

Cuidados de ENFERMERÍA PEDIÁTRICA:

Manual didáctico médico–quirúrgico

**Juvita Dina Soto Hilario
Gladys Maruja Torres Condori
Florián Gualberto Fabián Flores
Mario Quispe Coyla
Marina Ivercia Llanos de Tarazona
Rosalinda Ramírez Montaldo**



Cuidados de ENFERMERÍA PEDIÁTRICA:

Manual didáctico médico–quirúrgico

**Juvita Dina Soto Hilario
Gladys Maruja Torres Condori
Florián Gualberto Fabián Flores
Mario Quispe Coyla
Marina Ivercia Llanos de Tarazona
Rosalinda Ramírez Montaldo**

Dirección Editorial: PhD. Jorge Luis León-González
Diseño de portada y edición: DI. Yunisley Bruno-Díaz

ISBN: 978-1-968794-21-7

DOI: <https://doi.org/10.64092/QJYK3352>

© Juvita Dina Soto Hilario, 2025. All rights reserved

© Gladys Maruja Torres Condori, 2025. All rights reserved

© Florián Gualberto Fabián Flores, 2025. All rights reserved

© Mario Quispe Coyula, 2025. All rights reserved

© Marina Ivercia Llanos de Tarazona, 2025. All rights reserved

© Rosalinda Ramírez Montaldo, 2025. All rights reserved

La evaluación científica y metodológica de la obra se realizó a partir del método de Revisión por Pares Abierta (Open Peer Review).

Este libro es una publicación de acceso abierto con los principios de Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite el uso, intercambio, adaptación, distribución y transmisión en cualquier medio o formato, siempre que dé el crédito apropiado al autor, origen y fuente del material gráfico. Si el uso del material gráfico excede el uso permitido por la normativa legal deberá tener permiso directamente del titular de los derechos de autor.



SOPHIA EDITIONS

8404 N Rome Ave, Tampa,
Florida, USA

Email: contact@sophiaeditions.com

Phone: +1 (813) 699-2557

<https://sophiaeditions.com/>

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal de enfermería en formación y en ejercicio, cuya entrega, vocación y compromiso transforman la vida de los niños y adolescentes que dependen de su cuidado. Este libro está dedicado a quienes, día a día, enfrentan con valentía la complejidad de la enfermería pediátrica, comprendiendo que cada niño no es simplemente un adulto en miniatura, sino un ser único con necesidades físicas, emocionales y sociales propias.

A ustedes, que combinan conocimiento científico, habilidad técnica y sensibilidad humana, acompañando a las familias, aliviando el dolor, promoviendo la recuperación y defendiendo la dignidad de cada paciente, este libro les ofrece herramientas prácticas y basadas en evidencia, así como la experiencia de quienes han recorrido este camino, para fortalecer sus competencias y guiar su labor en cualquier contexto clínico.

Que estas páginas sean un homenaje a su dedicación, una guía para su desarrollo profesional y una inspiración para continuar brindando cuidados pediátricos seguros, integrales y humanizados, conscientes de que su trabajo no solo salva vidas, sino que también construye esperanza, confianza y bienestar en los niños y sus familias.

PhD. Adalia Liset Rojas-Valladares, Universidad Metropolitana, Ecuador

PhD. Adrian Abreus-González, Universidad de Cienfuegos, Cuba

PhD. Adrian Ludet Arévalo-Salazar, Western University, Canadá

PhD. Alejandro Rafael Socorro-Castro, Universidad Metropolitana, Ecuador

PhD. Alina Rodríguez-Morales, Universidad de Guayaquil, Ecuador

PhD. Farshid Hadi, Islamic Azad University, Irán

PhD. Héctor Tecumshé-Mojica-Zárate, Centro Regional Universitario Oriente- Universidad Autónoma Chapingo, México

PhD. Esther Vega-Gea, Universidad de Córdoba, España

PhD. Hugo Freddy Torres-Maya, Universidad de Cienfuegos, Cuba

PhD. Juan G. Rivera-Ortiz, Ana G. Mendez University, USA

Dr. C. Ngo Hong Diep, Thudaumot University, Vietnam

PhD. Lázaro Salomón Dibut-Toledo, Universidad del Golfo de California, México

PhD. Luis Lizasoain-Hernández, Universidad del País Vasco, España

PhD. José Gervasio Partida-Seda, Centro Regional Universitario Oriente- Universidad Autónoma Chapingo, México

PhD. Luisa Morales-Maure, Universidad de Panamá, Panamá

PhD. Marily Rafaela Fuentes-Águila, Universidad Metropolitana, Ecuador

PhD. Maritza Librada Cáceres-Mesa, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México

PhD. Marta Linares-Manrique, Universidad de Granada, España

Dr. C. Seyyed Nasser Mousavi, Islamic Azad University, Irán

PhD. Mikhail Benet-Rodríguez, Fundación Universitaria Cafam, Colombia

PhD. Julio Cabero-Almenara, Universidad de Sevilla, España

PhD. Raúl Rodríguez-Muñoz, Universidad de Cienfuegos, Cuba

PhD. Rolando Medina-Peña, Universidad Metropolitana, Ecuador

PhD. Samuel Sánchez-Gálvez, Universidad de Guayaquil, Ecuador

PhD. Yadir Torres Hernández, Universidad de Sevilla, España

01. Trastornos neurológicos pediátricos: fundamentos y cuidados de enfermería

1.1. Síndromes convulsivos en pediatría: identificación, manejo clínico y cuidados de enfermería.....15

1.2. Síndrome de Guillain-Barré pediátrico: diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería20

1.3. Meningitis tuberculosa pediátrica: diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería24

1.4. Meningitis pediátrica: signos de alarma, abordaje terapéutico y cuidados28



02. Principales enfermedades infecciosas en pediatría: prevención, diagnóstico y cuidados de enfermería

2.1. Tétanos pediátrico: prevención, manejo clínico y cuidados de enfermería32

2.2. Dengue en niños: identificación, tratamiento y rol de enfermería35

2.3. Malaria pediátrica: diagnóstico, tratamiento y apoyo de enfermería38

2.4. Enfermedades diarreicas agudas en la infancia: manejo integral y cuidados de enfermería41

2.5. Infección por VIH en pediatría: abordaje clínico y acompañamiento de enfermería44

2.6. Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes: prevención, diagnóstico y rol de enfermería47

2.7. Arañazo de gato en niños: identificación, tratamiento y seguimiento de enfermería51



2.8. Herpes en sus distintos tipos: manifestaciones pediátricas y cuidados de enfermería	53
--	----

03. Enfermedades respiratorias en pediatría: Diagnóstico y manejo integral

3.1. Tuberculosis multirresistente en pediatría: Diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería	58
3.2. Neumonías pediátricas: identificación, manejo clínico y rol de enfermería	63
3.3. Asma bronquial en niños: manifestaciones, control y atención integral de enfermería	67



04. Enfermedad renal en pediatría: manejo clínico y cuidados de enfermería

4.1. Síndrome edematoso en niños: diagnóstico, manejo y rol de enfermería ..	72
4.2. Infección renal crónica en pediatría: identificación, tratamiento y cuidados de enfermería	76
4.3. Diálisis peritoneal en niños: indicaciones, procedimiento y seguimiento de enfermería	80
4.4. Hemodiálisis pediátrica: manejo clínico y rol de enfermería integral.....	84



05. Trastornos hematológicos en pediatría: anemia aplásica y enfermedades oncológicas

5.1. Anemia aplásica pediátrica: tipos y características clínicas	88
5.2. Trastornos hematológicos oncológicos en niños	92



06. Quemaduras en pediatría: grados, manejo y complicaciones

- 6.1. Clasificación de las quemaduras y manejo agudo en pediatría97
- 6.2. Complicaciones sistémicas y rehabilitación en niños con quemaduras ..
..... 101



07. Endocrinología pediátrica: problemas frecuentes y manejo

- 7.1. Trastornos tiroideos en niños: hipotiroidismo e hipertiroidismo 105
- 7.2. Diabetes mellitus pediátrica: manejo y cuidado de enfermería 109
- 7.3. Trastornos del crecimiento y desarrollo endocrino en la infancia113



08. Problemas psicosociales: conducta, adicciones y trastornos alimentarios

- 8.1. Prevención y manejo de conductas autolesivas y riesgo de suicidio en la infancia: estrategias y cuidados de enfermería118
- 8.2. Detección y manejo de adicciones en la infancia: rol del personal de enfermería
..... 122
- 8.3. Trastornos alimentarios infantiles: cuidado integral de enfermería125



09. Procedimientos quirúrgicos y cuidado especializado en el paciente pediátrico

- 9.1. Trastornos y procedimientos urológicos pediátricos. Diagnóstico y manejo integral131
- 9.2. Cirugía abdominal pediátrica. Diagnóstico, tratamiento y cuidados especializados135



9.3. Traumatología pediátrica: atención, manejo y rehabilitación de lesiones....	140
9.4. Cirugía cardiopulmonar pediátrica y cuidados perioperatorios especializados	142
9.5. Reconstrucción y cirugía reparadora en pacientes pediátricos quemados....	146
9.6. Técnicas de injertos y autoinjertos en cirugía pediátrica: Procedimientos y aplicaciones clínicas	151



10. Dermatología pediátrica: diagnóstico y manejo de trastornos cutáneos

10.1. Tiña Capitis pediátrica: diagnóstico y tratamiento	155
10.2. Acné en adolescentes: abordaje pediátrico integral	158
10.3. Dermatitis en niños: evaluación y manejo clínico	161
10.4. Síndrome del Niño Mariposa: cuidado y estrategias terapéuticas pediátricas	165



11. Atención paliativa pediátrica: manejo integral del paciente

11.1. Evaluación integral del paciente pediátrico en cuidados paliativos	170
11.2. Intervenciones clínicas y apoyo multidisciplinario en pediatría	173
11.3. Acompañamiento familiar del personal de enfermería y estrategias de educación para el cuidado en el hogar ...	176



INTRODUCCIÓN



La enfermería pediátrica representa una especialidad compleja y fundamental dentro del cuidado de la salud, enfocada en atender de manera integral a niños y adolescentes desde el nacimiento hasta la adolescencia tardía. Esta disciplina requiere de un profundo conocimiento del desarrollo físico, neurológico, emocional y social del niño, así como de las particularidades clínicas que caracterizan cada etapa del crecimiento. Los niños no son simplemente adultos en miniatura; presentan necesidades fisiológicas, inmunológicas y metabólicas distintas, lo que exige que los profesionales de enfermería adapten sus estrategias de cuidado, intervenciones terapéuticas y comunicación de manera apropiada, considerando siempre la vulnerabilidad y dependencia propias de la población pediátrica.

Este libro constituye una herramienta integral destinada tanto al personal de enfermería en formación como a aquellos que hoy se encuentran en ejercicio profesional. Su propósito es ofrecer un recurso sistemático, práctico y basado en evidencia que permita abordar de manera efectiva las diferentes patologías y procedimientos médicos y quirúrgicos que afectan a la

población infantil. Asimismo, busca fortalecer las competencias técnicas, críticas y humanísticas del personal de enfermería, promoviendo una atención segura, eficiente y centrada en el niño y su familia, y fomentando la capacidad de adaptación a contextos clínicos diversos, desde unidades de cuidado intensivo hasta atención ambulatoria y domiciliaria.

La estructura del texto ha sido cuidadosamente organizada por sistemas y áreas clínicas, permitiendo un aprendizaje progresivo y coherente. Los capítulos iniciales abordan los trastornos neurológicos pediátricos, incluyendo síndromes convulsivos, meningitis y el síndrome de Guillain-Barré, con énfasis en la identificación temprana, el manejo clínico y la intervención de enfermería para prevenir complicaciones, asegurar la seguridad del paciente y orientar a los cuidadores. Seguidamente, se presenta una sección dedicada a las enfermedades infecciosas en pediatría, donde se describen estrategias de prevención, diagnóstico y manejo de patologías como tétanos, dengue, malaria, VIH y enfermedades de transmisión sexual, destacando la importancia del accionar del personal de enfermería en la educación sanitaria, la adherencia al tratamiento y la coordinación con equipos multidisciplinarios.

Los capítulos sobre enfermedades respiratorias, renales, hematológicas y endocrinas ofrecen herramientas claras para la valoración, monitorización y seguimiento del niño con patologías crónicas o agudas. Se incluyen protocolos clínicos detallados, recomendaciones de manejo de síntomas, administración de medicamentos y seguimiento de tratamientos, así como pautas para brindar apoyo emocional y educativo a los pacientes y sus familias. De manera específica, el libro aborda la atención de niños con quemaduras, proporcionando lineamientos sobre clasificación, tratamiento agudo, manejo de complicaciones sistémicas y rehabilitación, enfatizando la necesidad de un enfoque humano y empático que reduzca el dolor, minimice las secuelas físicas y promueva la recuperación integral del menor.

Un aspecto central de la obra es el abordaje de problemas psicosociales, que incluye conductas autolesivas, riesgo de suicidio, adicciones y trastornos alimentarios infantiles. Estos capítulos destacan la labor preventiva y de acompañamiento del personal de enfermería, la identificación de factores de riesgo y la implementación de estrategias de educación y apoyo familiar, así como la coordinación con profesionales

de psicología, psiquiatría y trabajo social para garantizar un abordaje multidisciplinario. Asimismo, los apartados de procedimientos quirúrgicos y dermatología pediátrica brindan información detallada sobre la preparación preoperatoria, los cuidados perioperatorios, la atención postoperatoria y el manejo de lesiones cutáneas frecuentes, incluyendo técnicas de injertos, autoinjertos y manejo de patologías dermatológicas comunes y complejas, siempre bajo un enfoque seguro, didáctico y basado en evidencia.

El libro también incluye un capítulo específico sobre atención paliativa pediátrica, subrayando la importancia de la evaluación integral del paciente, la planificación de intervenciones multidisciplinarias y el acompañamiento emocional de los niños y sus familias. Este enfoque permite asegurar la calidad de vida del paciente, aliviar síntomas complejos, promover el bienestar emocional y respetar la dignidad y los derechos del niño, reforzando la dimensión humanista de la enfermería en contextos críticos.

Desde una perspectiva pedagógica, esta obra ha sido diseñado para ser didáctica, con un lenguaje claro y organizado que facilita la comprensión de conceptos complejos y permite su aplicación práctica en entornos clínicos. El personal de enfermería en formación encontrará en él una guía completa para adquirir conocimientos fundamentales, mientras que los profesionales en ejercicio podrán utilizarlo como referencia rápida y confiable para la toma de decisiones clínicas y la implementación de cuidados de alta calidad. La inclusión de protocolos, estrategias de intervención, procedimientos estandarizados y recomendaciones éticas convierte a este libro en una herramienta esencial para la práctica diaria, fortaleciendo la seguridad del paciente y promoviendo la excelencia en la atención pediátrica.

La obra se constituye como un recurso integral, actualizado y basado en evidencia, que combina la teoría con la práctica, el conocimiento técnico con la sensibilidad humana, y la atención clínica con el acompañamiento emocional del paciente y su familia. Este libro busca empoderar a al personal de enfermería para fortalecer su capacidad de respuesta frente a situaciones complejas y ofrecer una guía clara para brindar cuidados pediátricos seguros, eficientes y humanizados, adaptables a cualquier contexto clínico, desde la atención hospitalaria especializada hasta el cuidado comunitario y domiciliario.



01.

TRASTORNOS NEUROLÓGICOS PEDIÁTRICOS: FUNDAMENTOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

1.1. Síndromes convulsivos en pediatría: identificación, manejo clínico y cuidados de enfermería

De acuerdo con Lovik y Murr (2023) una convulsión constituye una “actividad eléctrica anormal e incontrolada del cerebro que puede causar cambios en el nivel de conciencia, comportamiento, memoria o sentimientos”. Siguiendo a estos autores, la conmoción cerebral convulsiva, el síncope convulsivo, los trastornos del movimiento, los escalofríos, los eventos asociados al sueño y los episodios psicógenos no epilépticos deben considerarse dentro del diagnóstico diferencial de un episodio convulsivo.

Las convulsiones se dividen en parciales y generalizadas. En las convulsiones parciales, que representan la forma más común en adultos, la actividad eléctrica anómala se inicia en



una región específica de la corteza cerebral, dando lugar a manifestaciones motoras o sensoriales localizadas. Por el contrario, las convulsiones generalizadas surgen de una activación cortical difusa desde el inicio o de la propagación de una descarga parcial, comprometiendo de manera simultánea amplias áreas del cerebro y generando una sintomatología más extensa y compleja.

En la edad infantil estas descargas alteran transitoriamente la función cerebral, afectando múltiples sistemas y produciendo manifestaciones clínicas diversas que incluyen movimientos clónicos generalizados, sacudidas musculares repetitivas, espasmos tónico-clónicos, cambios conductuales, alteraciones autonómicas como palidez, sudoración, taquicardia y desconexiones breves del entorno. En los niños, estas manifestaciones pueden ser sutiles, apareciendo como interrupciones de la actividad, mirada fija, llanto inconsolable o movimientos aislados, lo que hace necesario un reconocimiento precoz para evitar complicaciones (Hauser y Beghi, 2008).

El impacto de las convulsiones en la infancia trasciende lo neurológico, afectando el desarrollo cognitivo, la adaptación escolar, la interacción social y la dinámica familiar. Los síndromes convulsivos representan un problema neurológico relevante en pediatría, no solo por su prevalencia, sino también por las repercusiones que generan en la calidad de vida del niño y su familia, así como el estigma social que puede acompañar a la enfermedad (Fisher et al., 2014).

Es importante diferenciar entre convulsión y epilepsia. No todas las convulsiones pediátricas constituyen epilepsia; algunas son episodios aislados provocados por fiebre, alteraciones metabólicas, traumatismos craneoencefálicos, intoxicaciones, infecciones del sistema nervioso central, alteraciones estructurales o cambios hormonales. La epilepsia, en cambio, se define como una predisposición crónica a generar crisis recurrentes no provocadas. Esta distinción es crucial para un diagnóstico adecuado, selección de tratamiento y planificación de cuidados individualizados en el niño (Shorvon, 2011).

La fisiopatología se centra en la hiperexcitabilidad neuronal, resultado de un desequilibrio entre neurotransmisores excitatorios e inhibitorios. El cerebro infantil mantiene un equilibrio dinámico entre neurotransmisores excitatorios, principalmente el glutamato, e inhibitorios, principalmente el GABA (ácido gamma-aminobutírico), que asegura la adecuada transmisión de impulsos, coordinación motora, regulación emocional e integración sensorial. Cuando este equilibrio se altera por defectos en canales iónicos, mutaciones genéticas, cicatrices corticales, disfunciones metabólicas o neuroinflamación, se produce una descarga neuronal sincrónica que se manifiesta como convulsión (McCormick y Contreras, 2001). La heterogeneidad de los síndromes convulsivos pediátricos se explica también por mutaciones en genes de canales de sodio y potasio, que afectan la excitabilidad neuronal y generan variabilidad clínica entre los niños (Scheffer et al., 2017).

Las manifestaciones clínicas dependen del tipo de crisis y de la región cerebral involucrada. Las crisis focales pueden comenzar con movimientos motores limitados a un segmento corporal, sensaciones anormales como hormigueo o adormecimiento, alteraciones sensoriales o fenómenos psíquicos como miedo o *déjà vu* (sensación de haber experimentado antes una situación que en realidad es nueva). En niños pequeños, estas manifestaciones pueden ser difíciles de identificar, presentándose como inmovilidad súbita, parpadeo frecuente o interrupción de la actividad habitual. Las crisis pueden evolucionar hacia generalización, comprometiendo la conciencia.

Las crisis generalizadas incluyen las tónico-clónicas, caracterizadas por pérdida brusca de conciencia, rigidez inicial, sacudidas musculares generalizadas, incontinencia urinaria y mordedura de lengua. Las crisis de ausencia, frecuentes en la infancia, se manifiestan como interrupciones súbitas de la actividad con mirada fija y ausencia de respuesta al entorno, sin recuerdo posterior del episodio (Berg y Cross, 2010). En la fase posictal, los niños pueden presentar cefalea, fatiga, confusión, alteraciones del lenguaje o déficits neurológicos transitorios. El estado epiléptico pediátrico,



definido como crisis prolongadas o repetitivas sin recuperación, constituye una urgencia médica grave, con riesgo elevado de daño cerebral permanente y mortalidad significativa (Trinka et al., 2015).

El diagnóstico clínico y paraclínico es esencial para diferenciar entre epilepsia y otras condiciones paroxísticas. El electroencefalograma (EEG) permite registrar actividad epileptiforme y determinar el tipo de crisis y su origen cerebral. La resonancia magnética (RM) ayuda a identificar lesiones estructurales, como malformaciones corticales, tumores o cicatrices por traumatismos o infecciones. Los estudios de laboratorio descartan causas metabólicas, tóxicas o infecciosas. En pediatría, la aproximación integral incluye historia clínica detallada, exploración neurológica, hallazgos electroencefalográficos y de neuroimagen, y, cuando corresponde, estudios genéticos, especialmente en síndromes familiares o convulsiones de inicio temprano (Kwan et al., 2010).

El tratamiento médico se centra en la estabilización de la actividad eléctrica cerebral mediante fármacos antiepilépticos, buscando prevenir recurrencias, reducir intensidad y minimizar efectos adversos. Entre los más usados en pediatría se encuentran fenitoína, carbamazepina, ácido valproico, levetiracetam, topiramato y lamotrigina, seleccionados según tipo de crisis, edad, comorbilidades y perfil de seguridad (Kanner, 2016). En casos refractarios se consideran dieta cetogénica, estimulación del nervio vago o cirugía de epilepsia (Wiebe, 2013). Ante un estado epiléptico, se administran benzodiacepinas de acción rápida seguidas de fármacos antiepilépticos por vía intravenosa, ajustados al peso y edad del niño, para detener la actividad convulsiva de forma segura y eficaz.

El personal de enfermería pediátrica tiene un rol central en la atención integral. Durante la fase aguda, debe proteger al niño, prevenir lesiones y mantener la vía aérea permeable. En la fase de seguimiento, supervisa la administración de medicamentos, asegura adherencia, educa a la familia sobre factores desencadenantes y brinda apoyo psicológico para reducir ansiedad y estigma



social (Mula y Sander, 2016). La coordinación continua con el equipo multidisciplinario y la comunicación constante con la familia son esenciales para mejorar el pronóstico y favorecer la reintegración escolar y social del niño.

Para este padecimiento es importante que el personal de enfermería pediátrica realice las siguientes acciones:

1. Proteger al niño durante la crisis, evitando caídas, golpes o mordedura de lengua.
2. Colocar al paciente en posición lateral de seguridad para mantener la vía aérea permeable.
3. Controlar la duración de la crisis y registrar sus características clínicas.
4. Administrar medicamentos prescritos con precisión, vigilando efectos adversos.
5. Educar a la familia sobre adherencia al tratamiento y hábitos saludables.
6. Identificar factores desencadenantes como fiebre, falta de sueño o estrés, y orientar sobre su manejo.
7. Brindar apoyo emocional al niño y su familia, reduciendo ansiedad y estigma social.
8. Favorecer la reintegración escolar y social mediante seguimiento y acompañamiento.
9. Participar en campañas de educación comunitaria sobre epilepsia y prevención secundaria.

Los síndromes convulsivos pediátricos representan un desafío clínico y social significativo, dado que sus manifestaciones pueden ser sutiles y variables según la edad del niño, el tipo de crisis y la región cerebral afectada. La identificación temprana de las convulsiones es fundamental para prevenir complicaciones neurológicas, optimizar el desarrollo cognitivo y favorecer la integración social y escolar del paciente. Diferenciar entre convulsión aislada y epilepsia permite implementar estrategias terapéuticas individualizadas, asegurando un abordaje integral que contemple la estabilización de la actividad eléctrica cerebral, la prevención de recurrencias y la reducción de efectos adversos,





teniendo en cuenta las particularidades fisiológicas del cerebro infantil y los factores genéticos que influyen en la excitabilidad neuronal.

La labor del personal de enfermería pediátrica es de suma importancia en todas las fases del cuidado, desde la atención aguda durante la crisis hasta el seguimiento a largo plazo. La enfermería garantiza la seguridad física del niño, el manejo adecuado de los medicamentos y la educación a la familia sobre el tratamiento y factores desencadenantes. Su intervención contribuye significativamente a reducir el estigma social, la ansiedad y el miedo asociados con la enfermedad, promoviendo la reintegración escolar y social del niño y mejorando la calidad de vida del paciente y su entorno. La coordinación con el equipo multidisciplinario y la participación en programas de educación comunitaria refuerzan la prevención secundaria y consolidan un abordaje integral centrado en el bienestar del niño con síndromes convulsivos.

1.2. Síndrome de Guillain-Barré pediátrico: diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) “es una neuropatía inmunitaria postinfecciosa poco frecuente, pero grave. Se produce por la destrucción autoinmune de nervios del sistema nervioso periférico, causando síntomas como entumecimiento, hormigueo y debilidad que pueden progresar a parálisis” (Nguyen y Taylor, 2023).

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) pediátrico está caracterizada por una polirradiculoneuropatía aguda desmielinizante, en la cual el sistema inmunológico del niño ataca de manera errónea los nervios periféricos. Esta patología suele desencadenarse tras infecciones virales o bacterianas, vacunaciones o procedimientos quirúrgicos, aunque en muchos casos la causa exacta permanece desconocida.

El síndrome de Guillain-Barré en la edad infantil se considera una emergencia neurológica, ya que puede progresar rápidamente hacia debilidad muscular severa, parálisis y compromiso respiratorio, requiriendo atención

médica inmediata. La incidencia estimada en niños es similar a la de la población general, con aproximadamente 1 a 2 casos por cada 100,000 habitantes al año, afectando tanto a niños como a adolescentes, con una leve predominancia en varones (Yuki y Hartung, 2012).

Esta enfermedad se clasifica como un trastorno autoinmune del sistema nervioso periférico, en el que los nervios son atacados por anticuerpos y células inmunitarias. El daño puede manifestarse como desmielinización segmentaria o afectación axonal primaria, interrumpiendo la conducción nerviosa normal y provocando debilidad progresiva, reflejos disminuidos y alteraciones sensoriales. En pediatría, existen variantes clínicas similares a los adultos, incluyendo la forma desmielinizante aguda, la axonal aguda, el síndrome de Miller Fisher y presentaciones mixtas.

El inicio del síndrome de Guillain-Barré suele estar asociado a una respuesta inmunitaria desencadenada por infecciones comunes en la infancia, como *Campylobacter jejuni*, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus o virus de la influenza. La activación del sistema inmunitario produce anticuerpos que, por mimetismo molecular, atacan gangliósidos presentes en la mielina de los nervios periféricos o directamente el axón. Esto provoca desmielinización segmentaria, alteración de la conducción nerviosa y bloqueo de los impulsos motores y sensoriales. En casos graves, el daño axonal puede prolongar la recuperación y aumentar el riesgo de complicaciones neurológicas permanentes (Hughes y Cornblath, 2005).

Las manifestaciones clínicas en niños pueden ser sutiles o progresar rápidamente. Los signos motores incluyen debilidad simétrica que inicia en las extremidades inferiores y asciende hacia brazos, tronco y músculos respiratorios; en casos graves, puede aparecer parálisis completa. Los signos sensitivos incluyen hormigueo, adormecimiento, dolor neuropático o hipersensibilidad en manos y pies. Las alteraciones autonómicas pueden comprender taquicardia, hipotensión, hipertensión, arritmias y sudoración anormal. La debilidad respiratoria puede requerir soporte ventilatorio. La hiporreflexia o





ausencia de reflejos profundos es característica y útil para la evaluación clínica pediátrica (Willison et al., 2016). La progresión máxima de debilidad suele alcanzarse en las primeras dos semanas desde el inicio, y la recuperación puede durar semanas o meses, siendo la intervención temprana determinante para el pronóstico.

El diagnóstico se basa en la evaluación clínica y en pruebas complementarias adaptadas a niños. La electromiografía y los estudios de conducción nerviosa permiten identificar desmielinización y bloqueo de la conducción nerviosa. El análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) generalmente muestra disociación albuminocitológica, con aumento de proteínas y recuento celular normal. Estudios de laboratorio y de imagen se utilizan principalmente para descartar otras causas de debilidad aguda o neuropatías inflamatorias. La historia clínica detallada, incluyendo antecedentes de infecciones recientes, vacunaciones o viajes, es esencial para un diagnóstico precoz y prevención de complicaciones graves, especialmente respiratorias y cardiovasculares.

El manejo del síndrome de Guillain-Barré pediátrico requiere un enfoque multidisciplinario y hospitalario. La inmunoterapia, mediante plasmaféresis o inmunoglobulina intravenosa (IVIg), es fundamental para reducir la actividad inmunitaria. Los niños con insuficiencia respiratoria requieren ventilación mecánica y monitorización continua de gases sanguíneos. Es necesario controlar el dolor y los síntomas autonómicos mediante analgesia y monitoreo cardiovascular. La rehabilitación temprana con fisioterapia y movilización pasiva ayuda a prevenir contracturas, atrofia muscular y complicaciones articulares. La intervención oportuna reduce la mortalidad, acelera la recuperación y disminuye la probabilidad de secuelas permanentes.

El personal de enfermería pediátrica desempeña un papel central en la atención integral del niño con síndrome de Guillain-Barré, desde la detección temprana hasta la recuperación. Debe evaluar y monitorizar signos vitales, fuerza muscular, reflejos y función respiratoria de manera continua. Además, garantiza la seguridad física del niño frente a debilidad progresiva y riesgo de caídas

o lesiones, administra tratamientos prescritos incluyendo IVIg o plasmaféresis y vigila posibles reacciones adversas. Colabora en la asistencia respiratoria y manejo de ventilación mecánica si es necesario, educa a la familia sobre la enfermedad, los cuidados domiciliarios y la importancia de la rehabilitación, y apoya la movilización temprana y ejercicios de fisioterapia. También proporciona soporte emocional y psicológico frente al miedo, ansiedad o depresión asociados con la enfermedad, y coordina con el equipo multidisciplinario para asegurar continuidad de cuidados y planificación del alta hospitalaria.

Las acciones más importantes a realizar por el personal de enfermería pediátrica son:

1. Monitorear signos vitales y función respiratoria de manera continua.
2. Evaluar fuerza muscular y reflejos periódicamente.
3. Garantizar la seguridad física del niño para prevenir caídas y lesiones.
4. Administrar inmunoterapia (IVIg o plasmaféresis) y vigilar reacciones adversas.
5. Asistir en ventilación mecánica y cuidados respiratorios si es necesario.
6. Educar a paciente y familia sobre la enfermedad, tratamiento y rehabilitación.
7. Colaborar con fisioterapia en movilización temprana y ejercicios de prevención de atrofia.
8. Proporcionar apoyo emocional y psicológico, reduciendo ansiedad y estrés.
9. Coordinar atención multidisciplinaria y planificación del alta hospitalaria.

El síndrome de Guillain-Barré pediátrico representa una patología neurológica grave y potencialmente discapacitante que requiere un diagnóstico temprano y un manejo hospitalario especializado. Dado que la identificación oportuna de los síntomas motores, sensitivos y autonómicos, junto con la evaluación precisa de la función respiratoria, es esencial, se puede prevenir



la aparición de complicaciones severas y optimizar la recuperación del niño. Además, comprender los mecanismos inmunológicos subyacentes y adaptar las estrategias terapéuticas a las particularidades de la edad pediátrica permite implementar un abordaje integral que combina inmunoterapia, soporte respiratorio, control del dolor y rehabilitación temprana, contribuyendo significativamente a minimizar secuelas y mejorar el pronóstico funcional.

Por otro lado, el papel del personal de enfermería pediátrica resulta determinante en todas las etapas de la atención. A través de la monitorización constante, la administración segura de tratamientos, la educación a la familia sobre cuidados domiciliarios y rehabilitación, así como el acompañamiento emocional del niño y su entorno, se garantiza un cuidado integral. Asimismo, la coordinación con el equipo multidisciplinario asegura la continuidad de los cuidados y una planificación adecuada del alta hospitalaria. De igual forma, la atención centrada en la seguridad, la prevención de complicaciones y el soporte psicológico contribuye de manera significativa a mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, favoreciendo la recuperación integral y la reintegración social del niño afectado por esta enfermedad.

1.3. Meningitis tuberculosa pediátrica: diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería

La meningitis tuberculosa (TBM) es “la inflamación de las membranas, llamadas meninges, que recubren y protegen el cerebro y la médula espinal. Es causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. Esta bacteria también causa tuberculosis” (Meningitis Research Foundation, 2025).

La meningitis tuberculosa pediátrica representa una complicación poco frecuente de la tuberculosis primaria, pero con alta morbilidad y mortalidad si no se reconoce y trata oportunamente. Esta enfermedad ocurre cuando el bacilo tuberculoso se disemina desde un foco pulmonar o extrapulmonar hacia el espacio subaracnoideo,



generando una intensa reacción inflamatoria en las meninges y estructuras circundantes.

Aunque es más frecuente en adultos jóvenes y personas inmunocomprometidas, en niños constituye una causa importante de meningitis grave, especialmente en regiones con alta prevalencia de tuberculosis. La meningitis tuberculosa pediátrica se considera una emergencia médica debido a su rápida progresión hacia complicaciones neurológicas graves, incluyendo hidrocefalia, infartos cerebrales, déficit neurológico permanente y muerte (Thwaites y Hien, 2005).

El mecanismo fisiopatológico central involucra la diseminación hematógena del bacilo, que forma pequeños focos granulomatosos (tubérculos) en el cerebro o meninges. La respuesta inflamatoria subsecuente provoca engrosamiento de las meninges basales, obstrucción del flujo del líquido cefalorraquídeo (LCR) y compromiso de vasos sanguíneos meníngeos, desencadenando vasculitis, infartos cerebrales y aumento de la presión intracraneal. La inflamación crónica contribuye a fibrosis y adherencias meníngeas, responsables de complicaciones a largo plazo (Donald y Schoeman, 2004; Schoeman y Donald, 2013).

Las manifestaciones clínicas iniciales en niños suelen ser inespecíficas, dificultando el diagnóstico precoz. Los síntomas más frecuentes incluyen fiebre prolongada, cefalea intensa, rigidez de cuello, vómitos, alteraciones del estado de conciencia y, en ocasiones, déficit neurológico focal. La progresión puede incluir convulsiones, letargia, coma y signos de hipertensión intracraneal como bradicardia, hipertensión arterial y alteraciones respiratorias. En lactantes y niños pequeños, los síntomas pueden ser más sutiles, presentándose con irritabilidad, llanto inconsolable, rechazo alimentario o somnolencia, lo que retrasa la sospecha clínica (Thwaites et al., 2004).

El diagnóstico de meningitis tuberculosa pediátrica requiere un enfoque integral que combine evaluación clínica, estudios de laboratorio y pruebas de imagen. El análisis del LCR mediante punción lumbar revela



típicamente pleocitosis linfocitaria, proteínas elevadas y glucosa disminuida. La detección de *Mycobacterium tuberculosis* puede realizarse mediante tinción de Ziehl-Neelsen, cultivo o pruebas moleculares como PCR, que aumentan la sensibilidad y reducen el tiempo de diagnóstico. La resonancia magnética (RM) o tomografía computarizada (TC) del cerebro permite identificar complicaciones como hidrocefalia, infartos, tubérculos cerebrales o colecciones subdurales (Marx y Chan, 2011).

El tratamiento médico se basa en la terapia antituberculosa prolongada, generalmente combinando isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol durante los primeros dos meses, seguida de isoniacida y rifampicina por al menos 10 meses adicionales. El uso de corticosteroides adyuvantes, como la dexametasona, ha demostrado reducir mortalidad y complicaciones neurológicas al disminuir la inflamación meníngea. En casos de hidrocefalia sintomática o compresión significativa de estructuras cerebrales, puede ser necesaria la intervención quirúrgica, como la colocación de derivaciones ventriculoperitoneales (Thwaites y Tran, 2005).

El personal de enfermería pediátrica desempeña un papel esencial en la atención integral. Debe monitorizar signos vitales, nivel de conciencia y síntomas neurológicos de forma continua, garantizar la seguridad del niño, administrar de manera precisa el tratamiento farmacológico y vigilar posibles efectos adversos, especialmente hepatotoxicidad asociada a fármacos antituberculosos. También es responsable de mantener hidratación y nutrición adecuada, prevenir complicaciones asociadas a inmovilización como úlceras por presión o trombosis venosa, educar a la familia sobre la enfermedad, el tratamiento y la importancia del cumplimiento terapéutico, y proporcionar soporte emocional frente al estrés, ansiedad o aislamiento social que puede acompañar a la enfermedad. La coordinación con el equipo multidisciplinario es clave para asegurar continuidad de cuidados y una recuperación óptima.



Ante pacientes que presenten esta patología, es importante que el personal de enfermería realice las siguientes acciones:

1. Monitorizar signos vitales, nivel de conciencia y síntomas neurológicos de forma continua.
2. Administrar tratamiento antituberculoso y corticosteroides según indicación médica, vigilando efectos adversos.
3. Garantizar la seguridad del niño y prevenir caídas o lesiones durante el manejo hospitalario.
4. Mantener hidratación y nutrición adecuada, colaborando en soporte nutricional si es necesario.
5. Prevenir complicaciones asociadas a inmovilización, como úlceras por presión o trombosis.
6. Educar a la familia sobre la enfermedad, tratamiento y cumplimiento terapéutico.
7. Brindar apoyo emocional y psicológico al niño y a su familia, reduciendo ansiedad, estrés o aislamiento social.
8. Coordinar la atención con el equipo multidisciplinario para asegurar continuidad de cuidados y seguimiento posthospitalario.

La meningitis tuberculosa pediátrica representa una de las infecciones más graves del sistema nervioso central en la infancia, cuya rápida progresión puede llevar a complicaciones neurológicas severas e incluso a la muerte si no se identifica y trata de manera oportuna. El reconocimiento precoz de los signos y síntomas, junto con la implementación de estudios diagnósticos integrales como análisis de líquido cefalorraquídeo, pruebas moleculares y neuroimágenes, resulta fundamental para establecer un diagnóstico certero y diferenciarla de otras formas de meningitis. Además, el tratamiento combinado con terapia antituberculosa prolongada y corticosteroides adyuvantes ha demostrado ser efectivo en la reducción de la mortalidad y la prevención de secuelas neurológicas, destacando la importancia de la intervención temprana y la vigilancia constante.



El papel del personal de enfermería pediátrica es determinante en la atención integral del niño afectado. La monitorización continua, la administración segura de medicamentos, la prevención de complicaciones asociadas a la inmovilización, y la educación y acompañamiento de la familia constituyen acciones esenciales para optimizar el pronóstico. Del mismo modo, el soporte emocional y psicológico proporcionado tanto al paciente como a su familia contribuye significativamente a reducir el estrés, la ansiedad y el aislamiento social. En conjunto, la coordinación efectiva con el equipo multidisciplinario garantiza la continuidad de cuidados y favorece la recuperación clínica y funcional del niño, consolidando un enfoque integral que potencia la calidad de la atención pediátrica frente a esta grave patología.

1.4. Meningitis pediátrica: signos de alarma, abordaje terapéutico y cuidados

La meningitis es “una inflamación de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal... causada por una infección bacteriana o viral que invade el líquido cefalorraquídeo (LCR) e inflama las meninges” (Stanford Medicine Children’s Health, 2025).

La meningitis pediátrica es una infección aguda del sistema nervioso central que afecta las meninges y el líquido cefalorraquídeo en niños, representando una de las emergencias médicas más graves en pediatría debido a su rápida progresión y alta morbilidad y mortalidad si no se trata oportunamente. Puede ser causada por agentes bacterianos, virales o, menos frecuentemente, por hongos o micobacterias, siendo las bacterias como *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* tipo b las más comunes en lactantes y niños pequeños. La meningitis viral, aunque generalmente más benigna, también requiere vigilancia estrecha para prevenir complicaciones neurológicas (McIntyre et al., 2012).

El mecanismo fisiopatológico implica la invasión del agente infeccioso al espacio subaracnoideo, seguido de una intensa respuesta inflamatoria mediada por células inmunitarias y liberación de citoquinas. Esta inflamación



produce edema de las meninges, incremento de la presión intracraneal, vasculitis meníngea y, en casos graves, daño neuronal y disminución del flujo sanguíneo cerebral. La susceptibilidad es mayor en niños debido a un sistema inmunológico inmaduro y a la permeabilidad relativa de la barrera hematoencefálica en los primeros años de vida (Van de Beek et al., 2016).

Las manifestaciones clínicas varían según la edad del paciente, pero los signos de alarma incluyen fiebre elevada, irritabilidad, llanto inconsolable, rechazo a la alimentación, vómitos persistentes, somnolencia, letargia o convulsiones. Signos meníngeos característicos como rigidez de cuello, dolor de cabeza intenso, fotofobia o signos de Kernig y Brudzinski pueden observarse en niños mayores, pero son menos evidentes en lactantes. La presencia de petequias o púrpura sugiere infección por *Neisseria meningitidis* y requiere atención inmediata. El reconocimiento temprano de estos signos es esencial para iniciar tratamiento oportuno y reducir el riesgo de secuelas neurológicas, como déficit cognitivo, sordera o epilepsia (Tunkel et al., 2004).

El diagnóstico requiere evaluación clínica rápida y estudios complementarios. La punción lumbar es la herramienta fundamental para confirmar la meningitis, analizando el líquido cefalorraquídeo para detectar pleocitosis, proteínas elevadas, glucosa disminuida y la presencia del agente causal mediante tinción de Gram, cultivo o pruebas moleculares. Estudios de laboratorio adicionales, como hemograma y marcadores inflamatorios, ayudan a valorar la gravedad de la infección. En casos de sospecha de complicaciones o hipertensión intracraneal, se recomiendan estudios de neuroimagen, como tomografía computarizada o resonancia magnética, antes de la punción lumbar (Roos, 2015).

El abordaje terapéutico se basa en la administración temprana de antibióticos de amplio espectro, ajustados posteriormente según el agente identificado y su sensibilidad. Los regímenes incluyen combinación de cefalosporinas de tercera generación, ampicilina o vancomicina según la edad y el perfil de resistencia.



En casos de meningitis por *Neisseria meningitidis*, se requiere aislamiento y profilaxis antibiótica de contactos cercanos. El uso de corticosteroides puede considerarse en meningitis por *Streptococcus pneumoniae* para reducir la inflamación y el riesgo de secuelas neurológicas. La monitorización intensiva de signos vitales, función neurológica y balance hídrico es esencial durante el tratamiento, especialmente en lactantes y niños menores de 2 años (Brouwer et al., 2010).

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado integral de niños con meningitis. Durante la fase aguda, debe vigilar signos vitales y estado neurológico de manera continua, administrar los antibióticos y medicamentos indicados con precisión y registrar la respuesta clínica. Es responsable de garantizar la seguridad física del paciente, prevenir complicaciones como úlceras por presión o infecciones secundarias, mantener hidratación y nutrición adecuadas, y colaborar en la monitorización de laboratorios y resultados de punción lumbar. La enfermería también educa a la familia sobre la enfermedad, medidas de prevención y la importancia de la adherencia al tratamiento, y brinda soporte emocional frente a la ansiedad y el estrés asociados con la hospitalización. La coordinación con pediatría, neurología y otros profesionales de salud asegura una atención integral y seguimiento adecuado tras el alta hospitalaria.

Es importante que antes pacientes infantiles con esta patología el personal de enfermería realice las siguientes acciones:

1. Monitorizar signos vitales, nivel de conciencia y estado neurológico de forma continua.
2. Administrar antibióticos y otros medicamentos según indicación médica, vigilando posibles reacciones adversas.
3. Garantizar la seguridad física del niño, previniendo caídas y lesiones durante la hospitalización.
4. Mantener hidratación y nutrición adecuada, colaborando en la administración de líquidos y soporte nutricional.



5. Prevenir complicaciones asociadas a inmovilización, como úlceras por presión e infecciones secundarias.
6. Colaborar en la preparación y seguimiento de punción lumbar y otros estudios diagnósticos.
7. Educar a la familia sobre signos de alarma, prevención y cumplimiento del tratamiento.
8. Proporcionar apoyo emocional al paciente y familiares, reduciendo ansiedad y estrés.
9. Coordinar cuidados con el equipo multidisciplinario para asegurar continuidad de la atención y seguimiento posthospitalario.

La meningitis pediátrica constituye una de las infecciones más graves del sistema nervioso central en la infancia, con alto riesgo de morbilidad y mortalidad si no se identifica y trata oportunamente. Su rápida progresión y la variabilidad de los signos clínicos, especialmente en lactantes y niños pequeños, exigen un reconocimiento precoz de los signos de alarma y la aplicación inmediata de estudios diagnósticos, como punción lumbar y pruebas de imagen. La intervención médica oportuna, incluyendo antibióticos de amplio espectro y, en casos específicos, corticosteroides, resulta esencial para prevenir complicaciones neurológicas graves y mejorar el pronóstico a corto y largo plazo.

El papel del personal de enfermería pediátrica es clave en la atención integral del niño con meningitis. La vigilancia constante de signos vitales y estado neurológico, la administración segura de fármacos, la prevención de complicaciones derivadas de la hospitalización, y la educación y acompañamiento de la familia son componentes fundamentales para garantizar la recuperación. Además, el soporte emocional proporcionado al paciente y a sus familiares, junto con la coordinación con el equipo multidisciplinario, asegura una atención continua y favorece la reintegración social y educativa del niño, consolidando un abordaje integral frente a esta grave patología.





