



Escuela de Enfermería

Ciclo de Licenciatura

TESINA

Tema: “Unificación en Criterios de Enfermería en Pediatría”

Autoras:

Araujo, María Julieta

Luna, Gisela

Porras, Daniela

Mendoza, Diciembre 2017

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

Acta de Aprobación

Tribunal examinador:

Presidente:.....

Vocal1:.....

Vocal2:.....

Integrantes de Equipo Tutorial:

Profesor:.....

Profesor:.....

Profesor:.....

Trabajo Aprobado el:...../..... /.....

RESUMEN

Tema: “Unificación de Criterios de Enfermería en Pediatría”

Autoras: Araujo, M. Julieta- Porras, Daniela- Luna, Gisela.

Lugar: Servicio de Internación Pediátrica SIP 2, Hospital H. Notti. Mendoza, año 2017.

Introducción: La investigación realizada se lleva a cabo luego de observar que existen diferencias a la hora de realizar procedimientos básicos de enfermería en pacientes de pediatría del SIP2 tales como balance de ingresos y egresos, peso del paciente y administración de medicamentos; siendo un elemento primordial la unificación de criterios dentro del personal para poder brindar un cuidado de calidad a los niños, es que se aborda sobre los factores que influyen en la falta de ésta. Siendo nuestro trabajo una profesión abocada a la atención de las personas, es imprescindible determinar las falencias que como profesionales presentamos para poder corregirlas.

Objetivo General: Establecer los factores que influyen en la unificación de criterios del personal de enfermería en la realización de procedimientos básicos en pacientes pediátricos.

Objetivos Específicos: Caracterizar a la población. Identificar si existen diferentes criterios entre los enfermeros en la realización de: control de ingresos y egresos, peso del paciente y administración de medicamentos. Enumerar las causas que dificultan la unificación de criterios para la realización de los procedimientos. Discriminar si las causas de las falencias son de carácter objetivo o subjetivo a los enfermeros.

Método: Es un estudio con diseño de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal. Se compone por una muestra de 21 profesionales de enfermería del SIP 2. Se utiliza un cuestionario individual anónimo con preguntas cerradas y una abierta.

Resultados: La población de estudio está conformada principalmente por personal femenino (86%), con formación como Enfermeros profesionales (48%) y Licenciados en enfermería (52%). El 52% no presenta experiencia previa. Del total de encuestados, 18 profesionales (86%) considera que no existe unificación de criterios de enfermería en la realización de procedimientos básicos. De este total, consideran que los factores principales que afectan la falta de unificación son: falta de capacitación y actualización (83% de los encuestados), falta de manual de procedimientos (78% de los encuestados), falta de incentivos por

parte del hospital para motivar al personal a capacitarse (78% de los encuestados) y antigüedad laboral (67% de los encuestados).

Conclusiones: Se logra identificar que no existe unificación de criterios en el personal que se encuentra trabajando en el servicio de internación pediátrica N° 2, expresado por el mismo personal, observado y determinado en procedimientos tales como peso del paciente, control de ingresos y egresos y administración de medicamentos. Se pone de manifiesto según los resultados, que los factores que afectan la unificación de criterios son mayormente de carácter subjetivo al personal.

La importancia de unificar criterios en los profesionales de enfermería tiene como finalidad que los pacientes puedan recibir los mejores cuidados. Si todos trabajamos para alcanzar un mismo propósito, teniendo en cuenta los mismos parámetros y lineamientos podremos avanzar y lograr los objetivos propuestos.

Recomendaciones: Investigar el resto de las técnicas realizadas diariamente por el personal, para detectar las falencias que puedan presentar en su labor diaria. Evidenciar los errores cometidos y realizar una investigación de las técnicas que mayores dificultades y errores presenten. Crear un manual de técnicas y procedimientos que sirva como documento que respalde científicamente el accionar de enfermería. Utilizar el manual de técnicas y procedimientos como método de enseñanza para el personal ingresante.

Palabras Clave: unir criterios; enfermería pediátrica; procedimientos; cuidados.

AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias, en especial a nuestros hijos por la paciencia y comprensión del tiempo que nos llevó lograr realizar este trabajo.

A nuestros colegas que desempeñan su labor en el Servicio de internación Pediátrica Número 2 del Hospital Dr. Humberto Notti, por brindarnos su tiempo y colaboración para la obtención de los datos.

A todos los profesores de la Escuela de Enfermería, de la Universidad Nacional de Cuyo, por todas los aportes, conocimientos y enseñanzas que nos brindaron durante los años cursados.

LAS AUTORAS.

PRÓLOGO

“A inicios de este 2017, cuando buscábamos un tema para realizar nuestra tesis, se nos plantearon varios interrogantes sobre qué era lo que exactamente queríamos hacer; deseábamos tocar una problemática que no fuese algo trillado, algo realizado muchas veces; queríamos algo que en verdad nos atañera como profesionales, que nos involucrara.

Fue de ese modo que nos pusimos a pensar y teníamos en frente nuestra respuesta: una realidad que vivimos constantemente como enfermeros, algo tan básico y a la vez fallido. Simplemente cuestiones básicas del accionar de enfermería, como registrar los ingresos y egresos de nuestros pacientes pediátricos (en nuestro caso), administrar su medicación o el mero hecho de pesarlos, tenía grandes diferencias de unos profesionales a otros.

Decidimos indagar si existía alguna tesis que planteara similitudes, y descubrimos la presencia de sólo una en toda la facultad; del ciclo de Licenciatura de Enfermería, un grupo había tocado este tema, es decir, que continúa apareciendo esta falta de unificación de criterios en los procedimientos.

Para esto, recabamos información sobre los cuidados de los niños, la importancia de la unificación de criterios y los procedimientos de enfermería básicos en pediatría.

Al leer y analizar nuestro trabajo, se podrá ir comprendiendo cuáles son los factores que afectan o hacen que la aplicación de los procedimientos de manera unificada se dificulte, claro, que esta información la pudimos obtener gracias al aporte de nuestros colegas mediante la investigación de campo realizada.

Más allá, de la tarea que realizamos para poder recibirnos como Licenciadas en Enfermería, consideramos que nos ha servido como profesionales para plantear la necesidad de alternativas que permitan modificar este problema, que a pesar de los años continúa, y que nos permitirá crecer ofreciendo una mejor atención a los niños.”

ÍNDICE GENERAL

Carátula	Pág. I
Advertencia.....	Pág. II
Acta de Aprobación.....	Pág. III
Resumen	Pág. IV
Agradecimientos	Pág. VI
Prólogo.....	Pág. VII
Capítulo I	
Introducción:.....	Pág. 2
Descripción del Problema.....	Pág. 3
Formulación del Problema.....	Pág. 6
Objetivos Generales y Específicos.....	Pág. 7
Justificación.....	Pág. 8
Marco Teórico.....	Pág. 10
Apartado 1: Salud, enfermedad y el profesional de enfermería...	Pág. 10
Apartado 2: Enfermería como profesión.....	Pág. 15
Apartado 3: Introducción a los cuidados del niño.....	Pág. 22
Apartado 4: Unificación de criterios:.....	Pág. 26
Apartado 5: Procedimientos básicos de enfermería en pediatría.	Pág. 29
Capítulo II	
Diseño Metodológico.....	Pág. 47
Capítulo III	
Análisis y Presentación de Datos.....	Pág. 52
Conclusiones Generales.....	Pág. 80
Discusiones y Recomendaciones.....	Pág. 83
Bibliografía	Pág. 86
Anexos	Pág. 88

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla y gráfico N° 1 Poblacion de estudio, según sexo.....	Pág. 53
Tabla y gráfico N° 2: Población de estudio, según edad.....	Pág. 54
Tabla y gráfico N° 3: Población de estudio, según nivel Académico.....	Pág. 55
Tabla y gráfico N° 4: Población de estudio según institución de egreso.....	Pág. 56
Tabla y gráfico N° 5: Población de estudio, según antigüedad laboral.....	Pág. 57
Tabla y gráfico N° 6: Población de estudio según experiencia previa.....	Pág. 58
Tabla y gráfico N° 7: Población de estudio según tipo de pacientes con los que ha trabajado en experiencias previas	Pág. 59
Tabla y gráfico N° 8: Población de estudio, según años de experiencia previa.....	Pág. 60
Tabla y gráfico N° 9: Población de estudio según trabajo actual en otra institución.....	Pág. 61
Tabla y gráfico N° 10: Poblacion de estudio según personas con las que trabaja en otra institución.....	Pág. 62
Tabla y gráfico N° 11: Población de estudio según existencia de manual de procedimientos.....	Pág. 63
Tabla y gráfico N° 12: Población de estudio según existencia de unificación de criterios.....	Pág. 64
Tabla y gráfico N° 13: Población de estudio según factores que afectan la unificación de criterios: título profesional.....	Pág. 65
Tabla y gráfico N° 14: Población de estudio, según factores que afectan la unificación de criterios: Experiencia laboral...	Pág. 66
Tabla y gráfico N° 15: Población de estudio, según factores que afectan la unificación de criterios: Institución de egreso...	Pág. 67
Tabla y gráfico N° 16: Población de estudio, según factores que afectan la unificación de criterios: Antigüedad laboral.....	Pág. 68

Tabla y gráfico N° 17: Población de estudio, según factores que afectan la unificación de criterios: Distinta capacitación al ingreso.....	Pág. 69
Tabla y gráfico N° 18: Población de estudio, según factores que afectan la unificación de criterios: Falta de actualización y capacitación.....	Pág. 70
Tabla y gráfico N° 19: Población de estudio, según factores que afectan la unificación de criterios: Falta de manual de procedimientos.....	Pág. 71
Tabla y gráfico N° 20: Población de estudio, según factores que afectan la unificación de criterios: falta de tiempo para realizar procedimientos.....	Pág. 72
Tabla y gráfico N° 21: Población de estudio, según factores que afectan la unificación de criterios: falta de mantenimiento de aparatos.....	Pág. 73
Tabla y gráfico N° 22: Población de estudio, según factores que afectan la unificación de criterios: Exceso de pacientes a cargo.....	Pág. 74
Tabla y gráfico N° 23: Población de estudio, según factores que afectan la unificación de criterios: falta de motivación por parte del hospital para capacitarse	Pág. 75
Tabla y gráfico N° 24: N° de población de estudio, según Causas de Errores Principales al pesar un Paciente.....	Pág. 77
Tabla y gráfico N° 25: N° de población de estudio, según Causas de Errores Principales en Control de Ingresos y Egresos.....	Pág. 78
Tabla y gráfico N° 26: N° de población de estudio, según Causas que llevan a administrar de forma diferente la Medicación.....	Pág. 79

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

Unificar criterios en el desempeño laboral nos lleva a alcanzar los objetivos que nos planteamos como profesionales y sobre todo a satisfacer las necesidades de nuestros pacientes. Si todos trabajamos para alcanzar un mismo propósito, teniendo en cuenta los mismos parámetros y lineamientos podremos avanzar y lograr las metas propuestas.

Al abordar esta investigación nuestro principal objetivo es hacer hincapié en la relevancia de la unificación de criterios de enfermería, lo que consideramos una característica muy importante para la profesión dotándola así de las bases que fundamentan la profesión, y logrando que los pacientes reciban los mejores cuidados.

En primera instancia abordaremos la salud y enfermedad como conceptos estrechamente ligados a la enfermería, considerando a la misma como una profesión que brinda asistencia a la persona enferma o sana y la cual ejecuta actividades que favorecen su salud o la recuperación de la misma, o muerte en paz.

A continuación, se darán las bases por las cuales la enfermería es considerada una profesión y cuáles son los diferentes conceptos de la misma; introduciéndonos en los cuidados del niño y por consiguiente se abordará la enfermería pediátrica ya que nuestra investigación se desarrolla en ésta área de la enfermería.

Una vez expuestos los temas ya mencionados explicaremos qué es la unificación de criterios, cómo puede aplicarse en la enfermería y cuáles son los beneficios que presenta. Por último, se presentan los procedimientos básicos que realiza enfermería pediátrica.

DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DE CONOCIMIENTO O PROBLEMA

Las autoras de la siguiente investigación, por su experiencia laboral en el servicio de internación pediátrica (SIP 2) del Hospital Dr. Humberto Notti, han observado que existiría una falta de unificación de criterios del personal de enfermería en la realización de ciertos procedimientos básicos en los pacientes internados. Algunos ejemplos a considerar serían: control de ingresos y egresos, peso del niño, signos vitales, administración de medicamentos, toma de muestras para laboratorio y colocación y control de venoclisis.

Se presume que las falencias podrían deberse a diversos factores, tales como: El extenso rango de edades de los pacientes que se atienden en SIP 2, que oscilan en una edad desde 30 días hasta 17 años, extendiéndose esta última hasta los 21 años en algunos niños crónicos. Esto implica para los profesionales de la salud, un alto grado de conocimientos específicos de las necesidades que requieren ser satisfechas en estos pacientes.

Al ser un servicio de clínica médica recibe una gran cantidad de patologías. Alrededor del 80 % requieren controlar sus ingresos y egresos durante su internación, como aquellos con deshidratación, gastroenteritis, en shock, oncológicos, con problemas renales, cardiopatías, pacientes quemados, politraumatizados, con drenajes, con ostomías, etc.; en éstos pacientes este control podría no estar realizándose de manera adecuada, ya sea porque el servicio no contaría con una planilla de control que se adecue a la clase de niños que en él se atienden o por un mal registro en la misma. Es tan importante lo que se registra como la manera en que se hace, y esta situación conllevaría posiblemente a una mala realización del balance.

Caso anterior también podría relacionarse, como dijimos, con un mal registro, ya que para ello se educa a los padres en anotar todo lo que el infunde, consume y orina, dejando a enfermería lo concerniente a medicación, drenajes, ostomías, etc.; ocasionalmente habría papás que por diversas razones no lo harían. En el caso de pacientes crónicos se presentaría menor dificultad en la asignación de esta tarea ya que muchos continúan con el control postinternación.

Para el chequeo de los egresos se cuenta con dos alternativas: peso de pañal en pequeños que no controlan esfínteres y medición de diuresis. En lo que refiere al peso del pañal, previamente se pesaría uno seco para restarlo al pañal

húmedo y así obtener el egreso; en la otra alternativa, se entrega un sachet de suero vacío donde marca el volumen de líquido, aunque no siempre se tendría en cuenta los milímetros por debajo del cero (40ml) considerado espacio muerto. Respecto a los ingresos, se les entrega a los padres jeringas o frascos milimetrados para que ellos puedan anotar lo que su hijo consume, o se hace una medición aproximada con los vasos o potes de gelatina, etc. No se sabría con exactitud el líquido contenido en los alimentos que otorga la cocina.

Teniendo en cuenta el peso del paciente, se cuenta en el servicio con dos balanzas de plato para pesar a niños pequeños (utilizando una balanza cada dos sectores), una digital y dos de pie. Al ingreso los chicos que pueden desplazarse suelen pesarse en las balanzas de pie o la digital, y luego continúan su control generalmente en la balanza digital que se lleva a la habitación debido a que las otras no podrían moverse de su lugar. Los horarios de peso de los chicos que necesitan control por turno, deberían ser 8hs, 16hs y 24hs, pero este horario sería relativo al trabajo del personal de enfermería, al pedido de los padres si el niño se encuentra dormido y a la indicación médica. La administración de medicación el otro punto importante a considerar; hemos observado que se darían diferencias en cuanto al volumen que se utiliza y el tiempo en que se colocan los medicamentos. En el servicio se cuenta con una tabla otorgada por el personal de farmacia dónde se hallan diferentes fármacos con su respectivo volumen y tiempo de administración, pero en ella no se encontrarían todos los que se utilizan por el personal; a veces consideramos que dependería de la manera de trabajar del enfermero y su experiencia profesional.

Para la medicación también influye la utilización de BIC (bombas de infusión continua) que permitirían una mayor exactitud (como así también su utilización en el control de ingresos), pero no siempre se contaría con esta posibilidad ya que se prioriza su uso.

Si bien existen ciertas cuestiones técnicas que influirían en la falta de unificación de los criterios, podría deberse así mismo a consideraciones intrínsecas a cada enfermero, como educación, experiencia, edad, antigüedad laboral, etc.

Como se puede observar, son varios los aspectos a considerar y creemos importante encontrar si estos factores serían los que determinan la falta de

unificación de criterios del personal de enfermería para poder brindar una mejor atención de calidad el paciente.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los factores que dificultan la unificación de criterios del personal de enfermería en la realización de procedimientos básicos en pacientes pediátricos del SIP 2 del Hospital Humberto Notti durante el período de junio a agosto del 2017?

OBJETIVO GENERAL:

Establecer los factores que influyen en la falta de unificación de criterios del personal de enfermería en la realización de procedimientos básicos en pacientes pediátricos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar la población de estudio.
- Identificar si existen diferentes criterios entre los enfermeros en la realización de: control de ingresos y egresos, peso del paciente y administración de medicamentos.
- Enumerar las causas que dificultan la unificación de criterios para la realización de los procedimientos.
- Discriminar si las causas de las falencias son de carácter objetivo o subjetivo a los enfermeros.

JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de las actividades diarias que desempeñan los enfermeros del SIP 2 deriva de un conjunto de resultados que nos determinarán el estado actual del paciente hospitalizado.

Es fundamental realizar un análisis operacional de los procedimientos básicos de enfermería para determinar si existen falencias en los mismos y percibir las causales de las mismas.

Es de suma importancia que acciones tales como control de ingresos y egresos, peso del paciente y administración de medicamentos sean realizados de forma adecuada y con un criterio unificado. Estos tres procedimientos son variables que se utilizan para realizar un balance hídrico de un período determinado; sus valores son utilizados tanto por el personal de enfermería como por los médicos. El objetivo de realizar un balance hídrico del paciente es que los resultados que se obtienen permiten al médico a cargo del niño determinar con precisión el volumen, la cantidad y calidad de iones que infundirán. Un correcto balance nos determinará si un paciente presenta exceso o déficit de volumen. Los desequilibrios hídricos pueden llevar a un compromiso en el estado de salud del paciente y pueden ser riesgosos en los niños de menor edad, con patologías agudas y/o crónicas agregadas tales como las cardíacas, respiratorias, renales o inestables hemodinámica mente.

El peso del niño, además, nos permite determinar su estado nutricional y la correcta administración de medicamentos disminuye posibles complicaciones en lo que respecta a efectos secundarios o lesiones a nivel cutáneo.

Algo interesante a considerar además de la importancia de la correcta o unificada realización de los procedimientos es la determinación de aquellos factores que son intrínsecos a cada enfermero, las características del personal que llevan a realizar diferente a los demás las técnicas que se consideran básicas y que como tal presentan determinadas formas de realización. Lo valioso de investigar el tema expuesto es que esta investigación puede dar pie a la realización de un protocolo de acción para enfermería pediátrica, teniendo en cuenta no solo el accionar de los enfermeros sino también los elementos con los que se debería contar en el servicio; es decir los factores internos y externos.

A demás dentro de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Escuela de Enfermería de UNCuyo sólo se ha encontrado una tesina respecto a la unificación de criterios y consideramos que nuestro aporte puede enriquecer el tema.

Con la presente investigación buscamos obtener elementos medibles que permitan a posterior un plan de concientización a los enfermeros pediátricos acerca de la importancia de la unificación de los criterios y tratar de disminuir al mínimo los factores que así lo impiden, transmitiendo de forma adecuada los conocimientos preestablecidos en el servicio a los nuevos profesionales, como así también la modificación de los mismos ante las nuevas teorías.

MARCO TEÓRICO

APARTADO 1:

Salud, enfermedad y el profesional de
enfermería

Los términos *salud* y *enfermedad* son conceptos que se relacionan directamente con la enfermería, como profesionales de la salud nuestro objetivo principal es la salud. Teniendo en cuenta esto consideramos oportuno realizar un análisis de la historia, para poder identificar diferentes conceptos de salud.

