e intervención basada en Family Centered Care.

VARIABLES

Variable independiente:

- Nivel de educación/capacitación del cuidador sobre el manejo de la sonda nasogástrica.

Variable dependiente:

- Calidad del manejo domiciliario de la SNG (incluye seguridad, técnica correcta, prevención de complicaciones y adherencia al tratamiento).

Variables intervinientes:

- Nivel educativo del cuidador.
- Apoyo del sistema de salud y acceso a sus recursos sanitarios.
- Complejidad del estado clínico del niño.
- Experiencia previa en cuidados.

Hipótesis: Es importante que los padres de niños crónicos o con internación domiciliaria sepan el manejo de la sonda nasogástrica ya que de esta manera se pueden identificar rápidamente signos de alarma, evitar accidentes por retirada accidental, disminuye la mortalidad de los niños y en pacientes que la necesitan por poco tiempo, se realiza el tratamiento de manera segura.

DISCUSIONES Y CONCLUSIÓN

Como para finalizar el presente, podemos postular que como fortaleza destacable se puede decir que este estudio, aunque más que nada informal y empírico, es pionero en el estudio de la importancia del entrenamiento de los padres para el cuidado de la SNG en el hogar, ya que dentro de Argentina no se encuentran estudios observacionales de esta índole tan específica del área.

Y como debilidad, se podría hablar sobre la falta de importancia que hay entorno a la educación para la salud dentro del sistema sanitario de alta complejidad post-alta de los niños con patologías crónicas, sobre todo. Por ello se propone con este artículo comenzar con un movimiento de enfermería dentro de las áreas críticas para visibilizar la importancia de la educación de los cuidadores de los niños y así generar el espacio de empoderamiento de los cuidadores y mejorar la calidad de vida de su red de apoyo.

Un enfoque educativo sistemático, empático y adaptado a cada familia es vital para garantizar la seguridad del niño, reducir complicaciones y empoderar a los cuidadores en su rol asistencial. La educación a padres de niños con SNG en el hogar no solo previene complicaciones clínicas, sino que promueve el empoderamiento, autonomía y seguridad en el cuidado infantil. El profesional de enfermería debe liderar este proceso educativo, combinando conocimiento técnico con habilidades comunicativas y humanas. Su rol es fundamental para el éxito del tratamiento domiciliario y el bienestar familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez, M., & López, J. (2021). *Nutrición enteral domiciliaria en pediatría: revisión de intervenciones enfermeras*. Revista de Enfermería Pediátrica, 34(2), 101-108.
2. Gómez, A., & Paredes, L. (2020). *Educación sanitaria en el manejo de sondas en el hogar*. Cuidados Avanzados, 15(1), 56-62.
3. Libro "Criterios de enfermería: prácticas y procedimientos". Mónica Poncetta... [et al]. – 1ª ed. 1ª reimp. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Hospital de Pediatría Dr. Juan P. Garrahan, 2018.- Capítulo II anexo 3 "Sonda Nasogástrica" pág 79-103 – Capítulo III anexo 1.1 "Colocación, extracción y cuidados de la SNG" y 1.2 "Alimentación por SNG" pág 147-170.
4. Estudio de la Clínica Mayo (2022)
Clínica Mayo. (2022). Eficacia de la capacitación estructurada sobre el manejo de la Sonda Nasogástrica en el hogar: Un enfoque basado en el entrenamiento continuo para enfermeras y cuidadores. Mayo Clinic Proceedings, 97(5), 876-883. <https://doi.org/10.xxxx/mayo.clinic.proceedings>
5. Estudio en el Hospital Infantil de Boston (2021)
Hospital Infantil de Boston. (2021). El impacto de la formación enfermera en el manejo domiciliario de la Sonda Nasogástrica en niños: Reducción de complicaciones y hospitalizaciones. Pediatric Care and Nursing, 44(3), 251-258. <https://doi.org/10.xxxx/ped.nurs.care>
6. La importancia de la enfermería en el autocuidado del paciente. (s.f.). Enfermería21. <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/la-importancia-de-la-enfermeria-en-el-autocuidado-del-paciente-ddim-port-034972/>
7. Santos, R. O., & colaboradores. (2020). Prevenção de eventos adversos relacionados à sonda nasogástrica e nasoenteral: uma revisão integrativa. Journal of Nursing and Health, 10(4). Journal of Nursing and Health
8. Efendi, D. (2021). Family centered care intervention effectively reduces parental anxiety in perinatology ward. Dunia Keperawatan: Jurnal Keperawatan dan Kesehatan, 9(1), 143-151. Universitas Indonesia Scholar

Utilización de CAFO en el tratamiento de infecciones respiratorias bajas y cuidados de enfermería en pacientes pediátricos

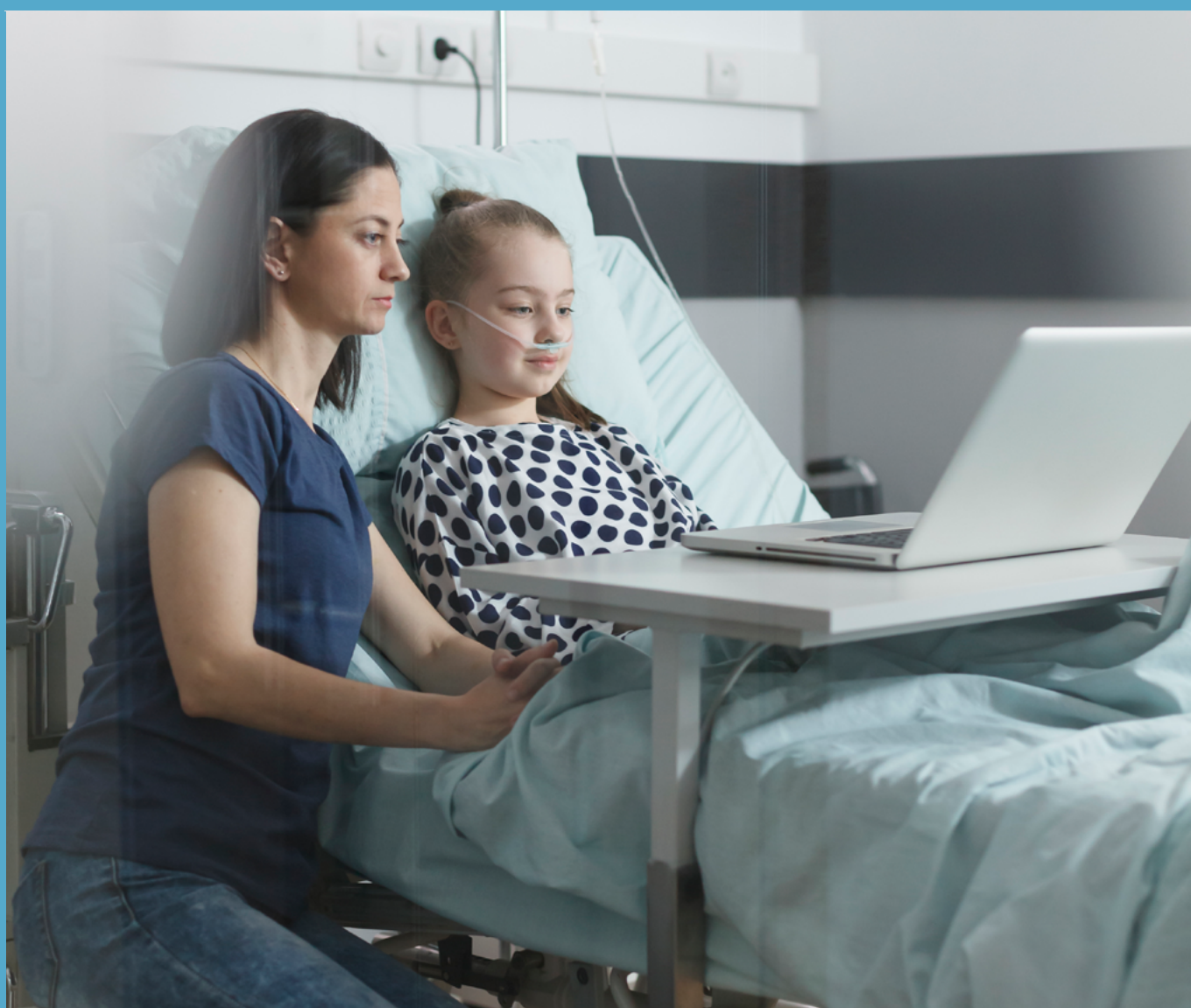


Imagen: Freepik.com

Autoras

LIC. JANET MARISA LAMA,
janetmarisalama@gmail.com

LIC. YANINA EDITH ROJAS,
yaninar164@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La Cánula de Alto Flujo de Oxígeno (CAFO), conocida internacionalmente como High Flow Nasal Cannula (HFNC), es una estrategia de soporte respiratorio no invasivo que administra oxígeno calentado y humidificado a altos flujos, permitiendo mejorar la oxigenación, disminuir el trabajo respiratorio y favorecer el confort del paciente pediátrico.

Su utilización requiere una indicación adecuada, monitorización continua y evaluación de la respuesta clínica para detectar precozmente posibles complicaciones o necesidad de escalar el soporte respiratorio. En este contexto, el rol de enfermería es fundamental, ya que participa en la vigilancia del estado respiratorio, el manejo seguro del dispositivo, la prevención de complicaciones y el acompañamiento del niño y su familia, brindando cuidados basados en la evidencia científica.

OBJETIVO

Analizar la utilización de la Cánula de Alto Flujo de Oxígeno (CAFO) en el tratamiento de las infecciones respiratorias bajas en pacientes pediátricos, destacando su funcionamiento, beneficios, criterios de uso y los cuidados de enfermería en la atención integral y segura del paciente.

MARCO TEÓRICO

La cánula nasal de alto flujo (CNAF) se utiliza principalmente en pacientes pediátricos con bronquiolitis, neumonía adquirida en la comunidad, insuficiencia respiratoria aguda, crisis asmática y como estrategia de soporte respiratorio posterior a la extubación. Su indicación está dirigida a pacientes que presentan hipoxemia persistente o un aumento significativo del trabajo respiratorio, especialmente cuando la oxigenoterapia convencional no logra una respuesta clínica adecuada.

La bronquiolitis aguda, frecuente en lactantes y causada principalmente por el virus sincicial respiratorio (VSR), se caracteriza por la inflamación y obstrucción de las pequeñas vías aéreas, lo que provoca dificultad respiratoria, aumento del esfuerzo ventilatorio e hipoxemia. Por su parte, la neumonía adquirida en la comunidad es una infección del parénquima pulmonar que altera el intercambio gaseoso debido a la inflamación y la acumulación de secreciones en los alvéolos, comprometiendo la oxigenación del paciente.

En cuanto a la crisis asmática, esta corresponde a una exacerbación aguda del asma, caracterizada por la inflamación de las vías respiratorias, broncoconstricción y obstrucción del flujo aéreo, lo que incrementa el trabajo respiratorio y dificulta una adecuada ventilación. En estos cuadros clínicos, la utilización de la cánula nasal de alto flujo constituye una alternativa terapéutica eficaz, ya que mejora la oxigenación, disminuye el esfuerzo respiratorio y favorece el confort del paciente pediátrico.

OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

La oxigenoterapia de alto flujo proporciona gas calentado y humidificado, disminuye la resistencia de la vía aérea, mejora el aclaramiento de secreciones y aporta cierto grado de presión positiva que puede reducir el esfuerzo respiratorio.

Su mecanismo incluye el lavado del espacio muerto nasofaríngeo, la mejor humidificación de la vía aérea y la disminución de la demanda metabólica asociada al calentamiento y humidificación del aire inspirado.

Los criterios actuales para iniciar CNAF según las normas de pediatría incluyen persistencia de dificultad respiratoria, aumento de frecuencia respiratoria o cardíaca, saturación disminuida pese a oxigenoterapia convencional y evaluación clínica mediante escalas como TAL score, siempre en instituciones con capacidad de monitorización y soporte avanzado.

El éxito terapéutico se observa cuando existe mejoría de la saturación, reducción de la necesidad de oxígeno, disminución del trabajo respiratorio, mejor estado general. El fracaso se evidencia por persistencia o empeoramiento de la dificultad respiratoria, aumento de requerimientos de oxígeno, deterioro del estado clínico o necesidad de escalar el soporte respiratorio.

MÉTODOS DE ADMINISTRACIÓN DE LA OAF

La administración de la CNAF requiere un sistema compuesto por una fuente de aire y oxígeno, un humidificador con calentador, un circuito adecuado y una cánula nasal del tamaño correspondiente al paciente. La cánula debe permitir el paso del aire alrededor de ella, evitando la obstrucción completa de las narinas y disminuyendo el riesgo de lesiones por presión.

El flujo se ajusta según el peso del paciente, iniciando con valores bajos para favorecer la adaptación y aumentando progresivamente hasta alcanzar el objetivo terapéutico. La FiO_2 se regula de acuerdo con la necesidad de oxígeno y la respuesta clínica, manteniendo como objetivo una adecuada saturación de oxígeno.

El gas administrado debe mantenerse calentado y humidificado para mejorar la tolerancia, favorecer el manejo de secreciones y disminuir la resistencia de la vía aérea. Durante todo el tratamiento es fundamental la monitorización continua del paciente y la verificación del correcto funcionamiento del dispositivo.



- **Tasa de flujo**, en función del peso del niño
 ≤ 10 kg, 2 l/kg/min.
 ≥ 10 kg, 2 l/kg/min para los primeros
 $10 \text{ kg} + 0,5 \text{ l/kg/min}$ por cada kg por encima de 10
(máx. flujo: 50 l/min)
- **Cánula nasal** Lactantes y niños de hasta 10 kg: cánula infant-pediátrica (máx flujo 20-25L / min) Niños > 10kg: Cánula tamaño adulto (máx flujo 50 lpm)

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El personal de enfermería debe realizar una valoración continua del paciente para detectar precozmente signos de mejoría o deterioro, para ello debe tener en cuenta:

Monitorización respiratoria continua: Evaluar frecuencia respiratoria y cardíaca, saturación de oxígeno (SpO_2), trabajo respiratorio, presencia de tiraje, retracciones, aleteo nasal, estado de conciencia y confort del paciente. Identificar signos de fracaso terapéutico o deterioro clínico.

Cuidado de la piel y prevención de lesiones: Controlar la integridad de la piel en zonas de contacto con la cánula (nariz, mejillas y orejas), realizar cambios de fijación y utilizar apósitos protectores cuando sea necesario. Verificar que la cánula no obstruya más del 50% de la luz nasal. Se debe mantener las tubuladuras holgadas pero fijas, evitando tracciones.

Manejo del equipo: Mantener al paciente en posición semisentada (30° - 45°), controlar el correcto funcionamiento del sistema, la fijación de la cánula, la temperatura del gas humidificado entre 34 - 37°C y el nivel de

agua del humidificador. Vigilar que las tubuladuras permanezcan libres de acodamientos y condensación.

Confort e higiene: Realizar higiene nasal con solución fisiológica, mantener la cavidad oral limpia y favorecer una adecuada hidratación según tolerancia del paciente.

Alimentación, medicación e hidratación: Valorar la tolerancia alimentaria, observar signos de fatiga durante la alimentación, administrar medicación inhalada según protocolo y controlar el balance hídrico.

Educación y acompañamiento familiar: Explicar a la familia el funcionamiento de la CNAF, brindar contención y favorecer su participación en los cuidados del niño.

CONCLUSIÓN

La utilización de la Cánula de Alto Flujo de Oxígeno representa una alternativa eficaz y segura para el tratamiento de las infecciones respiratorias bajas en pacientes pediátricos. Su empleo contribuye a mejorar la oxigenación y disminuir el trabajo respiratorio. El rol de enfermería es esencial para garantizar una vigilancia continua, prevenir complicaciones, mantener el correcto funcionamiento del dispositivo y brindar apoyo integral al niño y su familia.

BIBLIOGRAFÍA

- Kuitunen, I., Salmi, H., Wärnhjelm, E., Näse-Ståhlhammar, S., & Kiviranta, P. (2024). High-flow nasal cannula use in pediatric patients for other indications than acute bronchiolitis—a scoping review of randomized controlled trials. *European Journal of Pediatrics*, 183, 863–874. <https://doi.org/10.1007/s00431-023-05234-3>
- Santos, A. C. E. Z., Caiado, C. M., Lopes, A. G., França, G. C., Eisen, A. K. A., Oliveira, D. B. L., Araújo, O. R., & Carvalho, W. B. (2024). Comparison between high-flow nasal cannula (HFNC) therapy and noninvasive ventilation (NIV) in children with acute respiratory failure by bronchiolitis: A randomized controlled trial. *BMC Pediatrics*, 24, Article 595. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-05058-6>
- Maya, M., Rameshkumar, R., Selvan, T., & Delhikumar, C. G. (2024). High-flow nasal cannula versus nasal prong bubble continuous positive airway pressure in children with moderate to severe acute bronchiolitis: A randomized controlled trial. *Pediatric Critical Care Medicine*, 25(8), 748–757. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000003521>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Infecciones respiratorias agudas en niños: prevención y manejo clínico. Organización Mundial de la Salud.
- Pirez, Catalina et al. Cuidados de enfermería en pacientes con oxígeno de alto flujo y ventilación no invasiva. *Arch. Pediatr. Urug.* [online]. 2020, vol.91, suppl.1 [citado 2026-06-13],

Caracterización epidemiológica y operativa de la atención prehospitalaria del Accidente Cerebrovascular en el sistema de emergencias de Mendoza



Imagen: Freepik.com

Análisis descriptivo con datos complementarios de patologías neurológicas, 2025 - 2026

Autor

DR. GUSTAVO ANDRÉS GRIMALT

Médico Generalista - Director Médico Emergencias S.A.

Pedro V. Palacios 716, Ciudad, Mendoza, Argentina

Conflicto de intereses: El autor es Director Médico de la empresa cuya base de datos fue utilizada. Se declara a los fines de la evaluación por pares.

Financiamiento: Ninguno. Investigación de autor único con datos institucionales propios.

Correspondencia: Dr. Gustavo A. Grimalt - Pedro V. Palacios 716, Ciudad, Mendoza, Argentina.

RESUMEN

Introducción: El Accidente Cerebrovascular (ACV) es una emergencia neurológica con alta morbilidad. La atención prehospitalaria determina el acceso oportuno a la ventana terapéutica para perfusión. En Argentina los datos sobre el desempeño del sistema prehospitalario en ACV son escasos.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas y los tiempos operativos de los incidentes con diagnóstico presunto de ACV atendidos por Emergencias S.A. en Mendoza durante 2025-2026, con análisis complementario de otras patologías neurológicas agudas del mismo período.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se analizaron 416 incidentes de ACV registrados entre el 2 de enero de 2025 y el 31 de mayo de 2026, y 1.479 registros de otras patologías neurológicas del mismo sistema (1.895 total). Se relevaron variables demográficas, geográficas, de gravedad y tiempos operativos.

Resultados: 416 casos de ACV; media de 24,5 casos/mes. Edad media 76,4 años (DE $\pm 11,4$); 51,9% mujeres. Cobertura pública: 90,6% (PAM/Estado). Clasificación Roja: 52,9%. Traslado hospitalario: 82,9%. Tiempo mediano de llegada al domicilio: 29,2 minutos; mediano de atención en escena: 21,2 minutos; mediano de uso total del móvil: 81,4 minutos.

Conclusiones: El ACV afecta predominantemente a adultos mayores con cobertura pública. Los tiempos operativos representan una oportunidad de mejora respecto a la ventana terapéutica. El análisis comparativo con convulsiones, mareo/desvanecimiento y otros síntomas neurológicos aporta contexto epidemiológico relevante para la planificación del sistema.

Palabras clave: accidente cerebrovascular; emergencias prehospitalarias; tiempos operativos; epidemiología; Mendoza; convulsiones; síndrome vertiginoso.

1. INTRODUCCIÓN

El Accidente Cerebrovascular (ACV) es la aparición aguda de signos y síntomas neurológicos secundarios a isquemia del parénquima cerebral por obstrucción arterial intracraneal (ACV isquémico, 80% de los casos) o por ruptura arterial (ACV hemorrágico, 20% restante). Representa la segunda causa de muerte y la primera causa de discapacidad permanente en adultos a nivel mundial.

El tejido cerebral es exquisitamente sensible a la isquemia. A medida que aumenta el tiempo sin perfusión, el daño neuronal se vuelve irreversible. Este concepto —conocido como ventana terapéutica— delimita el período en que la trombolisis sistémica con rtPA intravenoso o la trombectomía mecánica pueden modificar el pronóstico. Las guías internacionales establecen una ventana de hasta 4,5 horas desde el inicio de los síntomas para perfusión farmacológica. Cada minuto de retraso implica la pérdida de aproximadamente 1,9 millones de neuronas.

El sistema de emergencias extrahospitalarias es el primer eslabón en la cadena de supervivencia del paciente con ACV. Su desempeño operativo —medido en tiempos de respuesta, correcta identificación y derivación oportuna— condiciona directamente la posibilidad de acceder a la terapia de perfusión.

A nivel nacional y regional, la evidencia sistematizada sobre el desempeño del sistema prehospitalario en el ACV es escasa. En la provincia de Mendoza no existían antecedentes publicados que analizaran la ocurrencia, el perfil de los pacientes y los tiempos de respuesta en la atención extrahospitalaria del ACV en el área metropolitana.

Emergencias S.A. opera con cobertura en los departamentos de Capital (Ciudad), Las Heras, Godoy Cruz, Guaymallén, Luján de Cuyo y Maipú, con extensión a otras zonas de la provincia. Cuenta con un protocolo interno de atención del ACV Agudo (Revisión 2.0, noviembre de 2022), basado en la escala BEFAST modificada, que normatiza la evaluación, el manejo inicial y la derivación prehospitalaria.

Junto al ACV, otras patologías neurológicas agudas —crisis convulsivas, mareo y desvanecimiento, y síntomas neurológicos inespecíficos— representan una proporción importante de las consultas de emergencia. Estas entidades comparten la urgencia en la evaluación inicial y en varios casos constituyen diagnósticos diferenciales que complejizan la toma de decisiones prehospitalarias. Su análisis conjunto aporta contexto epidemiológico relevante para la planificación del sistema.

El objetivo de este trabajo es describir las características epidemiológicas y los tiempos operativos de los incidentes con diagnóstico presunto de ACV aten-



Imagen: Freepik.com

dados durante 2025–2026, como base para el análisis multianual y la identificación de oportunidades de mejora, con análisis complementario de las otras patologías neurológicas agudas del mismo período.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Caracterizar epidemiológica y operativamente los incidentes con diagnóstico presuntivo de ACV atendidos por Emergencias S.A. en el área de cobertura durante el período enero 2025 – mayo 2026, con análisis comparativo de otras patologías neurológicas agudas del mismo sistema.

2.2. Objetivos específicos

- Describir la distribución temporal (mensual) y geográfica (departamental) de los casos de ACV.
- Caracterizar el perfil demográfico de los pacientes (edad, sexo, cobertura de salud).
- Analizar el grado de urgencia al despacho y los resultados del traslado.
- Determinar los tiempos operativos clave con sus percentiles 25 y 75: tiempo de llegada al domicilio, atención en escena y traslado hospitalario.
- Identificar las principales instituciones receptoras y la distribución regional.
- Comparar los parámetros operativos del ACV con los de convulsiones, mareo/desvanecimiento y otros síntomas neurológicos.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. El presente análisis cubre el período enero 2025 – mayo 2026 (514 días) y es la primera etapa de un estudio longitudinal que incorporará datos de años adicionales.

3.2. Población y fuente de datos

Se incluyeron todos los incidentes registrados en el sistema operativo de Emergencias S.A. con diagnóstico neurológico agudo entre el 2 de enero de 2025 y el 31 de mayo de 2026. La fuente fue la base de datos operativa de despacho, que registra en tiempo real los instantes de cada evento.

El total analizado fue de 1.895 registros, de los cuales 416 correspondieron a ACV.

3.3. Variables relevadas

Demográficas: edad, sexo, tipo de cobertura de salud. Geográficas: departamento, localidad, región operativa. Operativas: clasificación de gravedad (Roja/Amarilla/Verde), diagnóstico, destino final, hospital receptor. Tiempos (en minutos): t_Dom (despacho a llegada al domicilio), t_DeAtencion (atención en escena), t_Salida (salida hacia destino), t_Viaje (traslado al hospital), t_UsoMovil (tiempo total del recurso).

Tabla 1. Distribución mensual de incidentes de ACV / Período 2025 - 2026					
Mes	n	%	Mes	n	%
Enero	12	2,9%	Julio	26	6,2%
Febrero	18	4,3%	Agosto	33	7,9%
Marzo	26	6,2%	Septiembre	22	5,3%
Abril	26	6,2%	Octubre	28	6,7%
Mayo	33	7,9%	Noviembre	25	6,0%
Junio	29	7,0%	Diciembre	24	5,8%
TOTAL 2025 (12 meses)			282 casos (67,8%)		
TOTAL Ene - May 2026 (5 meses)			114 casos (27,4%) - 23 casos / mes promedio		

Los datos de 2026 corresponden a enero-mayo únicamente. Media 2025: 23,5 casos/mes. Media 2026 (parcial): 22,8 casos/mes.