02.

PRINCIPALES ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN PEDIATRÍA: PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

2.1. Tétanos pediátrico: prevención, manejo clínico y cuidados de enfermería

El tétanos es “una enfermedad aguda, algunas veces mortal, del sistema nervioso central, causada por la toxina de la bacteria del tétanos, que generalmente entra al cuerpo a través de una herida abierta” (Northwestern Medicine, 2025).

El tétanos pediátrico es una enfermedad grave causada por la toxina elaborada por la bacteria *Clostridium tetani*, que afecta el sistema nervioso central provocando espasmos musculares generalizados, rigidez y, en casos graves, compromiso respiratorio que puede ser fatal. La infección se produce generalmente a través de heridas contaminadas, quemaduras, punciones o lesiones superficiales que permiten la entrada de esporas

bacterianas en un ambiente anaeróbico. En pediatría, los neonatos también pueden verse afectados mediante el tétanos neonatal, asociado con prácticas de corte del cordón umbilical en condiciones no estériles (Roper et al., 2007).

La prevención es el pilar fundamental en la lucha contra el tétanos pediátrico. La vacunación con toxoide tetánico en el esquema básico infantil y la administración de dosis de refuerzo según pautas nacionales garantizan protección individual y comunitaria. En neonatos, la inmunización materna adecuada durante el embarazo proporciona anticuerpos protectores al recién nacido. Además, la educación sobre cuidado de heridas, limpieza y desinfección, y la atención a lesiones potencialmente contaminadas son medidas esenciales para prevenir la enfermedad.

El manejo clínico del tétanos pediátrico requiere hospitalización inmediata en unidades con capacidad para soporte vital, especialmente en casos graves. El tratamiento incluye la administración de inmunoglobulina antitetánica para neutralizar la toxina circulante, antibióticos como metronidazol para erradicar la infección, y control de los espasmos musculares mediante sedantes o bloqueadores neuromusculares. Es fundamental mantener vía aérea permeable y, si es necesario, soporte ventilatorio, especialmente en neonatos y lactantes con compromiso respiratorio. Se recomienda la limpieza meticulosa de la herida o lesión causal para prevenir progresión de la infección (Roper et al., 2007).

El personal de enfermería pediátrica desempeña un papel central en la atención integral del paciente con tétanos. Debe monitorizar signos vitales y función respiratoria de manera continua, observar la aparición de espasmos y rigidez muscular, y administrar los tratamientos prescritos con precisión, vigilando efectos adversos. Además, garantiza seguridad física para prevenir lesiones asociadas a los espasmos, colabora en el manejo ventilatorio si es necesario y apoya en la rehabilitación temprana. La educación a la familia sobre el cuidado de heridas, signos de alarma y adherencia



al tratamiento es esencial, al igual que el soporte emocional frente al miedo, ansiedad y estrés que genera la enfermedad (Roper et al., 2007).

Entre las principales acciones del personal de enfermería pediátrica se incluyen:

1. Monitorear signos vitales, respiración y nivel de conciencia de manera continua.
2. Mantener la vía aérea permeable y asistir en ventilación mecánica si es necesario.
3. Administrar antibióticos, inmunoglobulina antitetánica y sedantes según indicación médica.
4. Controlar espasmos y dolor mediante medicamentos y medidas de confort.
5. Educar a la familia sobre prevención, vacunación y cuidado de heridas.
6. Vigilar complicaciones asociadas a inmovilización, como úlceras por presión o trombosis.
7. Garantizar la seguridad física del niño durante los espasmos y manejo hospitalario.
8. Colaborar con fisioterapia para prevenir atrofia y contracturas musculares.
9. Brindar apoyo psicológico al niño y la familia, fomentando un ambiente de confianza y seguridad.

El tétanos pediátrico representa una enfermedad grave con alta mortalidad si no se diagnostica y trata oportunamente, especialmente en neonatos y lactantes. Su prevención a través de la vacunación, el cuidado adecuado de heridas y la educación sanitaria constituye la estrategia más eficaz para reducir su incidencia. La rápida identificación de signos clínicos, como espasmos musculares, rigidez y compromiso respiratorio, es fundamental para instaurar tratamiento oportuno y evitar complicaciones potencialmente fatales.

El papel del personal de enfermería pediátrica es fundamental en la atención integral del niño. La vigilancia constante de signos vitales y de la función respiratoria, la administración precisa de tratamientos específicos,



el manejo efectivo de espasmos y dolor, así como la educación continua a la familia, son aspectos clave para optimizar el pronóstico del paciente. Asimismo, el acompañamiento emocional y psicológico contribuye a reducir la ansiedad y el estrés asociados a la enfermedad, mientras que la coordinación con el equipo multidisciplinario garantiza continuidad de cuidados y favorece una recuperación completa y segura del niño.

2.2. Dengue en niños: identificación, tratamiento y rol de enfermería

El dengue es una enfermedad viral transmitida por mosquitos del género *Aedes*, principalmente *Aedes aegypti*, que representa un problema de salud pública en regiones tropicales y subtropicales (Organización Mundial de la Salud, 2025). En pediatría, la infección puede variar desde formas leves autolimitadas hasta presentaciones graves que comprometen la vida del niño, como el dengue hemorrágico o el síndrome de shock por dengue. La identificación temprana es fundamental, dado que los niños presentan síntomas que pueden ser inespecíficos en las fases iniciales, incluyendo fiebre alta, cefalea, dolor retroocular, mialgias, artralgias y erupciones cutáneas.

Además, signos de alarma que alertan sobre progresión a enfermedad grave incluyen dolor abdominal intenso, vómitos persistentes, sangrado de encías o nariz, irritabilidad o somnolencia extrema, dificultad respiratoria y cambios en la perfusión periférica. La vigilancia clínica constante permite la detección precoz de complicaciones, facilitando intervenciones oportunas que reducen la morbilidad (Ministerio de Salud de Colombia, 2023; Organización Mundial de la Salud, 2023).

El manejo del dengue en niños se centra principalmente en el soporte sintomático y en la prevención de complicaciones. La hidratación adecuada es uno de los pilares fundamentales, utilizando soluciones orales o intravenosas según la severidad del cuadro y la edad del paciente, con el fin de mantener un equilibrio hidroelectrolítico adecuado y prevenir deshidratación y shock.





El control de la fiebre y el dolor debe realizarse de manera segura, utilizando principalmente paracetamol y evitando antiinflamatorios no esteroideos o aspirina debido al riesgo aumentado de hemorragias. La monitorización periódica de los signos vitales, el estado de conciencia, el balance hídrico y la aparición de signos de alarma permite ajustar el plan de cuidados y determinar la necesidad de hospitalización o intervenciones más intensivas. En casos graves, la vigilancia de parámetros hematológicos y hemodinámicos, así como el manejo de sangrados y complicaciones orgánicas, es esencial para garantizar la recuperación del paciente pediátrico (Mayo Clinic, 2024).

El rol del personal de enfermería en el manejo del dengue pediátrico abarca desde la atención integral del niño hasta el acompañamiento de su familia. La enfermería debe asegurar una monitorización constante de signos vitales, estado de hidratación, niveles de conciencia y signos de alarma, identificando de forma temprana cualquier deterioro clínico. Además, la educación familiar es un componente clave, instruyendo a los cuidadores sobre la importancia de la hidratación, el reconocimiento de signos de alarma, la adherencia a las indicaciones médicas y la prevención de la enfermedad a nivel comunitario mediante control de criaderos de mosquitos y medidas de protección. También se incluye el apoyo emocional al niño y su familia, mitigando ansiedad y estrés derivados de la enfermedad, así como la coordinación con el equipo multidisciplinario para optimizar la atención y garantizar la continuidad de cuidados. La enfermería contribuye, de manera directa, a la prevención de complicaciones y a la mejora del pronóstico, reforzando la seguridad del paciente y fomentando la recuperación funcional y el bienestar general (Vatcharasaeevee, 2023).

Dentro de las acciones del personal de enfermería pediátrica a realizar con pacientes con dengue se tienen:

1. Monitorizar signos vitales de manera constante, incluyendo temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, y detectar cambios que indiquen alarma o deterioro.

2. Evaluar el estado de hidratación del niño, controlando balance hídrico, signos de deshidratación y administración adecuada de líquidos orales o intravenosos.
3. Observar signos de alarma de progresión a dengue grave, como dolor abdominal intenso, vómitos persistentes, sangrados, letargia o cambios en la perfusión periférica, e informar oportunamente al equipo médico.
4. Administrar medicamentos prescritos, como paracetamol, de acuerdo con la dosificación pediátrica recomendada, evitando antiinflamatorios que aumenten riesgo hemorrágico.
5. Educar a la familia sobre la importancia de la hidratación, reconocimiento de signos de alarma, medidas preventivas en el hogar y adherencia al tratamiento médico.
6. Garantizar la seguridad física del niño durante la hospitalización, evitando caídas y accidentes, y fomentando un ambiente tranquilo para recuperación.
7. Brindar apoyo emocional al paciente y a su familia, reduciendo ansiedad y miedo relacionados con la enfermedad y hospitalización.
8. Participar en actividades de educación comunitaria sobre prevención del dengue, eliminación de criaderos de mosquitos y promoción de medidas de protección personal.
9. Coordinar con el equipo multidisciplinario para asegurar continuidad de cuidados, seguimiento clínico y planificación del alta hospitalaria.

El dengue pediátrico representa un desafío significativo para la salud infantil debido a la variabilidad de su presentación clínica y el riesgo de progresión a formas graves que pueden comprometer la vida del niño. La identificación temprana de signos y síntomas, especialmente los de alarma, es fundamental para instaurar intervenciones oportunas que reduzcan la morbilidad y mejoren el pronóstico. La atención clínica debe centrarse en el manejo adecuado de



la hidratación, el control de la fiebre y dolor, y la monitorización constante del estado general del paciente.

Los cuidados de atención pediátricos son esenciales para garantizar una buena atención médica. La monitorización continua, la educación a la familia sobre prevención, cuidado y signos de alarma, así como el apoyo emocional al niño y su entorno, son componentes clave que contribuyen a prevenir complicaciones y optimizar la recuperación. La coordinación con el equipo multidisciplinario asegura continuidad de cuidados, favorece la adherencia terapéutica y fortalece la protección de la salud del paciente en el contexto hospitalario y comunitario.

2.3. Malaria pediátrica: diagnóstico, tratamiento y apoyo de enfermería

La malaria es “una infección parasitaria transmitida por el mosquito *Anopheles* que provoca una enfermedad aguda potencialmente mortal y representa una importante amenaza para la salud mundial” (Buck y Finnigan, 2023).

La malaria es causada principalmente por especies del género *Plasmodium*, siendo *Plasmodium falciparum* y *Plasmodium vivax* las más frecuentes y clínicamente relevantes en niños. En pediatría, la malaria constituye un problema de salud pública significativo, especialmente en regiones endémicas de África, América Latina y el sudeste asiático, donde representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil.

Los niños menores de cinco años y los lactantes son particularmente vulnerables, debido a su sistema inmunitario inmaduro y a la falta de exposición previa que pueda conferir cierta inmunidad parcial. La transmisión ocurre por la picadura de hembras infectadas del mosquito *Anopheles*, que introduce los parásitos en la circulación sanguínea, desencadenando un ciclo eritrocítico que provoca fiebre, anemia hemolítica, daño a órganos y, en casos graves, compromiso cerebral (World Health Organization, 2023c).

Clínicamente, la malaria pediátrica puede manifestarse con fiebre alta, escalofríos, sudoración, malestar general,



anorexia, vómitos y diarrea. En los casos más graves, especialmente por *P. falciparum*, los niños pueden presentar anemia severa, hipoglucemia, insuficiencia renal, ictericia, convulsiones y coma, condición conocida como malaria cerebral, que constituye una urgencia médica con riesgo elevado de secuelas neurológicas y muerte (Greenwood et al., 2008). La presentación clínica puede ser inespecífica en lactantes y niños pequeños, lo que hace esencial un alto índice de sospecha en zonas endémicas, así como la utilización de pruebas diagnósticas oportunas.

El diagnóstico se basa en la combinación de evaluación clínica, antecedentes epidemiológicos y estudios de laboratorio. Los métodos confirmatorios incluyen el frotis sanguíneo con tinción de Giemsa, que permite identificar la especie y la densidad parasitaria, y las pruebas rápidas de diagnóstico (RDT, por sus siglas en inglés), que detectan antígenos específicos del parásito. La monitorización hematológica y bioquímica es importante para identificar anemia, trombocitopenia y alteraciones hepáticas o renales asociadas (White et al., 2014; World Health Organization, 2023c).

El tratamiento depende de la especie de *Plasmodium*, la gravedad de la infección y la edad del paciente. En casos de malaria no complicada, se utilizan esquemas orales con combinaciones de artemisinina y derivados, como arteméter-lumefantrina, o alternativas según protocolos locales. En malaria grave, hospitalaria o con compromiso neurológico, se administra tratamiento intravenoso con artesunato o quinina, acompañado de manejo de complicaciones como transfusiones sanguíneas para anemia severa, soporte ventilatorio o corrección de hipoglucemia. La adherencia completa a la terapia es esencial para evitar recaídas, resistencia parasitaria y complicaciones (Dondorp et al., 2011).

La labor del personal de enfermería pediátrica es importante para garantizar una atención adecuada segura. Durante la fase aguda, el personal de enfermería debe monitorizar signos vitales, nivel de conciencia, estado de hidratación y signos de alarma que indiquen progresión a malaria grave. Además, asegura la correcta



administración de medicamentos antimaláricos y tratamientos de soporte, vigila la aparición de efectos adversos, controla la nutrición e hidratación del paciente y participa en la prevención de complicaciones asociadas, como anemia grave o convulsiones.

La educación a la familia sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento, signos de alarma, medidas de prevención y cuidado domiciliario constituye un componente esencial para el pronóstico favorable. La enfermería también proporciona apoyo emocional a los pacientes y sus familias, ayudando a reducir ansiedad y miedo frente a la enfermedad, y colabora con el equipo multidisciplinario para asegurar continuidad de cuidados, seguimiento clínico y planificación del alta hospitalaria (Greenwood et al., 2008; White et al., 2014).

Entre las acciones específicas del personal de enfermería pediátrica en malaria se incluyen:

1. Monitorizar signos vitales y nivel de conciencia de manera continua.
2. Evaluar estado de hidratación y balance hídrico, administrando líquidos según indicación médica.
3. Administrar medicamentos antimaláricos y tratamientos de soporte, vigilando efectos adversos.
4. Controlar y tratar complicaciones asociadas como anemia, convulsiones e hipoglucemia.
5. Garantizar la seguridad física del paciente y prevenir lesiones o caídas.
6. Educar a la familia sobre prevención, tratamiento, signos de alarma y adherencia terapéutica.
7. Brindar apoyo emocional al niño y su familia durante la hospitalización.
8. Coordinar con el equipo multidisciplinario la atención integral y el seguimiento posthospitalario.

La malaria pediátrica representa una enfermedad de alta relevancia en salud pública, especialmente en regiones endémicas, debido a su potencial de causar morbilidad y mortalidad significativas en lactantes y niños pequeños. La presentación clínica puede ser



inespecífica, lo que requiere un alto índice de sospecha, diagnóstico oportuno y vigilancia constante para prevenir complicaciones graves como malaria cerebral, anemia severa e insuficiencia orgánica. El manejo adecuado, basado en terapia antimalárica específica, soporte clínico y monitorización continua, es fundamental para mejorar los resultados clínicos y reducir la incidencia de secuelas a largo plazo.

El personal de enfermería pediátrica juega un papel central en la atención integral del niño con malaria, asegurando la correcta administración de medicamentos, la monitorización de signos vitales y estado de hidratación, y la detección temprana de signos de alarma. La educación a la familia sobre prevención, cumplimiento terapéutico y cuidado domiciliario, junto con el apoyo emocional al paciente, contribuye de manera decisiva a la recuperación y bienestar del niño. La coordinación con el equipo multidisciplinario garantiza continuidad de cuidados y seguimiento posthospitalario, fortaleciendo la seguridad del paciente y optimizando el pronóstico clínico.

2.4. Enfermedades diarreicas agudas en la infancia: manejo integral y cuidados de enfermería

La diarrea aguda se define como “la aparición de 3 o más deposiciones sueltas o acuosas al día, con una duración de 14 días o menos... La diarrea aguda suele ser causada por una infección” (Nemeth y Pflieger, 2022).

Las enfermedades diarreicas agudas (EDAs) continúan siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil en todo el mundo, especialmente en niños menores de cinco años. Apesar de ser enfermedades prevenibles y tratables, las enfermedades diarreicas agudas son responsables de aproximadamente el 9% de todas las muertes en niños menores de cinco años, lo que equivale a más de 1.200 muertes diarias o alrededor de 444.000 muertes anuales (United Nations Children's Fund, 2024). La deshidratación es la complicación más grave asociada a las enfermedades diarreicas agudas y



puede llevar a la muerte si no se trata adecuadamente (World Health Organization, 2023b).

La etiología de las enfermedades diarreicas agudas es diversa e incluye agentes virales, bacterianos y parasitarios. Entre los virus, el rotavirus es una causa común de diarrea en niños pequeños, mientras que las bacterias como *Escherichia coli*, *Salmonella* y *Shigella* pueden causar infecciones más graves. Los parásitos como *Giardia lamblia* también son responsables de diarreas prolongadas o recurrentes (United Nations Children's Fund, 2024).

El diagnóstico de las enfermedades diarreicas agudas se basa principalmente en la evaluación clínica, que incluye la historia del paciente y la observación de signos y síntomas. Los estudios de laboratorio, como los cultivos de heces, se reservan para casos graves o cuando se sospecha una etiología específica (Children's Hospital of Orange County, 2023).

El manejo de las enfermedades diarreicas agudas se centra en la prevención y tratamiento de la deshidratación. La rehidratación oral con soluciones de rehidratación oral (SRO) es el tratamiento de elección para la mayoría de los casos. En casos de deshidratación grave o cuando la rehidratación oral no es posible, se puede requerir rehidratación intravenosa (World Health Organization, 2023b). Además, la administración de zinc durante 10-14 días ha demostrado reducir la duración y la gravedad de las diarreas (World Gastroenterology Organisation, 2012).

El personal de enfermería juega un papel importante en la atención de los niños con enfermedades diarreicas agudas. Sus responsabilidades incluyen la evaluación continua de signos vitales, grado de deshidratación y estado general del niño; la administración de soluciones de rehidratación oral o líquidos intravenosos según el protocolo y las necesidades del paciente; la educación a los cuidadores sobre la preparación y administración de SRO, la importancia de la hidratación y las medidas de higiene; la prevención de complicaciones mediante la identificación de signos de alarma que requieran



intervención médica inmediata y la prevención de la desnutrición asociada a las enfermedades diarreicas agudas; y la promoción de la salud mediante prácticas de higiene, acceso a agua potable y saneamiento adecuado para prevenir futuras infecciones (United Nations Children's Fund, 2024; World Health Organization, 2023b).

Las enfermedades diarreicas agudas son una preocupación de salud pública significativa, pero con intervenciones adecuadas y el compromiso del personal de salud, especialmente de enfermería, se pueden prevenir y tratar eficazmente, reduciendo así la carga de morbilidad y mortalidad infantil asociada.

Las acciones concretas del personal de enfermería pediátrica frente a enfermedades diarreicas agudas incluyen:

1. Evaluar signos vitales y grado de deshidratación de manera continua.
2. Administrar soluciones de rehidratación oral o intravenosa según protocolo y peso del paciente.
3. Vigilar ingesta de líquidos y alimentación, asegurando nutrición adecuada durante el episodio.
4. Registrar frecuencia, características y volumen aproximado de evacuaciones.
5. Educar a la familia sobre hidratación, preparación de SRO, lactancia materna y medidas de higiene.
6. Identificar signos de alarma que requieran intervención médica inmediata.
7. Monitorear estado nutricional y colaborar en prevención de desnutrición asociada.
8. Promover prevención comunitaria mediante vacunación, saneamiento y hábitos de higiene.
9. Coordinar con el equipo multidisciplinario para continuidad de cuidados y seguimiento posthospitalario.

Las enfermedades diarreicas agudas constituyen un problema de salud de alta relevancia en pediatría, siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad



en niños menores de cinco años. La deshidratación representa la complicación más grave y requiere intervención oportuna mediante rehidratación oral o intravenosa, así como administración de zinc y medidas de soporte nutricional. La identificación temprana de signos de alarma y la atención clínica adecuada son fundamentales para reducir complicaciones, secuelas y mortalidad asociada.

El personal de enfermería pediátrica tiene la responsabilidad de brindar un cuidado que garantice la monitorización constante de signos vitales, estado de hidratación y estado nutricional del niño, así como la administración precisa de líquidos y tratamientos indicados. Además, la educación a la familia sobre hidratación adecuada, higiene y medidas preventivas, junto con la promoción de prácticas de salud a nivel comunitario, contribuye de manera significativa a reducir la incidencia de nuevos casos. La coordinación estrecha con el equipo multidisciplinario asegura continuidad de cuidados, seguimiento posthospitalario y una recuperación óptima del paciente, fortaleciendo la salud infantil y disminuyendo la carga de morbilidad en la población pediátrica.

2.5. Infección por VIH en pediatría: abordaje clínico y acompañamiento de enfermería

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad que “ataca el sistema inmunitario y, si no se trata, puede causar enfermedades graves e incluso la muerte. La etapa final de la infección, denominada síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es el resultado de la destrucción del sistema inmunitario” (Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades, 2025).

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la población pediátrica constituye un desafío significativo para la salud pública, debido a sus implicaciones clínicas, inmunológicas y psicosociales. La transmisión vertical de madre a hijo durante el embarazo, parto o lactancia es la vía principal de



adquisición en niños, mientras que la transmisión por transfusiones o prácticas médicas inseguras es mucho menos frecuente en contextos con protocolos de control efectivos (UNAIDS, 2025). La infección pediátrica difiere de la adulta, ya que los niños presentan una progresión más rápida hacia la inmunodeficiencia si no reciben tratamiento oportuno y su sistema inmune aún en desarrollo responde de manera distinta al virus (Lawn et al., 2010).

El diagnóstico del VIH en niños requiere un enfoque adaptado a la edad. En menores de 18 meses, la detección se basa en pruebas de amplificación de ácido nucleico, debido a la persistencia de anticuerpos maternos que pueden interferir con las pruebas serológicas tradicionales. En niños mayores de 18 meses, se emplean pruebas serológicas combinadas de anticuerpos y antígenos, junto con confirmación mediante pruebas de laboratorio especializadas (World Health Organization, 2017). Además, la evaluación clínica integral incluye la revisión de signos y síntomas de inmunosupresión, infecciones oportunistas, retraso en el crecimiento y desarrollo, y la vigilancia de parámetros hematológicos y virológicos, como recuento de linfocitos CD4 y carga viral (Buchacz et al., 2015).

El manejo clínico se centra en la terapia antirretroviral combinada (TAR), la cual ha demostrado reducir significativamente la morbilidad y mortalidad en niños infectados, mejorar el desarrollo inmunológico y minimizar el riesgo de transmisión vertical (WHO, 2021). La adherencia estricta al tratamiento es crucial, y su supervisión requiere coordinación entre el equipo de salud, la familia y, cuando es posible, el propio paciente. La identificación y tratamiento precoz de infecciones oportunistas, así como la vacunación según protocolos pediátricos adaptados a la inmunodeficiencia, son medidas esenciales para reducir complicaciones (Lawn et al., 2010).

El personal de enfermería desempeña un papel esencial en el cuidado integral del niño con VIH. Entre sus responsabilidades se encuentran la administración y supervisión de la terapia antirretroviral, monitoreo de





efectos adversos, educación a la familia sobre adherencia y medidas preventivas, apoyo nutricional y crecimiento infantil, vigilancia de signos de infecciones oportunistas y coordinación con el equipo multidisciplinario para la atención médica continua (Buchacz et al., 2015). Además, el acompañamiento psicosocial es decisivo, ya que los niños y sus familias pueden enfrentar estigma, ansiedad y aislamiento social. La enfermería también interviene en la promoción de la salud mediante educación sobre prevención de transmisión, higiene, alimentación y acceso a servicios de apoyo social y psicológico.

Las acciones específicas que debe desempeñar el personal de enfermería incluyen:

1. Monitorear signos vitales, crecimiento y estado nutricional del niño.
2. Administrar y supervisar la adherencia a la terapia antirretroviral, registrando efectos adversos.
3. Educar a la familia sobre la enfermedad, prevención de transmisión y medidas de cuidado domiciliario.
4. Coordinar seguimiento clínico, laboratorio y vacunación adaptada.
5. Identificar signos de infecciones oportunistas y coordinar atención médica inmediata.
6. Brindar apoyo psicológico al niño y a la familia, promoviendo inclusión y reducción de estigma.
7. Promover hábitos de vida saludables, higiene y nutrición adecuada.
8. Facilitar la conexión con servicios sociales, educativos y de apoyo comunitario.

La infección por VIH en pediatría requiere un abordaje integral que combine atención médica especializada, intervención temprana, acompañamiento psicosocial y educación continua a la familia, siendo el personal de enfermería un actor clave para garantizar el seguimiento, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida del niño.

La infección por VIH en la población pediátrica representa un desafío complejo que requiere un abordaje integral y multidisciplinario. La transmisión vertical es la vía

principal de infección, por lo que la detección temprana, el diagnóstico preciso y la intervención inmediata son fundamentales para prevenir la progresión de la enfermedad y mejorar el pronóstico del niño.

El manejo clínico basado en terapia antirretroviral combinada, junto con la identificación y tratamiento de infecciones oportunistas, permite reducir morbilidad y mortalidad, preservar la función inmunológica y favorecer un desarrollo adecuado. Además, la educación y acompañamiento de la familia son esenciales para garantizar adherencia al tratamiento, promover hábitos saludables y reducir el riesgo de transmisión y complicaciones asociadas.

El personal de enfermería pediátrica cumple un papel central, al supervisar la terapia antirretroviral, monitorizar el estado nutricional y crecimiento, vigilar signos de infecciones oportunistas, brindar apoyo psicosocial y educar a la familia. Su intervención no solo garantiza continuidad de cuidados y seguridad del paciente, sino que también fortalece la inclusión social y la calidad de vida del niño, constituyéndose en un pilar esencial del manejo integral del VIH pediátrico.

2.6. Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes: prevención, diagnóstico y rol de enfermería

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en adolescentes constituyen un problema de salud pública que requiere atención especializada en pediatría y adolescencia, debido a la vulnerabilidad de esta población frente a infecciones como VIH, sífilis, gonorrea, clamidia, herpes genital, virus del papiloma humano (VPH) y hepatitis B. Se trata de enfermedades causadas por:

Bacterias, virus u otros microorganismos y que se transmite de una persona a otra a través de la sangre, el semen, las secreciones vaginales u otros líquidos corporales durante el sexo oral, anal o genital con un compañero infectado. También, en ocasiones, estas enfermedades se transmiten al compartir agujas,



durante las transfusiones de sangre, en la lactancia materna o durante el embarazo y el parto (U.S. Department of Health and Human Services, 2025).

Estas patologías pueden ocasionar repercusiones físicas significativas, incluyendo dolor genital, secreciones anormales, úlceras, verrugas, fiebre y malestar general, así como consecuencias crónicas como infertilidad, complicaciones durante el embarazo, riesgo de cáncer (en el caso del VPH) y transmisión vertical de infecciones. Además, las ETS impactan la esfera emocional y social del adolescente, generando estigma, ansiedad, depresión, aislamiento y dificultades en las relaciones interpersonales (Rowley et al., 2019; Workowski et al., 2015).

El VIH en adolescentes, adquirido por vía sexual, vertical o mediante exposición a sangre contaminada, provoca una inmunodeficiencia progresiva que aumenta la susceptibilidad a infecciones oportunistas. Su detección temprana mediante pruebas serológicas y seguimiento clínico estricto permite el inicio oportuno de terapia antirretroviral, la cual mejora la calidad de vida y reduce la transmisión del virus. La sífilis, causada por *Treponema pallidum*, se manifiesta en etapas que incluyen lesiones cutáneas, linfadenopatías y complicaciones sistémicas graves si no se trata oportunamente. La gonorrea y clamidia, bacterias comunes en adolescentes sexualmente activos, provocan uretritis, cervicitis y riesgo de infertilidad si no se tratan adecuadamente. El herpes genital, causado por virus herpes simplex tipo 1 o 2, genera lesiones dolorosas recurrentes y riesgo de transmisión perinatal. El VPH, responsable de verrugas genitales y de ciertos tipos de cáncer, puede prevenirse mediante vacunación, mientras que la hepatitis B requiere inmunización y control serológico (Centers for Disease Control and Prevention, 2021).

La identificación de estas enfermedades se basa en la anamnesis sexual confidencial, exploración física detallada y pruebas diagnósticas de laboratorio, incluyendo serologías, cultivos, técnicas moleculares y evaluación de coinfecciones. La prevención primaria es clave, enfatizando educación sexual, promoción del



uso consistente de preservativos, limitación del número de parejas sexuales, vacunación contra VPH y hepatitis B, y fomento de la comunicación abierta con padres o cuidadores. La prevención secundaria implica detección temprana, tratamiento oportuno y seguimiento para evitar complicaciones a largo plazo y prevenir la propagación de infecciones (World Health Organization, 2025).

El personal de enfermería pediátrica y adolescente desempeña un rol central en la atención integral de adolescentes con ETS. Su labor incluye crear un ambiente seguro y confidencial, brindar información veraz y adaptada sobre sexualidad y prevención, apoyar la toma de decisiones responsables, fomentar el autocuidado y promover hábitos sexuales saludables. Durante la atención clínica, realiza la toma de muestras para pruebas diagnósticas, administra y supervisa la adherencia a tratamientos farmacológicos y coordina el seguimiento clínico. Además, la enfermería proporciona acompañamiento emocional y psicosocial frente al impacto del diagnóstico, reduciendo ansiedad, miedo, estigmatización y promoviendo la integración social y escolar del adolescente.

Entre las acciones específicas que el personal de enfermería puede realizar se incluyen:

1. Brindar educación en sexualidad y prevención de ETS adaptada a la edad y nivel de comprensión del adolescente.
2. Promover y supervisar el uso correcto de preservativos y estrategias de protección.
3. Realizar anamnesis sexual confidencial y evaluar factores de riesgo.
4. Administrar y supervisar tratamientos farmacológicos según protocolos clínicos vigentes.
5. Coordinar pruebas diagnósticas y seguimiento de resultados.
6. Ofrecer acompañamiento emocional y psicosocial al adolescente y su familia.



7. Facilitar la comunicación abierta entre adolescentes, padres y profesionales de salud.
8. Participar en campañas de prevención comunitaria y escolar sobre salud sexual y ETS.
9. Educar sobre vacunación preventiva, especialmente contra VPH y hepatitis B.
10. Identificar signos y síntomas de complicaciones y derivar oportunamente a especialistas cuando sea necesario.

Este enfoque integral permite no solo la prevención y el tratamiento de ETS, sino también la promoción de la salud sexual, el desarrollo de hábitos responsables y la protección del bienestar físico, emocional y social de los adolescentes, contribuyendo a disminuir la morbilidad, el estigma social y la transmisión de infecciones en la comunidad.

Las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes representan un desafío relevante de salud pública, dada la vulnerabilidad de esta población frente a infecciones que pueden ocasionar repercusiones físicas, emocionales y sociales a corto y largo plazo. La detección temprana, el diagnóstico oportuno y la intervención clínica adecuada son fundamentales para prevenir complicaciones graves, como infertilidad, transmisión vertical, desarrollo de cánceres asociados al VPH y progresión de infecciones como el VIH.

La prevención primaria mediante educación sexual, uso consistente de preservativos, limitación del número de parejas sexuales, vacunación contra VPH y hepatitis B, y fomento de la comunicación abierta con cuidadores, constituye un pilar esencial para reducir la incidencia de ETS. La prevención secundaria, basada en detección precoz, tratamiento oportuno y seguimiento clínico, permite minimizar complicaciones, mejorar la adherencia terapéutica y limitar la propagación de infecciones en la comunidad.

Es fundamental que el personal de enfermería brinde acompañamiento emocional, proporcione educación sexual adaptada a la edad, coordine de manera efectiva



las pruebas diagnósticas y supervise el cumplimiento del tratamiento. Su labor promueve la adopción de hábitos sexuales responsables, contribuye a disminuir el estigma social, mejora la calidad de vida del adolescente y asegura la continuidad de los cuidados, constituyéndose como un elemento clave en la promoción de la salud sexual y el bienestar integral de esta población.

2.7. Arañazo de gato en niños: identificación, tratamiento y seguimiento de enfermería

El arañazo de gato en la población pediátrica constituye una lesión frecuente en la atención primaria y hospitalaria, que puede generar desde manifestaciones cutáneas leves hasta complicaciones sistémicas, especialmente en niños pequeños o inmunocomprometidos. Esta condición es “causada por un bacilo gramnegativo intracelular conocido como *Bartonella henselae*. Afecta los ganglios linfáticos que drenan la zona afectada por el arañazo o la mordedura de gato, causando linfadenopatía regional” (Baranowski y Huang, 2023).

Aunque la mayoría de los casos cursa de manera benigna, algunos niños pueden desarrollar linfadenopatía regional, fiebre, malestar general y, en casos más graves, complicaciones sistémicas como afectación hepática, esplénica o neurológica (Carithers, 1985; Florin et al., 2008).

La identificación de un arañazo de gato requiere una evaluación clínica cuidadosa. Los signos iniciales incluyen la presencia de pequeñas heridas lineales o puntiformes, eritema, dolor localizado, inflamación y, ocasionalmente, pústulas en el sitio de la lesión. La linfadenopatía regional, generalmente localizada cerca del sitio del arañazo, puede aparecer entre 1 a 3 semanas después de la exposición. Otros síntomas sistémicos pueden incluir fiebre, cefalea, fatiga y malestar general. La anamnesis detallada, incluyendo la exposición a gatos domésticos o callejeros, es fundamental para orientar el diagnóstico, especialmente cuando la sintomatología no es específica (Carithers, 1985).





El tratamiento del arañazo de gato en niños se centra en el manejo de la lesión local, la prevención de infección y, cuando es necesario, la administración de antibióticos. Inicialmente, se recomienda la limpieza inmediata de la herida con agua y jabón, desinfección con antisépticos adecuados y cobertura con apósito estéril. En casos leves y no complicados, la observación clínica puede ser suficiente. Sin embargo, en presencia de signos de infección, linfadenopatía significativa, fiebre o en niños inmunocomprometidos, se indican antibióticos, siendo la azitromicina la elección más frecuente. En situaciones de complicaciones sistémicas, puede requerirse hospitalización y tratamiento antibiótico prolongado o combinado (Florin et al., 2008).

El desempeño del personal de enfermería pediátrica es fundamental en el manejo integral de los niños con arañazo de gato. Entre sus funciones destacan la evaluación y monitorización de la herida y signos de infección, la administración de antibióticos según indicación médica y la educación a los cuidadores sobre cuidado domiciliario, higiene y seguimiento. Además, el personal de enfermería debe instruir sobre medidas preventivas, como evitar contacto con gatos callejeros, supervisar la interacción con animales domésticos y enseñar técnicas de limpieza de heridas en el hogar. El seguimiento incluye la vigilancia de la evolución de la lesión, la resolución de linfadenopatías y la identificación temprana de posibles complicaciones, garantizando así la recuperación completa y minimizando riesgos (Öcal-Demir et al., 2024).

Las acciones específicas del personal de enfermería pediátrica ante un arañazo de gato incluyen:

1. Evaluar la herida, localización, extensión y signos de infección local o sistémica.
2. Realizar limpieza inicial y desinfección de la lesión.
3. Administrar antibióticos según indicación médica y vigilar efectos adversos.
4. Controlar signos vitales y la aparición de fiebre u otros síntomas generales.

5. Educar a la familia sobre cuidados domiciliarios, higiene y medidas preventivas.
6. Observar la evolución de la linfadenopatía regional y reportar cambios significativos al equipo médico.
7. Garantizar la seguridad del niño durante la manipulación de la herida y prevención de complicaciones.
8. Coordinar seguimiento con el equipo médico y programar citas de control para evaluación de resolución de la lesión y del estado general del paciente.
9. Brindar apoyo emocional al niño y a la familia, reduciendo ansiedad y preocupación frente a la lesión y posibles complicaciones.

El arañazo de gato en la población pediátrica es una lesión frecuente que, aunque generalmente benigna, puede desencadenar complicaciones locales o sistémicas si no se maneja adecuadamente. La identificación temprana de la herida, la evaluación de signos de infección y la historia de exposición a gatos constituyen pasos fundamentales para orientar el diagnóstico.

El tratamiento oportuno, que incluye limpieza, desinfección y, en casos indicados, administración de antibióticos, contribuye a la resolución efectiva de la lesión y a la prevención de complicaciones. El personal de enfermería desempeña un papel esencial al realizar el seguimiento clínico, educar a la familia sobre cuidados domiciliarios y prevención, y coordinar con el equipo médico la atención integral del niño. Su intervención fortalece la seguridad, promueve la recuperación completa y contribuye a la educación sobre la interacción segura con animales domésticos, mejorando la calidad de vida y bienestar del paciente pediátrico.

2.8. Herpes en sus distintos tipos: manifestaciones pediátricas y cuidados de enfermería

El herpes es una infección causada por “un virus herpes simple (VHS). El herpes bucal provoca llagas alrededor de la boca o en el rostro. El herpes genital es una infección de transmisión sexual (ITS). Puede afectar los genitales,



las nalgas o el área del ano” (U.S. Department of Health and Human Services, 2024a).

El herpes es causado principalmente por los virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1) y tipo 2 (VHS-2), aunque también se incluyen infecciones por el virus varicela-zóster (VVZ) y, en menor medida, otros herpesvirus humanos como el citomegalovirus (CMV) y el virus Epstein-Barr (VEB). Estas infecciones pueden presentarse con distintos grados de severidad, desde lesiones cutáneas autolimitadas hasta manifestaciones sistémicas graves que comprometen la salud del niño. La infección por VHS-1 es más frecuente en la cavidad oral, produciendo gingivoestomatitis y herpes labial, mientras que VHS-2 está más asociado a lesiones genitales, incluso en neonatos por transmisión vertical (Kimberlin, 2004; Whitley y Roizman, 2001).

Las manifestaciones del herpes varían según el tipo viral, la edad del paciente y la inmunocompetencia. En lactantes y niños pequeños, la infección primaria por VHS-1 puede presentar fiebre, irritabilidad, anorexia, gingivitis, úlceras orales dolorosas y linfadenopatías regionales. En casos graves, puede desarrollarse herpes diseminado o afectación del sistema nervioso central, incluyendo encefalitis herpética, que representa una urgencia médica con alta morbilidad y mortalidad (Whitley y Roizman, 2001). El VHS-2, aunque menos común en niños fuera del período neonatal, puede ocasionar lesiones genitales, dolor, prurito y disuria.

En neonatos, la infección puede ser severa, cursando con afectación de piel, ojos, boca, sistema nervioso central y órganos internos, requiriendo hospitalización inmediata (Kimberlin, 2004). El virus varicela-zóster, agente de la varicela y el herpes zóster, se caracteriza en niños por fiebre, malestar general y erupciones cutáneas vesiculares que evolucionan a costras. La infección primaria por VVZ suele ser autolimitada, pero puede complicarse con sobreinfección bacteriana, neumonía, encefalitis o síndrome de Reye en niños que reciben aspirina (Heininger y Seward, 2006). En la reactivación viral, el herpes zóster se presenta con dolor



y lesiones en dermatomas específicos, incluso en niños inmunocompetentes.

El diagnóstico del herpes pediátrico se basa en la historia clínica, examen físico y pruebas de laboratorio. La identificación de lesiones características, su localización y evolución temporal son fundamentales. Para casos complejos, se pueden emplear técnicas de laboratorio como PCR, cultivo viral y serología específica para diferenciar entre VHS-1, VHS-2 y VVZ. La PCR de líquido cefalorraquídeo es esencial en sospecha de encefalitis herpética (James et al., 2020).

El tratamiento depende del tipo de infección, edad, extensión de las lesiones y compromiso sistémico. En casos leves, las infecciones cutáneas pueden manejarse con cuidados sintomáticos, higiene local y analgesia. Las infecciones graves, neonatales o con afectación del sistema nervioso central requieren terapia antiviral sistémica, generalmente con aciclovir intravenoso, ajustando la dosis según peso y función renal. El uso temprano de antivirales reduce la duración de los síntomas, la diseminación del virus y las complicaciones neurológicas (Kimberlin et al., 2001).

El personal de enfermería desempeña un papel esencial en la atención integral de niños con herpes, asegurando seguimiento clínico, soporte sintomático y educación familiar. Entre sus funciones, el personal de enfermería incluye la monitorización constante de los signos vitales del niño, evaluando su estado general y la evolución de las lesiones cutáneas o mucosas. También se encarga de la administración precisa de medicamentos antivirales, analgésicos y antipiréticos según indicación médica, vigilando posibles efectos adversos. Garantiza la higiene local de las lesiones, previniendo el contagio a otros niños y miembros de la familia. Además, brinda educación continua a los cuidadores sobre la naturaleza de la enfermedad, la importancia de las medidas de aislamiento, la prevención de transmisión y los cuidados domiciliarios necesarios.

El personal de enfermería ofrece apoyo emocional tanto al niño como a su familia, ayudando a reducir la



ansiedad, el dolor y el estrés asociados a la hospitalización o al aislamiento. Coordina la atención con el equipo multidisciplinario en casos graves, incluyendo pediatría, infectología y neurología, y se enfoca en la prevención de complicaciones como sobreinfección bacteriana, deshidratación y secuelas neurológicas. También supervisa la adherencia al tratamiento antiviral y realiza seguimiento posthospitalario, asegurando la recuperación completa del paciente. La atención integral de enfermería no solo mejora el pronóstico clínico del niño, sino que fortalece la educación familiar, promueve hábitos de higiene y prevención, y contribuye a minimizar el riesgo de contagio en el entorno escolar y doméstico, garantizando un cuidado seguro y de calidad.

Las acciones específicas del personal de enfermería pediátrica frente a niños con herpes incluyen:

1. Monitorizar signos vitales, estado general y evolución de las lesiones cutáneas y mucosas de manera continua.
2. Administrar antivirales, analgésicos y antipiréticos según indicación médica, vigilando efectos adversos.
3. Garantizar higiene local de las lesiones y prevenir contagio a otros pacientes o familiares.
4. Educar a la familia sobre la naturaleza de la enfermedad, cuidado domiciliario y medidas de aislamiento.
5. Brindar apoyo emocional al niño y su familia para reducir ansiedad, dolor y estrés asociado al diagnóstico y hospitalización.
6. Coordinar atención con pediatría, infectología y neurología en casos graves o complicados.
7. Prevenir complicaciones como sobreinfección bacteriana, deshidratación y secuelas neurológicas.
8. Supervisar la adherencia al tratamiento antiviral y seguimiento posthospitalario para garantizar recuperación completa.
9. Promover hábitos de higiene y prevención del contagio en el hogar, la escuela y la comunidad.

El herpes en la población pediátrica representa una infección de amplia variedad clínica, que puede ir desde



manifestaciones leves y autolimitadas hasta cuadros graves con compromiso sistémico y neurológico, especialmente en neonatos y niños inmunocomprometidos. Los virus más implicados, como VHS-1, VHS-2 y VVZ, presentan patrones de infección específicos según la edad y la vía de transmisión, lo que requiere un diagnóstico oportuno basado en historia clínica, examen físico y pruebas de laboratorio especializadas. La detección temprana y la clasificación precisa de la infección permiten implementar tratamientos antivirales adecuados, reduciendo complicaciones, mejorando el pronóstico y disminuyendo la morbilidad asociada.

El personal de enfermería es el encargado de ofrecer una atención, que abarque la monitorización clínica, la administración correcta de medicamentos, el soporte sintomático, la prevención de complicaciones y la educación familiar. Su intervención contribuye a fortalecer hábitos de higiene, prevenir el contagio en el hogar y la comunidad, y brindar acompañamiento emocional al niño y a su familia. La coordinación con el equipo multidisciplinario asegura un manejo seguro y eficaz de los casos graves. En conjunto, la atención de enfermería no solo optimiza la recuperación clínica, sino que también promueve la prevención, la educación en salud y el bienestar integral de los pacientes pediátricos afectados por herpes.



03.

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN PEDIATRÍA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO INTEGRAL

3.1. Tuberculosis multirresistente en pediatría: Diagnóstico, tratamiento y cuidados de enfermería

La tuberculosis multirresistente (TB-MDR) es una enfermedad “resistente a múltiples fármacos (TB-MDR) o TB-RR resistente a la rifampicina (TB-RR)... es una forma de enfermedad de tuberculosis causada por una cepa del complejo *M. tuberculosis* que es resistente a la rifampicina y la isoniazida” (World Health Organization, 2024).

En la población pediátrica constituye uno de los mayores retos en salud pública a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud estima que miles de niños se infectan anualmente con cepas resistentes a los fármacos de primera línea, siendo una de las principales barreras para alcanzar las metas de eliminación de la tuberculosis.

Este escenario adquiere una relevancia aún mayor en regiones con alta carga de la enfermedad, sistemas de salud limitados o dificultades en el acceso a los tratamientos de segunda línea. En los niños, la situación se torna más compleja, ya que su sistema inmunológico aún en desarrollo y la dependencia del entorno familiar hacen que el diagnóstico, tratamiento y seguimiento requieran un abordaje especializado, multidisciplinario y sostenido en el tiempo (World Health Organization, 2020).