Diferentes teóricas de la enfermería brindan diferentes conceptos del término salud, Orem (1971) la define como un estado dinámico de integridad de la estructura y función. Roy, por su parte, enfatiza la necesidad de la continua adaptación a los estímulos que producen estrés tanto del entorno interno o externo. Newman contempla la salud como una conciencia en expansión. Watson define la salud como la congruencia entre la autopercepción y la vida diaria de la persona. La capacidad de realizar funciones independientes es la visión del concepto de salud para Virginia Henderson. Para la Organización Mundial de la Salud, por otra parte, este concepto se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad.

En general, el concepto de enfermedad se define como:

“una limitación concreta del ser humano, pero que varía dependiendo de los valores personales, que están influenciados por las características del individuo y de su entorno”.¹

Cada persona posee antecedentes que la caracterizan por lo tanto ven la salud y la enfermedad de diferentes maneras, esto lleva a que existan una variabilidad de comportamientos en sus acciones para la salud. Cada individuo posee una variedad de características, como edad, género, origen étnico, antecedentes genéticos, nivel intelectual y motivación, valores éticos y socioculturales, que a su vez varían entre personas y a lo largo del tiempo. Éstas características influyen para que cada individuo responda de maneras diferentes en cuanto a lo fisiológico y en el comportamiento humano hacia la adaptación al entorno. También se destaca la influencia genética como la del entorno, en relación con el comportamiento humano.

¹ ZABALEGUI, YARNOZ, A. “*El Rol del profesional de Enfermería*”. Scielo. Vol. 3. (2003)
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004

Los factores del entorno, por su parte también influyen la manera como las personas perciben la salud y sus acciones para lograrla. Estos factores pueden clasificarse en tres grupos: el entorno físico, los patrones culturales y los patrones sociales.

El entorno físico incluye las variables físicas, químicas y biológicas que influyen la salud humana. El entorno deseable proporciona una gran variedad de estímulos compatibles, que son necesarios para el desarrollo mental y físico. Además, también provee lo indispensable para satisfacer las necesidades básicas o fundamentales, como agua, alimentos, etc. Los peligros potenciales de las actividades humanas, como desechos, contaminación o destrucción de materiales tóxicos de labores industriales, como asbestos, monóxido de carbono o derrames de petróleo, son el principal centro de atención, ya que están claramente identificados como factores negativos relacionados con la exposición a toxicidad.

Entre los patrones culturales encontramos la religión, la organización familiar, el lenguaje, el uso de medicamentos, el cuidado de los niños y de los ancianos, los hábitos alimentarios, etc. Dentro de estos patrones podemos identificar una amplia variedad de conceptos, que tienen significado saludable para unos, mientras que no es así para otros.

Los patrones sociales, como el nivel de educación, el estatus socioeconómico, el empleo y los patrones de relación entre las personas, influyen significativamente la accesibilidad al cuidado de la salud y la capacidad de tomar decisiones informadas. En algunos de los patrones culturales o sociales se han podido identificar factores de riesgo para enfermedades específicas. Por ejemplo, el estrés, la obesidad, la falta de ejercicio físico y el consumo de tabaco se han relacionado con las enfermedades cardiovasculares. A pesar de que el abandono de estos hábitos requiere cambios lentos de conducta, y en algunos casos son muy difíciles al enfrentarse a los valores específicos de grupos sociales determinados, los resultados de la actividad de enfermería son muy satisfactorios y generan mejoras significativas en los niveles de salud de la población.

Todas estas características propias de cada individuo y los factores externos que lo influyen generan valores personales y grupales a la hora de definir la salud,

como enfermeros y por lo tanto profesionales de la salud debemos considerar que estos valores no generen divisiones a la hora de la atención y que no se abuse de los derechos y privilegios.

Consideramos importante definir la enfermería como una ciencia, teniendo en cuenta que adquiere conocimientos mediante la observación y la experimentación, y la práctica basada en la evidencia científica. Asimismo, la enfermería es un arte y una filosofía, compatibles con la visión científica. Es importante tener en cuenta que, en la actualidad, el modelo de cuidado es fundamentalmente biomédico, centrado en la enfermedad, y deja poco espacio para las dimensiones sociales, psicológicas, culturales y espirituales de la salud. Florence Nightingale escribió en el 1859:

“La Enfermería tiene la responsabilidad de cuidar de la salud de las personas... y tiene que poner a la persona en la mejor forma posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ella”².

Un siglo más tarde Virginia Henderson en 1961 escribió:

“La Enfermería es la asistencia a la persona, enferma o sana, en la ejecución de aquellas actividades que favorecen su salud o la recuperación de la misma, o una muerte en paz, tareas que él podría realizar sin ayuda si tuviera la energía, fuerzas de voluntad o conocimientos necesarios.”³

El servicio de Enfermería es necesario universalmente ya que su esencia es cuidar y mantener la salud de la persona, la familia y la comunidad y contribuir a satisfacer las necesidades de atención y bienestar. Como profesionales de la salud deben respetar la vida, la dignidad y los derechos humanos. Los profesionales de la Enfermería deben poseer capacidad para contribuir con inteligencia, respeto y justicia a la atención a los pacientes.

² NIGHTINGALE, F. “*Notas sobre enfermería: ¿Qué es y qué no es?*”. Filadelfia, J. B. Lippincott (documento original publicado en 1859) ,1992.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000078&pid=S16575997200300010000400008&lng=en

³ Restrepo de A. CM. Simbolismo de la profesión. En: “*Historia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia*”. Medellín; 1997. P. 162-98.
<https://encolombia.com/medicina/revistasmedicas/enfermeria/ve-84/enfermeria8405-enfermeria/>

“La enfermera(o) asume la responsabilidad de hacer el bien y proteger los valores más preciados: la vida, la salud y los derechos de las personas bajo su cuidado. También es responsable de salvaguardar un medio sano: físico, social y emocional; y de promover la calidad de vida del ser humano.”⁴

Florence Nightingale dejó como legado a la Enfermería actual dos cualidades morales que deben caracterizar a sus profesionales: la veracidad y la fidelidad. La persona, familia, comunidad y sociedad constituyen el centro de atención y el deber ineludible del profesional de Enfermería como ser social, ciudadano y profesional. Las enfermeras(os) deben estar conscientes de que la responsabilidad ética surge de sus propios sistemas de valores personales y profesionales que les hace elegir una conducta ante decisiones frente a los pacientes, en el plano profesional, ante el sistema de salud y la sociedad.

⁴ **AMARO CANO, M. DEL CARMEN.** *“Problemas Éticos y Bioéticos en Enfermería”*. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 2005

APARTADO 2:
Enfermería como Profesión

Cuando la enfermería surge como profesión, en el siglo XIX, Florence Nightingale (1859) procuró no solo establecerla con unos fundamentos firmes sobre conocimientos científicos, sino también identificar e insistir sobre el comportamiento ético de la enfermería. Posteriormente, en 1980, la Asociación Americana de Enfermería define la función independiente de la profesión como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales.

La investigación de enfermería surge a comienzos de siglo XXI, esto se debe a la aparición de interrogantes sobre la dirección hacia donde la profesión se mueve. La investigación se hace necesaria para ser profesionales competentes dentro de la compleja realidad del sistema actual de cuidado de la salud. La complejidad del sistema de salud está dada debido al envejecimiento de la población, la disminución de las estancias hospitalarias, con un aumento del grado de gravedad de los pacientes ingresados, el progreso de la tecnología y los cambios sociales en el ámbito familiar. El análisis de la función de la enfermera en la planificación, realización y evaluación de la investigación, la divulgación de resultados y la aplicación en la práctica, proporcionan las bases para entender el rápido crecimiento de la investigación de enfermería.

El Consejo Internacional de Enfermería, como la más antigua organización profesional internacional, ha clasificado las funciones fundamentales de la enfermería en cuatro áreas:

- promover la salud,
- prevenir la enfermedad,
- restaurar la salud y
- aliviar el sufrimiento.

“Esta organización apolítica reúne personas de diferentes países, con un interés profesional y un propósito común de desarrollo de la enfermería a nivel internacional”⁵.

⁵ KELL, L. Y., & JOEL, L. A. " *Dimensions of professional nursing*". 8º Ed. Nueva York. McGraw-Hill, 1999.

Las intervenciones de enfermería se pueden clasificar principalmente en cuatro categorías, que afrontan las demandas del cliente:

- 1) cuidado;
- 2) competencia;
- 3) servicios de información y asistencia jurídica, y
- 4) conexión.

“El profesional en enfermería competente es aquel que utiliza sus conocimientos, habilidades y actitudes para emitir juicios clínicos, solucionar problemas y realizar tareas costo-eficaces.”⁶

La función de la enfermería, al igual que la de otras profesiones de la salud, debe incluir la información y educación del cliente sobre la salud, para que él pueda elegir entre las diversas opciones posibles, una vez considerados los distintos riesgos y beneficios de cada alternativa. Esta función de educación se está convirtiendo en prioritaria, ya que la tendencia del cuidado de la salud se centra en el cliente, como centro de la atención y como persona que toma la decisión del tratamiento y el tipo de cuidado que se va a realizar.

Consideramos de gran importancia destacar que el profesional de enfermería debe ser la conexión o unión entre los profesionales de la salud, el paciente y su familia. Esta función tiene por objetivo la integración de los esfuerzos y la prevención de la fragmentación de los servicios de salud asociada a la especialización. Es la enfermera quien crea relaciones, mediante el reconocimiento mutuo enfermera-paciente, conociendo sus percepciones y necesidades, y negociando el cuidado para alcanzar los objetivos propuestos en el plan de cuidados holísticos.

Como V. Henderson dijo:

“la enfermera debe conocer qué es lo que el enfermo necesita”.⁷⁸

Se debe colaborar con los pacientes para identificar sus necesidades, pudiendo ser éstas físicas, mentales, emocionales, socioculturales y espirituales y en el desarrollo de soluciones. También se debe destacar la importancia de la

⁶ ZABALEGUI, YAROS, A. “*El Rol del profesional de Enfermería*”. *Scielo*, vol. 3. (2003)
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004

⁷ HENDERSON, V. “*La naturaleza de la enfermería*”. Nueva York. McMillan,

⁸ .http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004

intervención familiar en el cuidado del paciente para promover la salud. Esta necesidad de intervención debe expandirse a otros grupos, comunidades, organizaciones, colegios, etc. Para alcanzar el equilibrio entre la persona y el entorno, debemos reconocer la importancia de los sistemas de apoyo social y los aspectos holísticos del cuidado físico, social, económico, político, espiritual y cultural.

La enfermería debe participar en la búsqueda de medios para lograr la potenciación de la salud comunitaria. Creemos que esto es de gran importancia ya que las enfermedades predominantes son principalmente alteraciones debilitantes crónicas, en donde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se reconocen como estrategias efectivas. Se puede decir que la mayor parte de las muertes son el resultado de enfermedades coronarias, cáncer e infartos cerebrales. Así, la enfermería debe intentar anticiparse a las situaciones que surgen y prevenir aquellas que dan lugar a riesgos para la salud. Para alcanzar los objetivos anteriormente mencionados, la enfermera debe:

- 1) Conocer qué es lo mejor para el paciente.
- 2) Responder a las necesidades del paciente.
- 3) Ser técnicamente competente, científicamente conocedora, prácticamente responsable y emocionalmente capaz de afrontar las situaciones de crisis en el cuidado de la salud.
- 4) Ser competente en habilidades de comunicación y tener la capacidad de explicar la fundamentación empírica y filosófica de sus acciones en relación con el cuidado del paciente.
- 5) Ser capaz de controlar las situaciones del paciente, con actividades y con el manejo de sus propias emociones.
- 6) Reconocer que en cualquier momento una persona puede necesitar ayuda de otra. La enfermera(o) puede requerir ayuda para el mantenimiento o desarrollo de habilidades, para el autoconocimiento o la comprensión de otros.
- 7) Potenciar la dignidad y el valor de las personas.
- 8) Enfatizar y apoyar la contribución del paciente y la familia al cuidado y a la adaptación.

Ética en los principios de la Enfermería

El Consejo Internacional de la Enfermería (CIE) adoptó por primera vez el Código Internacional de Ética para la Enfermería en el 1953, este ha sido revisado y reafirmado en repetidas ocasiones, siendo la revisión más reciente en el año 2000 donde se plasman los aspectos más importantes a tener en cuenta por todos los profesionales de la Enfermería en el cumplimiento de la ética.

La actividad moral está presente en toda actividad humana refiriéndose a los actos y formas de conducta donde el hombre plasma sus principios, ideas, sus representaciones morales.

La palabra ética se deriva del vocablo griego Ethos y del latín Moris que significan costumbres, hábitos. Por tanto es la filosofía de la moral o ciencia que trata de la moral, su origen y desarrollo, las reglas y normas de conducta de los hombres y sus deberes hacia la patria, el estado y la salud.

Desde el surgimiento de la Enfermería como profesión gracias a Florence Nightingale, en la segunda mitad del siglo XIX, esta profesión incorporó dos principios éticos a su actuar: la fidelidad al paciente y la veracidad. Se plantea que

“la Enfermería debe preparar enfermeras(os) que tengan una visión de su profesión como disciplina científica, que se preocupen por el bien fundamental de la humanidad y que posean un sistema de creencias que revelen su firmeza ética, desarrollando una filosofía personal de la profesión que refleje su papel de liderazgo en la atención de salud.”⁹

La Enfermería como ciencia humana práctica es un conjunto organizado de conocimientos avalados por la investigación científica y el análisis lógico. En la atención de Enfermería el desarrollo de una profunda educación ética es fundamental, por ello bajo el término “Ética de la Enfermería” se incluyen las cualidades morales y reglas de conductas especialmente relacionadas con el cuidado del enfermo.

Por tanto “la ética de la enfermería es la adecuación de los principios éticos que rigen en la sociedad y en el

⁹ **LEDDY S, PEPPER JM.** *“Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional”*. Filadelfia: JB Lippincott Company, 1997

ámbito de los profesionales de la salud, vinculándose a las características particulares de la profesión.”¹⁰

El abordaje integral de los problemas de salud impone a las enfermeras(os) la necesidad de una conducta ética-moral intachable, siendo un ejemplo en su conducta diaria la batalla ideológica por estilos de vida sanos.

La Enfermería no podría realizar un trabajo eficiente, sin que sus decisiones sean basadas en el conocimiento científico profundo de las Ciencias Básicas y Sociales, relacionadas con la atención a los pacientes. Los Principios Básicos del cuidado que ofrece la Enfermería dependen del conocimiento de las Ciencias Naturales como Anatomía, Fisiología, Microbiología, Bioquímica, Química, Física y de las Ciencias Sociales como la Psicología, Sociología, Filosofía y otras. Por lo que debe existir una integración de las Ciencias Básicas Clínicas y las Ciencias Sociales. Las Ciencias Sociales tratan del comportamiento humano y su objetivo general es ayudar al paciente a adquirir o conservar la aceptación de los demás o evitar la desaprobación de estos en su medio sociocultural.

Es por ello que en el ejercicio de nuestra función social debemos conservar estos principios ético-morales de profundo contenido humano, ideológico y patriótico y dedicar nuestros esfuerzos y conocimientos científicos y técnicos al mejoramiento de la salud del hombre.

Dentro de los Principios Básicos de la Enfermería se encuentran:

- 1) Ayudar al paciente a conservar su personalidad.
- 2) Ayudar al paciente a recuperar su salud.
- 3) Ayudar al paciente a incorporarse a la sociedad.
- 4) Proteger al paciente de lesiones, agentes externos y enfermedades.

Estos principios se expresan en:

- 1) La relación enfermero-paciente.
- 2) La relación enfermero-paciente-familia.
- 3) La relación entre los docentes y educandos.
- 4) La relación como parte de la sociedad.

¹⁰ BELLO FERNÁNDEZ, NILDA L. “*Fundamentos de Enfermería*”. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 2006

Todos ellos están basados en la estrecha relación enfermera(o)-paciente familia-sociedad donde el cumplimiento de la ética de la Enfermería constituye el aspecto de mayor importancia para la obtención de los resultados positivos esperados en la evolución de los pacientes.

Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como método ético-científico-profesional

El Proceso de Atención de Enfermería se basa en el pensamiento lógico y en el método científico, regido por un código ético que se ocupa de la salud de los seres humanos y de la evolución de la práctica y la teoría.

“Constituye un plan de trabajo diario en el ejercicio de la práctica clínica sobre la base de las capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales con el objetivo de atender las necesidades de las personas, la familia y su interrelación con el entorno. La integración de la Filosofía dentro del PAE y la suposición de que la filosofía de una persona determina sus actos, respalda la necesidad que tienen las enfermeras(os) de elaborar y reflexionar sobre su propia filosofía.”¹¹

Al aplicar este método científico el profesional debe reconocer a la persona, la familia o grupo social, en su contexto y características individuales para realizar una valoración holística adecuada que le permita identificar las necesidades afectadas, por lo que se crea un plan de cuidados que ayude a satisfacerlas, siempre que el paciente las acepte y deben estar dirigidas a mantener y preservar la integridad física, junto con sus creencias y valores personales.

Con relación al PAE existen 3 áreas de la Filosofía:

- 1) Conocimiento: Basándose en el pensamiento lógico y en el método científico.
- 2) Valores: Está regido por un Código Ético propio.
- 3) Existencia: Se ocupa de la enfermera(o) y la persona como seres humanos y de la evolución de la práctica basada en la teoría.

¹¹ BELLO FERNÁNDEZ, NILDA L. “*Fundamentos de Enfermería*”. La Habana: Ed. Ciencias Médicas.2006

APARTADO 3:
Introducción a los cuidados del niño

Actualmente el concepto que hoy se tiene de lo que es un niño es muy diferente al que existía en las primeras etapas de la historia.

En las etapas de la cultura antigua y medieval, en período de la infancia, las personas eran consideradas como individuos incompletos, donde el estar enfermo o hasta el mismo hecho de la muerte eran asumidas como normales; es así, que el niño o niña presentaban cuidados más ligados con una perspectiva de supervivencia.

Hacia los orígenes de la civilización, eran las madres las asignadas a brindar el mínimo de cuidados que el niño necesitaba para sobrevivir, ya que los varones eran los debían realizar la caza para proveer de alimentos y cuidaban a las tribus. En las civilizaciones egipcias y griegas, el menor ya se consideraba como un valor de producción. En Egipto, el Papiro de Ebers, que fue descubierto en Tebas, data como el documento donde se transmite una gran información a nivel médico-sanitaria, donde se establecen los cuidados básicos desde el nacimiento, la lactancia, enfermedades del lactante, etc.

Es bien, durante el siglo XX cuando los mayores avances sobre el cuidado infantil se dan, éstos ligados a la morbimortalidad, en relación a las condiciones sociales y económicas del lugar, generando algunas mejoras sociales y de bienestar.

A demás, en esta época se declaran los Derechos de los niños y niñas a la salud, los que se enmarcan en la Convención sobre los Derechos de los Niños, y donde se establecen medidas internacionales, que llevan a la salud infantil como un interés social y derecho de todos.

El objetivo de los cuidados de los niños está evocado a procurar el mejor estado de bienestar posible para este y su familia y este objetivo es paralelo al de la pediatría como disciplina médica.

Enfermería Pediátrica.

El rol de enfermería siempre se ha encontrado muy ligado al de mujer; a lo largo de la historia puede observarse cómo este binomio mujer-enfermera se ha ido presentado, desde la biblia con las mujeres parteras.

En las órdenes religiosas, se aplicaron los cuidados de los enfermos, y una de sus funciones principales era brindar atención a los niños pobres.

Es recién en el siglo XIX cuando se produce la reforma en enfermería donde se establece la necesidad de instruir a las enfermeras, para poder cuidar de una manera adecuada a los enfermos.