3.4. Análisis estadístico

Estadística descriptiva. Para variables continuas: media, mediana, desvío estándar y percentiles 25 y 75. Para variables categóricas: frecuencias absolutas y relativas. Los tiempos en fracción decimal de día fueron convertidos a minutos multiplicando por 1.440. Se utilizó Python 3.12 con pandas y numpy.

3.5. Aspectos éticos

Los datos fueron anonimizados previamente al análisis. No se requirió consentimiento informado en virtud del carácter retrospectivo y anónimo del estudio. El autor declara su cargo de Director Médico de Emergencias S.A. como potencial conflicto de intereses según los criterios del ICMJE.

4. RESULTADOS

4.1. Volumen y distribución temporal

Durante el período analizado se registraron 416 incidentes de ACV. En el año 2025 completo (12 meses)

se produjeron 282 casos, con una media de 23,5 casos/mes. Los valores mínimos se registraron en enero (12 casos) y febrero (18), mientras que los picos correspondieron a mayo y agosto (33 casos cada uno). En los primeros cinco meses de 2026 se registraron 114 casos, con media de 22,8 casos/mes y pico en enero (35 casos). La distribución mensual completa se presenta en la Tabla 1.

4.2. Distribución geográfica

San Rafael concentró el mayor número de casos (80; 19,2%), seguido por Guaymallén (59; 14,2%), Godoy Cruz (49; 11,8%), Maipú (47; 11,3%) y Las Heras (42; 10,1%). Los seis departamentos de cobertura directa sumaron 282 incidentes (67,8% del total). La distribución completa por departamento se presenta en la Tabla 2.

4.3. Perfil demográfico

La edad media fue de 76,4 años (DE $\pm 11,4$), con mediana de 77 años y rango de 11 a 101 años. El grupo predominante fue el de 70-79 años (151 casos, 36,3%),

Tabla 2. Distribución geográfica por departamento / Período 2025 - 2026				
Departamento	n ACV	%	Cob. Directa	% acumulado
San Rafael	80	19,2%	No	19,2%
Guaymallén	59	14,2%	Sí	33,4%
Godoy Cruz	49	11,8%	Sí	45,2%
Maipú	47	11,3%	Sí	56,5%
Las Heras	42	10,1%	Sí	66,6%
Capital (Ciudad)	34	8,2%	Sí	74,8%
San Martín	32	7,7%	No	82,5%
Luján de Cuyo	31	7,5%	Sí	89,9%
Rivadavia	21	5,0%	No	95,0%
Junín	12	2,9%	No	97,8%
Lavalle	5	1,2%	No	99,0%
Malargüe	3	0,7%	No	99,8%
Otros	1	0,2%	—	100%
TOTAL	416	100%	—	—

Cobertura directa: departamentos con base operativa propia de Emergencias S.A.

Tabla 3. Distribución por grupo etario / Período 2025 - 2026			
Grupo etario	Casos (n)	% del total	% acumulado
< 40 años	11	2,6%	2,6%
40 - 59 años	22	5,3%	7,9%
60 - 69 años	57	13,7%	21,6%
70 - 79 años	151	36,3%	57,9%
80 - 89 años	135	32,5%	90,4%
90 años o más	40	9,6%	100%
TOTAL	416	100%	—

Edad media: 76,4 ± 11,4 años. Mediana: 77 años. Rango: 11–101 años.

Tabla 4. Destino final de los incidentes de ACV Período 2025 - 2026		
Destino final	n	%
Traslado a hospital (UTIM)	345	82,9%
Domicilio con instrucciones	31	7,5%
Domicilio - rechazo activo de traslado	16	3,8%
Traslado programado / ambulancia común	15	3,6%
Anulación por otras causas / sin dato	9	2,2%
TOTAL	416	100%

UTIM: Unidad de Traslado Inmediato Médico.

Tabla 5. Tiempos operativos en minutos / ACV / Período 2025 - 2026							
Indicador	n	Media	Mediana	DE	P25	P75	Unidad
Llegada al domicilio (t_Dom)	398	35,0	29,2	±30,1	18,2	43,8	min
Atención en escena (t_DeAtencion)	416	24,9	21,2	±24,0	10,1	34,0	min
Salida hacia destino (t_Salida)	416	4,4	0,1	±11,1	0,0	4,0	min
Traslado al hospital (t_Viaje)	416	20,8	16,1	±19,8	8,9	25,5	min
Uso total del móvil (t_UsoMovil)	416	88,9	81,4	±46,8	59,8	104,9	min

P25: percentil 25. P75: percentil 75. DE: desvío estándar. Todos los valores en minutos. t_Salida: tiempo de permanencia en domicilio desde la llegada del móvil hasta el inicio del traslado.

seguido por el de 80–89 años (135 casos, 32,5%). Los pacientes de 60 años o más representaron el 92,1% del total. Se registró un único caso pediátrico. La distribución por grupos etarios se presenta en la Tabla 3.

En cuanto al sexo: 51,9% mujeres (216 casos), 39,2% hombres (163 casos); el 8,9% restante no fue registrado. Respecto a la cobertura de salud: 90,6% perteneció al sistema público (PAM u otras modalidades estatales), representando 377 casos. Solo el 9,4% correspondió a sistemas de convenio o privados.

4.4. Diagnóstico y gravedad

La clasificación de gravedad al despacho fue Roja en 220 incidentes (52,9%) y Amarilla en 168 (40,4%). Los 28 restantes correspondieron a traslados programados, clasificaciones verdes u otras (6,7%).

4.5. Resultado del traslado

El 82,9% de los pacientes (345 casos) fue trasladado a un centro hospitalario mediante UTIM. El 7,5% (31 casos) fue asistido en domicilio con instrucciones sin traslado. El rechazo activo de traslado ocurrió en 16 casos (3,8%), con edad media de 79,6 años en este subgrupo, lo que sugiere la posible influencia de déficits comunicativos secundarios al propio evento vascular o de

decisiones familiares sin adecuada información. La distribución completa de destinos se presenta en la Tabla 4.

4.6. Tiempos operativos

El tiempo mediano de llegada al domicilio (t_Dom) fue de 29,2 minutos (media 35,0; DE ±30,1; P25: 18,2; P75: 43,8). El tiempo mediano de atención en escena fue de 21,2 minutos (media 24,9; DE ±24,0). El tiempo mediano de traslado al hospital fue de 16,1 minutos. El tiempo mediano total de uso del recurso móvil fue de 81,4 minutos. El detalle con percentiles se presenta en la Tabla 5.

4.7. Centros de derivación

Entre los 281 casos con centros registrados de los principales hospitales del Gran Mendoza.

4.8. Análisis comparativo con otras patologías neurológicas

Durante el mismo período se registraron 1.479 atenciones adicionales por otras patologías neurológicas agudas: convulsiones/crisis convulsivas (n=315), mareo y desvanecimiento (n=204), otros signos/síntomas neurológicos (n=571), cefalea (n=374) y movimien-

Tabla 6. Comparativo de tiempos operativos y derivación por diagnóstico / 2025 - 2026				
Variable	ACV (n=416)	Convulsiones (N=315)	Mareo/Desv. (n=204)	Otros (N=571)
T. respuesta media (min)	35,0	29,8	22,8	31,5
T. respuesta mediana (min)	29,2	—	—	—
T. respuesta $\pm$ DE	$\pm 30,1$	$\pm 21,2$	$\pm 20,2$	—
T. viaje media (min)	20,8	19,0	18,5	24,0
T. uso móvil media (min)	88,9	68,1	51,3	78,0
T. uso móvil $\pm$ DE	$\pm 46,8$	—	—	—
Derivados (%)	84,4%	48,6%	19,6%	46,2%

T. respuesta = t_{Dom} (despacho hasta llegada al paciente). T. uso móvil = $t_{UsoMovil}$ (tiempo total del recurso).

DE: desvío estándar. (—): no calculado.

tos involuntarios anormales (n=15). La Tabla 6 compara los principales indicadores operativos entre los grupos.

Las convulsiones (n=315) presentaron una edad media de $59,7 \pm 23,1$ años, significativamente menor que el ACV, con la tasa de resolución en domicilio más alta de todos los grupos (46,0%). El mareo y desvanecimiento (n=204) fue el grupo con menor urgencia asignada (89,2% grado 3) y menor tasa de derivación (19,6%), pero es clínicamente relevante por su superposición diagnóstica con el ACV de circulación posterior.

5. DISCUSIÓN

Los 416 incidentes registrados en 17 meses permiten trazar un mapa epidemiológico y operativo del ACV prehospitalario en Mendoza. El volumen mensual promedio de 24,5 casos implica casi un caso por día, subrayando la frecuencia y relevancia de esta patología en el sistema de emergencias.

El perfil del paciente es consistente con la epidemiología mundial del ACV: adulto mayor con predominio femenino en los grupos de mayor edad y cobertura pública casi exclusiva (90,6%). Este último dato es especialmente significativo: implica que el sistema de emergencias extrahospitalarias actúa como primera y muchas veces única respuesta médica organizada para una población de alta vulnerabilidad social y sanitaria.

El tiempo mediano de llegada al domicilio de 29,2 minutos y el P75 de 43,8 minutos constituyen el hallazgo operativo más relevante del estudio. Considerando que la ventana terapéutica para trombolisis es de 4,5 horas (270 minutos) desde el inicio de los síntomas, y asumiendo que el llamado al sistema ocurre entre 30 y 60 minutos después del inicio, el tiempo prehospitalario consume entre el 11% y el 22% de esa ventana antes de que el paciente sea visto por el médico de guardia. El margen para neuroimagen, evaluación clínica y toma de decisión terapéutica resulta acotado. Estos valores son comparables con sistemas de emergencias de ciudades de similar extensión en países de ingresos medios, aunque superiores a los de sistemas europeos de alta densidad (medianas de 8–15 minutos).

El elevado desvío estándar del tiempo de llegada ($\pm 30,1$ minutos) y el rango entre P25 (18,2 min) y P75 (43,8 min) revelan una marcada heterogeneidad interna: mientras que el cuartil más rápido llega en menos de 18 minutos —tiempo compatible con acceso a trombolisis—, el cuartil más lento supera los 43 minutos. Esta dispersión refleja la heterogeneidad territorial de la provincia y debería convertirse en una métrica de monitoreo continuo del sistema.

El tiempo mediano de atención en escena de 21,2 minutos (P25: 10,1; P75: 34,0) ofrece una oportunidad concreta de optimización. Si bien la evaluación neurológica, estabilización hemodinámica, glucometría y canalización de vía periférica requieren un mínimo de tiempo en campo, los casos con escala BEFAST claramente positiva y sin complicaciones podrían beneficiarse de protocolos de atención abreviada (scoop and run), reduciendo el tiempo total prehospitalario.

La tasa de traslado hospitalario del 82,9% refleja adecuada adherencia al protocolo de derivación universal de Emergencias S.A. El 7,5% de casos asistidos en domicilio sin traslado merece revisión protocolada, ya que incluso los casos fuera de ventana terapéutica para trombolisis se benefician de evaluación hospitalaria para diagnóstico diferencial, prevención secundaria y rehabilitación precoz.

La tasa de rechazo activo de traslado (3,8%) en pacientes con edad media de 79,6 años plantea interrogantes sobre la evaluación del consentimiento en el contexto del ACV agudo: afasia, hemiplejía o alteración de conciencia pueden impedir una decisión informada, y el rol de los familiares en esos momentos requiere abordaje protocolizado.

Respecto al análisis comparativo, las convulsiones mostraron la mayor tasa de resolución en domicilio (46,0%) y los tiempos de uso del recurso más cortos después del mareo, lo que refleja su diferente dinámica clínica. Sin embargo, la evaluación en campo debe incluir siempre la búsqueda activa de ACV subyacente, particularmente en pacientes añosos sin epilepsia conocida. El mareo y desvanecimiento, con la menor tasa de derivación (19,6%), representa el mayor riesgo de



Imagen: Freepik.com

infraseveridad en el triaje: el síndrome vertiginoso agudo puede ser la presentación de un ACV de circulación posterior, y la aplicación del HINTS en contexto prehospitalario por personal entrenado podría mejorar la detección de estos casos.

Este estudio tiene las limitaciones propias de un diseño retrospectivo con datos administrativos: ausencia de datos clínicos intrahospitalarios (escala NIHSS, tipo de ACV confirmado por imagen, tratamiento y evolución al egreso) y desconocimiento del tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y el llamado al sistema. Estas limitaciones serán abordadas en la etapa longitudinal mediante el cruce con los hospitales receptores.

6. CONCLUSIONES

1. El ACV prehospitalario en Mendoza afecta predominantemente a adultos mayores de 70 años con cobertura pública (90,6%), posicionando al sistema de emergencias como actor central en la equidad de acceso al tratamiento.
2. El tiempo mediano de llegada al domicilio (29,2 minutos) y el P75 de 43,8 minutos revelan una brecha de optimización respecto a la ventana terapéutica, con importante heterogeneidad interna que refleja las diferencias territoriales de la provincia.
3. El tiempo mediano de atención en escena (21,2 minutos) representa la segunda oportunidad de mejora, susceptible de reducción mediante protocolos abreviados en casos de BEFAST positivo sin complicaciones.
4. La tasa de traslado hospitalario del 82,9% refleja adherencia satisfactoria al protocolo institucional, con margen de revisión en los casos no trasladados.

5. El análisis comparativo con convulsiones, mareo/desvanecimiento y otros síntomas neurológicos subraya la necesidad de protocolos diferenciados de triaje y la importancia de la formación en diagnóstico diferencial neurológico prehospitalario.
6. Este trabajo constituye la base de un análisis longitudinal de cinco años que permitirá evaluar tendencias, el impacto de intervenciones protocolares y generar recomendaciones de política sanitaria para la provincia de Mendoza.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update. *Stroke*. 2019;50(12):e344-e418.
2. Consenso Intersocietario sobre Accidente Cerebrovascular Isquémico Agudo. *Medicina (Buenos Aires)*. 2019;79(Supl. II):1-46.
3. Feigin VL, Krishnamurthi RV, Parmar P, et al. Update on the Global Burden of Ischemic and Hemorrhagic Stroke in 1990-2013. *Neuroepidemiology*. 2015;45(3):161-176.
4. Emberson J, Lees KR, Lyden P, et al. Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke. *Lancet*. 2014;384(9958):1929-35.
5. Saver JL. Time is brain — quantified. *Stroke*. 2006;37(1):263-266.
6. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Protocolo de manejo inicial del ataque cerebrovascular. 2020.
7. Emergencias S.A. Procedimiento: Accidente Cerebrovascular Agudo. Revision 2.0. Mendoza: Emergencias S.A.; 9 de noviembre de 2022.
8. Munoz Torrero JJ, Raton Nieto J, Roca Romero V, et al. Acute stroke in the prehospital setting: impact of protocol adherence on clinical outcomes. *Emergencias*. 2017;29(4):231-238.
9. Yperzeele L, Van Hooff RJ, De Smedt A, et al. Pre-hospital stroke care: limitations of current interventions and focus on new developments. *Cerebrovasc Dis*. 2014;38(1):1-9.
10. Newman-Toker DE, Kerber KA, Hsieh YH, et al. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome. *Stroke*. 2009;40(11):3504-3510.
11. Kattah JC, Talkad AV, Wang DZ, et al. HINTS to diagnose stroke in the acute vestibular syndrome. *Stroke*. 2009;40(11):3504-3510.
12. Albers GW, Marks MP, Kemp S, et al. Thrombectomy for stroke at 6 to 16 hours with selection by perfusion imaging. *N Engl J Med*. 2018;378(8):708-718.
13. Berkhemer OA, Fransen PS, Beumer D, et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. *N Engl J Med*. 2015;372(1):11-20.
14. Dirección de Estadísticas de Salud, Mendoza. Estadísticas de morbilidad por causas. Mendoza: Ministerio de Salud; 2023.

Propuesta de mejora en la segregación de residuos sanitarios mediante estrategias de capacitación y concientización en un CAPS de área sanitaria



Imagen: Freepik.com

Resumen del Proyecto de Gestión de Cuidados

INTRODUCCIÓN

El proyecto aborda la problemática de la incorrecta segregación de residuos sanitarios en un Centro de Atención Primaria de la Salud de Godoy Cruz. Se destaca que la clasificación inadecuada de los residuos incrementa los riesgos biológicos, eleva los costos institucionales y compromete la bioseguridad. La propuesta plantea fortalecer las prácticas mediante capacitación, concientización, supervisión y mejora continua.

PROBLEMA

Se identificó el uso incorrecto de bolsas rojas destinadas a residuos patogénicos para eliminar residuos comunes. Esta práctica provoca sobrecarga de residuos peligrosos, mayor exposición a accidentes laborales, contaminación cruzada y aumento de costos de tratamiento.

JUSTIFICACIÓN

La intervención busca fortalecer la seguridad del paciente, del personal y del ambiente. También pretende optimizar recursos económicos y consolidar una cultura institucional basada en la prevención, la responsabilidad y la calidad asistencial.

FUNDAMENTACIÓN

El trabajo se sustenta en la gestión del cuidado, la bioseguridad, la gestión de riesgos, la calidad asistencial y el liderazgo del profesional de enfermería. Se apoya en recomendaciones de la OMS, OPS, ANA y el Consejo Internacional de Enfermeras, así como en normativa nacional y provincial sobre residuos sanitarios.

MARCO TEÓRICO

Describe la gestión integral de residuos sanitarios, la clasificación de residuos, la bioseguridad, el impacto económico y laboral de la mala segregación, la importancia de la capacitación permanente, el rol estratégico de los CAPS, la mejora continua y el liderazgo de enfermería como eje para promover cambios organizacionales.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

El objetivo general consiste en diseñar e implementar una estrategia para mejorar la segregación de residuos mediante capacitación y evaluación continua. Se trata de un proyecto de intervención cuantitativo, descriptivo y preexperimental, con evaluación antes y después de la intervención mediante encuestas, observación y listas de verificación.

DESARROLLO DEL PROYECTO

La propuesta incluye diagnóstico institucional, capacitación del personal, elaboración de cartelería e infografías, seguimiento sistemático, evaluación de resultados y recomendaciones para sostener las mejoras. El análisis FODA identifica fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas relacionadas con la implementación.

CONCLUSIONES

El proyecto demuestra que la correcta segregación de residuos constituye un componente esencial de la gestión del cuidado. La educación permanente, el liderazgo de enfermería y el compromiso institucional permiten reducir riesgos, optimizar recursos y mejorar la calidad asistencial en el primer nivel de atención.

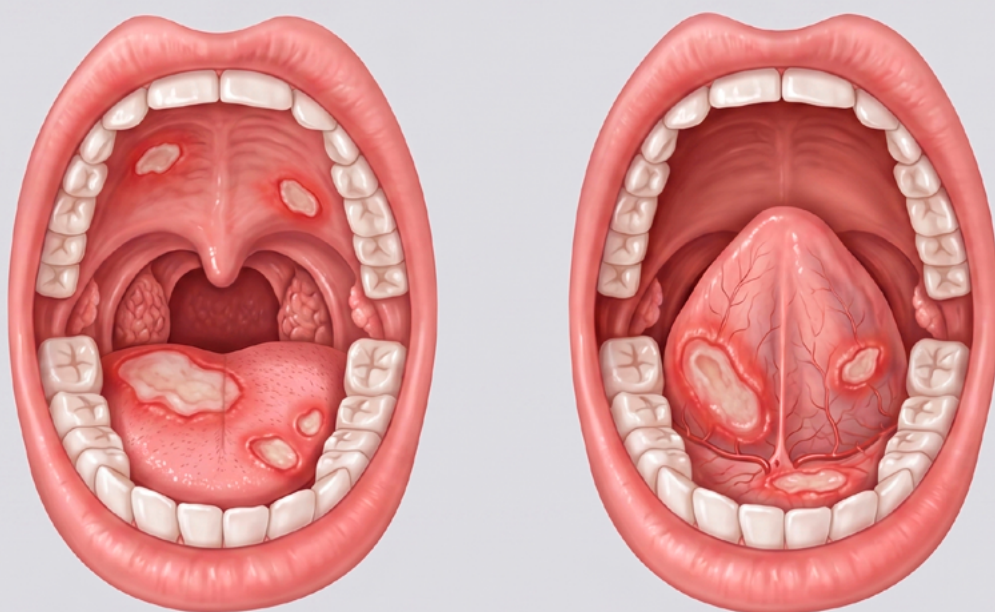
SÍNTESIS FINAL

La propuesta representa una estrategia integral para fortalecer la bioseguridad institucional mediante acciones educativas y de gestión. La participación de todos los actores, la evaluación continua y el liderazgo profesional favorecen la consolidación de prácticas seguras y sostenibles. Su implementación permitirá disminuir errores en la clasificación de residuos, reducir costos derivados del tratamiento de residuos patogénicos, proteger la salud de trabajadores y pacientes y promover una cultura organizacional orientada a la excelencia, la mejora continua y la gestión eficiente de los recursos sanitarios.

REFERENCIAS

- Ref 1 (Donabedian, 2001) e Inclusión de Ref 5 (Minsal Nación, 2023): Integradas en la sección 5.10.
- Ref 2 (Ley 24.051), Ref 3 (Ley 7168 de Mza), Ref 4 (Manual Minsal, 2022) y Ref 6 (Normas Mza, 2023): Integradas en la sección 5.2.
- Ref 7 (OMS Plan Seguridad, 2021) y Ref 9 (OPS Seguridad, 2021): Integradas en la sección 5.11. (La Ref 9 también se usó en el impacto económico 5.5).
- Ref 8 (OMS Residuos, 2024): Cobertura principal en 5.1, 5.3 y 5.7.
- Ref 10 (OPS Bioseguridad, 2022): Integrada en 5.1.
- Ref 11 (OPS APS, 2023): Integrada en 5.8.
- Ref 12 (Nightingale, 1860/2020): Citada formalmente en la Fundamentación (Sección 4).
- Ref 13 (CIE, 2021) y Ref 14 (ANA, 2021): Integradas en 5.9 (Gestión del Cuidado).
- Ref 15 (Marquis & Huston, 2024) y Ref 16 (Huber, 2022): Integradas en 5.12 (Liderazgo).
- Ref 17 (Chiavenato, 2020): Añadido en 5.6 para justificar el rol administrativo y el control en la gestión.
- Ref 18 (WHO Nursing, 2021): Integrada en la Fundamentación (Sección 4), apoyando la inversión en el liderazgo de enfermería.

Estrategias de prevención y manejo de la mucositis oral en pacientes pediátricos



Autoras
SAN MARTÍN VALERIA
VILLCA SILVIA

Postítulo en Enfermería Pediátrica
Resumen del Trabajo de Investigación

INTRODUCCIÓN

La investigación analiza la mucositis oral como una de las complicaciones más frecuentes en niños con cáncer sometidos a quimioterapia. Produce dolor, difi-

cultad para alimentarse, infecciones y prolongación de la internación. El estudio destaca el papel esencial de enfermería en la prevención, detección precoz y tratamiento oportuno.

PROBLEMA

En el Servicio SIP 6 del hospital pediátrico no existe un protocolo institucional unificado para el manejo de la mucositis oral. Esto genera diferencias en las prácticas de enfermería y puede afectar la calidad de atención.

OBJETIVOS

Determinar las estrategias implementadas por enfermería en el cuidado de la mucositis oral, identificar las características de dichos cuidados y evaluar su efectividad en la prevención y manejo de esta complicación.

MARCO TEÓRICO

Se desarrolla la fisiopatología de la mucositis oral, factores de riesgo, clasificación OMS, evolución clínica y principales tratamientos. Se describen medidas preventivas como higiene oral, crioterapia, soluciones magistrales, clorhexidina, bicarbonato, analgésicos, vitamina E, láser y otras terapias complementarias. También se profundiza el rol de la enfermería oncológica, la educación al paciente y la importancia del cuidado basado en evidencia.

METODOLOGÍA

Investigación con enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal realizada en diciembre de 2025 en el hospital pediátrico. Participaron 25 enfermeros del SIP 6 mediante una encuesta anónima con preguntas cerradas.

RESULTADOS

La mayoría del personal fue femenino, con edades entre 31 y 40 años y predominio de licenciados en enfermería. Más de la mitad poseía experiencia previa en otros servicios. Los resultados evidencian conocimientos adecuados, aunque persisten diferencias en la aplicación de estrategias preventivas y terapéuticas, reforzando la necesidad de protocolos estandarizados.

CONCLUSIONES

Las autoras concluyen que la prevención de la mucositis depende de cuidados de enfermería sistemáticos, evaluación permanente, educación al paciente y aplicación uniforme de medidas preventivas. La implementación de protocolos mejora la calidad del cuidado, disminuye complicaciones y favorece la continuidad del tratamiento oncológico.

RECOMENDACIONES

Se propone elaborar protocolos institucionales, fortalecer la capacitación continua, utilizar escalas estandarizadas de valoración, mejorar los registros de enfermería y promover el trabajo interdisciplinario.