El diagnóstico de TB-MDR en pediatría es particularmente complejo debido a la inespecificidad de los síntomas iniciales. Los niños pueden presentar tos persistente de más de dos semanas, fiebre prolongada, pérdida de peso, sudoraciones nocturnas, fatiga crónica o falta de apetito, síntomas que también son comunes en otras enfermedades respiratorias o infecciosas. A esto se suma que la obtención de esputo en menores resulta difícil, lo que limita el uso de pruebas tradicionales de baciloscopia.

Para superar estas limitaciones, se han introducido técnicas moleculares como GeneXpert MTB/RIF, que permiten detectar el bacilo de la tuberculosis y su resistencia a rifampicina de manera rápida y precisa. Asimismo, los estudios de cultivo y las pruebas de susceptibilidad a fármacos continúan siendo fundamentales para definir esquemas terapéuticos individualizados. La radiografía de tórax, la evaluación clínica integral y la historia de contacto con casos de TB-MDR también son claves en el proceso diagnóstico (Gaensbauer et al., 2024; Shah, 2012).

El tratamiento de la TB-MDR en pediatría es prolongado y demandante, ya que suele extenderse entre 18 y 24 meses. Los esquemas terapéuticos incluyen medicamentos de segunda línea como fluoroquinolonas (levofloxacinó, moxifloxacinó), aminoglucósidos (amikacina, kanamicina), linezolid, clofazimina, bedaquilina y delamanid, entre otros. Sin embargo, estos fármacos presentan mayor toxicidad que los de primera línea, lo que obliga a una estricta vigilancia clínica y paraclínica. Los efectos adversos más frecuentes incluyen



alteraciones auditivas (ototoxicidad), hepatotoxicidad, nefrotoxicidad, anemia, neuropatía periférica y síntomas gastrointestinales, que requieren detección y manejo precoz para evitar complicaciones mayores.

La adherencia terapéutica constituye otro gran desafío, debido a la duración del tratamiento, la cantidad de medicamentos y los posibles efectos adversos que afectan la calidad de vida del niño. Para contrarrestar estas dificultades, la estrategia de Tratamiento Directamente Observado (DOT) resulta esencial, ya que permite garantizar que los fármacos se administren de manera adecuada y continua (Nahid et al., 2016).

El rol de enfermería en la TB-MDR pediátrica es central, ya que su intervención abarca no solo el ámbito clínico, sino también el educativo, emocional y comunitario. Entre sus responsabilidades se encuentran la vigilancia constante de signos vitales, función respiratoria, estado nutricional e hidratación, así como la administración precisa de los fármacos prescritos. La enfermería se convierte en el enlace directo entre el paciente, la familia y el equipo multidisciplinario, detectando de manera temprana signos de toxicidad medicamentosa, complicaciones respiratorias y alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño. Además, la educación a la familia sobre la naturaleza de la enfermedad, la importancia de la adherencia terapéutica y las medidas de bioseguridad en el hogar resulta determinante para evitar la transmisión intrafamiliar y comunitaria.

El acompañamiento psicosocial constituye otro pilar del cuidado de enfermería. El proceso de tratamiento, al ser largo y demandante, genera altos niveles de ansiedad, frustración y desgaste emocional tanto en los niños como en sus cuidadores. La estigmatización asociada a la tuberculosis, en especial a su forma resistente, puede provocar aislamiento social, discriminación escolar y dificultades de integración. En este sentido, el personal de enfermería desempeña un papel de apoyo y contención emocional, promoviendo la resiliencia familiar y fortaleciendo la adherencia al tratamiento.



La coordinación con el equipo multidisciplinario, que integra pediatras, neumólogos, infectólogos, psicólogos, nutricionistas y trabajadores sociales, es esencial para ofrecer un abordaje integral. La intervención conjunta permite optimizar la respuesta terapéutica, garantizar un soporte nutricional adecuado, prevenir complicaciones y favorecer la reinserción social del paciente. El seguimiento post-tratamiento es igualmente relevante, ya que asegura la recuperación clínica y reduce el riesgo de recaídas, además de contribuir al control epidemiológico de la TB-MDR en la comunidad (Maphalle et al., 2022).

Ante esta patología es importante que el personal de enfermería en TB-MDR pediátrica realice las siguientes acciones:

1. Monitorear signos vitales, función respiratoria y evolución clínica del paciente de manera constante.
2. Administrar fármacos de segunda línea siguiendo protocolos de seguridad y supervisar posibles efectos adversos.
3. Implementar y reforzar la estrategia de tratamiento directamente observado para garantizar adherencia.
4. Educar a la familia sobre la importancia de completar el tratamiento, medidas de higiene y bioseguridad en el hogar.
5. Brindar apoyo emocional y psicológico al niño y sus cuidadores, promoviendo resiliencia y reducción de estigmas.
6. Coordinar la atención con el equipo multidisciplinario para un abordaje integral.
7. Prevenir complicaciones relacionadas con toxicidad medicamentosa, alteraciones nutricionales o deterioro respiratorio.
8. Realizar seguimiento post-tratamiento mediante controles clínicos, radiológicos y de laboratorio.
9. Promover campañas comunitarias de educación en salud para reducir la transmisión y fomentar el diagnóstico temprano.



La tuberculosis multirresistente en la población pediátrica constituye una condición clínica de elevada complejidad, cuyo abordaje requiere una integración estrecha de estrategias diagnósticas, terapéuticas y de cuidado continuo. El carácter prolongado y demandante del tratamiento, sumado a la inmadurez inmunológica de los niños y a las dificultades propias en la obtención de muestras diagnósticas, convierte a esta enfermedad en un reto sanitario que trasciende lo estrictamente biomédico.

Desde el punto de vista clínico, el éxito terapéutico depende de la detección temprana, la instauración de esquemas farmacológicos individualizados y la monitorización sistemática de la evolución. La capacidad de identificar de manera oportuna efectos adversos asociados al uso de medicamentos de segunda línea resulta esencial para evitar complicaciones que puedan comprometer tanto la eficacia del tratamiento como la calidad de vida del paciente.

En el ámbito de los cuidados de enfermería, se resalta la importancia de la vigilancia constante de parámetros vitales y respiratorios, la correcta administración de fármacos y la implementación de estrategias que refuercen la adherencia. El personal de enfermería no solo actúa como ejecutor técnico de las indicaciones médicas, sino como agente educativo y acompañante emocional, facilitando la comprensión del proceso terapéutico y fortaleciendo la resiliencia del entorno familiar.

A nivel psicosocial, el tratamiento de la TB-MDR en niños implica afrontar factores de ansiedad, estigmatización y aislamiento que impactan directamente en el desarrollo integral del menor. La intervención de enfermería, al incorporar apoyo psicológico y promover la inclusión escolar y social, favorece una recuperación más holística y menos traumática.

El abordaje integral de la TB-MDR pediátrica requiere de una coordinación multidisciplinaria entre profesionales de distintas áreas; garantizando así que las necesidades médicas, nutricionales, emocionales y sociales del

paciente sean atendidas de manera conjunta. En este escenario, la enfermería pediátrica representa un eje articulador entre la familia, la comunidad y el sistema de salud, consolidándose como un factor determinante para transformar el tratamiento en un proceso sostenible y humanizado.

3.2. Neumonías pediátricas: identificación, manejo clínico y rol de enfermería

La neumonía es “una enfermedad de las vías respiratorias inferiores que se produce cuando virus, bacterias, hongos o una combinación de estos causan inflamación y acumulación de líquido en el parénquima pulmonar” (Ebeledike et al., 2023).

La neumonía pediátrica constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil a nivel mundial, especialmente en menores de cinco años. Según la Organización Mundial de la Salud, este tipo de infecciones respiratorias sigue siendo responsable de una proporción significativa de hospitalizaciones y defunciones prevenibles en la infancia (World Health Organization, 2014). La etiología es variada e incluye agentes bacterianos, virales y, en menor medida, micóticos o atípicos. *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* tipo b continúan siendo las bacterias más frecuentes, mientras que los virus respiratorios como el virus sincitial respiratorio, la influenza y el adenovirus son causas importantes en lactantes y preescolares (Rudan et al., 2013).

El diagnóstico clínico de la neumonía en pediatría suele basarse en la combinación de síntomas como tos, fiebre, dificultad respiratoria, taquipnea y retracciones intercostales. La confirmación diagnóstica puede apoyarse en radiografías de tórax, hemocultivos, aspirados nasofaríngeos y pruebas moleculares para identificar el agente etiológico (McDaniel et al., 2020). Sin embargo, en muchos contextos de bajos recursos, la valoración clínica sigue siendo la principal herramienta diagnóstica, lo que requiere un entrenamiento adecuado del personal de salud (World Health Organization, 2014).



El manejo clínico de la neumonía depende de la gravedad del cuadro y del agente causal. Para casos leves, el tratamiento ambulatorio con antibióticos orales, hidratación y control sintomático suele ser suficiente. En cuadros graves, especialmente en lactantes, inmunocomprometidos o pacientes con comorbilidades, se requiere hospitalización, oxigenoterapia y administración de antibióticos intravenosos de amplio espectro, ajustados posteriormente según resultados microbiológicos (Bradley et al., 2011). Las guías internacionales recomiendan un enfoque racional del uso de antimicrobianos, considerando la creciente resistencia bacteriana y la necesidad de optimizar los esquemas terapéuticos (Cillóniz et al., 2018). Además, la vacunación contra neumococo, Haemophilus influenzae tipo b e influenza ha demostrado reducir significativamente la incidencia y gravedad de la enfermedad en la infancia (Popovsky y Florin, 2022).

En este contexto, el rol de enfermería pediátrica resulta determinante para garantizar un abordaje integral. El personal de enfermería participa en la monitorización continua de signos vitales y parámetros respiratorios, la administración precisa de tratamientos antibióticos y sintomáticos, así como en la detección temprana de signos de alarma como hipoxemia, taquipnea severa o alteraciones en el nivel de conciencia. Asimismo, cumple una función educativa clave al orientar a los cuidadores sobre el reconocimiento de síntomas, la importancia de completar el tratamiento y las medidas de prevención, incluyendo vacunación, higiene respiratoria y reducción de la exposición al humo de tabaco (Giese, 2019; Lødrup Carlsen et al., 2015; Smith et al., 2021; World Health Organization, 2014).

Otro aspecto fundamental es el acompañamiento emocional y psicológico que brinda la enfermería a los pacientes pediátricos y sus familias. El proceso de hospitalización, especialmente en neumonías graves o recurrentes, genera altos niveles de ansiedad y estrés en los cuidadores, por lo que la atención humanizada contribuye a reducir el impacto psicosocial de la enfermedad. Además, la coordinación de enfermería



con el equipo multidisciplinario, integrado por pediatras, infectólogos, neumólogos y trabajadores sociales, garantiza la continuidad del cuidado y la mejora del pronóstico (Bradley et al., 2011).

En definitiva, la identificación temprana, el tratamiento oportuno y el papel activo del personal de enfermería son pilares esenciales en la reducción de complicaciones y en la promoción de la salud respiratoria infantil. La combinación de vigilancia clínica, adherencia terapéutica, educación familiar y prevención comunitaria representa la estrategia más eficaz para enfrentar la neumonía pediátrica y disminuir su carga en la salud pública (Popovsky y Florin, 2022; Rudan et al., 2013).

En relación a esta patología se le recomienda al personal de enfermería realizar las acciones que siguen:

1. Monitorizar de manera continua signos vitales (frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, temperatura, saturación de oxígeno) para detectar cambios en la evolución clínica.
2. Observar y registrar signos de dificultad respiratoria como aleteo nasal, tiraje intercostal, cianosis o uso de músculos accesorios, informando de inmediato al equipo médico.
3. Administrar oxigenoterapia según prescripción, asegurando un flujo adecuado y vigilando la respuesta del paciente a la suplementación.
4. Garantizar la administración segura de antibióticos, antipiréticos, broncodilatadores u otros tratamientos indicados, verificando dosis y posibles reacciones adversas.
5. Mantener una adecuada hidratación del paciente, ya sea por vía oral o intravenosa, para evitar complicaciones asociadas a fiebre y aumento de pérdidas insensibles.
6. Fomentar el descanso y la adecuada posición del niño (posición semifowler o incorporada) para favorecer la expansión pulmonar y mejorar la oxigenación.

7. Educar a la familia sobre la importancia de completar el tratamiento antibiótico, aun cuando los síntomas hayan mejorado, para evitar recaídas o resistencias.
8. Promover medidas de higiene respiratoria en el hogar, como lavado de manos, ventilación adecuada de los espacios y uso de mascarilla en cuidadores con infecciones respiratorias.
9. Estimular la vacunación infantil según el calendario nacional, especialmente contra neumococo, influenza y tos ferina, como estrategia de prevención primaria.
10. Ofrecer apoyo emocional al niño y a sus cuidadores, reduciendo el impacto psicológico de la hospitalización y reforzando la confianza en el proceso terapéutico.
11. Coordinar la atención con el equipo multidisciplinario (pediatría, neumología, nutrición, psicología) para un manejo integral y seguimiento posthospitalario.
12. Prevenir complicaciones mediante la detección temprana de signos de sepsis, derrame pleural o insuficiencia respiratoria, y activar protocolos de emergencia si es necesario.

La neumonía pediátrica continúa siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad infantil, especialmente en menores de cinco años, lo que evidencia la necesidad de estrategias integrales de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. La etiología multifactorial, que incluye agentes bacterianos, virales y atípicos, requiere un abordaje diagnóstico que combine evaluación clínica, estudios de laboratorio y técnicas de imagen, adaptándose a los recursos disponibles en cada contexto sanitario.

La identificación temprana de signos de dificultad respiratoria, hipoxemia y deterioro del estado general es fundamental para reducir complicaciones graves, hospitalizaciones prolongadas y riesgo de mortalidad, reforzando la importancia de la vigilancia continua del paciente. El manejo clínico debe ser individualizado, considerando la gravedad de la enfermedad, la edad del



paciente, comorbilidades y resistencia antimicrobiana, garantizando la administración segura de antibióticos y terapias de soporte como oxigenoterapia e hidratación adecuada.

El personal de enfermería pediátrica desempeña un rol esencial no solo en la administración de tratamientos y monitorización de signos vitales, sino también en la educación de cuidadores, promoción de medidas preventivas, prevención de complicaciones y seguimiento posthospitalario. La intervención educativa de enfermería fortalece la adherencia terapéutica, fomenta hábitos de higiene respiratoria, promueve la vacunación y contribuye a la prevención de recaídas y de la propagación comunitaria de infecciones respiratorias.

El acompañamiento emocional y psicológico proporcionado por enfermería al niño y su familia reduce la ansiedad y el estrés asociados a la hospitalización, mejorando la experiencia del cuidado y favoreciendo la confianza en el tratamiento. La coordinación multidisciplinaria entre pediatría, neumología, infectología, nutrición y psicología permite un abordaje integral, optimizando los resultados clínicos y asegurando la continuidad del cuidado desde la hospitalización hasta el seguimiento domiciliario.

La combinación de vigilancia clínica rigurosa, intervención terapéutica oportuna, educación familiar y promoción comunitaria constituye la estrategia más eficaz para disminuir la carga de neumonías pediátricas y mejorar los indicadores de salud respiratoria infantil a nivel poblacional.

3.3. Asma bronquial en niños: manifestaciones, control y atención integral de enfermería

El asma es “una enfermedad respiratoria, caracterizada por inflamación crónica de las vías aéreas (bronquios), que causa episodios recurrentes de sensación de falta de aire (disnea), pitos en el pecho con la respiración (sibilancias), tos y sensación de opresión en el pecho” (Alcaide Ocaña, 2024).



El asma bronquial constituye una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la población pediátrica, afectando a niños de todas las edades y representando una carga significativa para la salud pública y el sistema sanitario. Se caracteriza por inflamación crónica de las vías respiratorias, hiperreactividad bronquial y episodios recurrentes de sibilancias, tos, dificultad respiratoria y opresión torácica, los cuales varían en frecuencia e intensidad (Global Initiative for Asthma, 2025).

Su prevalencia ha mostrado un incremento progresivo en las últimas décadas, especialmente en áreas urbanas, y se asocia tanto a factores genéticos como ambientales, incluyendo exposiciones a alérgenos, contaminación atmosférica, humo de tabaco y antecedentes familiares de atopia (Asher et al., 2020; Ober y Yao, 2011).

El diagnóstico del asma pediátrica se basa en la combinación de la historia clínica, el examen físico y pruebas complementarias. La anamnesis debe incluir episodios recurrentes de sibilancias, tos nocturna o provocada por ejercicio, antecedentes de alergias y factores desencadenantes ambientales. La exploración física puede revelar sibilancias, prolongación del tiempo espiratorio y uso de músculos accesorios, aunque estos signos pueden no estar presentes entre episodios agudos. La espirometría es la prueba funcional estándar para niños mayores de cinco años, permitiendo medir el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1) y la relación VEF1/CVF, mientras que en lactantes y preescolares se utilizan métodos adaptados como la oscilometría o la prueba de óxido nítrico exhalado para evaluar inflamación (Ciornei et al., 2023; Global Initiative for Asthma, 2025).

El manejo clínico del asma pediátrica requiere un enfoque integral que combine tratamiento farmacológico, control ambiental, educación a la familia y seguimiento continuo. El tratamiento farmacológico se basa en la gravedad y frecuencia de los síntomas, utilizando broncodilatadores de acción corta para alivio de crisis y corticoides inhalados de mantenimiento para controlar la inflamación crónica. En casos moderados a graves, se pueden añadir corticoides orales a corto plazo o agonistas beta de acción

prolongada, siempre bajo estricta supervisión médica para minimizar efectos adversos (Bush y Saglani, 2019). Además, la identificación y control de desencadenantes ambientales, como alérgenos domésticos, humo de tabaco o contaminantes urbanos, resulta fundamental para reducir exacerbaciones y hospitalizaciones.

El papel del personal de enfermería en el manejo del asma infantil debe encaminarse en asegurar una atención integral. La enfermería participa en la monitorización continua de signos vitales y función respiratoria, la administración segura de medicación inhalada o sistémica, y la evaluación de la técnica de inhaladores y espaciadores, garantizando la correcta dosificación y eficacia del tratamiento (National Asthma Education and Prevention Program, 2007). Asimismo, proporciona educación a los cuidadores y al niño sobre el reconocimiento de síntomas de alarma, medidas de prevención y adherencia terapéutica, promoviendo autocuidado y empoderamiento familiar. La enfermería también colabora en la elaboración de planes de acción individualizados, instruyendo sobre el manejo de crisis en el hogar y criterios de consulta médica inmediata.

Otro componente esencial es el acompañamiento psicosocial que ofrece enfermería, ya que el asma crónica puede generar ansiedad, miedo a exacerbaciones y limitación de la actividad física en los niños, así como preocupación en los cuidadores (McQuaid et al., 2005). La intervención de enfermería contribuye a reducir el estrés familiar, mejorar la adherencia al tratamiento y fomentar hábitos de vida saludables, incluyendo ejercicio adaptado y nutrición adecuada. La coordinación con el equipo multidisciplinario, que puede incluir pediatras, neumólogos, alergólogos, nutricionistas y psicólogos, garantiza un abordaje integral, facilitando seguimiento clínico, educación continua y optimización de resultados en salud.

En este contexto, las acciones específicas del personal de enfermería en niños con asma incluyen monitorizar signos vitales y parámetros respiratorios, observar signos de exacerbación como sibilancias o uso de músculos accesorios, administrar y supervisar tratamientos



inhalados o sistémicos, instruir sobre técnica de inhaladores y espaciadores, educar a la familia sobre factores desencadenantes y medidas preventivas, promover planes de acción individualizados para manejo de crisis, brindar apoyo emocional y psicosocial al niño y a los cuidadores, coordinar seguimiento clínico con el equipo multidisciplinario y fomentar hábitos saludables que reduzcan riesgo de exacerbaciones y mejoren la calidad de vida del paciente (Bush y Saglani, 2010; Global Initiative for Asthma, 2025; National Asthma Education and Prevention Program, 2007).

El asma bronquial pediátrica requiere un abordaje integral, donde la combinación de diagnóstico precoz, control farmacológico adecuado, educación familiar y acompañamiento de enfermería constituye la estrategia más efectiva para reducir complicaciones, hospitalizaciones y mejorar la calidad de vida del niño y su familia. La enfermería, al ser el vínculo constante entre el paciente, la familia y el equipo de salud, se posiciona como un componente esencial en la gestión de esta enfermedad crónica.

Se recomienda al personal de enfermería en asma bronquial pediátrica las siguientes acciones:

1. Monitorizar signos vitales y parámetros respiratorios de forma continua, incluyendo frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, ritmo cardíaco y esfuerzo respiratorio.
2. Observar y registrar signos de exacerbación como si-bilancias, uso de músculos accesorios, retracciones intercostales, cianosis o tos persistente, informando al equipo médico de manera oportuna.
3. Administrar medicamentos prescritos, como broncodilatadores, corticoides inhalados o sistémicos, y supervisar la correcta técnica de inhaladores y espaciadores para garantizar eficacia del tratamiento.
4. Educar a los cuidadores y al niño sobre factores desencadenantes, medidas preventivas, manejo de crisis y adherencia terapéutica, incluyendo la elaboración de planes de acción individualizados.



5. Brindar apoyo emocional y psicosocial, reduciendo ansiedad, miedo y estrés asociados a episodios agudos o hospitalización, y fortaleciendo la resiliencia familiar.
6. Coordinar seguimiento clínico y revisiones periódicas con el equipo multidisciplinario, incluyendo pediatría, neumología, alergología, nutrición y psicología.
7. Promover hábitos de vida saludables que reduzcan riesgo de exacerbaciones, como ejercicio adaptado, alimentación equilibrada y control de exposición a alérgenos y contaminantes ambientales.
8. Implementar estrategias educativas comunitarias y escolares para mejorar la comprensión del asma y reducir estigmas sociales asociados a la enfermedad.

El asma bronquial pediátrica representa una enfermedad crónica compleja que requiere un abordaje integral y multidisciplinario. La identificación temprana de los síntomas y la correcta clasificación de la gravedad son fundamentales para establecer un tratamiento efectivo y prevenir complicaciones respiratorias y hospitalizaciones. El control farmacológico adecuado, combinado con la reducción de factores desencadenantes y la educación familiar, mejora significativamente la calidad de vida del niño y optimiza los resultados clínicos.

La asistencia del personal de enfermería es central en el manejo del asma infantil, ya que integra la monitorización continua, la administración y supervisión de tratamientos, la educación a cuidadores, el apoyo emocional y la coordinación con el equipo multidisciplinario. Esta intervención permite no solo asegurar la adherencia terapéutica y la prevención de exacerbaciones, sino también empoderar a las familias y fomentar hábitos de vida saludables que contribuyen al bienestar integral del paciente.

La atención integral de enfermería, al fortalecer la relación paciente-familia-equipo de salud, se constituye como un componente clave para transformar la gestión del asma en una experiencia segura, efectiva y humanizada, reduciendo la morbilidad y mejorando los indicadores de salud respiratoria infantil en la comunidad.

04.

ENFERMEDAD RENAL EN PEDIATRÍA: MANEJO CLÍNICO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

4.1. Síndrome edematoso en niños: diagnóstico, manejo y rol de enfermería

El síndrome edematoso es “el resultado de una hiperhidratación extracelular con retención de agua en el territorio intersticial” (Roriz y Henniart, 2020). En la población pediátrica se caracteriza por la acumulación anormal de líquido; generando hinchazón en diversas partes del cuerpo (Bierzynska y Saleem, 2017; Chan y Boyer, 2025). Esta condición puede ser indicativa de múltiples etiologías, que incluyen trastornos renales como el síndrome nefrótico, alteraciones cardíacas, hepáticas o enfermedades sistémicas inflamatorias, y su abordaje requiere una evaluación integral y un manejo multidisciplinario (Chanchlani et al., 2020; Hampson et al., 2021).

El edema puede ser localizado o generalizado, dependiendo



de la causa subyacente. En los niños con síndrome nefrótico, el edema inicial suele comenzar en áreas dependientes como los párpados y los tobillos, y progresar a un edema generalizado si no se trata adecuadamente (U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 2025). Otros signos clínicos incluyen aumento rápido de peso, tensión arterial elevada o baja, cambios en la diuresis, y síntomas asociados como fatiga, anorexia y disnea en casos severos (Hampson et al., 2021; Navia y Rojas 2025).

El diagnóstico requiere una **anamnesis exhaustiva** que incluya antecedentes familiares y personales, episodios infecciosos recientes, medicación previa y características del edema. Las pruebas de laboratorio esenciales incluyen:

- **Proteinuria en rango nefrótico**, definida como la excreción de proteínas >50 mg/kg/día o relación proteína-creatinina elevada (U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 2025).
- **Hipoalbuminemia**, con niveles séricos <2.5 g/dL, que refleja pérdida significativa de proteínas plasmáticas.
- **Hiperlipidemia**, común en el síndrome nefrótico debido a la alteración de la presión oncótica y activación de mecanismos compensatorios (Chanchlani et al., 2020).
- **Evaluación de la función renal**, mediante creatinina sérica y tasa de filtración glomerular.

En casos donde el tratamiento inicial falla, puede ser necesaria **biopsia renal** para identificar la etiología exacta (KDIGO, 2024).

El tratamiento depende de la causa subyacente. Para el **síndrome nefrótico idiopático**, el manejo incluye:

- **Corticosteroides**, como la prednisona, en dosis inicial de 60 mg/m²/día durante 4-6 semanas, seguida de dosis de mantenimiento según la respuesta clínica (Hampson et al., 2021; KDIGO, 2024).



- **Restricción de sodio y líquidos** para controlar la retención hídrica.
- **Dieta normoproteica** con aporte calórico adecuado, para prevenir catabolismo y pérdida muscular.
- **Tratamiento de complicaciones**, incluyendo prevención de infecciones, trombosis y control de hipertensión arterial (Chanchlani et al., 2020).

El seguimiento cercano permite evaluar la respuesta terapéutica, ajustar medicamentos y prevenir complicaciones a largo plazo (U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 2025).

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental, asegurando atención continua, educación familiar y prevención de complicaciones (Martin, 2024). Las acciones específicas de enfermería incluyen:

1. Monitorización clínica diaria
 - Controlar signos vitales: presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura.
 - Registrar peso diario y balance de líquidos (entrada y salida).
 - Evaluar el grado y extensión del edema en párpados, tobillos, abdomen y otras áreas afectadas.
2. Evaluación de diuresis y función renal
 - Medir y registrar volumen y frecuencia de la orina.
 - Observar cambios en coloración, espuma o presencia de sangre.
3. Administración de medicamentos
 - Aplicar fármacos prescritos según indicación médica, incluyendo corticosteroides.
 - Vigilar efectos secundarios y reportar cualquier reacción adversa.
4. Manejo dietético y de líquidos
 - Supervisar la restricción de sodio y líquidos según indicaciones médicas.



- Garantizar el aporte calórico y proteico adecuado al estado nutricional del niño.

5. Prevención de complicaciones

- Mantener higiene de accesos intravenosos y catéteres.
- Aplicar medidas de prevención de infecciones.
- Vigilar signos de trombosis, infecciones u otras complicaciones y reportar inmediatamente.

6. Educación y apoyo familiar

- Explicar a los padres el plan de tratamiento y la importancia de la adherencia.
- Enseñar técnicas de cuidado en casa y cómo reconocer signos de alarma.

7. Apoyo emocional y psicológico

- Brindar contención al niño y a la familia frente a la ansiedad o miedo.
- Fomentar la participación de los padres en el cuidado diario del niño.

8. Registro y documentación

- Documentar la evolución clínica, administración de medicamentos y respuesta al tratamiento.
- Registrar hallazgos relevantes para facilitar ajustes terapéuticos.

El síndrome edematoso en la población pediátrica constituye una manifestación clínica compleja que puede reflejar diversas patologías subyacentes, siendo el síndrome nefrótico una de las causas más frecuentes. La evaluación temprana mediante anamnesis detallada y pruebas de laboratorio específicas, como proteinuria, hipoalbuminemia, hiperlipidemia y función renal, es fundamental para un diagnóstico preciso y para orientar el manejo adecuado.

El tratamiento debe ser individualizado y centrado en la etiología del edema, combinando intervenciones



farmacológicas, dietéticas y de manejo de líquidos, así como la prevención de complicaciones potencialmente graves. La adherencia al tratamiento y la vigilancia clínica continua son esenciales para garantizar resultados favorables y minimizar riesgos a largo plazo.

El personal de enfermería desempeña un papel estratégico en la atención de estos pacientes, no solo mediante la monitorización y administración de medicamentos, sino también a través de la educación familiar, el apoyo emocional y la prevención de complicaciones. Las acciones concretas y sistemáticas de enfermería, como la monitorización diaria, el control de diuresis, la supervisión de la dieta, la prevención de infecciones y la documentación precisa, contribuyen de manera significativa a la seguridad, bienestar y recuperación del niño.

Un abordaje multidisciplinario, integral y centrado en el paciente es indispensable para el manejo exitoso del síndrome edematoso en niños, destacando la importancia del diagnóstico temprano, el tratamiento adecuado y la participación activa del personal de enfermería en cada etapa del cuidado.

4.2. Infección renal crónica en pediatría: identificación, tratamiento y cuidados de enfermería

La enfermedad renal crónica (ERC) se caracteriza por “la presencia de daño renal o una tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) inferior a 60 ml/min/1,73 m², que persiste durante 3 meses o más... implica una pérdida progresiva de la función renal, que a menudo requiere terapia de reemplazo renal, como diálisis o trasplante” (Vaidya y Aeddula, 2024).

Esta patología en la edad infantil constituye un problema de alta relevancia clínica, ya que puede conducir a secuelas graves a largo plazo, como hipertensión arterial, proteinuria persistente, deterioro progresivo de la función renal y, en casos severos, enfermedad renal crónica terminal (Robinson et al., 2024; Shaikh et al., 2008). Este tipo de infección se define como la persistencia o recurrencia de infecciones del tracto urinario que



afectan directamente al parénquima renal, con particular relevancia en pacientes pediátricos que presentan anomalías anatómicas o funcionales predisponentes, como reflujo vesicoureteral, malformaciones congénitas del tracto urinario, obstrucciones o disfunciones en el vaciamiento vesical (Conway et al., 2007).

La identificación temprana de la enfermedad es fundamental para prevenir complicaciones y preservar la función renal a largo plazo, y requiere de un abordaje integral que combine historia clínica detallada, examen físico exhaustivo, evaluación de síntomas específicos de la infancia, como fiebre recurrente, dolor abdominal o lumbar, cambios en la micción y alteraciones en la diuresis, con pruebas de laboratorio y estudios de imagen adaptados a la edad del niño (Barola et al., 2024; Cheng, 2022; Tullus y Shaikh, 2020).

Desde el punto de vista diagnóstico, los urocultivos son esenciales para identificar el agente etiológico y determinar su sensibilidad antibiótica, mientras que biomarcadores de inflamación y estudios de función renal permiten evaluar el grado de daño renal existente. Los estudios de imagen, incluyendo ultrasonido renal, cistouretrografía miccional y gammagrafía renal, permiten la detección de cicatrices, reflujo vesicoureteral o anomalías estructurales que incrementan el riesgo de recurrencias y daño progresivo (Hsu et al., 2025). La evaluación integral debe considerar además factores de riesgo asociados como antecedentes familiares de enfermedad renal, estreñimiento crónico, disfunción del suelo pélvico y hábitos de higiene inadecuados (Nickavar y Sotoudeh, 2011).

El tratamiento de la infección renal crónica pediátrica es multifactorial. La primera línea consiste en la erradicación de la infección activa mediante antibióticos adecuados, ajustando dosis según la edad, el peso y la función renal del niño, y tomando en cuenta el espectro microbiológico del patógeno (Nickavar y Sotoudeh, 2011). En casos seleccionados se implementa profilaxis antibiótica de largo plazo para prevenir recurrencias, siguiendo guías clínicas pediátricas actualizadas (Shaikh et al., 2008). Además, la corrección quirúrgica de malformaciones

anatómicas o urológicas subyacentes es un componente crítico para reducir el riesgo de daño renal crónico (Cheng, 2022). La educación familiar es otra pieza clave del manejo, incluyendo la enseñanza sobre técnicas adecuadas de higiene urinaria, hidratación suficiente, registro de síntomas urinarios y cumplimiento estricto de la terapia antibiótica (Robinson et al., 2024).

La labor del personal médico pediátrico incluye acciones concretas y específicas, tales como monitorizar la función renal mediante controles periódicos de creatinina sérica, proteinuria y tasa de filtración glomerular adaptada a la edad, evaluar y remitir a cirugía u otras especialidades según necesidad, ajustar terapias antibióticas según evolución clínica y resultados de cultivos, implementar profilaxis antibiótica en pacientes de alto riesgo y vigilar signos de alarma que puedan indicar complicaciones graves, como fiebre persistente, hematuria, dolor intenso o descompensación sistémica (Hsu et al., 2025; Robinson et al., 2024).

El personal de enfermería pediátrica desempeña un papel igualmente crítico dentro del manejo integral de la infección renal crónica, ya que su intervención permite garantizar la seguridad del paciente, la adherencia al tratamiento y la detección temprana de complicaciones. Entre sus acciones específicas se incluyen:

1. Administrar medicamentos y antibióticos según indicación médica, asegurando la correcta dosificación según peso, edad y función renal del niño.
2. Monitorear signos vitales, hidratación, ingesta y diuresis, así como detectar tempranamente cambios clínicos relevantes que puedan indicar deterioro o recurrencia de la infección.
3. Supervisar la recolección de muestras de orina mediante técnicas pediátricas adecuadas, garantizando la validez de los resultados de laboratorio.
4. Educar a la familia y cuidadores sobre la importancia de la adherencia al tratamiento, técnicas de higiene urinaria, prevención de recaídas y registro de síntomas, adaptando la información a la comprensión de los cuidadores y a la edad del niño.



5. Coordinar el seguimiento médico, asegurando la asistencia a citas, la realización de controles de laboratorio y estudios de imagen según el plan terapéutico.
6. Apoyar el desarrollo psicosocial del niño, proporcionando un entorno seguro y reduciendo la ansiedad asociada a hospitalizaciones o procedimientos invasivos, fomentando la participación del niño según su edad.
7. Documentar de manera detallada todas las intervenciones, la evolución clínica y la respuesta al tratamiento, garantizando continuidad y seguridad en la atención pediátrica.
8. Promover hábitos saludables y medidas preventivas, como hidratación adecuada, manejo del estreñimiento, higiene adecuada y prevención de infecciones recurrentes, en colaboración con la familia y otros miembros del equipo multidisciplinario.

El abordaje de la infección renal crónica en pediatría exige un enfoque integral y multidisciplinario que combine diagnóstico temprano, intervención médica especializada y cuidados de enfermería adaptados a la edad y necesidades del niño. La detección oportuna permite identificar factores de riesgo, anomalías anatómicas y funcionales, así como prevenir la progresión del daño renal antes de que se desarrollen complicaciones graves, como hipertensión persistente, proteinuria crónica o insuficiencia renal.

El tratamiento médico debe ser individualizado, considerando el peso, la edad, la función renal y la sensibilidad del patógeno, incluyendo la administración precisa de antibióticos, profilaxis selectiva y, cuando sea necesario, la intervención quirúrgica para corregir malformaciones estructurales. Este abordaje terapéutico coordinado reduce la frecuencia de recurrencias y disminuye el riesgo de daño renal irreversible.

Los cuidados de enfermería especializados desempeñan un papel clave en la continuidad del tratamiento, la monitorización clínica constante, la educación familiar y la promoción de hábitos de higiene y prevención de infecciones recurrentes. La participación activa



de enfermería contribuye a mejorar la adherencia terapéutica, facilita la detección temprana de signos de alarma y promueve la seguridad del paciente pediátrico, asegurando un seguimiento sistemático de la evolución clínica.

Además, este enfoque multidisciplinario no solo preserva la función renal y previene complicaciones físicas, sino que también apoya el desarrollo psicosocial del niño, fomentando un entorno seguro y emocionalmente favorable, reduciendo ansiedad y estrés asociados a hospitalizaciones, procedimientos invasivos o tratamientos prolongados. La coordinación entre médicos, enfermería, familia y otros profesionales de la salud garantiza que el niño reciba una atención holística que favorezca su bienestar integral.

El tratamiento completo y colaborativo en la infección renal crónica pediátrica permite minimizar riesgos clínicos, maximizar la eficacia terapéutica, optimizar la calidad de vida del paciente y asegurar un desarrollo físico, emocional y social saludable durante la infancia, constituyendo un estándar de cuidado esencial en la práctica pediátrica contemporánea.

4.3. Diálisis peritoneal en niños: indicaciones, procedimiento y seguimiento de enfermería

La diálisis peritoneal es “una forma de eliminar los productos de desecho de la sangre. Es un tratamiento para la insuficiencia renal...en la que los riñones ya no pueden filtrar la sangre lo suficientemente bien” (Mayo Clinic Foundation for Medical Education and Research, 2025).

La diálisis peritoneal pediátrica es una modalidad fundamental de reemplazo renal en niños con insuficiencia renal aguda o crónica, especialmente cuando la función renal residual no es suficiente para mantener la homeostasis de líquidos, electrolitos y productos de desecho nitrogenados. Esta técnica utiliza la membrana peritoneal como un filtro semipermeable, permitiendo la eliminación de toxinas y el control del balance hídrico de manera segura y adaptable a la fisiología infantil (Warady



et al., 2021, 2024). La diálisis peritoneal ofrece la ventaja de realizarse en el hogar, lo que facilita la continuidad del tratamiento y mejora la calidad de vida del niño y su familia (Nourse et al., 2021).

Las principales indicaciones incluyen insuficiencia renal crónica avanzada, fallo renal agudo, síndrome nefrótico complicado, glomerulopatías progresivas, insuficiencia renal secundaria a sepsis y nefropatías congénitas. También se indica en situaciones donde la hemodiálisis no es factible, ya sea por acceso vascular limitado, inestabilidad hemodinámica o dificultades técnicas (Chua et al., 2022). La selección de la modalidad de diálisis depende de la edad, peso, estilo de vida y capacidad de la familia para participar activamente en el manejo.

Existen diferentes modalidades adaptadas a la pediatría:

- Diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD): Intercambios manuales durante el día, adecuada para niños que requieren control continuo del balance hídrico.
- Diálisis peritoneal automatizada (APD): Utiliza un ciclo automático durante la noche, permitiendo que el niño mantenga una rutina diaria normal.
- Diálisis peritoneal intermitente: Menos frecuente en pediatría, utilizada en insuficiencia renal aguda específica (Warady et al., 2024).

El procedimiento inicia con la colocación quirúrgica del catéter peritoneal, asegurando posición óptima y minimizando riesgo de complicaciones como fugas, obstrucción o infección (Nourse et al., 2021). Antes de cada sesión, se prepara la solución de diálisis, verificando temperatura, concentración y esterilidad. Durante la diálisis, se controlan infusión y drenaje, tiempos, volúmenes y características del líquido. La monitorización clínica incluye signos vitales, peso, balance hídrico, electrolitos y parámetros de función renal (Chua et al., 2022).

Entre las complicaciones más frecuentes de la diálisis peritoneal pediátrica se incluyen las infecciones del



sitio de inserción y la peritonitis, las cuales pueden comprometer la eficacia del tratamiento y requieren intervención médica inmediata. También son comunes la obstrucción o malfuncionamiento del catéter, que puede impedir el correcto flujo de la solución de diálisis, así como la fuga de líquido peritoneal o la aparición de hernias abdominales, especialmente en lactantes y niños pequeños debido a la presión intraperitoneal. Asimismo, pueden presentarse alteraciones metabólicas, incluyendo desequilibrios electrolíticos y cambios en el balance ácido-base, que requieren monitorización y ajustes terapéuticos oportunos para garantizar la seguridad del paciente y la continuidad del tratamiento.

El personal de enfermería tiene un papel central en la seguridad, eficacia y adherencia al tratamiento. Sus acciones incluyen:

1. Preparar material y solución de diálisis, asegurando temperatura, concentración y esterilidad.
2. Mantener estricta asepsia durante la manipulación del catéter peritoneal.
3. Supervisar la correcta infusión y drenaje de la solución, controlando tiempos, volúmenes y características del líquido.
4. Monitorear signos vitales, balance hídrico, peso y parámetros clínicos antes, durante y después de la diálisis.
5. Observar y registrar cambios en el líquido de drenaje y reportar hallazgos anormales.
6. Educar al niño y la familia sobre manejo del catéter, higiene, prevención de infecciones, registro de líquidos y signos de alarma.
7. Colaborar con el equipo médico en ajustes de terapia, administración de medicamentos y planificación del seguimiento clínico.
8. Apoyar el desarrollo psicosocial del niño, promoviendo entorno seguro y disminuyendo ansiedad asociada al procedimiento.



9. Documentar todas las intervenciones, observaciones clínicas y respuestas del paciente.
10. Fomentar hábitos saludables y medidas preventivas, como hidratación, nutrición balanceada y seguimiento de signos de alerta.

La diálisis peritoneal pediátrica se confirma como una herramienta indispensable en el manejo de la insuficiencia renal infantil, ofreciendo no solo la depuración efectiva de toxinas y el control del balance hídrico, sino también la posibilidad de integrar el tratamiento al entorno familiar y cotidiano del niño, optimizando su calidad de vida. Su versatilidad, mediante modalidades como: diálisis peritoneal ambulatoria continua, automatizada e intermitente, permite adaptar la terapia a la edad, peso, estilo de vida y capacidades de la familia, garantizando un abordaje personalizado que maximiza la eficacia clínica y minimiza riesgos.

El procedimiento quirúrgico para la colocación del catéter, junto con la estricta monitorización de infusión, drenaje y parámetros clínicos, demuestra la necesidad de un control constante para prevenir complicaciones comunes como infecciones, peritonitis, obstrucciones, fugas y alteraciones metabólicas. Este enfoque evidencia que la diálisis peritoneal no es únicamente un procedimiento técnico, sino un proceso que exige precisión, vigilancia continua y coordinación entre todos los miembros del equipo de salud.

El papel del personal de enfermería se erige como fundamental, ya que garantiza la seguridad del paciente, promueve la adherencia terapéutica, educa a la familia y proporciona soporte psicosocial al niño. La intervención de enfermería no solo asegura la correcta ejecución de la diálisis, sino que también fortalece la confianza familiar, facilita la detección temprana de complicaciones y contribuye a la continuidad del tratamiento, aspectos clave para el desarrollo integral del paciente pediátrico.

De esta forma, la diálisis peritoneal pediátrica representa mucho más que un reemplazo renal: constituye un modelo de cuidado integral donde la medicina especializada, la monitorización clínica rigurosa y la atención de enfermería



coordinada se combinan para preservar la función renal, prevenir complicaciones y garantizar un crecimiento y desarrollo saludables. Su implementación demuestra que un abordaje multidisciplinario, centrado en el niño y su familia, es esencial para transformar la insuficiencia renal de un desafío clínico a un manejo seguro, efectivo y humanizado en la pediatría contemporánea.

4.4. Hemodiálisis pediátrica: manejo clínico y rol de enfermería integral

La hemodiálisis es “un tipo de diálisis que realiza las funciones renales normales. Extrae la sangre, filtra las toxinas en una máquina y luego la devuelve al cuerpo” (Cleveland Clinic, 2025). Es una modalidad crítica de reemplazo renal que permite la depuración de toxinas, la regulación del balance hídrico y el mantenimiento del equilibrio electrolítico en niños con insuficiencia renal aguda o crónica grave. Esta terapia se convierte en una intervención vital cuando la función renal residual no es suficiente para sostener la homeostasis, siendo especialmente relevante en situaciones de urgencia médica, deterioro progresivo de la función renal o complicaciones metabólicas severas (Warady et al., 2021).

Las principales indicaciones de hemodiálisis en pediatría incluyen insuficiencia renal crónica avanzada, glomerulopatías progresivas, fallo renal agudo secundario a sepsis, deshidratación grave, intoxicaciones, hiperpotasemia sintomática, edema pulmonar refractario y desequilibrios ácido-base que ponen en riesgo la vida del paciente (Fischbach et al., 2005; Tuokkola et al., 2025). La elección de hemodiálisis frente a diálisis peritoneal depende de factores como edad, peso, estado hemodinámico, disponibilidad de acceso vascular y la gravedad de la condición clínica.

El éxito de la hemodiálisis pediátrica depende de un acceso vascular adecuado, ya sea mediante catéter venoso central temporal, catéter tunelizado o fístula arteriovenosa, considerando la anatomía y el tamaño del niño. El procedimiento requiere la conexión de la sangre del paciente a un circuito extracorpóreo que incluye un



dializador y un sistema de monitoreo, permitiendo la depuración controlada de líquidos y toxinas (Li et al., 2016). Cada sesión debe individualizarse según el peso, edad, requerimientos de ultrafiltración, frecuencia de la terapia y objetivos de balance hídrico y electrolítico.

Durante la hemodiálisis, es fundamental un monitoreo riguroso que incluya signos vitales, presión arterial, frecuencia cardíaca, balance hídrico, electrolitos, función renal residual y estado clínico general. La vigilancia continua permite detectar precozmente complicaciones como hipotensión, calambres musculares, desequilibrio osmótico, sangrado o infección en el sitio de acceso. Además, se ajustan parámetros del dializador y el ultrafiltrado según la tolerancia del niño y los objetivos terapéuticos (Warady et al., 2021).