Es Florence Nightingale, en este periodo, la primera enfermera que marca el camino hacia la enfermería moderna, considerándola como una profesión. Ella es quien destaca la necesidad de que las madres fuesen instruidas en conocimientos sanitarios en lo que respecta a los cuidados del niño.

Esta evolución permitió ver de forma más especial los cuidados de enfermería en la infancia y se inician las denominadas casas cunas que, posteriormente, se irían transformando en unidades pediátricas.

Ya en España con el crecimiento de los hospitales infantiles (en siglo XIX y principios del XX), se fue avanzando en la especialización de los enfermeros en cuidados infantiles.

Conceptos y definiciones importantes.

ENFERMERÍA INFANTIL: es la profesión que se dedica a la ayuda en las etapas de la niñez, en la salud, enfermedad, rehabilitación, e incluso la muerte.

Hablamos de una disciplina asistencial, humanística y científica.

PEDIATRÍA: es aquella parte de la medicina que se encarga del restablecimiento de la salud en un niño enfermo. Esta deriva del griego *pailos* (niño) y *iatria* (curación). Hoy en día se refiere a la medicina en la edad infantil en todo su conjunto.

Actualidad del papel de Enfermería en los cuidados del niño.

Como se ha venido describiendo, los cuidados que se han ido otorgando a los niños han cambiado, y han ido evolucionando en cada época. Con el tiempo se han consolidado cambios en las diferentes condiciones sociales y filosóficas en relación a los niños y adolescentes.

Con el desarrollo constante que sufre la ciencia y las tecnologías y, a su vez, el impacto que producen en la salud de la gente, se ha ido extendiendo el cuidado en la salud de los pequeños más allá de lo meramente biológico; también sumando la etapa y circunstancia social en la que han nacido. Esto lleva aparejado la mejora de cuidados por parte del personal de enfermería. Entre los aspectos con mayor relevancia que se han observado a lo largo de la historia, se

destaca principalmente el cambio de la morbilidad y la mortalidad infantil, que han ido descendiendo, sobre todo en los países occidentales.

Plan de cuidados de Enfermería en la infancia y adolescencia.

Para poder llevar a cabo los cuidados que se requieren en la niñez, los enfermeros deben conocer y desarrollar habilidades relacionadas con las diferentes etapas de la infancia. No debe considerarse a los niños como si éstos fuesen adultos pequeños.

Este plan de cuidados, que es interdisciplinario, considera al paciente dentro del entorno familiar como un todo, ya que su familia está implicada también en su cuidado.

Es importante tener en cuenta que los niños presentan una constante necesidad de amor, afecto y seguridad para desarrollarse normalmente, y cuando se realiza la valoración por parte del personal, no se deben dejar de lado estos aspectos.

Enfermería Pediátrica, sus perspectivas para el futuro.

La promoción de la salud ha pasado a ser un enfoque para el tratamiento de la enfermedad, para lo cual los enfermeros debemos ampliar mucho más las funciones en lo que respecta a la atención ambulatoria, especialmente en los domicilios y escuelas.

No hay que olvidarse que es el personal de enfermería (dentro del personal sanitario) que más tiempo se encuentra en contacto con el niño, ya sea en los hospitales como en centros de salud, escuelas, etc. Es gracias a esto que presenta mayor conocimiento de los problemas potenciales y reales que pueden afectar la salud del niño.

“Se distinguen siete áreas en las cuales se deben desarrollar las actividades de la Enfermería Infantil:

1. Prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
2. Educación sanitaria. 3. Relación de ayuda. 4. Cuidados del niño enfermo. 5. Coordinación y colaboración. 6. Investigación dentro de la Enfermería Infantil. 7. Planificación de la atención sanitaria.”¹²

¹² LÓPEZ, I; GARCÍA, M. *“Enfermería Pediátrica: Introducción a la enfermería pediátrica.”* Primera Ed. ElsevierDoyma. 2001.

APARTADO 4:
Unificación de Criterios

Como punto de partida, definiremos términos que son de relevancia:

UNIFICACIÓN: ésta palabra se origina del latín “unus” que significa uno, y así como lo indica, hace referencia a unir, agrupar en una unidad.

CRITERIO: tiene su origen en un vocablo griego que significa “juzgar”, hace referencia al juicio de una persona. Por esto, puede considerarse una condición subjetiva que nos permite elegir.

El criterio es también un requisito que se debe respetar para alcanzar algún objetivo o satisfacer una necesidad.

En este punto, podemos plantearnos ¿qué es lo que implica unir criterios?

Significa que hay que tener un mismo propósito, mismos parámetros o lineamientos y, a su vez, desarrollar acciones que permitan avanzar y lograr objetivos.

Las instituciones unifican criterios porque tienen una sola visión y misión y porque presentan objetivos comunes.

TRABAJO EN EQUIPO: es un conjunto de personas que combinan sus habilidades, sus ideas, esfuerzos y conocimientos con el fin de alcanzar metas propuestas y hacerlo con éxito.

COMPROMISO: es colocar al servicio de todas las capacidades y responsabilidades para alcanzar un resultado.

Unificación de Criterios en Enfermería.

La importancia de unificar criterios dentro del personal de enfermería tiene como finalidad que los pacientes puedan recibir los mejores cuidados. Se trata de que como profesionales se asegure una práctica de cuidados de calidad y con garantía de seguridad clínica, contribuyendo a optimizar la salud.

Al unificar los criterios, se facilita la planificación de una metodología que sea concreta ante un problema o necesidad de salud en particular, posibilitando resultados que sean satisfactorios para el paciente.

En enfermería, unificar criterios posibilita la creación de guías que recomiendan los cuidados centrales en las intervenciones más frecuentes que se realizan en la práctica diaria.

Para poder unificar criterios en los cuidados que brinda enfermería se necesita dedicar tiempo y esfuerzo en la revisión de la práctica clínica y la evidencia

científica que se publica, estandarizando y realizando protocolos de las actuaciones de los profesionales.

Protocolos de Enfermería.

La creación de un protocolo constituye una documentación que nos permita que se desarrolle un funcionamiento rápido y eficaz, ya que en él se encuentran ordenadas todas las acciones que contribuyen a minimizar riesgos en el paciente y, a su vez, dar más seguridad al personal.

Los protocolos son importantes porque:

- 1) Se documenta la asistencia que debe proporcionar el personal de enfermería.
- 2) Se documenta la asistencia que proporcionó el enfermero, sin necesidad de depender de su memoria únicamente.
- 3) Funcionan como medio de comunicación con el mismo personal y con el resto del equipo de salud, al ser una documentación escrita. También sirve como un medio de enseñanza para los ingresantes.
- 4) Ayudan a desarrollar planes de calidad: son un punto de partida para asegurar la calidad de los cuidados porque determinan lo que se debe hacer, se puede comparar lo que se debió hacer y lo que se hizo, se puede identificar que se omitió y se pueden determinar las correcciones para llevarlas a la práctica.

La guía de protocolos es una herramienta de utilidad, elaborada a través de experiencia y conocimientos, aunque no sustituye al profesional que tiene la capacidad de decidir cómo actuar ante las circunstancias y características del paciente que debe cuidar.

APARTADO 5:

**Procedimientos Básicos de Enfermería en
Pediatria**

A. Consideraciones Generales

La realización de procedimientos y técnicas en pacientes pediátricos supone una situación altamente estresante para el niño y la familia, así como para el propio profesional de salud. El profesional de enfermería debe conocer las especificidades en el trato del niño y las estrategias específicas para disminuir la ansiedad del niño y la familia, aumentando su colaboración, minimizando las molestias a lo largo del procedimiento y favoreciendo el éxito de la técnica.

El profesional de enfermería debe asegurar los cuidados físicos que precisa el niño en cada procedimiento, proporcionándole a la vez seguridad, afecto e información para favorecer el éxito de la técnica.

La presencia de los padres durante el procedimiento debe valorarse en forma individualizada en cada situación; en muchas ocasiones la familia puede ser el mejor apoyo para el niño, y siempre que el procedimiento lo permita, estará presente en la técnica; en otros casos el estrés situacional que la familia sufre puede dificultar la realización y el logro de la técnica.

Siempre que el procedimiento lo permita, serán los padres quienes lo realicen: toma de medicación oral, toma de temperatura o recogida de muestras de orina o heces, etc.

Respecto al niño, al que decirle la verdad; no debe minimizarse la molestia de procedimientos invasivos, ya que la mentira hace perder la confianza del mismo hacia el profesional y puede dificultar posteriores interacciones. La explicación debe ser clara, breve y adecuada a la edad y situación.

Es necesario preservar en todo momento la seguridad del pequeño, no descuidándolo en sitios o posiciones que puedan suponer algún riesgo o accidente.

Puede utilizarse el juego como un instrumento de expresión emocional o como método de distracción para conseguir el objetivo terapéutico.

El desarrollo del niño en las distintas etapas evolutivas supone algunas diferencias anatomofisiológicas importantes respecto al adulto que deben considerarse en el momento de la valoración y realización de procedimientos; así pues, los niños no deben ser considerados como adultos pequeños.

B. Técnicas y Procedimientos

Los procedimientos que se llevan a cabo en pacientes de pediatría son:

- control de signos vitales: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, presión arterial.
- control antropométrico: peso y talla.
- colocación y cuidado de sonda nasogástrica y vesical; cuidado y cambio de gastroestoma.
- técnicas de alimentación: parenteral y enteral.
- recolección de muestras: orina, deposiciones, secreciones nasofaríngeas, hemocultivos, retrocultivos.
- realización y cuidado de venoclisis periférica. Cuidado de acceso venoso central. Colocación y cuidado de poliport en catéteres implantables.
- oxigenoterapia: cánula nasal, máscara, traqueotomía.
- terapia inhalatoria: nebulizaciones, inhaladores presurizados (puff).
- aspiración de secreciones
- preparación y administración de medicamentos: vía oral, endovenosa, intramuscular, inhalatoria, intrarectal.
- registro de ingresos y egresos para balance
- aseo y confort
- preparación de soluciones parenterales
- educación.

Las autoras de este trabajo, para esta investigación, tendremos en cuenta los siguientes procedimientos:

I. Control de peso

DEFINICION: Es la medición de la masa corporal del individuo.

OBJETIVO:

- Obtener un peso exacto para ayudar a establecer el diagnóstico y tratamiento del paciente.
- Dar seguimiento a una enfermedad.
- Valorar el crecimiento y desarrollo del niño.

PRECAUCIONES:

- Cerciorarse que el paciente este en ayunas y que haya miccionado y evacuado antes.
- Pesar al paciente a la misma hora todos los días si es posible.
- Cerciorarse que el paciente tenga la mínima cantidad de ropa posible y sin calzado.

- No dejar solos a niños y a personas débiles para evitar caídas.
- Cerciorarse que la báscula este nivelada antes y después del procedimiento
 - Si la persona es muy obesa verifique antes la capacidad de la báscula.
- Si la báscula está provista de ruedas, inmovilícense esta antes de que la paciente suba a ella.
- Llevar bascula a unidad del paciente si es necesario.

CONTRAINDICACIONES:

- En pacientes con reposo absoluto.
- En pacientes graves y debilitados.

EQUIPO:

- Bascula graduada
- Papel periódico
- Libreta

PROCEDIMIENTO GENERAL:

1. Reunir equipo necesario.
2. Identificar al paciente y orientarlo acerca del procedimiento.
3. Observar que la báscula este nivelada.
4. Colocar papel periódico sobre la plancha de la báscula.
5. Ayudar al paciente que se pare en el centro de la plancha, dando la espalda a la escala graduada
6. Comprobar que el paciente este en equilibrio, movilizar el marcador de la escala, leer el peso del paciente y anotarlo en la hoja correspondiente.
7. Ayudar al paciente a bajarse de la báscula
8. Dejar bascula nivelada
9. Dejar al paciente cómodo y la unidad en orden.
10. Retirar y descartar papel.
11. Anotaciones: Fecha, hora, peso exacto, reacciones del paciente y firma.

PROCEDIMIENTO PARA BALANZA PEDIÁTRICA:

1. Apoyar la balanza en una superficie horizontal firme.
2. Verificar si se encuentra calibrada
3. Colocar un género liviano sobre el platillo
4. Pesar al niño sin ropa. Si esto no es posible, se descontará luego el peso de la prenda usada.

5. Pedir a la madre que colabore quitando toda la ropa al niño. Si la madre no desea desnudarlo o la temperatura es muy baja, pesar al niño con ropa ligera (camiseta o pañal delgado) y descuenta el peso posteriormente.
6. Colocar al niño en el centro del platillo, cuidando que no quede parte del cuerpo fuera, ni esté apoyado en alguna parte. Mientras permanece acostado o sentado, la madre o acompañante deberá estar cerca para tranquilizarlo.
7. Deslizar primero la pesa que mide incrementos de 1 kg para obtener el peso aproximado.
8. Deslizar luego la pesa que mide incrementos de 10 g para obtener el peso exacto, es decir cuando el fiel o barra quede en equilibrio. Si este peso se encuentra entre dos medidas se considerará la menor.
9. Leer el peso obtenido y descontar el peso del género para obtener el peso real del niño.
10. Anotar el peso en el registro.
11. Volver ambas pesas a la posición “cero”.
12. Al concluir la tarea trabar la balanza con el seguro.

CONTROL DE CALIDAD DE LA BALANZA:

Para tener un buen diagnóstico nutricional es fundamental verificar que la balanza sea la adecuada, y que se encuentre en buenas condiciones antes de realizar una evaluación antropométrica. Las balanzas deben calibrarse al comenzar la jornada, pesando objetos de peso conocido (ej.: pañales).

Pasos a seguir:

- a) Colocar un objeto de peso conocido en la balanza.
- b) Si el resultado obtenido no es el mismo se procederá a calibrar como se indica a continuación y con el dispositivo correspondiente que tiene cada balanza:

Calibración del equipo: en el borde lateral superior izquierdo tienen una placa redonda con la inscripción “regulador”, al destaparla se observa el tornillo regulador y una barra metálica. Se introduce un destornillador o cuchillo en la ranura del tornillo, haciendo girar el eje suavemente, hacia atrás o adelante, hasta que el fiel quede en posición media, respecto al orificio lateral derecho.¹³

¹³ UNICEF. *"Evaluación del crecimiento de niños y niñas"*. Módulo 1. Salta, Argentina. 2012.

II. Balance de ingresos y egresos

Para conservar la salud y mantener la función de todos los sistemas corporales es necesario que exista un *equilibrio* líquido, tanto en el plano electrolítico como respecto al balance ácido-base. Estos equilibrios se mantienen mediante el aporte y la eliminación de líquidos y electrolitos, su distribución corporal y la regulación de las funciones renal y pulmonar. Los desequilibrios son resultado de numerosos factores y se asocian a cuadros patológicos; por lo tanto, los cuidados de enfermería irán dirigidos a la valoración y corrección de los desequilibrios o a la conservación del equilibrio.

Un cuerpo normal mantiene un equilibrio hídrico, esto significa que el volumen del L.I.C., L.I.S. y del plasma se mantienen relativamente constantes.

Los líquidos que circulan por el organismo están compuestos por electrolitos, minerales y células.

Un electrolito es un elemento que al estar disuelto en agua se disocia y es capaz de transmitir corriente eléctrica. Los electrolitos son imprescindibles para muchas funciones orgánicas, ejemplo: funcionalismo neuromuscular y equilibrio ácido básico.

Los minerales, ingeridos en forma de compuestos, ayudan a regular numerosas funciones corporales, formando parte de tejidos y líquidos del organismo. Los minerales actúan como catalizadores de la respuesta nerviosa, de la contracción muscular y del metabolismo de los nutrientes, además regulan el equilibrio electrolítico y la producción de hormonas.

Las células, son las unidades funcionales básicas de todos los tejidos vivos.

Factores que influyen en el volumen de los líquidos corporales:

- La superficie corporal: Cuanto más pesa una persona, más agua contiene el cuerpo, con excepción de la grasa, la que casi carece de agua, es decir, mientras más grasa hay en el cuerpo, menor es el contenido de agua por unidad de peso.
- La edad: Los lactantes tienen más agua en comparación con el peso corporal de los adultos. La edad y el contenido de agua son inversamente proporcionales.

- El sexo: La mujer tiene ligeramente menos agua por unidad de peso que el hombre, porque está constituida por un porcentaje de grasa levemente mayor.

Principales factores que modifican la distribución de los líquidos corporales:

- La concentración de electrolitos en el L.E.C.: Actúan sobre el intercambio de agua entre los compartimentos líquidos del cuerpo, donde va el Na⁺ va el agua.
- La presión sanguínea capilar: Es una fuerza impulsora de agua, hace salir los líquidos desde los capilares al L.I.S., por lo tanto, un aumento en la presión capilar transfiere líquidos desde la sangre al L.I.S... (Aparece el edema intersticial).
- La concentración de proteínas: Producen el efecto opuesto, ya que retienen el agua en la sangre y la atraen desde el L.I.S.

Mecanismos que mantienen el equilibrio hídrico:

En condiciones normales, la homeostasis del volumen total de agua se mantiene en el cuerpo principalmente por mecanismos que ajustan la excreción con la ingesta y secundariamente, por mecanismos que ajustan dicha ingesta.

-INGESTA:

El organismo obtiene agua y electrolitos de diversas formas. Cuando está sano, los recibe de:

- a) Los alimentos que consume.
- b) Las bebidas que ingiere.
- c) El agua producida del catabolismo de los alimentos, se conoce como Agua Endógena.

Se considera aproximadamente 300cc producidos diariamente por la oxidación de los alimentos (único factor constante de los ingresos).

En algunas enfermedades se administran líquidos por vía parenteral y/o por sondas gastroenterales.

Dentro de los líquidos administrados por vía parenteral se consideran:

- Los administrados por vía endovenosa como sueros, hemoderivados, expansores plasmáticos, medicamentos y nutriciones parenterales.
- Medicamentos administrados por vía intramuscular, intrarectal.

En relación a los líquidos administrados por vía enteral están:

- Alimentación por sondas enterales.
- Administración de medicamentos por sondas enterales (sonda nasogástrica, sonda nasoyeyunal, yeyunostomías, gastrostomías etc.) La ingesta está regulada principalmente a través del mecanismo de la sed. La Sensación de sed aparece con una pérdida de 0.5% del agua corporal.

El centro de la sed se localiza en el hipotálamo.

Los principales estímulos fisiológicos del centro de la sed son: a)

El aumento de la osmolaridad de la sangre.

b) La disminución del volumen plasmático.

La ingesta de líquidos requiere de un estado de alerta, es por ello, que los lactantes, los pacientes con alteraciones neurológicas o psicológicas y algunos ancianos no son capaces de percibir o responder al mecanismo de la sed, teniendo riesgo de sufrir desequilibrios hidroelectrolíticos.

-EGRESOS:

A. Pérdidas Insensibles: Es la pérdida de agua por evaporación en forma no visible, ocurre en todas las personas en forma continua. Se calcula aproximadamente en un adulto en 800cc en 24 horas.

Esta pérdida se produce a través de la superficie cutánea o piel (400 cc aprox.) y además los pulmones (400 cc aprox.) como vapor de agua durante la respiración.

La pérdida de Agua Insensible a través de la piel y los pulmones se puede calcular exactamente según la superficie corporal del individuo, aplicando la siguiente fórmula:

0,5cc x kilos del paciente. X hora.

(Factor constante para todos los pacientes)

B. Los Riñones: El cuerpo mantiene el equilibrio hídrico fundamentalmente modificando el volumen de orina excretada, para adaptarse al volumen de líquidos ingresados.

El control de volumen de orina está modulado por algunos mensajeros químicos presentes en la sangre como: la hormona antidiurética o ADH que disminuye la cantidad de orina excretada, la Aldosterona que aumenta la reabsorción de agua a nivel de los túbulos renales, la hormona Natriurética Auricular o HNA segregada

por la pared auricular del corazón con efecto opuesto a la aldosterona, es decir, elimina más sodio y agua.