SÍNTESIS FINAL

El estudio demuestra que la mucositis oral constituye un problema prioritario en la atención del pa-

ciente oncológico pediátrico y que el profesional de enfermería desempeña un papel decisivo en su prevención y tratamiento. La incorporación de protocolos basados en evidencia, junto con la educación permanente del personal, permitirá homogeneizar los cuidados, reducir complicaciones, mejorar la calidad de vida de los niños y optimizar los resultados del tratamiento oncológico.

BIBLIOGRAFIA

- Bagán, J., Sanchis, J., & Milian, M. (2015). Mucositis oral secundaria a tratamientos oncológicos. *Medicina Clínica*, 145(9), 402-407.
- Chaveli-López, B., & Bagán-Sebastián, J. V. (2016). Tratamiento de la mucositis oral inducida por quimioterapia. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 8(2), e201-e209.
- González, M., & Rodríguez, L. (2018). Cuidados de enfermería en pacientes con mucositis oral secundaria a tratamiento oncológico. *Revista de Enfermería Oncológica*, 20(3), 145-152.
- Lalla, R., & Sonis, S. (2017). Mucositis oral: fisiopatología, prevención y tratamiento.
- *Revista de Oncología Clínica*, 29(3), 157-164.
- Martínez, P., & Herrera, J. (2019). Evaluación de la mucositis oral en pacientes pediátricos con cáncer. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 27, e3123.
- Morales, A., & Díaz, P. (2017). Intervenciones de enfermería para la prevención de mucositis oral en pacientes oncológicos. *Enfermería Clínica*, 27(6), 345-350.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Cuidados paliativos y manejo de complicaciones en pacientes con cáncer. <https://www.who.int>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). Control integral del cáncer. <https://www.paho.org>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2022). Complicaciones orales de la quimioterapia y radioterapia. <https://www.cancer.gov/espanol>
- Sociedad Española de Oncología Médica. (2021). Mucositis oral en pacientes con cáncer. <https://seom.org>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2021). Guías de práctica clínica en oncología. <https://www.argentina.gob.ar/salud>
- Pérez, M., & Castillo, R. (2020). Importancia de la valoración de la cavidad oral en pacientes oncológicos. *Revista Científica de Enfermería*, 18(2), 56-63.
- Ramírez, L., & Torres, G. (2018). Escalas de evaluación de mucositis oral en pacientes con tratamiento oncológico. *Revista Iberoamericana de Enfermería*, 12(1), 25-31.
- Santos, J., & López, D. (2019). Impacto de la mucositis oral en la calidad de vida del paciente oncológico. *Revista Española de Nutrición Clínica*, 23(4), 210-215.
- Vera, M., & Gómez, A. (2021). Prevención y manejo de la mucositis oral en oncología pediátrica. *Revista Latinoamericana de Oncología*, 33(2), 98-105.

Efectividad de aplicación de protocolos del método COPAP en recién nacidos menores a 33 semanas



Imagen: Freepik.com

Autoras

CASTRO VILLAGRÁN, CAROL
MONTERO, ESTEFANÍA
IRAZOQUE, ROMINA

Pos Título de Enfermería en Neonatología

RESÚMEN

El presente estudio analiza la implementación del protocolo de COPAP en la unidad de cuidado intensivo neonatal del establecimiento de Clínica Santa Clara de la provincia de Mendoza. Evaluando críticamente la consistencia en su aplicación, la influencia de la carga

de trabajo del personal de enfermería y el impacto de la participación familiar a través de una metodología estructurada que integra datos cuantitativos.

Se identificaron oportunidades y además algunas brechas en la estandarización del método, los cuales sirven para mejorar la calidad de atención en el recién nacido y la familia, permitiendo así que el enfermero tenga un rol más humanizado y más participativo en el cuidado del mismo.

Se concluye que la implementación del método COPAP y la estandarización junto con el entorno hospitalario facilite la integración de los padres, no solo optimiza la eficacia clínica del recién nacido sino que mejora sustancialmente la calidad del cuidado humanizado.

Este trabajo ofrece recomendaciones estratégicas para transformar la práctica clínica, identificando la necesidad de capacitación continua y una reconfiguración del enfoque asistencial en la UCIN.

INTRODUCCIÓN

El método COPAP llegó por primera vez a nuestro servicio este año 2026, nuestra neonatología es pequeña y no es una neo abierta, contamos con horarios establecidos para el ingreso de padres, pero la formación y capacitación constante del equipo y las experiencias o formas de trabajo que tienen colegas de otras instituciones privadas o públicas nos hacen querer crecer continuamente y no quedarnos con lo que sabemos.

En los meses de marzo y abril nacieron prematuros entre 35 a 33 semanas de gestación, que no eran de alta complejidad, solo requerían ganancia de peso y la corrección de edad gestacional para su alta, por el cual se tomó la iniciativa de poner en práctica el método COPAP, se armó un pequeño espacio y con el acompañamiento de padres y del equipo de salud implementar esta técnica, esto nos motivó a investigar y comprobar que la implementación del protocolo favorece en todo sentido que prematuro logre su alta en menos tiempo de internación, con la participación activa de los padres, seguimiento y acompañamiento del equipo de salud.

Con el fin de alcanzar una valoración integral, se abordó la situación a través de un estudio cuantitativo, diseño descriptivo, de corte transversal, tomando como referencia la UCIN Clínica Santas CLARA. Adjuntando la bibliografía consultada, y sumado a las apreciaciones profesionales propias y de nuestros pares, nos permitieron conformar el marco teórico que fundamentó la necesidad de implementar el método COPAP.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El nacimiento prematuro representa unas de las principales causas de morbilidad neonatal a nivel mundial. Los recién nacidos menores de 33 semanas suelen requerir internación prolongada en unidades de cuidados intensivos neonatales, donde están expuestos a múltiples procedimientos invasivos y a la separación temprana de sus padres.

En este contexto, el contacto piel a piel (CoPAP) surge como una intervención humanizada destinada a mejorar la evolución clínica y emocional del prematuro.

El contacto piel a piel o método canguro es una intervención recomendada por la OMS y UNICEF desde 1990 para prematuros estables, que consiste en colocar al recién nacido en el pecho de la madre, padre o tutor en un ambiente cálido y tranquilo.

Es una técnica fácil de aplicar, efectiva y humanizada que aporta mayor sobrevida y mejor calidad de vida a niños prematuros y bajo peso sin enfermedades graves y estables clínicamente.

Siendo importante la relación que favorece el contacto precoz entre la madre y el niño, se implementa como cuidado centrado en el desarrollo que pretende disminuir el sufrimiento del niño y favorecer su recuperación y maduración, facilitando también la integración de los padres como cuidadores.

El inicio de CoPAP y de lactancia disminuye la mortalidad y facilita mantener por más de 6 meses la lactancia materna. Puede aplicarse en los países desarrollados y en los que no, mencionando además que es una práctica no costosa y fácil de aplicar.

Existe evidencia científica sobre los beneficios y el impacto en la salud y desarrollo de los recién nacidos, en particular de los que nacen antes de tiempo.

En las madres se ha demostrado menos dolor por lesiones mamarias y menor grado de ansiedad, miedo y frustración asociados a la internación.

Si bien son conocidos los beneficios, se tiene información que es deficitaria la ejecución en varias instituciones, sobre todo en ámbitos privados donde la atención a recién nacidos prematuros, se encuentra a cargo de personal, del cual no se tiene información sobre capacitación y/o actualización en la aplicación de la técnica.

CoPAP, y en consecuencia de la aplicación de protocolos específicos de la misma.

Otro obstáculo que enfrentan las madres es que algunos establecimientos no presentan las comodidades adecuadas, y también puede ser muy complicado en el hogar cuando las madres tienen hijos menores a su cargo.

Esta preocupación, motiva a las autoras dada su experiencia profesional, al desempeñarse en un ámbito privado, a realizar la presente investigación donde abordarán la relación entre la implementación de protocolos del método CoPAP y la evolución ponderal, para aportar evidencia útil que fortalezca la atención neonatal y optimizar la calidad del cuidado brindado, situándose en la Clínica Santa Clara del Departamento de Godoy Cruz, Mendoza.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo incide en la evolución ponderal del recién nacido menor de 33 semanas, la valoración enfermera y la implementación de protocolos del método CoPAP (contacto piel a piel), en los meses de marzo y abril del 2026, en la UCIN de la Clínica Santa Clara del departamento de Godoy Cruz en la provincia de Mendoza?

Hipótesis

Los recién nacidos prematuros de 33 semanas que reciben una práctica sistemática de CoPAP presentan una mayor tasa de ganancia de peso y una reducción en los episodios de inestabilidad térmica y hemodinámica, durante su permanencia en la UCIN. Gracias a una mejor adaptación al entorno y una mayor participación de los padres en el cuidado.

Objetivo General

- Establecer si existe relación entre la implementación de protocolos del método CoPAP y la evolución ponderal de prematuros, con la finalidad de aportar evidencia útil, que fortalezca la atención neonatal y optimice la calidad del cuidado enfermero brindado.

Objetivos específicos

- Valorar la evolución ponderal de prematuros en estudio.
- Identificar cuidados enfermero, relacionados al método CoPAP aplicados a prematuros internados.
- Establecer la relación entre cuidados enfermeros relacionados al método CoPAP y la evolución ponderal en prematuros.

JUSTIFICACIÓN

La siguiente tesina tiene como propósito implementar un protocolo de COPAP para los recién nacidos menores de 33 semanas y demostrar con evidencia científica cómo impacta en la ganancia de peso, termorregulación, estado nutricional, y tiempo de internación.

Los prematuros se encuentran en transición para su recuperación nutricional y se necesita la incorporación de la familia para lograrlo, para esto nos enfocamos en un modelo centrado en la familia, obteniendo los beneficios del método CoPAP, y se aplica el paradigma de atención en la unidad y transformando el mismo.

Se analiza los procedimientos de la práctica donde se minimicen eventos adversos, brindando mayor tranquilidad al equipo de salud como a la familia, humanizando el rol activo de los padres y fortaleciendo el vínculo afectivo desde los primeros días hasta llegar a su alta.

Estos resultados servirán como base científica para actualizar al personal en este procedimiento para incorporarlo en un protocolo en el servicio de UCIN, fomentando un trabajo multidisciplinario y englobando diferentes áreas, basado en evidencia y en el bienestar integral del recién nacido, exponiendo que CoPAP no es solo apego afectivo si no una herramienta clínica que ayuda al prematuro a lograr su ganancia de peso y mantener su estabilidad fisiológica mediante un cuidado seguro y junto a la familia.

MARCO REFERENCIAL

Clínica Pelegrina, fue fundada en el año 1960, la cual atiende a pacientes particulares, de obras sociales y prepagas. El edificio cuenta con 3 pisos, está ubicado en el departamento de Godoy Cruz, calle San Martín a la altura 835, cuenta con todos los servicios, clínica médica, traumatología, cirugía, pero el sector de maternidad y consultorios externos se remodelaron en el año 2012 donde comenzó la ampliación del

servicio de guardia general, y se terminó de inaugurar en el año 2013 y se integró a la red nacional de clínicas con el nombre de Santa Clara (perteneciente al Grupo Olmos). Esta transición permitió sumar tecnología de primer nivel y nuevos servicios médicos de alta complejidad.

El servicio de neonatología tuvo varias jefaturas, se inauguró el servicio en el año 1998 por el Dr. Di Yacomo, luego en el 2003 la Dra. Bobillo, toma la jefatura y la terceriza hasta el 2008.

El Dr. Chisari Rubén toma la jefatura en el año 2008 y finaliza la tercerización hasta el año 2013. Con la Resolución 3009, la Provincia categorizó todas las maternidades privadas, que se sumaron a las públicas y fueron categorizadas en el 2014.

Con el objetivo de que toda madre y todo niño tengan derecho a un parto seguro y respetado y las mamás podrán ser atendidas en el lugar que según su complejidad requiera, así como los prematuros aumentando su sobrevida. El Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes realizó la Categorización de las maternidades privadas de la Provincia en base a la Resolución 495/14, con lo cual se armó una red perinatal de derivación teniendo en cuenta la complejidad de la madre y el niño.

En ese año toma el cargo el Dr. Mascareño por 6 años consecutivos tomando la categorización 2 A del servicio, y finalizo en el año 2018. El servicio de neonatología fue nuevamente terciarizada y vuelve a tomar el cargo la Dra., Bobillo en sociedad con la Dra. Parraga, pero en el año 2024 se disocia la sociedad y nuevamente deja de estar terciarizada, en la actualidad continua la Dra. Párraga como jefa del servicio.

DESCRIPCIÓN DE LA UCIN

El servicio cuenta con staff de enfermería, cocina, 2 aislamientos ambos con 2 paneles de oxígeno y aire comprimido. Terapia abarca el espacio más grande donde se ubicaban de frente 4 incubadoras con panel de oxígeno y aire, aspiración central y 3 respiradores Neumovent.

Del lado oeste se encuentran 2 incubadoras, o para las cunas donde se ubican los pacientes en recuperación nutricional o luminoterapias. El servicio cuenta con carro de paro y un lactario donde se maneja la manipulación de la leche materna, fraccionamiento, preparación de fórmulas.

El servicio en el 2018 adaptó una habitación para usarlo como staff para las madres con su baño propio. Se agregó habitación de neonatología cerca de la terapia y se trató de armar sala de recuperación nutricional con 6 cunas.

Frente la puerta de ingreso de neonatología, se dejó el consultorio para control de las 48hs de vida después del alta y seguimiento hasta el mes de los pacientes egresados de la Ucin y de la internación conjunta.

MARCO TEÓRICO

Pallaes, Alonso (2014) "Para los prematuros, la maduración, y la organización del comportamiento y el neurodesarrollo continúan en un entorno hospitalario en lugar del útero materno"

El Método Madre Canguro o CoPAP, se lo denomina así por la similitud con los canguros que tiene una gestación extrauterina, después de nacer finalizan su desarrollo extrauterino al lado de la glándula mamaria que se encuentra dentro de la bolsa marsupial.

Así es como el autor compara el método CoPAP con el recién nacido prematuro o recién nacido de bajo peso, independiente de la edad gestacional, es estar en contacto piel a piel con su madre u otro miembro de la familia en forma temprana y continua. Este método fue diseñado por los Dres. Rey y Martínez en Bogotá, Colombia, en 1978 y desarrollado por el propio Dr. Héctor Martínez y Luis Navarrete hasta 1994, cuando se creó la Fundación Canguro, para el cuidado del prematuro y bajo peso al nacer.

El CoPAP también constituye una alternativa efectiva y factible para brindar al recién nacido las necesidades básicas de calor, amor, lactancia materna, protección de infecciones y seguridad. No necesita de tecnología sofisticada y permite a la madre llevar a su recién nacido a la casa para continuar el tratamiento.

Requiere de una supervisión y/o seguimiento estrecho del personal de salud, que debe monitorear si hay mejora en el estado de salud. Del mismo modo, la posición canguro se puede aplicar como una técnica alternativa eficaz para el traslado del recién nacido que necesita ser referido al hospital, en este caso la técnica puede ser realizada incluso por el trabajador de salud.

Es necesaria para el éxito del CoPAP, comienza cuando el prematuro y/o el del bajo peso está hospitalizado, pero estable. La madre, el padre, y la familia pasan por un proceso de educación, adaptación, de ajuste social, emocional y físico. Deben recibir el apoyo y el acompañamiento integral del equipo multidisciplinario de salud de neonatología, desde el ingreso a la unidad neonatal. Ellos deben tener acceso a las salas de internación de neonatología las 24 horas del día.

Durante el proceso de adaptación intrahospitalaria se evalúa continuamente qué tanto toleran la posición canguro el recién nacido y la madre/persona designada. Se determina si es necesario efectuar CoPAP, en forma intermitente o si se puede proceder a mantenerlo en forma continua desde el comienzo.

Primer momento intermitente o de adaptación: Se utiliza en determinados momentos del día (mínimo 2 horas) para lo cual la madre o la persona destinada va a la sala de neonatología, luego el recién nacido permanece en la incubadora al cuidado del personal de salud.

Segundo momento continuo: es cuando se practica las 24 horas del día, aunque a veces se puede interrumpir por periodos cortos. Cuando la madre necesita descansar y/ o realizar sus necesidades fisiológicas, puede alternar con otro miembro de la familia.

Se inicia en el servicio de salud en las salas de neonatología, en la mayoría de las instituciones se les llama sala de recuperación nutricional o canguro y se continúa de forma ambulatoria en el hogar, bajo seguimiento.

En la fase intrahospitalaria es importante vigilar como se adaptan ambos, madre y recién nacido.

En la adaptación materna pueden observarse temores y dificultades con relación al manejo del prematuro y/o de bajo peso. A veces temen que se puedan caer, sienten inseguridad al movilizarlo, o les falta habilidad para amamantarlo.

Esta inseguridad crea tensión en la madre y perjudica la adaptación al MMC. Para superar este momento, el equipo de salud debe orientarla frecuentemente sobre la posición, alimentación y cuidados del recién nacido.

POSICIÓN DEL COPAP

Según Edgar Rey Sanabria (2010), precursor de las estrategias de contacto piel a piel en neonatología, "el acercamiento continuo entre madre e hijo mejora la adaptación extrauterina y fortalece el desarrollo integral del prematuro."

Este procedimiento consiste en colocar al neonato en posición vertical sobre el pecho desnudo del adulto, permitiendo el intercambio térmico, sensorial y emocional. Diversos estudios demuestran que esta intervención favorece la estabilidad fisiológica y contribuye al aumento de peso en prematuros, debido a la disminución del gasto energético relacionado con el estrés y la pérdida de calor corporal.

En la adaptación del recién nacido se evalúa la estabilidad de los signos vitales, la regularidad de la respiración, el estado de alerta, el color, la postura y la apariencia de confort o de incomodidad, la presencia de sueño y vigilia y el bienestar general del recién nacido en el MMC.

Si durante la posición canguro se alteran los signos vitales (saturación menor de 85% y/o FC mayor a 180/min) se suspende hasta el día siguiente.

El personal de salud debe registrar estos datos en la historia clínica del recién nacido antes, durante y al finalizar la posición canguro intermitente o continuo. En el canguro continuo en la unidad de cuidados neonatales los controles de signos vitales se realizan en posición canguro cada 6 horas.

El examen clínico y el control de peso se debe realizar diariamente en la unidad de cuidados neonatales, unificándolos en un solo momento. Se considera que el recién nacido se está adaptado al método, cuando se realiza de forma continua y se verifican los siguientes parámetros:

- Mantiene su temperatura axilar alrededor de 37 °C.
- Tiempo de uso de sonda nasogástrica.
- Incremento de peso de 15 g /Kg/día como mínimo, verificado en tres días consecutivos mientras está en MMC.

- No presenta signos de peligro o problemas de salud mientras se ha realizado el CoPAP.
- Tolerancia gástrica a las leches maternizadas, como las fórmulas de prematuro, infantrini, que aportan hierro y complementos.
- Succión no nutritiva para fortalecer.

Hay una diferencia entre CoPAP clásico donde le prematuro succiona al pecho materno o succiona todo el contenido del biberón, sin problema de succión y el CoPAP con un prematuro que requiere sonda nasogástrica, o utiliza agregados nutricionales para lograr su aumento calórico, igual se aplica el método, pero se fomenta y se adapta a los anexos que complementan al prematuro como es la succión no nutritiva, succión débil, agotamiento y utilización de sonda nasogástrica.

Fiel, T Scafidi (1986) "succión no nutritiva es una intervención simple, segura y de bajo costo que acelera la maduración gastrointestinal y conductual del prematuro, sin efectos adversos".

La aplicación de la succión no nutritiva en CoPAP es estimular sistema vagal, lo que aumenta la motilidad intestinal, organiza el sistema autónomo, reduce el gasto calórico es decir se aplica en la adaptación de CoPAP cuando iniciamos la adaptación de la salida de la incubadora y toleran la leche por sonda.

Ministerio de Salud. Guía práctica clínica de la atención de recién nacido prematuros Bs. As (2026) "alimentación por sonda nasogástrica u orogástrica en recién nacido y prematuro que no pueden succionar"

Hay prematuros que requieren el uso de sonda nasogástrica, cuando se observa falta de coordinación en la succión y deglución, es muy débil, agotable o no gana peso y/o necesita suplemento, pero no impide el método CoPAP. Se utiliza la técnica de gavaje y tiene dos técnicas, la cual una es la de gavaje continuo y lento donde se utiliza bomba y la segunda es la intermitente que es llenar la jeringa entre 10 a 20 ml, la madre sostiene la jeringa y va pasando gradualmente.

Si bien el personal de salud monitoriza y guía a los padres, también educa y enseña como acompañar e integrarse a los diferentes métodos de adaptación del prematuro.

La familia observa, realiza las prácticas bajo supervisión y después lo realizan solos esto les da seguridad y continuidad, y aprenden a identificar signos de que su bebé está fortaleciendo su succión, y se explica que este progreso está ligado a su participación.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2023). El abrazo de la familia, una terapia poderosa" El CoPAP fortalece el vínculo, contribuye a una mayor duración de la lactancia y producción de leche, mejora el crecimiento y desarrollo neurológico del neonato"

Las mejoras de que se ven en el prematuro junto a la con la participación de la familia, es la mayor ganancia de peso, mejor tolerancia en la alimentación, estabilización de signos vitales, menor tiempo de hospitalización, y mejor organización del sueño y conducta

y en la familia es reducir el estrés, vínculo más fuerte y mayor éxito en la lactancia materna.

La atención neonatal ha evolucionado significativamente en las últimas décadas, incorporando no solo avances tecnológicos destinados a la supervivencia del recién nacido prematuro, sino también estrategias orientadas al cuidado integral y humanizado. En este contexto surge la importancia del método COPAP (Contacto Piel a Piel), entendido como una práctica centrada en el acercamiento temprano y continuo entre el recién nacido, favoreciendo la estabilidad fisiológica, emocional y el desarrollo neurológico del neonato. Este método representa actualmente una de las intervenciones más relevantes dentro de la neonatología humanizada, especialmente en prematuros menores de 33 semanas.

Watson, Jean (1985) sostiene "que el acto de cuidar constituye la esencia de la enfermería y debe desarrollarse desde valores humanísticos y éticos."

La humanización del cuidado se define como una atención basada en el respeto por la dignidad humana, la empatía, la comunicación y el reconocimiento de las necesidades físicas, emocionales y sociales de la persona.

Jean Watson (1985) "el acto de cuidar constituye la esencia de la enfermería y debe desarrollarse desde los valores humanísticos y éticos."

De la Cuesta Benjumea (2010) plantea "que humanizar el cuidado significa reconocer a la persona en su totalidad, respetando sus emociones, creencias y necesidades afectivas."

Desde esta perspectiva, el contacto piel a piel constituye una herramienta fundamental para fortalecer el vínculo madre-hijo y disminuir el sufrimiento asociado a la hospitalización neonatal.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que el contacto piel a piel inmediato y continuo mejora la termorregulación, favorece la lactancia materna, estabiliza la frecuencia cardíaca y respiratoria y disminuye el estrés neonatal. Estas prácticas forman parte de las estrategias internacionales de humanización del cuidado perinatal, priorizando el bienestar físico y emocional tanto del recién nacido como de su familia.

Dentro de este contexto, el rol de enfermería resulta fundamental para la implementación efectiva del CoPAP. El profesional de enfermería constituye el principal nexo entre el recién nacido, la familia y el equipo interdisciplinario, siendo responsable de garantizar cuidados seguros, humanizados y continuos.

Según Virginia Henderson (1964), "la función de enfermería consiste en ayudar al individuo sano o enfermo a realizar aquellas actividades que contribuirán a su salud o recuperación, promoviendo la independencia y el bienestar." En neonatología, este rol implica acompañar a la familia durante el proceso de internación y favorecer prácticas que estimulen el vínculo afectivo. Otra acción fundamental es la educación y orientación a los padres. El enfermero debe explicar los beneficios del método, enseñar la técnica correcta de posicionamiento

y brindar seguridad emocional durante el procedimiento. La información clara y el acompañamiento favorecen la participación activa de la familia y disminuyen el temor frente al cuidado del prematuro hospitalizado. Además, enfermería cumple un rol esencial en la promoción del vínculo afectivo temprano. El COPAP permite que los padres participen activamente en el cuidado de su hijo, fortaleciendo el apego y favoreciendo la confianza parental.

La UNICEF y la OMS promueven el derecho de los padres a participar activamente en el cuidado del hijo internado, favoreciendo políticas de puertas abiertas y cuidados centrados en la familia. En este sentido, el COPAP representa una estrategia que respeta los derechos del niño, promueve el apego seguro y mejora la calidad asistencial. Desde el enfoque ético, el profesional de enfermería debe actuar con empatía, respeto y sensibilidad frente a las necesidades emocionales de los padres de un prematuro. La internación neonatal suele generar ansiedad, miedo e incertidumbre, por lo que el acompañamiento profesional humanizado resulta indispensable. La comunicación terapéutica y la escucha activa son herramientas fundamentales para fortalecer la confianza entre la familia y el equipo de salud.