Las complicaciones más comunes incluyen hipotensión intradialítica, arritmias, calambres musculares, sangrado o infección en el acceso vascular, desequilibrio electrolítico, sobrecarga o déficit de líquidos, y reacciones al dializador. La detección temprana y la intervención inmediata son fundamentales para prevenir daño orgánico y garantizar la seguridad del paciente (Li et al., 2016).

El personal de enfermería pediátrica desempeña un rol esencial en la seguridad, eficacia y continuidad del tratamiento. Sus acciones incluyen:

1. Preparar y verificar el equipo de hemodiálisis, dializador, líneas y solución, asegurando esterilidad y funcionamiento óptimo.
2. Evaluar el acceso vascular antes y después de cada sesión, identificando signos de infección, trombosis o sangrado.
3. Conectar y desconectar al paciente del circuito extracorpóreo, asegurando técnicas de asepsia estrictas.
4. Monitorear signos vitales, presión arterial, balance hídrico, parámetros clínicos y tolerancia a la sesión, ajustando según indicación médica.



5. Observar y documentar cualquier reacción adversa durante o después de la sesión, incluyendo hipotensión, calambres, mareos o sangrado.
6. Educar al niño y la familia sobre cuidados del acceso vascular, higiene, prevención de infecciones y registro de síntomas.
7. Apoyar el desarrollo psicosocial del paciente, proporcionando un entorno seguro, reduciendo ansiedad y facilitando la participación activa según edad y comprensión.
8. Coordinar con el equipo médico ajustes de medicación, líquidos y dializador según necesidades clínicas.
9. Promover hábitos saludables, hidratación adecuada y seguimiento de signos de alerta fuera de la unidad de diálisis.
10. Documentar todas las intervenciones, observaciones y respuesta del paciente para asegurar continuidad y seguridad en la atención.

La hemodiálisis pediátrica se establece como una intervención médica estratégica y de alta complejidad, esencial para preservar la vida y la función renal en niños con insuficiencia renal grave. Su implementación no solo permite la depuración efectiva de toxinas y el mantenimiento del equilibrio hídrico y electrolítico, sino que también garantiza la estabilidad metabólica y hemodinámica, aspectos críticos en pacientes pediátricos vulnerables.

La efectividad de la hemodiálisis depende de la combinación de un manejo clínico riguroso, la precisión técnica en la manipulación del acceso vascular y la monitorización constante de parámetros vitales y laboratorio, lo que permite detectar precozmente complicaciones potencialmente graves. En este sentido, la intervención del personal de enfermería es indispensable, pues asegura la seguridad, promueve la adherencia al tratamiento, educa a la familia y apoya el desarrollo psicosocial del niño, transformando la



experiencia terapéutica en un proceso seguro, integral y humanizado.

La hemodiálisis pediátrica ejemplifica la importancia de un enfoque multidisciplinario, donde médicos, enfermería y familiares colaboran estrechamente para optimizar resultados clínicos y calidad de vida. Esta modalidad no solo corrige los desequilibrios fisiológicos, sino que también protege el bienestar emocional y social del paciente, demostrando que la atención renal en pediatría debe trascender la técnica y convertirse en un modelo integral de cuidado. En definitiva, la hemodiálisis pediátrica constituye un estándar de excelencia clínica que combina ciencia, técnica y humanización, asegurando un desarrollo saludable, seguro y de alta calidad para los niños con insuficiencia renal.



05.

TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS EN PEDIATRÍA: ANEMIA APLÁSICA Y ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS

5.1. Anemia aplásica pediátrica: tipos y características clínicas

La anemia aplásica es una enfermedad “causada por daño a las células madre dentro de la médula ósea ... Como resultado, la médula ósea produce menos glóbulos rojos , glóbulos blancos y plaquetas” (National Heart, Lung, and Blood Institute2025).

En la edad infantil es un trastorno hematológico poco frecuente, pero potencialmente letal. Esta condición afecta de manera significativa la capacidad del organismo para transportar oxígeno, combatir infecciones y mantener la coagulación sanguínea, lo que expone al niño a infecciones graves, hemorragias espontáneas, fatiga intensa y otras complicaciones sistémicas (Young, 2013; Maciejewski y Risitano, 2019).

El trastorno puede clasificarse según su etiología y características clínicas en:

- 1. Anemia aplásica idiopática o típica:** Representa la mayoría de los casos pediátricos. Su fisiopatología implica una reacción autoinmune mediada por linfocitos T que destruye las células progenitoras hematopoyéticas. Los niños presentan pancitopenia progresiva, fatiga, equimosis, petequias, sangrados espontáneos y alta susceptibilidad a infecciones recurrentes. La presentación suele ser insidiosa, y la progresión clínica depende de la gravedad del daño medular (Young, 2013).
- 2. Anemia aplásica secundaria o atípica:** Esta forma se asocia a causas conocidas como exposición a fármacos citotóxicos, radiación, toxinas ambientales, infecciones virales (hepatitis, parvovirus B19) o síndromes genéticos hereditarios, incluyendo el síndrome de Fanconi y otras anomalías congénitas de la médula ósea. Los niños con formas secundarias a menudo presentan manifestaciones más graves o complicaciones sistémicas adicionales, y requieren un manejo clínico altamente individualizado (Killick et al., 2016; Maciejewski y Risitano, 2019; Samarasinghe et al., 2018).

Las manifestaciones clínicas y fisiopatología incluyen:

- Anemia: palidez, debilidad extrema, fatiga, taquicardia y dificultad respiratoria.
- Leucopenia: infecciones recurrentes, fiebre persistente, riesgo de sepsis.
- Trombocitopenia: sangrados espontáneos, equimosis, petequias, epistaxis y hemorragias mucosas.
- Alteraciones sistémicas: en casos graves, hepatomegalia, esplenomegalia o compromiso de órganos secundarios por hemorragia o infección.

La gravedad clínica depende de la magnitud de la pancitopenia y la velocidad de instauración del cuadro. La comprensión de la fisiopatología permite anticipar complicaciones y guiar estrategias terapéuticas



efectivas. El diagnóstico requiere un enfoque integral y multidisciplinario:

- **Historia clínica completa:** antecedentes familiares, exposición a toxinas o medicamentos, infecciones recientes y síntomas previos.
- **Examen físico detallado:** detección de signos de sangrado, infecciones, palidez y afectación de órganos.
- **Laboratorio:** hemograma completo mostrando pancitopenia, reticulocitos bajos, pruebas de coagulación, electrolitos y función hepática y renal.
- **Aspirado y biopsia de médula ósea:** confirman hipoplasia o aplasia medular y descartan infiltración por malignidad.
- **Estudios genéticos y citogenéticos:** importantes en formas hereditarias o atípicas para diagnóstico y planificación de trasplante (Killick et al., 2021; Young, 2013).

El manejo de la anemia aplásica pediátrica es complejo y debe individualizarse según edad, estado clínico y tipo de aplasia:

- **Transfusiones sanguíneas:** administración controlada de glóbulos rojos y plaquetas para mantener parámetros hematológicos seguros y prevenir complicaciones hemorrágicas (Wang y Liu, 2019).
- **Inmunosupresión:** medicamentos como antitimocitos globulina (ATG) y ciclosporina, para suprimir la respuesta autoinmune en casos idiopáticos (Killick et al., 2016).
- **Trasplante de células madre hematopoyéticas:** opción definitiva para pacientes graves o resistentes, priorizando compatibilidad HLA y seguimiento postrasplante estricto (Iftikhar et al., 2021).
- **Prevención y tratamiento de infecciones:** uso profiláctico de antibióticos, antivirales y antifúngicos según riesgo.



- Monitoreo constante: seguimiento de hemoglobina, leucocitos, plaquetas y parámetros clínicos para ajustes de tratamiento y detección temprana de complicaciones.

El personal de enfermería pediátrica tiene un papel fundamental en:

1. Administración segura de transfusiones y medicamentos, verificando compatibilidad y dosis exactas.
2. Monitoreo continuo de signos vitales, parámetros hematológicos y detección temprana de infecciones o hemorragias.
3. Educación a la familia sobre prevención de infecciones, manejo de sangrados, adherencia terapéutica y seguimiento en el hogar.
4. Apoyo psicosocial al niño, reduciendo ansiedad y estrés relacionados con hospitalizaciones, procedimientos invasivos o tratamientos prolongados.
5. Coordinación con el equipo médico para ajustes de terapias y planificación de trasplante cuando corresponde.
6. Documentación detallada de intervenciones, hallazgos clínicos y respuesta al tratamiento para garantizar continuidad y seguridad del cuidado.

La anemia aplásica pediátrica representa un reto clínico de alta complejidad, que pone en riesgo la vida del niño debido a la pancitopenia y sus complicaciones asociadas, incluyendo infecciones graves, hemorragias espontáneas y fatiga intensa. Su abordaje requiere un enfoque integral y multidisciplinario, que combine diagnóstico temprano, comprensión de la fisiopatología, tratamiento médico especializado y cuidados de enfermería adaptados a la edad y necesidades del paciente.

El manejo efectivo, que incluye transfusiones controladas, inmunosupresión, prevención de infecciones y, en casos graves, trasplante de células madre hematopoyéticas, permite restaurar la función hematológica, minimizar



riesgos clínicos y mejorar significativamente la supervivencia. La monitorización continua y la intervención oportuna ante signos de complicación son esenciales para garantizar la seguridad y la eficacia del tratamiento.

El desempeño del personal de enfermería se encamina no solo en la administración de terapias y vigilancia clínica, sino también en la educación familiar, apoyo psicosocial y promoción de la adherencia terapéutica, asegurando un seguimiento integral del niño dentro y fuera del hospital. Este enfoque integral no solo preserva la vida, sino que también optimiza la calidad de vida, favorece el desarrollo físico y emocional del paciente y establece un estándar de atención de excelencia en hematología pediátrica.

El tratamiento de la anemia aplásica pediátrica exige coordinación, precisión y humanización del cuidado, convirtiéndose en un modelo de práctica clínica donde la ciencia, la vigilancia médica y el acompañamiento familiar convergen para garantizar resultados clínicos óptimos y un desarrollo infantil seguro y saludable.

5.2. Trastornos hematológicos oncológicos en niños

Los trastornos hematológicos “pueden afectar una o más partes de la sangre. Pueden ser cancerosos o no cancerosos. Hay tres trastornos hematológicos cancerosos principales: leucemia, linfoma y mieloma, que son cánceres que surgen de células anormales de la sangre o de la médula ósea” (Northern Trust Health and Social Care Services, 2023).

Los trastornos hematológicos oncológicos en pediatría comprenden un grupo diverso de enfermedades malignas que afectan la médula ósea, la sangre y los órganos linfoides, con alteraciones graves en la hematopoyesis y en la inmunidad del paciente. Entre las entidades más frecuentes se incluyen leucemias agudas linfoblásticas (LAL) y mieloides (LAM), linfomas de Hodgkin y no Hodgkin, mielodisplasias pediátricas y tumores del sistema hematopoyético, todas ellas con alta morbilidad y potencial mortalidad si no se diagnostican



y tratan oportunamente (Hunger y Mullighan, 2015; Pui et al., 2008). La incidencia global de leucemias infantiles es de aproximadamente 4–5 casos por 100.000 niños por año, siendo las LAL la forma más frecuente, mientras que los linfomas representan un 15–20% de los cánceres pediátricos hematológicos.

La fisiopatología varía según el tipo de malignidad, pero todas se caracterizan por proliferación descontrolada de células hematopoyéticas inmaduras, que desplazan a la médula ósea normal y generan pancitopenia. En leucemias, mutaciones genéticas y alteraciones cromosómicas producen clones celulares que evaden apoptosis, alteran la diferenciación y generan sobreproducción de blastos. En linfomas, las células B o T malignas forman masas tumorales en ganglios y órganos linfoides, afectando el flujo sanguíneo, la función inmune y la médula ósea en etapas avanzadas (Im, 2018; Inaba y Pui, 2021).

Los síntomas iniciales suelen ser inespecíficos, lo que puede retrasar el diagnóstico. Entre las manifestaciones tempranas destacan fatiga, palidez, fiebre recurrente, malestar general, pérdida de apetito y linfadenopatía leve. A medida que la enfermedad progresa, aparecen signos más claros de pancitopenia: equimosis, petequias, epistaxis, sangrados mucosos, infecciones recurrentes, hepatoesplenomegalia, dolor óseo o articular y, en linfomas, masas palpables en cuello, tórax o abdomen (Im, 2018; Inaba y Pui, 2021; Hunger y Mullighan, 2015). La identificación temprana de estos signos es determinante para iniciar tratamiento oportuno y mejorar el pronóstico.

El diagnóstico requiere un enfoque multidisciplinario que combine historia clínica, examen físico, estudios laboratoriales y pruebas avanzadas:

- **Historia clínica:** antecedentes familiares de neoplasias, exposiciones ambientales, síntomas sistémicos y cronología de aparición.
- **Examen físico:** búsqueda de palidez, sangrados, linfadenopatías, masas abdominales, hepatoesplenomegalia y signos neurológicos asociados.





- **Laboratorios:** hemograma completo, frotis periférico, bioquímica, pruebas de coagulación, marcadores tumorales y electrolitos.
- **Aspirado y biopsia de médula ósea:** esenciales para caracterizar la malignidad, establecer recuento blastico y descartar infiltración secundaria.
- **Estudios citogenéticos y moleculares:** identificación de translocaciones cromosómicas, mutaciones puntuales y marcadores de pronóstico, fundamentales para diseñar protocolos de tratamiento individualizados (Pui et al., 2008).

El tratamiento de los trastornos hematológicos oncológicos pediátricos es complejo y requiere protocolos estandarizados adaptados a edad, peso y estado clínico:

- **Quimioterapia intensiva:** diseñada para erradicar células malignas, con fases de inducción, consolidación y mantenimiento en leucemias.
- **Radioterapia:** indicada en linfomas localizados o como preparación para trasplante de células madre.
- **Trasplante de células madre hematopoyéticas:** opción curativa en leucemias refractarias, recaídas o síndromes mielodisplásicos de alto riesgo, con seguimiento estricto de complicaciones postrasplante.
- **Inmunoterapia y terapias dirigidas:** anticuerpos monoclonales, CAR-T cells y otras estrategias emergentes, especialmente en leucemias y linfomas resistentes.
- **Soporte hematológico:** transfusiones de glóbulos rojos y plaquetas, profilaxis antibiótica, antivírica y antifúngica, manejo de neutropenia febril y cuidado nutricional especializado (Inaba y Pui, 2021; Hunger y Mullighan, 2015).

Los pacientes pediátricos con cáncer hematológico enfrentan un riesgo elevado de complicaciones que pueden surgir tanto de la enfermedad subyacente como de los tratamientos empleados. La neutropenia prolongada aumenta significativamente la susceptibilidad a infecciones graves, que pueden progresar rápidamente

a sepsis si no se detectan y tratan oportunamente. La trombocitopenia genera sangrados espontáneos y hemorragias potencialmente graves, afectando la seguridad del paciente y requiriendo vigilancia constante. La quimioterapia, aunque esencial para el control del cáncer, conlleva efectos adversos importantes como mucositis, nefrotoxicidad, hepatotoxicidad y cardiotoxicidad, que deben ser monitorizados y manejados por un equipo multidisciplinario.

Además, los niños pueden experimentar recaídas o enfermedad refractaria, lo que obliga a ajustar los protocolos terapéuticos e incluso considerar trasplante de células madre hematopoyéticas. A esto se suman las alteraciones psicosociales y emocionales derivadas de hospitalizaciones prolongadas, aislamiento social, procedimientos invasivos y la incertidumbre asociada al pronóstico, factores que requieren intervenciones de apoyo psicológico y estrategias de acompañamiento tanto para el niño como para su familia.

El personal de enfermería pediátrica debe velar por la seguridad y eficacia del tratamiento, en la prevención de complicaciones y en el apoyo emocional del paciente y la familia. Además, debe realizar las siguientes acciones:

1. Administración segura de quimioterapia, transfusiones y medicación de soporte, verificando dosis y compatibilidad.
2. Monitoreo continuo de signos vitales, parámetros hematológicos y detección temprana de infecciones, hemorragias o reacciones adversas.
3. Educación a la familia sobre prevención de infecciones, cuidado de catéteres, adherencia terapéutica y manejo de signos de alerta.
4. Apoyo psicosocial al niño y a los cuidadores, reduciendo ansiedad y estrés asociados a hospitalizaciones, procedimientos invasivos y aislamiento.
5. Coordinación con el equipo médico en planificación de trasplantes, terapias dirigidas y ajuste de protocolos de tratamiento.



6. Documentación exhaustiva de intervenciones, evolución clínica y respuesta al tratamiento, asegurando continuidad y seguridad del cuidado.

Los trastornos hematológicos oncológicos en pediatría representan un desafío clínico de alta complejidad que exige un abordaje integral y multidisciplinario. Estas enfermedades, altamente agresivas, afectan la médula ósea, la sangre y los órganos linfoides, provocando alteraciones profundas en la hematopoyesis y en la inmunidad del paciente. La identificación temprana de signos clínicos, a menudo inespecíficos, junto con un diagnóstico preciso mediante estudios de laboratorio, citogenética y pruebas moleculares, resulta extremadamente importante para iniciar tratamientos oportunos y personalizados que optimicen el pronóstico y la supervivencia del niño.

El manejo terapéutico requiere protocolos multidisciplinarios que integren quimioterapia intensiva, radioterapia, trasplante de células madre hematopoyéticas, inmunoterapia y soporte hematológico, adaptados a la edad, peso y condición clínica del niño. La monitorización constante permite prevenir y tratar complicaciones derivadas tanto de la enfermedad como de sus tratamientos, incluyendo infecciones graves, hemorragias, toxicidad farmacológica y recaídas, garantizando seguridad y eficacia del cuidado.

El papel del personal de enfermería pediátrica es sumamente destacado, no solo en la administración segura de tratamientos y en la vigilancia clínica, sino también en la educación familiar, el apoyo psicosocial del paciente y la coordinación con el equipo médico. La atención integral contribuye a minimizar riesgos, mejorar la adherencia terapéutica y proteger el bienestar físico, emocional y social del niño, generando un entorno seguro y confiable para su recuperación.





06.

QUEMADURAS EN PEDIATRÍA: GRADOS, MANEJO Y COMPLICACIONES

6.1. Clasificación de las quemaduras y manejo agudo en pediatría

Una quemadura es “una lesión en los tejidos del cuerpo causada por el calor, sustancias químicas, electricidad, el sol o radiación. Las escaldaduras por líquidos calientes y vapor, los incendios en edificios y los líquidos y gases inflamables son las causas más comunes de las quemaduras” (U.S. Department of Health and Human Services, 2024b).

Las quemaduras en la población pediátrica representan una de las causas más frecuentes de morbilidad, discapacidad y mortalidad accidental a nivel mundial, siendo consideradas una emergencia médica que requiere atención inmediata y especializada (World Health Organization, 2023a). La gravedad de estas lesiones depende de su profundidad, extensión, localización anatómica y de la edad del



paciente, factores que condicionan tanto el pronóstico como la estrategia de intervención terapéutica. La clasificación de las quemaduras por profundidad es fundamental para establecer el plan de tratamiento. Las quemaduras de primer grado comprometen únicamente la epidermis, con eritema, dolor y edema leve, resolviendo sin secuelas en pocos días. Las de segundo grado superficial afectan la dermis papilar, caracterizadas por flictenas y dolor intenso, con reepitelización en 10–14 días, mientras que las de segundo grado profundo se extienden a la dermis reticular, con blanqueamiento a la presión y cicatrización prolongada que puede dejar secuelas funcionales y estéticas. Las quemaduras de tercer grado destruyen epidermis y dermis, generando escaras necróticas, pérdida de sensibilidad y necesidad de escisión quirúrgica y cobertura cutánea. Finalmente, las de cuarto grado involucran tejidos profundos como músculo, tendones y hueso, con pronóstico reservado y alto riesgo de amputación (Ferrero y Díaz, 2022; Hettiaratchy y Papini, 2004).

La determinación de la extensión de la superficie corporal quemada (SCQ) resulta igualmente crítica. En adultos se aplica la “regla de los nueve”, pero en pediatría se recomienda la tabla de Lund y Browder (1944), que considera las proporciones variables de la superficie corporal de acuerdo a la edad del niño, lo que permite una estimación más precisa de la SCQ y evita errores en la administración de fluidos (Jeschke et al., 2020).

El manejo agudo inicial de las quemaduras pediátricas se centra en la estabilización del paciente bajo el esquema A-B-C (vía aérea, respiración y circulación). En casos de lesiones faciales, quemaduras por inhalación o exposición a humo, debe considerarse de inmediato la intubación profiláctica. En cuanto a la reposición de líquidos, la fórmula de Parkland propuesta por Baxter y Shires (1968), sigue siendo el estándar: 4 ml de solución de Ringer lactato por kilogramo de peso corporal y por cada 1% de superficie corporal quemada, administrando la mitad en las primeras 8 horas posteriores al accidente y la otra mitad en las 16 horas siguientes. El ajuste debe realizarse según la respuesta clínica y el control de la

diuresis, considerando un objetivo de 1 ml/kg/h en niños (Vasileiadis et al., 2024).

El control del dolor constituye un aspecto prioritario, ya que los pacientes pediátricos presentan mayor vulnerabilidad física y psicológica. Se recomienda un enfoque multimodal que combine analgésicos opioides, antiinflamatorios no esteroideos y medidas no farmacológicas, como técnicas de distracción o acompañamiento familiar, para mitigar el impacto emocional y evitar secuelas psicológicas (Ciornei et al., 2023).

El cuidado local de las heridas implica limpieza meticulosa, desbridamiento de tejidos necróticos, aplicación de apósitos estériles y uso de antimicrobianos tópicos como la sulfadiazina de plata. Las curas deben realizarse con técnicas estériles, cambiando los apósitos según el tipo de quemadura y la evolución de la herida, evitando el contacto directo con tejidos necróticos y minimizando el dolor mediante analgesia adecuada y medidas de contención y apoyo al niño.

En casos seleccionados, se utilizan apósitos biosintéticos o terapia de presión negativa para favorecer la cicatrización y reducir el riesgo de infecciones (Cartotto, 2017; Greenhalgh, 2009). La prevención de complicaciones infecciosas es importante, dado que la sepsis continúa siendo una de las principales causas de mortalidad en pacientes pediátricos con quemaduras extensas (Jeschke et al., 2020).

La labor desempeñada del personal de enfermería es determinante en todas las fases del manejo del niño quemado. Entre sus acciones destacan:

1. Monitorización continua de signos vitales, estado hemodinámico y control estricto de la diuresis para ajustar la reanimación hídrica.
2. Administración precisa de fluidos, analgésicos, antibióticos y medicamentos de soporte, verificando dosis, compatibilidad y reacciones adversas.



3. Realización de curaciones bajo estrictas medidas de asepsia, garantizando protección cutánea y confort del paciente.
4. Vigilancia de complicaciones como shock hipovolémico, insuficiencia respiratoria o alteraciones electrolíticas.
5. Apoyo emocional y psicosocial al niño y a su familia, contribuyendo a disminuir la ansiedad durante hospitalizaciones prolongadas.
6. Educación a cuidadores sobre el cuidado de heridas, prevención de infecciones, detección temprana de signos de alarma y medidas de prevención de quemaduras en el hogar (Youssef et al., 2019).

Las quemaduras pediátricas constituyen un problema de salud pública de gran magnitud y su adecuada atención impacta directamente en la reducción de la mortalidad y en la calidad de vida futura de los pacientes. La clasificación por grados y la estimación precisa de la superficie corporal quemada no son simples procedimientos diagnósticos, sino herramientas esenciales que definen el pronóstico y guían la terapéutica inmediata, evitando errores que podrían derivar en complicaciones irreversibles. La fórmula de Parkland y la tabla de Lund y Browder (1944), aún vigentes a pesar de su antigüedad, se mantienen como referentes fundamentales porque permiten individualizar la atención y garantizar una reanimación hídrica adecuada en la infancia.

El personal de enfermería se consolida como eje central en el cuidado del paciente pediátrico quemado, no solo en la ejecución técnica de intervenciones críticas como el control de líquidos, la analgesia y las curaciones, sino también en el acompañamiento emocional y educativo a las familias, que se ven profundamente afectadas por la situación. Su rol activo en la prevención de infecciones, la vigilancia de complicaciones y la humanización de los cuidados marca la diferencia entre un tratamiento meramente clínico y una atención integral que contempla el bienestar físico, psicológico y social del niño.



En conclusión, la atención de las quemaduras en la infancia exige precisión diagnóstica, protocolos estandarizados y un equipo de salud altamente entrenado, donde la enfermería aporta liderazgo, cercanía y compromiso. Cada minuto ganado en la atención inicial, cada acción de cuidado oportuno y cada gesto de apoyo humano tienen un impacto trascendental en la supervivencia, la rehabilitación y la reintegración del niño a su vida cotidiana. De este modo, enfrentar las quemaduras pediátricas no es únicamente una tarea clínica, sino un desafío ético y social que requiere responsabilidad, sensibilidad y excelencia profesional.

6.2. Complicaciones sistémicas y rehabilitación en niños con quemaduras

Las quemaduras en la población pediátrica no solo representan una agresión local a la piel, sino que desencadenan una serie de respuestas sistémicas que pueden comprometer múltiples órganos y sistemas. Estas complicaciones requieren una atención médica y de enfermería integral y especializada para optimizar la recuperación y reducir la morbilidad a largo plazo.

inflamatorios que afectan la función de diversos órganos. Esta respuesta puede progresar a un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), caracterizado por hipotensión, taquicardia, taquipnea y alteraciones en la función renal y hepática. La monitorización continua de signos vitales y parámetros laboratoriales es esencial para detectar y tratar precozmente estas complicaciones (Jeschke et al., 2020).

Tras una quemadura severa, el cuerpo entra en un estado hipermetabólico que puede persistir durante meses. Este estado se caracteriza por un aumento en el gasto energético basal, pérdida de masa muscular y ósea, y alteraciones en el metabolismo de proteínas y carbohidratos. La intervención nutricional temprana y adecuada es imprescindible para mitigar estos efectos y promover la cicatrización (Toma et al., 2024).

La pérdida de la barrera cutánea y la inmunosupresión inducida por la inflamación aumentan el riesgo de



infecciones nosocomiales, siendo la sepsis una de las principales causas de mortalidad en niños quemados. La implementación de protocolos estrictos de asepsia, vigilancia de signos de infección y administración oportuna de antibióticos son fundamentales para prevenir y controlar estas complicaciones (Toma et al., 2024).

Las quemaduras que afectan la vía aérea superior o la inhalación de humo pueden provocar edema de la mucosa, obstrucción de las vías respiratorias y dificultad respiratoria. La evaluación temprana de la función respiratoria y la intervención con soporte ventilatorio adecuado son esenciales para prevenir insuficiencia respiratoria (Gober y Zlatkin, 2014).

La rehabilitación de niños con quemaduras debe ser un proceso multidisciplinario que aborde las necesidades físicas, emocionales y sociales del paciente. Este proceso comienza desde la fase aguda y se extiende durante meses o incluso años.

Durante los primeros días tras la lesión, el objetivo principal es estabilizar al paciente, controlar el dolor y prevenir complicaciones. La administración de líquidos según la fórmula de Parkland, el control de la temperatura corporal y la prevención de infecciones son aspectos clave en esta fase (Zakel, 2016).

El cuidado de las heridas incluye la limpieza adecuada, el desbridamiento de tejidos necróticos, la aplicación de apósitos estériles y el uso de agentes antimicrobianos tópicos. La fisioterapia temprana es esencial para prevenir contracturas y mantener la movilidad articular (Atiyeh y Janom, 2014).

Una vez que las heridas han cicatrizado, se inicia la rehabilitación funcional, que incluye fisioterapia para mejorar la fuerza y la movilidad, y terapia ocupacional para facilitar la reintegración a las actividades diarias. Además, el apoyo psicológico es fundamental para abordar el impacto emocional de la lesión, incluyendo el miedo, la ansiedad y el estrés postraumático (Woolard et al., 2021).



La formación de cicatrices hipertróficas y queloides es común en niños con quemaduras extensas. El uso de prendas de compresión, terapia con láser y técnicas quirúrgicas pueden ser necesarias para mejorar la apariencia estética y funcional de las cicatrices. Además, la reintegración social y escolar del niño debe ser apoyada mediante programas de adaptación y sensibilización (Ohgi y Gu, 2013).

El personal de enfermería desempeña un importante papel en todas las fases del manejo de niños con quemaduras. Sus responsabilidades incluyen acciones como:

1. Valoración continua: Monitorización de signos vitales, balance hídrico, parámetros metabólicos y signos de complicaciones.
2. Administración de tratamientos: Aplicación de terapias farmacológicas, cuidados de heridas y soporte nutricional.
3. Educación y apoyo: Orientación a la familia sobre el cuidado en el hogar, prevención de infecciones y manejo de cicatrices.
4. Intervención psicológica: Identificación de necesidades emocionales y derivación a servicios de apoyo psicológico cuando sea necesario.

Las quemaduras en niños representan lesiones de gran complejidad que trascienden la afectación cutánea, generando respuestas sistémicas que comprometen órganos vitales y sistemas metabólicos. La magnitud de estas complicaciones, que incluyen síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, estado hipermetabólico prolongado, riesgo elevado de infecciones y afectación respiratoria, subraya la necesidad de una atención integral, temprana y especializada para optimizar la recuperación y reducir la morbilidad y mortalidad asociadas.

La rehabilitación de niños con quemaduras debe iniciarse desde la fase aguda, con manejo del dolor, estabilización hemodinámica, cuidado meticuloso de



las heridas y soporte nutricional, y continuar de manera prolongada, abordando aspectos funcionales, estéticos y psicosociales. La fisioterapia temprana, la terapia ocupacional, el manejo de cicatrices y la intervención psicológica son esenciales para preservar la movilidad, prevenir deformidades, favorecer la reintegración social y mitigar el impacto emocional del trauma.

El personal de enfermería es esencial en todas las etapas del cuidado, asegurando la monitorización continua, la administración segura de tratamientos, la prevención de complicaciones y el apoyo integral al niño y su familia. Su participación activa y especializada es determinante para garantizar que las estrategias de rehabilitación se implementen de manera efectiva, promoviendo una recuperación completa y una mejora significativa en la calidad de vida del paciente pediátrico.

La atención a niños quemados requiere un enfoque multidisciplinario que combine manejo clínico, rehabilitación funcional y soporte emocional. Solo a través de una intervención coordinada y sostenida se puede lograr la recuperación óptima, minimizar secuelas y ofrecer al niño la oportunidad de reintegrarse plenamente a su vida cotidiana y desarrollo integral.



07.

ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA: PROBLEMAS FRECUENTES Y MANEJO

7.1. Trastornos tiroideos en niños: hipotiroidismo e hipertiroidismo

Los trastornos tiroideos se refieren a “afecciones derivadas de la hipoactividad (hipotiroidismo) o la hiperactividad (hipertiroidismo) de la glándula tiroides, que desempeña un papel crucial en la regulación del metabolismo mediante la producción de hormonas” (Berria y Burns, 2024).

Los trastornos tiroideos representan una de las condiciones endocrinas más relevantes en pediatría, ya que la hormona tiroidea es esencial para el crecimiento, el desarrollo neurológico, la maduración esquelética y el metabolismo energético del niño. Cualquier alteración en su síntesis o regulación puede tener repercusiones significativas a corto y largo



plazo, afectando tanto la salud física como el desarrollo cognitivo y emocional.

Entre los trastornos tiroideos, el hipotiroidismo y el hipertiroidismo son los más frecuentes y clínicamente significativos, presentando manifestaciones variables según la edad, la gravedad de la disfunción y la duración del déficit o exceso hormonal. Estos trastornos requieren un manejo integral y multidisciplinario que combine diagnóstico temprano, tratamiento farmacológico adecuado y seguimiento regular del crecimiento y desarrollo (Hanaley et al., 2016; Léger y Carel, 2018).

El hipotiroidismo pediátrico puede clasificarse en congénito o adquirido. El hipotiroidismo congénito constituye una urgencia endocrina, dado que la deficiencia de hormona tiroidea durante las primeras semanas de vida puede ocasionar retraso mental irreversible, alteraciones del crecimiento lineal y retraso en el desarrollo motor y psicomotor. La detección temprana mediante programas de cribado neonatal, evaluando niveles de TSH y T4 sérica, permite instaurar de manera precoz la terapia con levotiroxina. La dosificación inicial se calcula generalmente entre 10–15 $\mu\text{g/kg/día}$ en neonatos, ajustándose posteriormente según el peso, edad y resultados de laboratorio, para lograr normalización hormonal sin inducir efectos adversos por sobretratamiento (Büyükgebiz, 2013; Lai y Bauer, 2025).

El hipotiroidismo adquirido, por su parte, suele asociarse con enfermedades autoinmunes, siendo la tiroiditis de Hashimoto la causa más frecuente en niños y adolescentes. Este tipo de hipotiroidismo se caracteriza por una evolución insidiosa, con síntomas que incluyen fatiga persistente, intolerancia al frío, aumento de peso progresivo, piel seca, caída del cabello, retraso en el crecimiento y alteraciones del estado de ánimo, como irritabilidad o apatía. El seguimiento de estos pacientes requiere controles periódicos de TSH y T4 libre, así como vigilancia del crecimiento lineal y la pubertad, adaptando la dosis de levotiroxina a los cambios fisiológicos y necesidades metabólicas individuales (Vanderpump, 2011; Wassner, 2017).



El hipertiroidismo pediátrico es menos frecuente que el hipotiroidismo, pero posee repercusiones clínicas relevantes y de aparición a menudo súbita. La enfermedad de Graves constituye la causa más común, caracterizándose por la presencia de autoanticuerpos estimulantes del receptor de TSH que provocan la producción excesiva de hormonas tiroideas y la activación metabólica sistémica. Los síntomas incluyen pérdida de peso a pesar de aumento del apetito, taquicardia, palpitaciones, hipertensión leve, temblores, sudoración profusa, irritabilidad, fatiga, alteraciones del sueño y, en casos severos, exoftalmos y problemas visuales. Además, los niños pueden presentar aceleración de la velocidad de crecimiento y maduración ósea, así como dificultades escolares por hiperactividad y déficit de concentración (Klein y Ojamaa, 2001; University of Michigan, 2025).

El abordaje terapéutico del hipertiroidismo pediátrico puede incluir medicamentos antitiroideos como el metimazol, control de los síntomas cardiovasculares con betabloqueadores y, en casos seleccionados, tratamiento con yodo radiactivo o cirugía, siempre evaluando riesgos y beneficios según la edad y la severidad clínica. El seguimiento requiere monitoreo estrecho de hormonas tiroideas, función hepática y hemograma, para prevenir complicaciones del tratamiento y garantizar un crecimiento y desarrollo normal.

El manejo incluye diversas estrategias:

1. **Terapia médica con antitiroideos:** Fármacos como **metimazol** inhiben la síntesis de hormonas tiroideas y constituyen la primera línea, requiriendo vigilancia de función hepática y conteo sanguíneo (Cooper, 2005).
2. **Yodo radiactivo:** Utilizado en casos refractarios o recurrencias, destruye tejido tiroideo hiperfuncionante, aunque puede inducir hipotiroidismo permanente, requiriendo terapia de reemplazo posterior (Kaplowitz et al., 2020).
3. **Cirugía:** Indicada en bocios voluminosos, nódulos tiroideos o intolerancia a medicamentos, con

seguimiento endocrinológico postoperatorio (Léger y Carel, 2018).

El hipertiroidismo no tratado puede afectar el crecimiento, el desarrollo puberal y la función cardiovascular, haciendo crucial la detección temprana y el seguimiento estrecho.

El cuidado de niños con trastornos tiroideos requiere la participación activa del personal de enfermería, desempeñando funciones fundamentales en prevención, tratamiento y educación familiar. Entre sus responsabilidades destacan:

1. Valoración continua: Monitoreo constante de signos vitales, crecimiento, desarrollo psicomotor y síntomas de disfunción tiroidea, permitiendo detectar alteraciones tempranas y ajustar el plan de cuidado.
2. Administración de tratamiento: Supervisión de la ingesta correcta de levotiroxina o antitiroideos, control de dosis, aseguramiento de la adherencia y vigilancia de posibles efectos adversos para garantizar la eficacia y seguridad del tratamiento.
3. Educación a la familia: Orientación sobre la importancia de cumplir con la terapia, seguimiento endocrinológico regular y adopción de medidas preventivas para evitar complicaciones.
4. Apoyo emocional: Identificación de ansiedad, irritabilidad o depresión relacionados con las alteraciones hormonales y acompañamiento del niño y su familia durante el manejo de la enfermedad, fomentando un entorno de contención y confianza.
5. Coordinación multidisciplinaria: Colaboración con endocrinólogos, nutricionistas, psicólogos y otros profesionales de la salud para ofrecer un enfoque integral que promueva el crecimiento adecuado, el desarrollo óptimo y el bienestar general del paciente.

Los trastornos tiroideos en la población pediátrica constituyen condiciones endocrinas de alta relevancia, dado que afectan procesos esenciales como el crecimiento, el desarrollo neurológico, la maduración esquelética y el metabolismo energético. La detección temprana y el manejo adecuado del hipotiroidismo



y el hipertiroidismo son determinantes para prevenir complicaciones graves, tanto físicas como cognitivas y emocionales.

El hipotiroidismo, tanto congénito como adquirido, requiere un diagnóstico precoz y la instauración oportuna de terapia hormonal con levotiroxina, ajustada cuidadosamente según peso, edad y respuesta clínica, para garantizar un desarrollo normal y prevenir secuelas irreversibles. El hipertiroidismo, por su parte, demanda un abordaje integral que combine medicación antitiroidea, control de síntomas cardiovasculares y, en casos seleccionados, yodo radiactivo o cirugía, siempre evaluando riesgos y beneficios. La monitorización constante de parámetros clínicos y laboratoriales es esencial para prevenir complicaciones del tratamiento y asegurar un crecimiento y desarrollo adecuados.

El papel del personal de enfermería es fundamental en todas las fases de atención, desde la valoración continua y administración segura de tratamientos, hasta la educación familiar, apoyo emocional y coordinación multidisciplinaria. Este enfoque integral permite detectar de manera temprana alteraciones hormonales, garantizar la adherencia terapéutica, prevenir complicaciones y favorecer el bienestar físico, cognitivo y emocional del niño.

7.2. Diabetes mellitus pediátrica: manejo y cuidado de enfermería

La diabetes mellitus es “un trastorno en el que el organismo no produce suficiente cantidad de insulina o no responde normalmente a la misma, lo que provoca que las concentraciones de azúcar (glucosa) en sangre sean anormalmente elevadas” (Brutsaert y Braunstein, 2023).

La diabetes mellitus (DM) en la edad infantil constituye uno de los trastornos metabólicos más importantes en la infancia y adolescencia, caracterizado por hiperglucemia crónica causada por alteraciones en la secreción o acción de la insulina. La diabetes tipo 1 (DT1), autoinmune y dependiente de insulina, es la forma más frecuente en niños, mientras que la diabetes tipo 2 (DT2) ha mostrado





un incremento significativo en los últimos años, asociado a obesidad, sedentarismo y factores genéticos. La DT1 se manifiesta de manera aguda, con síntomas clásicos de polidipsia, poliuria, polifagia y pérdida de peso, mientras que la DT2 puede presentar un curso insidioso y ser detectada durante evaluaciones de rutina o por complicaciones metabólicas (Chiang et al., 2014; Mayer-Davis et al., 2017).

El manejo de la diabetes pediátrica requiere un enfoque integral orientado a mantener un control glucémico adecuado, prevenir complicaciones agudas (hipoglucemia, cetoacidosis diabética) y reducir el riesgo de complicaciones crónicas (retinopatía, nefropatía, neuropatía y enfermedades cardiovasculares) (American Diabetes Association, 2023).

En la DT1, la administración de insulina es el pilar terapéutico, con esquemas que incluyen múltiples inyecciones diarias o el uso de bombas de insulina. La dosis debe individualizarse según la ingesta de carbohidratos, actividad física y niveles de glucosa capilar. En la DT2, la intervención inicial se centra en cambios en el estilo de vida (alimentación saludable, ejercicio regular) y, cuando es necesario, el uso de antidiabéticos orales o insulina (Pinhas-Hamiel y Zeitler, 2023).

El monitoreo constante de glucemia capilar, hemoglobina glucosilada (HbA1c) y, cuando esté disponible, glucosa continua (CGM), permite ajustar el tratamiento, detectar hipoglucemias e hiperglucemias tempranas y prevenir complicaciones metabólicas agudas.

El cuidado de enfermería en diabetes pediátrica abarca la atención clínica, educativa y psicosocial. Las principales acciones del personal de enfermería incluyen:

1. Valoración continua del paciente:

- Monitoreo de signos vitales, hidratación, crecimiento y desarrollo psicomotor.
- Registro diario de glucemias, dosis de insulina administradas, ingesta de alimentos y niveles de actividad física.

- Detección temprana de signos de hipoglucemia (temblores, sudoración, irritabilidad) e hiperglucemia (fatiga, poliuria, polidipsia).
2. Administración y supervisión de tratamiento:
- Aplicación de insulina según esquema prescrito, con verificación de dosis, técnica de inyección y almacenamiento adecuado.
 - Control de efectos adversos, como hipoglucemia, reacciones locales y alteraciones hematológicas o hepáticas en caso de antidiabéticos orales.
 - Coordinación de ajustes de dosis durante enfermedades intercurrentes, hospitalizaciones o cambios de rutina y actividad física.
3. Educación al niño y la familia:
- Enseñanza sobre conteo de carbohidratos, ajuste de insulina, autocontrol de glucemia y reconocimiento de signos de alerta.
 - Capacitación en técnicas de inyección, almacenamiento de insulina y uso de sistemas de monitoreo continuo.
 - Promoción de hábitos de vida saludables, alimentación balanceada y actividad física regular.
4. Prevención y manejo de emergencias:
- Preparación y actuación ante hipoglucemias, administrando carbohidratos de absorción rápida y supervisando recuperación clínica.
 - Detección temprana de cetoacidosis diabética y activación de protocolos de atención hospitalaria inmediata.
 - Supervisión estricta del balance hídrico, electrolitos y glucemia en casos agudos.
5. Apoyo emocional y psicosocial:
- Identificación de ansiedad, depresión, frustración o dificultades de adaptación escolar relacionadas con la enfermedad crónica.



- Orientación a la familia sobre estrategias de afrontamiento y desarrollo de autonomía progresiva del paciente.
- Promoción de la adherencia terapéutica mediante acompañamiento emocional constante.

6. Coordinación multidisciplinaria:

- Colaboración con endocrinólogos, nutricionistas, psicólogos, pediatras y educadores en diabetes.
- Participación en planes de seguimiento a largo plazo para evaluar crecimiento, desarrollo puberal, bienestar emocional y detección precoz de complicaciones crónicas.

El abordaje integral de la diabetes pediátrica asegura que el cuidado del niño incluya no solo la atención clínica, sino también la educación, prevención de complicaciones y soporte emocional, mejorando la calidad de vida y promoviendo la autonomía del paciente. La enfermería desempeña un papel central en este proceso, garantizando la seguridad del tratamiento, el control metabólico sostenido y la orientación educativa y psicosocial tanto para el niño como para su familia.

La diabetes mellitus pediátrica representa un desafío clínico y educativo significativo, dado su impacto en el crecimiento, desarrollo y bienestar emocional del niño. El control adecuado de la glucemia y la prevención de complicaciones agudas y crónicas dependen de un manejo integral que combine tratamiento farmacológico, monitoreo constante y estrategias de educación y apoyo familiar.

La diabetes tipo 1 requiere administración individualizada de insulina y seguimiento cercano, mientras que la diabetes tipo 2 demanda intervenciones combinadas de estilo de vida y, en algunos casos, farmacoterapia, adaptadas a las necesidades del niño. La detección temprana de hipoglucemias, hiperglucemias o complicaciones metabólicas es fundamental para reducir riesgos y mejorar el pronóstico a largo plazo.



El personal de enfermería desempeña un rol central, no solo en la supervisión y administración del tratamiento, sino también en la educación, prevención de emergencias, apoyo psicosocial y coordinación multidisciplinaria. Su intervención integral promueve la autonomía progresiva del paciente, la adherencia terapéutica y la mejora de la calidad de vida, garantizando que el cuidado abarque los aspectos clínicos, educativos y emocionales esenciales en la atención pediátrica de la diabetes.

Un enfoque de cuidado integral y colaborativo constituye la piedra angular para lograr un manejo seguro, efectivo y sostenido de la diabetes en la infancia y adolescencia, minimizando complicaciones y favoreciendo el desarrollo óptimo del niño.

7.3. Trastornos del crecimiento y desarrollo endocrino en la infancia

Los trastornos del crecimiento “afectan el crecimiento normal de los tejidos y pueden deberse a muchas causas, entre ellas, desnutrición o absorción deficiente de nutrientes; trastornos hormonales; trastornos óseos y del colágeno; y enfermedades genéticas y metabólicas” (Accredo Health Group, Inc, 2025).