En consecuencia, los riñones participan en la homeostasis regulando el volumen y osmolaridad del L.E.C., la concentración de electrolitos en el L.E.C. y la excreción de desechos metabólicos y sustancias tóxicas.

C. Deposiciones: A pesar de que circulan unos 8 litros de líquidos por día en dicho sistema, se reabsorbe una buena parte de éstos en el intestino delgado, eliminándose en deposiciones aproximadamente entre 100 - 200cc al día.

(Varían en cada persona).

En cuadros patológicos la capacidad de reabsorción se altera produciendo diarreas, que aumentan las pérdidas.

Según la consistencia de éstas, se considera aproximadamente:

Deposiciones Líquidas: 100 % del volumen.

Deposiciones Semi-líquidas: 50%del volumen.

Deposiciones Sólidas: 1/3 del volumen total.
--

D. Pérdidas Extraordinarias:

- Sudoración:

La pérdida de agua a través de la piel, se regula mediante el sistema simpático, estimulando las glándulas sudoríparas. Estas pérdidas pueden ser insensibles (explicadas en párrafo anterior) y sensibles.

Estas últimas se consideran pérdidas extraordinarias y se producen por el exceso de sudoración, siendo percibidas por el paciente o enfermero. Se asocia a estados de aumento en la actividad metabólica como fiebre, ejercicio etc.

Sudoración leve: aproximadamente: 10 cc x hora.

Sudoración moderada: 20cc x hora.

Sudoración profusa : 40cc x hora.

- Temperatura elevada o Fiebre:

Si la T° axilar está por sobre 37°C, se pierde:

Por cada grado 6cc da agua en una hora.

- Respiración:

El incremento de la frecuencia y profundidad del patrón respiratorio, representan pérdidas extraordinarias y se asocian con procesos anormales como: patologías respiratorias, dolor, ansiedad, presencia de sistemas de oxigenoterapia, etc.

Se ha establecido que si la frecuencia respiratoria es mayor de 20 por minuto se pierde 1cc de agua por cada respiración por hora -Cirugías:

El acto quirúrgico implica la exposición de mucosas, órganos y/o cavidades del organismo al ambiente, produciendo grandes pérdidas de calor como vapor de agua. Por otro lado, existen pérdidas de fluidos corporales como sangre, exudados etc. Las pérdidas son variables y dependen de: la extensión de la incisión, de la cantidad de vísceras u órganos expuestos y de tiempo de exposición.

Se calculan aproximadamente:

De 100 a 200 cc en cirugías menores.

De 400 a 600 cc en cirugías mayores.

-Pérdidas Digestivas:

Otros factores que participan en las pérdidas de líquidos a través del sistema digestivo son: los vómitos, pérdidas por fístulas, colostomías, ileostomías, drenajes, sondas nasogástricas, yeyunales, etc.).

-Hemorragias.

-Drenajes: paracentesis, toracocentesis, cardiocentesis, drenajes intracraneales etc.

-Secreciones: Heridas, bronquiales, etc.

-Exámenes: Sanguíneos, contenido ascítico, pleural, etc.

DESEQUILIBRIOS HÍDRICOS

Es la existencia de volúmenes anormalmente bajos o altos del total de los líquidos del organismo.

Los desequilibrios hídricos pueden llevar a un compromiso del estado de salud de un individuo y ser especialmente riesgosos en personas de edades extremas, con patologías agudas y/o crónicas agregadas como las cardíacas, renales, respiratoria o estados de inestabilidad hemodinámica.

1. Déficit Volumétrico: Se produce cuando los ingresos son menores a los egresos, o sea, tienen balance Hídrico negativo.

En este desequilibrio se pierde agua y electrolitos en la misma proporción en que están presentes los líquidos corporales normales.

La deshidratación es un desequilibrio osmolar, en el cual se pierde agua, pero aumentan los niveles de sodio plasmático.

Causas:

- Pérdidas anormales de líquidos como vómitos, diarreas, drenajes.
- Disminución de la ingesta.
- Hemorragias.
- Uso de diuréticos.
- Estados febriles.

Factores de riesgo: cetoacidosis diabética, la diabetes insípida, la diuresis osmótica, insuficiencia suprarrenal.

Manifestaciones Clínicas:

La magnitud de las pérdidas de líquidos determina el compromiso del paciente.

Entre los signos y síntomas están: a)

Sensación de sed.

- b) Disminución del turgor de la piel.
- c) Sequedad de mucosas.
- d) Piel fría por vasoconstricción periférica.
- e) Hipotensión ortostática.
- f) Frecuencia cardíaca débil y rápida.
- g) Oliguria, orinas concentradas.
- h) Venas aplanadas del cuello.
- i) Disminución de la Presión Venosa Central.
- j) Letárgica, debilidad muscular.
- k) Piel enrojecida y seca, irritabilidad, convulsiones y coma.

2. Exceso Volumétrico: Es la expansión isotónica de líquidos extracelulares, a causa de la retención

Supranormal de agua y sodio en los rangos que corresponden, derivados de una sobrecarga de volumen o de la alteración de los mecanismos homeostáticos que regulan el equilibrio.

En este desequilibrio el balance hídrico está positivo.

Causas: Aumento en el aporte de sodio, que origina una mayor retención de agua corporal.

- Aporte rápido y exagerado de volúmenes endovenosos.

Factores de riesgo:

- Insuficiencia cardíaca congestiva y renal.

-Cirrosis Hepática.

-Aumento de los niveles de aldosterona y esteroides.

Manifestaciones Clínicas:

a) Dilatación de las venas del cuello. (Ingurgitación yugular).

b) Sonidos pulmonares anormales: crepitaciones, sibilancias.

c) Edema.

d) Aumento de la presión arterial.

e) Taquicardia.

f) Aumento de la P.V.C.

g) Aumento del flujo urinario.

h) Aumento del peso ponderal.

3. Desplazamiento de líquidos a un tercer espacio:

Es la pérdida de líquidos extracelulares en un espacio que no contribuye al equilibrio entre este líquido y el L.I.C.

Causas: Ascitis, quemaduras extensas y/o profundas, hemorragias internas en Cavidades o articulaciones.

Manifestaciones:

-Oliguria a pesar del aporte de líquidos.

-Aumento de la frecuencia cardíaca.

-Disminución de la presión arterial y la P.V.C.

-Edema.

BALANCE HÍDRICO

Es la cuantificación y registro de todos los ingresos y egresos de un paciente, en un tiempo determinado en horas.

Al realizar un balance hídrico se debe conocer: el peso del paciente y la cantidad de horas por las que se calculará el balance.

Por otro lado, se debe recordar que existen factores en el ingreso y egreso que son constantes en todos los pacientes, independientes de su condición de salud, sexo etc.,

El resultado de la resta entre el volumen total de los ingresos versus el total de los egresos, puede ser:

Positivo (si los ingresos son mayores que los egresos).

Negativo (si los ingresos son menores que los egresos).

Neutro (si los ingresos son iguales a los egresos)¹⁴

III. Administración de medicamentos endovenosos

Los accidentes de enfermería que se reportan con mayor frecuencia, tienen que ver con la administración de medicamentos y los factores más comunes que se asocian a estos accidentes son:

- El desconocimiento de los 5 correctos (usuario, fármaco, dosis, vía de administración, horario y frecuencia)
- La falta de comunicación entre los miembros del equipo de salud (uso de nombres erróneos de medicamentos, confusiones en la dosificación o falta de comprensión de las abreviaturas).
- Iluminación insuficiente, espacio de trabajo desordenado, las interrupciones, pueden interferir en la utilización segura de los medicamentos.

Antes de administrar un medicamento, se deben tener en cuenta lo siguiente (los 5 correctos):

- 1) Administrar el medicamento correcto: Identificar el medicamento; confirmar que sea el medicamento correcto antes de administrarlo. En caso de duda, no administrar y consultar. No intentar descifrar escritura ilegible.
- 2) Administrar el medicamento al paciente correcto: Comprobar siempre la identificación del niño. No utilizar el número de la cama para identificar al niño, es muy fácil equivocarse.
- 3) Administrar la dosis correcta: Modificaciones mínimas en la dosis formulada pueden ser importantes y peligrosas; en algunos medicamentos el margen entre una dosis terapéutica y otra potencialmente letal es muy estrecho. Preguntar sobre los aumentos bruscos y excesivos en la dosificación; comprobar dos veces la dosis prescrita; comprobar la coma decimal; no confundir equivalentes (mg, mcg, ml, cc, UI). En caso de que la dosis sea inusualmente elevada o baja confirme directamente con el médico que la prescribió.
- 4) Administrar el medicamento por la vía correcta: La administración de medicamentos se puede realizar por vía oral y enteral utilizando el tracto

¹⁴ **ROJAS, FABIOLA.** "Balance hídrico en Pediatría". 2014.
(<https://s8fff361161d418fe.jimcontent.com/.../name/3%20Balance%20Hídrico.pptx>)
ESCUELA SALUD. "Guía Balance Hídrico". (<http://www.tuaulaonline.es/wpcontent/uploads/2017/02/balance-hidrico.pdf>)

digestivo y por vía parenteral utilizando principalmente el sistema vascular, el tejido celular subcutáneo, la dermis y mucosa, la masa muscular y el canal medular. Los medicamentos parenterales actúan tan rápido que un error puede resultar letal. Si en una prescripción no se especifica la vía de administración, aclarar con el médico que la formuló.

5) Administrar el medicamento a la hora correcta: Las concentraciones terapéuticas en sangre de muchos medicamentos dependen de la constancia y regularidad del horario de administración; administrar los medicamentos a la hora indicada, si no se administra un medicamento en el horario indicado, siempre avisar, registrar el motivo. Registrar cada medicamento que se administre: el registro del medicamento debe incluir el nombre del fármaco, la fecha y hora de administración; la dosis y la vía de administración; registrar el medicamento inmediatamente después de su administración; registrar sus observaciones sobre la respuesta del paciente al medicamento, especialmente si presenta algún problema o reacción adversa. (En este caso anotar las medidas y acción que se realizaron). Registrar el motivo por el cual no administró el medicamento indicado.

Otras recomendaciones: Una vez reconstituido el medicamento, rotular con el nombre del medicamento, concentración, fecha, hora de preparación, medidas especiales de uso y almacenamiento. No utilizar abreviaturas en las etiquetas. La jeringa con el medicamento indicado debe ir identificada con el nombre del medicamento, se debe colocar la bandeja de tratamiento. Si a pesar de seguir todas las pautas antes mencionadas comete un error en la administración de medicamentos se debe: notificar al jefe de enfermería inmediatamente, notificar el evento adverso en formulario correspondiente; revisar el error, buscar la causa del error; examinar sus emociones (culpa, temor, vergüenza) y aprender de sus errores.

La preparación se hace en la Enfermería teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Verificar indicación médica (debe estar por escrito), debe estar registrada con letra clara y la indicación completa sin abreviaturas.

- Verificar tarjeta de medicamentos (o el sistema que se utilice en el servicio clínico), la cual debe llevar nombre completo, ubicación del niño, nombre del medicamento, dosis en mg, gamas o ml.
 - Preparar los medicamentos al momento de administrar.
 - Preparar con técnica aséptica.
 - Preparar equipo completo.
 - No utilizar medicamentos cuyo aspecto, color, olor o consistencia difiere de lo normal.
 - Los medicamentos se preparan, administran y conservan de acuerdo a las especificaciones del fabricante.
 - No administrar dos o más medicamentos a la vez.
 - La Enfermera es la responsable del registro de los medicamentos en hoja de enfermería.
 - Nunca debe anotar la medicación como administrada, antes de suministrarla y tampoco debe anotar una medicación como administrada cuando lo haya hecho otra persona.
 - Registrar el medicamento inmediatamente después de su administración con el propósito de evitar que el paciente reciba una sobredosis.
 - La preparación de los medicamentos, debe ser realizada en el área limpia de la estación de enfermería.
 - La preparación debe ser realizada por la persona que corresponde.
- PREPARACION DE MEDICAMENTO POR VIA PARENTERAL

a. *Equipo:*

- Bandeja
- Jeringa según corresponda
- Aguja para aspirar fármaco
- Medicamento indicado
- Alcohol 70°
- Algodón
- Depósito para desechos
- Depósito para material corto punzante.
- Indicación médica

b. *Ejecutor:* Enfermera

c. *Procedimiento:*

- Reunir el material necesario.
- Verificar la indicación médica.
- Lavado de manos clínico.
- Confirme el medicamento en el frasco o ampolla con la indicación médica.
- Si usa bandeja límpiela y coloque sobre ella los materiales a usar.
- *Si el envase del fármaco es ampolla:* Límpiela con algodón con alcohol 70° y quiebre, en dirección contraria al punto que trae en el gollete; introduzca la aguja en el líquido y aspire el contenido con la cantidad indicada (según la dosis indicada). Antes de eliminar la ampolla vuelva a leer el nombre del fármaco.
- *Si el envase es frasco con tapa de goma:* Limpie usando algodón con alcohol 70° la superficie de la tapa de goma; puncione la tapa e introduzca la aguja; invierta el frasco, aspire la cantidad indicada de solución (según dosis indicada) y retire la aguja del frasco; invierta la jeringa y expulse el aire.
- *Si el envase es frasco con tapa de goma y contenido liofilizado (polvo):* limpie con alcohol al 70% la tapa de goma; aspire el diluyente correspondiente con la jeringa en la cantidad exacta indicada y puncione la tapa de goma para introducir el líquido al frasco; agite suavemente el frasco hasta que el 100% del liofilizado esté diluido; invierta el frasco, puncione la tapa, aspire la cantidad de medicamento indicada y retire la aguja; invierta la jeringa y expulse las burbujas de aire; cambie la aguja de llenado por la aguja correspondiente a la punción protegida con su capuchón. Déjela en la bandeja y etiquétela con el nombre del fármaco y paciente.
- *Si el frasco es de dosis múltiples, limpie el tapón y rotúlelo indicando:* antes de eliminar o guardar el frasco vuelva a leer el nombre del fármaco y comparando con el nombre de la tarjeta u otro registro de indicación.
- Lávese las manos

ADMINISTRACIÓN ENDOVENOSA: Administrar el fármaco directamente al torrente sanguíneo, facilitando una absorción más rápida y la obtención de concentraciones plasmáticas altas y precisas.

a) *Ejecutor:* Enfermera

b) *Materiales:* medicamento; algodón con alcohol al 70°; guantes desechables

(en caso que tenga que puncionar); suero fisiológico o agua bidestilada; jeringas y agujas; bandeja de procedimiento; bolsa de desechos; indicación médica.

- c) *Procedimientos*: reunir el material necesario; verificar la indicación médica; lavado de manos clínico; identificar al niño/a; explicar a los padres el procedimiento que vamos a realizar (también podemos hablar con el niño, adaptando nuestras explicaciones a su nivel de comprensión); interrogar a los padres sobre antecedentes alérgicos; desinfectar la zona. Comprobar que la vía venosa esté correctamente canalizada (administrar solución fisiológica o agua bidestilada); insertar la jeringa cargada con la medicación en el adaptador para inyección del equipo de perfusión, obturador o llave de tres pasos; cerrar el regulador; inyectar el fármaco a la velocidad correspondiente; lavar la vía entre cada medicación con suero fisiológico o agua bidestilada; retirar la jeringa del adaptador; regular el paso al goteo correspondiente; dejar cómodo al paciente; eliminar desechos; lavado de manos; registrar en la hoja de enfermería: medicamento administrado, horario dosis, vía, reacciones adversas, volumen administrado.¹⁵

¹⁵ **QUEROL GIL, MARISOL Y OTROS.** *“Manual de procedimientos y técnicas de Enfermería en pediatría”*. Ed. Sarvei de Publicacions. Barcelona, España. 2010

Capítulo II

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Se trata de un estudio de tipo cuantitativo, transversal descriptivo, según Hernández Sampieri (2010), define que un estudio cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

A su vez define que un estudio transversal descriptivo indaga la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población, son estudios puramente descriptivos. Son, por tanto, estudios puramente descriptivos y cuando establecen hipótesis, éstas son también descriptivas

Al mismo tiempo es un estudio de campo, porque los datos los vamos a recolectar directamente con la población en estudio, y aplicada ya que está dirigida a la solución de problemas prácticos.

Área de Estudio: El estudio se lleva a cabo en el Hospital Dr. Humberto Notti ubicado en la Avenida Bandera de los Andes N° 2.603, departamento de Guaymallén, provincia de Mendoza, Argentina. Se desarrolla como pediátrico de 36.000 metros cuadrados, se emplaza el edificio de 28.859 metros cuadrados que jerarquiza a la provincia y la proyecta en el área de salud el primer nivel del interior del país, de construcción horizontal, dispuesta en dos plantas.

Es un hospital de referencia, con área de influencia inter-zonal, desarrolla su alta complejidad tanto en recuperación de la salud, como en la prevención, docencia, rehabilitación.

Universo/ Población: El estudio se desarrolla tomando como población el personal de enfermería pediátrico, compuesto por técnicos, enfermeros profesionales y universitarios y licenciados en enfermería que desempeñan su labor en el Hospital pediátrico Dr. Humberto Notti.

Muestra: Se considera como muestra de la población, el personal de enfermería del servicio de internación pediátrica número Dos del Hospital H. Notti.

Unidad de análisis: Está constituida por los individuos que se desempeñan como enfermeros.

Método e Instrumento de recolección de datos: Para la recolección de datos el instrumento utilizado es una encuesta individual autoadministrada de

carácter anónima, conformada por un cuestionario con trece (13) preguntas cerradas que contienen opciones de respuesta previamente delimitadas y una (1) pregunta abierta.

Recolección, procesamiento y análisis de datos: Para la recolección de datos se elaboró un plan considerando como fuente el personal de enfermería de un servicio de internación pediátrica localizado en el Hospital Dr. H. Notti a través de una encuesta.

El procesamiento se llevó a cabo mediante la elaboración de una tabla matriz donde se vuelcan los datos obtenidos mediante la codificación de los mismos.

Plan de análisis: El análisis de los datos se desarrolló mediante la presentación de una tabla donde se expone la variable a analizar y los respectivos resultados obtenidos mediante la encuesta. A continuación, se exponen los resultados en un gráfico para su mejor interpretación acompañado de la conclusión obtenida en el mismo.