Por otra parte, el COPAP también beneficia a la madre, ya que fortalece el vínculo afectivo, favorece la producción de leche materna y disminuye sentimientos de ansiedad o incapacidad frente a la prematuridad. El enfermero actúa como facilitador de esta interacción, promoviendo una experiencia positiva y segura para ambos.

La humanización del cuidado neonatal constituye un eje fundamental en la atención del recién nacido prematuro. El método COPAP representa una estrategia eficaz para promover el bienestar físico y emocional del neonato y su familia, favoreciendo la estabilidad fisiológica, la ganancia de peso y el vínculo afectivo temprano. Dentro de este proceso, el rol de enfermería resulta esencial, ya que el profesional no solo ejecuta cuidados técnicos, sino que también acompaña, educa, contiene y humaniza la atención brindada en las unidades neonatales. En el contexto regional los datos aportados por la Red Neocosur validan que la adopción de prácticas de humanización como el CoPAP es determinante para mejorar la sobrevivencia en prematuro de bajo peso, alineando los objetivos de la unidad con las mejores prácticas clínicas de Latinoamérica. Además, pretende promover apoyos más efectivos a las familias de prematuros, lo-

grando crear estrategias que permitan mejorar el pronóstico del recién nacido, un modelo que ha sido exitoso en otras partes del mundo. Además, el rol de la enfermería en la aplicación de este método CoPAP, es clave, porque son los que capacitan, enseñan y sostienen a la familia y al prematuro, desde el día que se interna hasta lograr su alta de la UCIN, el enfermero observa y forma parte de los avances y retroceso, de la monitorización continua de signos vitales, adapta su entorno, que sea adecuado, cálido, organizado y fundamentalmente guía su adaptación mediante la participación activa de la familia. También evalúa y detecta barreras para se aplique el método y se pueda llevar a cabo de forma segura y humanizada.

RECOMENDACIÓN

De acuerdo a nuestro criterio, experiencias, en enfermería y a la bibliografía consultada, con la sola intención de que sirva como modelo para estandarizar la implementación del protocolo de COPAP y de cómo el profesional de salud lo está aplicando en el prematuro y de cómo el mismo responde al método COPAP. Para ello se realizó una guía de observación y de competencias donde el enfermo puede ir evaluando por turno la adaptabilidad al método y si hay retroceso o continuidad.

Esto permitirá reducir la variabilidad en la práctica asistencial, y garantizar que cada recién nacido reciba el mismo nivel de cuidado independientemente del turno del personal que este a cargo del recién nacido.

1. Institución: crear el protocolo de cuidado centrado en la familia. Incluyendo el método como actividad asistencial prioritaria
2. Participación de la familia: educación e información puntual del método y de contar con un espacio adecuado para poder realizar el método.
3. Capacitación continua al personal: realizar programas leves y directos enfocados en la seguridad de paciente y monitoreo continuo en el contacto para identificar alteraciones y prevenir fallas en la misma.

BIBLIOGRAFÍA

- De la Cuesta Benjumea, C. (2010). El cuidado humanizado en enfermería. Universidad de Antioquia.
- Rey Sanabria, E. y Martínez Gómez, H. Método Madre Canguro. Fundación Canguro.
- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones para el cuidado del recién nacido prematuro.
- OMS y UNICEF. Derechos del recién nacido hospitalizado y cuidado humanizado.
- Edgardo Rey Sanabria y Martínez Héctor (1983) manejo racional del niño prematuro universidad nacional de Colombia.
- Watson J Nursing Human science and human Care.
- Henderson, V. Principios básicos de los cuidados de enfermería.

El COPAP también beneficia a la madre: fortalece el vínculo afectivo, favorece la lactancia y ayuda a reducir la ansiedad.

La Importancia de la Gestión de Enfermería



Imagen: Freepik.com

Autor
LIC. PROF. ESP. CHINELLATO PABLO MG.
chinellatopabloe.idicsa@gmail.com

PARTE I

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS DE LA GESTIÓN EN ENFERMERÍA

Objetivos de aprendizaje

- Analizar el origen y la evolución de la gestión en enfermería.
- Comprender la importancia de la gestión como disciplina científica.
- Identificar el papel estratégico del enfermero gestor en los sistemas de salud.
- Reconocer los principales desafíos actuales de la gestión del cuidado.

1. Introducción

La gestión en enfermería constituye una disciplina estratégica que integra conocimientos asistenciales, administrativos, organizacionales, éticos y científicos con el propósito de garantizar cuidados seguros, oportunos, eficientes y centrados en las personas. En las últimas décadas, el rol del enfermero ha evolucionado desde una función predominantemente asistencial hacia una participación activa en la conducción de equipos, la planificación de servicios, la administración de recursos y la evaluación de resultados.

La evidencia científica muestra que una gestión de enfermería sólida se asocia con mejores resultados clínicos, menor incidencia de eventos adversos, mayor satisfacción de los usuarios y mejores condiciones laborales para los equipos. Por ello, el liderazgo enfermero es considerado un componente esencial para el fortalecimiento de los sistemas de salud.

2. Evolución histórica de la gestión en enfermería

Los antecedentes de la gestión moderna se encuentran en la obra de Florence Nightingale. Durante la Guerra de Crimea demostró que la organización del ambiente, la higiene, el registro sistemático de datos y la supervisión del cuidado reducían significativamente la mortalidad. Su enfoque incorporó principios que hoy forman parte de la gestión basada en evidencia.

Durante el siglo XX, las teorías de Frederick Taylor, Henri Fayol y Max Weber influyeron en la organización hospitalaria. Posteriormente, los modelos de calidad de Donabedian, la mejora continua de Deming y los enfoques contemporáneos de liderazgo transformacional ampliaron el papel del enfermero gestor, orientándolo hacia la calidad, la seguridad del paciente y la gestión por procesos.

3. La gestión del cuidado como disciplina

La gestión del cuidado representa el núcleo de la práctica profesional de enfermería. Comprende la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de las intervenciones necesarias para responder a las necesidades de salud de individuos, familias y comunidades.

El enfermero gestor no solo administra recursos, sino que coordina equipos interdisciplinarios, implementa protocolos, promueve la educación permanente y utiliza indicadores para evaluar la calidad de los servicios. Este enfoque favorece la continuidad del cuidado y la toma de decisiones fundamentadas en la mejor evidencia disponible.

4. Importancia estratégica en los sistemas de salud

Los sistemas sanitarios actuales enfrentan desafíos como el envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas, la escasez de personal, las limitaciones presupuestarias y la transformación digital. Frente a este escenario, la gestión en enfermería adquiere un papel estratégico al contribuir a la eficiencia organizacional, la seguridad del paciente y la sostenibilidad de los servicios.

Diversos organismos internacionales, entre ellos la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), destacan que fortalecer el liderazgo y la gestión de enfermería mejora la capacidad de respuesta de los sistemas de salud y favorece el acceso a cuidados de calidad.

Conclusiones

La gestión en enfermería ha evolucionado hasta convertirse en una disciplina indispensable para el funcionamiento de las organizaciones sanitarias. El enfermero gestor lidera procesos de planificación, organización, supervisión y evaluación con el propósito de

garantizar cuidados seguros y de calidad. Su actuación resulta clave para impulsar la mejora continua, optimizar recursos y responder a los desafíos presentes y futuros de los sistemas de salud.

ADMINISTRACIÓN, GESTIÓN, LIDERAZGO Y GOBERNANZA CLÍNICA EN ENFERMERÍA

Objetivos de aprendizaje

- Diferenciar los conceptos de administración, gestión y liderazgo.
- Comprender la gobernanza clínica como estrategia para mejorar la calidad.
- Analizar el papel del enfermero gestor en la toma de decisiones.
- Reconocer la importancia de la gestión basada en evidencia.

1. Introducción

La complejidad de los sistemas sanitarios exige que los profesionales de enfermería desarrollen competencias que trasciendan la asistencia directa. La administración, la gestión y el liderazgo constituyen herramientas esenciales para coordinar recursos, orientar equipos y alcanzar resultados asistenciales de calidad. Aunque estos conceptos suelen utilizarse como sinónimos, poseen significados y alcances diferentes que es necesario comprender para ejercer una gestión eficaz.

2. Administración y gestión: conceptos y diferencias

La administración se refiere al conjunto de funciones clásicas de planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos de una organización. La gestión incorpora estas funciones, pero añade la capacidad de liderar personas, gestionar el cambio, resolver problemas complejos, innovar y orientar las decisiones hacia resultados medibles.

En enfermería, la administración asegura el funcionamiento operativo del servicio, mientras que la gestión impulsa la mejora continua del cuidado, la utilización racional de los recursos y el desarrollo del equipo profesional.

3. Liderazgo en enfermería

El liderazgo es la capacidad de influir positivamente sobre otras personas para alcanzar objetivos compartidos. La literatura científica destaca el liderazgo transformacional como uno de los modelos más eficaces en enfermería, debido a que favorece la motivación, el compromiso, la comunicación, la innovación y el desarrollo profesional.

El enfermero líder promueve un entorno de trabajo seguro, fomenta la participación del equipo, facilita la resolución de conflictos y estimula la toma de decisiones basada en evidencia científica.

4. Gobernanza clínica

La gobernanza clínica integra estructuras y procesos destinados a garantizar la calidad y la seguridad de la atención. Incluye la evaluación mediante indicadores, la auditoría clínica, la gestión del riesgo, la formación continua y la mejora permanente de los procesos.

La participación activa de enfermería en la gobernanza clínica fortalece la cultura de seguridad, mejora los resultados asistenciales y favorece la transparencia organizacional.

5. Gestión basada en evidencia

La gestión basada en evidencia consiste en utilizar la mejor información científica disponible, junto con la experiencia profesional y el contexto organizacional, para orientar las decisiones administrativas y asistenciales. Este enfoque contribuye a reducir la variabilidad de la práctica, optimizar recursos y aumentar la efectividad de las intervenciones.

Conclusiones

Administración, gestión, liderazgo y gobernanza clínica son conceptos complementarios. Su integración permite que el enfermero gestor conduzca equipos, organice procesos y promueva una atención segura, eficiente y centrada en las personas. El fortalecimiento de estas competencias constituye una prioridad para los sistemas de salud modernos.

TEORÍAS ADMINISTRATIVAS APLICADAS A LA GESTIÓN EN ENFERMERÍA

Objetivos de aprendizaje

- Conocer las principales teorías administrativas.
- Analizar su aplicación en los servicios de enfermería.
- Comprender la evolución desde los modelos clásicos hacia los enfoques contemporáneos de gestión.
- Integrar estas teorías con la gestión basada en evidencia.

1. Introducción

Las teorías administrativas constituyen el fundamento sobre el cual se desarrollaron los modelos modernos de gestión. Aunque fueron formuladas para organizaciones industriales y empresariales, sus principios han sido adaptados a los servicios de salud para mejorar la organización del trabajo, la coordinación de equipos y la calidad de la atención. El enfermero gestor utiliza estos aportes de forma crítica, complementándolos con principios éticos, científicos y centrados en la persona.

2. Administración científica de Frederick Taylor

Taylor propuso la estandarización de los procesos de trabajo, el análisis de tiempos y movimientos y la capacitación del personal para aumentar la eficiencia. En enfermería, estos conceptos se reflejan en la elaboración de protocolos, procedimientos normalizados y distribución racional de tareas. Sin embargo, la aplicación actual debe equilibrar la eficiencia con la individualización del cuidado y la seguridad del paciente.

3. Teoría clásica de Henri Fayol

Fayol describió las funciones administrativas de planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar, además de catorce principios administrativos. Estas funciones continúan siendo la base de la gestión de los servicios de enfermería y orientan la planificación de recursos, la organización de los equipos y el seguimiento de los resultados.

4. Modelo burocrático de Max Weber

Weber destacó la importancia de la estructura organizacional, la definición de funciones, la autoridad formal y el cumplimiento de normas. En el ámbito sanitario, estos elementos contribuyen a garantizar la trazabilidad de los procesos, la responsabilidad profesional y la estandarización de la atención, aunque deben complementarse con modelos flexibles que favorezcan la innovación.

5. Calidad total y mejora continua

Las contribuciones de W. Edwards Deming y Joseph Juran impulsaron la gestión de la calidad mediante el ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA), la medición de indicadores y la mejora continua. En enfermería, estos principios se utilizan para reducir eventos adversos, optimizar procesos y fortalecer la cultura de seguridad.

6. Aplicación de las teorías en la gestión de enfermería

La gestión contemporánea integra aportes clásicos con modelos modernos de liderazgo transformacional, gestión por procesos y toma de decisiones basada en evidencia. El enfermero gestor adapta estas herramientas al contexto institucional, promoviendo la participación del equipo, la innovación y la mejora continua del cuidado.

Conclusiones

Las teorías administrativas siguen siendo un soporte esencial para comprender la organización de los servicios de salud. Su aplicación crítica, combinada con enfo-

ques centrados en la calidad, la seguridad y el liderazgo, permite fortalecer la gestión en enfermería y responder a los desafíos de los sistemas sanitarios actuales.

GESTIÓN DEL CUIDADO: EJE CENTRAL DE LA GESTIÓN EN ENFERMERÍA

Objetivos de aprendizaje

- Comprender el concepto de gestión del cuidado.
- Analizar su relación con el proceso de atención de enfermería.
- Identificar el rol del enfermero gestor en la coordinación del cuidado.
- Reconocer la importancia de la evidencia científica para la toma de decisiones.

1. Introducción

La gestión del cuidado constituye el núcleo de la práctica profesional de enfermería. No se limita a la ejecución de procedimientos, sino que integra la planificación, organización, coordinación, supervisión y evaluación de las intervenciones destinadas a responder a las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades. Su finalidad es garantizar cuidados seguros, continuos, oportunos, humanizados y basados en evidencia.

2. Concepto de gestión del cuidado

La gestión del cuidado implica organizar los recursos humanos, materiales y tecnológicos para que las acciones de enfermería se desarrollen de manera eficiente y con calidad. Requiere liderazgo, comunicación efectiva, trabajo interdisciplinario y capacidad para priorizar intervenciones según el estado clínico, los riesgos y las preferencias de cada paciente.

3. Relación con el Proceso de Atención de Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) constituye la herramienta metodológica que sustenta la gestión del cuidado. La valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación permiten estructurar intervenciones individualizadas y medir sus resultados. El enfermero gestor favorece que este proceso se aplique de forma sistemática en toda la organización.

4. Coordinación del cuidado

La continuidad asistencial depende de una adecuada coordinación entre profesionales, servicios y niveles de atención. El enfermero gestor facilita la comunicación interdisciplinaria, promueve el uso de protocolos, organiza la asignación de recursos y supervisa el cumplimiento de estándares de calidad. Estas acciones reducen errores, duplicaciones y eventos adversos.

5. Gestión basada en evidencia

La gestión del cuidado debe sustentarse en la mejor evidencia científica disponible, combinada con la experiencia clínica y los valores de las personas atendidas. La utilización de guías de práctica clínica, indicadores de calidad y auditorías favorece decisiones más seguras y resultados asistenciales medibles.

6. Competencias del enfermero gestor del cuidado

Entre las competencias esenciales se encuentran el liderazgo, la planificación, la comunicación, la resolución de conflictos, la gestión del riesgo, la educación permanente del equipo, la evaluación mediante indicadores y la capacidad de impulsar procesos de mejora continua.

Conclusiones

La gestión del cuidado representa la esencia de la profesión de enfermería. Su adecuada implementación fortalece la calidad asistencial, mejora la seguridad del paciente y contribuye al uso eficiente de los recursos. El enfermero gestor desempeña un papel estratégico al integrar la práctica clínica con la administración, el liderazgo y la gestión basada en evidencia.

LIDERAZGO Y GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO EN ENFERMERÍA

Objetivos de aprendizaje

- Analizar el liderazgo como competencia esencial del enfermero gestor.
- Comprender los principales estilos de liderazgo y su aplicación en enfermería.
- Identificar estrategias para la gestión del talento humano.
- Reconocer la importancia del clima organizacional y del bienestar del personal.

1. Introducción

Las organizaciones sanitarias dependen en gran medida del desempeño de sus equipos de salud. En este contexto, el liderazgo y la gestión del talento humano constituyen pilares fundamentales para garantizar la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la sostenibilidad de los servicios. El enfermero gestor debe combinar competencias técnicas con habilidades de comunicación, negociación y conducción de equipos.

2. El liderazgo en enfermería

El liderazgo puede definirse como la capacidad de influir positivamente sobre otras personas para al-

canzar objetivos comunes. En la actualidad, el liderazgo transformacional es uno de los modelos más recomendados en enfermería porque promueve la motivación, el compromiso, la innovación y el desarrollo profesional. El líder inspira, acompaña, facilita el aprendizaje y genera un ambiente de confianza.

3. Gestión del talento humano

La gestión del talento humano comprende los procesos de planificación de dotación, selección, inducción, capacitación, evaluación del desempeño, reconocimiento y desarrollo profesional. Una adecuada gestión favorece la retención del personal, disminuye la rotación y fortalece la continuidad del cuidado.

4. Clima organizacional y bienestar

El clima organizacional influye directamente en la satisfacción laboral, la productividad y la calidad asistencial. El enfermero gestor debe promover ambientes de trabajo respetuosos, participativos y seguros, prevenir el agotamiento profesional (burnout) y favorecer estrategias de apoyo emocional y formación continua.

5. Comunicación y resolución de conflictos

La comunicación efectiva constituye una competencia indispensable para coordinar equipos interdisciplinarios. El gestor debe desarrollar habilidades para la escucha activa, la retroalimentación constructiva, la negociación y la resolución de conflictos, favoreciendo una cultura organizacional basada en el respeto y la colaboración.

6. Liderazgo basado en evidencia

La literatura científica demuestra que los servicios dirigidos por líderes enfermeros con competencias en gestión presentan mejores resultados en seguridad del paciente, satisfacción del personal y calidad del cuidado. Por ello, el desarrollo del liderazgo debe formar parte de la educación permanente y de los programas de formación de gestores.

Conclusiones

El liderazgo y la gestión del talento humano representan competencias estratégicas para el enfermero

gestor. La conducción efectiva de los equipos favorece la calidad asistencial, fortalece el compromiso profesional y mejora los resultados organizacionales, contribuyendo al desarrollo de sistemas de salud más seguros y eficientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Consejo Internacional de Enfermeras. (2024). Declaraciones de posición. <https://www.icn.ch>
- Cummings, G. G., Lee, S., Tate, K., Pencone, T., Micaroni, S. P. M., & Paananen, T. (2021). Estilos de liderazgo y resultados en la fuerza laboral de enfermería: revisión sistemática. *International Journal of Nursing Studies*, 115, 103842.
- Deming, W. E. (1989). Calidad, productividad y competitividad: La salida de la crisis. Díaz de Santos.
- Donabedian, A. (2001). La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. La Prensa Médica Mexicana.
- Fayol, H. (1987). Administración industrial y general. El Ateneo.
- Institute for Healthcare Improvement. (s. f.). Recursos para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente. <https://www.ihl.org>
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2024). Administración y liderazgo en enfermería: teoría y práctica (11.ª ed.). Wolters Kluwer.
- Mintzberg, H. (1994). Auge y caída de la planificación estratégica. Díaz de Santos.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Direcciones estratégicas mundiales para la enfermería y la partería 2021–2025. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021–2030. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: Personal sanitario 2030. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). La enfermería en la Región de las Américas: fortalecimiento de los sistemas de salud. Organización Panamericana de la Salud.
- Taylor, F. W. (1986). Principios de la administración científica. El Ateneo.
- Topol, E. (2019). Deep Medicine: Cómo la inteligencia artificial puede humanizar la atención sanitaria. Basic Books.
- Weber, M. (2002). Economía y sociedad. Fondo de Cultura Económica.
- Yoder-Wise, P. S. (2023). Liderazgo y gestión en enfermería (8.ª ed.). Elsevier.

Los servicios liderados por enfermeros competentes en gestión mejoran la seguridad del paciente.

La Parte II continuará en la próxima edición (Nº 16).

Relación entre las actitudes de padres de niños con patologías inmunosupresoras y el conocimiento de complicaciones adversas de la enfermedad



Imagen: Freepik.com

RESUMEN

Introducción: los niños con patologías Inmunosupresoras presentan vulnerabilidad inmunológica que los expone a complicaciones adversas potencialmente graves. El rol de los padres como cuidadores principales, es fundamental para la detección temprana y el manejo adecuado. Sin embargo, las actitudes de los padres frente a la enfermedad y el nivel de conocimiento sobre las complicaciones adversas que influyen directamente en la toma de y en los resultados de salud del niño.

El objetivo de éste trabajo es analizar la relación que existe entre la de los padres de niños con patologías inmunosuprimidos y el grado de conocimiento de las complicaciones adversas de la enfermedad.

Método de estudio: se realizó un estudio cuantitativo, de corte transversal, la muestra fue de 30 padres de niños con patologías Inmunosupresoras.

Resultados: de los 30 padres encuestados se evidenció que el (63%) obtiene mayor información del médico, sobre la enfermedad y de las complicaciones adversas. Un (49%) desconocen de los signos y síntomas que producen los efectos adversos de la medicación. El (63%) consulta al médico ante una reacción alérgica grave y el 37% restante presenta una acción desfavorable, optando por la espera, o una consulta tardía.

Conclusiones: el nivel de conocimiento es bajo, lo que constituye un factor de riesgo para la salud del niño. Observando estos resultados enfermería puede ayudar al equipo de salud implementado intervenciones educativas a los padres para fortalecer su conocimiento, resiliencia y capacidad de respuesta ante la enfermedad.

INTERVENCIONES EDUCATIVAS DE ENFERMERÍA

- Desarrollar un programa de información por enfermería cada 15 días, dirigidas a los padres con respecto a la enfermedad y a las complicaciones adversas de los medicamentos Inmunosupresores en niños, esta información debe ser clara y concisa, utilizando un lenguaje sencillo y evitar términos técnicos y complejos.
- Brindar apoyo emocional a los padres, a través de escuchas activas, mostrando empatía, comprensión y validar sus emociones para sobre llevar el temor que sienten ante la enfermedad de su hijo.
- Realizar una guía a través de folletos, para detectar signo de alerta, y que los padres puedan reconocer síntomas y signos más comunes que produce reacción alérgica y que lleven un registro de cuándo aparecen estos efectos adversos, si es durante la administración o posterior al alta.
- Proporcionar un plan de acción ante una reacción alérgica grave, que hacer y cuando llamar al médico.
- Línea de WhatsApp de enfermería para dudas y consultas.

CONCLUSIÓN

Un equipo de salud comprometido a la capacitación y educación favorece el conocimiento a los padres y además garantiza el cuidado a sus hijos durante la internación y en sus casas

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Mc Goldrick. Mónica (2008) . Genograma en la evolución familiar (3ra ed.). Gedisa.
- Walsh. Froma (2004) Resiliencia familiar: Estrategias para su fortalecimiento Amarrortu.
- Inmunodeficiencia primaria y manejo psicológico. Publicado por IPOPI www.ipopi.org. Organización Internacional de Pacientes con Inmunodeficiencia Primaria (IPOPI);2017



Integración de herramientas digitales y materiales de apoyo para la interpretación de resultados de laboratorio y cuidados oportunos



Imagen: Freepik.com

Autoras

LIC. DAMARIS VILLAR

LIC. BETANIA CARRASCO

El fortalecimiento de las competencias profesionales en enfermería “ser, saber y saber hacer” es clave para garantizar cuidados oportunos y seguros. Este artículo describe los atributos esenciales del personal de enfermería, propone herramientas digitales formales y materiales de apoyo (tarjetas de bolsillo y cartelería de

algoritmos) y plantea la necesidad de un plan de capacitación continua centrado en la interpretación de resultados de laboratorio y la comunicación interprofesional. La interpretación de hemograma, ionograma, gasometría y orina completa forma parte integral del proceso de atención; en el estudio se identificaron brechas formativas y organizacionales que limitan la capacidad de transformar datos de laboratorio en decisiones clínicas oportunas. Como señalan las autoras: “La interpretación de resultados de laboratorio por parte del personal

de enfermería es una competencia esencial que influye directamente en la calidad del cuidado brindado a los pacientes.”

ATRIBUTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN SER, SABER Y SABER HACER

- **Ser (actitudes y valores):** La ética y la responsabilidad profesional se manifiestan en el compromiso con la seguridad del paciente y la confidencialidad, registrando y comunicando hallazgos con precisión y asumiendo las medidas necesarias para proteger su integridad. La empatía y la comunicación implican escucha activa, trato respetuoso y la capacidad de traducir lo técnico a un lenguaje comprensible que acompañe al paciente y su familia. La autonomía y la resiliencia permiten asumir liderazgo en la detección temprana de riesgos, tomar decisiones fundamentadas para sostener la calidad asistencial. Juntas, estas actitudes configuran una práctica de enfermería segura, humana y eficaz.
- **Saber (conocimientos):** Poseer fundamentos clínicos sólidos implica comprender la fisiopatología y los rangos de laboratorio para interpretar correctamente los hallazgos. El razonamiento clínico permite integrar esos datos de laboratorio con la valoración del paciente y priorizar intervenciones de manera segura y oportuna. Además, el conocimiento actualizado de protocolos y guías basadas en evidencia garantiza que las decisiones se apoyen en criterios estandarizados.
- **Saber Hacer (habilidades prácticas):** Las competencias de saber hacer se expresan en la destreza para ejecutar procedimientos con seguridad (toma de muestras, manejo de dispositivos y administración de tratamientos), en la aplicación rigurosa de algoritmos y checklists que estandarizan la respuesta ante resultados crítico. Estas habilidades garantizan intervenciones coherentes y rápidas, reducen la variabilidad en la práctica y facilitan la coordinación con el equipo para brindar cuidados oportunos y seguros.