El crecimiento y el desarrollo son procesos complejos regulados por la interacción de factores genéticos, nutricionales, hormonales y ambientales. La hormona del crecimiento (GH), la tiroxina, las hormonas sexuales y el factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF-1) son determinantes esenciales en el crecimiento lineal, la maduración ósea y el desarrollo psicomotor. Las alteraciones en estos sistemas endocrinos durante la infancia pueden ocasionar retraso en el crecimiento, pubertad precoz o tardía, y anomalías en el desarrollo físico y cognitivo, afectando la salud general y la calidad de vida del niño.

Los trastornos del crecimiento se clasifican generalmente en dos grandes categorías: defectos primarios o intrínsecos, relacionados con alteraciones genéticas o de la estructura ósea, y defectos secundarios o extrínsecos, derivados de enfermedades endocrinas, nutricionales o



sistémicas. Entre los trastornos endocrinos más comunes que afectan el crecimiento se incluyen:

1. **Deficiencia de hormona de crecimiento (GH):** Puede ser congénita o adquirida, provocando baja estatura proporcionada, retraso en la maduración ósea y alteraciones metabólicas. El diagnóstico se realiza mediante evaluación clínica, estudios de crecimiento longitudinal, niveles séricos de GH e IGF-1, y pruebas de estimulación hormonal (Richmond y Rogol, 2008; Sizonenko et al., 2001; Yuen et al., 2023).
2. **Síndrome de insensibilidad a la GH o resistencia a IGF-1:** Se caracteriza por talla baja severa a pesar de niveles normales o elevados de GH.
3. **Hipotiroidismo congénito o adquirido:** Su deficiencia de hormonas tiroideas afecta el crecimiento lineal y el desarrollo neurológico (Rose et al., 2023).
4. **Trastornos de las hormonas sexuales:** La pubertad precoz o tardía puede alterar la velocidad de crecimiento, la maduración ósea y la proporción corporal, afectando la autoestima y la adaptación social.
5. **Enfermedades crónicas y malnutrición:** La insuficiencia renal, enfermedad celiaca, cardiopatías congénitas o déficit nutricional prolongado pueden inhibir la liberación de GH y alterar el desarrollo físico y cognitivo.

Los niños con trastornos del crecimiento endocrino pueden presentar talla baja, desaceleración en la velocidad de crecimiento, retraso en la maduración ósea, proporciones corporales anormales y desarrollo puberal alterado. Además, algunas condiciones endocrinas, como el hipotiroidismo y la deficiencia de GH, se asocian con fatiga, retraso psicomotor y dificultades de aprendizaje, lo que requiere una valoración integral que incluya aspectos físicos, cognitivos y emocionales. El diagnóstico de los trastornos del crecimiento y desarrollo endocrino requiere un enfoque multidimensional:

1. **Historia clínica completa:** Antecedentes familiares de talla, pubertad y enfermedades endocrinas; patrones de crecimiento previos; dieta y estado nutricional.



2. **Examen físico:** Evaluación antropométrica (peso, talla, índice de masa corporal, circunferencia cefálica) y signos de pubertad o dismorfias.
3. **Pruebas de laboratorio:** Niveles séricos de GH, IGF-1, TSH, T4, hormonas sexuales, cortisol y otros marcadores según la sospecha clínica.
4. **Estudios de imagen:** Radiografías de la mano y muñeca para determinar edad ósea, ecografías de órganos endocrinos y resonancia magnética hipofisaria si se sospecha déficit de GH o lesiones hipotalámicas.

El abordaje terapéutico de los trastornos del crecimiento y desarrollo endocrino en la infancia requiere un enfoque individualizado y multidisciplinario, orientado a corregir la causa subyacente y favorecer un desarrollo físico y psicomotor óptimo. Las intervenciones deben combinar estrategias médicas, nutricionales y de seguimiento integral, asegurando que cada niño reciba un tratamiento adaptado a sus necesidades específicas y promoviendo tanto la normalización del crecimiento como el bienestar general. En este contexto, las acciones terapéuticas incluyen manejo hormonal, optimización del estado nutricional y control continuo de los parámetros de desarrollo.

El tratamiento de los trastornos del crecimiento y desarrollo endocrino en la infancia depende de la causa subyacente y debe ser individualizado. Entre las principales intervenciones se encuentra la terapia hormonal, que incluye la administración de hormona de crecimiento recombinante en niños con deficiencia confirmada, ajustando la dosis según peso, edad y respuesta clínica; la suplementación de hormonas tiroideas en casos de hipotiroidismo; y la aplicación de intervenciones hormonales específicas en trastornos de la pubertad, como los análogos de GnRH en pubertad precoz.

Además, es fundamental la atención nutricional y el manejo de enfermedades asociadas, optimizando el aporte calórico y proteico, tratando afecciones crónicas y corrigiendo deficiencias vitamínicas o minerales que puedan influir en el crecimiento. Finalmente, el



seguimiento integral del paciente resulta esencial, contemplando el control del crecimiento lineal, la maduración ósea, el desarrollo cognitivo y la adaptación psicosocial del niño, garantizando un abordaje completo que favorezca su desarrollo óptimo y bienestar general.

Ante esta patología el personal de enfermería debe desarrollar acciones como:

1. Valoración continua: Monitoreo de signos vitales, crecimiento lineal, desarrollo psicomotor y signos de pubertad.
2. Administración de tratamientos: Supervisión de hormonas de reemplazo, aplicación de GH y ajuste de dosis según indicaciones médicas.
3. Educación a la familia: Instrucción sobre adherencia terapéutica, técnicas de administración, signos de alarma y seguimiento endocrinológico regular.
4. Apoyo emocional y social: Acompañamiento del niño y su familia para fomentar autoestima, aceptación corporal y adaptación escolar.
5. Coordinación multidisciplinaria: Colaboración con endocrinólogos, nutricionistas, psicólogos, pediatras y fisioterapeutas para un enfoque integral del crecimiento y desarrollo.

Los trastornos del crecimiento y desarrollo endocrino en la infancia constituyen condiciones complejas que impactan de manera significativa la salud física, cognitiva y emocional del niño. La intervención temprana es fundamental para prevenir secuelas irreversibles y optimizar el potencial de crecimiento y desarrollo. Un enfoque integral, que combine diagnóstico preciso, manejo hormonal individualizado, atención nutricional y seguimiento continuo del desarrollo físico y psicomotor, permite abordar tanto las alteraciones fisiológicas como las repercusiones sociales y emocionales.

El desempeño del personal de enfermería es esencial en este contexto, ya que asegura la valoración continua, la correcta administración de tratamientos, la educación a la familia, el apoyo emocional del paciente y la coordinación con un equipo multidisciplinario. La



atención integral no solo contribuye a la normalización del crecimiento y la maduración ósea, sino que también favorece la adaptación psicosocial, la autoestima y la calidad de vida del niño.

La detección oportuna, la intervención especializada y el acompañamiento constante constituyen pilares estratégicos para garantizar resultados clínicos óptimos, minimizar complicaciones y promover un desarrollo armónico en los pacientes pediátricos con trastornos endocrinos del crecimiento.





08.

PROBLEMAS PSICOSOCIALES: CONDUCTA, ADICCIONES Y TRASTORNOS ALIMENTARIOS

8.1. Prevención y manejo de conductas autolesivas y riesgo de suicidio en la infancia: estrategias y cuidados de enfermería

Las conductas autolesivas y el riesgo de suicidio en la infancia constituyen problemas de salud mental que requieren atención prioritaria en el ámbito pediátrico, ya que pueden tener consecuencias graves a nivel físico, psicológico y social (Bridge et al., 2006; Hawton et al., 2012).

Las autolesiones y los comportamientos suicidas (imaginar, planificar o intentar el suicidio) están relacionados, pero la relación entre los dos es confusa. Debido a que pueden lucir similares, puede ser muy difícil distinguirlas. Pero hay diferencias importantes tanto en la intención como en el riesgo. Prácticamente en todos los casos se recurre a la autolesión para sentirse

mejor, en lugar de para intentar acabar con la propia vida. En efecto, algunas personas que se autolesionan tienen claro que eso les ayuda a evitar el suicidio. De hecho, el término técnico para autolesión es autolesión no suicida (NSSI, por sus siglas en inglés) (Child Mind Institute, 2024).

La ideación suicida y los intentos de autolesión en niños pueden estar asociados a múltiples factores de riesgo, incluyendo antecedentes familiares de enfermedad mental, abuso o negligencia, exposición a violencia, bullying, estrés académico y trastornos afectivos o de ansiedad (Mars et al., 2019; Nock et al., 2013). La detección temprana de estas conductas es fundamental para prevenir complicaciones y garantizar el desarrollo saludable del niño.

El personal de enfermería tiene un papel central en la prevención, identificación, manejo y seguimiento de niños con conductas autolesivas. La primera acción consiste en una evaluación integral, que incluye la revisión de antecedentes familiares y personales, observación del comportamiento, valoración del estado emocional, identificación de factores de riesgo y uso de herramientas estandarizadas de cribado de riesgo suicida y autolesión (Asarnow et al., 2011). Esta valoración debe realizarse de manera periódica, especialmente en niños con antecedentes de depresión, ansiedad, trastornos de conducta o experiencias traumáticas.

En la prevención primaria, la enfermería desarrolla intervenciones educativas dirigidas al niño, la familia y la comunidad, promoviendo habilidades de afrontamiento, regulación emocional, resolución de conflictos, comunicación efectiva y resiliencia (King et al., 2015). Entre las acciones específicas destacan: supervisión del entorno para reducir acceso a medios de autolesión, fomento de hábitos saludables de sueño y alimentación, y fortalecimiento del vínculo familiar y escolar. La educación a padres y cuidadores incluye orientación sobre señales de alarma, estrategias de apoyo emocional y métodos para manejar episodios de ansiedad o frustración del niño (Hawton et al., 2012).



En el manejo de crisis, el personal de enfermería debe garantizar la seguridad inmediata del niño, proporcionando contención emocional, supervisión directa y acceso rápido a profesionales especializados en salud mental. Esto implica: monitoreo constante del comportamiento, prevención de accesos a objetos que puedan causar daño, administración de cuidados físicos si hay lesiones autoinfligidas, y coordinación con psicólogos, psiquiatras y pediatras para intervención terapéutica inmediata (Mughal et al., 2024). Además, la enfermería apoya al niño en la expresión de emociones, fomenta técnicas de autorregulación y enseña estrategias de afrontamiento adaptadas a la edad y al nivel de desarrollo cognitivo del paciente.

El seguimiento poscrisis es esencial para prevenir recurrencias. Las acciones de enfermería incluyen evaluaciones periódicas del estado emocional y conductual, vigilancia de signos de alerta, seguimiento de la adherencia a intervenciones psicológicas, reintegración escolar y social, y educación continua a la familia sobre prevención secundaria (Horwitz et al., 2015). La coordinación con recursos comunitarios y servicios de salud mental, como grupos de apoyo, programas de intervención temprana, líneas de ayuda y servicios sociales, refuerza la red de soporte integral del niño y su familia.

En el enfoque integral, la enfermería también participa en la promoción de la resiliencia y el bienestar emocional, fomentando un ambiente seguro, estable y afectivo, favoreciendo la autoestima, la autonomía progresiva y la capacidad de resolución de problemas en la infancia (Nock et al., 2013). La combinación de prevención, manejo de crisis, educación y seguimiento multidisciplinario constituye un modelo de atención que reduce la recurrencia de conductas autolesivas y mejora la calidad de vida del niño, consolidando al personal de enfermería como un pilar esencial en la seguridad y cuidado psicosocial de la población pediátrica vulnerable.



Dentro de las acciones específicas que debe realizar el personal de enfermería con pacientes con este tipo de conducta se tienen:

1. Valoración continua de riesgo suicida y conductas autolesivas mediante entrevistas, observación y herramientas de cribado.
2. Supervisión del entorno para garantizar seguridad física y emocional del niño.
3. Aplicación de técnicas de contención y regulación emocional durante crisis agudas.
4. Administración de primeros auxilios y cuidados físicos en caso de lesiones autoinfligidas.
5. Educación a la familia sobre signos de alarma, estrategias de prevención y recursos comunitarios.
6. Coordinación multidisciplinaria con psicólogos, psiquiatras, pediatras y educadores.
7. Monitoreo poscrisis y seguimiento de la adherencia a intervenciones psicológicas y terapéuticas.

Las conductas autolesivas y el riesgo de suicidio en la infancia representan una prioridad crítica en salud pediátrica, debido a su alto impacto físico, emocional y social. Su aparición suele estar mediada por múltiples factores de riesgo, incluidos antecedentes familiares de enfermedad mental, experiencias traumáticas, estrés escolar y trastornos afectivos, lo que evidencia la necesidad de una detección temprana y sistemática para prevenir complicaciones graves y asegurar un desarrollo saludable del niño.

El personal de enfermería desempeña un rol central en esta prevención y manejo, actuando como vigilante clínico, educador, contenedor emocional y coordinador multidisciplinario. A través de la valoración integral, la supervisión del entorno, la aplicación de técnicas de regulación emocional y la educación familiar, se fortalece la seguridad del niño y se promueve la identificación oportuna de signos de alarma, mitigando riesgos y reduciendo la recurrencia de episodios autolesivos.



El abordaje integral que combina prevención primaria, manejo de crisis, seguimiento poscrisis y promoción de resiliencia demuestra ser eficaz para mejorar la calidad de vida del niño, fomentar la autonomía progresiva y consolidar la estabilidad emocional. La enfermería, al garantizar continuidad en la atención, educación y apoyo psicosocial, se constituye en un pilar indispensable en la protección y cuidado de la población pediátrica vulnerable ante conductas autolesivas y riesgo suicida.

La combinación de evaluación continua, intervención temprana, educación familiar, manejo seguro de crisis y coordinación con recursos especializados constituye la estrategia más efectiva para reducir el impacto de estas conductas, promoviendo el bienestar integral del niño y consolidando a la enfermería como eje esencial en la atención psicosocial infantil.

8.2. Detección y manejo de adicciones en la infancia: rol del personal de enfermería

Las adicciones son “un trastorno mental crónico... que alternan periodos de consumo más descontrolado con períodos de abstinencia en los que se abandona el consumo. Generan cambios en los circuitos del cerebro que provocan que la persona consuma de forma compulsiva” (Hospital Clínic de Barcelona, 2025).

Las adicciones en la infancia constituyen un problema emergente de salud pública que impacta de manera significativa en el desarrollo físico, psicológico y social del niño. Aunque la prevalencia es menor en comparación con adolescentes y adultos, los niños pueden presentar conductas de dependencia hacia sustancias como tabaco, alcohol, medicamentos de prescripción inadecuada o inhalantes, así como comportamientos adictivos no químicos, incluyendo el uso excesivo de videojuegos, dispositivos electrónicos y redes sociales. La exposición temprana a estas conductas aumenta el riesgo de dependencia futura, contribuye a alteraciones en el desarrollo cognitivo, genera problemas de conducta, dificulta el rendimiento académico y afecta la dinámica familiar y social del niño (Koning et al., 2018; Winick, 1962).



El inicio de conductas adictivas en edades tempranas también se asocia con la presencia de factores de vulnerabilidad individual y ambiental, como historia familiar de adicciones, exposición a estrés crónico, experiencias de abuso o negligencia, problemas de salud mental coexistentes (ansiedad, depresión, déficit de atención) y contextos socioeconómicos desfavorables. Estos factores pueden interactuar y potenciar la susceptibilidad del niño a desarrollar patrones de consumo problemático o dependencia (Clark et al., 2019).

La detección temprana de adicciones infantiles requiere un enfoque sistemático y multidimensional, basado en la observación constante de cambios conductuales, dificultades escolares, alteraciones del sueño, irritabilidad, aislamiento social, cambios en el apetito, rendimiento académico decreciente o síntomas físicos relacionados con el consumo de sustancias. Las herramientas de cribado estandarizadas, adaptadas a la edad y al nivel de desarrollo cognitivo, permiten identificar de manera precoz factores de riesgo, patrones de consumo incipiente y posibles comorbilidades, facilitando así la planificación de intervenciones oportunas y efectivas (Clark et al., 2019).

Además, es fundamental que la evaluación incluya la perspectiva familiar y escolar, considerando el papel de padres, cuidadores y docentes en la detección de señales de alerta, la supervisión del entorno y la promoción de hábitos de vida saludables. La identificación temprana de conductas adictivas permite implementar estrategias preventivas que reduzcan la progresión hacia la dependencia, minimicen el impacto sobre el desarrollo integral del niño y fortalezcan su resiliencia emocional y social (Koning et al., 2018).

El personal de enfermería juega un papel fundamental en la identificación, prevención y manejo de adicciones en la infancia, adoptando un enfoque integral que combine atención clínica, educativa y psicosocial. Entre sus principales acciones se incluyen:





1. Valoración continua: Evaluación periódica del niño mediante entrevistas, observación de conducta, revisión de antecedentes familiares y escolares, y aplicación de instrumentos estandarizados de detección de riesgo adictivo.
2. Prevención y educación: Orientación al niño y la familia sobre los riesgos asociados al consumo de sustancias y conductas adictivas, fomento de hábitos saludables, desarrollo de habilidades de afrontamiento y promoción de la comunicación efectiva en el entorno familiar y escolar.
3. Intervención temprana: En caso de identificar signos de consumo o dependencia, la enfermería coordina la atención con pediatras, psicólogos y especialistas en adicciones, garantizando la implementación de estrategias de contención, apoyo emocional y derivación a programas especializados.
4. Monitoreo y seguimiento: Control regular del comportamiento, adherencia a planes terapéuticos, asistencia a sesiones de orientación psicológica o grupal, y vigilancia de posibles recaídas.
5. Apoyo psicosocial y familiar: Acompañamiento continuo del niño y su familia, fortaleciendo la resiliencia, la autoestima y la capacidad de resolución de problemas, así como promoviendo un ambiente seguro y estructurado que disminuya la exposición a factores de riesgo.
6. Coordinación multidisciplinaria: Colaboración con educadores, trabajadores sociales, psicólogos y médicos para asegurar un enfoque integral que aborde las dimensiones clínica, educativa y social de la adicción infantil.

Las adicciones en la infancia representan un desafío crítico de salud pública, con un impacto profundo en el desarrollo físico, emocional y social de los niños. La exposición temprana a sustancias adictivas o conductas compulsivas no químicas incrementa el riesgo de dependencia futura, afecta el desarrollo cognitivo, dificulta el rendimiento escolar y altera las relaciones

familiares y sociales, lo que evidencia la necesidad de estrategias de prevención y detección temprana.

Los factores de vulnerabilidad individual y ambiental, como antecedentes familiares de adicciones, estrés crónico, experiencias de abuso o negligencia, problemas emocionales y contextos socioeconómicos desfavorables, pueden potenciar la susceptibilidad del niño a desarrollar patrones adictivos, haciendo indispensable una evaluación integral que considere aspectos conductuales, emocionales, escolares y familiares.

El personal de enfermería desempeña un papel central en la identificación, prevención y manejo de las adicciones infantiles, mediante un enfoque integral que combina atención clínica, educativa y psicosocial. La valoración continua, la educación a la familia y al niño, la intervención temprana ante señales de consumo, el seguimiento sistemático y la promoción de un entorno seguro y afectivo permiten reducir la progresión hacia la dependencia y fomentar hábitos saludables. La coordinación con psicólogos, pediatras, educadores y trabajadores sociales garantiza un abordaje multidimensional, atendiendo las necesidades físicas, emocionales y sociales del niño.

Un enfoque integral liderado por el personal de enfermería no solo contribuye a disminuir la incidencia y gravedad de las adicciones en la infancia, sino que fortalece la resiliencia, la autoestima y el desarrollo integral del niño, asegurando su bienestar emocional, seguridad y calidad de vida.

8.3. Trastornos alimentarios infantiles: cuidado integral de enfermería

Los trastornos de la alimentación “son enfermedades graves que se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria... muchas personas se pueden preocupar por su salud, peso o apariencia, algunas se fijan excesivamente o se obsesionan con la pérdida de peso... o la forma corporal” (U.S. Department of Health and Human Services, 2024c).





Los trastornos alimentarios, también conocidos como trastornos de la conducta alimentaria, en la población infantil constituyen un desafío creciente en la salud pediátrica, debido a su alta complejidad y a las múltiples consecuencias físicas, psicológicas y sociales que pueden derivarse de estas patologías (Herpertz-Dahlmann, 2019; Lock y Derenne, 2019). Estas condiciones no solo alteran los patrones de ingesta alimentaria, sino que también afectan directamente el desarrollo somático, la maduración neurocognitiva y la estabilidad emocional del niño, generando un impacto profundo en su calidad de vida. Entre los trastornos más frecuentes en esta población se encuentran la anorexia nerviosa, la bulimia y los trastornos por atracón, los cuales se caracterizan por conductas de restricción alimentaria, episodios de ingesta excesiva y, en algunos casos, conductas compensatorias como el vómito autoinducido, el abuso de laxantes o el ejercicio físico excesivo (Tan et al., 2022).

La anorexia nerviosa es un trastorno alimentario caracterizado por una restricción voluntaria y persistente de la ingesta de alimentos, motivada por un intenso miedo a aumentar de peso y una percepción distorsionada del propio cuerpo. En la población infantil, este trastorno no solo compromete la nutrición y el crecimiento, sino que también afecta el desarrollo cognitivo y emocional, provocando ansiedad, depresión y problemas de socialización.

Los niños con anorexia nerviosa pueden mostrar conductas de control extremo sobre la alimentación, rituales relacionados con la comida y una preocupación constante por la imagen corporal, lo que genera un impacto significativo en su calidad de vida y en la dinámica familiar. La intervención temprana es crucial para prevenir complicaciones médicas graves, como desnutrición severa, alteraciones cardiovasculares y retrasos en el desarrollo puberal.

La bulimia se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos seguidos de conductas compensatorias inapropiadas, como vómito autoinducido, uso excesivo de laxantes o diuréticos, y

ejercicio físico intenso. A diferencia de la anorexia, los niños con bulimia pueden mantener un peso corporal dentro de los rangos normales, lo que dificulta su detección temprana.

Este trastorno genera desequilibrios electrolíticos, problemas digestivos y alteraciones metabólicas, además de repercusiones psicológicas como culpa, ansiedad y baja autoestima. La bulimia en la infancia y adolescencia temprana requiere un abordaje integral que combine intervenciones médicas, nutricionales y psicológicas, así como un acompañamiento cercano de la familia para favorecer la adherencia al tratamiento y la recuperación sostenida.

Los trastornos por atracón o exceso de alimentos se caracterizan por episodios recurrentes de ingesta de grandes cantidades de comidas en un período corto de tiempo, sin la presencia de conductas compensatorias típicas de la bulimia. Este patrón de alimentación descontrolada suele estar asociado con sentimientos de culpa, angustia y pérdida de control, y con frecuencia conduce a sobrepeso u obesidad en la infancia.

Las consecuencias físicas incluyen alteraciones metabólicas, riesgo cardiovascular y problemas digestivos, mientras que las implicaciones emocionales y sociales afectan la autoestima, la relación con los pares y el desempeño académico. El manejo de los trastornos por atracón requiere intervenciones multidisciplinarias centradas en la educación nutricional, el desarrollo de habilidades de regulación emocional y el fortalecimiento de hábitos alimentarios saludables dentro del contexto familiar.

El desarrollo de estas patologías en la infancia y la adolescencia temprana está influenciado por una interacción compleja de factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales. Los factores biológicos incluyen predisposición genética, alteraciones hormonales y desequilibrios neuroquímicos que afectan la regulación del apetito y el comportamiento alimentario. A nivel psicológico, se ha identificado que la baja autoestima, la perfección, la ansiedad y los problemas





de regulación emocional incrementan el riesgo de desarrollar trastornos alimentarios (Lock y Derenne, 2019). Desde el punto de vista social, la presión por cumplir con estándares corporales idealizados, el acoso escolar relacionado con la apariencia física y las dinámicas familiares disfuncionales constituyen elementos desencadenantes y mantenedores de estas patologías.

La detección temprana de los trastornos alimentarios es fundamental, ya que la intervención precoz ha demostrado mejorar significativamente el pronóstico y reducir la aparición de complicaciones graves, que pueden incluir alteraciones cardiovasculares, desequilibrios electrolíticos, osteoporosis, insuficiencia renal y trastornos endocrinos como hipotiroidismo o disfunciones de la pubertad (Datta et al., 2023). La evaluación pediátrica integral debe incluir la historia clínica detallada, el seguimiento del crecimiento y desarrollo, la revisión de patrones dietéticos, así como la identificación de señales de alarma psicológicas, conductuales y fisiológicas.

El cuidado integral de enfermería en este contexto requiere un enfoque holístico que trascienda la simple administración de terapias nutricionales o la monitorización clínica. Los profesionales de enfermería juegan un rol importante en la identificación de factores de riesgo, la valoración continua del estado nutricional y emocional, y la coordinación con un equipo multidisciplinario que incluya pediatras, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras infantiles y otros profesionales de la salud (Cole, 2024). La enfermería debe incorporar estrategias de educación nutricional adaptadas a la edad y comprensión del niño, ofreciendo información clara y motivadora sobre hábitos alimentarios saludables, mientras se fortalece el vínculo con los cuidadores para garantizar que los cambios conductuales sean sostenibles en el hogar (Rosello et al., 2024).

Además, el personal de enfermería tiene la responsabilidad de fomentar un entorno seguro, empático y libre de juicios que reduzca la estigmatización de los pacientes y promueva la adherencia al tratamiento. Las

intervenciones deben personalizarse según la edad, el nivel de desarrollo, las características culturales y las condiciones psicosociales de cada niño, asegurando la promoción de la autoestima, la resiliencia y la capacidad de afrontar las presiones sociales y familiares que pueden desencadenar o agravar los trastornos alimentarios (Daley et al., 2025). La implementación de estrategias de apoyo psicológico, técnicas de manejo del estrés y acompañamiento educativo forman parte de la labor integral de enfermería, facilitando la reintegración progresiva a hábitos de alimentación saludables y al desarrollo socioemocional normal.

Es importante que el personal de enfermería ante pacientes que presenten trastornos alimentarios infantiles realice las siguientes acciones:

1. Realizar una evaluación integral del estado nutricional y de salud del niño, incluyendo crecimiento, peso y patrones de ingesta.
2. Identificar signos de riesgo y comportamientos alimentarios disfuncionales mediante entrevistas y observación clínica.
3. Administrar y supervisar terapias nutricionales, medicamentos y suplementos indicados por el equipo médico.
4. Brindar contención emocional al niño y a su familia, fomentando un entorno de confianza y seguridad.
5. Educar a cuidadores y familiares sobre hábitos alimentarios adecuados, prevención de recaídas y promoción de la salud integral.
6. Coordinar la atención multidisciplinaria con pediatras, nutricionistas, psicólogos y psiquiatras infantiles.
7. Monitorear continuamente el progreso clínico y psicológico, documentando cambios relevantes para ajustar el plan de cuidados.
8. Implementar estrategias de apoyo para promover la autoestima, resiliencia y adaptación social del niño.



9. Reducir estigmas relacionados con los trastornos alimentarios mediante educación y sensibilización del entorno familiar y escolar.

Los trastornos alimentarios infantiles constituyen un problema de salud complejo y de creciente incidencia, que afecta no solo la nutrición y el crecimiento físico, sino también el desarrollo cognitivo, emocional y social del niño. Su aparición se ve influenciada por factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales, lo que requiere un enfoque integral y personalizado para su prevención, detección y manejo.

La identificación temprana y la intervención precoz son esenciales para mejorar el pronóstico, prevenir complicaciones graves y reducir las secuelas a largo plazo. La evaluación pediátrica debe incluir historia clínica, seguimiento del crecimiento y desarrollo, revisión de patrones dietéticos y detección de señales conductuales y emocionales de alerta.

El cuidado integral de enfermería desempeña un papel fundamental en este contexto, ya que el personal no solo supervisa el estado clínico y administra terapias nutricionales, sino que también identifica factores de riesgo, coordina con otros profesionales de la salud y educa a los cuidadores sobre hábitos alimentarios saludables y estrategias de prevención.

Además, la enfermería contribuye a generar un entorno seguro y empático, libre de estigmatización, promoviendo la adherencia al tratamiento y fortaleciendo la autoestima, resiliencia y bienestar socioemocional del niño. La intervención temprana, combinada con apoyo educativo, psicológico y familiar, es clave para lograr una recuperación integral y sostenible.

En síntesis, los trastornos alimentarios infantiles requieren una respuesta coordinada, proactiva y holística, donde la enfermería tiene un papel central en la evaluación, prevención, educación, acompañamiento y seguimiento, asegurando así la mejora de la calidad de vida y el desarrollo saludable de los niños afectados.



09.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y CUIDADO ESPECIALIZADO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

9.1. Trastornos y procedimientos urológicos pediátricos. Diagnóstico y manejo integral

Los trastornos urológicos son “enfermedades de los riñones y las vías urinarias. Esto incluye los riñones, los uréteres, la vejiga urinaria y la uretra, así como los órganos reproductores masculinos, incluso los testículos, el epidídimo, el conducto deferente, las vesículas seminales, la próstata y el pene” (U.S. Department of Health and Human Services, 2023).

Los trastornos urológicos en pediatría representan un conjunto complejo de condiciones clínicas que abarcan desde malformaciones congénitas hasta alteraciones adquiridas del tracto urinario, lo que demanda un abordaje diagnóstico y terapéutico altamente especializado. Estas





patologías, que incluyen el reflujo vesicoureteral, las infecciones urinarias recurrentes, la hipospadia, la litiasis urinaria y las disfunciones miccionales, constituyen un desafío frecuente en la práctica clínica pediátrica. Su detección y tratamiento oportuno es fundamental, ya que de no abordarse adecuadamente pueden desencadenar complicaciones graves como daño renal progresivo, insuficiencia renal crónica e incluso repercusiones en el desarrollo psicosocial y la calidad de vida del niño (DeVries, 2022; Kopač, 2024).

El proceso diagnóstico exige una valoración exhaustiva e interdisciplinaria, que inicie con una historia clínica detallada y una exploración física minuciosa, acompañadas del uso de pruebas complementarias adaptadas a la edad y características del paciente. La ecografía renal y vesical se considera la técnica de primera elección por su carácter no invasivo, accesibilidad y sensibilidad en la identificación de anomalías estructurales iniciales (UCLA Health, 2025).

En casos donde se sospechen alteraciones funcionales más complejas, resulta imprescindible recurrir a estudios como la uretrocistografía miccional, la resonancia magnética urológica y las pruebas urodinámicas, que permiten evaluar la dinámica vesical, la función esfinteriana y la presencia de reflujo vesicoureteral oculto. Estos procedimientos proporcionan información valiosa para establecer un diagnóstico preciso y diseñar un plan terapéutico individualizado.

El manejo terapéutico de los trastornos urológicos en pediatría debe ser integral y adaptado a la gravedad de cada caso. En el ámbito farmacológico, los antibióticos profilácticos constituyen una estrategia preventiva en niños con reflujo vesicoureteral de bajo grado o con predisposición a infecciones urinarias recurrentes, mientras que los anticolinérgicos han demostrado eficacia en el control de la hiperactividad vesical y en la reducción de los episodios de incontinencia (t Hoen et al., 2021).

En cuanto a las intervenciones quirúrgicas, los avances en técnicas de mínima invasión como la laparoscopia y la

cirugía asistida por robot han optimizado los resultados funcionales, reduciendo la morbilidad postoperatoria y acortando los tiempos de recuperación, lo que representa un beneficio sustancial tanto para los pacientes como para sus familias (Lee et al., 2010). Asimismo, la corrección de hipospadias y la reimplantación ureteral siguen siendo procedimientos clave en la urología pediátrica moderna, con tasas de éxito cada vez mayores gracias a los avances técnicos y al mejor entendimiento de la anatomía infantil.

Dentro de este proceso integral, el personal de enfermería desempeña un papel fundamental como garante de la calidad de los cuidados. Su intervención no se limita a la administración de tratamientos, sino que se extiende a la monitorización clínica continua, la prevención de complicaciones, la preparación del paciente para procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y la educación sanitaria dirigida a los padres y cuidadores. La enfermería pediátrica urológica promueve un enfoque humanizado del cuidado, disminuye la ansiedad asociada a las intervenciones y asegura la continuidad asistencial tras el alta hospitalaria, contribuyendo así de manera directa a la recuperación y bienestar del niño (Nieuwhof et al., 2024).

En este sentido, la conjunción de la evidencia científica, la innovación tecnológica y la experiencia profesional del personal de enfermería constituye un soporte esencial en la evolución favorable de los pacientes pediátricos con trastornos urológicos. No solo se trata de curar una enfermedad, sino de acompañar al niño y a su familia en todo el proceso, fortaleciendo la confianza, reduciendo el impacto emocional y garantizando un cuidado seguro, integral y humanizado.

Las acciones del personal de enfermería en el cuidado urológico pediátrico constituyen un pilar esencial dentro del abordaje integral, pues permiten garantizar no solo la seguridad clínica del paciente, sino también su bienestar emocional y la participación activa de la familia en el proceso terapéutico. Estas intervenciones se basan en protocolos de práctica clínica, evidencia científica actualizada y la experiencia acumulada en la atención



a niños con trastornos urológicos, lo que asegura una atención humanizada, continua y de calidad. Las acciones sugeridas son:

1. Valoración clínica integral, identificando signos como disuria, polaquiuria, hematuria, dolor abdominal o lumbar y alteraciones en el patrón miccional.
2. Preparación y acompañamiento en procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, asegurando el confort del niño y reduciendo su ansiedad mediante estrategias de comunicación adaptadas a la edad.
3. Monitorización clínica continua, con control de signos vitales, balance hídrico, diuresis horaria y evolución de parámetros de función renal.
4. Educación sanitaria a padres y cuidadores, incluyendo pautas sobre higiene perineal, técnica de cateterismo vesical intermitente limpio, adherencia al tratamiento y prevención de infecciones.
5. Apoyo emocional al paciente y la familia, fortaleciendo la confianza en el proceso terapéutico y promoviendo la adaptación a tratamientos prolongados o invasivos.
6. Gestión del dolor y del confort, utilizando medidas farmacológicas en coordinación con el equipo médico y técnicas no farmacológicas como distracción, juego terapéutico y relajación.
7. Prevención de complicaciones, con especial vigilancia a infecciones asociadas a sondaje, lesiones cutáneas perineales y signos de deterioro renal.
8. Registro detallado de la evolución clínica y de los cuidados, garantizando la continuidad asistencial a través de la historia clínica y protocolos de seguimiento.
9. Participación en programas de seguimiento y rehabilitación, fomentando la adherencia a terapias, el control vesical y los hábitos de hidratación adecuados.

Los trastornos urológicos en pediatría constituyen un desafío clínico relevante que exige un abordaje integral y especializado para garantizar un diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz. La detección temprana de estas



patologías permite prevenir complicaciones graves, preservar la función renal y mejorar la calidad de vida de los pacientes infantiles, quienes presentan necesidades particulares que requieren un manejo diferenciado.

El diagnóstico, apoyado en estudios de imagen y pruebas funcionales, ofrece una visión precisa de la condición del niño y constituye la base para la planificación terapéutica individualizada. Los avances farmacológicos y quirúrgicos, especialmente las técnicas mínimamente invasivas, representan un progreso significativo en la reducción de la morbilidad y en la recuperación rápida de los pacientes pediátricos, lo que refleja la importancia de la innovación tecnológica en esta área.

El personal de enfermería se posiciona como un pilar fundamental en este proceso, al desempeñar funciones que trascienden la administración de cuidados básicos. Su papel incluye la monitorización clínica constante, la preparación y acompañamiento en procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la gestión del dolor, la prevención de complicaciones y la educación a padres y cuidadores, con un enfoque que combina la dimensión técnica con la humana.

El cuidado urológico pediátrico, en consecuencia, no se limita a la resolución de un cuadro clínico específico, sino que incorpora la atención integral del niño y su familia, promoviendo confianza, seguridad y bienestar. La unión de ciencia, tecnología y sensibilidad en el ejercicio profesional garantiza que el cuidado ofrecido sea integral, humanizado y centrado en las necesidades reales del paciente pediátrico.

9.2. Cirugía abdominal pediátrica. Diagnóstico, tratamiento y cuidados especializados

La cirugía abdominal “trata afecciones que afectan el abdomen , como el estómago, el intestino delgado, el bazo, el apéndice y el colon (o recto)... puede ser necesaria por diversas razones, como infecciones, tumores , reparación de hernias o incluso enfermedades intestinales” (Mercy Health, 2025).





La cirugía abdominal pediátrica constituye un campo altamente especializado de la medicina, dado que los niños presentan particularidades anatómicas, fisiológicas y metabólicas que requieren un abordaje diferenciado respecto a los adultos. Estas diferencias implican que las patologías abdominales puedan manifestarse de manera atípica, lo que demanda un alto nivel de experiencia clínica para su diagnóstico y manejo.

El diagnóstico temprano es fundamental, ya que muchas condiciones, como la apendicitis aguda, la invaginación intestinal, la atresia intestinal, las malformaciones congénitas del tracto gastrointestinal, las hernias y las patologías inflamatorias, pueden evolucionar rápidamente y comprometer la vida si no se detectan de manera oportuna (Abo-Halawa et al., 2024). Para lograrlo, se combina la valoración clínica exhaustiva con pruebas complementarias, entre las que destacan la ecografía abdominal como método de elección por su alta sensibilidad y especificidad, así como la ausencia de radiación, y estudios adicionales como tomografía computarizada, resonancia magnética o contrastes gastrointestinales según la complejidad del caso (Fraser et al., 2010).

El tratamiento quirúrgico depende de la patología, la edad y el estado general del paciente, abarcando intervenciones de emergencia y procedimientos programados. La cirugía mínimamente invasiva, especialmente la laparoscopia, ha revolucionado la cirugía abdominal pediátrica al ofrecer menores tasas de dolor postoperatorio, recuperación más rápida, menor riesgo de complicaciones y mejores resultados cosméticos (Meinzer et al., 2020). Procedimientos como la apendicectomía laparoscópica se consideran el estándar de oro en centros especializados, mientras que, en casos de malformaciones congénitas complejas, como la atresia duodenal, la malrotación intestinal o la enfermedad de Hirschsprung, la planificación preoperatoria y el uso de técnicas avanzadas permiten mejorar la supervivencia y la calidad de vida (Shalaby et al., 2021). La cirugía reconstructiva y la corrección

de defectos anatómicos requieren una coordinación estrecha entre cirujanos pediátricos, anestesiólogos y personal de enfermería altamente capacitado.

El rol del personal de enfermería es esencial en todas las fases del proceso quirúrgico. Durante la preparación preoperatoria, se asegura el cumplimiento de protocolos de seguridad quirúrgica, la administración de profilaxis antibiótica, la canalización de vías venosas y la educación del paciente y la familia sobre los procedimientos, reduciendo la ansiedad y promoviendo la cooperación (Nieuwhof-Leppink et al., 2024). En el postoperatorio inmediato y mediato, la enfermería realiza el monitoreo constante de signos vitales, la vigilancia de drenajes, sondas y catéteres, la administración de analgesia según protocolos, y la detección precoz de complicaciones como infecciones, hemorragias, dehiscencias o íleo paralítico. Además, proporciona soporte emocional, acompañando al niño y a sus familiares durante la hospitalización, favoreciendo la adaptación a los cuidados prolongados y promoviendo la continuidad asistencial tras el alta (Aldridge y Kiely, 2021; Georgeson y Robertson, 2004). La educación sanitaria dirigida a padres y cuidadores sobre cuidados de la herida, dieta, hidratación y signos de alerta es otro pilar de la intervención de enfermería especializada.

La cirugía abdominal pediátrica exige un abordaje integral que combina diagnóstico oportuno, técnicas quirúrgicas avanzadas y cuidados especializados de enfermería, con énfasis en la seguridad, humanización y calidad de la atención. La colaboración interdisciplinaria entre cirujanos, anestesiólogos, personal de enfermería y familias asegura no solo la resolución de la patología de base, sino también la recuperación segura del paciente, minimizando complicaciones y optimizando la calidad de vida de los niños y adolescentes sometidos a procedimientos abdominales (Nieuwhof-Leppink et al., 2024; Riccabona et al., 2018).

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la cirugía abdominal pediátrica, actuando como eje central en la coordinación y ejecución de cuidados antes, durante y después del procedimiento



quirúrgico. Su intervención no solo garantiza la seguridad clínica y la adherencia a los protocolos establecidos, sino que también promueve un enfoque humanizado que considera las necesidades físicas, emocionales y educativas del niño y su familia.

La presencia y supervisión del personal de enfermería permite detectar oportunamente posibles complicaciones, facilita la implementación de estrategias de manejo del dolor y optimiza la recuperación postoperatoria, asegurando que el proceso quirúrgico se desarrolle de manera segura y eficiente. A continuación, se detallan las acciones específicas que el personal de enfermería lleva a cabo en el cuidado de pacientes pediátricos sometidos a cirugía abdominal.

1. Valoración inicial integral: realizar la exploración física completa, registrar signos vitales, evaluar el dolor mediante escalas pediátricas y recopilar antecedentes relevantes.
2. Preparación preoperatoria: asegurar el cumplimiento de ayuno, preparación intestinal cuando esté indicada, canalización de vía venosa periférica y administración de medicación profiláctica según indicación médica.
3. Educación y apoyo familiar: brindar información clara sobre el procedimiento, disminuir la ansiedad del niño y sus padres, y reforzar la importancia de la colaboración en el proceso de recuperación.
4. Monitorización intraoperatoria y asistencia al equipo quirúrgico: verificar la lista de verificación de seguridad quirúrgica, preparar insumos y colaborar con anestesia y cirugía durante la intervención.
5. Cuidado postoperatorio inmediato: vigilar la permeabilidad de la vía aérea, controlar signos vitales, administrar analgesia prescrita y monitorizar drenajes o sondas abdominales.
6. Prevención de complicaciones: observar signos de sangrado, infección, dehiscencia de herida quirúrgica, íleo paralítico o alteraciones en la diuresis.
7. Manejo del dolor: aplicar protocolos de analgesia multimodal, utilizando escalas como FLACC o Wong-Baker, y garantizar la administración correcta de fármacos analgésicos.



8. Cuidados en la nutrición: iniciar progresivamente la dieta según tolerancia, registrando la presencia de vómitos, distensión abdominal o rechazo alimentario.
9. Apoyo psicoemocional: acompañar al niño y a la familia, identificando signos de ansiedad o miedo, y facilitar la comunicación con el equipo interdisciplinario.
10. Registro y continuidad de cuidados: documentar todas las intervenciones de enfermería y cambios en la evolución del paciente para asegurar la continuidad asistencial y la calidad del proceso.

La cirugía abdominal pediátrica evidencia la necesidad de un enfoque altamente especializado que combine diagnóstico temprano, tratamiento quirúrgico adecuado y cuidados de enfermería especializados. Resulta evidente que la identificación oportuna de patologías abdominales en niños es decisiva, ya que su evolución rápida puede comprometer la vida del paciente si no se interviene a tiempo. Por otra parte, los procedimientos quirúrgicos deben adaptarse a la edad y estado clínico del niño, incorporando técnicas mínimamente invasivas que optimicen los resultados clínicos, reduzcan complicaciones y favorezcan la recuperación postoperatoria.

De igual forma, la actuación del personal de enfermería se consolida como un componente esencial en todas las fases del proceso quirúrgico. Su intervención abarca no solo la ejecución de cuidados clínicos, sino también la educación y acompañamiento del paciente y su familia, la monitorización constante para la detección precoz de complicaciones, el manejo del dolor, el control de la nutrición y la documentación detallada de los cuidados para garantizar continuidad asistencial y seguridad.

En síntesis, la cirugía abdominal pediátrica requiere un abordaje integral e interdisciplinario, donde la colaboración efectiva entre cirujanos, anestesiólogos, enfermería y familias asegura la resolución de la patología de base, promueve la recuperación segura y humanizada, y optimiza el bienestar físico, emocional y la calidad de vida de los pacientes pediátricos a lo largo de todo el proceso quirúrgico.



9.3. Traumatología pediátrica: atención, manejo y rehabilitación de lesiones

“La traumatología pediátrica es una subespecialidad de la ortopedia que se enfoca en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones y enfermedades del sistema musculoesquelético en niños y adolescentes. Estas lesiones pueden incluir fracturas, esguinces, dislocaciones y problemas de crecimiento” (Mantecón, 2024).

Los pacientes pediátricos no son simplemente adultos en miniatura, ya que su esqueleto en crecimiento, la presencia de placas de crecimiento y la mayor elasticidad de ligamentos y tendones hacen que los patrones de lesión, la evolución y las estrategias terapéuticas sean diferentes, lo que exige un abordaje especializado y multidisciplinario (Beaty y Kasser, 2020).

Entre las lesiones más frecuentes se encuentran las fracturas de extremidades, las luxaciones articulares, los esguinces, las contusiones y los traumatismos craneoencefálicos asociados a accidentes domésticos, deportivos o de tránsito. La evaluación inicial requiere una valoración sistemática que incluya la historia clínica detallada, el mecanismo de la lesión, la exploración física minuciosa y la identificación de signos de alarma que puedan indicar compromiso neurovascular o riesgo de daño permanente (Henrikus, 2019). Las pruebas complementarias, principalmente radiografías, tomografía computarizada y resonancia magnética, se seleccionan según el tipo de lesión, la edad del paciente y la necesidad de evaluar tejidos blandos, crecimiento óseo y articulaciones.