Definición conceptual de variables:

“Una variable es una propiedad que puede variar (adquirir diversos valores) y cuya variación es susceptible de medirse. Es decir, la variable se aplica a un grupo de personas u objetos, los cuales pueden adquirir diversos valores respecto a la variable; por ejemplo la inteligencia: las personas pueden clasificarse de acuerdo con su inteligencia, no todas las personas poseen el mismo nivel de inteligencia, varían en ello.”¹⁶

¹⁶ **SAMPIERI R, FERNÁNDEZ C, BAPTISTA P.** “*Metodología de la investigación*”. 5° Ed. D.F., México. McGraw Hill.(2010)

Definición operacional de variables:

Dimensión	Indicadores
Sexo	Femenino
	Masculino
Edad	20 - 30 años
	31 – 40 años
	41 – 50 años
	Mayor a 51
Titulo alcanzado	Auxiliar de enfermería
	Enfermero profesional
	Licenciado en enfermería
Institución de egreso	Terciario
	Universitario
Antigüedad en el servicio	Menos de 1 año
	De 1 a 5 años
	De 6 a 10 años
	Más de 10 años
Experiencia previa	Si
	No
Tipo de pacientes con los que trabajó	Niños
	Adultos
	Ancianos
Años de trabajo previo al ingreso al SIP 2	Menos de 1 año
	De 1 a 5 años
	De 6 a 10 años
	Más de 10 años
Trabajo actual en otro nosocomio o institución	Si
	No
Tipos de pacientes con los que trabaja en otra institución	Niños
	Adultos
	Ancianos
	Profesorado
Conocimiento de existencia de manual de procedimientos	Si
	No
	No sé

Dimensión	Indicadores
Existencia de unificación de criterios	Si
	No
Cuánto considera que afectan los diferentes factores en la unificación de criterios (11factores)	Nada
	Poco
	Mucho
Causas de errores principales al pesar un paciente	No controlar en horario establecidos ya sea diario o por turno.
	Falta de mantenimiento de balanzas
	Utilización de distintas balanzas en un mismo paciente
	Pesar al paciente con o sin ropa y/o pañal
	Solo se pesa al paciente si el médico lo solicita de forma verbal
	A veces los padres se niegan a que se pese al niño porque está dormido
Causas de errores principales en control de ingresos y egresos	Delegar a los padres el control de ingresos y egresos
	Deficiente educación a los padres sobre como registrar ingresos y egresos
	Planilla inadecuada para la clase de pacientes que se manejan en el servicio
	Falta de estandarización de los volúmenes que se manejan y recipientes que se utilizan para la medición
	Falta de unificación en los volúmenes que se administran por medio de la medicación
	Poco compromiso por parte de los padres para realizar el registro
Causas principales que llevan a administrar la medicación de formas diferentes por parte del personal	Falta de estandarización en la dilución de medicamentos
	Experiencia laboral o antigüedad
	Institución de egreso
	Ahorro de tiempo
	Falta de capacitaciones y actualizaciones en el tema
No poseer BIC para todos los pacientes	

Capítulo III

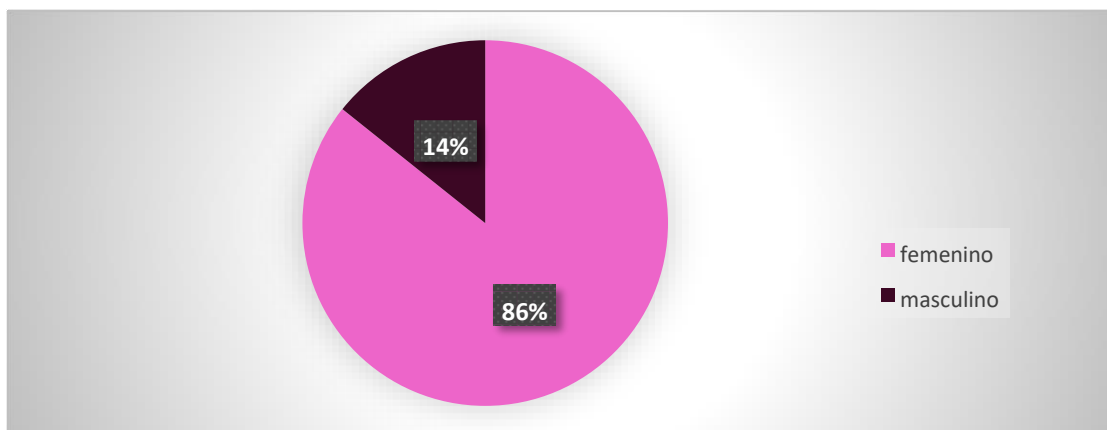
ANÁLISIS Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Tabla N° 1: N° de población de estudio, según sexo. Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Sexo	FA	FR	Fr%
Masculino	3	0,14	14%
Femenino	18	0,86	86%
Total	21	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 1:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

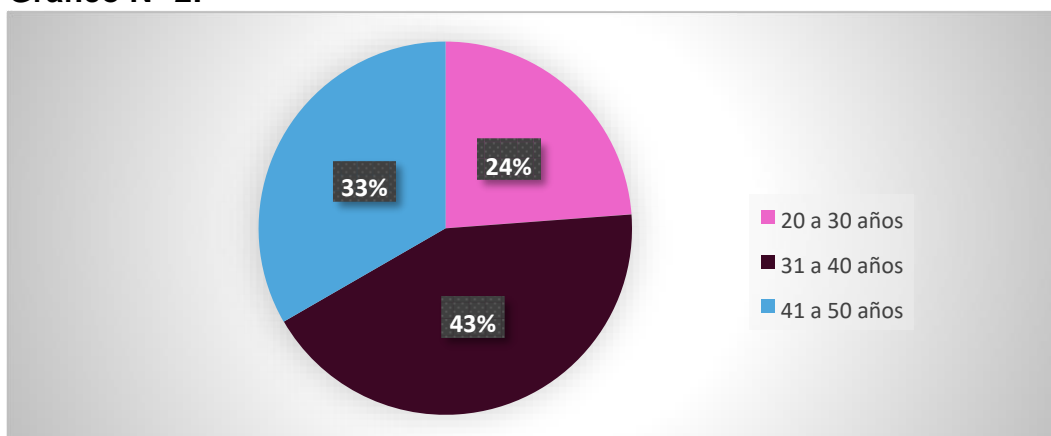
COMENTARIO: Puede observarse que la mayor parte del personal que trabaja en SIP 2 son mujeres.

Tabla N° 2: N° de población de estudio, según edad. Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Edades	FA	FR	Fr%
20 a 30 años	5	0,24	24%
31 a 40 años	9	0,43	43%
41 a 50 años	7	0,33	33%
51 o más años	0	0	0%
Total	21	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 2:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

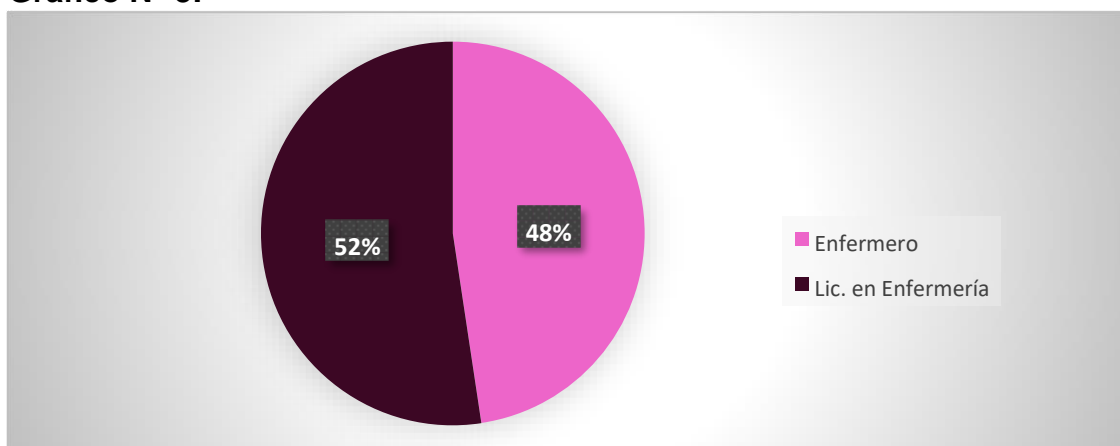
COMENTARIO: La edad promedio del personal es de 31 a 50 años, en minoría de 20 a 30, y no hay mayores de 51 años.

Tabla N° 3: N° de población de estudio, según Nivel Académico. Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Nivel Académico	FA	FR	Fr%
Auxiliar	0	0	0%
Enfermero Prof.	10	0,48	48%
Lic. en Enfermería	11	0,52	52%
Total	21	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 3:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

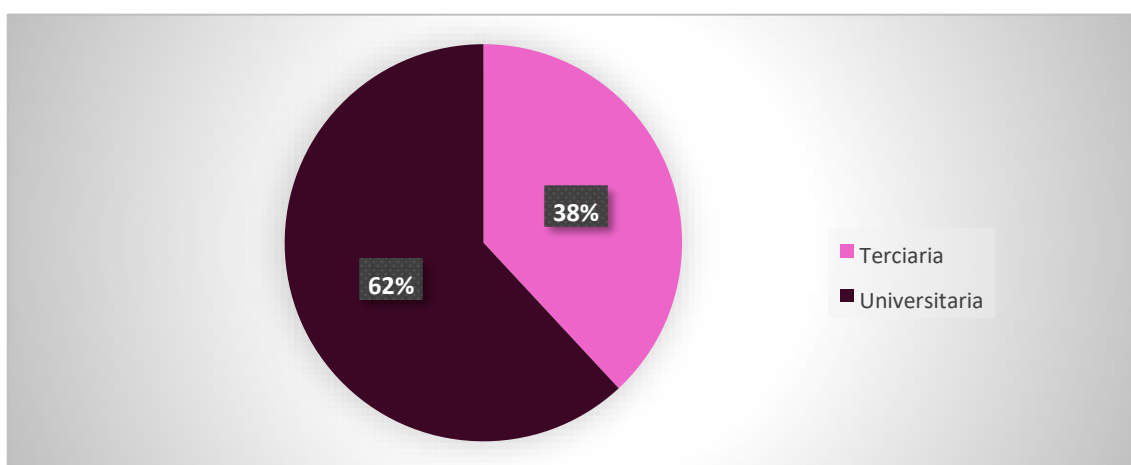
COMENTARIO: Los Licenciados en Enfermería superan poco más de la mitad del personal; no hay auxiliares de enfermería.

Tabla N° 4: N° de población de estudio, según Institución de Egreso. Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Institución	FA	FR	Fr%
Terciario	8	0,38	38%
Universitario	13	0,62	62%
Total	21	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 4:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

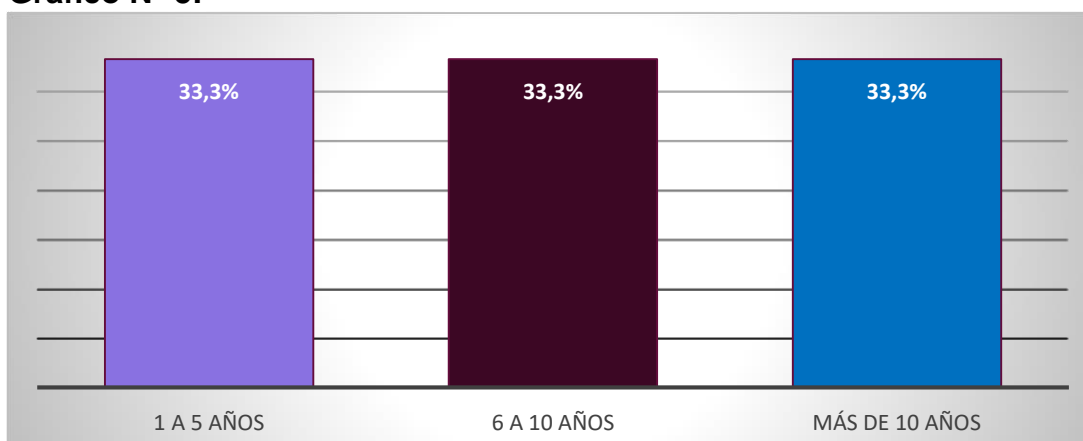
COMENTARIO: La mayoría del personal se ha recibido de una Institución Universitaria.

Tabla N°5: N° de población de estudio, según Antigüedad Laboral. Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Antigüedad laboral	FA	FR	Fr%
1 a 5 años	7	0,33	33%
6 a 10 años	7	0,33	33%
Más de 10 años	7	0,33	33%
Total	21	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 5:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

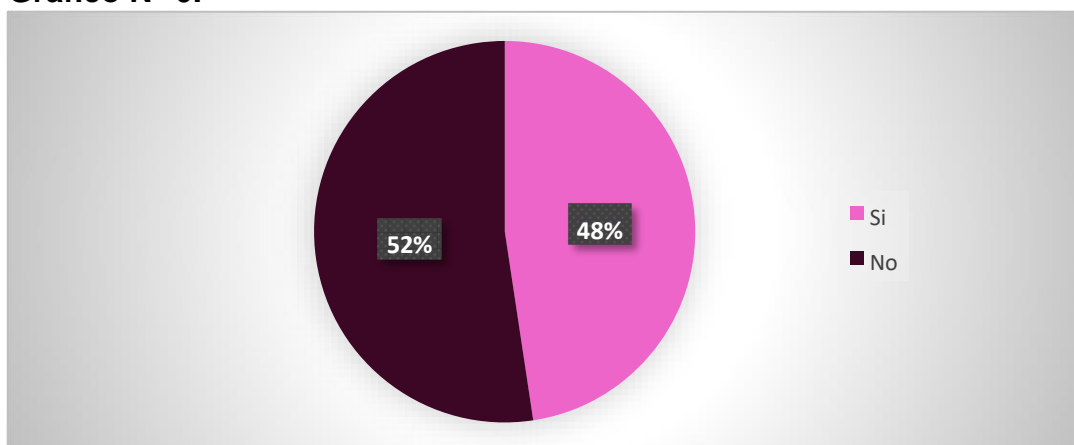
COMENTARIO: Se distribuye equitativamente la misma proporción de personal para diferentes años de antigüedad; es decir, existe una gama variada de años de servicio en el SIP.

Tabla N° 6: N° de población de estudio, según Experiencia Previa. Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Experiencia previa	FA	FR	Fr%
No	11	0,52	52%
Si	10	0,48	48%
Total	21	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 6:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

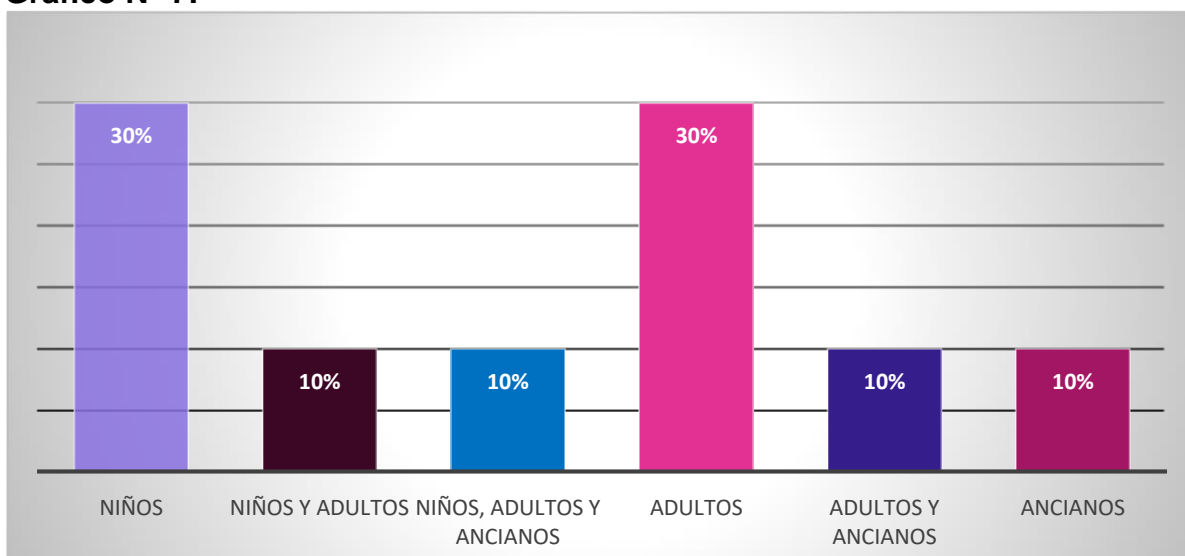
COMENTARIO: Poco más de la mitad del personal ha trabajado exclusivamente en el servicio.

Tabla N° 7: N° de población de estudio, según Tipo de Pacientes con los que ha trabajado en Experiencia Previa. Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Tipo de pacientes	FA	FR	Fr%
Niños	3	0,3	30%
Niños y adultos	1	0,1	10%
Niños, adultos y ancianos	1	0,1	10%
Adultos	3	0,3	30%
Adultos y ancianos	1	0,1	10%
Ancianos	1	0,1	10%
Total	10	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 7:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

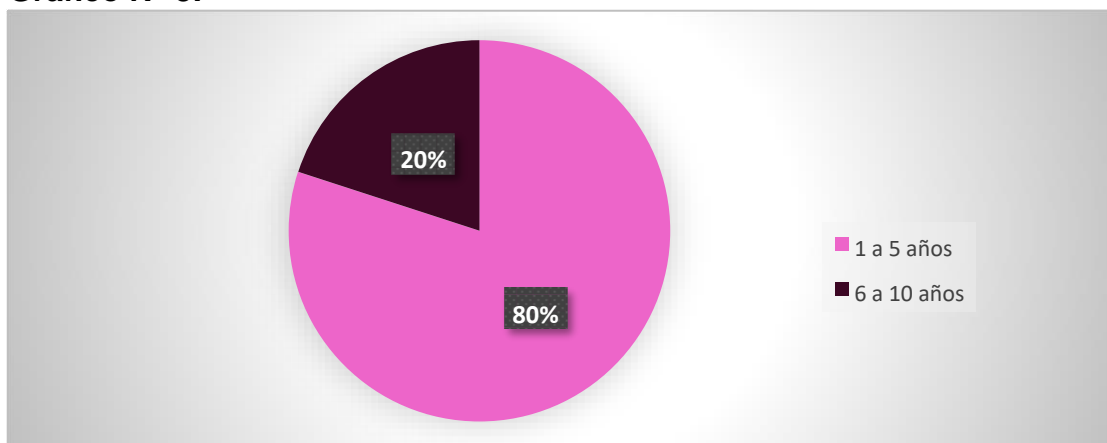
COMENTARIO: La mayoría del personal con experiencia laboral ha trabajado con niños y adultos.

Tabla N° 8: N° de población de estudio, según años de Experiencia Previa.
Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Años de experiencia Previa	FA	FR	Fr%
Menos de 1 año	0	0	0%
1 a 5 años	8	0,8	80%
6 a 10 años	2	0,2	20%
Más de 10 años	0	0	0%
Total	10	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 8:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

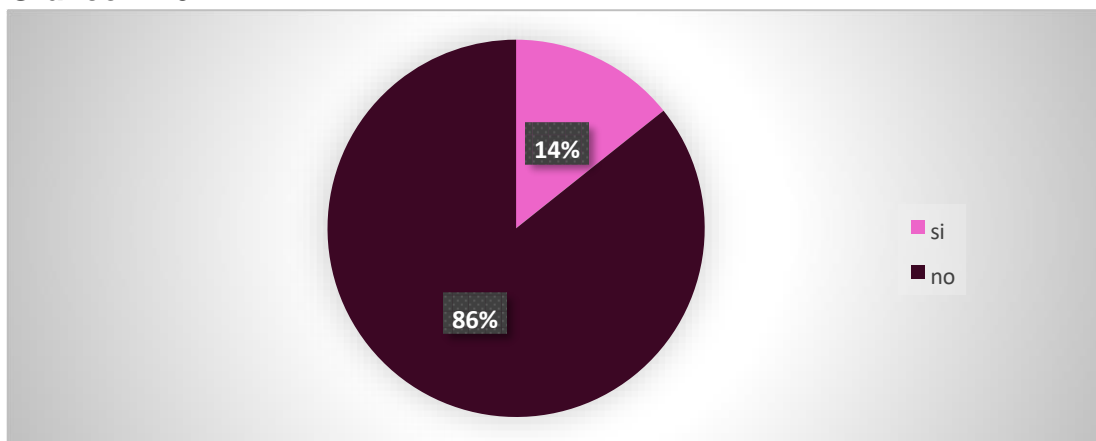
COMENTARIO: La experiencia previa del personal va de 1 a 5 años, en su mayoría.