HERRAMIENTAS DIGITALES FORMALES QUE FACILITAN LA INCORPORACIÓN DE ATRIBUTOS

1. **Sistemas de apoyo a la decisión clínica y apps clínicas:** calculadoras de dosis, rangos de referencia, alertas automáticas para resultados críticos e integración con la historia clínica electrónica para trazabilidad y notificaciones.

El conocimiento actualizado de protocolos y guías garantiza decisiones basadas en evidencia.

2. **Recursos de consulta rápida (UpToDate, ClinicalKey, Medscape):** para estandarizar criterios de interpretación y apoyar la elaboración de protocolos locales.

MATERIALES DE APOYO VISUAL Y CARTELERÍA DE ALGORITMOS

- **Tarjetas de bolsillo (infografías, doble cara):**
 - **Tarjeta 1:** Signos vitales críticos y acciones inmediatas (valores de referencia rápidos).
 - **Tarjeta 2:** Interpretación rápida de pruebas básicas (glucemia, sodio, potasio, creatinina, gasometría) y pasos iniciales.
- **Cartelería de algoritmos (A3 plastificado y versión digital por QR):**
 - **Algoritmo de notificación y registro de resultados críticos:** detección y notificación a médico responsable, medidas iniciales control de signos vitales, registro (hora, responsable, acción), re-evaluación cada 10 – 15 min.
 - **Algoritmo de respuesta a hipoglucemia:** Evaluar signos vitales y nivel de conciencia; mantener seguridad del paciente.
 - **Algoritmo de interpretación y respuesta ante gasometría arterial alterada:** evaluar estado y signos vitales, asegurar vía aérea y oxigenación, apoyar ventilación, notificar al médico y documentar valores, intervenciones y respuesta.
 - **Algoritmo de manejo de hiperpotasemia:** realizar ECG, notificar al médico, monitorizar ritmo, signos vitales y documentar.
 - **Algoritmo de manejo de creatinina elevada / sospecha de insuficiencia renal aguda:** revisar tendencia de creatinina y diuresis, realizar control de peso, evaluar la administración de fármacos nefrotóxicos, valorar balance hídrico, notificar médico, monitorizar diuresis.
 - **Algoritmo de fiebre en paciente neutropénico:** (medir temperatura y signos, necesidad de toma inmediata de hemocultivos y otros cultivos, verificar que antibiótico se encuentra indicado e informar, notificar al médico, monitorización).
 - **Algoritmo de manejo de hemorragia aguda / sangrado activo:** (evaluar signos vitales, control local del sangrado, notificar al médico y monitorizar).
 - **Algoritmo de reacciones transfusionales:** (detener transfusión, mantener vía con solución fisiológica al 9%, notificar médico y banco de sangre y registrar).

La integración de las dimensiones ser, saber y saber hacer, apoyada por herramientas digitales formales y materiales visuales prácticos, permite que el personal de enfermería transforme los resultados de laboratorio en decisiones clínicas oportunas y seguras. La capacitación continua y la estandarización de la comunicación son pilares para consolidar el rol enfermero como agente activo en la gestión del paciente hospitalizado, reduciendo variabilidad en la práctica y mejorando la calidad del cuidado.

Curar sin lastimar de más: El desafío de las punciones para acceso venoso en recién nacidos



Imagen: Freepik.com

Autoras

LIC. FLORES, CRISTINA CECILIA
cristinaceciliaflores1980@gmail.com

LIC. ALTAMIRANO, LORENA ANA
lorenaaltamirano12340@gmail.com

LIC. DOMINGUEZ, GISELA MARGARITA
giseladominguez75@gmail.com

RESUMEN

Los recién nacidos requieren con frecuencia terapias intravenosas prolongadas que implican múltiples accesos vasculares. La repetición de intentos fallidos de canalización puede ocasionar dolor, lesiones vasculares, complicaciones infecciosas y agotamiento del capital venoso. La protección del capital venoso constituye una estrategia fundamental para garantizar la seguridad del paciente y optimizar la atención neonatal. El presente trabajo tiene como objetivo analizar la impor-

tancia de la preservación vascular en el neonato, identificar las consecuencias del ensañamiento por punciones y describir intervenciones de enfermería orientadas a minimizar el daño asociado a los accesos vasculares.

INTRODUCCIÓN

La obtención de un acceso vascular constituye uno de los procedimientos más frecuentes en las unidades de cuidados intensivos neonatales. Los recién nacidos presentan características anatómicas y fisiológicas que dificultan la canalización venosa, entre ellas el pequeño calibre vascular, la fragilidad capilar y la necesidad de tratamientos prolongados.

Cada intento fallido de punción representa una agresión física y emocional para el paciente y su familia. Las múltiples canalizaciones pueden ocasionar dolor, hematomas, flebitis, infiltraciones, extravasaciones y agotamiento progresivo de los accesos disponibles.

En este contexto surge el concepto de protección del capital venoso, entendido como el conjunto de acciones destinadas a preservar la red vascular del paciente desde el inicio de la atención hasta el alta.

OBJETIVO GENERAL

- Promover la protección del capital venoso en recién nacidos mediante estrategias basadas en la evidencia que reduzcan el número de punciones, prevengan complicaciones y favorezcan una atención segura y humanizada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconocer la importancia del capital venoso en el recién nacido.
- Identificar las consecuencias del ensañamiento por punciones.
- Analizar el impacto del dolor asociado a procedimientos repetidos.
- Describir el rol de enfermería en la preservación vascular.
- Promover estrategias de acceso vascular seguro.
- Protocolizar los intentos de punciones para evitar ensañamiento con el CV.

DEFINICIÓN

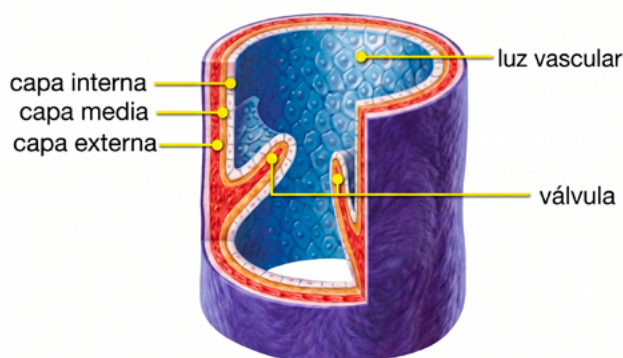
Capital venoso

Se define como la totalidad de los accesos vasculares disponibles para la administración de tratamientos intravenosos.

El principal mecanismo de agresión se produce en la Túnica íntima.

Requiere circulación continua permanente para nutrirse y repararse.

En cada agresión al vaso se produce un mecanismo inflamatorio que intenta repararlo. Cualquier alteración de éste proceso puede producir trombosis, fibrosis y anulación completa o parcial de la luz del vaso.



Las venas.

La pérdida progresiva de accesos venosos limita las posibilidades terapéuticas y aumenta la necesidad de procedimientos invasivos.

Ensañamiento por punciones

Se entiende como la repetición excesiva de intentos de canalización vascular sin una reevaluación adecuada de la estrategia terapéutica.

Puede estar asociado a:

- Falta de valoración previa.
- Ausencia de protocolos.
- Escasa experiencia del operador.
- Retraso en la solicitud de ayuda especializada.

¿POR QUÉ EVITAR MULTIPUNCIONES?

Causan DAÑO TISULAR

- Degradación de la pared de los vasos.
- Daño progresivo del árbol venoso.
- Extravasaciones.
- Hematomas.
- Lesiones estructurales permanentes del vaso dañado o de toda la zona.
- Dolor.
- Flebitis.
- Infecciones.
- Lesiones cutáneas.
- Desaturación.
- Apnea.
- Bradicardia.
- Inestabilidad hemodinámica.

ALTERACIONES TERAPÉUTICAS

- Retraso en el inicio del tratamiento.
- Retraso en la obtención de muestras para pruebas y en el diagnóstico.
- Cambios en el tratamiento: condiciona las decisiones clínicas.

CONSECUENCIAS DE LA MULTIPUNCIÓN PARA LOS PADRES

- Estrés.
- Preocupación.
- Insatisfacción.
- Desconfianza.
- Precepción de baja calidad asistencial.

PARA LOS PROFESIONALES

- Estrés.
- Frustración.
- Inseguridad.

RESPUESTAS CONDUCTUALES



RESPUESTAS FISIOLÓGICAS



PARA EL SERVICIO

- > Tiempos de enfermería.
- > N° de enfermería /procedimiento.
- > Consumo de recursos.
- > Tiempo de hospitalización.

- Alteraciones fisiológicas.
- Incremento de la respuesta al estrés.
- Cambios en el desarrollo neurológico.
- Alteraciones conductuales a largo plazo.

Sistema de Codificación Facial Neonatal (NFCS: Neonatal Facial Coding System) (Tabla 1)

DOLOR NEONATAL Y NEURODESARROLLO

La evidencia científica demuestra que los recién nacidos perciben dolor desde etapas muy tempranas del desarrollo. La exposición repetida a procedimientos dolorosos puede asociarse con:

Es una escala que evalúa la presencia de dolor en los procedimientos a través de 10 movimientos, la presencia del parámetro es 1 punto; su ausencia es 0. El puntaje máximo son 10 puntos para el RNPT y 9 puntos para el RNT. **Se considera dolor un valor > 3 puntos.**

TABLA 1. Escala de dolor Sistema de Codificación Facial Neonatal (NFCS: Neonatal Facial Coding System)

Movimiento Facial	Ausente	Presente
Entrecejo: raíz nasal ensanchada prominente	0	1
Cierre ocular: ojos cerrados apretados	0	1
Profundización del surco nasolabial	0	1
Apertura bucal	0	1
Estiramiento vertical de la boca	0	1
Estiramiento horizontal de la boca	0	1
Tensión de la lengua (ahuecamiento)	0	1
Contracción de la barbilla y la mandíbula inferior	0	1
Fruncimiento de labios como para formar una O	0	1
Protrusión lingual (solo en RNPT)*	0	1

* No es un signo de dolor en el recién nacido de término (RNT).RNPT: recién nacido pretérmino.

Escala de Evaluación del Dolor y la Sedación Neonatal (N-PASS: Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale) (Tabla 3)

Para el dolor posoperatorio y en los procedimientos Evalúa separadamente el dolor y la sedación en los RNT y los RNPT. Evaluación del dolor: el puntaje se registra de 0 g +2 por cada comportamiento y criterio fisiológico. Se adicionan puntos en los RNPT según la EG. El puntaje total se registra como un número positivo (0 g +11). El tratamiento está sugerido con puntaje > 3. Evaluación de la sedación: no necesita ser registrada cada vez que se evalúa el dolor. Se asigna 0 g -2 por cada criterio con puntaje total negativo de 0 g -10. Los niveles deseables varían en cada situación.

Sedación profunda g puntaje entre -10 y -5. Sedación leve g puntaje entre -5 y -2. Sin sedación g puntaje 0. Un puntaje negativo sin la administración de opiáceos podría indicar que el paciente está expuesto en

forma prolongada al dolor, estrés, depresión neurológica, infección u otra patología. Es importante que cada Unidad elija una única escala para ser aplicada según las características de su población. Debe ser fácil de utilizar para que sea aceptada y realmente se aplique marcando una diferencia en el seguimiento longitudinal del paciente.

ROL DE ENFERMERÍA

El personal de enfermería cumple un papel fundamental en:

- Valoración del capital venoso.
- Selección del dispositivo adecuado.
- Registro de intentos.
- Vigilancia de complicaciones.
- Educación familiar.
- Promoción de protocolos institucionales.
- Tratamiento del dolor, existen estrategias no farmacológicas y farmacológicas.

TABLA 3. Escala de dolor Evaluación del Dolor y la Sedación Neonatal (N-PASS: Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale)					
Criterio de evaluación	Sedación		Normal	Dolor / Agitación	
	-2	-1	0 / 0	1	2
Llanto / irritabilidad	No llora con estímulos dolorosos.	Gime o llora mínimamente con estímulos dolorosos.	Llanto adecuado. Tranquilo.	Se irrita o llora en forma intermitente. Se lo puede mecer/consolar.	Llanto agudo o silencioso continuo. Inconsolable.
Comportamiento	No se despierta con estímulos. No se mueve espontáneamente.	Apenas se despierta con estímulos. Poco movimiento espontáneo.	Adecuado para la EG.	Inquieto, se retuerce. Se despierta seguido.	Se arquea y patea. De modo constante, despierto o se despierta mínimamente. No se mueve (sin estar sedado).
Expresión facial	Tiene la boca relajada. Sin expresión.	Mínima expresión con estímulos.	Relajado.	Demuestra dolor esporádicamente.	Demuestra dolor continuamente.
Tono muscular de los brazos y las piernas	Sin reflejo de agarre o prensión palmar. Flácido.	Reflejo de agarre o prensión palmar débil. Tono muscular disminuido.	Manos y pies relajados. Tono normal.	Aprieta intermitentemente los dedos de los pies, los puños o tiene dedos extendidos. El cuerpo no está tenso.	Aprieta continuamente los dedos de los pies, los puños o tiene los dedos extendidos. El cuerpo está tenso.
Signos vitales: Frecuencia cardíaca SaO ₂	No hay cambios con estímulos. Hipoventilación o apneas.	Variación < 10% de los valores basales con los estímulos.	En rango normal para la EG.	Aumento del 10-20% por encima de los valores basales. SaO ₂ del 76-85% con estímulos. Rápida recuperación.	Aumento > 20% de los valores basales. SaO ₂ ≤75% con estímulos. Lenta recuperación. Falta de sincronía con el respirador.
En niños menores de 30 semanas, se le adicionará un punto al puntaje final.					

EG: edad gestacional; SaO₂: saturación de oxígeno.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS
El uso del chupete estimula una succión no nutritiva que tranquiliza al bebé y contribuye a reducir el malestar inducido por el dolor para conseguir la estimulación de los receptores oro táctiles, receptores mecánicos y la vía analgésica endógena.
Administrar gotas de leche materna conjuntamente con succión no nutritiva.
Manipulación lenta y suave. Limitar actividad del box y contaminación acústica/lumínica
Agrupación de tareas. Mínimas manipulaciones. Respetar estados sueño y vigilia.
Contención y cuidado postural. Colaborar en la autorregulación del paciente.
Facilitar contacto con muselina con olor de la madre o gasas impregnadas con LM.
MEDIDAS FARMACOLÓGICAS
Sacarosa
Analgesia / Sedación

ESTRATEGIAS PARA LA PROTECCIÓN DEL CAPITAL VENOSO

Antes de la punción

- Evaluar la red venosa.
- Definir duración del tratamiento.
- Seleccionar el dispositivo más apropiado.

Durante la punción

- Utilizar técnicas estandarizadas.
- Aplicar medidas de control del dolor.
- Limitar el número de intentos.

Después de la canalización

- Vigilar signos de complicación.
- Mantener permeabilidad del acceso.
- Retirar dispositivos innecesarios.

PROPUESTA DE BUENA PRÁCTICA

El control del dolor es de vital importancia y nos permite minimizar la exposición a efectos nocivos secundarios, una mejor adaptación en el desarrollo de la técnica y un aumento en las tasas de éxito en las técnicas de venopunción.

Se recomienda no superar tres intentos totales de canalización vascular en un mismo procedimiento. Suspender y reevaluar la estrategia terapéutica, priorizando un cuidado seguro, ético y humanizado.

Cuando no se logra el acceso:

- Solicitar apoyo de personal entrenado.
- Reevaluar el dispositivo indicado.
- Considerar acceso central o PICC según corresponda.
- Utilizar dispositivos de Acceso vascular ecoguiado. Se ha demostrado la eficacia de la ecografía durante la canalización venosa y arterial, recomendándose para todos los pacientes, en especial en los más pequeños.

CONCLUSIONES

La protección del capital venoso debe considerarse una prioridad en el cuidado del recién nacido. La reducción de punciones innecesarias, la adecuada selección de dispositivos y la capacitación continua del equipo de salud contribuyen a disminuir el dolor, preve-

nir complicaciones y mejorar la calidad asistencial. La preservación vascular no comienza después del fracaso de varios intentos, sino antes de la primera punción. ***“Una mejoría de calidad no busca quién lo hace bien y quién lo hace mal. Sino que todos lo hagamos mejor”***

BIBLIOGRAFÍA

- Infusion Nurses Society. Infusion Therapy Standards of Practice. J Infus Nurs. 2024.
- Pettit J. Assessment of infants with difficult vascular access. Neonatal Network.
- Anand KJS, Hall RW. Neonatal pain management. Clin Perinatol.
- Johnston CC, Stevens BJ. Pain in neonates. Pain Research and Management.
- Sociedad Iberoamericana de Neonatología. Recomendaciones sobre accesos vasculares neonatales.
- Gorski LA, Hadaway L, Hagle ME, et al. Infusion Therapy Standards of Practice.
- World Health Organization. Patient Safety Guidelines.
- Marsh N, Larsen E, Takashima M. Peripheral intravenous catheter failure: systematic
- 21. Registered Nurses' Association of Ontario. Acceso vascular [Internet]. Ontario: Registered Nurses' Association of Ontario; 2021 [citado 15 dic 2024]. Disponible en: <https://rnao.ca/bpg/language?page=7> [Links]review.
- Cherchi, M. (2016). Evaluación y tratamiento del dolor y estrés en los neonatos BIBLIOGRAFÍA ingresados en la unidad de cuidados intensivos y cuidados intermedios neonatales (p. 5). Facultad de Medicina de la Universidad de Cantabria. Revisado en <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8843/CherchiPepeMS.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Micó, J. (2018). Gestionar el patrimonio vascular del paciente, es seguridad. Presentación, Universidad de Alicante
- Gestión del capital venoso en el paciente neonatal. 2023
- Canalización arterial ecoguiada en neonatología. En curso.
- Miembro SOCHITEIN
- Mat. Joselyn Gutiérrez V
- <http://www.manuelosses.cl/pneo/gestionf>

CUANDO EL MONITOR CALLA: El valor de la observación clínica de enfermería en la detección precoz del deterioro neonatal



Imagen: Freepik.com

OBJETIVO GENERAL

Analizar la importancia del juicio clínico de enfermería en la detección precoz del deterioro neonatal, destacando el papel de la experiencia, la observación sistemática y la conciencia situacional en la interpretación de cambios clínicos sutiles y en la toma oportuna de decisiones para favorecer la seguridad del recién nacido.

“Son las 3 de la mañana. La unidad está en silencio. Los monitores muestran parámetros estables. Sin embargo, al acercarte a la incubadora, hay algo que te hace detenerte. No sabes exactamente qué es. El color cambió apenas. La respiración parece diferente. Ese bebé ya no se ve igual...”. Cuantas veces en la práctica diaria nos encontramos este tipo de situaciones y la mirada de la enfermera se convierte en la piedra fundamental del trabajo en equipo del personal de salud.

La neonatología es una de las áreas más complejas de la enfermería. El recién nacido, puede cambiar su estado clínico en cuestión de minutos. Muchas veces el personal que detecta esos cambios es el enfermero.

Por este motivo el juicio clínico constituye una de las competencias más importantes del personal de enfermería neonatal. No consiste únicamente en observar signos vitales o cumplir indicaciones médicas, sino en interpretar los datos obtenidos, relacionarlos con el estado fisiológico del recién nacido, anticiparse a las complicaciones y actuar oportunamente. El juicio clínico permite reconocer de forma precoz el deterioro del paciente, establecer prioridades de atención, seleccionar las intervenciones más adecuadas y evaluar continuamente la respuesta del tratamiento. Un juicio clínico adecuado puede modificar el pronóstico del recién nacido y disminuir la morbilidad neonatal.

¿QUÉ ES EL JUICIO CLÍNICO DE ENFERMERÍA?

El juicio clínico de enfermería es la capacidad profesional para analizar e interpretar la información del paciente, utilizando conocimientos, experiencia y pensamiento crítico, con el fin de tomar decisiones que orienten el cuidado de enfermería. No consiste solamente en “ver” un signo clínico, consiste en preguntarse constantemente:

¿Qué estoy observando? ¿Es normal para este recién nacido? ¿Qué significa este cambio? ¿Qué debo hacer primero? Estas preguntas deben responderse rápidamente. El recién nacido posee escasas reservas fisiológicas. Una pequeña alteración puede producir en poco tiempo un compromiso multisistémico.

EL JUICIO CLÍNICO INTEGRA CUATRO CAPACIDADES FUNDAMENTALES:

- 1. Observar:** Consiste en obtener información confiable mediante: valoración física, monitorización, observación continua, revisión de antecedentes, comunicación con la familia y el equipo.
- 2. Interpretar:** Los datos aislados tienen poco valor. El profesional debe relacionarlos entre sí. Por ejemplo: aumento de frecuencia respiratoria, descenso de saturación, retracciones intercostales, irritabilidad. En conjunto sugieren deterioro respiratorio.
- 3. Priorizar:** No todos los problemas tienen la misma urgencia. El enfermero debe decidir qué requiere intervención inmediata.
- 4. Actuar y reevaluar:** Después de intervenir al paciente, vuelve a evaluarse. Todo juicio clínico es dinámico.

¿QUÉ ES LA CONCIENCIA SITUACIONAL?

La capacidad de percibir los elementos relevantes del entorno, comprender su significado y anticipar como pueden evolucionar, con el fin de tomar decisiones oportunas y seguras. En enfermería implica mantener una visión integral del estado del paciente, del contexto asistencial y de los posibles riesgos para actuar de manera eficaz y prevenir efectos adversos. Es la habilidad de saber que está pasando con el paciente y el entorno, comprender la situación y anticiparse a los cambios para brindar un cuidado seguro y de calidad.

LA EXPERIENCIA COMO HERRAMIENTA FUNDAMENTAL PARA DETECTAR EL DETERIORO

La práctica permite al profesional reconocer cambios sutiles y tempranos que muchas veces proceden a las alteraciones evidentes de los signos vitales. Los recién nacidos, especialmente los prematuros o críticos, suelen compensar su estado clínico hasta etapas avanzadas, por lo que pequeños cambios en el color de la piel, el patrón respiratorio, el tono muscular, la alimentación o el comportamiento pueden ser los primeros indicadores del deterioro. La experiencia ayuda a la enfermera a integrar la observación, los conocimientos científicos y el juicio clínico para identificar patrones de riesgo, anticipar complicaciones y disminuir la probabilidad de efectos adversos.

LA IMPORTANCIA DE INTEGRAR OBSERVACIÓN Y JUICIO CLÍNICO

En neonatología, la detección precoz del deterioro no depende únicamente de los valores registrados por los monitores. La valoración continua de enfermería permite integrar los signos clínicos, el comportamiento del recién nacido, sus antecedentes y la evolución de su estado general.

LAS PISTAS QUE EL MONITOR TODAVÍA NO MUESTRA	
Lo que observa la enfermera	Lo que puede significar
Cambio de color	-Hipoperfusión -Sepsis -Hipoxemia
Menor reactividad	-Deterioro neurológico o metabólico
Llanto débil	-Fatiga -Compromiso respiratorio
Cambio del tono	-Hipoxia -Sepsis -Alteraciones neurológicas
Perfusión lenta	-Shock temprano
Respiración distinta	-Inicio de insuficiencia respiratoria

La combinación entre observación sistemática, conocimiento científico, experiencia y conciencia situacional permite reconocer cambios sutiles, establecer prioridades y comunicar oportunamente las alteraciones al resto del equipo de salud.

Por este motivo, la mirada de enfermería constituye una herramienta fundamental para la seguridad del paciente neonatal, ya que permite intervenir antes de que el deterioro se manifieste de forma evidente.

Muchas veces la primera alarma no es un número. Es una sensación difícil de explicar que nace de conocer a ese recién nacido después de varias horas de cuidado. Esa percepción, lejos de ser intuición, suele ser el resultado de años de experiencia, observación sistemática y razonamiento clínico.

La tecnología seguirá evolucionando y probablemente los monitores del futuro sean capaces de anti-

cipar muchas complicaciones. Pero, mientras exista un recién nacido necesitando cuidados, seguirá siendo indispensable la mirada de una enfermera capaz de reconocer que algo cambió antes de que aparezca la primera alarma. Porque algunos signos todavía no se escuchan, se observan.

BIBLIOGRAFIA

- Ministerio de Salud de la Nación. (2024) Enfermería en la atención del paciente crítico neonatal.
- Canto, V.B do, Silva, T. G. da, Santos, G. A dos, Carvalho (2021) Capacidad del juicio clínico. Revista Latinoamericana de Enfermagen. Número 29.
- Tanner, C.A (2006) Thinking like a nurse. Journal of Nursing Education, 45 (6).