El manejo de las lesiones traumatológicas en pediatría puede ser conservador o quirúrgico, dependiendo de la gravedad, localización y tipo de lesión. El tratamiento conservador incluye inmovilización con yeso, férulas o vendajes funcionales, analgesia adecuada y seguimiento periódico para asegurar la correcta consolidación ósea y evitar complicaciones como deformidades, retraso de crecimiento o pérdida funcional (Mulpuri y Howard, 2021). Cuando la lesión requiere intervención quirúrgica, se aplican técnicas adaptadas a la edad del paciente,



con consideraciones especiales sobre las placas de crecimiento y la preservación de la función articular. La cirugía mínimamente invasiva y la fijación interna con dispositivos pediátricos especializados han mejorado significativamente los resultados clínicos, reduciendo complicaciones postoperatorias y acelerando la recuperación funcional (Canavese y Krajbich, 2020).

La rehabilitación ocupa un papel central en la traumatología pediátrica, ya que el objetivo no solo es la consolidación ósea, sino también la recuperación de la movilidad, fuerza y coordinación de los segmentos afectados. Los programas de fisioterapia individualizados y basados en evidencia ayudan a prevenir rigideces articulares, atrofia muscular y alteraciones posturales, además de fomentar la reincorporación progresiva a actividades cotidianas y deportivas de manera segura (Landin, 2022).

El personal de enfermería desempeña un rol esencial a lo largo de todo el proceso, desde la evaluación inicial hasta la rehabilitación. Entre sus funciones destacan la vigilancia clínica, la administración de analgésicos, la educación a los pacientes y familiares sobre cuidados de inmovilización, prevención de complicaciones, signos de alarma y pautas de actividad física segura. Asimismo, la enfermería contribuye al acompañamiento emocional, ayudando a los niños y sus familias a adaptarse a cambios físicos temporales o permanentes, promoviendo adherencia al tratamiento y continuidad asistencial.

La traumatología pediátrica requiere un abordaje integral y coordinado, en el que la colaboración entre traumatólogos, cirujanos ortopédicos, fisioterapeutas, enfermería y familiares asegura una atención segura, eficiente y centrada en el niño. Este enfoque multidisciplinario permite no solo la resolución de la lesión, sino también la recuperación funcional, el bienestar emocional y la calidad de vida del paciente pediátrico, minimizando el riesgo de secuelas a largo plazo.

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la atención de niños con lesiones



traumatológicas, actuando como eje central en la seguridad, el cuidado y la recuperación del paciente. Su intervención abarca desde la valoración inicial hasta la rehabilitación, incluyendo el monitoreo clínico, la administración de analgesia, la educación a los pacientes y familias sobre cuidados específicos, la prevención de complicaciones y el apoyo emocional. La participación activa de enfermería garantiza que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos se realicen de manera segura y humanizada, facilitando la adherencia al tratamiento, la recuperación funcional y la reintegración progresiva de los niños a sus actividades habituales.

9.4. Cirugía cardiopulmonar pediátrica y cuidados perioperatorios especializados

La cirugía pulmonar, también conocida como cardiorácica “es la especialidad quirúrgica que trata enfermedades y problemas que afectan al corazón y al pecho mediante cirugía” (Willis-Knighton Health, 2025).

La cirugía cardiopulmonar pediátrica constituye una subespecialidad quirúrgica dedicada al diagnóstico, tratamiento y manejo integral de enfermedades congénitas o adquiridas del corazón, pulmones, grandes vasos y estructuras torácicas en recién nacidos, lactantes, niños y adolescentes. Esta disciplina exige un conocimiento profundo de la anatomía, fisiología y biomecánica cardiopulmonar pediátrica, dado que las respuestas del sistema cardiovascular y respiratorio en niños difieren significativamente de las de los adultos, lo que impacta directamente en la planificación quirúrgica, la anestesia y los cuidados postoperatorios (Gupta et al., 2014; Mavroudis y Backer, 1994).

El diagnóstico preoperatorio combina la historia clínica completa, exploración física y pruebas de imagen avanzadas, como:

1. **Ecocardiografía:** primera línea para evaluar cardiopatías congénitas y funcionalidad cardíaca.
2. **Resonancia magnética cardíaca (RMN) y tomografía computarizada (TC):** permiten caracterizar



estructuras complejas y planificar intervenciones quirúrgicas precisas.

3. **Cateterismo cardíaco diagnóstico:** utilizado en casos complejos para evaluar presión, flujo y anatomía vascular.

La planificación quirúrgica debe ser individualizada, considerando la complejidad anatómica, edad, peso y comorbilidades del paciente. Esto permite determinar el tipo de intervención, la vía de abordaje, la necesidad de soporte circulatorio extracorpóreo y estrategias de protección de órganos en desarrollo (Del Nido, 2020).

Las intervenciones quirúrgicas en cirugía cardiopulmonar pediátrica incluyen:

1. Reparación de **cardiopatías congénitas** complejas, como tetralogía de Fallot, transposición de grandes vasos y defectos septales.
2. Corrección de **malformaciones pulmonares** o anomalías vasculares.
3. Reconstrucción de **grandes vasos** y reparación de estructuras torácicas.
4. Procedimientos **minimamente invasivos** cuando es posible, para reducir trauma y preservar la función cardiopulmonar.

El objetivo principal es preservar la función y crecimiento de los órganos, minimizar riesgos y prevenir complicaciones a largo plazo (Keller y Saenz, 2023).

Los cuidados perioperatorios abarcan tres fases fundamentales:

1. **Fase preoperatoria**

- Valoración integral cardiopulmonar, nutricional y hemodinámica.
- Preparación psicológica del paciente y la familia, explicando procedimiento, riesgos y expectativas.
- Coordinación con anestesiología pediátrica y cardiología para minimizar riesgos.





2. Fase intraoperatoria

- Monitorización continua de signos vitales, oxigenación y perfusión tisular.
- Soporte cardiopulmonar avanzado (circulación extracorpórea o ECMO, si es necesario).
- Estrategias de mínima invasión y protección de órganos.

3. Fase postoperatoria

- Cuidados intensivos pediátricos con monitorización hemodinámica, respiratoria y neurológica.
- Control del dolor, prevención de infecciones y manejo de complicaciones postquirúrgicas.
- Rehabilitación progresiva, nutrición especializada y seguimiento multidisciplinario.

Dentro de las acciones a desempeñar por el personal de enfermería pediátrica se incluyen:

1. Valoración integral preoperatoria: signos vitales, estado cardiopulmonar y preparación psicológica.
2. Educación y apoyo familiar: explicación de procedimientos, cuidados en casa y signos de alarma.
3. Asistencia en procedimientos quirúrgicos: preparación del paciente, monitoreo intraoperatorio y apoyo al equipo quirúrgico.
4. Manejo postoperatorio: control del dolor, vigilancia de complicaciones, monitorización hemodinámica y respiratoria.
5. Rehabilitación y seguimiento: ejercicios respiratorios, fisioterapia pediátrica, adherencia a medicación y control nutricional.
6. Documentación y continuidad de cuidados: registro preciso de intervenciones, evolución y resultados, asegurando la coordinación con el equipo interdisciplinario.
7. Apoyo psicoemocional: acompañamiento del paciente y familia, estrategias de afrontamiento y prevención de ansiedad o estrés postoperatorio.

El éxito en cirugía cardiopulmonar pediátrica depende de un trabajo coordinado entre cirujanos, anestesiólogos, cardiólogos, intensivistas, enfermería, fisioterapeutas y psicólogos. Esta colaboración garantiza seguridad,

eficacia y recuperación óptima, favoreciendo la función cardiopulmonar a largo plazo y la calidad de vida del paciente (Foldy y Gorman, 1989; Sachs et al., 2014).

La cirugía cardiopulmonar pediátrica es una subespecialidad altamente compleja que requiere un enfoque integral y multidisciplinario, centrado en la atención segura y efectiva de recién nacidos, lactantes, niños y adolescentes con enfermedades congénitas o adquiridas del corazón, los pulmones y las estructuras torácicas. La intervención quirúrgica en pacientes pediátricos no solo implica el manejo técnico de las lesiones o malformaciones, sino también una comprensión profunda de las particularidades anatómicas y fisiológicas que diferencian a los niños de los adultos, lo cual es crucial para optimizar los resultados y minimizar complicaciones.

El diagnóstico y la planificación quirúrgica individualizada constituyen pilares fundamentales del éxito terapéutico. La utilización de técnicas de imagen avanzadas, junto con una evaluación clínica exhaustiva, permite al equipo médico seleccionar el tipo de intervención más adecuado, la vía de abordaje óptima y las estrategias de protección de órganos en desarrollo, asegurando la preservación de la función cardiopulmonar y el crecimiento normal del paciente.

Los cuidados perioperatorios, que abarcan fases preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria, son determinantes para la recuperación y la prevención de complicaciones. Cada etapa requiere un enfoque especializado que combina monitorización intensiva, control del dolor, soporte nutricional y rehabilitación progresiva, así como la preparación y educación de los pacientes y sus familias para garantizar la adherencia a los cuidados y una transición segura hacia el hogar.

El personal de enfermería pediátrica actúa no solo como ejecutor de procedimientos clínicos, sino también como coordinador del cuidado integral, educador de la familia, vigilante de signos vitales y complicaciones, y facilitador del apoyo psicoemocional del paciente. La intervención activa y especializada de enfermería es esencial para



asegurar la continuidad de los cuidados, mejorar la recuperación funcional y fomentar la seguridad del paciente.

El éxito en cirugía cardiopulmonar pediátrica depende de un trabajo coordinado y multidisciplinario que integre cirujanos, anestesiólogos, cardiólogos, intensivistas, enfermería, fisioterapeutas y psicólogos. La colaboración efectiva entre estos profesionales garantiza procedimientos más seguros, recuperaciones más rápidas y resultados funcionales sostenibles, contribuyendo significativamente a la calidad de vida y al bienestar general de los pacientes pediátricos.

9.5. Reconstrucción y cirugía reparadora en pacientes pediátricos quemados

La cirugía reconstructiva “repara partes del cuerpo afectadas por defectos de nacimiento, defectos derivados de una enfermedad o defectos causados por una lesión” (Cleveland Clinic, 2021).

En el caso de la reconstrucción y cirugía reparadora en pacientes pediátricos quemados constituye un desafío complejo dentro de la cirugía reconstructiva, debido a la vulnerabilidad fisiológica, emocional y psicológica de los niños, así como a la particularidad de su crecimiento y desarrollo continuo. Los niños presentan diferencias anatómicas y metabólicas significativas respecto a los adultos, incluyendo mayor superficie corporal relativa, piel más delgada y mayor tasa metabólica basal, lo que los hace especialmente susceptibles a la deshidratación, alteraciones electrolíticas y compromiso de múltiples sistemas orgánicos en el contexto de quemaduras extensas (Vasileiadis et al., 2024; Vinaik et al., 2020). La atención temprana y especializada es de vital importancia ya que la respuesta inflamatoria sistémica puede evolucionar rápidamente hacia shock hipovolémico, falla multiorgánica o infección sistémica, comprometiendo no solo la supervivencia, sino también el pronóstico funcional y estético a largo plazo.

El diagnóstico y la evaluación inicial del paciente quemado se centran en determinar la extensión, profundidad y ubicación de las lesiones, utilizando



herramientas estandarizadas como la regla de los nueve adaptada a la edad pediátrica y mediciones precisas de la superficie corporal afectada. La identificación de zonas críticas como articulaciones, cara, manos, pies o genitales es esencial, ya que estas áreas presentan mayor riesgo de contracturas, deformidades funcionales y complicaciones estéticas si no se interviene de manera precoz (Herndon, 2017). La estabilización inicial implica un manejo riguroso del dolor, reposición de líquidos basada en fórmulas pediátricas, soporte nutricional específico para cubrir las altas demandas metabólicas y la implementación de medidas estrictas de control de infecciones, creando un entorno seguro y óptimo para cualquier intervención reconstructiva posterior.

Las técnicas de cirugía reparadora en pacientes pediátricos quemados son diversas y se seleccionan según la extensión de la lesión, profundidad del daño tisular y características individuales del paciente. Entre ellas se incluyen injertos de piel autóloga de espesor parcial o total, colgajos locales o libres, expansores tisulares y técnicas de liberación de contracturas. La elección de la técnica considera la elasticidad de la piel infantil, la capacidad de crecimiento del tejido circundante y la necesidad de intervenciones escalonadas a medida que el niño se desarrolla, para minimizar complicaciones como hipocrecimiento de segmentos afectados o deformidades funcionales (Krishnamoorthy et al., 2011; Cuijpers et al., 2024). La cirugía reconstructiva puede programarse de manera secuencial, iniciando con procedimientos de emergencia para cubrir áreas críticas y prevenir infecciones, y continuando con cirugías planificadas que restauren la función y la estética, optimizando así el desarrollo físico y psicosocial del paciente.

El personal de enfermería desempeña un rol esencial en todas las fases del tratamiento quirúrgico y reconstructivo. Durante la fase preoperatoria, la enfermería se encarga de preparar al paciente, canalizar vías venosas, administrar medicación profiláctica y ofrecer educación tanto al niño como a la familia sobre el procedimiento y los cuidados posteriores, fomentando la cooperación





y disminuyendo la ansiedad. Durante la intervención quirúrgica, el personal de enfermería colabora estrechamente con el equipo, asegurando la seguridad, facilitando la logística de la cirugía y contribuyendo al control del dolor y al bienestar emocional del niño. En el postoperatorio, su función incluye la vigilancia estricta de signos vitales, la supervisión de injertos y colgajos, la prevención de infecciones y complicaciones, el manejo del dolor mediante analgesia multimodal y técnicas no farmacológicas, así como la coordinación de la rehabilitación física y ocupacional (O'Donnell y Nácul, 2016).

La rehabilitación y el seguimiento a largo plazo son igualmente críticos para asegurar resultados funcionales y estéticos óptimos. Esto comprende programas de fisioterapia para preservar la movilidad articular y prevenir rigideces, terapia ocupacional para el desarrollo de habilidades motoras finas, y apoyo psicológico para abordar el trauma físico y emocional asociado a la lesión. La educación de cuidadores y la coordinación interdisciplinaria entre cirujanos plásticos, intensivistas, fisioterapeutas, psicólogos y enfermería garantizan que la recuperación sea integral y adaptada al desarrollo del niño, promoviendo su bienestar físico, emocional y social.

La reconstrucción y cirugía reparadora en pacientes pediátricos quemados exige un abordaje integral que combine estabilización inicial, intervenciones quirúrgicas avanzadas y cuidados especializados de enfermería. La colaboración interdisciplinaria, la planificación individualizada de cada procedimiento y el seguimiento constante son fundamentales para optimizar la función, la apariencia estética y la calidad de vida de los niños afectados. Este enfoque permite no solo la recuperación física y funcional, sino también el desarrollo emocional y psicosocial, minimizando complicaciones y promoviendo un crecimiento saludable en pacientes que enfrentan la complejidad de las quemaduras graves durante la infancia.

Dentro de las acciones específicas que debe realizar el personal de enfermería con pacientes pediátricos quemados se encuentran:

1. Valoración integral inicial: evaluar extensión y profundidad de las quemaduras, registrar signos vitales, dolor y estado nutricional.
2. Preparación preoperatoria: asegurar ayuno, canalización de vías, administración de profilaxis antibiótica y educación familiar.
3. Monitorización intraoperatoria: asistir al equipo quirúrgico, verificar instrumentos y garantizar seguridad del paciente.
4. Cuidado postoperatorio inmediato: vigilar injertos, drenajes, signos vitales y dolor; prevenir infecciones y complicaciones.
5. Manejo del dolor: aplicar protocolos farmacológicos y técnicas no farmacológicas, ajustadas a la edad y tolerancia del paciente.
6. Rehabilitación y fisioterapia: colaborar con ejercicios de movilidad, supervisar la adhesión a terapias y prevenir contracturas.
7. Apoyo psicoemocional: acompañar al niño y familiares, identificar ansiedad o estrés postraumático, fomentar estrategias de afrontamiento.
8. Educación familiar: instruir sobre cuidados de heridas, protección de injertos, signos de alarma y pautas de seguimiento.
9. Prevención de complicaciones a largo plazo: vigilar cicatrización, deformidades, contracturas y problemas funcionales.
10. Registro y continuidad de cuidados: documentar todas las intervenciones, evolución de heridas y progresos en rehabilitación para asegurar calidad asistencial.

Las quemaduras en la población pediátrica representan una de las patologías más complejas dentro de la cirugía reconstructiva, debido a la vulnerabilidad fisiológica, emocional y psicológica de los niños, así como a la particularidad de su crecimiento y desarrollo continuo. Las conclusiones de este epígrafe permiten sintetizar los elementos clave en la atención de estos pacientes.





En primer lugar, se destaca la necesidad de una estabilización temprana y especializada, que incluya manejo riguroso del dolor, reposición de líquidos, soporte nutricional y control de infecciones, ya que estas medidas son determinantes para la supervivencia, la prevención de complicaciones sistémicas y la preparación para intervenciones reconstructivas.

En segundo lugar, la planificación quirúrgica debe ser individualizada, considerando la extensión, profundidad y localización de las lesiones, así como la elasticidad y capacidad de crecimiento de la piel infantil. Las técnicas de injertos, colgajos y expansores tisulares requieren un abordaje escalonado que combine procedimientos de emergencia y cirugías programadas, con el objetivo de preservar la función, prevenir deformidades y mejorar la apariencia estética, contribuyendo así al desarrollo físico y psicosocial del paciente.

Asimismo, se subraya el papel central del personal de enfermería, cuyo desempeño abarca desde la valoración integral inicial y la preparación preoperatoria, hasta la monitorización intraoperatoria, el cuidado postoperatorio, el manejo del dolor, la supervisión de la rehabilitación y la educación familiar. Su intervención asegura la detección temprana de complicaciones, la adherencia a protocolos de tratamiento, la seguridad del paciente y la humanización de los cuidados, fomentando la colaboración activa de los cuidadores y el afrontamiento psicológico del niño.

Finalmente, la recuperación integral de los pacientes pediátricos quemados depende de un enfoque interdisciplinario que coordine cirujanos plásticos, intensivistas, fisioterapeutas, psicólogos y enfermería, asegurando la continuidad de los cuidados y un seguimiento a largo plazo. Este modelo integral permite optimizar la función, la movilidad, la apariencia estética y la calidad de vida de los niños, promoviendo su desarrollo saludable y minimizando secuelas físicas, funcionales y emocionales. En consecuencia, la atención de pacientes pediátricos quemados requiere un abordaje holístico, seguro, humanizado y basado en la evidencia, que integre intervenciones médicas, quirúrgicas, de

rehabilitación y psicosociales para lograr los mejores resultados clínicos y de bienestar.

9.6. Técnicas de injertos y autoinjertos en cirugía pediátrica: Procedimientos y aplicaciones clínicas

El injerto de heridas es “una intervención quirúrgica crucial que se utiliza para restaurar la integridad de la piel en pacientes que sufren quemaduras, traumatismos, heridas crónicas o defectos tras cirugías oncológicas... consiste en trasplantar piel de una zona donante a una zona receptora” (Elseth y Nunez Lopez, 2025).

Las técnicas de injertos y autoinjertos constituyen herramientas esenciales en la cirugía pediátrica reconstructiva y reparadora, orientadas a restaurar la continuidad tisular, preservar la función de órganos y estructuras críticas, y minimizar secuelas estéticas que puedan afectar el desarrollo físico y psicológico del niño (Sheridan, 2018). La aplicación de estas técnicas requiere un conocimiento profundo de la biología del tejido en pacientes pediátricos, dado que la elasticidad cutánea, la capacidad de regeneración y el crecimiento continuo difieren significativamente de los adultos, condicionando la selección del tipo de injerto, la zona donante y la técnica quirúrgica a emplear (Herndon, 2017; Pham et al., 2008). Además, es fundamental considerar que la piel infantil tiene mayor proporción de células regenerativas y menor resistencia mecánica, lo que implica un riesgo incrementado de contracción y deformidad si no se planifica adecuadamente la intervención.

Los injertos en cirugía pediátrica se clasifican principalmente en:

- **Injertos de piel autóloga:** Obtenidos del propio paciente, reducen significativamente el riesgo de rechazo inmunológico y promueven la integración rápida con mínima reacción inflamatoria. Los injertos pueden ser de espesor parcial, que incluyen epidermis y parte de la dermis, o de espesor total, que abarcan epidermis y toda la dermis, seleccionados según la profundidad de la lesión, la zona a cubrir



y la capacidad de regeneración del área donante (Jeschke et al., 2020).

- **Injertos de tejido libre:** Incluyen colgajos libres transferidos de una región a otra con anastomosis microvascular, manteniendo vascularización y viabilidad del tejido. Son especialmente útiles en defectos extensos o en áreas críticas como articulaciones, cara o manos, donde la preservación de la función y la estética es prioritaria (Cuijpers et al., 2024).
- **Expansores tisulares:** Dispositivos subcutáneos que permiten estirar gradualmente la piel del paciente, generando tejido autólogo adicional para la cobertura de defectos. Esta técnica reduce la necesidad de injertos de otras zonas, evita cicatrices extensas y mejora significativamente el resultado estético, especialmente en reconstrucciones faciales y de tronco (Pham et al., 2008).
- **Injertos de mucosa y cartílago:** Utilizados en reconstrucciones específicas como labio leporino, paladar hendido o reconstrucción auricular, donde la adaptación al crecimiento del niño es definitiva para evitar deformidades secundarias y asegurar funcionalidad a largo plazo (Herndon, 2017).

Las indicaciones para el uso de injertos y autoinjertos en pacientes pediátricos incluyen:

- **Quemaduras extensas y de espesor profundo,** donde se busca restaurar la integridad cutánea, prevenir contracturas y reducir complicaciones funcionales y estéticas (Padalko et al., 2025).
- **Malformaciones congénitas** que requieren reconstrucción tisular, como labiopalatinas, defectos auriculares o agenesias cutáneas localizadas, para lograr resultados funcionales y estéticos óptimos desde etapas tempranas (Jeschke et al., 2020).
- **Secuelas traumáticas,** incluyendo cicatrices retráctiles, pérdida de piel por accidentes o traumatismos quirúrgicos previos, que comprometen función y apariencia (Cuijpers et al., 2024).



- **Cobertura de áreas críticas** como manos, pies, cara o articulaciones, donde la preservación funcional y estética es prioritaria y la intervención temprana mejora la recuperación y evita discapacidades a largo plazo (Pham et al., 2008).

El éxito de los injertos en pediatría depende de la selección adecuada del sitio donante, el manejo preciso del lecho receptor y la técnica quirúrgica empleada. Entre los factores críticos se incluyen:

- **Evaluación de la zona donante:** La piel seleccionada debe tener características similares a la zona receptora, suficiente elasticidad, capacidad de regeneración rápida y mínima morbilidad postoperatoria (Herndon, 2017).
- **Preparación del lecho receptor:** Es imprescindible eliminar tejido necrótico, asegurar adecuada vascularización y minimizar la contaminación para favorecer la integración y supervivencia del injerto (Padalko et al., 2025).
- **Fijación del injerto:** Se utilizan suturas finas, apósitos o técnicas de presión negativa para asegurar adherencia, evitando hematomas o seromas que comprometan la viabilidad del injerto (Jeschke et al., 2020).
- **Manejo postoperatorio:** Incluye monitorización de la perfusión, cuidado de la zona donante, control del dolor, prevención de infecciones y seguimiento cercano de la cicatrización para detectar precozmente complicaciones como necrosis parcial, retracción o hipertrofia cicatricial (Pham et al., 2008).

El personal de enfermería tiene un papel esencial en todas las fases del proceso de injertos y autoinjertos en pediatría. En este sentido debe realizar las siguientes acciones:

1. Valoración preoperatoria: Evaluación integral del niño, preparación de la zona donante y educación a la familia sobre cuidados y expectativas.
2. Asistencia intraoperatoria: Apoyo en la preparación del área quirúrgica, manejo de instrumental y



colaboración con el equipo quirúrgico para asegurar seguridad y confort del paciente.

3. Cuidados postoperatorios: Vigilancia de la viabilidad del injerto, control del dolor, prevención de infecciones, protección de la zona donante y educación continua a cuidadores sobre signos de alerta y pautas de rehabilitación.
4. Apoyo psicoemocional: Acompañamiento al niño y la familia, facilitando la adaptación al tratamiento y promoviendo estrategias de afrontamiento frente a procedimientos dolorosos o prolongados.

Las técnicas de injertos y autoinjertos en cirugía pediátrica representan intervenciones esenciales para restaurar la integridad cutánea, funcionalidad y estética en niños con lesiones traumáticas, congénitas o quemaduras. La selección del tipo de injerto, la planificación quirúrgica individualizada, el manejo postoperatorio cuidadoso y la participación activa del personal de enfermería son determinantes para el éxito clínico y la recuperación integral del paciente. La colaboración interdisciplinaria entre cirujanos pediátricos, anestesiólogos, enfermería, fisioterapeutas y psicólogos asegura no solo la restauración física, sino también el bienestar emocional y el desarrollo saludable de los niños sometidos a procedimientos reconstructivos complejos.



10.

DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE TRASTORNOS CUTÁNEOS

10.1. Tiña Capitis pediátrica: diagnóstico y tratamiento

La tiña de la cabeza “también conocida como tiña o infección por herpes tonsura, es una infección fúngica del cabello del cuero cabelludo. Es causada principalmente por dermatofitos como *Microsporum* y *Trichophyton*. Los hongos pueden penetrar la vaina radicular externa del folículo piloso y, finalmente, invadir el tallo pilos” (Al Abud y Grua, 2023).

Esta infección representa una de las formas más comunes de dermatofitosis en la infancia; particularmente en niños entre 3 y 7 años. Su importancia radica en que, si no se diagnostica y trata de manera oportuna, puede provocar pérdida de cabello, inflamación, formación de costras, foliculitis y, en casos graves, cicatrices permanentes (Gupta y Summerbell, 2000; Haque et





al., 2008). La infección se transmite principalmente por contacto directo con personas infectadas, animales portadores o mediante objetos contaminados, como peines, gorros y almohadas (Seebacher et al., 2008).

El diagnóstico de tiña capitis pediátrica combina la historia clínica, el examen físico y técnicas complementarias. Clínicamente, se observan áreas de alopecia circunscrita, escamas, eritema y, en ocasiones, lesiones inflamatorias nodulares o pustulosas denominadas querion (Lekkas et al., 2021). La tricoscopia se ha consolidado como herramienta diagnóstica de gran utilidad, permitiendo identificar pelos quebrados, puntas negras y signos específicos de infección fúngica, lo que facilita la diferenciación de otras causas de alopecia (Tosti y Piraccini, 2020). Además, el examen micológico directo y los cultivos fúngicos confirman el agente etiológico, siendo esenciales para guiar el tratamiento (Emmons et al., 1992).

El tratamiento de elección depende de la gravedad y extensión de la infección. En casos leves, se recomiendan antimicóticos tópicos como clotrimazol o terbinafina en crema, mientras que las infecciones extensas, inflamatorias o con querion requieren tratamiento sistémico oral con griseofulvina, terbinafina o itraconazol, ajustando la dosis según peso y edad del niño (Gupta y Summerbell, 2000; Haliasos et al., 2013; Kaushik et al., 2020). La duración del tratamiento puede variar entre 4 y 8 semanas, y en algunos casos se prolonga según la respuesta clínica y micológica. Es fundamental complementar el tratamiento farmacológico con medidas de higiene y prevención, como el lavado frecuente de cabello, desinfección de objetos personales y educación familiar sobre la transmisión del hongo (Costa et al., 2012; Seebacher et al., 2008).

El accionar del personal de enfermería en la atención de pacientes pediátricos con tiña capitis es integral y abarca desde la evaluación inicial hasta la educación y seguimiento familiar. Entre las acciones clave destacan:

1. Valoración inicial: Evaluar la extensión y características de las lesiones, registrar signos de inflamación,

prurito y presencia de querion, y recopilar antecedentes epidemiológicos y contacto con posibles fuentes de infección.

2. Preparación y apoyo al tratamiento: Supervisar la correcta administración de antimicóticos tópicos u orales, asegurar la adherencia a la dosis y frecuencia indicada, y colaborar con el equipo médico en la toma de muestras para diagnóstico micológico.
3. Prevención y control de la infección: Educar a padres y cuidadores sobre medidas de higiene, desinfección de peines, cepillos, ropa de cama y gorros, y fomentar hábitos que reduzcan la propagación del hongo dentro del hogar o la escuela.
4. Apoyo psicoemocional: Acompañar al niño durante la aplicación de tratamientos tópicos o administración de medicación oral, reduciendo ansiedad, miedo o incomodidad y fomentando cooperación.
5. Educación familiar continua: Brindar información sobre signos de alarma que requieran reevaluación médica, duración esperada del tratamiento, prevención de recurrencias y la importancia de finalizar el ciclo completo de antimicóticos.
6. Seguimiento y registro: Documentar la evolución clínica, respuesta al tratamiento y cualquier efecto adverso, asegurando la continuidad de cuidados y la comunicación con el equipo interdisciplinario.

La tiña capitis pediátrica constituye una infección fúngica de alta prevalencia en la infancia, cuya identificación temprana y manejo adecuado son esenciales para prevenir complicaciones como alopecia permanente, querion inflamatorio y secuelas estéticas o funcionales. La comprensión de los factores epidemiológicos, las vías de transmisión y las manifestaciones clínicas permite un diagnóstico oportuno, combinando examen físico, tricoscopia y estudios micológicos para confirmar el agente etiológico y guiar la elección del tratamiento más adecuado.

El tratamiento farmacológico, ya sea tópico u oral, debe adaptarse a la edad, peso y extensión de la infección,



complementándose con medidas de higiene y educación familiar para reducir la transmisión y prevenir recurrencias. La combinación de terapias dirigidas y estrategias de prevención integral asegura la resolución clínica efectiva y disminuye la probabilidad de complicaciones a largo plazo.

El personal de enfermería juega un papel clave en el cuidado integral de estos pacientes, desde la valoración inicial hasta la educación continua de la familia. Su intervención no solo garantiza la correcta administración de medicamentos y seguimiento clínico, sino que también favorece la adherencia al tratamiento, el manejo del prurito y la ansiedad del niño, así como la implementación de prácticas de prevención en el hogar y la escuela.

10.2. Acné en adolescentes: abordaje pediátrico integral

El acné vulgar es “un trastorno inflamatorio crónico que afecta la unidad pilosebácea y suele tener una evolución prolongada. Suele desencadenarse durante la adolescencia por la bacteria *Cutibacterium acnes*, bajo la influencia de niveles circulantes normales de dehidroepiandrosterona” (Sutaria et al., 2023).

El acné vulgar es una de las patologías dermatológicas más frecuentes en adolescentes, afectando tanto a la esfera física como psicológica de quienes lo padecen. Su incidencia aumenta durante la pubertad debido a cambios hormonales, especialmente la hiperproducción de andrógenos, que estimula las glándulas sebáceas y contribuye a la obstrucción folicular. Otros factores que influyen en la aparición del acné incluyen predisposición genética, alteraciones en la queratinización folicular, colonización por *Cutibacterium acnes*, hábitos de higiene, uso de productos comedogénicos y factores psicosociales como estrés y cambios emocionales propios de la adolescencia (Bhate y Williams, 2013; Zaenglein et al., 2016).

El diagnóstico del acné en adolescentes se basa principalmente en la evaluación clínica, considerando la localización, tipo y gravedad de las lesiones. Las



manifestaciones típicas incluyen comedones abiertos y cerrados, pápulas, pústulas, nódulos y, en casos severos, quistes que pueden dejar cicatrices atróficas o hipertróficas. La clasificación de la gravedad permite orientar el tratamiento y puede dividirse en acné leve, moderado o grave, tomando en cuenta la extensión de las lesiones, el grado de inflamación y el impacto psicosocial (Layton, 2009).

El abordaje integral del acné pediátrico combina medidas educativas, terapéuticas y de seguimiento, priorizando la individualización del plan de tratamiento según las necesidades del adolescente. Las medidas generales y de educación son fundamentales para el éxito terapéutico; por ello, se instruye al adolescente y a su familia sobre la importancia de mantener una higiene adecuada de la piel, evitar manipular las lesiones, utilizar productos no comedogénicos y adoptar hábitos saludables de alimentación y sueño. Además, es esencial que comprendan la cronicidad de la enfermedad y la necesidad de adherencia al tratamiento, ya que esto contribuye a prevenir recurrencias y complicaciones a largo plazo (Zaenglein et al., 2016).

El tratamiento tópico constituye la primera línea en casos leves o moderados de acné. Este incluye retinoides tópicos, como tretinoína o adapaleno, que ayudan a normalizar la queratinización folicular, así como antibióticos tópicos, como clindamicina o eritromicina, destinados a reducir la carga bacteriana. También se emplea peróxido de benzoilo como agente antimicrobiano y queratolítico. La selección y combinación de estos tratamientos se ajusta a la gravedad de las lesiones y a la tolerancia cutánea del paciente, buscando maximizar la eficacia mientras se minimizan los efectos adversos (Bhate y Williams, 2013).

En casos moderados a graves o resistentes a terapias tópicas, se recurre al tratamiento sistémico. Este puede incluir antibióticos orales, como doxiciclina o minociclina, y anticonceptivos orales en mujeres adolescentes con acné hormonodependiente. Para formas severas noduloquísticas, la isotretinoína oral se considera la opción más efectiva, pero requiere supervisión médica



estricta y seguimiento periódico debido a su potencial de efectos adversos sistémicos (Layton, 2009).

Finalmente, el apoyo psicoemocional es un componente crítico del manejo integral. Dado que el acné puede afectar significativamente la autoestima, la imagen corporal y la interacción social del adolescente, el personal de enfermería y el equipo de salud deben ofrecer acompañamiento emocional, identificar signos de ansiedad o depresión y orientar sobre estrategias de afrontamiento saludables. En situaciones donde el impacto en la calidad de vida sea relevante, se recomienda la derivación a psicología clínica para proporcionar soporte especializado (Hazarika y Archana, 2016).

En este caso el personal de enfermería debe realizar con los niños y adolescentes las siguientes acciones:

1. Valoración inicial: Registrar tipo, extensión y severidad de las lesiones, así como antecedentes familiares y hábitos de cuidado de la piel.
2. Educación y seguimiento: Instruir sobre la correcta aplicación de tratamientos tópicos, adherencia a medicación oral y medidas preventivas de higiene cutánea.
3. Monitoreo de efectos adversos: Vigilar irritación cutánea, cambios pigmentarios, efectos gastrointestinales o hepáticos asociados a fármacos sistémicos.
4. Apoyo emocional: Acompañar al adolescente durante consultas, fomentar la autoestima y orientar a la familia sobre cómo brindar soporte afectivo.
5. Registro clínico: Documentar evolución, respuesta terapéutica y cumplimiento del tratamiento, asegurando continuidad asistencial.

El acné pediátrico y adolescente es una patología multifactorial que afecta tanto la esfera física como la psicológica de quienes lo padecen, siendo su incidencia mayor durante la pubertad debido a cambios hormonales y factores genéticos, ambientales y psicosociales. La identificación temprana y el diagnóstico adecuado, basados en la evaluación clínica de la extensión, tipo



y gravedad de las lesiones, son fundamentales para orientar un tratamiento eficaz y prevenir complicaciones como cicatrices permanentes y secuelas psicosociales.

El manejo integral del acné requiere combinar medidas educativas, terapéuticas y de seguimiento, priorizando la individualización de los planes de tratamiento según las características del adolescente. Las intervenciones tempranas y la educación sobre hábitos de higiene, adherencia al tratamiento y prevención de recurrencias resultan determinantes para mejorar los resultados clínicos y minimizar el impacto emocional.

El uso de terapias tópicas constituye la primera línea en casos leves y moderados, mientras que en situaciones más graves o resistentes se emplean tratamientos sistémicos bajo supervisión médica estricta. La elección adecuada del tipo de fármaco, dosis y duración del tratamiento es esencial para optimizar la respuesta clínica y reducir efectos adversos.

El apoyo psicoemocional y la participación activa del personal de enfermería son componentes clave del abordaje integral. La enfermería no solo facilita la adherencia al tratamiento y el monitoreo de posibles complicaciones, sino que también acompaña al adolescente y a su familia, promoviendo estrategias de afrontamiento, fortaleciendo la autoestima y favoreciendo la cooperación en el cuidado de la piel.

En conjunto, un abordaje interdisciplinario, continuo y centrado en el paciente permite controlar de manera efectiva las manifestaciones clínicas del acné, reducir complicaciones físicas y psicológicas, y mejorar la calidad de vida de los adolescentes, asegurando un desarrollo saludable durante esta etapa crítica de crecimiento.

10.3. Dermatitis en niños: evaluación y manejo clínico

La dermatitis “es la inflamación de las capas superficiales de la piel, que causa prurito, ampollas, enrojecimiento, hinchazón y, a menudo, exudación, costras y descamación” (Ruenger, 2025). La dermatitis en la





población pediátrica constituye un grupo heterogéneo de afecciones inflamatorias de la piel, caracterizadas por prurito intenso, eritema, descamación, xerosis y, en algunos casos, la formación de vesículas, pústulas o costras. Entre las formas más frecuentes se incluyen la dermatitis atópica, la dermatitis de contacto y la dermatitis seborreica, siendo la dermatitis atópica la forma predominante en lactantes y niños en edad escolar (Elgash et al., 2019).

Su relevancia clínica radica no solo en las manifestaciones cutáneas, sino también en el impacto significativo sobre la calidad de vida del niño y su familia, generando alteraciones del sueño, irritabilidad, dificultades en la socialización y mayor riesgo de infecciones secundarias por rascado, lo que puede agravar la lesión primaria y retrasar la recuperación (Fitzmaurice y Silverberg, 2024; Nutten, 2015). La dermatitis pediátrica, por tanto, requiere un tratamiento que combine diagnóstico preciso, manejo terapéutico adecuado y estrategias de educación familiar para minimizar complicaciones y mejorar resultados a largo plazo.

El diagnóstico de la dermatitis pediátrica se basa principalmente en la historia clínica completa y en un examen físico detallado. Es fundamental determinar la edad de inicio, duración, recurrencia de los brotes, factores desencadenantes potenciales y antecedentes familiares de atopia, asma o rinitis alérgica. Durante la exploración física, se deben evaluar las áreas afectadas, el tipo y patrón de las lesiones, incluyendo eritema, excoriaciones, vesículas, descamación y liquenificación, así como la extensión y la severidad del compromiso cutáneo. La identificación de signos de infección secundaria, tales como supuración, costras amarillentas o fiebre asociada, es determinante para guiar el manejo oportuno y prevenir complicaciones sistémicas (Nutten, 2015; Weidinger y Novak, 2016).

En la dermatitis de contacto, el historial de exposición a irritantes o alérgenos, como productos de higiene, detergentes, cosméticos, metales, o incluso algunos textiles, orienta la identificación del agente causal y

permite implementar medidas preventivas efectivas (Tucker y Masood, 2024; Weidinger y Novak, 2016).

Por su parte, la dermatitis seborreica presenta predilección por áreas ricas en glándulas sebáceas, incluyendo cuero cabelludo, cejas, pliegues nasolabiales, orejas y región intertriginosa, caracterizándose por eritema, descamación grasa o escamas amarillentas persistentes. Esta forma requiere atención especial en neonatos y lactantes, dado que puede confundirse con dermatitis atópica o infecciones cutáneas (Fitzmaurice y Silverberg, 2024; Tucker y Masood, 2024).

El tratamiento de la dermatitis en la población pediátrica debe ser integral y adaptado a la edad del paciente, al tipo de dermatitis y a la gravedad de las lesiones. En todos los casos, las medidas generales y educativas constituyen la base del manejo clínico. Estas incluyen mantener una higiene adecuada, evitar baños prolongados con agua caliente que eliminen la barrera lipídica de la piel, utilizar jabones suaves y productos no irritantes, aplicar emolientes de manera frecuente para mantener la hidratación cutánea y educar a los cuidadores sobre la identificación y prevención de factores desencadenantes (Leung, 2013; Nutten, 2015).

La educación familiar también debe enfatizar la cronicidad de la enfermedad y la importancia de la adherencia continua al tratamiento, lo que contribuye a prevenir recurrencias, brotes inflamatorios y complicaciones secundarias (Fitzmaurice y Silverberg, 2024; Nutten, 2015).

En la dermatitis atópica, el tratamiento tópico constituye la primera línea terapéutica, con corticosteroides de baja o media potencia aplicados de manera intermitente en lesiones inflamatorias agudas, evitando así atrofia cutánea por uso prolongado. Los inhibidores de la calcineurina tópicos, como tacrolimus y pimecrolimus, se emplean en áreas sensibles, como cara, pliegues cervicales, axilas e ingles, para reducir la inflamación sin comprometer la integridad cutánea. En casos graves, extensos o resistentes, se puede recurrir a tratamiento sistémico con antihistamínicos para el control del





prurito, fototerapia o inmunomoduladores, siempre bajo supervisión médica especializada (Fitzmaurice y Silverberg, 2024; Leung, 2013; Nutten, 2015).

El manejo de la dermatitis de contacto se centra en la identificación y eliminación del irritante o alérgeno causante. La prevención de nuevas exposiciones, junto con emolientes protectores y, si es necesario, corticosteroides tópicos de baja potencia, permite controlar los brotes y reducir la inflamación cutánea (Tucker y Masood, 2024; Weidinger y Novak, 2016). En la dermatitis seborreica, el tratamiento incluye champús antimicóticos para el cuero cabelludo, emolientes y, en casos inflamatorios, corticosteroides tópicos de baja potencia, aplicados de forma temporal y supervisada. La vigilancia de infecciones secundarias, ya sean bacterianas o micóticas, es fundamental, y puede requerir terapia antibiótica o antifúngica según el agente identificado (Fitzmaurice y Silverberg, 2024; Tucker y Masood, 2024).

Es importante que se combinen intervenciones médicas con estrategias de educación y soporte familiar, priorizando la individualización del plan terapéutico, la prevención de brotes y la protección de la barrera cutánea del niño. La coordinación entre pediatras, dermatólogos y personal de enfermería garantiza un seguimiento continuo y mejora la adherencia al tratamiento, contribuyendo a una evolución favorable y a la reducción del impacto físico y psicosocial de estas enfermedades inflamatorias de la piel (Fitzmaurice y Silverberg, 2024; Nutten, 2015; Tucker y Masood, 2024).

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la atención integral de niños con dermatitis. Entre sus funciones destacan:

1. Valoración inicial: Evaluar extensión y tipo de lesiones, severidad del prurito, signos de infección y antecedentes familiares de atopia.
2. Educación y seguimiento: Instruir a padres y cuidadores sobre la aplicación correcta de emolientes, cremas terapéuticas y medidas preventivas; fomentar

adherencia al tratamiento y revisión periódica de la piel.

3. Prevención de complicaciones: Supervisar la correcta higiene, evitar el rascado y el contacto con irritantes; detectar signos de infección secundaria para derivación oportuna.
4. Apoyo psicoemocional: Orientar sobre la cronicidad de la enfermedad, reducir ansiedad y estrés del niño y la familia, y promover estrategias de afrontamiento saludable.
5. Documentación clínica: Registrar evolución de las lesiones, respuesta al tratamiento y cumplimiento de medidas preventivas, garantizando continuidad asistencial y comunicación con el equipo interdisciplinario.

La dermatitis pediátrica es una condición inflamatoria común que puede afectar de manera significativa la calidad de vida del niño y su entorno familiar. Su manejo integral requiere diagnóstico temprano, identificación de factores desencadenantes, tratamiento tópico o sistémico según la gravedad y educación continua de cuidadores y pacientes.

La participación activa del personal de enfermería reviste una especial importancia para asegurar adherencia terapéutica, prevenir complicaciones y ofrecer apoyo emocional, promoviendo un enfoque interdisciplinario que optimice la salud cutánea, funcional y psicosocial de los niños afectados. La evaluación continua y la individualización de las estrategias terapéuticas permiten minimizar recurrencias y mejorar resultados a largo plazo.

10.4. Síndrome del Niño Mariposa: cuidado y estrategias terapéuticas pediátricas

El síndrome del niño mariposa, conocido médicamente como epidermólisis bullosa (EB), constituye un grupo heterogéneo de enfermedades genéticas raras caracterizadas por fragilidad extrema de la piel y mucosas, donde incluso traumatismos mínimos pueden provocar ampollas, erosiones dolorosas y formación de costras. Se trata de “un grupo de trastornos genéticos



(hereditarios) que provocan fragilidad en la piel y la formación de ampollas y desgarros con facilidad” (Cleveland Clinic, 2022).

Estas lesiones no solo afectan la integridad cutánea, sino que también comprometen las mucosas oral, esofágica y ocular, generando dificultades en la alimentación, deglución y visión. La EB tiene un impacto significativo en la calidad de vida del niño y su familia, produciendo limitaciones funcionales, dolor crónico y necesidad de cuidados complejos continuos, lo que representa un desafío clínico y psicosocial de gran magnitud (Fine, 2010; Khanna y Bardhan, 2025).

La EB se clasifica en varias formas según la capa de la piel afectada: epidermólisis bullosa simplex (EBS), junctional (JEB), dystrophic (DEB) y Kindler, cada una con distintos grados de severidad, pronóstico y riesgo de complicaciones a largo plazo. La EBS suele presentar ampollas más superficiales y un curso relativamente benigno, mientras que la DEB y la JEB pueden asociarse con complicaciones graves como deformidades de manos y pies, cicatrices crónicas, malformaciones dentales y riesgo aumentado de carcinoma de células escamosas en la adolescencia o adultez temprana (Fine, 2010; Khanna y Bardhan, 2025).