Tabla N° 9: N° de población de estudio, según Trabajo Actual en otra institución.
Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Trabajo actual en otra institución	FA	FR	Fr%
No	18	0,86	86%
Si	3	0,14	14%
Total	21	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 9:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

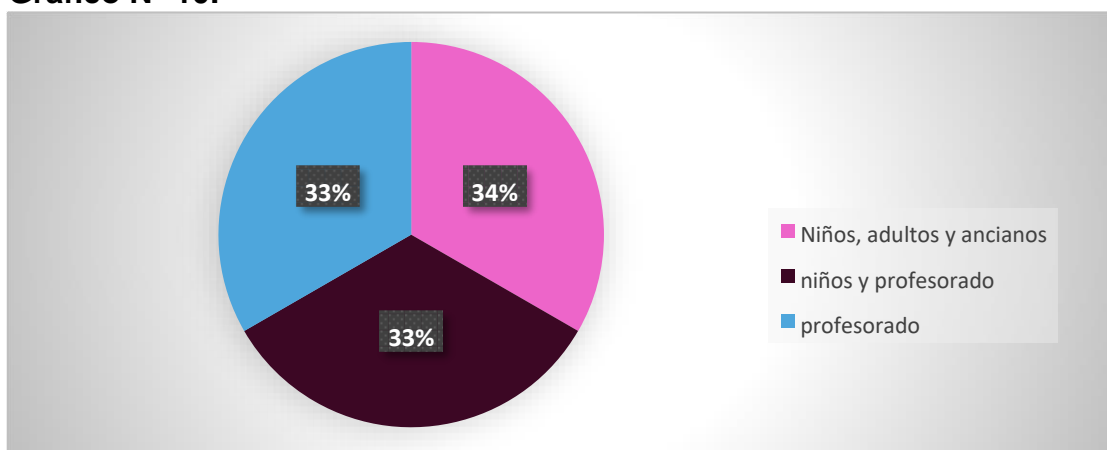
COMENTARIO: Más del 80% del personal trabaja exclusivamente en el SIP 2.

Tabla N° 10: N° de población de estudio, según Personas con las que trabaja en otra Institución. Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Personas con las que trabaja	FA	FR	Fr%
Niños, adultos y ancianos	1	0,33	33%
Niños y Profesorado	1	0,33	33%
Profesorado	1	0,33	33%
Total	3	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 10:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

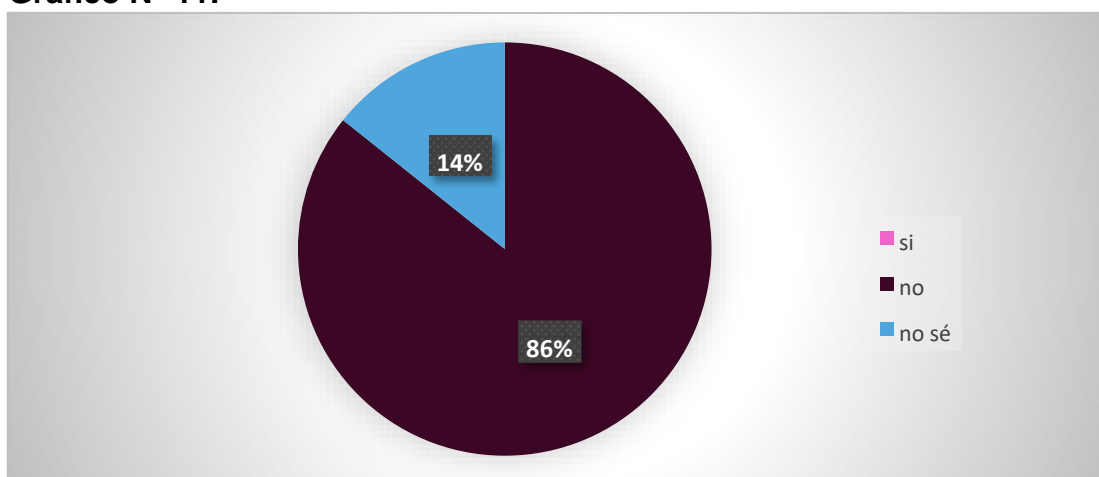
COMENTARIO: Las tres personas que trabajan en otra institución se dedican a enfermería y otras, además, a educación en enfermería.

Tabla N° 11: N° de población de estudio, según Existencia de Manual de Procedimientos. Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Existencia de manual de procedimientos	FA	FR	Fr%
Si	0	0	0%
No	18	0,86	86%
No sé	3	0,14	14%
Total	21	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 11:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

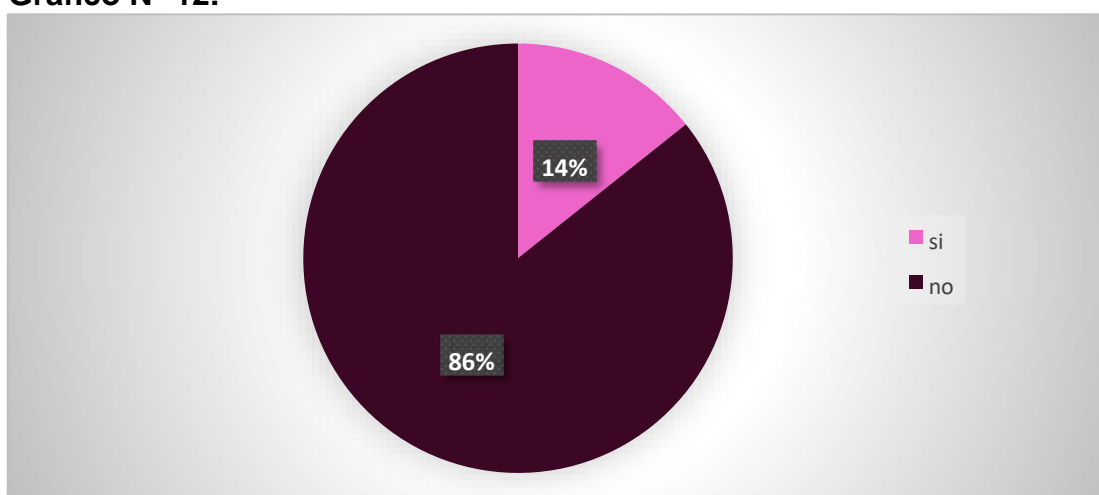
COMENTARIO: El personal refiere que no existe un manual de procedimientos en el servicio; un 14% refiere no saber.

Tabla N° 12: N° de población de estudio, según Existencia de Unificación de Criterios. Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Unificación de criterios	FA	FR	Fr%
Si	3	0,14	14%
No	18	0,86	86%
Total	21	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 12:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

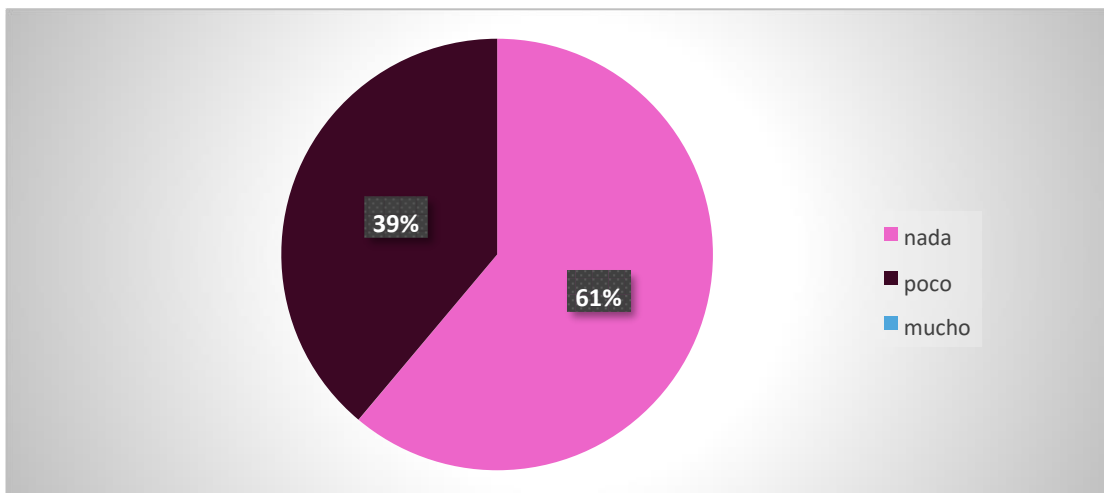
COMENTARIO: Más del 80% del personal considera que no existe unificación de criterios al momento de realizar procedimientos básicos de enfermería en sus pacientes pediátricos.

Tabla N° 13: N° de población de estudio, según Factores que afectan la Unificación de Criterios: Título Profesional. Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Título Profesional	FA	FR	Fr%
Nada	11	0,61	61%
Poco	7	0,39	39%
Mucho	0	0	0%
Total	18	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 13:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

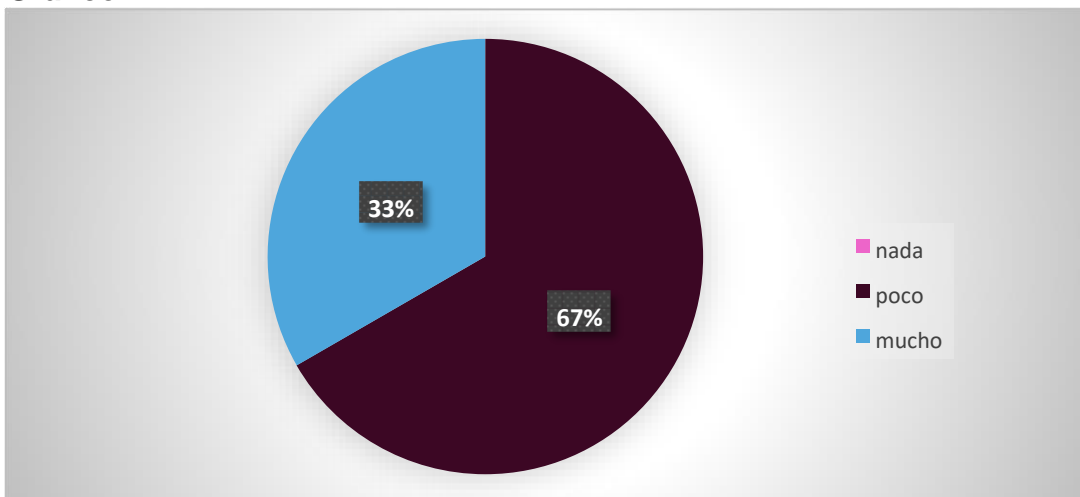
COMENTARIO: El personal considera que no existe relación entre el Título obtenido y la falta de unificación de criterios.

Tabla N° 14: N° de población de estudio según Factores que afectan la Unificación de Criterios: Experiencia Laboral. Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Experiencia laboral	FA	FR	Fr%
Nada	0	0	0%
Poco	12	0,67	67%
Mucho	6	0,33	33%
Total	18	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 14:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

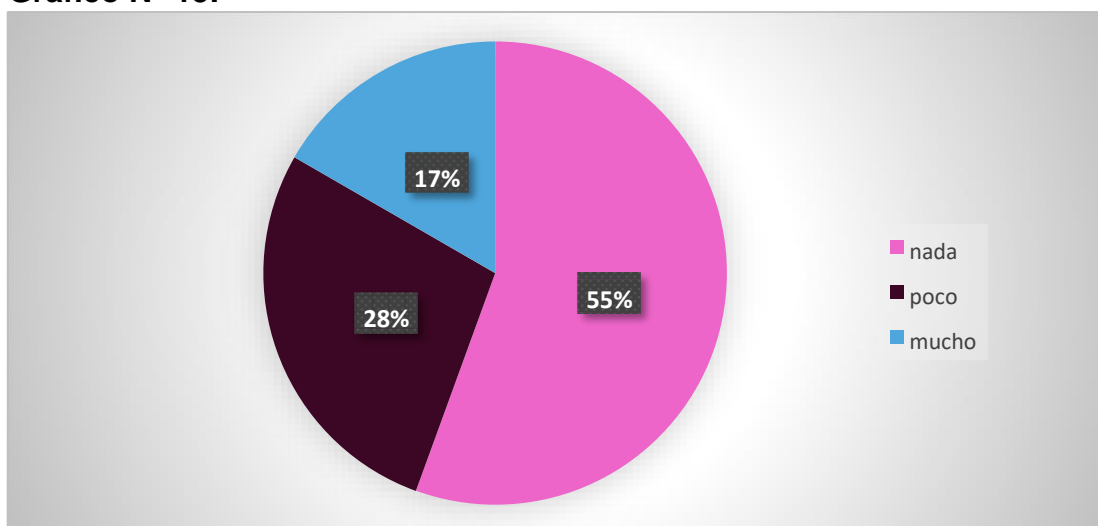
COMENTARIO: El 67% del personal considera que no hay relación entre la experiencia laboral y la falta de unificación de criterios en los procedimientos, mientras que un 33% refiere que hay mucha relación entre ambos elementos.

Tabla N° 15: N° de población de estudio según Factores que afectan la Unificación de Criterios: Institución de Egreso. Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Institución de egreso	FA	FR	Fr%
Nada	10	0,55	55%
Poco	5	0,28	28%
Mucho	3	0,17	17%
Total	18	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 15:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

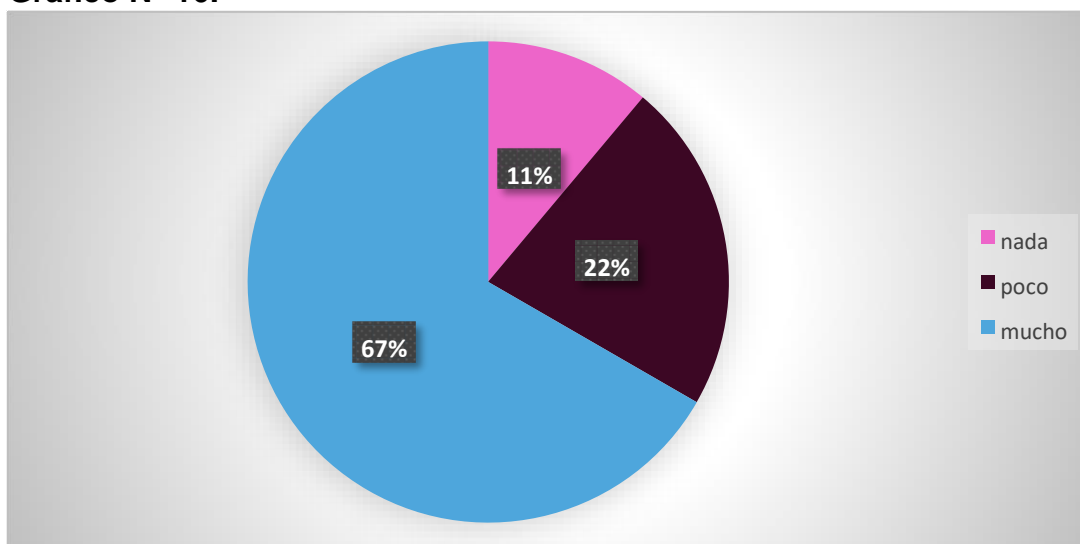
COMENTARIO: El personal no considera que exista una estrecha relación entre la institución en que egresaron y la falta de unificación de criterios de enfermería.

Tabla N° 16: N° de población de estudio según Factores que afectan la Unificación de Criterios: Antigüedad Laboral. Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Antigüedad	FA	FR	Fr%
Nada	2	0,11	11%
Poco	4	0,22	22%
Mucho	12	0,67	67%
Total	18	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 16:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

COMENTARIO: La mayoría del personal considera que la antigüedad en el servicio tiene mucho que ver con la falta de unificación de criterios de enfermería.

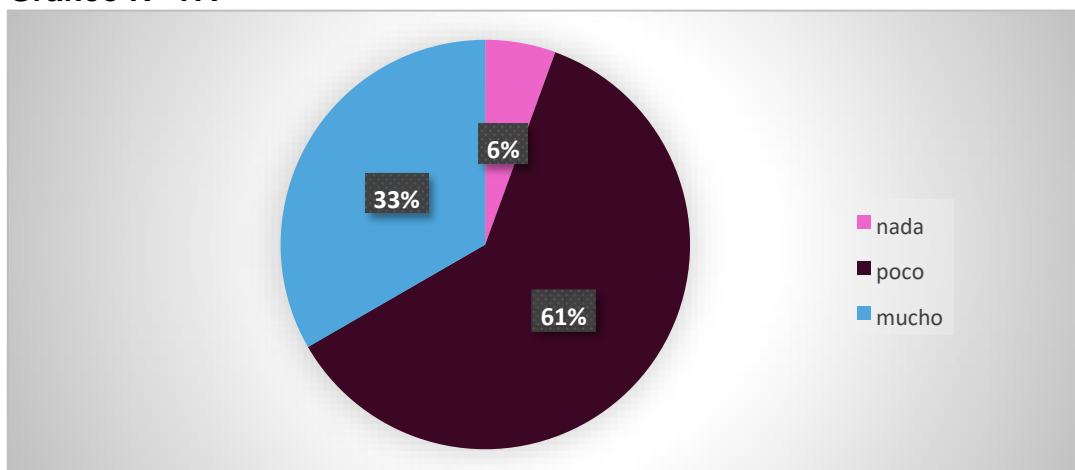
Tabla N° 17: N° de población de estudio según Factores que afectan la Unificación de Criterios: Diferencias en Capacitación al Ingreso. Hospital H.

Nottj; Mendoza Agosto de 2017.

Diferencias en la capacitación al ingreso	FA	FR	Fr%
Nada	1	0,06	6%
Poco	11	0,61	61%
Mucho	6	0,33	33%
Total	18	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 17:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

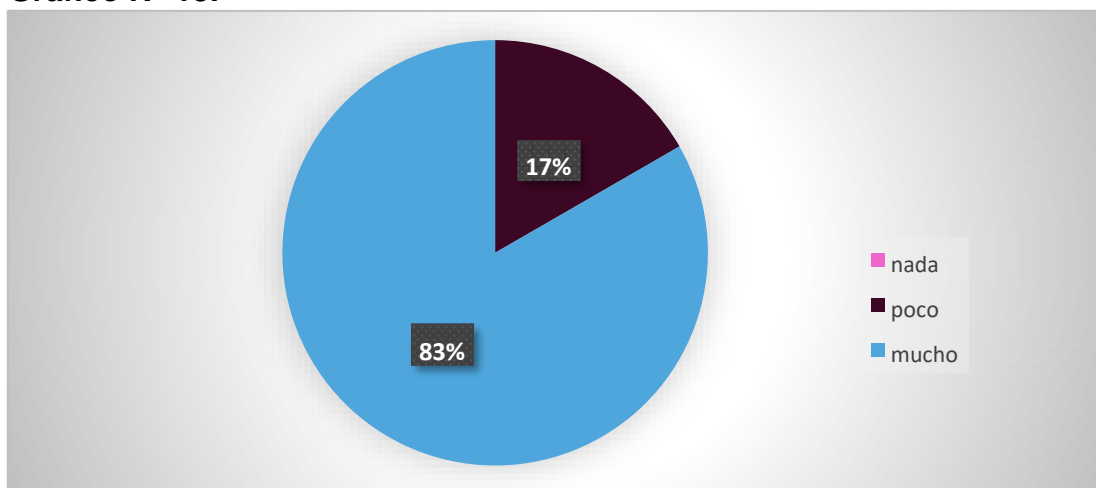
COMENTARIO: El 61% del personal considera que es poca la relación entre la capacitación que se les otorga al ingresar al servicio y la falta de unificación de criterios, mientras que un 33% considera que es mucha esta relación.