Imagen: Freepik.com

Eficacia de los cuidados de enfermería en la prevención del tromboembolismo pulmonar: importancia de la valoración temprana

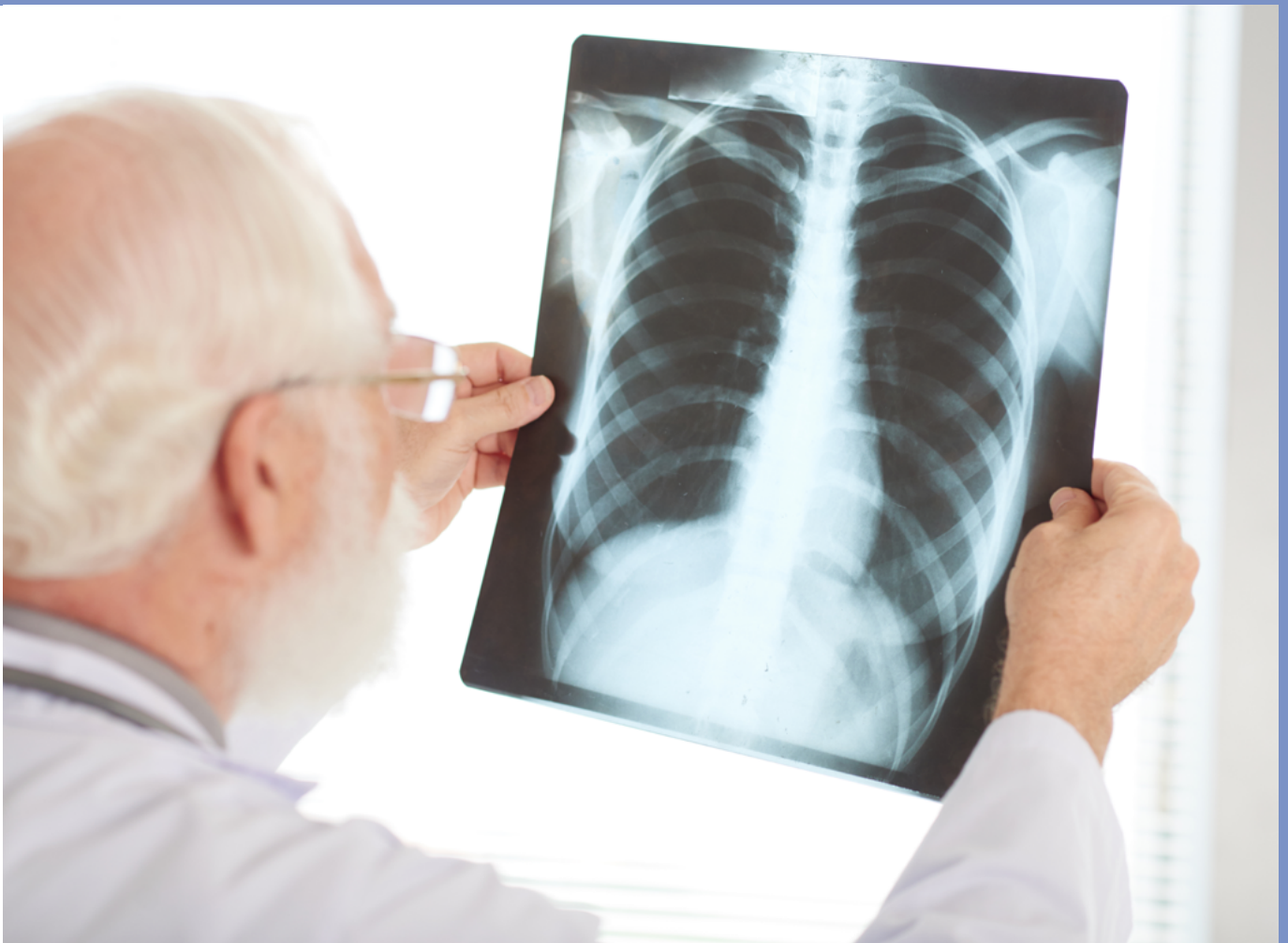


Imagen: Freepik.com

OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de eficacia de las intervenciones de enfermería, en la prevención temprana de tromboembolismo pulmonar (TEP) en pacientes internados. criterios de vigilancia clínica y acciones orientadas a fortalecer la seguridad del paciente.

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una complicación grave del tromboembolismo venoso y constituye un evento potencialmente prevenible en pacientes hospitalizados. Su aparición se relaciona con factores como inmovilidad prolongada, cirugía, traumatismos, edad avanzada, antecedentes de trombosis y enfermedades asociadas. La enfermería cumple un rol esencial en la prevención mediante la valoración temprana del riesgo, la movilización precoz, la vigilancia clínica, la educación al paciente y la familia, el control de la profilaxis indicada y la comunicación interdisciplinaria. Esta publicación tiene como objetivo describir la eficacia de los cuidados de enfermería en la prevención del TEP, destacando intervenciones seguras, oportunas y basadas en guías clínicas. Se concluye que una práctica enfermera sistemática, documentada y centrada en la seguridad del paciente contribuye a disminuir complicaciones evitables y mejorar la calidad de atención hospitalaria.

La seguridad del paciente se basa en la prevención de daños evitables durante la atención sanitaria. Dentro de los eventos adversos prevenibles se encuentra el tromboembolismo venoso (TEV), que incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP). El TEP se produce cuando un coágulo obstruye una o más arterias pulmonares, lo que puede comprometer la oxigenación, la función cardiopulmonar y la vida del paciente.

Los pacientes hospitalizados presentan mayor riesgo de desarrollar TEV debido a la inmovilidad, ci-

rugías, traumatismos, procesos inflamatorios, enfermedades cardiovasculares, cáncer, obesidad y antecedentes personales o familiares de trombosis. Por este motivo, la prevención del TEP debe iniciarse desde el ingreso y mantenerse durante toda la internación, con reevaluaciones periódicas según la evolución clínica. La importancia de que enfermería detecte tempranamente a los pacientes con riesgo o sospecha de TEP se debe a que el tromboembolismo pulmonar puede evolucionar rápidamente y comprometer la vida del paciente.

El tratamiento del tromboembolismo pulmonar debe iniciarse de forma precoz y adaptarse a la gravedad del cuadro clínico. Enfermería cumple un rol fundamental en la administración segura del tratamiento, la vigilancia de complicaciones y la educación del paciente. (Ver tabla)

LA IMPORTANCIA DE LA ENOXAPARINA EN PACIENTES CON TEP

La enoxaparina cumple un papel fundamental en el tratamiento y la prevención de complicaciones del tromboembolismo pulmonar, ya que actúa como anticoagulante y disminuye la formación de nuevos coágulos. Su uso permite controlar la progresión del trombo existente, reducir el riesgo de recurrencia del TEP y favorecer la estabilidad clínica del paciente. Se utiliza principalmente en pacientes que requieren anticoagulación inicial o profilaxis tromboembólica, siempre bajo indicación médica y considerando el riesgo de sangrado.

Desde el rol de enfermería, es esencial administrar la enoxaparina según la dosis, horario y vía indicada, generalmente por vía subcutánea. Además, se debe controlar la aparición de signos de sangrado, como hematomas, sangrado de encías, sangre en orina o materia fecal, epistaxis, palidez, debilidad o descenso de la presión arterial. También es importante vigilar el sitio de aplicación, rotar las zonas de inyección, registrar la administración y educar al paciente sobre la importancia de no suspender el tratamiento sin indicación médica.

Tratamiento	¿Para qué sirve?	Cuidados de enfermería
Oxígeno	Ayuda a mejorar la respiración y la saturación de oxígeno.	Controlar saturación, frecuencia respiratoria y signos vitales.
Anticoagulantes	Evitan que el coágulo crezca y previenen nuevos coágulos.	Administrar según indicación médica y vigilar signos de sangrado.
Enoxaparina	Anticoagulante usado con frecuencia para tratar o prevenir complicaciones del TEP.	Aplicar por vía subcutánea, rotar zonas de aplicación y registrar la dosis.
Trombolíticos	Ayudan a disolver el coágulo en casos graves.	Vigilar sangrados, presión arterial, estado neurológico y avisar cambios.
Filtro de vena cava	Impide que coágulos de las piernas lleguen a los pulmones.	Preparar al paciente y controlar el sitio de colocación.
Cirugía o procedimiento por catéter	Permite retirar el coágulo cuando el TEP es muy grave.	Preparar al paciente, controlar signos vitales y vigilar complicaciones.

¿QUÉ ES LA EFICACIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA?

La eficacia de los cuidados de enfermería en la prevención del TEP depende de la capacidad para identificar de forma temprana a los pacientes con riesgo aumentado. La valoración inicial debe considerar antecedentes de trombosis, tipo de cirugía, nivel de movilidad, presencia de traumatismos, edad, comorbilidades, tratamiento farmacológico y factores que puedan incrementar el riesgo de sangrado. Esta evaluación permite planificar cuidados individualizados y aplicar medidas preventivas adecuadas.

La movilización precoz es una de las intervenciones no farmacológicas más importantes. Favorece el retorno venoso, disminuye la estasis sanguínea y reduce la posibilidad de formación de trombos en miembros inferiores. Cuando el paciente no puede deambular, enfermería debe promover cambios posturales, ejercicios activos o pasivos según tolerancia, elevación adecuada de extremidades y control de dispositivos mecánicos indicados por el equipo de salud.

Otra intervención relevante es el control de la profilaxis farmacológica prescrita. El personal de enfermería debe verificar la indicación médica, administrar la medicación en el horario correspondiente, observar posibles efectos adversos, controlar signos de sangrado y registrar la intervención. La omisión o demora en la administración de profilaxis puede disminuir la efectividad preventiva y aumentar el riesgo de eventos tromboembólicos.

La vigilancia clínica continua permite detectar signos sugestivos de TVP o TEP. Entre los signos de TVP se incluyen dolor, edema, aumento de temperatura, enrojecimiento o sensibilidad en miembros inferiores. Los signos que pueden orientar a TEP son disnea súbita, dolor torácico, taquicardia, disminución de la saturación de oxígeno, tos, sudoración o síncope. Ante estos hallazgos, enfermería debe notificar de inmediato al equipo médico y registrar la situación.

La educación al paciente y su familia también forma parte de la prevención. Explicar la importancia de la movilización, los ejercicios indicados, la hidratación cuando corresponda, la adherencia a las medidas preventivas y la consulta ante signos de alarma favorece la participación del paciente en su propio cuidado. Esta intervención cobra especial importancia al momento del alta, ya que algunos eventos tromboembólicos pueden presentarse después de la hospitalización.

El trabajo interdisciplinario fortalece la eficacia de la prevención. La coordinación entre enfermería, medicina, kinesioterapia, farmacia y otros integrantes del equipo de salud permite asegurar que la valoración del riesgo, la profilaxis, la movilización y el seguimiento se realicen de manera continua. Además, el registro completo de las intervenciones facilita la trazabilidad del cuidado y permite evaluar la calidad de la atención.

INDICADORES PARA EVALUAR LA EFICACIA DEL CUIDADO

- Registro de valoración del riesgo tromboembólico al ingreso y durante la internación.
- Cumplimiento de la movilización precoz o ejercicios indicados.
- Administración correcta y oportuna de la profilaxis farmacológica prescrita.
- Aplicación adecuada de medidas mecánicas cuando estén indicadas.
- Educación documentada al paciente y su familia.
- Detección y comunicación temprana de signos de alarma.
- Disminución de eventos tromboembólicos asociados a la hospitalización.

¿QUÉ ROL CUMPLE ENFERMERÍA EN EL DIAGNOSTICO DEL TEP?

El rol de enfermería en el diagnóstico del TEP no consiste en confirmar el diagnóstico médico, sino en identificar precozmente signos de alarma, valorar factores de riesgo, registrar cambios clínicos y activar la respuesta del equipo de salud. La actuación rápida de enfermería puede ser decisiva porque el tromboembolismo pulmonar es una urgencia que puede comprometer la vida del paciente.

En primer lugar, enfermería debe realizar una valoración clínica continua, observando síntomas como disnea súbita, dolor torácico, taquicardia, disminución de la saturación de oxígeno, tos, sudoración, palidez, ansiedad, síncope o cambios bruscos en el estado general. También debe controlar signos vitales, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y características del dolor si está presente.

Además, debe identificar factores de riesgo como inmovilidad prolongada, cirugía reciente, traumatismos, antecedentes de trombosis venosa profunda, obesidad, cáncer, edad avanzada, embarazo o puerperio, enfermedades cardiovasculares y uso de tratamientos hormonales. Esta información orienta al equipo médico sobre la probabilidad clínica de TEP.

Otro aspecto fundamental es la detección de signos de trombosis venosa profunda, ya que muchos TEP se originan en coágulos de miembros inferiores. Enfermería debe observar dolor en pantorrilla, edema, aumento de temperatura local, enrojecimiento o sensibilidad en una pierna.

Ante la sospecha de TEP, enfermería debe notificar de inmediato al médico, mantener al paciente en reposo, controlar la vía aérea y la oxigenación, administrar oxígeno si está indicado, preparar accesos venosos, colaborar con la toma de muestras de laboratorio, preparar al paciente para estudios diagnósticos como dímero D, angiotomografía pulmonar, ecografía Doppler o gases en sangre, y registrar todas las intervenciones realizadas.



Imagen: Freepik.com

En síntesis, enfermería cumple un rol clave en el diagnóstico precoz del TEP mediante la vigilancia permanente, la valoración del riesgo, la detección de signos clínicos, la comunicación rápida y la preparación del paciente para estudios complementarios. Su intervención oportuna favorece el diagnóstico temprano, el inicio rápido del tratamiento y la disminución de complicaciones.

Los cuidados de enfermería son fundamentales para prevenir el tromboembolismo pulmonar en pacientes hospitalizados. Su eficacia se relaciona con la valoración temprana del riesgo, la aplicación sistemática de medidas preventivas, la administración segura de la profilaxis indicada, la vigilancia clínica continua, la educación sanitaria y el trabajo interdisciplinario. La enfermería, al mantener contacto permanente con el paciente, ocupa una posición estratégica para detectar riesgos, intervenir oportunamente y contribuir a una atención más segura, humana y de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2022). Preventing hospital-associated venous thromboembolism: A guide for effective quality improvement.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024, May 15).
- NANDA International. (2021). NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification, 2021–2023. Thieme.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023). Venous thromboembolic diseases: Diagnosis, management and thrombophilia testing (NICE Guideline No. 158). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng158>
- World Health Organization. (2023). Patient safety. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

Enfermería y el manejo del dolor en el recién nacido



Imagen: Freepik.com

Autores

Álvarez, Jérica

Funes, Melisa

Spalenza, Marcelo

RESUMEN

El dolor neonatal constituye una experiencia sensorial y emocional que puede generar consecuencias fisiológicas, conductuales y neurológicas significativas en el recién nacido, especialmente cuando no es reconocido y tratado de manera adecuada. En este contexto, las intervenciones no farmacológicas representan estrategias seguras y eficaces para disminuir el dolor asociado a procedimientos invasivos y favorecer la estabilidad clínica del neonato.

La presente investigación tuvo como objetivo analizar el impacto de la aplicación de medidas no farmacológicas para el alivio del dolor por parte del personal de enfermería y su relación con la estabilidad de los signos vitales en recién nacidos internados en el Servicio de Neonatología.

Se desarrolló un estudio con enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo. La población estuvo constituida por 29 enfermeros del servicio de Neonatología, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. La recolección de

datos se realizó mediante una encuesta estructurada con preguntas cerradas y de opción múltiple, orientadas a identificar los conocimientos y la aplicación de técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor neonatal.

Los resultados evidenciaron que la mayoría del personal de enfermería posee conocimientos sobre las intervenciones no farmacológicas y reconoce su importancia en el cuidado neonatal. Asimismo, se observó una amplia utilización de estrategias como el contacto piel a piel, el amamantamiento, la succión no nutritiva, el arropamiento, la musicoterapia y el control ambiental, las cuales contribuyen a disminuir las manifestaciones de dolor y a favorecer la estabilidad de los signos vitales del recién nacido.

Se concluye que las intervenciones no farmacológicas constituyen herramientas fundamentales en el manejo integral del dolor neonatal, permitiendo mejorar el bienestar del recién nacido, reducir el estrés asociado a los procedimientos y promover una atención más humanizada. Resulta indispensable fortalecer la capacitación continua del personal de enfermería y fomentar la implementación sistemática de estas prácticas dentro de los servicios de Neonatología.

Palabras clave: dolor neonatal, intervenciones no farmacológicas, enfermería neonatal, recién nacido, signos vitales, cuidados humanizados.



Imagen: Freepik.com

INTRODUCCIÓN

El dolor neonatal constituye actualmente uno de los principales desafíos dentro de la atención integral del recién nacido hospitalizado. Durante muchos años se consideró erróneamente que los neonatos, especialmente los prematuros, poseían una limitada capacidad para percibir el dolor debido a la inmadurez de su sistema nervioso. Sin embargo, los avances científicos han demostrado que los recién nacidos son capaces de experimentar estímulos dolorosos desde etapas tempranas del desarrollo, presentando incluso una mayor vulnerabilidad frente a sus efectos debido a la inmadurez de los mecanismos de modulación del dolor. La internación en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales implica la exposición frecuente a procedimientos invasivos, manipulaciones repetidas, ruidos, luces intensas y separación de la madre, situaciones que generan estrés y dolor, con repercusiones fisiológicas, conductuales y neurológicas tanto a corto como a largo plazo.

Diversos estudios han demostrado que la exposición reiterada al dolor durante el período neonatal puede afectar el desarrollo neurológico, modificar la respuesta futura a los estímulos dolorosos y comprometer la calidad de vida del niño.

Frente a esta problemática, el personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la prevención, evaluación y tratamiento del dolor neonatal. Además de las intervenciones farmacológicas, existen diversas medidas no farmacológicas que han demostrado eficacia para disminuir el dolor y favorecer la estabilidad fisiológica del recién nacido. Entre ellas se destacan la succión no nutritiva, el arropamiento, la administración de sucrosa, el contacto piel a piel, el amamantamiento, la musicoterapia, los masajes y el control ambiental. Estas estrategias contribuyen a reducir el estrés, mejorar el confort y promover un cuidado más humanizado y centrado en la familia.

En la actualidad, el cuidado neonatal se orienta hacia modelos de atención centrados en el recién naci-

do y su familia, reconociendo la importancia de implementar intervenciones que no solo favorezcan la supervivencia, sino también el bienestar físico y emocional del neonato. En este contexto, resulta indispensable conocer el grado de aplicación de las técnicas no farmacológicas por parte del personal de enfermería y su impacto sobre la estabilidad de los signos vitales durante procedimientos potencialmente dolorosos.

Por tal motivo, la presente investigación tuvo como propósito analizar el impacto de la aplicación de medidas no farmacológicas para el alivio del dolor neonatal por parte del personal de enfermería y su relación con la estabilidad de los signos vitales del recién nacido internado en el Servicio de Neonatología. Para ello se desarrolló un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo, utilizando como fuente de información a los enfermeros que desempeñan funciones en dicho servicio. Los resultados obtenidos permitirán fortalecer las prácticas de cuidado humanizado, promover la utilización sistemática de intervenciones no farmacológicas y contribuir a mejorar la calidad de atención brindada a los recién nacidos hospitalizados.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El dolor en el recién nacido se ha tratado de forma insuficiente ya que se creía que la incapacidad del mismo para verbalizar sus sentimientos y expresar su dolor era sinónimo de incapacidad para experimentarlo y recordarlo.

Las manifestaciones del dolor durante las intervenciones invasivas de enfermería evidencian que los estímulos dolorosos, repetidos y mantenidos en el tiempo pueden afectar el desarrollo neurológico y de la conducta de los mismos, de aquí la importancia de la aplicación de medidas no farmacológicas previo a procedimientos de rutina para tratar el dolor en RN.

La exposición al dolor y los procedimientos dolorosos repetidos son aún mayores en los recién nacidos enfermos y / o prematuros debido a su condición médica, pero principalmente como resultado de la atención y el tratamiento que reciben. Los recién nacidos hospitalizados experimentan dolor que puede tener efectos negativos a corto y largo plazo, por lo tanto, los cuales deben prevenirse y tratarse.

Las unidades de cuidados intensivos neonatales UCIN deben adoptar suficientes herramientas de evaluación del dolor que cubran las diferentes edades gestacionales y los tipos de dolor que ocurren en su entorno. La evaluación del dolor debe realizarse de forma regular y se debe actuar sobre cualquier detección de dolor.

Por otra parte, es importante incluir la participación de la familia para evitar, prevenir y tratar el dolor generado por los procedimientos estrictamente necesarios para el tratamiento, como por ejemplo estimular el contacto piel a piel (CoPaP) precoz y prolongado de la madre o el padre con el bebé.

Es interés de los autores del presente trabajo, conocer el estado actual de este tema, porque nace de la inquietud profesional por vincular el conocimiento teórico con la realidad empírica de nuestra unidad,. Al observar que la atención al dolor es un componente importante para evitar efectos negativos a largo plazo, se hace necesario documentar científicamente cómo se aplican las medidas no farmacológicas en la Neonatología, buscando no solo describir el saber del personal, sino probar la relación entre estas intervenciones y la estabilidad clínica de los prematuros. Esta investigación se justifica como un proceso formativo para el personal de enfermería, que busca generar conocimiento científico nuevo y alternativas de solución viables para elevar la calidad del cuidado neonatal basada en evidencia propia de nuestro servicio

Los autores consideran que la capacitación continua y el nivel de información del equipo de enfermería son elementales para desarrollar las estrategias necesarias para evitar y/o disminuir el dolor y sus consecuencias en los neonatos.

Por ello, se hace necesario plantear las siguientes preguntas orientadoras para un abordaje integral del tema de estudio.

¿Enfermería reconoce el dolor en el RN?

¿Qué intervenciones de enfermería se implementan para prevenir y aliviar el dolor en el RN?

¿Enfermería aplica medidas no farmacológicas para aliviar el dolor del RN, ante procedimientos invasivos?

¿Cuáles son las medidas para alivio del dolor que aplica enfermería?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la aplicación de medidas no farmacológicas para el alivio del dolor y la estabilidad de los signos vitales (como indicadores de protección neurológica) en recién nacidos prematuros durante intervenciones invasivas de enfermería en neonatología.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar las principales intervenciones no farmacológicas (como succión no nutritiva, posicionamiento o contacto piel a piel) que aplica el personal de enfermería durante los procedimientos invasivos en la unidad de neonatología.
2. Analizar las variaciones de los signos vitales y evaluar perfusión periférica en los recién nacidos prematuros antes, durante y después de la aplicación de dichas medidas para evaluar la manifestación de dolor.

CONCLUSIÓN

1. Los resultados obtenidos permitieron identificar que el personal de enfermería del Servicio de Neonatología del Hospital Virgen de la Misericordia posee

- conocimientos adecuados sobre las intervenciones no farmacológicas utilizadas para el manejo del dolor neonatal, reconociendo su importancia dentro de los cuidados integrales del recién nacido.
2. Se evidenció que las técnicas no farmacológicas constituyen una herramienta terapéutica eficaz para disminuir las manifestaciones de dolor y estrés en el neonato durante la realización de procedimientos invasivos y otras intervenciones asistenciales.
 3. Entre las estrategias más utilizadas por el personal de enfermería se destacan el contacto piel a piel, la succión no nutritiva, el amamantamiento, el arropamiento, la musicoterapia y el control ambiental, intervenciones que contribuyen al confort y bienestar del recién nacido.
 4. La aplicación de estas medidas favorece la estabilidad de los signos vitales del neonato, reflejada en una mejor regulación de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y comportamiento general durante los procedimientos.
 5. El manejo no farmacológico del dolor representa una alternativa segura, accesible y de bajo costo, que complementa el tratamiento farmacológico cuando es necesario promover una atención neonatal más humanizada.
 6. El rol de enfermería resulta fundamental en la valoración, prevención y manejo del dolor neonatal, debido a su contacto permanente con el recién nacido y su familia, permitiendo la implementación oportuna de estrategias destinadas a minimizar el sufrimiento y sus posibles consecuencias a corto y largo plazo.
 7. La incorporación sistemática de estas intervenciones en los protocolos de atención favorece la calidad del cuidado, fortalece la participación familiar y contribuye al desarrollo de prácticas asistenciales basadas en la evidencia científica.