El diagnóstico de EB en pediatría requiere un enfoque multidimensional. La historia clínica familiar y personal, la observación de ampollas recurrentes desde el nacimiento o la primera infancia, la localización de las lesiones y el patrón de cicatrización constituyen la base inicial de la evaluación. Estudios complementarios, como la histopatología, inmunofluorescencia de la piel y análisis genético, permiten confirmar el tipo específico de EB, estimar la gravedad y orientar las estrategias terapéuticas y pronósticas (Fine et al., 2014). La identificación temprana es fundamental para prevenir complicaciones graves, incluyendo infecciones sistémicas recurrentes, anemia crónica por pérdida de proteínas y sangre, retracciones y deformidades articulares, y riesgo incrementado de neoplasias cutáneas (Khanna y Bardhan, 2025).



El manejo terapéutico de la EB pediátrica es predominantemente sintomático y de soporte, con un enfoque integral que combina cuidados de la piel, control del dolor, prevención de infecciones y apoyo nutricional y psicosocial. Las estrategias incluyen limpieza delicada de la piel, aplicación de apósitos no adherentes, hidratación frecuente para mantener la elasticidad cutánea, uso de guantes y ropa protectora, y técnicas de movilización seguras para prevenir nuevas erosiones. Además, se recomienda la monitorización continua de las lesiones para detectar signos tempranos de infección bacteriana o micótica, así como el manejo inmediato de complicaciones (Retrosi et al., 2022).

La nutrición es un pilar crítico en el cuidado de niños con EB, dado que las erosiones crónicas generan pérdida proteica significativa y aumentan las necesidades calóricas y nutricionales. Los pacientes pueden presentar dificultades para alimentarse debido a ampollas orales o estenosis esofágicas, requiriendo adaptación de texturas, suplementos nutricionales o alimentación enteral en casos severos (Fine, 2010).

El control del dolor constituye un componente esencial del manejo integral. Las ampollas y erosiones, así como los procedimientos de cambio de apósitos, generan dolor agudo y crónico que puede limitar la movilidad, afectar el sueño y aumentar la ansiedad del paciente. Se emplean analgésicos tópicos, sistémicos y multimodales, combinando estrategias farmacológicas con técnicas no farmacológicas como distracción, musicoterapia, terapia cognitivo-conductual y acompañamiento psicoemocional adaptado a la edad del niño. El objetivo es minimizar el sufrimiento, mejorar la cooperación durante los procedimientos y preservar la calidad de vida (Khanna y Bardhan, 2025).

La planificación de cuidados individualizada, la educación continua a cuidadores y la monitorización longitudinal permiten reducir complicaciones, promover la independencia funcional y brindar soporte emocional tanto al niño como a su familia, consolidando un modelo de cuidado integral centrado en el paciente (Retrosi et al., 2022).





El personal de enfermería desempeña un rol central en la atención de pacientes pediátricos con EB, coordinando cuidados diarios y educativos. Entre sus acciones se incluyen:

1. Valoración inicial y seguimiento continuo: Evaluar extensión, localización y evolución de las lesiones, registrar signos de infección, dolor o complicaciones asociadas, y documentar la respuesta a los tratamientos aplicados.
2. Cuidado y protección de la piel: Enseñar y aplicar técnicas de limpieza delicada, cambio de apósitos no adherentes, hidratación constante y protección mecánica para prevenir nuevas ampollas y erosiones.
3. Prevención de infecciones: Implementar medidas de asepsia, vigilancia de signos de infección local o sistémica y coordinación con el equipo médico para la administración de antibióticos profilácticos o terapéuticos cuando sea necesario.
4. Apoyo nutricional: Colaborar con nutricionistas para asegurar que los pacientes reciban la ingesta calórica y proteica necesaria, así como adaptar texturas alimenticias en casos de compromiso oral o esofágico.
5. Control del dolor y manejo emocional: Administrar analgesia según protocolos médicos, emplear técnicas de distracción y acompañar emocionalmente al niño y a la familia durante procedimientos dolorosos o prolongados.
6. Educación familiar: Capacitar a cuidadores en técnicas de cuidado domiciliario, prevención de traumatismos, higiene adecuada, manejo del dolor y detección temprana de complicaciones.
7. Coordinación interdisciplinaria: Mantener comunicación activa con dermatología, cirugía reconstructiva, fisioterapia, nutrición y psicología para garantizar un abordaje integral y adaptado al desarrollo del paciente.

El seguimiento a largo plazo es indispensable, dado que los pacientes con EB requieren cuidados continuos y ajustes terapéuticos durante el crecimiento.

La planificación integral y personalizada de cada intervención, la educación constante de cuidadores y la colaboración interdisciplinaria permiten no solo reducir complicaciones, sino también mejorar la calidad de vida física, emocional y social de los niños afectados por esta enfermedad crónica y compleja.



11.

ATENCIÓN PALIATIVA PEDIÁTRICA: MANEJO INTEGRAL DEL PACIENTE

11.1. Evaluación integral del paciente pediátrico en cuidados paliativos

La evaluación integral del paciente pediátrico en cuidados paliativos constituye un proceso multidimensional que busca identificar y abordar de manera sistemática las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de los niños con enfermedades crónicas, graves o terminales. Este enfoque reconoce que los pacientes pediátricos presentan características fisiológicas, cognitivas y emocionales distintas a las de los adultos, lo que requiere una adaptación cuidadosa de los instrumentos de valoración y la intervención interdisciplinaria (Hain et al., 2013; Kaye et al., 2018).

El primer paso en la evaluación integral consiste en la valoración clínica completa, que incluye la revisión detallada

de antecedentes médicos, diagnóstico principal, comorbilidades, tratamientos previos y estado funcional actual. Es esencial identificar síntomas frecuentes en pediatría avanzada, como dolor, fatiga, disnea, náuseas, vómitos, anorexia y alteraciones del sueño, así como cualquier signo de deterioro progresivo que pueda requerir ajustes en el manejo paliativo (Johnston et al., 2005). La valoración física debe ser cuidadosa y adaptada a la edad del niño, considerando aspectos como peso, talla, crecimiento, desarrollo neurológico y movilidad, además de la evaluación de la piel, mucosas y cualquier complicación derivada de la enfermedad de base o sus tratamientos.

La dimensión psicoemocional es un componente central de la evaluación en cuidados paliativos pediátricos. Incluye la detección de ansiedad, miedo, tristeza, cambios en el comportamiento y síntomas de estrés postraumático, tanto en el niño como en su familia. Se emplean herramientas de evaluación adaptadas a la edad, como escalas de auto-reporte para niños mayores y observaciones clínicas para lactantes y preescolares. La evaluación psicológica también abarca la comprensión del niño sobre su enfermedad y su pronóstico, permitiendo planificar intervenciones de acompañamiento y apoyo emocional que fomenten la resiliencia y la adaptación (Bluebond-Langner et al., 2010).

La dimensión social y familiar es igualmente relevante, ya que la enfermedad pediátrica grave afecta la dinámica familiar, la red de apoyo y la participación en la vida cotidiana. La evaluación incluye la identificación de cuidadores principales, nivel de comprensión de la enfermedad, capacidad de adherencia a tratamientos, recursos económicos y necesidades de asistencia social. Asimismo, es fundamental explorar aspectos culturales y religiosos que puedan influir en la toma de decisiones y la percepción del cuidado paliativo (Hinds et al., 2005).

Desde la perspectiva espiritual y ética, la evaluación aborda creencias, valores y deseos del paciente y la familia, así como la preparación para la toma de decisiones sobre la intensidad de los tratamientos, la



planificación anticipada y la calidad de vida esperada. Esta dimensión requiere sensibilidad, comunicación efectiva y respeto por la autonomía progresiva del niño, considerando su nivel de madurez y capacidad de comprensión (Toro et al., 2024).

El personal de enfermería desempeña un rol esencial en la evaluación integral del paciente pediátrico en cuidados paliativos. Entre sus acciones clave se incluyen:

1. Valoración física y funcional: Monitorizar signos vitales, estado nutricional, crecimiento, movilidad, nivel de dolor y síntomas asociados a la enfermedad de base o tratamientos.
2. Valoración psicoemocional: Detectar ansiedad, miedo, depresión, cambios de conducta o estrés post-traumático, adaptando estrategias de comunicación según la edad y desarrollo del niño.
3. Apoyo familiar y social: Identificar recursos de apoyo, necesidades educativas, comprensión del tratamiento y posibles barreras para la adherencia, ofreciendo orientación y soporte continuo.
4. Educación en manejo de síntomas y cuidados de confort: Instruir a la familia sobre el uso de medicación, técnicas de alivio del dolor, cuidado de la piel, higiene y prevención de complicaciones.
5. Coordinación interdisciplinaria: Colaborar con médicos, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales y capellanes para diseñar un plan de atención integral adaptado al niño y su familia.
6. Registro y seguimiento: Documentar la evolución clínica, psicoemocional y social del paciente, así como la respuesta a intervenciones y cumplimiento del plan de cuidados, asegurando continuidad y calidad en la atención.

La evaluación integral en cuidados paliativos pediátricos es un proceso continuo y dinámico que permite anticipar complicaciones, individualizar las intervenciones y promover el bienestar físico, emocional y social del niño y su familia. Este enfoque holístico y centrado en la persona constituye la base para el diseño de planes de



cuidado efectivos, seguros y humanizados, orientados a mejorar la calidad de vida y respetar la dignidad del paciente pediátrico frente a enfermedades crónicas o terminales.

11.2. Intervenciones clínicas y apoyo multidisciplinario en pediatría

Las intervenciones clínicas en pediatría requieren un enfoque holístico, integral y coordinado, que combine atención médica especializada con soporte psicosocial, emocional y educativo para el niño y su familia. Este abordaje resulta especialmente relevante en enfermedades crónicas, complejas o terminales, donde la salud física, el desarrollo emocional y la integración social del paciente pueden verse profundamente afectados. Cada acción clínica debe adaptarse a la edad, estadio de desarrollo y necesidades individuales del niño, considerando no solo la enfermedad en sí, sino también su impacto en la vida cotidiana, la escuela, la socialización y el bienestar familiar (Thomas et al., 2021).

El apoyo multidisciplinario constituye un elemento central en la atención pediátrica integral. La coordinación entre pediatras, enfermería especializada, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, nutricionistas, trabajadores sociales y, cuando corresponde, especialistas en cuidados espirituales o capellanes, asegura que cada aspecto del cuidado sea abordado de manera coherente y sinérgica. Esta colaboración permite integrar estrategias de manejo del dolor, terapias físicas, intervención nutricional, soporte emocional y orientación familiar, garantizando que la atención se enfoque en la totalidad de la experiencia del paciente, no solo en la enfermedad (Katkin et al., 2017).

Entre las intervenciones clínicas más frecuentes se incluyen el manejo del dolor agudo y crónico, utilizando tanto analgesia farmacológica como técnicas no farmacológicas, tales como distracción, relajación, musicoterapia y juego terapéutico. La monitorización y soporte de funciones vitales, la administración de terapias específicas según la enfermedad de base y la prevención de complicaciones secundarias, como infecciones,





desnutrición, retracciones musculares o inmovilidad, forman parte del protocolo estándar de atención. La enfermería juega un papel central, supervisando la evolución clínica, administrando tratamientos, educando a cuidadores y registrando de manera sistemática signos vitales, respuesta a la medicación y cualquier cambio en el estado físico o emocional del paciente (Saunders et al., 1989).

El soporte psicoemocional es un componente esencial de la atención pediátrica. Los niños pueden experimentar ansiedad, miedo, frustración, aislamiento social o sentimientos de pérdida de control debido a la enfermedad y los procedimientos médicos. La intervención del psicólogo clínico incluye estrategias de manejo del estrés, técnicas de relajación adaptadas a la edad, juegos terapéuticos y acompañamiento emocional directo al niño, así como orientación a la familia para fomentar resiliencia, adaptación y participación activa en el cuidado. Esta atención busca mitigar los impactos psicológicos negativos y promover la participación positiva del niño en su propio proceso de recuperación o manejo de la enfermedad (Koumariano et al., 2021).

La nutrición y el cuidado físico representan otro pilar del abordaje multidisciplinario. Nutricionistas pediátricos elaboran planes alimentarios adaptados a necesidades energéticas específicas, déficits nutricionales o restricciones derivadas de la enfermedad, mientras que fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales trabajan para mantener la movilidad, fuerza, coordinación y habilidades funcionales del paciente, reduciendo el riesgo de complicaciones secundarias a la inmovilidad o debilidad muscular. Este enfoque favorece el desarrollo integral, la independencia funcional y la prevención de comorbilidades asociadas a la enfermedad o al tratamiento (Katkin et al., 2017).

La educación y capacitación de la familia es un componente clave para garantizar la continuidad de los cuidados en el hogar. Se instruye a los cuidadores sobre administración de medicamentos, manejo de

síntomas, técnicas de movilización segura, prevención de complicaciones, higiene, nutrición y estrategias de apoyo emocional. El empoderamiento de la familia contribuye a mejorar la adherencia al tratamiento, la seguridad del paciente y la calidad de vida tanto del niño como de su entorno. La integración de todas estas intervenciones permite un abordaje integral y centrado en el paciente, optimizando tanto el manejo clínico como la experiencia emocional, social y familiar (Benini et al., 2008; Saunders et al., 1989).

A partir de lo siguiente se le recomienda al personal de enfermería y el equipo multidisciplinario lo siguiente:

1. Valoración integral diaria: signos vitales, dolor, nutrición, movilidad, estado emocional y adherencia a tratamientos.
2. Administración y supervisión de tratamientos farmacológicos y terapéuticos según indicaciones médicas.
3. Implementación de medidas de confort y control del dolor, incluyendo técnicas farmacológicas y no farmacológicas.
4. Coordinación de la rehabilitación física, ocupacional y nutricional.
5. Apoyo emocional y psicoeducativo al niño y la familia, fomentando estrategias de afrontamiento.
6. Educación continua a cuidadores sobre manejo en el hogar, prevención de complicaciones y seguimiento de terapias.
7. Registro sistemático de la evolución clínica, social y emocional, asegurando continuidad y calidad en la atención.

Este enfoque integral asegura que la atención pediátrica sea efectiva, segura y centrada en el bienestar global del niño, promoviendo su desarrollo físico, emocional y social, incluso en contextos de enfermedad crónica o compleja.



11.3. Acompañamiento familiar del personal de enfermería y estrategias de educación para el cuidado en el hogar

El acompañamiento familiar y la educación para el cuidado en el hogar constituyen pilares esenciales en la atención pediátrica, especialmente en contextos de enfermedades crónicas, complejas o terminales. El personal de enfermería no solo proporciona cuidados directos al paciente, sino que también actúa como guía, educador y soporte emocional para la familia, facilitando la continuidad de la atención, la adherencia a los tratamientos y la prevención de complicaciones. Este enfoque integral permite que los cuidadores se sientan empoderados, reduzcan la ansiedad y mejoren la calidad de vida del niño y su entorno familiar (Feudtner, 2007; Pettoello et al., 2009).

El primer paso en el acompañamiento familiar consiste en la valoración de necesidades y capacidades de los cuidadores, identificando conocimientos previos sobre la enfermedad, habilidades en el manejo de síntomas, nivel de estrés y recursos disponibles. Esta evaluación inicial permite personalizar la educación y diseñar estrategias de intervención que se ajusten a las características del núcleo familiar y a las condiciones del hogar. Asimismo, el personal de enfermería debe identificar barreras potenciales para la adherencia al tratamiento, como limitaciones económicas, logísticas o de comprensión de las indicaciones médicas (Himmelstein et al., 2004).

La educación para el cuidado en el hogar abarca varias dimensiones: manejo de síntomas, administración de medicamentos, cuidado de dispositivos médicos, prevención de infecciones, nutrición, movilización segura y seguimiento de signos de alarma. El personal de enfermería proporciona instrucciones claras, demostraciones prácticas, guías escritas y seguimiento telemático cuando sea necesario, fomentando la autonomía de los cuidadores y la seguridad del niño en su entorno cotidiano (Çimke et al., 2024; Seniwati et al., 2023; Pettoello et al., 2009). Las estrategias educativas deben ser adaptadas a la edad y nivel de comprensión de los familiares, utilizando un lenguaje accesible, material



visual y recursos digitales que faciliten la retención de información y la correcta ejecución de procedimientos.

El apoyo emocional a la familia es otro componente crítico. El personal de enfermería acompaña a padres y cuidadores frente a situaciones de estrés, incertidumbre o duelo, ofreciendo contención, escucha activa y orientación sobre técnicas de afrontamiento. Este acompañamiento contribuye a disminuir la ansiedad, mejorar la comunicación familiar y fortalecer la resiliencia frente a la enfermedad del niño. Además, fomenta la participación activa de la familia en la toma de decisiones relacionadas con el plan de cuidados, promoviendo un enfoque colaborativo y centrado en el paciente (Feudtner, 2007; Pettoello et al., 2009).

El seguimiento y evaluación continua constituye un componente esencial del acompañamiento familiar. La enfermería realiza visitas domiciliarias, telemonitorización o seguimiento telefónico, supervisando la adherencia al tratamiento, la correcta ejecución de cuidados, la aparición de complicaciones y la evolución psicoemocional de la familia. Asimismo, registra la información en la historia clínica, asegurando comunicación efectiva con el equipo multidisciplinario y ajustando el plan de cuidados según la evolución del niño y las necesidades de los cuidadores (Himelstein et al., 2004).

Finalmente, la integración de estrategias educativas innovadoras, como talleres grupales, videos instructivos, aplicaciones móviles y sesiones interactivas, facilita la transferencia de conocimientos y fortalece la capacidad de los cuidadores para enfrentar situaciones de emergencia o cambios en la condición del paciente. Este enfoque promueve la autonomía familiar, mejora la calidad del cuidado domiciliario y contribuye significativamente al bienestar integral del niño y su entorno (Pettoello et al., 2009).

Dentro de las acciones específicas a realizar por el personal de enfermería en el acompañamiento familiar se destacan:

1. Valoración inicial de conocimientos, habilidades y recursos del cuidador.



2. Demostración y supervisión de la correcta administración de medicamentos y terapias domiciliarias.
3. Instrucción sobre técnicas de movilización segura y prevención de lesiones o complicaciones.
4. Educación sobre signos de alarma que requieren atención médica inmediata.
5. Apoyo emocional y acompañamiento en situaciones de estrés, ansiedad o duelo.
6. Coordinación con el equipo multidisciplinario para asegurar continuidad del cuidado.
7. Seguimiento y registro continuo de la evolución clínica, adherencia y necesidades del hogar.

Las intervenciones de acompañamiento familiar y educación para el cuidado en el hogar resultan fundamentales para garantizar una atención pediátrica integral, especialmente en contextos de enfermedades crónicas o complejas. El personal de enfermería desempeña un rol clave al actuar como guía, educador y soporte emocional, fortaleciendo la capacidad de los cuidadores para manejar de manera segura y efectiva la atención del niño en el hogar.

La valoración inicial de las necesidades y capacidades de los cuidadores permite personalizar la educación y diseñar estrategias que se adapten a las particularidades de cada familia, considerando factores como conocimientos previos, habilidades, nivel de estrés y recursos disponibles. La enseñanza clara y práctica sobre el manejo de síntomas, administración de medicamentos, prevención de complicaciones y seguimiento de signos de alarma contribuye a la autonomía de los cuidadores y a la seguridad del paciente.

El apoyo emocional ofrecido por el personal de enfermería favorece la resiliencia familiar, reduce la ansiedad y facilita la participación activa de los padres en la toma de decisiones sobre el cuidado del niño. De manera complementaria, el seguimiento continuo mediante visitas domiciliarias, telemonitorización o llamadas telefónicas asegura la adherencia al tratamiento, la



correcta ejecución de los cuidados y la identificación oportuna de cualquier complicación.

La integración de estrategias educativas innovadoras, como talleres, material audiovisual y recursos interactivos, fortalece la capacidad de los cuidadores para enfrentar cambios en la condición del niño o situaciones de emergencia. En conjunto, estas acciones optimizan la calidad del cuidado domiciliario, promueven el bienestar integral del paciente y fomentan un entorno familiar seguro, informado y empoderado.



- Abo-Halawa, N., Negm, M. A., Arafa, M., & Fathy, M. (2024). Surgical aspects of pediatric abdominal pain in the era of COVID-19: clinical consideration and outcomes. *Frontiers in pediatrics*, 12, 1400638. <https://doi.org/10.3389/fped.2024.1400638>
- Accredo Health Group, Inc. (2025). *Trastornos del crecimiento*. <https://es.accredo.com/conditions/growth-disorders>
- Al Abud, A. M., & Grua, J. S. (2023). *Scalp ringworm (Tinea capitis)*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536909/>
- Alcaide Ocaña, A. B. (2024). *Asma bronquial*. Clínica Universidad de Navarra. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/asma-bronquial>
- American Diabetes Association. (2023). Standards of Care in Diabetes to Guide Prevention, Diagnosis, and Treatment for People Living with Diabetes. <https://diabetes.org/newsroom/american-diabetes-association-2023-standards-care-diabetes-guide-for-prevention-diagnosis-treatment-people-living-with-diabetes>
- Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., Vitiello, B., Keller, M., Birmaher, B., McCracken, J., Mayes, T., Berk, M., & Brent, D. A. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(8), 772–781. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.04.003>
- Asher, M. I., García-Marcos, L., Pearce, N. E., & Strachan, D. P. (2020). Trends in worldwide asthma prevalence. *The European respiratory journal*, 56(6), 2002094. <https://doi.org/10.1183/13993003.02094-2020>



- Atiyeh, B., & Janom, H. H. (2014). Physical rehabilitation of pediatric burns. *Annals of burns and fire disasters*, 27(1), 37–43. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4158448/>
- Baranowski, K., & Huang, B. (2023). *Enfermedad por arañazo de gato*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482139/>
- Barola, S., Grossman, O. K., & Abdelhalim, A. (2024). *Urinary tract infections in children*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK599548/>
- Baxter, C. R., & Shires, T. (1968). Physiological response to crystalloid resuscitation of severe burns. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 150(3), 874–894. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1968.tb14738.x>
- Benini, F., Spizzichino, M., Trapanotto, M., & Ferrante, A. (2008). Pediatric palliative care. *Italian journal of pediatrics*, 34(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1824-7288-34-4>
- Berg, A. T., & Cross, J. H. (2010). Towards a modern classification of the epilepsies? *The Lancet Neurology*, 9(5), 459–461. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(10\)70024-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(10)70024-7)
- Berria, M., & Burns, J. T. (2024). *Trastornos de la tiroides*. EBSCO Research Starters. <https://www.ebsco.com/research-starters/consumer-health/thyroid-disorders>
- Bhate, K., & Williams, H. C. (2013). Epidemiology of acne vulgaris. *The British journal of dermatology*, 168(3), 474–485. <https://doi.org/10.1111/bjd.12149>
- Bierzynska, A., & Saleem, M. (2017). Recent advances in understanding and treating nephrotic syndrome. *F1000Research*, 6, 121. <https://doi.org/10.12688/f1000research.10165.1>





- Bluebond-Langner, M., Belasco, J. B., Goldman, A., & Belasco, C. (2007). Understanding parents' approaches to care and treatment of children with cancer when standard therapy has failed. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 25(17), 2414–2419. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.08.7759>
- Bottari, G., Stellacci, G., Ferorelli, D., Dell'Erba, A., Aricò, M., Benevento, M., Palladino, G., & Solarino, B. (2021). Imaging Appropriateness in Pediatric Radiology during COVID-19 Pandemic: A Retrospective Comparison with No COVID-19 Period. *Children (Basel, Switzerland)*, 8(6), 463. <https://doi.org/10.3390/children8060463>
- Bradley, J. S., Byington, C. L., Shah, S. S., Alverson, B., Carter, E. R., Harrison, C., Kaplan, S. L., Mace, S. E., McCracken, G. H., Jr, Moore, M. R., St Peter, S. D., Stockwell, J. A., Swanson, J. T., & Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America (2011). The management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age: clinical practice guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 53(7), e25–e76. <https://doi.org/10.1093/cid/cir531>
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 47(3-4), 372–394. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
- Brouwer, M. C., Tunkel, A. R., & van de Beek, D. (2010). Epidemiology, diagnosis, and antimicrobial treatment of acute bacterial meningitis. *Clinical microbiology reviews*, 23(3), 467–492. <https://doi.org/10.1128/CMR.00070-09>

- Brutsaert, E. F., & Braunstein, G. D. (2023). *Diabetes mellitus*. Merck Manual. <https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/trastornos-hormonales-y-metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-y-otros-trastornos-del-metabolismo-de-la-glucosa-sangu%C3%ADnea/diabetes-mellitus>
- Buchacz, K., Baker, R. K., Palella, F. J., Jr, Chmiel, J. S., Lichtenstein, K. A., Novak, R. M., Wood, K. C., Brooks, J. T., & HOPS Investigators (2010). AIDS-defining opportunistic illnesses in US patients, 1994-2007: a cohort study. *AIDS (London, England)*, 24(10), 1549–1559. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32833a3967>
- Buck, E., & Finnigan, N. A. (2023). *Malaria*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551711/>
- Bush, A., & Saglani, S. (2010). Management of severe asthma in children. *Lancet (London, England)*, 376(9743), 814–825. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61054-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61054-9)
- Büyükgebiz, A. (2013). Newborn screening for congenital hypothyroidism. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 5(1), 8–12. <https://doi.org/10.4274/Jcrpe.845>
- Carithers, H. A. (1985). Cat-scratch disease. An overview based on a study of 1,200 patients. *American journal of diseases of children (1960)*, 139(11), 1124–1133. <https://doi.org/10.1001/archpedi.1985.02140130062031>
- Cartotto R. (2017). Topical antimicrobial agents for pediatric burns. *Burns & trauma*, 5, 33. <https://doi.org/10.1186/s41038-017-0096-6>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). *Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines>
- Chan, E. Y.-h., & Boyer, O. (2025). Childhood idiopathic nephrotic syndrome: Recent advancements shaping future guidelines. *Pediatric Nephrology*, 40, 2431–2442. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00467-024-06634-9>





- Chanchlani, R., Parekh, R., & Gipson, D. S. (2020). *Recent advances in the management of nephrotic syndrome in children*. *Pediatric Nephrology*, 35(8), 1377–1391. <https://doi.org/10.1007/s00467-019-04400-5>
- Cheng, C. H. (2022). Acute pyelonephritis diagnosis in children with urinary tract infections. *Pediatrics and neonatology*, 63(4), 329–330. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2022.06.001>
- Chiang, J. L., Kirkman, M. S., Laffel, L. M., Peters, A. L. (2014). Type 1 diabetes through the life span: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes care*, 37(7), 2034–2054. <https://doi.org/10.2337/dc14-1140>
- Child Mind Institute. (2024). ¿Cómo se relacionan la autolesión y el suicidio? <https://childmind.org/es/articulo/como-se-relacionan-la-autolesion-y-el-suicidio/>
- Children's Hospital of Orange County. (2023). *Acute gastroenteritis care guideline*. [https://choc.org/wp-content/uploads/careguidelines/2023 Acute Gastroenteritis Care Guideline with References.pdf](https://choc.org/wp-content/uploads/careguidelines/2023%20Acute%20Gastroenteritis%20Care%20Guideline%20with%20References.pdf)
- Chua, A. N., Kumar, R., & Warady, B. A. (2022). Care of the pediatric patient on chronic peritoneal dialysis. *Pediatric nephrology (Berlin, Germany)*, 37(12), 3043–3055. <https://doi.org/10.1007/s00467-022-05605-2>
- Cillóniz, C., Rodríguez-Hurtado, D., & Torres, A. (2018). Characteristics and Management of Community-Acquired Pneumonia in the Era of Global Aging. *Medical sciences (Basel, Switzerland)*, 6(2), 35. <https://doi.org/10.3390/medsci6020035>
- Çimke, S., Yıldırım Gürkan, D., & Polat, S. (2024). Research on family-centered care in pediatric patients: A bibliometric analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 76, 199–206. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.02.017>
- Ciornei, B., David, V. L., Popescu, D., & Boia, E. S. (2023). Pain Management in Pediatric Burns: A Review of the Science behind It. *Global health, epidemiology and genomics*, 2023, 9950870. <https://doi.org/10.1155/2023/9950870>

- Clark, S. E., Cloutier, P., Polihronis, C., & Cappelli, M. (2019). Evaluating the HEADS-ED Screening Tool in a Hospital-Based Mental Health and Addictions Central Referral Intake System: A Prospective Cohort Study. *Hospital pediatrics*, 9(2), 107–114. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2018-0112>
- Cleveland Clinic. (2021). Cirugía reconstructiva. <https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/11029-reconstructive-surgery>
- Cleveland Clinic. (2022). *Epidermólisis bullosa: Signos, síntomas, causas, diagnóstico y tratamiento*. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/17792-epidermolysis-bullosa>
- Cleveland Clinic. (2025). *Hemodialysis*. <https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/24472-hemodialysis>
- Cole, B. (2024). Understanding Eating Disorders and the Nurse's Role in Diagnosis, Treatment, and Support. *Journal of Christian nursing: a quarterly publication of Nurses Christian Fellowship*, 41(2), 80–87. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000001147>
- Conway, P. H., Cnaan, A., Zaoutis, T., Henry, B. V., Grundmeier, R. W., & Keren, R. (2007). Recurrent urinary tract infections in children: risk factors and association with prophylactic antimicrobials. *JAMA*, 298(2), 179–186. <https://doi.org/10.1001/jama.298.2.179>
- Cooper, D. S. (2005). *Antithyroid drugs*. *The New England journal of medicine*, 352(9), 905–917. <https://doi.org/10.1056/NEJMra042972>
- Costa Pinheiro, A. M., Araujo Lobato, L., & Nogueira Varella, T. C. (2012). Dermoscopy findings in tinea capitis: case report and literature review. *Anais brasileiros de dermatologia*, 87(2), 313–314. <https://doi.org/10.1590/s0365-05962012000200022>





Cuijpers, M. D., Meij-de Vries, A., van Zuijlen, P. P. M., Baartmans, M. G. A., Nieuwenhuis, M., van Baar, M. E., Pijpe, A., & Dutch Burn Repository Group. (2024). The prevalence and predictors of reconstructive surgery in pediatric burn care. *Burns*, 50(9), 107213. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2024.07.017>

Cuijpers, M. D., Meij-de Vries, A., van Zuijlen, P. P. M., Baartmans, M. G. A., Nieuwenhuis, M., van Baar, M. E., Pijpe, A., & Dutch Burn Repository Group (2024). The prevalence and predictors of reconstructive surgery in pediatric burn care. *Burns: journal of the International Society for Burn Injuries*, 50(9), 107213. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2024.07.017>

Daley, S. F., Riaz, Y., & Sergi, C. (2025). *Pediatric feeding disorders: Recognition, diagnosis, and management*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564306/>

Datta, N., Matheson, B. E., Citron, K., Van Wye, E. M., & Lock, J. D. (2023). Evidence Based Update on Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 52(2), 159–170. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2109650>

Del Nido. P. J. (2020). Minimally Invasive Cardiac Surgical Procedures in Children. *Innovations* (Philadelphia, Pa.), 15(2), 95–98. <https://doi.org/10.1177/1556984520914283>

DeVries, C. R. (2022). A global view of pediatric urology. *Journal of pediatric urology*, 18(3), 271–279. <https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2022.02.002>

Donald, P. R., & Schoeman, J. F. (2004). Tuberculous meningitis. *The New England Journal of Medicine*, 351(17), 1719–1720. <https://doi.org/10.1056/NEJMp048227>

- Dondorp, A. M., Fairhurst, R. M., Slutsker, L., Macarthur, J. R., Breman, J. G., Guerin, P. J., Wellems, T. E., Ringwald, P., Newman, R. D., & Plowe, C. V. (2011). The threat of artemisinin-resistant malaria. *The New England journal of medicine*, 365(12), 1073–1075. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1108322>
- Ebeledike, C., Ahmad, T., & Martín, S. D. (2023). *Neumonía pediátrica (Enfermería)*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568682/>
- Elgash, M., Dlova, N., Ogunleye, T., & Taylor, S. C. (2019). Seborrheic dermatitis in skin of color: Clinical considerations. *Journal of Drugs in Dermatology*, 18(1), 24. <https://jddonline.com/wp-content/themes/jdd-salient-child/download.php?pii=S1545961619P0024X&download=1>
- Elseth, A., & Nunez Lopez, O. (2025). *Wound grafts*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564382/>
- Emmons, C. W., Binford, C. H., Utz, J. P., & Kwon-Chung, K. J. (1992). *Medical mycology*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Ferrero, M., & Díaz González, M. (2022). *Advances in the treatment of burned children*. *Cirugía Pediátrica*, 35(3), 104–112. https://secipe.org/coldata/upload/revista/2022_35-3_104.pdf
- Feudtner, C. (2007). Collaborative communication in pediatric palliative care: a foundation for problem-solving and decision-making. *Pediatric clinics of North America*, 54(5), 583–589. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2007.07.008>
- Fine, J. D. (2010). Inherited epidermolysis bullosa. *Orphanet journal of rare diseases*, 5, 12. <https://doi.org/10.1186/1750-1172-5-12>





- Fine, J. D., Bruckner-Tuderman, L., Eady, R. A., Bauer, E. A., Bauer, J. W., Has, C., Heagerty, A., Hintner, H., Hovnanian, A., Jonkman, M. F., Leigh, I., Marinkovich, M. P., Martinez, A. E., McGrath, J. A., Mellerio, J. E., Moss, C., Murrell, D. F., Shimizu, H., Uitto, J., Woodley, D., ... Zambruno, G. (2014). Inherited epidermolysis bullosa: updated recommendations on diagnosis and classification. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 70(6), 1103–1126. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2014.01.903>
- Fischbach, M., Edefonti, A., Schröder, C., Watson, A., & European Pediatric Dialysis Working Group (2005). Hemodialysis in children: general practical guidelines. *Pediatric nephrology (Berlin, Germany)*, 20(8), 1054–1066. <https://doi.org/10.1007/s00467-005-1876-y>
- Fisher, R. S., Acevedo, C., Arzimanoglou, A., Bogacz, A., Cross, J. H., Elger, C. E., Engel, J., Jr, Forsgren, L., French, J. A., Glynn, M., Hesdorffer, D. C., Lee, B. I., Mathern, G. W., Moshé, S. L., Perucca, E., Scheffer, I. E., Tomson, T., Watanabe, M., & Wiebe, S. (2014). ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 55(4), 475–482. <https://doi.org/10.1111/epi.12550>
- Fitzmaurice, W., & Silverberg, N. B. (2024). Long-Term Impact of Atopic Dermatitis on Quality of Life. *Dermatologic clinics*, 42(4), 549–557. <https://doi.org/10.1016/j.det.2024.04.005>
- Florin, T. A., Zaoutis, T. E., & Zaoutis, L. B. (2008). Beyond cat scratch disease: widening spectrum of Bartonella henselae infection. *Pediatrics*, 121(5), e1413–e1425. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1897>
- Flynn, J. M., & Weinstein, S. (Eds.). (2020). *Lovell and Winter's pediatric orthopaedics* (8th ed.). LWW.
- Foldy, S. M., & Gorman, J. B. (1989). Perioperative nursing care for congenital cardiac defects. *Critical care nursing clinics of North America*, 1(2), 289–295. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2818880/>

Fraser, J. D., Aguayo, P., Leys, C. M., Keckler, S. J., Newland, J. G., Sharp, S. W., Murphy, J. P., Snyder, C. L., Sharp, R. J., Andrews, W. S., Holcomb, G. W., Ostlie, D. J., & St Peter, S. D. (2010). A complete course of intravenous antibiotics vs a combination of intravenous and oral antibiotics for perforated appendicitis in children: a prospective, randomized trial. *Journal of pediatric surgery*, 45(6), 1198–1202. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2010.02.090>

Gaensbauer, J. T., Dash, N., Verma, S., Hall, D. J., Adler-Shohet, F. C., Li, G., Lee, G., Dinnes, L., & Wendorf, K. (2024). Multidrug-resistant tuberculosis in children: A practical update on epidemiology, diagnosis, treatment and prevention. *Journal of clinical tuberculosis and other mycobacterial diseases*, 36, 100449. <https://doi.org/10.1016/j.jctube.2024.100449>

Georgeson, K. E., & Robertson, D. J. (2004). Minimally invasive surgery in the neonate: review of current evidence. *Seminars in perinatology*, 28(3), 212–220. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2004.03.008>

Giese J. K. (2019). Evidence-based pediatric asthma interventions and outcome measures in a healthy homes program: An integrative review. *The Journal of asthma: official journal of the Association for the Care of Asthma*, 56(6), 662–673. <https://doi.org/10.1080/02770903.2018.1472279>

Global Initiative for Asthma. (2025). *Global strategy for asthma management and prevention 2025*. GINA. https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2025/05/GINA-2025_tracked-for-archive-WMSA.pdf

Gober, J., & Zlatkin, A. (2014). Pediatric burns. *PM&R KnowledgeNow*. <https://now.aapmr.org/pediatric-burns/>

Greenhalgh, D. G. (2009). Topical antimicrobial agents for burn wounds. *Clinics in plastic surgery*, 36(4), 597–606. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2009.05.011>





- Greenwood, B. M., Fidock, D. A., Kyle, D. E., Kappe, S. H., Alonso, P. L., Collins, F. H., & Duffy, P. E. (2008). Malaria: progress, perils, and prospects for eradication. *The Journal of clinical investigation*, 118(4), 1266–1276. <https://doi.org/10.1172/JCI33996>
- Gupta, A. K., & Summerbell, R. C. (2000). Tinea capitis. *Medical mycology*, 38(4), 255–287. <https://doi.org/10.1080/mmy.38.4.255.287>
- Gupta, P., Beam, B. W., Noel, T. R., Dvorchik, I., Yin, H., Simsic, J. M., & Tobias, J. D. (2014). Impact of preoperative location on outcomes in congenital heart surgery. *The Annals of thoracic surgery*, 98(3), 896–903. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2014.04.123>
- Hain, R., Devins, M., Hastings, R., & Noyes, J. (2013). Paediatric palliative care: development and pilot study of a ‘Directory’ of life-limiting conditions. *BMC palliative care*, 12(1), 43. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-43>
- Haliasos, E. C., Kerner, M., Jaimes-Lopez, N., Rudnicka, L., Zalaudek, I., Malvey, J., Hofmann-Wellenhof, R., Braun, R. P., & Marghoob, A. A. (2013). Dermoscopy for the pediatric dermatologist part I: dermoscopy of pediatric infectious and inflammatory skin lesions and hair disorders. *Pediatric dermatology*, 30(2), 163–171. <https://doi.org/10.1111/pde.12097>
- Hampson, K. J., Gay, M. L., & Band, M. E. (2021). Pediatric Nephrotic Syndrome: Pharmacologic and Nutrition Management. *Nutrition in clinical practice: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 36(2), 331–343. <https://doi.org/10.1002/ncp.10622>
- Hanley, P., Lord, K., & Bauer, A. J. (2016). Thyroid Disorders in Children and Adolescents: A Review. *JAMA pediatrics*, 170(10), 1008–1019. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.0486>
- Haque, A. K., & McGinnis, M. R. (2008). Fungal Infections. *Dail and Hammar's Pulmonary Pathology: Volume I: Nonneoplastic Lung Disease*, 349–425. https://doi.org/10.1007/978-0-387-68792-6_10

- Hauser, W. A., & Beghi, E. (2008). First seizure definitions and worldwide incidence and mortality. *Epilepsia*, 49 Suppl 1, 8–12. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2008.01443.x>
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet (London, England)*, 379(9834), 2373–2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Hazarika, N., & Archana, M. (2016). The Psychosocial Impact of Acne Vulgaris. *Indian journal of dermatology*, 61(5), 515–520. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.190102>
- Heininger, U., & Seward, J. F. (2006). Varicella. *Lancet (London, England)*, 368(9544), 1365–1376. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69561-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69561-5)
- Herndon, D. N. (2017). *Total burn care* (5.^a ed.). Elsevier.
- Herpertz-Dahlmann B. (2017). Treatment of eating disorders in child and adolescent psychiatry. *Current opinion in psychiatry*, 30(6), 438–445. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000357>
- Hettiaratchy, S., & Papini, R. (2004). Initial management of a major burn: II--assessment and resuscitation. *BMJ (Clinical research ed.)*, 329(7457), 101–103. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7457.101>
- Himmelstein, B. P., Hilden, J. M., Boldt, A. M., & Weissman, D. (2004). Pediatric palliative care. *The New England journal of medicine*, 350(17), 1752–1762. <https://doi.org/10.1056/NEJMra030334>
- Hinds, P. S., Drew, D., Oakes, L. L., Fouladi, M., Spunt, S. L., Church, C., & Furman, W. L. (2005). End-of-life care preferences of pediatric patients with cancer. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 23(36), 9146–9154. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.10.538>





- Horwitz, A. G., Czyz, E. K., & King, C. A. (2015). Predicting Future Suicide Attempts Among Adolescent and Emerging Adult Psychiatric Emergency Patients. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 44(5), 751–761. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.910789>
- Hospital Clínic de Barcelona. (2025). ¿Qué son las adicciones? <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/adicciones>
- Hsu, C.-N., Lu, P.-C., Liao, W.-T., & Tain, Y.-L. (2025). Pediatric Chronic Kidney Disease: Mind the Gap Between Reality and Expectations. *Children*, 12(5), 614. <https://doi.org/10.3390/children12050614>
- Hughes, R. A. C., & Cornblath, D. R. (2005). Guillain-Barré syndrome. *The Lancet*, 366(9497), 1653–1666. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67665-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67665-9)
- Hunger, S. P., & Mullighan, C. G. (2015). Acute Lymphoblastic Leukemia in Children. *The New England journal of medicine*, 373(16), 1541–1552. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1400972>
- Iftikhar, R., Chaudhry, Q. U. N., Anwer, F., Neupane, K., Rafae, A., Mahmood, S. K., Ghafoor, T., Shahbaz, N., Khan, M. A., Khattak, T. A., Shamshad, G. U., Rehman, J., Farhan, M., Khan, M., Ansar, I., Ashraf, R., Marsh, J., Satti, T. M., & Ahmed, P. (2021). Allogeneic hematopoietic stem cell transplantation in aplastic anemia: current indications and transplant strategies. *Blood reviews*, 47, 100772. <https://doi.org/10.1016/j.blre.2020.100772>
- Im, H. J. (2018). Current treatment for pediatric acute myeloid leukemia. *Blood research*, 53(1), 1–2. <https://doi.org/10.5045/br.2018.53.1.1>
- Inaba, H., & Pui, C. H. (2021). Advances in the Diagnosis and Treatment of Pediatric Acute Lymphoblastic Leukemia. *Journal of clinical medicine*, 10(9), 1926. <https://doi.org/10.3390/jcm10091926>

James, C., Harfouche, M., Welton, N. J., Turner, K. M., Abu-Raddad, L. J., Gottlieb, S. L., & Looker, K. J. (2020). Herpes simplex virus: global infection prevalence and incidence estimates, 2016. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(5), 315–329. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.237149>

Jeschke, M. G., van Baar, M. E., Choudhry, M. A., Chung, K. K., Gibran, N. S., & Logsetty, S. (2020). Burn injury. *Nature reviews. Disease primers*, 6(1), 11. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0145-5>

Johnston, D. L., Hentz, T. A., & Friedman, D. L. (2005). Pediatric palliative care. *The journal of pediatric pharmacology and therapeutics: JPPT: the official journal of PPAG*, 10(4), 200–214. <https://doi.org/10.5863/1551-6776-10.4.200>

Kanner, A. M. (2016). Management of psychiatric and neurological comorbidities in epilepsy. *Nature reviews. Neurology*, 12(2), 106–116. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2015.243>

Kaplowitz, P. B., Jiang, J., & Vaidyanathan, P. (2020). Radioactive iodine therapy for pediatric Graves' disease: a single-center experience over a 10-year period. *Journal of pediatric endocrinology & metabolism: JPEM*, 33(3), 383–389. <https://doi.org/10.1515/jpem-2019-0316>

Katkin, J. P., Kressly, S. J., Edwards, A. R., Perrin, J. M., Kraft, C. A., Richerson, J. E., Tieder, J. S., Wall, L., Alexander, J. J., Flanagan, P. J., Hudak, M. L., Quinonez, R. A., Shenkin, B. N., & Smith, T. K. (2017). Guiding principles for team-based pediatric care. *Pediatrics*, 140(2), e20171489. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1489>

Kaushik, A., Natsis, N., Gordon, S. C., & Seiverling, E. V. (2020). A practical review of dermoscopy for pediatric dermatology part I: Melanocytic growths. *Pediatric dermatology*, 37(5), 789–797. <https://doi.org/10.1111/pde.14291>