Tabla N° 18: N° de población de estudio, según Factores que afectan la Unificación de Criterios: Falta de capacitación y actualización. Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Falta de capacitación y actualización	FA	FR	Fr%
Nada	0	0	0%
Poco	3	0,17	17%
Mucho	15	0,83	83%
Total	18	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 18:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

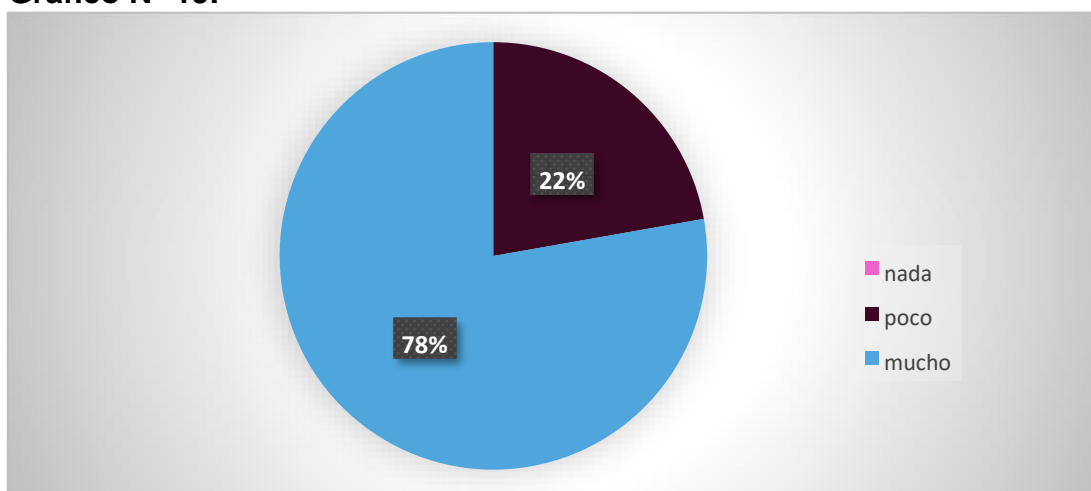
COMENTARIO: El personal de enfermería considera que afecta mucho la falta de actualización de información y las capacitaciones en relación a la falta de unificación de criterios de enfermería en la realización de procedimientos.

Tabla N° 19: N° de población de estudio, según Factores que afectan la Unificación de Criterios: Falta de Manual de Procedimientos. Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Falta de manual de procedimientos	FA	FR	Fr%
Nada	0	0	0%
Poco	4	0,22	22%
Mucho	14	0,78	78%
Total	18	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 19:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

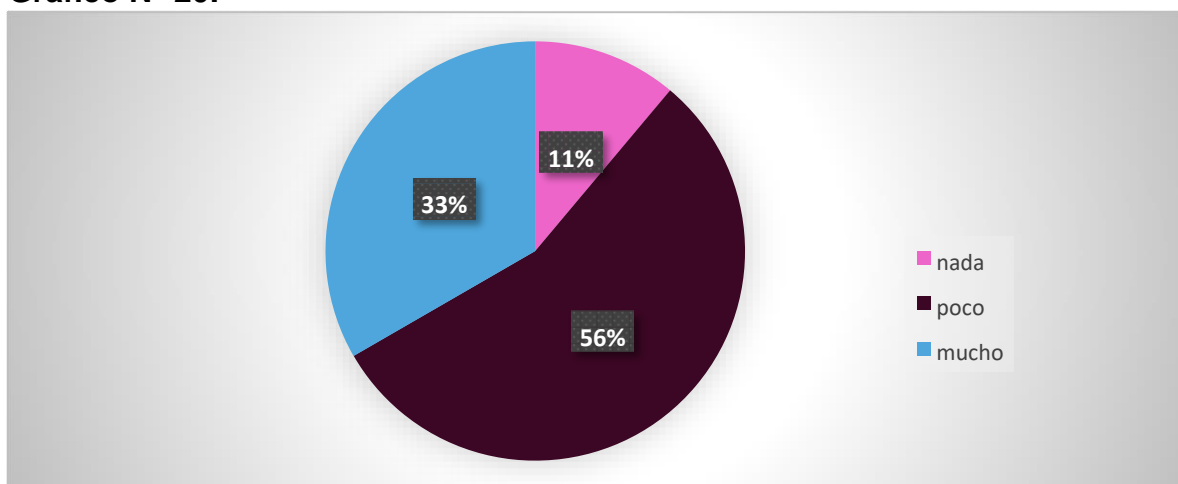
COMENTARIO: Para la mayor parte del personal de enfermería del SIP 2 el hecho de no tener un manual de procedimientos afecta mucho en que no haya una unificación de criterios de enfermería.

Tabla N° 20: N° de población de estudio, según Factores que afectan la Unificación de Criterios: Falta de tiempo para realizar Procedimientos. Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Falta de tiempo para realizar los procedimientos	FA	FR	Fr%
Nada	2	0,11	11%
Poco	10	0,56	56%
Mucho	6	0,33	33%
Total	18	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 20:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

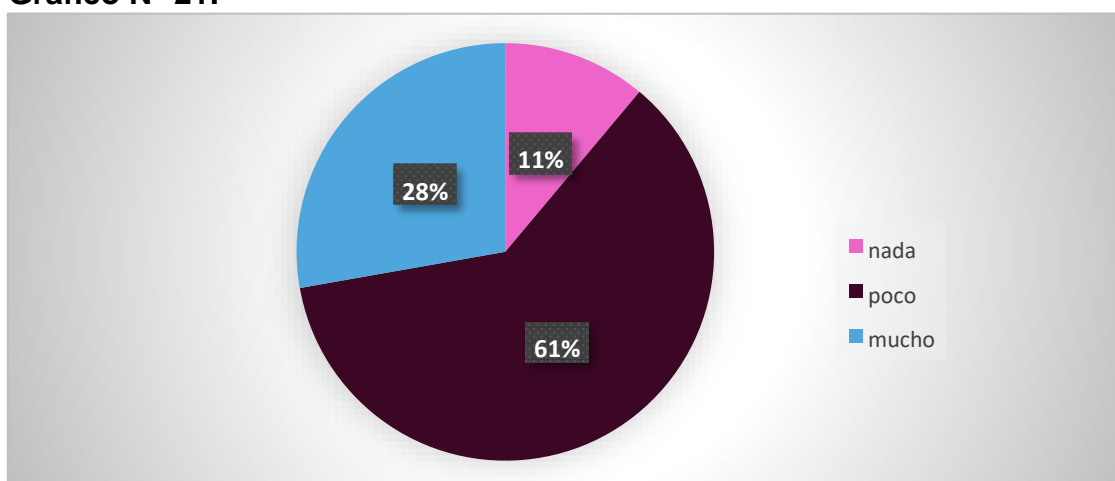
COMENTARIO: Se observa que no está estrechamente relacionada la falta de tiempo para realizar procedimientos con la existencia de falta de unificación de criterios.

Tabla N° 21: N° de población de estudio, según Factores que afectan la Unificación de Criterios: Falta de Mantenimiento de Aparatos. Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Falta de mantenimiento de aparatos y otros materiales	FA	FR	Fr%
Nada	2	0,11	11%
Poco	11	0,61	61%
Mucho	5	0,28	28%
Total	18	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 21:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

COMENTARIO: Para el personal no hay mucha relación entre la falta de mantenimiento de aparatos y otros materiales con la existencia de falta de unificación de criterios para los procedimientos.

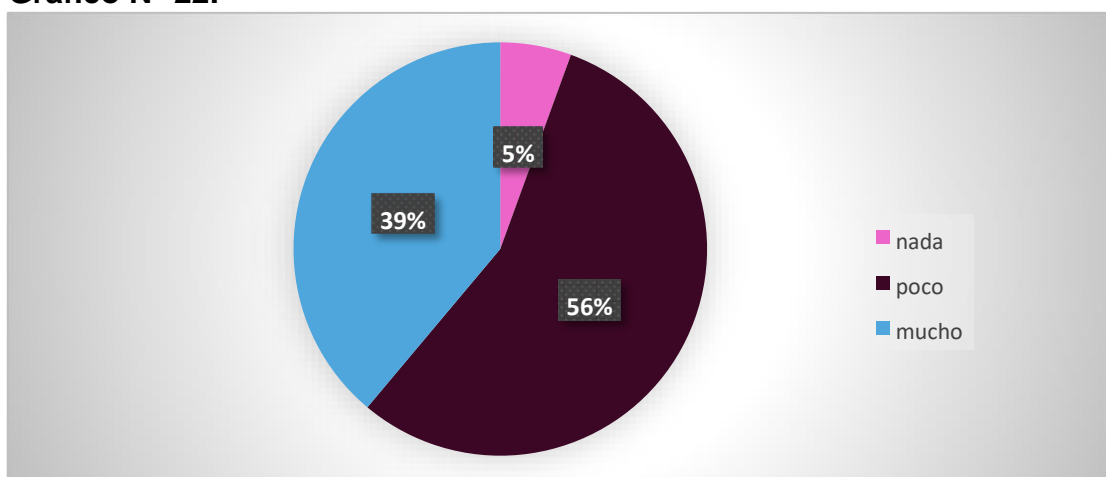
Tabla N° 22: N° de población de estudio, según Factores que afectan la Unificación de Criterios: Exceso de pacientes a cargo de un Enfermero.

Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Exceso de pacientes a cargo de un enfermero	FA	FR	Fr%
Nada	1	0,05	5%
Poco	10	0,56	56%
Mucho	7	0,39	39%
Total	18	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 22:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

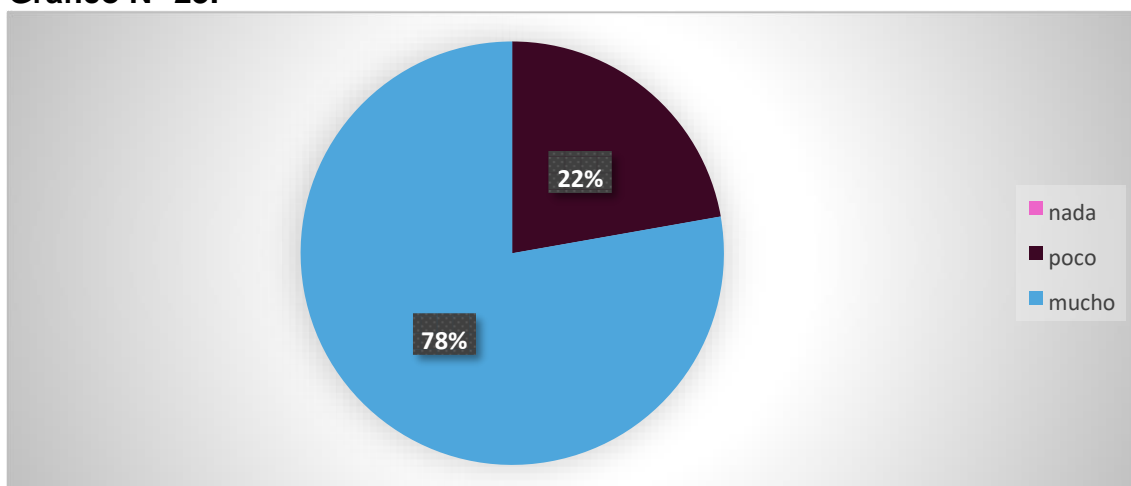
COMENTARIO: Poco más del 50% del personal considera que el exceso de pacientes a cargo de un enfermero afecta poco a la falta de unificación de criterios de enfermería para realizar procedimientos; aunque casi un 40% refiere que tiene mucho que ver.

Tabla N° 23: N° de población de estudio, según Factores que afectan la Unificación de Criterios: Falta de Incentivos del Hospital para motivar al personal a Capacitarse. Hospital H. Nottj; Mendoza Agosto de 2017.

Falta de incentivos del hospital para capacitaciones	FA	FR	Fr%
Nada	0	0	0%
Poco	4	0,22	22%
Mucho	14	0,78	78%
Total	18	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 23:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

COMENTARIO: El personal considera que se encuentra estrechamente relacionada la falta de incentivos para que el personal se capacite con el hecho de que no haya unificación de criterios de enfermería para realizar procedimientos.

CONCLUSIONES DE LOS GRÁFICOS N° 13 AL 23:

Para el personal de enfermería del SIP 2 las **causas principales** que afectan la unificación de criterios para realizar procedimientos básicos de enfermería en pacientes pediátricos son:

- La antigüedad en el servicio.
- Falta de capacitación y actualización constante de información.
- Falta de manual de procedimientos en el servicio.
- Falta de incentivos o programas que motiven al personal a capacitarse.

Mientras que las **causas que afectan poco** son:

- Experiencia laboral.
- Diferencias en la capacitación al ingreso del servicio.
- Falta de tiempo para realizar los procedimientos.
- Falta de mantenimiento de aparatos y otros materiales.

Aquellas causas que consideran que **no se relacionan en nada** a la falta de unificación de criterios son:

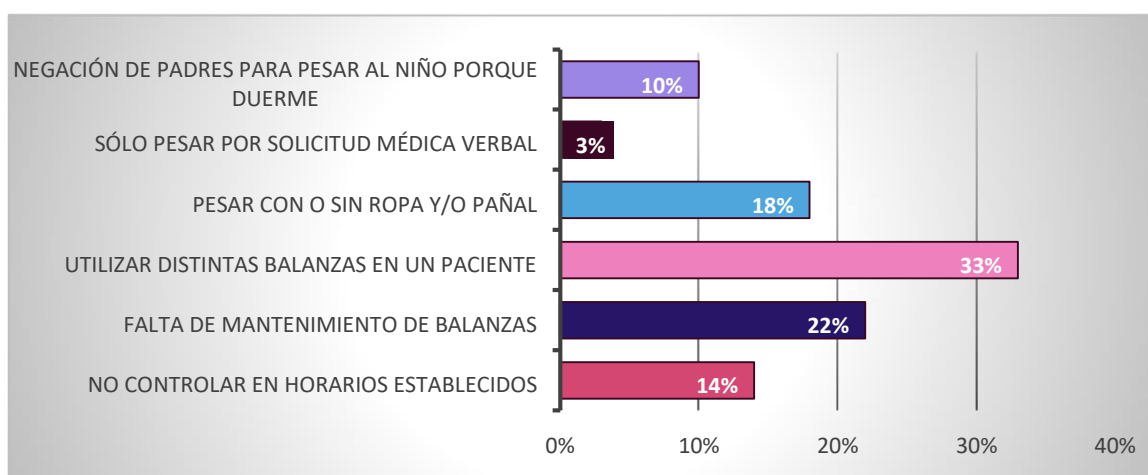
- Título obtenido, ya sea profesional o no profesional.
- Institución de egreso.

Tabla N° 24: N° de población de estudio, según Causas de Errores Principales al pesar un Paciente. Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Errores principales	FA	FR	Fr %
No controlar en horarios establecidos, ya sea diario o por turno	9	0,14	14%
Falta de mantenimiento de las balanzas	14	0,22	22%
Utilización de distintas balanzas en un mismo paciente	21	0,33	33%
Pesar al paciente con o sin ropa y/o pañal	11	0,18	18%
Solo se pesa al paciente si el médico lo solicita de forma verbal	2	0,03	3%
A veces los padres se niegan a que se pese al niño porque está dormido	6	0,1	10%
Total	63	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 24:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

COMENTARIO: Puede observarse que las tres causas principales que detecta el personal en los errores al pesar a un paciente son:

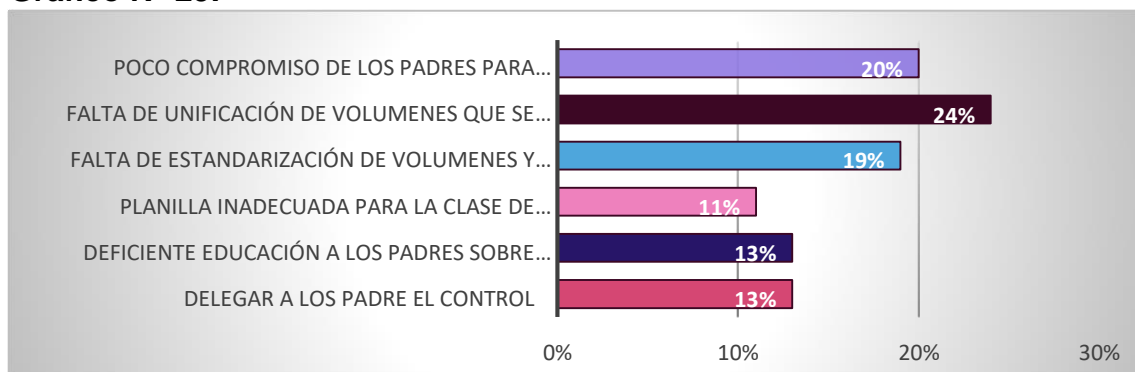
- 1) Utilización de distintas balanzas para pesar al mismo paciente.
- 2) Falta de mantenimiento de las balanzas.
- 3) Pesar al niño con o sin ropa y/o pañal.

Tabla N° 25: N° de población de estudio, según Causas de Errores Principales en Control de Ingresos y Egresos. Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Causas principales	FA	FR	Fr %
Delegar a los padres el control de ingresos y egresos	8	0,13	13%
Deficiente educación a los padres sobre como registrar ingresos y egresos	8	0,13	13%
Planilla inadecuada para la clase de pacientes que se manejan en el servicio	7	0,11	11%
Falta de estandarización de los volúmenes que se manejan y recipientes que se utilizan para la medición.	12	0,19	19%
Falta de unificación en los volúmenes que se administran por medio de la medicación	15	0,24	24%
Poco compromiso por parte de los padres para realizar el registro	13	0,2	20%
Total	63	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 25:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

COMENTARIO: El personal considera que las tres causas principales de errores en el control de ingresos y egresos son:

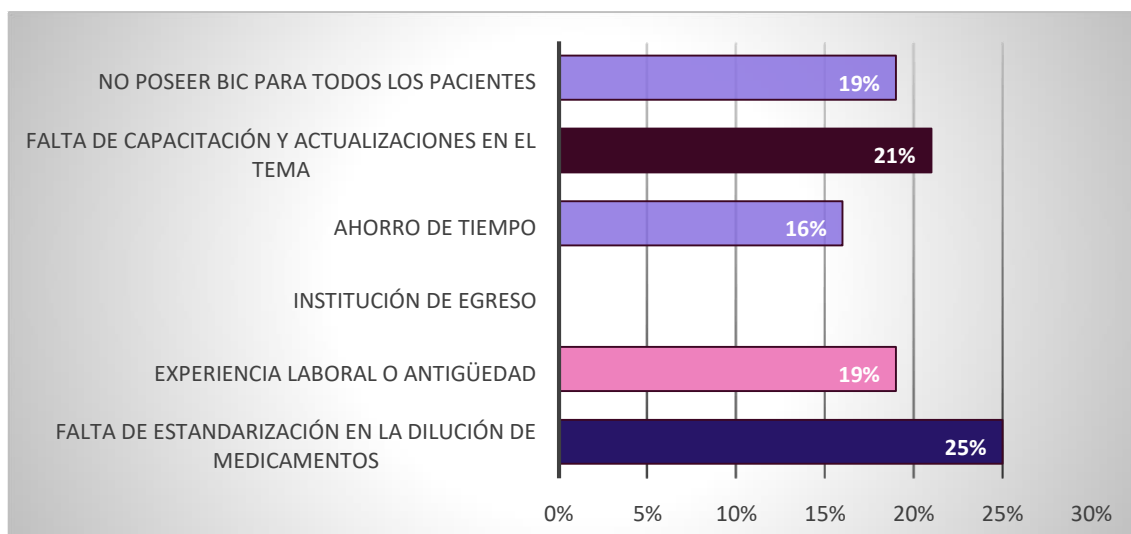
- 1) Falta de unificación de volúmenes que se administran mediante la medicación.
- 2) Poco compromiso por parte de los padres para colaborar con el registro.
- 3) Falta de estandarización de volúmenes y recipientes que se utilizan para medir.

Tabla N° 26: N° de población de estudio, según Causas que llevan a administrar de forma diferente la Medicación. Hospital H. Notti; Mendoza Agosto de 2017.

Causas principales	FA	FR	Fr %
Falta de estandarización en la dilución de los medicamentos	16	0,25	25%
Experiencia laboral o antigüedad	12	0,19	19%
Institución de egreso	0	0	0%
Ahorro de tiempo	10	0,16	16%
Falta de capacitaciones y actualizaciones en el tema	13	0,21	21%
No poseer BIC para todos los pacientes	12	0,19	19%
Total	63	1	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

Gráfico N° 26:



Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta. Mendoza 2017.