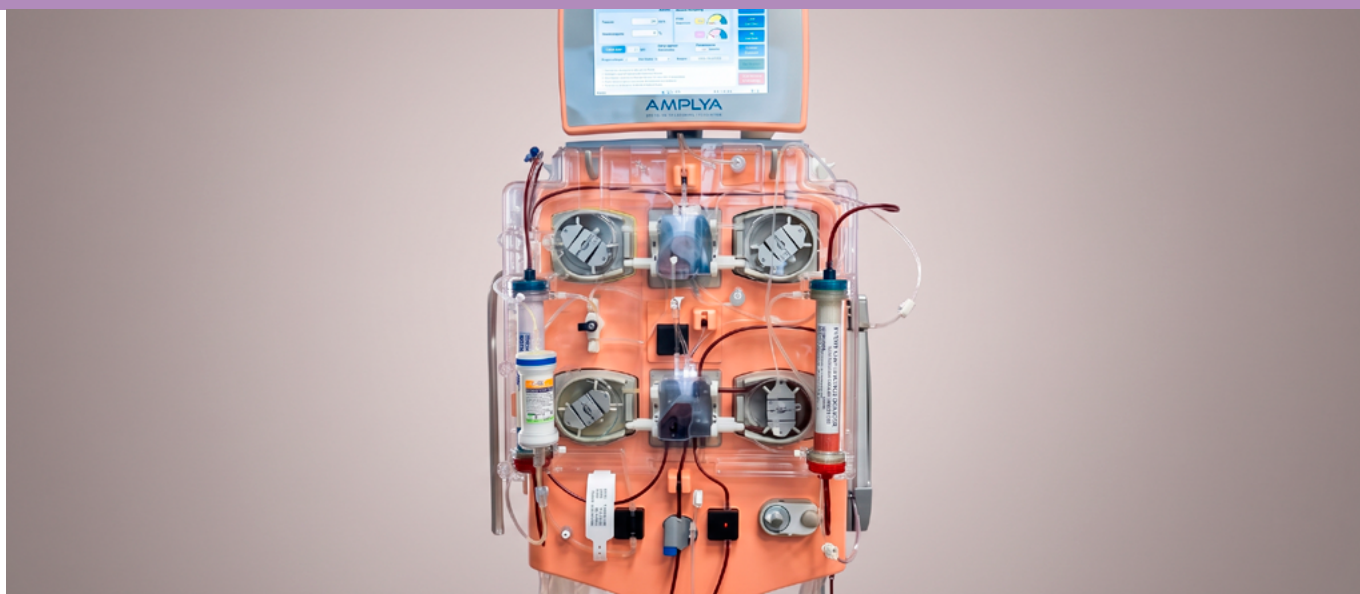
RECOMENDACIONES

1. Fortalecer la capacitación continua del personal de enfermería en relación con la valoración y manejo del dolor neonatal mediante la actualización permanente sobre intervenciones no farmacológicas basadas en evidencia científica.
2. Promover la utilización sistemática de escalas validadas para la evaluación del dolor neonatal, permitiendo una valoración objetiva y una intervención oportuna frente a situaciones dolorosas.
3. Incorporar protocolos institucionales específicos que contemplen la aplicación de medidas no farmacológicas antes, durante y después de los procedimientos potencialmente dolorosos realizados en el recién nacido.
4. Favorecer la participación activa de los padres en los cuidados neonatales, especialmente mediante estrategias como el contacto piel a piel, el método madre canguro y el amamantamiento, fortaleciendo el vínculo afectivo y disminuyendo el estrés del neonato.
5. Garantizar un ambiente adecuado dentro de la Unidad de Neonatología, controlando factores como el ruido, la iluminación y la manipulación excesiva, con el fin de reducir estímulos estresantes y favorecer el confort del recién nacido.
6. Incentivar la realización de futuras investigaciones relacionadas con la efectividad de las distintas intervenciones no farmacológicas y su impacto sobre variables fisiológicas y conductuales del recién nacido en diferentes contextos asistenciales.
7. Sensibilizar a todo el equipo interdisciplinario sobre la importancia del reconocimiento y tratamiento oportuno del dolor neonatal, promoviendo una atención integral, segura y humanizada centrada en el recién nacido y su familia.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Internacional para el Estudio del Dolor. (2020). Revised definition of pain.
- Comité Nacional de Neonatología. (2019). Manejo del dolor en neonatología. Sociedad Argentina de Pediatría. Archivos Argentinos de Pediatría, 117(Supl. 5), S180-S194.
- Debillon, T., Zupan, V., Ravault, N., Magny, J. F., & Dehan, M. (2001). Development and initial validation of the EDIN scale, a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants. Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition, 85(1), F36-F41. <https://doi.org/10.1136/fn.85.1.f36>
- Dolor en recién nacidos: Una revisión de la literatura. (2023). Revista Salud Uninorte, 39(2). (Epub 08 de abril de 2024).
- Espinosa Fernández, M. et al. (2020). Estrés neonatal y consecuencias del dolor en la UCIN.
- Fernández Jonusas, S. et al. (2019). Manejo del dolor en neonatología. Sociedad Argentina de Pediatría. Archivos Argentinos de Pediatría, 117(Supl. 5), S180-S194.
- Grupo de Trabajo de Dolor en Neonatología, Comité de Estudios Feto-Neonatales (CEFEN). (2019). Manejo del dolor en Neonatología. Archivos Argentinos de Pediatría, 117(Supl. 5), S180-S194. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2019.5180>
- Unidad de Neonatología del Hospital General Universitario de Alicante. (s.f.). Dolor Neonatal. Tratamiento NO farmacológico (p. 3).
- Valoración del dolor neonatal: un reto para los profesionales. (6 de febrero de 2022). Revista Sanitaria de Investigación.
- Vidal Fuentes. (2020). Conceptualización contemporánea del dolor y su evolución histórica.
- Hernández Sampieri, R Fernández, C y Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación. 4 ta Edición. Editorial Mc Graw Hill. México.

Cuidados de enfermería pediátrica en pacientes tratados con AMPLYA



Autores

Lic.Andacaba Sonia

soniandacaba@gmail.com

Lic.Bruna Paola

carime198730@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El paciente pediátrico críticamente enfermo puede presentar alteraciones que requieran una terapia de depuración extracorpórea. Estas terapias permiten realizar procesos de filtración, ultrafiltración, intercambio o adsorción mediante un circuito extracorpóreo.

El equipo permite realizar diferentes tratamientos y cuenta con sistemas destinados al control de parámetros como flujo sanguíneo, presiones, temperatura y balance de líquidos. También establece diferentes sistemas de protección y alarmas destinados a detectar situaciones que pueden comprometer la seguridad durante el tratamiento.

Enfermería ocupa un lugar fundamental, ya que permanece junto al paciente durante todo el procedimiento y participa en la vigilancia del funcionamiento del sistema.

¿QUÉ ES EL AMPLYA?

SISTEMA DE APOYO MULTIORGÁNICO AMPLYA

Amplatric es la respuesta multiterapéutica y biotecnológica de Medtronic para los tratamientos de las insuficiencias y fallas multi-orgánicas de los pacientes críticos agudos. El sistema permite distintas modalidades de depuración extracorpórea de la sangre en unidades de terapia intensiva, mediante programas terapéuticos personalizados y una plataforma única que ofrece múltiples soluciones.

Marca: Bellco / Modelo: Amplatric

OBJETIVO

Describir los principales cuidados de enfermería pediátrica relacionados con la atención de pacientes sometidos a terapias extracorpóreas mediante el equipo AMPLYA.

CUIDADOS ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO

El tratamiento se realiza mediante un circuito extracorpóreo de un solo uso compuesto por líneas, fil-

tros, cámaras y otros dispositivos según la terapia seleccionada. El comprende diferentes etapas de carga, montaje, cebado o lavado del circuito y posteriormente la ejecución del tratamiento.

Antes de comenzar, enfermería debe verificar la identificación del paciente, la indicación del tratamiento y la modalidad seleccionada. También debe comprobarse el circuito extracorpóreo correspondiente, los elementos necesarios y las condiciones de funcionamiento del equipo.

El montaje y cebado del circuito deben realizarse siguiendo estrictamente el procedimiento establecido para la terapia indicada y las normas institucionales. El cebado como el proceso destinado a eliminar aire y posibles depósitos presentes en el circuito extracorpóreo.

Es fundamental comprobar que las conexiones estén correctamente realizadas y que el circuito se encuentre preparado antes de establecer la conexión con el paciente.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL TRATAMIENTO

Una vez iniciado el tratamiento, la vigilancia de enfermería debe ser permanente.

1. Control del paciente

Se debe valorar continuamente el estado clínico y hemodinámico del niño, observando posibles cambios durante la terapia.

2. Control del balance de líquidos

El equipo AMPLYA permite realizar el control del balance de líquidos durante determinados tratamientos. Enfermería debe registrar los líquidos administrados y los eliminados, controlar las bolsas correspondientes y comunicar oportunamente cualquier variación significativa.

3. Control de las presiones

El circuito extracorpóreo posee diferentes puntos de medición de presión como parte de las operaciones de rutina y dispone de sistemas de protección frente a determinadas alteraciones.

La aparición de una alarma de presión debe ser evaluada de acuerdo con el procedimiento establecido, evitando ignorar o silenciar una alarma sin identificar previamente su causa.

4. Control de la temperatura

Durante el tratamiento debe realizarse el control de la temperatura del paciente. AMPLYA dispone de un sistema de calentamiento de líquidos y el manual incluye específicamente el control de la temperatura del paciente dentro de las operaciones de rutina.

En el paciente pediátrico, el control de la temperatura adquiere especial importancia, por lo que deben registrarse los valores y comunicar cualquier alteración.

5. Vigilancia del circuito extracorpóreo

Enfermería debe observar el circuito durante todo el procedimiento, verificando la integridad de las líneas,

cámaras y conexiones, así como la presencia de situaciones que puedan alterar el funcionamiento normal.

ALARMAS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad constituye uno de los aspectos fundamentales en el uso de AMPLYA. Entre las situaciones contempladas se encuentran:

- Detección de aire en la línea de restitución.
- Alteraciones de las presiones.
- Fugas hemáticas a través de la membrana.
- Errores en el balance de líquidos.
- Riesgo de coagulación.
- Alarmas relacionadas con el calentador.
- Fallos de alimentación eléctrica.
- Alarmas del sistema.

Ante una alarma, enfermería debe valorar primero al paciente y posteriormente identificar la causa indicada por el equipo, actuando según el protocolo institucional y las indicaciones del equipo médico.

ROL DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

El cuidado de un paciente pediátrico conectado a AMPLYA requiere conocimientos técnicos, capacidad de observación y una vigilancia permanente.

La enfermería debe integrar el control del equipo con el cuidado integral del niño. Además de la monitorización, se debe procurar el confort, disminuir estímulos innecesarios, mantener una adecuada protección de la piel y brindar acompañamiento al paciente y su familia.

El registro de enfermería debe ser claro, preciso y continuo, incluyendo los parámetros relevantes del tratamiento, balance de líquidos, controles realizados, alarmas presentadas y las intervenciones efectuadas.

CONCLUSIÓN

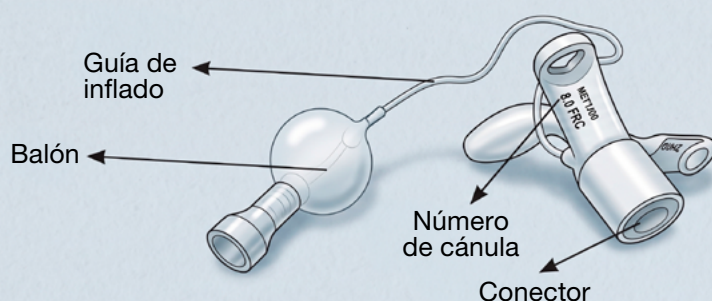
AMPLYA constituye un sistema destinado a realizar diferentes terapias de depuración extracorpórea. En el paciente pediátrico, la participación de enfermería es esencial para garantizar una vigilancia continua y segura. La correcta preparación del equipo, el control del circuito extracorpóreo, la valoración clínica del paciente y el reconocimiento precoz de las alarmas permiten reducir riesgos y favorecer la continuidad del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

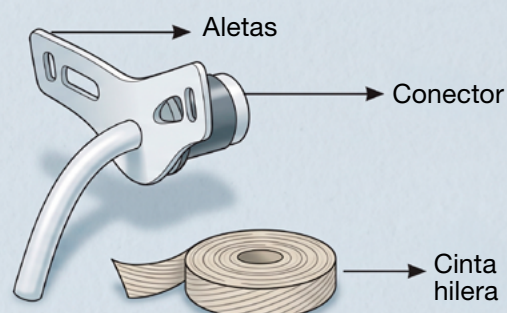
- Bellco. Manual de Uso AMPLYA – Bellco. IB5328065S-PA Rev. 02, Ed. 08/18. SW 5.5. Manual de uso del equipo AMPLYA.
- Scribd. Manual AMplya Español. Documento consultado para la elaboración del presente trabajo. Manual AMplya Español
- <https://www.azcuenaga.ar/producto/modelo-amplya-bellco/>

Rol de enfermería en el cuidado de pacientes con traqueostomía

CÁNULA CON BALÓN



CÁNULA SIN BALÓN



Autoras

Lic. Lorena Beatriz Rocha

lorenabeatrizrocha@yahoo.com.ar

Lic. Laura Adriana Espinosa

lauraadrianaespinosa4@gmail.com.ar

tervienen en este proceso. Esto se debe, generalmente, al potencial riesgo para la vida que podría ocasionar el compromiso de la vía aérea. Mejorar las competencias de los cuidadores y profesionales resulta primordial para la seguridad y promover su inclusión social.

OBJETIVOS

- Comprender la importancia de la intervención de enfermería en el cuidado de pacientes con traqueostomía.
- Educación y capacitación a la familia y cuidadores.

INTRODUCCIÓN

La traqueostomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en la creación de una abertura en la tráquea, denominada estoma, con el objetivo de establecer y mantener una vía aérea adecuada. En los pacientes pediátricos, este procedimiento puede ser necesario ante diversas situaciones clínicas que dificultan la respiración normal, como obstrucciones de la vía aérea, enfermedades neurológicas, malformaciones congénitas o la necesidad de ventilación mecánica prolongada.

La atención del niño con traqueostomía genera ansiedad entre los cuidadores y profesionales que in-

MARCO TEÓRICO

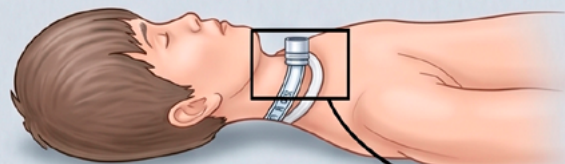
La traqueostomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en realizar una abertura en la tráquea.

La decisión de realizar una traqueostomía debe ser individualizada, considerando la edad del paciente, la enfermedad de base, su evolución clínica y las posibilidades de utilizar tratamientos alternativos. La identificación temprana de los pacientes que pueden beneficiarse de este procedimiento favorece el alta hospitalaria y contribuye al desarrollo y bienestar del niño.

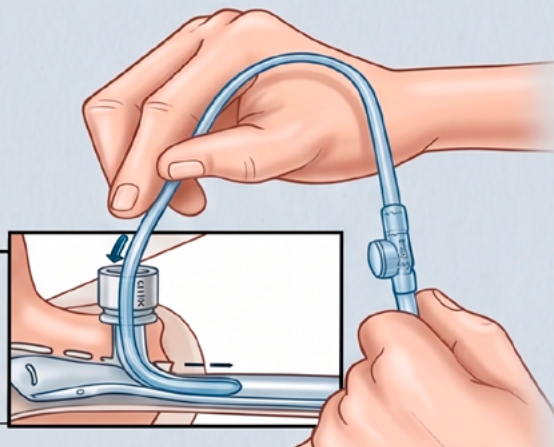
Puede retirarse cuando mejora la enfermedad que motivó su realización, cuando se corrige el problema mediante cirugía o cuando el paciente puede utilizar formas de ventilación no invasiva. Sin embargo, algunos niños con alteraciones irreversibles pueden necesitar la traqueostomía durante un periodo prolongado o de manera permanente.

PASOS PARA REALIZAR LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

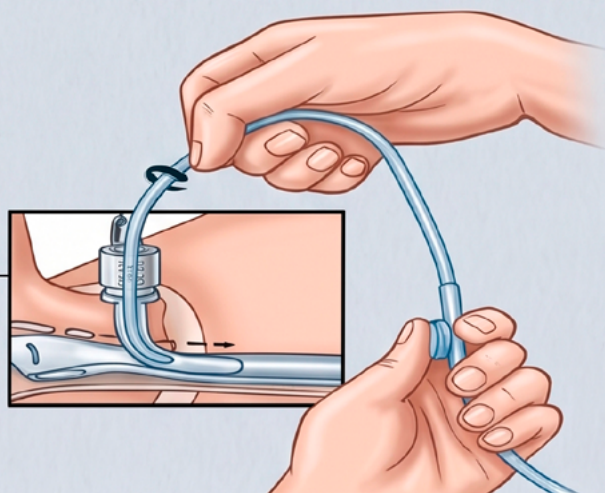
Lavado o higiene de manos.



Introducir la sonda de aspiración desactivada sin sobrepasar la longitud de la cánula.



Retirar la sonda de aspiración activada con un movimiento rotatorio durante un tiempo no superior a 10 segundos.



Hospital / Centros de rehabilitación
Técnica limpia modificada
Sonda estéril y manoplas



Domicilio
Técnica limpia
Sonda limpia y manos limpias

Imagen 2.

Las complicaciones más frecuentes y graves son la decanulación accidental y la obstrucción. Otras complicaciones incluyen la presencia de sangrado, granulomas o traqueitis.

Las cánulas pueden ser de plástico, como polivinilo o silicona, libre de látex. Existen cánulas sin balón y con balón, que ayudan a evitar fugas de aire y puede ser necesario en determinadas situaciones respiratorias o para disminuir el riesgo de aspiración.

El tamaño correcto de la cánula es fundamental. Debe permitir una ventilación adecuada sin lesionar la mucosa de la tráquea ni aumentar excesivamente el

trabajo respiratorio. También es importante que tenga una longitud y curvatura adecuadas, ya que una mala posición puede provocar obstrucciones y lesiones de la pared traqueal.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO Y EDUCACIÓN A LOS PADRES O CUIDADORES

Cambio de cintas: Las cintas deben mantener la cánula bien sujeta sin ejercer demasiada presión sobre el cuello dejando pasar un dedo meñique entre la cinta y

la piel para evitar la decanulación accidental. La fijación es con velcro o cinta hilera y doble nudo. Colocar una gasa no tejida en forma de pantalón bajo el pabellón de la cánula para evitar lesiones por decúbito en la zona de apoyo.

Aspiración de secreciones: La aspiración de secreciones es según necesidad ya que la traqueostomía puede disminuir la eficacia de la tos y favorecer la acumulación de secreciones. La técnica debe realizarse de forma rápida, eficaz y lo menos traumática posible para evitar lesiones en la mucosa traqueal. (Ver imagen 2)

Control del balón: Si la cánula tiene balón, vigilar que la presión no supere los 20 cm de agua, para prevenir lesiones en la mucosa traqueal. Este control se puede realizar con un manómetro de Cuff

Cambio de cánula de traqueostomía: Se recomienda cambiarse cada 7 días o ante una eventual necesidad. Se sugiere realizar el procedimiento con la participación de dos operadores y alejado de la alimentación. Es una técnica estéril en unidades de terapia intensiva y una técnica limpia en el hogar (cánula limpia, manos limpias) y una técnica limpia modificada cuando es llevado a cabo por cuidadores ajenos a la familia (cánula limpia y manoplas).

En caso de que se realice el cambio de una cánula con balón, se debe chequear previo al procedimiento que el mismo se infle y desinfe correctamente. En el momento del cambio, tanto la retirada como la colocación de la cánula deben ser con el balón desinflado. Las cánulas pueden higienizarse y reutilizarse en el domicilio lavándolas con detergente biodegradable de uso familiar o jabón líquido con agua fría. Una vez lavada, la cánula debe secarse y guardarse en un lugar limpio y seco. Al momento del recambio de cánula se sugiere el uso de lubricantes hidrosolubles como solución fisiológica o lidocaína gel para facilitar su inserción.

Para realizar el cambio de cánula se recomienda seguir los pasos de la imagen 3.

Humidificación: Normalmente la vía aérea superior filtra, calienta, y humidifica el aire inspirado. Esta función se ve alterada en el niño con traqueostomía. Hay 2 tipos de humidificación: Activo y Pasivo. Su uso será evaluado de forma individual.

Cuidados del estoma: El estoma debe permanecer limpio y seco para evitar infección. La limpieza debe realizarse con una gasa limpia, humedecida con solución fisiológica, realizando un barrido de adentro hacia afuera, desde la piel periestomal, con otra gasa secar la zona y finalmente colocar una nueva gasa entre la cánula de traqueostomía y la piel para protegerla de lesiones por contacto directo. La higiene se realizará la cantidad de veces necesaria para mantener el estoma limpio y libre de humedad. Se desaconseja el uso de talcos o cremas no prescritas en la piel cercana al estoma.

CONCLUSIÓN

La traqueostomía pediátrica es un procedimiento que salva vidas y mejora la estabilidad respiratoria del niño. Una atención integral y oportuna contribuye a mantener una vía aérea segura, favorece su recuperación y mejora su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nociti YB, Aubone P, Varon JJ, Urrestarazu P, Intruini S, Barria SM, et al. "Consenso sobre el cuidado del niño con traqueostomía". Actualización 2026. Arch. Argent Pediatr. 2026;e202611051. Primero en Internet 13-AGO-2026.
2. García Teresa MA, Barbero Peco C, Leoz Gordillo I, Salido A, Gaboli M. "Traqueostomía y sus cuidados en pacientes pediátricos". Protoc diagn ter pediatri. 2021;1:245-68.
3. "Pediatric Otolaryngology Expert Consensus on Use and Re-Use of Tracheostomy Tubes". American Academy of Otolaryngology- Head and Neck Surgery. December 15, 2022

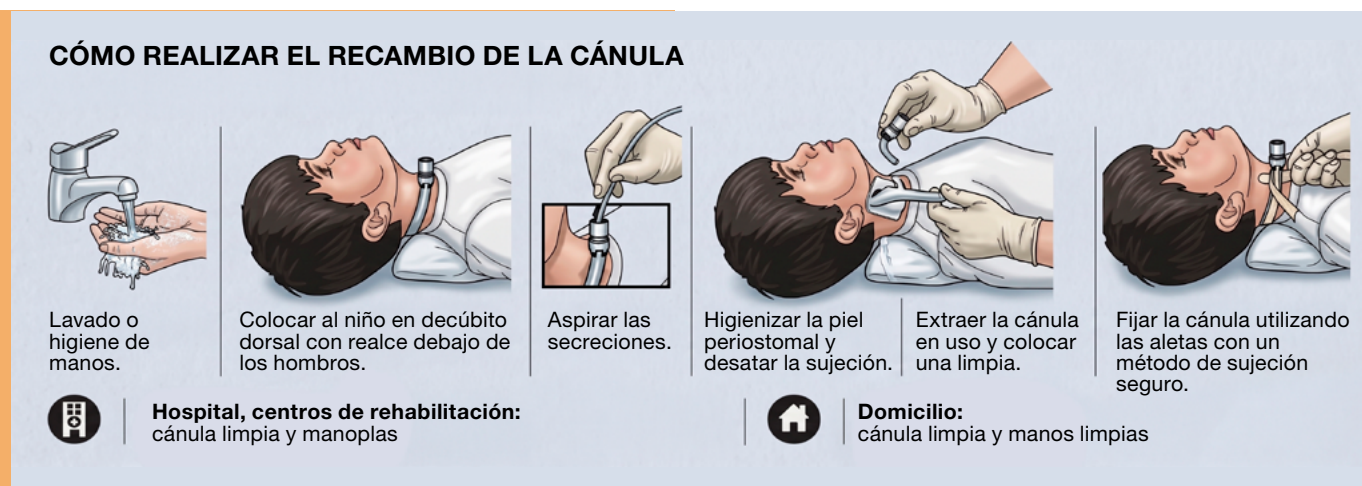
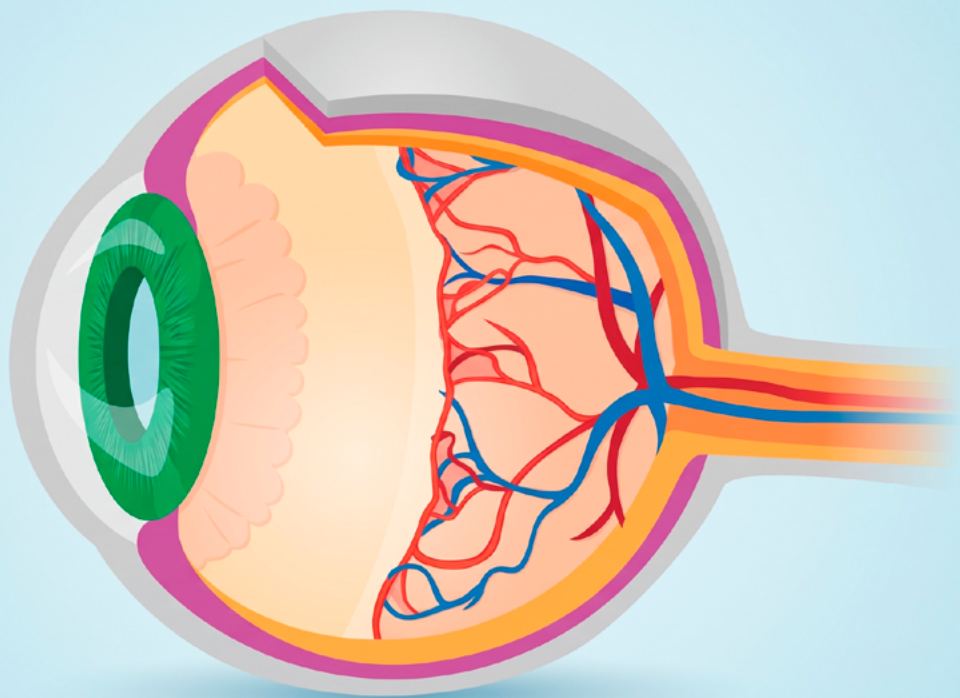


Imagen 3.