- KDIGO. (2024). *KDIGO 2024 clinical practice guideline for the management of nephrotic syndrome in children: Public review draft*. <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2024/04/KDIGO-2024-Nephrotic-Syndrome-in-Children-Guideline-Public-Review-Draft.pdf>
- Keller, B. A., & Saenz, N. C. (2023). Multi-disciplinary care in patients with complex pediatric general and thoracic surgical pathology: lessons learned from a 20-year experience. *Pediatric surgery international*, 39(1), 184. <https://doi.org/10.1007/s00383-023-05456-4>
- Khanna, D., & Bardhan, A. (2025). Epidermolysis bullosa. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK599531/>
- Killick, S. B., Bown, N., Cavenagh, J., Dokal, I., Foukaneli, T., Hill, A., Hillmen, P., Ireland, R., Kulasekararaj, A., Mufti, G., Snowden, J. A., Samarasinghe, S., Wood, A., Marsh, J. C., & British Society for Standards in Haematology (2016). Guidelines for the diagnosis and management of adult aplastic anaemia. *British journal of haematology*, 172(2), 187–207. <https://doi.org/10.1111/bjh.13853>
- Kimberlin, D. W. (2004). Neonatal herpes simplex infection. *Clinical microbiology reviews*, 17(1), 1–13. <https://doi.org/10.1128/CMR.17.1.1-13.2004>
- Kimberlin, D. W., Lin, C. Y., Jacobs, R. F., Powell, D. A., Corey, L., Gruber, W. C., Rathore, M., Bradley, J. S., Diaz, P. S., Kumar, M., Arvin, A. M., Gutierrez, K., Shelton, M., Weiner, L. B., Sleasman, J. W., de Sierra, T. M., Weller, S., Soong, S. J., Kiell, J., Lakeman, F. D., ... National Institute of Allergy and Infectious Diseases Collaborative Antiviral Study Group (2001). Safety and efficacy of high-dose intravenous acyclovir in the management of neonatal herpes simplex virus infections. *Pediatrics*, 108(2), 230–238. <https://doi.org/10.1542/peds.108.2.230>
- Klein, I., & Ojamaa, K. (2001). Thyroid hormone and the cardiovascular system. *The New England journal of medicine*, 344(7), 501–509. <https://doi.org/10.1056/NEJM200102153440707>

Koning, I. M., Peeters, M., Finkenauer, C., & van den Eijnden, R. J. J. M. (2018). Bidirectional effects of Internet-specific parenting practices and compulsive social media and Internet game use. *Journal of behavioral addictions*, 7(3), 624–632. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.68>

Kopač, M. (2024). Pediatric Lower Urinary Tract Dysfunction: A Comprehensive Exploration of Clinical Implications and Diagnostic Strategies. *Biomedicines*, 12(5), 945. <https://doi.org/10.3390/biomedicines12050945>

Koumarianou, A., Symeonidi, A. E., Kattamis, A., Linardatou, K., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2021). A review of psychosocial interventions targeting families of children with cancer. *Palliative & supportive care*, 19(1), 103–118. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000449>

Krishnamoorthy, V., Ramaiah, R., & Bhananker, S. M. (2012). Pediatric burn injuries. *International journal of critical illness and injury science*, 2(3), 128–134. <https://doi.org/10.4103/2229-5151.100889>

Kwan, P., Arzimanoglou, A., Berg, A. T., Brodie, M. J., Allen Hauser, W., Mathern, G., Moshé, S. L., Perucca, E., Wiebe, S., & French, J. (2010). Definition of drug resistant epilepsy: consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia*, 51(6), 1069–1077. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2009.02397.x>

Lai, S. T., & Bauer, A. J. (2025). Approach to the Pediatric Patient with Thyroid Nodules. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 110(8), 2339–2352. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaf090>

Larson, A. N., Paradkar, R., Schmitz, M., Liu, R., Patel, N. M., Ellis, H., Milbrandt, T. A., Sucato, D., Shea, K., & Laine, J., & POSNA Research Agenda Steering Group. (2025). Development of a consensus-based agenda to identify priorities for clinical research in pediatric orthopaedic surgery. *Journal of the Pediatric Orthopaedic Society of North America*, 12, 100217. <https://doi.org/10.1016/j.jposna.2025.100217>





- Lawn, S. D., Harries, A. D., & Wood, R. (2010). Strategies to reduce early morbidity and mortality in adults receiving antiretroviral therapy in resource-limited settings. *Current opinion in HIV and AIDS*, 5(1), 18–26. <https://doi.org/10.1097/COH.0b013e328333850f>
- Layton, A. (2009). The use of isotretinoin in acne. *Dermato-endocrinology*, 1(3), 162–169. <https://doi.org/10.4161/derm.1.3.9364>
- Lee, D. J., Kim, P. H., & Koh, C. J. (2010). Current trends in pediatric minimally invasive urologic surgery. *Korean journal of urology*, 51(2), 80–87. <https://doi.org/10.4111/kju.2010.51.2.80>
- Léger, J., & Carel, J. C. (2018). Diagnosis and management of hyperthyroidism from prenatal life to adolescence. Best practice & research. *Clinical endocrinology & metabolism*, 32(4), 373–386. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2018.03.014>
- Lekkas, D., Ioannides, D., Lazaridou, E., Lallas, A., Apalla, Z., Vakirlis, E., & Sotiriou, E. (2021). Dermatoscopy in tinea capitis: can it provide clues for the responsible fungi? *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 35(1), e85–e87. <https://doi.org/10.1111/jdv.16825>
- Leung, D. Y. (2013). New insights into atopic dermatitis: role of skin barrier and immune dysregulation. *Allergology international: official journal of the Japanese Society of Allergology*, 62(2), 151–161. <https://doi.org/10.2332/allergolint.13-RAI-0564>
- Li, P. K., Szeto, C. C., Piraino, B., de Arteaga, J., Fan, S., Figueiredo, A. E., Fish, D. N., Goffin, E., Kim, Y. L., Salzer, W., Struijk, D. G., Teitelbaum, I., & Johnson, D. W. (2016). ISPD Peritonitis Recommendations: 2016 Update on Prevention and Treatment. *Peritoneal dialysis international: journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, 36(5), 481–508. <https://doi.org/10.3747/pdi.2016.00078>

- Lock, J., & Derenne, J. (2019). Treating Eating Disorders in Children and Adolescents: An Update. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 28(4), xiii–xiv. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.06.001>
- Lødrup Carlsen, K. C., Pijnenburg, M. W., & ERS Task Force Monitoring Asthma in Children (2015). Monitoring asthma in childhood. *European respiratory review: an Official Journal of the European Respiratory Society*, 24(136), 178–186. <https://doi.org/10.1183/16000617.00003714>
- Lovik, K., & Murr, N. I. (2023). Convulsión. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430765/>
- Lund, C. C., & Browder, N. C. (1944). The estimation of areas of burns. *Surgery, Gynecology & Obstetrics*, 79(3), 352–358. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1984389>
- Mantecón, A. (2024). ¿Qué es la traumatología pediátrica? <https://armandomantecon.com/que-es-la-traumatologia-pediatrica/>
- Maphalle, L. N. F., Michniak-Kohn, B. B., Ogunrombi, M. O., & Adeleke, O. A. (2022). Pediatric Tuberculosis Management: A Global Challenge or Breakthrough? *Children*, 9(8), 1120. <https://doi.org/10.3390/children9081120>
- Mars, B., Heron, J., Crane, C., Hawton, K., Lewis, G., Macleod, J., Tilling, K., & Gunnell, D. (2014). Clinical and social outcomes of adolescent self-harm: population-based birth cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 349. <https://doi.org/10.1136/bmj.g5954>
- Martin, P. (2024). *Nephrotic syndrome nursing care plans, interventions, and diagnosis*. Nurseslabs. <https://nurseslabs.com/nephrotic-syndrome-nursing-care-plans/>
- Marx, G. E., & Chan, E. D. (2011). Tuberculous meningitis: diagnosis and treatment overview. *Tuberculosis research and treatment*, 2011, 798764. <https://doi.org/10.1155/2011/798764>





- Mavroudis, C., & Backer, C. L. (1994). *Pediatric cardiac surgery* (2nd ed.). Mosby Year Book.
- Mayer-Davis, E. J., Lawrence, J. M., Dabelea, D., Divers, J., Isom, S., Dolan, L., Imperatore, G., Linder, B., Marcovina, S., Pettitt, D. J., Pihoker, C., Saydah, S., Wagenknecht, L., & SEARCH for Diabetes in Youth Study. (2017). Incidence Trends of Type 1 and Type 2 Diabetes among Youths, 2002-2012. *The New England journal of medicine*, 376(15), 1419–1429. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1610187>
- Mayo Clinic Foundation for Medical Education and Research. (2025). *Diálisis peritoneal*. <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/peritoneal-dialysis/about/pac-20384725#dialogId65210094>
- Mayo Clinic. (2024). *Dengue: Diagnóstico y tratamiento*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/dengue-fever/diagnosis-treatment/drc-20353084>
- McCormick, D. A., & Contreras, D. (2001). On the cellular and network bases of epileptic seizures. *Annual review of physiology*, 63, 815–846. <https://doi.org/10.1146/annurev.physiol.63.1.815>
- McIntyre, P. B., O'Brien, K. L., Greenwood, B., & van de Beek, D. (2012). Effect of vaccines on bacterial meningitis worldwide. *Lancet (London, England)*, 380(9854), 1703–1711. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61187-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61187-8)
- McQuaid, E. L., Walders, N., Kopel, S. J., Fritz, G. K., & Klinnert, M. D. (2005). Pediatric asthma management in the family context: The Family Asthma Management System Scale. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(6), 492–502. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsi074>
- Meinzer, A., Alkatout, I., Krebs, T. F., Baastrup, J., Reischig, K., Meiksans, R., & Bergholz, R. (2020). Advances and Trends in Pediatric Minimally Invasive Surgery. *Journal of Clinical Medicine*, 9(12), 3999. <https://doi.org/10.3390/jcm9123999>
- Meningitis Research Foundation. (2025). What is TB meningitis? [https://www.meningitis.org/meningitis/bacterial-meningitis/tb-\(tuberculosis\)-meningitis](https://www.meningitis.org/meningitis/bacterial-meningitis/tb-(tuberculosis)-meningitis)

Mercy Health. (2025). *Cirugía abdominal*. <https://www.mercy.com/health-care-services/general-surgery/specialties/abdominal-surgery>

Miller, M. R., Hankinson, J., Brusasco, V., Burgos, F., Casaburi, R., Coates, A., Crapo, R., Enright, P., van der Grinten, C. P., Gustafsson, P., Jensen, R., Johnson, D. C., MacIntyre, N., McKay, R., Navajas, D., Pedersen, O. F., Pellegrino, R., Viegi, G., Wanger, J., & ATS/ERS Task Force (2005). Standardisation of spirometry. *The European respiratory journal*, 26(2), 319–338. <https://doi.org/10.1183/09031936.05.00034805>

Ministerio de Salud de Colombia. (2023). *Dengue*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/paginas/dengue.aspx>

Mughal, F., Ougrin, D., Stephens, L., Vijayakumar, L., & Kapur, N. (2024). Assessment and management of self-harm and suicide risk in young people. *BMJ (Clinical research ed.)*, 386. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-073515>

Mula, M., & Sander, J. W. (2016). Psychosocial aspects of epilepsy: a wider approach. *BJPsych open*, 2(4), 270–274. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.002345>

Nahid, P., Dorman, S. E., Alipanah, N., Barry, P. M., Brozek, J. L., Cattamanchi, A., Chaisson, L. H., Chaisson, R. E., Daley, C. L., Grzemska, M., Higashi, J. M., Ho, C. S., Hopewell, P. C., Keshavjee, S. A., Lienhardt, C., Menzies, R., Merrifield, C., Narita, M., O'Brien, R., Peloquin, C. A., ... Vernon, A. (2016). Official American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines: Treatment of Drug-Susceptible Tuberculosis. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 63(7), 147–195. <https://doi.org/10.1093/cid/ciw376>



National Asthma Education and Prevention Program. (2007). *Expert panel report 3: Guidelines for the diagnosis and management of asthma in children*. National Heart, Lung, and Blood Institute. https://www.nhlbi.nih.gov/sites/default/files/media/docs/EPR-3_Asthma_Full_Report_2007.pdf

National Heart, Lung, and Blood Institute. (2025). *Anemia aplásica*. <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/anemia/anemia-aplasica>

Navia, J., & Rojas, P. (2025). *Síndrome edematoso en pediatría*. Pontificia Universidad Católica de Chile. <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2025/01/81-Si%CC%81ndrome-edematoso-Javiera-Navia.docx>

Nemeth, V., & Pfliegerhaa, N. (2022). *Diarrea*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448082/>

Nguyen, T. P., & Taylor, R. S. (2023). *Síndrome de Guillain-Barré*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532254/>

Nickavar, A., & Sotoudeh, K. (2011). Treatment and prophylaxis in pediatric urinary tract infection. *International Journal of Preventive Medicine*, 2(1), 4–9. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3063462/>

Nieuwhof-Leppink, A. J., Garriboli, M., Cascio, S., Braga, L. H., Haid, B., Nelson, C. P., Dönmez, M. I., Ching, C. B., Harper, L., & ESPU Research Committee. (2024). Elevating pediatric urology care: The crucial role of nursing research in quality improvement. *Journal of Pediatric Urology*, 20(3), 522-525. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2024.01.032>

Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA psychiatry*, 70(3), 300–310. <https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>



Northern Trust Health and Social Care Services. (2023). *Trastornos hematológicos*. <https://www.northerntrust.hscni.net/services/cancer-services/cancer-types/haematological-disorders/>

Northwestern Medicine. (2025). Tétanos en niños. <https://encyclopedia.nm.org/Spanish/DiseasesConditions/Pediatric/Infectious/90,P05659>

Nourse, P., Cullis, B., Finkelstein, F., Numanoglu, A., Warady, B., Antwi, S., & McCulloch, M. (2021). ISPD guidelines for peritoneal dialysis in acute kidney injury: 2020 Update (paediatrics). *Peritoneal dialysis international: journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, 41(2), 139–157. <https://doi.org/10.1177/0896860820982120>

Nutten, S. (2015). Atopic dermatitis: global epidemiology and risk factors. *Annals of nutrition & metabolism*, 66 Suppl 1, 8–16. <https://doi.org/10.1159/000370220>

Öcal-Demir, S., Kahraman, K., Bozbeyoğlu, G., & Esen, F. (2024). Clinical Presentation of Cat Scratch Disease in Pediatric Patients-A Single-Center Study. *Turkish archives of pediatrics*, 59(6), 574–579. <https://doi.org/10.5152/TurkArchPediatri.2024.24032>

O'Donnell, J. M., & Nácul, F. E. (Eds.). (2016). *Surgical intensive care medicine*. Springer.

Ohgi, S., & Gu, S. (2013). Pediatric burn rehabilitation: Philosophy and strategies. *Burns & trauma*, 1(2), 73–79. <https://doi.org/10.4103/2321-3868.118930>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Dengue y dengue grave*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>

Organización Mundial de la Salud. (2025). Dengue. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>

Padalko, A., Spiwak, R. P., & Logsetty, S. (2025). Burns. In L. Marshall Gillman & S. Widder (Eds.), *Trauma Team Dynamics* (pp. 479–485). Springer.





- Pettoello-Mantovani, M., Campanozzi, A., Maiuri, L., & Giardino, I. (2009). Family-oriented and family-centered care in pediatrics. *Italian journal of pediatrics*, 35(1), 12. <https://doi.org/10.1186/1824-7288-35-12>
- Pham, T. N., Cancio, L. C., Gibran, N. S., & American Burn Association (2008). American Burn Association practice guidelines burn shock resuscitation. *Journal of burn care & research: official publication of the American Burn Association*, 29(1), 257–266. <https://doi.org/10.1097/BCR.0b013e31815f3876>
- Pinhas-Hamiel, O., & Zeitler, P. (2023). *Type 2 diabetes in children and adolescents: A focus on diagnosis and treatment*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK597439/>
- Popovsky, E. Y., & Florin, T. A. (2022). Community-Acquired Pneumonia in Childhood. *Encyclopedia of Respiratory Medicine*, 119–131. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-102723-3.00013-5>
- Pui, C. H., Robison, L. L., & Look, A. T. (2008). Acute lymphoblastic leukaemia. *Lancet (London, England)*, 371(9617), 1030–1043. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60457-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60457-2)
- Retrosi, C., Diociaiuti, A., De Ranieri, C., Corbeddu, M., Carnevale, C., Giancristoforo, S., Marchili, M. R., Salvatori, G., Atti, M. L. C. D., El Hachem, M., & Raponi, M. (2022). Multidisciplinary care for patients with epidermolysis bullosa from birth to adolescence: experience of one Italian reference center. *Italian journal of pediatrics*, 48(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s13052-022-01252-3>

Riccabona, M., Lobo, M. L., Augdal, T. A., Avni, F., Blickman, J., Bruno, C., Damasio, M. B., Darge, K., Mentzel, H. J., Napolitano, M., Ntoulia, A., Papadopoulou, F., Petit, P., Woźniak, M. M., & Ording-Müller, L. S. (2018). European Society of Pediatric Radiology Abdominal Imaging Task Force recommendations in pediatric Ur radiology, part X: how to perform pediatric gastrointestinal ultrasonography, use gadolinium as a contrast agent in children, follow up pediatric testicular microlithiasis, and an update on pediatric contrast-enhanced ultrasound. *Pediatric radiology*, 48(10), 1528–1536. <https://doi.org/10.1007/s00247-018-4147-3>

Richmond, E. J., & Rogol, A. D. (2008). Growth hormone deficiency in children. *Pituitary*, 11(2), 115–120. <https://doi.org/10.1007/s11102-008-0105-7>

Robinson, C. H., Jeyakumar, N., Luo, B., Askenazi, D., Deep, A., Garg, A. X., Goldstein, S., Greenberg, J. H., Mammen, C., Nash, D. M., Parekh, R. S., Silver, S. A., Thabane, L., Wald, R., Zappitelli, M., & Chanchlani, R. (2024). Long-Term Kidney Outcomes after Pediatric Acute Kidney Injury. *Journal of the American Society of Nephrology: JASN*, 35(11), 1520–1532. <https://doi.org/10.1681/ASN.0000000000000445>

Roos, K. L. (2015). Bacterial Infections of the Central Nervous System. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, 21(6 Neuroinfectious Disease), 1679–1691. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000242>

Roper, M. H., Vandelaer, J. H., & Gasse, F. L. (2007). Maternal and neonatal tetanus. *Lancet (London, England)*, 370(9603), 1947–1959. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61261-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61261-6)

Roriz, M., & Henniart, A. (2020). *Edemas: Del síntoma al diagnóstico*. *EMC - Tratado de Medicina*, 24(3), 1–5. [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(20\)44017-6](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(20)44017-6)

Rose, S. R., Wassner, A. J., Wintergerst, K. A., Yayah-Jones, N. H., Hopkin, R. J., Chuang, J., Smith, J. R., Abell, K., & LaFranchi, S. H. (2023). Congenital Hypothyroidism: Screening and Management. *Pediatrics*, 151(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2022-060419>





- Rosello, R., Gledhill, J., Yi, I., Watkins, B., Harvey, L., Hosking, A., Viner, R., & Nicholls, D. (2021). Early intervention in child and adolescent eating disorders: The role of a parenting group. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 29(3), 519–526. <https://doi.org/10.1002/erv.2798>
- Rowley, J., Vander Hoorn, S., Korenromp, E., Low, N., Unemo, M., Abu-Raddad, L. J., Chico, R. M., Smolak, A., Newman, L., Gottlieb, S., Thwin, S. S., Broutet, N., & Taylor, M. M. (2019). Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(8), 548–562P. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.228486>
- Rudan, I., O'Brien, K. L., Nair, H., Liu, L., Theodoratou, E., Qazi, S., Lukšić, I., Fischer Walker, C. L., Black, R. E., Campbell, H., & Child Health Epidemiology Reference Group (CHERG). (2013). Epidemiology and etiology of childhood pneumonia in 2010: estimates of incidence, severe morbidity, mortality, underlying risk factors and causative pathogens for 192 countries. *Journal of global health*, 3(1), 010401. <https://doi.org/10.7189/jogh.03.010401>
- Ruenger, T. M. (2025). *Introducción a la dermatitis*. <https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/trastornos-de-la-piel/prurito-y-dermatitis/introducci%C3%B3n-a-la-dermatitis>
- Sachs, M. K., Kahr, P. C., Scheld, H. H., & Drees, G. (2014). Need for psychosocial assistance in patients undergoing cardiothoracic surgery evaluated by a seven-item questionnaire. *The Thoracic and cardiovascular surgeon*, 62(8), 662–669. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1371532>
- Samarasinghe, S., Veys, P., Vora, A., & Wynn, R. (2018). Paediatric amendment to adult BSH guidelines for aplastic anaemia. *British Journal of Haematology*, 180(2), 201–205. <https://doi.org/10.1111/bjh.15066>

- Saunders, R. B., Miller, B. B., & Cates, K. M. (1989). Pediatric family care: an interdisciplinary team approach. *Children's health care: journal of the Association for the Care of Children's Health*, 18(1), 53–58. https://doi.org/10.1207/s15326888chc1801_8
- Scheffer, I. E., Berkovic, S., Capovilla, G., Connolly, M. B., French, J., Guilhoto, L., Hirsch, E., Jain, S., Mathern, G. W., Moshé, S. L., Nordli, D. R., Perucca, E., Tomson, T., Wiebe, S., Zhang, Y. H., & Zuberi, S. M. (2017). ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*, 58(4), 512–521. <https://doi.org/10.1111/epi.13709>
- Schoeman, J. F., & Donald, P. R. (2013). Tuberculous meningitis. *Handbook of clinical neurology*, 112, 1135–1138. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52910-7.00033-7>
- Seebacher, C., Bouchara, J. P., & Mignon, B. (2008). Updates on the epidemiology of dermatophyte infections. *Mycopathologia*, 166(5-6), 335–352. <https://doi.org/10.1007/s11046-008-9100-9>
- Seniwati, T., Rustina, Y., Nurhaeni, N., & Wanda, D. (2023). Patient and family-centered care for children: A concept analysis. *Belitung Nursing Journal*, 9(1), 17–24. <https://doi.org/10.33546/bnj.2350>
- Shah, I. (2012). Multidrug-resistant tuberculosis in children. *The Pediatric infectious disease journal*, 31(9), 970–972. <https://doi.org/10.1097/INF.0b013e318260b8a7>
- Shaikh, N., Morone, N. E., Bost, J. E., & Farrell, M. H. (2008). Prevalence of urinary tract infection in childhood: a meta-analysis. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 27(4), 302–308. <https://doi.org/10.1097/INF.0b013e31815e4122>
- Sheridan, R. L. (2018). Burn care for children. *Pediatrics in Review*, 39(6), 273–286. <https://doi.org/10.1542/pir.2016-0179>





- Shorvon, S. D., Andermann, F., & Guerrini, R. (Eds.). (2011). *The causes of epilepsy: Common and uncommon causes in adults and children* (1st ed.). Cambridge University Press.
- Sizonenko, P. C., Clayton, P. E., Cohen, P., Hintz, R. L., Tanaka, T., & Laron, Z. (2001). Diagnosis and management of growth hormone deficiency in childhood and adolescence. Part 1: diagnosis of growth hormone deficiency. *Growth hormone & IGF research: official journal of the Growth Hormone Research Society and the International IGF Research Society*, 11(3), 137–165. <https://doi.org/10.1054/ghir.2001.0203>
- Smith, D. K., Kuckel, D. P., & Recidoro, A. M. (2021). Community-Acquired Pneumonia in Children: Rapid Evidence Review. *American family physician*, 104(6), 618–625. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34913645/>
- Stanford Medicine Children's Health. (2025). Meningitis en niños. <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=meningitis-in-children-90-P05638>
- Sutaria, A. H., Masood, S., Saleh, H. M., & Schlessinger, J. (2023). *Acne vulgaris*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459173/>
- 't Hoen, L. A., Bogaert, G., Radmayr, C., Dogan, H. S., Nijman, R. J. M., Quaedackers, J., Rawashdeh, Y. F., Silay, M. S., Tekgul, S., Bhatt, N. R., & Stein, R. (2021). Update of the EAU/ESPU guidelines on urinary tract infections in children. *Journal of pediatric urology*, 17(2), 200–207. <https://doi.org/10.1016/j.jpurol.2021.01.037>
- Tan, J. S. K., Tan, L. E. S., Davis, C., & Chew, C. S. E. (2022). Eating disorders in children and adolescents. *Singapore Medical Journal*, 63(6), 294–298. <https://doi.org/10.11622/smedj.2022078>
- Thomas, A., Rubenstein, J., & Jarrell, J. A. (2021). Principles of Pediatric Palliative Care #405. *Journal of palliative medicine*, 24(1), 133–134. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0581>

Thwaites, G. E., & Tran, T. H. (2005). Tuberculous meningitis: many questions, too few answers. *The Lancet. Neurology*, 4(3), 160–170. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(05\)01013-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(05)01013-6)

Thwaites, G. E., Nguyen, D. B., Nguyen, H. D., Hoang, T. Q., Do, T. T., Nguyen, T. C., Nguyen, Q. H., Nguyen, T. T., Nguyen, N. H., Nguyen, T. N., Nguyen, N. L., Nguyen, H. D., Vu, N. T., Cao, H. H., Tran, T. H., Pham, P. M., Nguyen, T. D., Stepniewska, K., White, N. J., Tran, T. H., ... Farrar, J. J. (2004). Dexamethasone for the treatment of tuberculous meningitis in adolescents and adults. *The New England journal of medicine*, 351(17), 1741–1751. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa040573>

Toma, A., Voicu, D., Popazu, C., Mihalache, D., Duca, O., Dănilă, D. M., & Enescu, D. M. (2024). Severity and Clinical Outcomes of Pediatric Burns-A Comprehensive Analysis of Influencing Factors. *Journal of personalized medicine*, 14(8), 788. <https://doi.org/10.3390/jpm14080788>

Toro-Pérez, D., Limonero, J. T., Guillen, M., Bolancé, C., Vilarrubí, S. N., & Camprodon-Rosanas, E. (2024). Evaluating quality of life in pediatric palliative care: a cross-sectional analysis of children's and parents' perspectives. *European journal of pediatrics*, 183(3), 1305–1314. <https://doi.org/10.1007/s00431-023-05330-4>

Tramper-Stranders, G. A. (2018). Childhood community-acquired pneumonia: A review of etiology- and antimicrobial treatment studies. *Paediatric respiratory reviews*, 26, 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2017.06.013>

Trinka, E., Cock, H., Hesdorffer, D., Rossetti, A. O., Scheffer, I. E., Shinnar, S., Shorvon, S., & Lowenstein, D. H. (2015). A definition and classification of status epilepticus--Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia*, 56(10), 1515–1523. <https://doi.org/10.1111/epi.13121>

Tucker, D., & Masood, S. (2024). Seborrheic dermatitis. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551707/>





- Tullus, K., & Shaikh, N. (2020). Urinary tract infections in children. *Lancet (London, England)*, 395(10237), 1659–1668. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30676-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30676-0)
- Tunkel, A. R., Hartman, B. J., Kaplan, S. L., Kaufman, B. A., Roos, K. L., Scheld, W. M., & Whitley, R. J. (2004). Practice guidelines for the management of bacterial meningitis. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 39(9), 1267–1284. <https://doi.org/10.1086/425368>
- Tuokkola, J., Anderson, C. E., Collins, S., Pugh, P., Vega, M. R. W., Harmer, M., Harshman, L. A., Nelms, C. L., Toole, B., Desloovere, A., Paglialonga, F., Polderman, N., Renken-Terhaerd, J., Shroff, R., Snauwaert, E., Stabouli, S., Walle, J. V., Warady, B. A., Shaw, V., & Greenbaum, L. A. (2025). Assessment and management of magnesium and trace element status in children with CKD stages 2-5, on dialysis and post-transplantation: Clinical practice points from the Pediatric Renal Nutrition Taskforce. *Pediatric nephrology (Berlin, Germany)*, 40(10), 3301–3323. <https://doi.org/10.1007/s00467-025-06759-5>
- U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. (2025). *Nephrotic syndrome in children*. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/kidney-disease/children/nephrotic-syndrome-children>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2023). *Trastornos renales y urológicos*. MedlinePlus. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001265.htm>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2024a). *Herpes simple*. MedlinePlus. <https://medlineplus.gov/spanish/herpes simplex.html>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2024b). *Quemaduras*. <https://medlineplus.gov/spanish/burns.html>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2024c). *Trastornos de la alimentación: Lo que debe saber*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/los-trastornos-de-la-alimentacion>

U.S. Department of Health and Human Services. (2025). Enfermedad de transmisión sexual. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/enfermedad-de-transmision-sexual>

UCLA Health. (2025). Pediatric Urology Conditions. <https://www.uclahealth.org/medical-services/urology/conditions-treated/pediatric-conditions/pediatric-urology-conditions>

UNAIDS. (2025). *Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet*. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

United Nations Children's Fund. (2024). *Diarrhoeal disease*. UNICEF. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>

University of Michigan. (2025). Hyperthyroidism and Graves' Disease. <https://www.uofmhealth.org/conditions-treatments/endocrinology-diabetes-and-metabolism/hyperthyroidism-and-graves-disease>

Vaidya, S. R., & Aeddula, N. R. (2024). *Enfermedad renal crónica*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535404/>

Van de Beek, D., Brouwer, M., Hasbun, R., Koedel, U., Whitney, C. G., & Wijdicks, E. (2016). Community-acquired bacterial meningitis. *Nature reviews. Disease primers*, 2, 16074. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.74>

Vasileiadis, V., Najem, S., Reinshagen, K., Aigner, A., & Koenigs, I., & the German Burn Registry. (2024). Fluid and burns in children: What we know and what we do not know—a retrospective analysis of the German Burn Registry from 2015 to 2022. *European Journal of Pediatrics*, 183(5479–5488). <https://doi.org/10.1007/s00431-024-05797-9>

Vatcharasaeevee, V. (2023). Pediatric Dengue Patients Monitoring. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/dengue/webinar-series-on-dengue-outbreak/day3/6.-ms-varunee-and-prof-vipa-pediatric-dengue-patients-monitoring.pdf?sfvrsn=ff8d4919_1





- Vinaik, R., Fish, J., & Jeschke, M. G. (2020). Burn Hypertrophic Scar in Pediatric Patients: Clinical Case. In L. Téot (Eds.) et. al., *Textbook on Scar Management: State of the Art Management and Emerging Technologies*. (pp. 517–521). Springer.
- Wang, L., & Liu, H. (2019). Pathogenesis of aplastic anemia. *Hematology*, 24(1), 559–566. <https://doi.org/10.1080/16078454.2019.1642548>
- Warady, B. A., Alexander, S. R., & Schaefer, F. (Eds.). (2021). *Pediatric dialysis* (3rd ed.). Springer.
- Warady, B. A., Same, R., Borzych-Duzalka, D., Neu, A. M., El Mikati, I., Mustafa, R. A., Begin, B., Nourse, P., Bakaloglu, S. A., Chadha, V., Cano, F., Yap, H. K., Shen, Q., Newland, J., Verrina, E., Wirtz, A. L., Smith, V., & Schaefer, F. (2024). Clinical practice guideline for the prevention and management of peritoneal dialysis associated infections in children: 2024 update. *Peritoneal dialysis international: journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, 44(5), 303–364. <https://doi.org/10.1177/08968608241274096>
- Wassner, A. J. (2017). Pediatric Hypothyroidism: Diagnosis and Treatment. *Paediatric drugs*, 19(4), 291–301. <https://doi.org/10.1007/s40272-017-0238-0>
- Waters, P. M., Skaggs, D. L., & Flynn, J. M. (2024). *Rockwood and Wilkins' fractures in children*. Wolters Kluwer.
- Weidinger, S., & Novak, N. (2016). Atopic dermatitis. *Lancet (London, England)*, 387(10023), 1109–1122. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00149-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00149-X)
- White, N. J., Pukrittayakamee, S., Hien, T. T., Faiz, M. A., Mokuolu, O. A., & Dondorp, A. M. (2014). Malaria. *Lancet (London, England)*, 383(9918), 723–735. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60024-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60024-0)
- Whitley, R. J., & Roizman, B. (2001). Herpes simplex virus infections. *Lancet (London, England)*, 357(9267), 1513–1518. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04638-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04638-9)

Wiebe, S. (2013). Definition of drug-resistant epilepsy: is it evidence based? *Epilepsia*, 54 Suppl 2, 9–12. <https://doi.org/10.1111/epi.12176>

Willis-Knighton Health. (2025). ¿Qué es la cirugía cardiororácica? <https://kidshealth.org/WillisKnighton/es/parents/hcp-cardiothoracic.html>

Willison, H. J., Jacobs, B. C., & Van Doorn, P. A. (2016). Guillain-Barré syndrome. *Lancet (London, England)*, 388(10045), 717–727. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00339-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00339-1)

Winick, C. (1962). Maturing out of narcotic addiction. *Bulletin on Narcotics*, 14(1), 1–7. https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/bulletin/bulletin_1962-01-01_1_page002.html

Woolard, A., Hill, N. T. M., McQueen, M., Martin, L., Milroy, H., Wood, F. M., Bullman, I., & Lin, A. (2021). The psychological impact of paediatric burn injuries: a systematic review. *BMC public health*, 21(1), 2281. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12296-1>

Workowski, K. A., Bolan, G. A., & Centers for Disease Control and Prevention (2015). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports*, 64(RR-03), 1–137.

World Gastroenterology Organisation. (2012). Acute Diarrhea in Adults and Children: A Global Perspective. <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/acute-diarrhea/acute-diarrhea-english>

World Health Organization. (2014). *Revised WHO classification and treatment of pneumonia in children at health facilities: Evidence summaries*. WHO. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/137319/9789241507813_eng.pdf

World Health Organization. (2017). *Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255884/9789241550062-eng.pdf?sequence=1>





- World Health Organization. (2020). *WHO consolidated guidelines on tuberculosis: Module 4: Treatment -Drug-resistant tuberculosis treatment?* WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332397/9789240007048-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2023a). *Burns*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>
- World Health Organization. (2023b). *Diarrhea*. <https://www.who.int/health-topics/diarrhoea>
- World Health Organization. (2023c). *World malaria report 2023*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374472/9789240086173-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2024). *Tuberculosis: TB multirresistente (TB-MDR) o TB resistente a la rifampicina (TB-RR)*. [https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/tuberculosis-multidrug-resistant-tuberculosis-\(mdr-tb\)](https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/tuberculosis-multidrug-resistant-tuberculosis-(mdr-tb))
- World Health Organization. (2025). *Sexually transmitted infections (STIs)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Young, N. S. (2013). Current concepts in the pathophysiology and treatment of aplastic anemia. *Hematology. American Society of Hematology. Education Program*, 2013(1), 76–81. <https://doi.org/10.1182/asheducation-2013.1.76>
- Youssef, M., Hassan, Y., Abd El-Aziz, A., & Mohammed, H. (2019). Nurses' care provided to burned children at Assiut Hospitals. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 7(19), 41-51. <https://doi.org/10.21608/asnj.2019.74176>
- Yuen, K. C. J., Johannsson, G., Ho, K. K. Y., Miller, B. S., Bergada, I., & Rogol, A. D. (2023). Diagnosis and testing for growth hormone deficiency across the ages: A global view of the accuracy, caveats, and cut-offs for diagnosis. *Endocrine Connections*, 12(7). <https://doi.org/10.1530/EC-22-0504>

Yuki, N., & Hartung, H. P. (2012). Guillain-Barré syndrome. *The New England journal of medicine*, 366(24), 2294–2304. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1114525>

Zaenglein, A. L., Pathy, A. L., Schlosser, B. J., Alikhan, A., Baldwin, H. E., Berson, D. S., Bowe, W. P., Graber, E. M., Harper, J. C., Kang, S., Keri, J. E., Leyden, J. J., Reynolds, R. V., Silverberg, N. B., Stein Gold, L. F., Tollefson, M. M., Weiss, J. S., Dolan, N. C., Sagan, A. A., Stern, M., ... Bhushan, R. (2016). Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 74(5), 945–973. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.12.037>





Juvita Dina Soto Hilario

Docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, con Doctorado en Ciencias de la Salud, Maestría en Salud Pública y Gestión Sanitaria y Segunda Especialidad en Materno Infantil con mención en Neonatología. Su sólida formación se respalda con una amplia trayectoria institucional: ha sido miembro del Comité de Ética, Directora de la Unidad de Posgrado, Directora de Investigación, evaluadora del Fondo de Investigación Universitaria, integrante de la Comisión de Admisión, miembro del Consejo Directivo de la Escuela de Posgrado y Directora de Bienestar Universitario. Es autora de libros registrados en la Biblioteca Nacional y de numerosos artículos en revistas indizadas, además de ponente en congresos nacionales e internacionales. Ha integrado el Consejo Directivo del Colegio de Enfermeros del Perú (2015–2018), presidido el Comité Electoral de la Sociedad Peruana de Pediatría y formado parte del Comité de Evaluación de la Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería. Asimismo, participó en la Comisión fundadora de la Red Peruana de Universidad Promotora de la Salud. Actualmente es Directora de la Oficina de Universidad Saludable y cuenta con una Distinción Honorífica del Colegio de Enfermeros del Perú. En el ámbito académico, enseña Crecimiento y Desarrollo, Salud Familiar y Comunitaria, Ética Profesional y Atención de Enfermería del Niño y del Adolescente. Es investigadora registrada y calificada en RENACYT nivel 4, con experiencia en salud infantil y adolescente, crecimiento y desarrollo y promoción de la salud, además de ser docente en la Escuela de Posgrado.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5859-0654>





Gladys Maruja Torres Condori

Doctora en Ciencias de la Salud Colectiva y posdoctora en Didáctica de la Investigación Científica por la Universidad de Panamá, con una Maestría en Ciencias de la Salud Pública y especialidades en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria, Planificación y Administración de Servicios de Salud, además de una Maestría en Educación con mención en Investigación y Docencia en Educación Superior. Posee una sólida producción académica con libros, capítulos y artículos científicos en bases de datos de alto impacto como Scopus y SciELO, y ha complementado su formación con diplomados internacionales en Redacción Científica, Asesoría de Tesis, Inteligencia Artificial aplicada a la investigación y Metodología Cualitativa Avanzada. Realizó pasantías en Panamá y Argentina en redacción y diseño de proyectos de investigación cualitativa, y cuenta con diplomados nacionales en docencia universitaria, dirección y gerencia hospitalaria. Es docente invitada en programas de posgrado de Enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco y la Universidad Nacional del Altiplano de Puno, en áreas de epidemiología, gestión de servicios de salud, salud familiar y comunitaria, salud ocupacional, políticas públicas e investigación. Ha sido ponente en eventos académicos nacionales e internacionales y ha ocupado cargos clave en el Ministerio de Salud, como directora de la Red de Servicios de Salud Lampa, jefa de la Unidad de Epidemiología y coordinadora del Área de Apoyo a la Docencia e Investigación. Además, cuenta con experiencia política como exregidora de la Municipalidad Provincial de San Román y ha ejercido la docencia universitaria en la Universidad Andina del Cusco y la Universidad Nacional del Centro del Perú.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5861-0392>





Florián Gualberto Fabián Flores

Posee el grado académico de Maestro en Educación, con especialidad en Investigación y Docencia Superior. Es especialista en Cuidados Intensivos y Licenciado en Enfermería. Se desempeña como docente asociado a tiempo parcial en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán (UNHEVAL). Cuenta con un diplomado en Docencia Universitaria otorgado por la Facultad de Ciencias de la Educación de Huánuco, un diplomado en Estimulación Temprana del Niño por la Universidad de Trujillo, así como un diplomado en Ventilación Mecánica emitido por la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Asimismo, posee un diplomado en Gerencia de los Servicios de Salud otorgado por la Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Ha obtenido certificaciones en el curso-taller “Investigación Formativa en la Educación Universitaria” dictado por la UNHEVAL, así como en el “Programa de Especialización en Salud Pública y Epidemiología” realizado por el Colegio de Enfermeros del Perú, Consejo Regional IV Junín.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2310-8714>



Mario Quispe Coyla

Posee el grado de Maestro en Salud con mención en Salud Pública y el Programa de Especialización en Centros de Esterilización y Bioseguridad de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga, además de diplomas en salud pública, enfermedades transmisibles, salud ocupacional y prevención de infecciones de transmisión sexual. Ha participado en talleres y seminarios sobre ETS, VIH, tuberculosis, cáncer de cuello uterino, bioseguridad y unidades críticas de trauma shock, y cuenta con certificaciones del INEN, la Dirección Regional de Salud – REDESS Lampa, el Instituto Nacional de Salud, el Curso Taller Internacional de Inmunizaciones y el Colegio de Enfermeros del Perú. Ha completado el I Curso Regional de Especialización en Calidad de Servicios y Gestión de Salud, así como estudios en Gestión Pública, Recursos Humanos, normativa SERVIR, Salud Ocupacional, Primeros Auxilios y Promoción de la Salud Pública. En el ámbito profesional, ha ejercido cargos como jefe de Salud de las Personas, fedatario de REDESS Lampa, director del Hospital Antonio Barrionuevo, presidente de comisiones de convocatoria, miembro del equipo de categorización de IPRESS e integrante del Comité de Operaciones de Emergencia. Distinguido con la “Lámpara Florence Nightingale”, destaca por su liderazgo, empatía y capacidad profesional. Es coautor de artículos científicos y actualmente se desempeña como Responsable de Salud de las Personas en la REDESS Lampa.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-8474-226X>





Marina Ivercia Llanos de Tarazona

Docente Principal de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, en Huánuco, Perú, con grado de Maestra en Gestión y Planeamiento Educativo y Doctorado en Ciencias de la Salud, y Segunda Especialidad Profesional en Enfermería en Pediatría. Posee diplomados en Gestión de la Calidad y Salud Ocupacional, Crecimiento y Desarrollo e Inmunizaciones en niños menores de cinco años, y Auditoría en Enfermería, con amplia actualización en procesos de atención de enfermería, taxonomías NANDA-NOC-NIC, evaluación del desarrollo infantil, pruebas EEDP, TEP y TEPSI, esquemas de vacunación y neurodesarrollo del recién nacido pretérmino. Ha participado en eventos académicos nacionales e internacionales y realizado pasantías en la Universidad Nacional Autónoma de México y la Universidad de Castilla-La Mancha, España. Autora de libros con ISBN y trabajos de investigación en ciencias del cuidado de la salud, servicios de salud, enfermería y salud pública, ha ejercido liderazgo académico como directora del Departamento Académico, coordinadora general del Programa de Segunda Especialidad, presidenta del Comité Interno de Autoevaluación y Acreditación, y directora del Instituto de Investigación de la Facultad. Actualmente dicta docencia en pregrado y posgrado, consolidando una trayectoria en desarrollo académico, formación profesional e investigación en enfermería.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0688-7856>



Rosalinda Ramírez Montaldo

Doctora en Ciencias de la Salud y Magíster en Investigación y Docencia Universitaria. Especialista en Enfermería Pediátrica y en Gestión del Currículo Universitario. Ha cursado diplomados en Inteligencia Artificial aplicada a la Investigación Científica y a la Educación Universitaria, Gestión de Programas Sociales Alimentario-Nutricionales, Dirección y Gerencia de Servicios de Salud, Crecimiento y Desarrollo Infantil con énfasis en Estimulación Temprana, Gestión del Currículo Basado en Competencias para la carrera de Enfermería, así como en Investigación Cualitativa. Ha participado como ponente en congresos nacionales e internacionales, producido libros con ISBN, y publicados artículos científicos en bases como Scopus, SciELO, Latindex y revistas cubanas. Realizó pasantías en la Universidad Federal de Río de Janeiro – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidad Católica de Manizales (Colombia), y Universidad de Castilla-La Mancha – Facultad de Enfermería de Albacete (España). Autora de libros con depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú y con ISBN. Ha ejercido funciones de asesoría y jurado en tesis de pregrado y posgrado en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán (Perú). Ha ocupado cargos administrativos de alta responsabilidad, incluyendo Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Presidenta de la Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería (ASPEFEEN) y Paz Decana del Colegio de Enfermeras – Consejo Regional XII Huánuco-Pasco. Ha recibido múltiples reconocimientos por su trayectoria académica y profesional.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4849-7912>



<

Este libro es una guía esencial para el personal de enfermería en formación y en ejercicio, diseñada para fortalecer competencias clínicas, técnicas y humanísticas en la atención integral del paciente pediátrico. La obra aborda de manera sistemática las principales patologías y procedimientos médicos y quirúrgicos que afectan a niños y adolescentes, incluyendo trastornos neurológicos, enfermedades infecciosas, respiratorias, renales, hematológicas, endocrinas, dermatológicas, quemaduras, así como atención quirúrgica y cuidados paliativos. Todas las recomendaciones y protocolos presentados se sustentan en evidencia científica actualizada y se enriquecen con la experiencia clínica de las autoras, ofreciendo un recurso confiable, práctico y aplicable en contextos hospitalarios, ambulatorios y comunitarios. Cada capítulo integra herramientas de valoración, intervención y seguimiento, estrategias de educación a cuidadores y pautas para el acompañamiento emocional, garantizando una atención segura, eficiente y centrada en el niño y su familia. Esta obra combina teoría y práctica con sensibilidad humana, promoviendo la coordinación multidisciplinaria y el manejo integral de patologías complejas, desde síndromes convulsivos y trastornos alimentarios hasta procedimientos quirúrgicos especializados y técnicas de injertos. Además, ofrece lineamientos claros para la atención paliativa, asegurando la calidad de vida y el bienestar emocional de los pacientes pediátricos. Con un lenguaje didáctico y accesible, esta obra se constituye en un recurso imprescindible para la formación académica y la actualización profesional del personal de enfermería, empoderándolos para brindar cuidados pediátricos seguros, eficientes y humanizados.

SOPHIA
EDITIONS

ISBN: 978-1-968794-21-7



9 781968 794217 >