COMENTARIO: El personal considera que las causas principales que llevan a que los medicamentos sean administrados de forma diferente son:

- 1) Falta de estandarización en la dilución de los medicamentos, principalmente EV.
- 2) Falta de capacitación y actualizaciones respecto al tema.
- 3) Experiencia laboral o antigüedad.
- 4) No poseer bombas de infusión continua (BIC) para todos los pacientes.

Conclusiones Generales

A través del análisis realizado acorde a la recolección de datos de las diferentes encuestas realizadas al personal de enfermería del SIP 2 del Hospital H. Notti, hemos logrado llegar a las siguientes conclusiones, respecto a los objetivos que como grupo nos planteamos en una primera instancia:

- LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

El personal del SIP 2 cuenta con un personal conformado principalmente por mujeres, en una edad promedio de 30 (treinta) a 50 (cincuenta) años de edad y existe prácticamente la misma proporción de Enfermeros Profesionales y Licenciados en Enfermería, siendo superado levemente por los segundos, en su mayoría recibidos de institución Universitaria.

La antigüedad laboral varía en un rango que va desde 1(uno) a 10 (diez) años. Poco menos de la mitad del personal presenta experiencia previa en algún otro lugar que va en un 80%, del personal que presenta experiencia previa, de 1 a 5 años, habiendo trabajado principalmente con niños y adultos.

Existen sólo 3 (tres) profesionales que actualmente continúan con otro empleo además del de éste servicio, y se desarrollan en profesorado de enfermería o licenciatura en enfermería y cuidado domiciliario.

- UNIFICACIÓN DE CRITERIOS

Hemos logrado identificar que no existe unificación de criterios en el personal que se encuentra trabajando en el servicio de internación pediátrica N° 2, expresado por el mismo personal, observado y determinado en procedimientos tales como peso del paciente, control de ingresos y egresos y en la administración de medicamentos.

- ERRORES PRINCIPALES que comete el personal de enfermería del SIP 2 en las tres técnicas analizadas son:

-Peso del paciente:

1. Utilización de distintas balanzas para pesar al mismo paciente.
2. Falta de mantenimiento de las balanzas.
3. Pesar al niño con o sin ropa y/o pañal.

-Control de Ingresos y Egresos:

1. Falta de unificación de volúmenes que se administran mediante la medicación.
2. Poco compromiso por parte de los padres para colaborar con el registro.

3. Falta de estandarización de volúmenes y recipientes que se utilizan para medir.

-Administración de medicación:

1. Falta de capacitación y actualizaciones respecto al tema.
2. Experiencia laboral o antigüedad.
3. No poseer bombas de infusión continua (BIC) para todos los pacientes

A continuación, se enumeran las principales causas que llevan a la falta de unificación de criterios:

- 1) La antigüedad en el servicio.
- 2) La falta de capacitación y actualización constante de información.
- 3) La falta de manual de procedimientos en el servicio.
- 4) La falta de incentivos o programas que motiven al personal a capacitarse.

Y en menor medida:

- 5) La experiencia laboral.
- 6) Las diferencias en la capacitación al ingreso del servicio.
- 7) La falta de tiempo para realizar los procedimientos.
- 8) La falta de mantenimiento de aparatos y otros materiales.

Es así podemos establecer que las causas son principalmente subjetivas a los enfermeros.

En cuanto a la pregunta abierta realizada, en la cual se da la posibilidad al encuestado que sugerir una solución para la unificación de criterios se brindan aportes como:

- Que el hospital brinde al personal cursos de capacitación y actualización.
- Que existan normas de procedimientos establecidas para enfermería.
- Que se investigue y renueve las normas para la administración de medicamentos.
- La creación de un manual de normas y procedimientos de enfermería debidamente actualizado, capacitar al personal en base a éstas nuevas normas y así protocolizar criterios de actuación.
- Obsequiar a cada enfermero el manual para que lo utilicen como método de consulta y de lectura en sus hogares.

DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES

A. Discusión

Basadas en la teoría expuesta debemos considerar que el personal de enfermería debe estar conformado por profesionales competentes, que puedan adaptarse al nuevo sistema de salud en el que se desempeñan, esto será posible si nos basamos en la investigación de enfermería a la hora de realizar los procedimientos diarios.

“la Enfermería debe preparar enfermeras(os) que tengan una visión de su profesión como disciplina científica...”¹⁷

Estos conceptos nos llevan a pensar que el personal de enfermería del SIP 2 requiere hacer hincapié en sus bases teóricas, las que los llevan a realizar su labor diariamente, esto repercute en la evidencia presentada por los mismos a la hora de expresar la falta de unificación de criterios.

Unificar criterios en el desempeño laboral nos lleva a alcanzar los objetivos que nos planteamos como profesionales y sobre todo a satisfacer las necesidades de nuestros pacientes. Si todos trabajamos para alcanzar un mismo propósito, teniendo en cuenta los mismos parámetros y lineamientos podremos avanzar y lograr los objetivos propuestos.

La importancia de unificar criterios dentro del personal de enfermería tiene como finalidad que los pacientes puedan recibir los mejores cuidados. En el SIP 2 la unificación de criterios no se estaría logrando de manera efectiva, esto es evidenciado en los errores que se cometen diariamente a la hora de realizar técnicas como peso del paciente, control de ingresos y egresos y administración de medicamentos.

Cabe destacar que los errores cometidos en la labor diaria tienen sus motivos, los cuales son principalmente subjetivos a los enfermeros.

¹⁷ LEDDY S, PEPPER JM. *“Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional”*. Filadelfia: JB Lippincott Company. 1997

Como investigadoras queremos destacar que la falta de un manual de técnicas y procedimientos es una de las causas principales de la falta de unificación de criterios.

La unificación de criterios posibilita la creación de guías que recomiendan los cuidados centrales en las intervenciones más frecuentes que se realizan en la práctica diaria. Es por ello que consideramos de suma importancia la pronta creación de un manual de técnicas y procedimientos pediátricos para el personal de enfermería del SIP 2.

La creación de un manual constituiría una documentación que permita al personal de enfermería que desarrolle un funcionamiento rápido y eficaz, ya que en él se encontrarían ordenadas todas las acciones que contribuyan a minimizar los riesgos en el paciente y, a su vez, dar más seguridad al personal.

B. Recomendaciones:

Realizar un análisis con la jefa del servicio, a fin de crear instancias de evaluación del personal que permitan detectar los errores más frecuentes en el trabajo diario. Con la finalidad de crear un manual de técnicas y procedimientos que respalde científicamente la labor del personal de enfermería. Impulsando de éste modo a la formación de un equipo de trabajo con una misma visión y misión y que persigan los mismos objetivos comunes.

También se detectarán en el análisis realizado los factores que exceden al personal de enfermería y que son errores que podrían evitarse con un apoyo del establecimiento donde trabajan. En ésta instancia será trabajo de la jefa del servicio la de solicitar por ejemplo calibrar balanzas y solicitar nuevas si es necesario, solicitar más bombas de infusión continua; asegurándose de éste modo el mantenimiento de aparatos y otros materiales.

El hospital debería brindar más cursos de capacitación y actualización, acompañados de incentivos o programas que motiven al personal a realizarlos.

MEDIDAS CONCRETAS PROPUESTAS

1. Investigar profunda y ampliamente el resto de las técnicas realizadas diariamente por el personal de enfermería del SIP 2, para detectar las falencias que puedan presentar en su labor diaria.
2. Evidenciar los errores cometidos y determinar el motivo de los mismos.
3. Realizar una búsqueda de material científico que desarrolle el correcto desempeño de las técnicas que presentan falencias.
4. Crear un manual de técnicas y procedimientos que sirva como documento que respalde científicamente el accionar de enfermería.
5. Utilizar el manual de técnicas y procedimientos como método de enseñanza para el personal ingresante.

BIBLIOGRAFÍA

- Apuntes otorgados por la Lic. Reyes, en la materia taller de tesis de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo año 2017.
- **ZABALEGUI, YARNOZ, A.** “El Rol del profesional de Enfermería”. Scielo. Vol. 3. (2003)
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004
- **NIGHTINGALE, F.** “Notas sobre enfermería: ¿Qué es y qué no es?”. Filadelfia, J. B. Lippincott (documento original publicado en 1859) ,1992. (http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000078&pid=S1657-5997200300010000400008&lng=en)
- Restrepo de A. CM. Simbolismo de la profesión. En: “Historia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia”. Medellín; 1997. P. 162-98. (<https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-84/enfermeria8405-enfermeria/>)
- **AMARO CANO, M. DEL CARMEN.** “Problemas Éticos y Bioéticos en Enfermería”. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 2005
- **KELL, L. Y., & JOEL, L. A.**” Dimensions of professional nursing”. 8° Ed. Nueva York. McGraw-Hill, 1999.
- **HENDERSON, V.** “La naturaleza de la enfermería”. Nueva York. McMillan,1955.
(http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004)
- **LEDDY S, PEPPER JM.** Bases “Conceptuales de la Enfermería Profesional”. Filadelfia: JB Lippincott Company, 1997.
- **BELLO FERNÁNDEZ, NILDA L.** “Fundamentos de Enfermería”. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 2006.
- **LÓPEZ, I; GARCÍA, M.** “Enfermería Pediátrica: Introducción a la enfermería pediátrica.” Primera Ed. ElsevierDoyma. 2001.
- **UNICEF.** “Evaluación del crecimiento de niños y niñas”. Módulo 1. Salta, Argentina. 2012.

- **ROJAS, FABIOLA.** "Balance hídrico en Pediatría". 2014.
(<https://s8fff361161d418fe.jimcontent.com/.../name/3%20Balance%20Hídrico.pptx>)
- **ESCUELA SALUD.** "Guía Balance Hídrico".(<http://www.tuaulaonline.es/wp-content/uploads/2017/02/balance-hidrico.pdf>)
- **QUEROL GIL, MARISOL Y OTROS.** "Manual de procedimientos y técnicas de Enfermería en pediatría".Ed. Sarvei de Publicacions. Barcelona, España. 2010
- **SAMPIERI R, FERNÁNDEZ C, BAPTISTA P.** "Metodología de la investigación". 5° Ed. D.F., México. McGraw Hill.(2010)

ANEXOS

Encuesta piloto:

“Unificación de criterios de enfermería en la realización de procedimientos básicos en pediatría”

De la **Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo**, dentro de la evaluación final para obtener el título en Licenciatura en Enfermería.

Agradecemos su colaboración en la siguiente encuesta de carácter ANONIMO, CONFIDENCIAL y con FINES ESTADISTICOS para un estudio de caso como parte del trabajo final que no reviste relación alguna con la institución que es consultada.

Marque con una cruz la respuesta correcta:

1) Sexo:

Masculino	<input type="checkbox"/>
Femenino	<input type="checkbox"/>

2) Edad:

20 - 30 años	<input type="checkbox"/>
31 – 40 años	<input type="checkbox"/>
41 – 50 años	<input type="checkbox"/>
Mayor a 51	<input type="checkbox"/>

3) Título alcanzado

Auxiliar de enfermería	<input type="checkbox"/>
Enfermero profesional	<input type="checkbox"/>
Licenciado en enfermería	<input type="checkbox"/>

4) Institución de egreso

Terciario	<input type="checkbox"/>
Universitario	<input type="checkbox"/>

5) Antigüedad en el servicio

Menos de 1 año	
De 1 a 5 años	
De 6 a 10 años	
Más de 10 años	

6) ¿Ha trabajado previamente ejerciendo esta profesión en otro nosocomio o servicio del Hospital Notti?

a) Sí No

b) Tipo de pacientes con los que trabajó

Niños	
Adultos	
Ancianos	

c) ¿Cuántos años trabajó previo al ingreso al SIP 2?

Menos de 1 año	
De 1 a 5 años	
De 6 a 10 años	
Más de 10 años	

7) ¿Trabaja actualmente en otro nosocomio o institución?

a) Sí No

b) Tipos de pacientes con los que trabaja en otra institución:

Niños	
Adultos	
Ancianos	
Profesorado	

8) ¿Cuenta su servicio con manual de procedimientos de enfermería?

Sí No No sé

9) ¿Considera que existe unificación de criterio dentro del personal de enfermería para la realización de procedimientos básicos?

Sí No

10) Si la respuesta anterior es negativa: Marque con una cruz ¿Cuánto considera que los siguientes factores afectan en la falta de unificación de criterios para la realización de procedimientos básicos?

	Factores	Cuánto considera que afecta en la unificación de criterios		
		Nada	Poco	Mucho
A	Título obtenido: profesional o no profesional			
B	Experiencia laboral			
C	Institución de egreso			
D	Antigüedad en el servicio			
E	Diferencias en la capacitación al ingreso del servicio			
F	Falta de capacitación y actualización constante de la información			
G	Falta de manual de procedimientos			
H	Falta de tiempo para realizar los procedimientos			
I	Falta de mantenimiento de aparatos y otros materiales			
J	Exceso de pacientes a cargo de un enfermero			
K	Falta de incentivos o programas por parte del hospital que motiven a los enfermeros a capacitarse			

11)Respecto al peso del paciente ¿Cuáles considera los tres errores principales en el control?

	No controlar en horario establecidos ya sea diario o por turno.
	Falta de mantenimiento de balanzas
	Utilización de distintas balanzas en un mismo paciente
	Pesar al paciente con o sin ropa y/o pañal
	Solo se pesa al paciente si el médico lo solicita de forma verbal
	A veces los padres se niegan a que se pese al niño porque está dormido

12)Respecto al control de ingresos y egresos ¿Cuáles considera que son las tres causas principales de error en los registros?

	Delegar a los padres el control de ingresos y egresos
	Deficiente educación a los padres sobre como registrar ingresos y egresos
	Planilla inadecuada para la clase de pacientes que se manejan en el servicio
	Falta de estandarización de los volúmenes que se manejan y recipientes que se utilizan para la medición
	Falta de unificación en los volúmenes que se administran por medio de la medicación
	Poco compromiso por parte de los padres para realizar el registro

13)Respecto a la administración de medicamentos: marcar tres causas principales que considere llevan a administrar la medicación de formas diferentes por parte del personal.

	Falta de estandarización en la dilución de medicamentos
	Experiencia laboral o antigüedad
	Institución de egreso
	Ahorro de tiempo
	Falta de capacitaciones y actualizaciones en el tema
	No poseer BIC para todos los pacientes

14) Si pudiera dar una solución para poder unificar criterios en el servicio, ¿Cuál sería?

.....

.....

...

.....

...

.....

...

.....

...

.....

.....

.....

.....

Tabla matriz de datos (Nº1)

UA	SEXO		EDAD				Nivel académico			Institución de egreso		Antigüedad			Experiencia Previa											
	Masc	Fem	20 30	31 40	41 50	Mas 50	Lic.	Enf Prof	Auxi liar	Terciari o	Univers itario	1-5 años	6-10 años	>10 años	a		b- Tipo de pacientes			c-Tiempo de experiencia						
															No	Si	Niño	Adult o	Anci ano	< 1	1-5	6-10	> 10			
1		X			X			X		X				X	X											
2		X			x			X		X			X			X								X		
3	X			x				X		X			X		X											
4		X		X				X		X		X				X								X		
5		X			x		X				X			X	X											
6		X			X		X				X		X		X											
7		X	X				X				X		X			X	X	X						X		
8		X		X			X				X	X				X	X							X		
9		X		X			X				X			X	X											
10		X		X			X				X		X		X											
11		X			X		X						X		X											
12	X			X				X		X	X	X				X			X				X			
13	X			X			X				X		X			X		X					X			
14		X			X		X				X			X	X											
15		X	X				X				X	X				X	X							X		
16		X		X			X				X			X		X	X								X	
17		X	X					X		X		X			X											
18		X		X				X		X			X			X		X						X		
19		X			X			X		X				X		X		X							X	
20		X	X					X			X	X			X											
21		X	X					X			X	X			X											
T	3	18	5	9	7	0	11	10	0	8	13	7	7	7	11	10	5	6	3	0	8	2	0			

Tabla matriz de datos (Nº2)

UA	Trabaja actualmente en otra institución						Manual de Proc.			Existe Unificación de crit.		Factores que afectan en la unificación de criterios										
	a		B				Si	No	No se	Si	No	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
	No	Si	Niños	Adult.	Ancia.	Prof.																
1	X						X			X	N	M	M	M	P	M	M	P	N	N	M	
2	X						X			X	P	M	M	M	P	M	M	M	P	M	M	
3	X							X		X	P	P	M	M	M	M	M	M	P	P	M	
4		X	X	X	X		X			X	N	P	P	N	N	P	P	P	M	M	M	
5	X						X			X	N	P	N	M	M	M	M	P	P	P	M	
6	X						X			X	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
7		X	X			X	X			X	N	M	P	P	M	M	M	P	M	P	P	
8	X							X		X	N	P	N	N	P	M	M	P	P	P	P	
9	X						X			X	P	P	N	M	P	M	P	M	P	M	M	
10	X						X			X	P	P	P	M	M	M	M	N	P	P	P	
11	X						X			X	P	M	N	M	P	P	M	P	P	P	M	
12	X						X		X													
13		X				X	X			X	N	P	N	P	M	M	M	M	M	M	M	
14	X						X		X													
15	X						X			X	N	M	N	M	P	M	M	M	M	M	M	
16	X						X		X													
17	X						X			X	N	P	N	M	P	M	P	N	P	M	M	
18	X						X			X	P	M	P	M	P	M	M	P	N	P	M	
19	X							X		X	N	P	N	P	M	M	M	M	M	M	M	
20	X						X			X	N	P	N	M	P	M	M	P	P	P	M	
21	X						X			X	N	P	N	M	P	M	M	P	P	P	M	
T	18	3	2	1	1	2	0	18	3	3	18	N: 11 P: 7 M: 0	N: 0 P: 12 M: 6	N: 10 P: 5 M: 3	N: 2 P: 4 M: 12	N: 1 P: 11 M: 6	N: 0 P: 3 M: 15	N: 0 P: 4 M: 14	N: 2 P: 10 M: 6	N: 2 P: 11 M: 5	N: 1 P: 10 M: 7	N: 0 P: 4 M: 14

Tabla matriz de datos (Nº3)

UA	ERRORES AL PESAR EL PACIENTE						ERRORES EN EL CONTROL DE INGRESOS Y EGRESOS						ERRORES EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS					
	Horario incorrectos	No mantenimiento de balanzas	Diferentes balanzas en un paciente	Pesar con/sin ropa y/o pañal	Se pesa solo al pedido verbal de médicos	Los padres se niegan	Delegar el control a los padres	Deficiente educación a los padres	Planilla inadecuada	Recipientes con vol. dif para medir	Vol. diferentes en la medicación	Falta de compromiso de los padres	Diferente dilución de med	Experiencia laboral o antigüedad	Institución de egreso	Ahorro de tiempo	Falta de capacitación y actualización	Escasas BIC
1	X	X	X				X		X		X			X		X	X	
2	X		X	X			X			X			X		X		X	
3	X	X	X				X		X		X				X	X	X	
4		X	X			X	X				X	X	X			X	X	
5	X		X			X		X				X	X				X	
6			X	X		X				X	X	X	X				X	
7	X	X	X							X	X	X			X	X		
8		X	X	X						X		X	X				X	
9	X	X	X							X	X		X	X			X	
10		X	X	X						X		X	X				X	
11	X		X	X						X	X		X			X	X	
12		X	X	X			X	X				X	X			X		
13	X	X	X							X	X		X			X	X	
14	X		X	X						X			X		X	X		
15		X	X	X			X			X	X			X		X	X	
16		X	X			X				X	X	X	X		X	X		
17			X		X	X	X			X	X		X	X			X	
18			X		X	X	X					X	X			X		
19		X	X	X						X	X		X			X	X	
20		X	X	X						X	X		X			X	X	
21		X	X	X						X	X		X			X	X	
T	9	14	21	11	2	6	8	8	7	13	15	12	16	12	0	10	13	12