Prevención de la retinopatía del prematuro (ROP): Rol estratégico y cuidados de enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN)



Autores

Lic. Daniel Juan Carlos Almazán

danielalmazan283@gmail.com

Lic. Miriam Mabel Hualpa

miriamhuallpa@gmail.com

Lic. Andrea Vega

likvegaandrea@gmail.com

RESUMEN

La retinopatía del prematuro (ROP) es una enfermedad vascular de la retina inmadura y una causa prevenible de discapacidad visual en la infancia. Su desarrollo es multifactorial y se relaciona con la prematuridad extrema, el bajo peso al nacer, la exposición al oxígeno, las fluctuaciones de la oxigenación, la inestabilidad clínica, la sepsis y el crecimiento posnatal insuficiente. En la UCIN, enfermería ocupa una posición estratégica por su vigilancia continua y su intervención directa sobre factores modificables. Este artículo revisa los principales mecanismos de la ROP y desarrolla cuidados específicos de enfermería orientados a la administración segura de oxígeno, prevención de oscilaciones de SpO_2 , reducción del dolor y el estrés, prevención de infecciones, apoyo nutricional, pesquisa oftalmológica oportuna, acompañamiento del tratamiento y continuidad del seguimiento.

Palabras clave: retinopatía del prematuro; ROP; enfermedad neonatal; oxigenoterapia; saturación de oxígeno; UCIN; pesquisa oftalmológica; prevención.

OBJETIVOS

- Reconocer los principales factores de riesgo y los factores modificables asociados al desarrollo y progresión de la ROP.
- Describir cuidados específicos de enfermería para una oxigenoterapia segura y una mayor estabilidad fisiológica del recién nacido prematuro.
- Fortalecer el rol de enfermería en la pesquisa, el acompañamiento del tratamiento y la continuidad del seguimiento oftalmológico.

INTRODUCCIÓN

La vascularización de la retina continúa durante las últimas etapas de la gestación. Cuando el nacimiento ocurre de forma prematura, este proceso queda incompleto y la retina inmadura queda expuesta a un ambiente extrauterino en el que la disponibilidad de oxígeno y otros factores pueden modificar el crecimiento vascular normal. La ROP puede evolucionar desde alteraciones leves con regresión espontánea hasta formas graves con proliferación fibrovascular, desprendimiento de retina y pérdida visual permanente.

El aumento de la supervivencia de recién nacidos extremadamente prematuros vuelve indispensable que las UCIN integren prevención, pesquisa y seguimiento.

La prevención no se limita a «usar menos oxígeno»: requiere administrar el oxígeno como un medicamento, evitar tanto hipoxemia como hiperoxemia, reducir oscilaciones innecesarias, sostener la estabilidad clínica y asegurar que ningún recién nacido en riesgo pierda sus controles oftalmológicos.

MARCO TEÓRICO

Fisiopatología y factores asociados

La ROP se desarrolla sobre una retina vascularmente inmadura. Tras el nacimiento prematuro, los cambios en la tensión de oxígeno pueden alterar la regulación de factores angiogénicos, entre ellos el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF). En una primera fase puede producirse detención o alteración del crecimiento vascular; posteriormente, la retina avascular puede generar señales que favorecen una neovascularización anormal. Por eso son relevantes no sólo la hiperoxia, sino también la hipoxia y las fluctuaciones repetidas entre ambas.

Entre los factores asociados a mayor riesgo se encuentran: menor edad gestacional, muy bajo peso al nacer, enfermedad respiratoria y necesidad de soporte ventilatorio, exposición prolongada al oxígeno, episodios repetidos de desaturación, inestabilidad hemodinámica, sepsis e inflamación, transfusiones, dificultades en el crecimiento posnatal y evolución clínica compleja.

Clasificación y progresión

La evaluación oftalmológica describe la ROP por zona, estadio y presencia o ausencia de enfermedad plus. De forma simplificada: estadio 1, línea de demarcación; estadio 2, cresta; estadio 3, proliferación fibrovascular extrarretinal; estadio 4, desprendimiento parcial de retina; estadio 5, desprendimiento total. La enfermedad plus expresa actividad vascular posterior, con dilatación y tortuosidad, y constituye un dato de gravedad. (Ver Figura 1)

Hallazgos hemorrágicos

La hemorragia retinal o vítrea puede observarse en cuadros graves o como complicación, pero no constituye una secuencia obligatoria de estadios de ROP. Su presencia debe interpretarse dentro del examen oftalmológico completo. La hemorragia vítrea, además, puede dificultar la visualización del fondo de ojo. (Ver Figuras 2 y 3)

CUIDADOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR ROP

El cuidado preventivo comienza desde el ingreso del prematuro a la UCIN. Enfermería no sólo responde ante una alarma: observa, interpreta tendencias, antici-

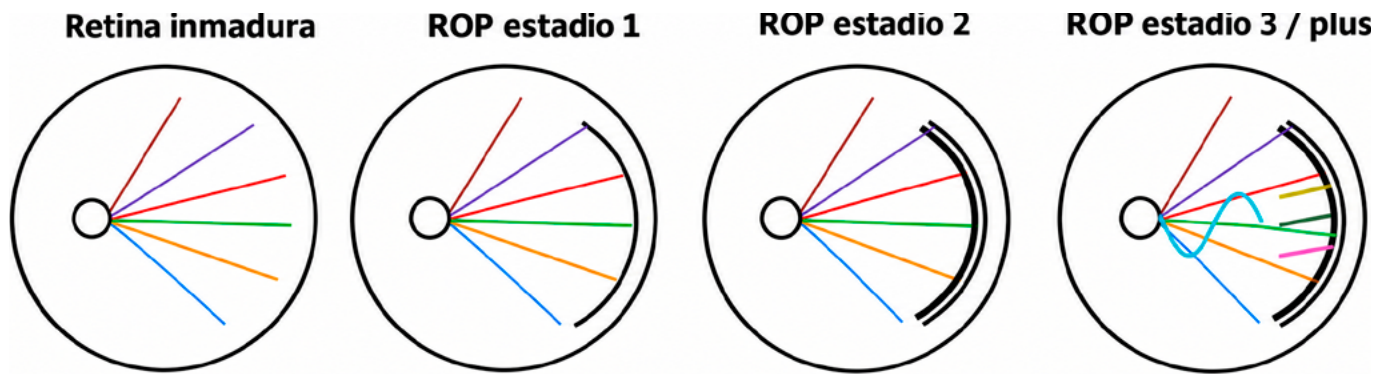


Figura 1. Esquema educativo de progresión de ROP. La conducta clínica integra zona, estadio, enfermedad plus y evolución.

pa situaciones de riesgo, interviene, reevalúa, registra y comunica.

1. Administración segura de oxígeno

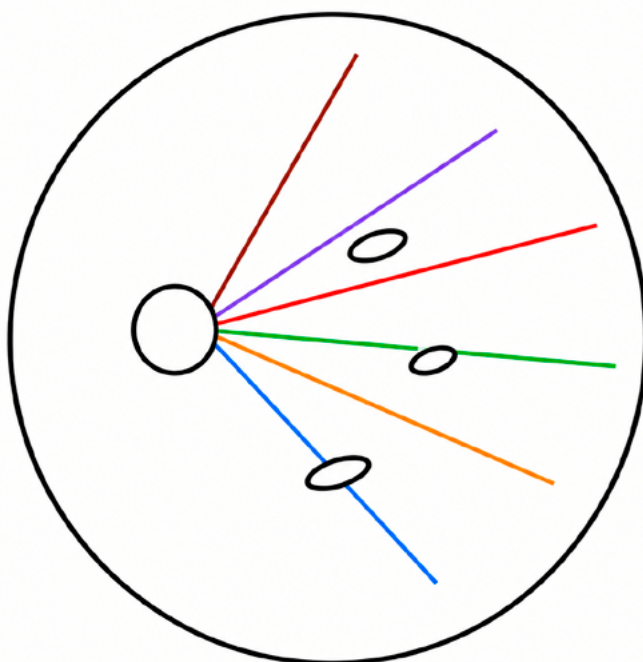
- Considerar el oxígeno como un medicamento: verificar indicación, dispositivo, FiO_2 y objetivo de SpO_2 prescrito o protocolizado.
- Mantener monitorización continua de SpO_2 en los recién nacidos que lo requieran y valorar tendencias, no sólo cifras aisladas.
- Evitar incrementos automáticos o bruscos de FiO_2 ante una desaturación sin valorar primero al recién nacido, la vía aérea, la interfaz, el sensor y el soporte respiratorio.
- Reducir períodos innecesarios de hiperoxia y corregir oportunamente hipoxemia persistente según protocolo e indicación clínica.

- Registrar cambios de FiO_2 , motivo del ajuste y respuesta del paciente.

2. Sensor, monitor y límites de alarma

- Comprobar que el sensor esté correctamente colocado y que la señal sea confiable; correlacionar la lectura con frecuencia cardíaca y evaluación clínica.
- Vigilar perfusión e integridad de la piel y rotar el sitio del sensor según protocolo institucional.
- Verificar que los límites de alarma correspondan al objetivo indicado para ese paciente y evitar silenciar alarmas sin resolver su causa.
- Ante lecturas inesperadas, descartar artefactos por movimiento, mala perfusión, desplazamiento del sensor o interferencias antes de modificar el tratamiento. (Ver Tabla 1)

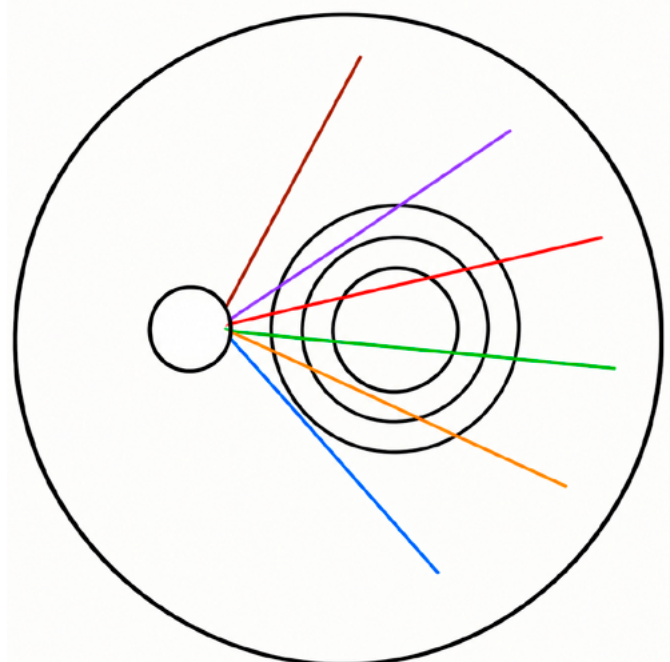
Esquema: hemorragia retinal



Focos esquemáticos en el plano retinal

Figura 2.

Esquema: hemorragia vítrea



Sangrado esquemático hacia la cavidad vítrea

Figura 3.

RNPT	VALORES DE SATURACIÓN DESEADA	ALARMA MÍNIMA	ALARMA MÁXIMA
< 1200 < 32 Sem EG	86 - 92%	85%	93%
> 1200 A > 32 Sem EG	86 - 93%	85%	94%

Tabla 1. Protocolo para el manejo del oxígeno.

3. Prevención de fluctuaciones de oxigenación

Las oscilaciones repetidas de la oxigenación son clínicamente relevantes. Enfermería puede anticiparse a muchos episodios asociados a procedimientos o manipulación.

- Planificar aspiración de secreciones sólo cuando esté indicada y realizarla con técnica segura, evitando tiempos prolongados.
- Prever desaturaciones durante alimentación, cambios de posición, higiene, procedimientos, traslados y desconexiones.
- Comprobar fijación y posición de interfaces respiratorias y conexiones del circuito.
- Agrupar cuidados cuando sea apropiado, pero evitando sesiones excesivamente prolongadas que desestabilicen al prematuro.
- Reevaluar al recién nacido después de cada intervención y retornar la FiO_2 al requerimiento previo cuando la situación transitoria se haya resuelto, según indicación/protocolo.

4. Dolor, estrés, termorregulación y ambiente

El dolor, el estrés y la pérdida de estabilidad térmica pueden acompañarse de cambios cardiorrespiratorios y de la oxigenación. La prevención de ROP forma parte de un cuidado integral del prematuro.

- Valorar dolor con la escala adoptada por la institución y aplicar medidas farmacológicas o no farmacológicas según el procedimiento.
- Favorecer contención, succión no nutritiva, leche humana/sacarosa cuando esté indicado, contacto piel con piel si la condición clínica lo permite y posicionamiento protector.

El dolor, el estrés y la pérdida de estabilidad térmica pueden acompañarse de cambios cardiorrespiratorios y de la oxigenación.

- Disminuir ruido y luz innecesarios, respetar períodos de descanso y mantener un ambiente térmico adecuado.
- Minimizar manipulaciones repetidas y coordinar procedimientos entre los integrantes del equipo.

5. Nutrición, crecimiento y prevención de infecciones

- Promover leche humana cuando corresponda y administrar la alimentación de manera segura.
- Controlar tolerancia, aporte nutricional, peso y evolución del crecimiento; comunicar oportunamente dificultades.
- Cumplir higiene de manos, técnica aséptica y bundles institucionales para accesos vasculares y otros dispositivos.
- Vigilar signos de infección o sepsis y comunicar cambios clínicos precoces.

6. Registro y comunicación interdisciplinaria

- Registrar SpO_2 , FiO_2 , tipo de soporte, episodios de desaturación, intervenciones realizadas y respuesta.
- Dejar claramente documentado el objetivo de saturación indicado para evitar conductas diferentes entre turnos.
- Comunicar episodios repetidos, necesidad creciente de oxígeno o cambios persistentes en el patrón de saturación.
- Participar en auditorías o indicadores de calidad relacionados con tiempo dentro de rango, cumplimiento de pesquisa y continuidad del seguimiento.

PESQUISA OFTALMOLÓGICA: ENFERMERÍA COMO GARANTE DEL PROCESO

La prevención de la ceguera por ROP no termina con el manejo del oxígeno. La pesquisa debe realizarse en el momento indicado y continuar hasta que oftalmología determine el alta del seguimiento de la fase aguda. La coordinación es especialmente importante ante traslados y alta hospitalaria.

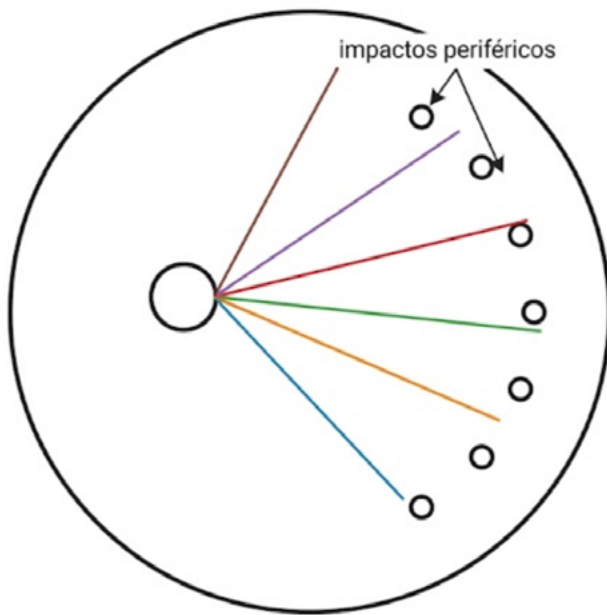
Antes del examen

- Verificar identidad, indicación, fecha de pesquisa y antecedentes de controles previos.
- Confirmar estabilidad clínica y funcionamiento del soporte respiratorio.
- Preparar y administrar las gotas midriáticas según prescripción, respetando dosis e intervalos.
- Preparar medidas de confort/analgesia y el material requerido según protocolo.

Durante el examen

- Mantener monitorización cardiorrespiratoria y termorregulación.

Fotocoagulación con láser



Anti-VEGF intravítreo

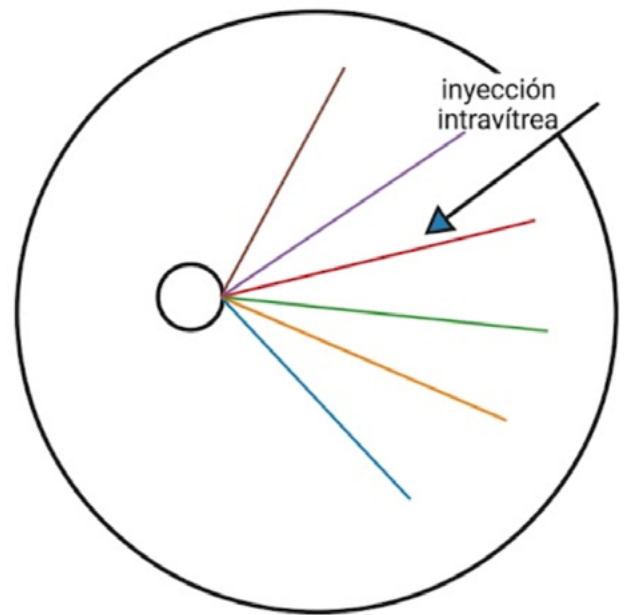


Figura 4. Esquema educativo de dos estrategias terapéuticas: fotocoagulación con láser y tratamiento anti-VEGF intravítreo.

- Vigilar apnea, bradicardia, desaturación y cambios clínicos durante la manipulación.
- Asistir al oftalmólogo y reducir estímulos innecesarios.

Después del examen

- Reevaluar frecuencia cardíaca, respiratoria, SpO_2 , temperatura y requerimiento de oxígeno.
- Favorecer recuperación con baja estimulación y vigilar eventos posteriores al procedimiento.
- Registrar el resultado comunicado por oftalmología y dejar programada la próxima fecha de control.

CUANDO LA ROP REQUIERE TRATAMIENTO

La indicación terapéutica corresponde al equipo oftalmológico y depende de la clasificación, localización, actividad y evolución. Entre las alternativas se encuentran la fotocoagulación con láser y los agentes anti-VEGF intravítreos, como bevacizumab en escenarios seleccionados. La elección no es intercambiable en todos los pacientes y requiere seguimiento especializado. (Ver Figura 4)

Cuidados de enfermería ante láser

- Verificar preparación preprocedimiento, ayuno si corresponde y condiciones de traslado/realización según protocolo.
- Mantener monitorización continua y colaborar con sedoanalgesia o anestesia indicada.
- Prevenir hipotermia y vigilar estabilidad respiratoria y hemodinámica.
- En el posprocedimiento, controlar dolor, requerimiento de oxígeno, eventos cardiorrespiratorios y recuperación clínica.

- Registrar el procedimiento, la tolerancia y la fecha del control oftalmológico posterior.

Cuidados de enfermería ante anti-veg intravítreo

- Extremar técnica aséptica y preparación del material.
- Realizar las verificaciones de seguridad institucionales: paciente, prescripción, fármaco, concentración/dosis y ojo a tratar.
- Monitorizar al recién nacido durante y después del procedimiento y vigilar cambios clínicos.
- Observar signos locales de alarma y comunicar de inmediato cualquier hallazgo anormal.
- Asegurar seguimiento oftalmológico prolongado, ya que puede existir reactivación tardía después del tratamiento anti-VEGF.

EDUCACIÓN A LA FAMILIA Y CONTINUIDAD DEL CUIDADO

La familia debe comprender que la ausencia de signos visibles no significa que el seguimiento pueda suspenderse. Enfermería puede explicar con lenguaje sencillo qué es la ROP, por qué el prematuro está en riesgo, por qué se controla estrictamente el oxígeno, qué encontró el oftalmólogo, cuándo debe realizarse el próximo control y cuáles son las consecuencias de perder el seguimiento.

Antes del alta o traslado debe quedar documentada la situación oftalmológica, la fecha del próximo examen y quién será responsable de garantizarlo. La continuidad del cuidado es una intervención de seguridad tan importante como las medidas preventivas realizadas durante la internación. (Ver Tabla 2)

PROPUESTA DE INDICADORES DE ENFERMERÍA		
EJE	INTERVENCIÓN	INDICADOR POSIBLE
Oxigenación	Objetivo de SpO ₂ visible y monitorización	% de pacientes con objetivo documentado
Fluctuaciones	Registro de desaturaciones e intervenciones	Episodios registrados / tendencia
Pesquisa	Verificación de examen en tiempo	% pesquisado según programación
Dolor	Valoración y medidas de confort	% de procedimientos con valoración
Familia	Educación y próximo control	% con educación documentada
Continuidad	Control programado al alta/traslado	% con seguimiento asegurado

Tabla 2.

CONCLUSIÓN

La prevención de la ROP es un proceso continuo que comienza desde el ingreso del recién nacido prematuro a la UCIN. Enfermería ocupa una posición estratégica porque interviene de manera permanente sobre factores modificables: administra y titula el oxígeno según indicación, vigila la SpO₂, previene fluctuaciones, protege al prematuro del dolor y el estrés, contribuye a la prevención de infecciones y al crecimiento, y garantiza la pesquisa y la continuidad del seguimiento.

Un cuidado anticipatorio, protocolizado e interdisciplinario permite pasar de la respuesta frente a la complicación a una verdadera estrategia de seguridad. Prevenir ROP no significa únicamente disminuir una enfermedad ocular: significa proteger el desarrollo visual y la calidad de vida futura del recién nacido prematuro.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la retinopatía del prematuro. Buenos Aires; 2015. Resolución 1996/2015.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la retinopatía del prematuro. 2024.
- Fierston WM; American Academy of Pediatrics Section on Ophthalmology; American Academy of Ophthalmology; American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus; American Association of Certified Orthoptists. Screening Examination of Premature Infants for Retinopathy of Prematurity. *Pediatrics*. 2018;142(6):e20183061.
- Chiang MF, Quinn GE, Fielder AR, Ostmo SR, Paul Chan RV, Berrocal A, et al. International Classification of Retinopathy of Prematurity, Third Edition. *Ophthalmology*. 2021;128(10):e51-e68.
- Sola A, Altimier L, Montes Bueno MT, Muñoz CE. Monitoring SpO₂: The Basics of Retinopathy of Prematurity (Back to Basics) and Targeting Oxygen Saturation. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2024;36(1):69-98.
- Nguyen TC, Madappa R, Siefkes H, Lim MJ, Siddgowda KM, Lakshminrusimha S. Oxygen saturation targets in neonatal care: a narrative review. *Early Hum Dev*. 2024;199:106134.
- Wilkinson AR, Adams GGW, Fleck BW, Nieto-Hernandez R, et al. UK screening and treatment of retinopathy of prematurity: updated 2022 guidelines. *Early Hum Dev*. 2023;177-178:105715.
- Kalyan G, Moxon S. The Role of Neonatal Nurses in the Prevention of Retinopathy of Prematurity. *Indian Pediatr*. 2016;53 Suppl 2.
- Coe K. Nursing update on retinopathy of prematurity. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007;36(3):288-292.
- Darlow BA, Gilbert CE, Quiroga AM. Setting up and improving retinopathy of prematurity programs: interaction of neonatology, nursing, and ophthalmology. *Clin Perinatol*. 2013;40(2):215-227.
- Fang JL, Sorita A, Carey WA, Colby CE, Murad MH, et al. Interventions to Prevent Retinopathy of Prematurity: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2016;137(4):e20153387.
- Edwards EM, Horbar JD. Retinopathy of prematurity prevention, screening and treatment programmes: the role of neonatal networks. *Semin Perinatol*. 2019;43(6):341-343.
- Newnam KM. Oxygen saturation limits and evidence supporting the targets. *Adv Neonatal Care*. 2014;14(6):403-409.
- Early Treatment For Retinopathy Of Prematurity Cooperative Group. Revised indications for the treatment of retinopathy of prematurity: results of the early treatment for ROP randomized trial. *Arch Ophthalmol*. 2003;121(12):1684-1694.
- Mintz-Hittner HA, Kennedy KA, Chuang AZ; BEATROP Cooperative Group. Efficacy of intravitreal bevacizumab for stage 3+ retinopathy of prematurity. *N Engl J Med*. 2011;364(7):603-615.

La prevención de la ROP es un proceso continuo que comienza desde el ingreso del recién nacido prematuro a la UCIN.

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**
 - **Enfermería Comunitaria**
 - **Enfermería Laboral**

Avalados por resolución de la DGE.



✉ instisanidadmza@gmail.com

☎ 261 714 3690

📍 Morón 265, Mendoza