

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 123 -2023-GRL-GRS-L/30.50

Punchana, 16 de 06 del 2023



Visto, el expediente N°11287/22 derivado por la Dirección General del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, conteniendo el Oficio N°741-2022-GRL-GRS-L/30.50.17, generado por la Jefa del Departamento de Enfermería, el mismo que contiene el INFORME TÉCNICO N°001-GRL-DRS-L/30.50.15.03 e INFORME TÉCNICO N°002-GRL-DRS-L/30.50.15.03 emitido por la responsable del servicio de Pediatría; solicitando aprobación del documento técnico: "**Guías de Procedimientos Básicos de Enfermería en Pediatría y Guías de Atención de Enfermería en Pediatría del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"**";



CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley 26842 "Ley General de Salud", establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una Adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;



Que, mediante Decreto Legislativo N°1161 se aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y establece en su artículo 12°, inciso a) Formular, proponer, implementar, ejecutar, evaluar y supervisar la política de salud sectorial relacionada a la organización y gestión de la prestación de servicios de salud, al acceso a la atención y al aseguramiento de la salud;



Que, mediante Resolución Ministerial N°826-2021-MINSA del 05 de julio del 2021 se aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", con el objetivo de establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;



Que, con Resolución Ministerial N°302-2015-MINSA de fecha 14 de mayo de 2015, se aprueba la NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", con la finalidad de contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos.



Que, en respuesta a las consideraciones expuestas se elaboró el proyecto de las Guías de Atención y Procedimientos de Enfermería en Pediatría, de acuerdo a los criterios metodológicos establecidos en la NTS mencionado en el párrafo anterior;



Que, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", aprobado con Resolución Ejecutiva Regional N°728-2015-GRL-P del 22 de Diciembre del 2015 y ratificado con Ordenanza Regional N°008-2016-GRL-CR, en el Artículo 61° desarrolla las funciones del Departamento de Pediatría, indica en el literal d) Proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de atención médica especializada en Neonatología y en Pediatría orientados a brindar un servicio eficiente y eficaz e indica en el Artículo 62° que el Servicio de Servicio de Pediatría General es la encargada de la atención integral a pacientes pediátricos comprendidos entre los 29 días de nacido a los 17 años, para proteger, recuperar y rehabilitar su salud;

RESOLUCION DIRECTORAL

Nº 123 -2023-GRL-GRS-L/30.50

Punchana, 16 de 06 del 2023



Que, mediante OFICIO N°080-2023-GRL-GRS-L/30.50.06 el equipo técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad revisó y aprobó las "Guías de Procedimientos Básicos de Enfermería en Pediatría y Guías de Atención de Enfermería en Pediatría", y que con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta pertinente atender lo solicitado por el Departamento de Enfermería;



Con el visado del Departamento de Enfermería, Departamento de Pediatría, Oficina de Gestión de la Calidad, Oficina de Asesoría Jurídica, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y Sub Dirección General y en uso de las atribuciones conferidas en la en la Resolución Ejecutiva Regional N°095-2023-GRL-GR, de fecha 13 de enero del 2023, que designa al Director Ejecutivo del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias";



SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el documento técnico: "Guías de Procedimientos Básicos de Enfermería en Pediatría del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" desarrolla ocho (08) procedimientos en 160 folios.



Artículo 2°.- Aprobar el documento técnico: "Guías de Atención de Enfermería en Pediatría del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"; que desarrolla diez (10) guías, en (76) folios.

Artículo 3°.- Disponer la vigencia del documento aprobado en el artículo 1° y 2° con una vigencia de dos (02) años.



Artículo 4°.- Encargar al Departamento de Enfermería realice la implementación de los documentos técnicos aprobados en el artículo 1° y 2°, mediante la ejecución en el servicio; así como la distribución, seguimiento y monitoreo a las instancias correspondientes.

Artículo 5°.- Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, proceda a la publicación de la presente Resolución Directoral en el portal institucional del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias".

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



Gerencia Regional de Salud Loreto
Hospital Regional de Loreto
"Felipe Arriola Iglesias"

DR. CARLOS ALBERTO BELLO RAMIREZ
CMP N° 60471 / RNE 30543
DIRECTOR GENERAL (E)



CART/RA/M/RMG/ARG/RGO/HAC/SRT/LAN/teresa.

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
“FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS”
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



PROCEDIMIENTOS BÁSICOS
DE ENFERMERÍA PEDIATRÍA

IQUITOS-PERU

2023



EQUIPO TÉCNICO
INTEGRANTES DEL SERVICIO

- Lic. Enf. Teresa del Pilar Aspajo Pinedo
- Lic. Enf. María Antonieta Pérez Rengifo
- Lic. Enf. Lily Marlene Bocanegra Maya
- Lic. Enf. Mirle Tuesta Villacorta
- Lic. Enf. Valeria Yestina Yalta Monteiro
- Lic. Enf. Seudy Rodríguez Pinedo
- Lic. Enf. Azucena Panduro Navarro
- Lic. Enf. Nataly Arce Amasifuen
- Lic. Enf. Cindy Merian Daza Hidalgo
- Lic. Enf. Mariliza Estrada Pérez

Coordinadora:

Lic. Enf. Teresa Del Pilar Aspajo Pinedo

Validación:

Nuestro agradecimiento a los profesionales quienes participaron en la validación de las Guías, cuyo aporte ha fortalecido los contenidos.

Dra. Haydee Alvarado Cora
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Lic. Enf. Lorena del Pilar Armas Navas
Jefe del Departamento de Enfermería



ÍNDICE

CARATULA	1
INTRODUCCIÓN	2
INDICE	3
PRESENTACIÓN	5
OBJETIVOS	6
TÉCNICAS DE DESINFECCION	7
Técnica de higiene de manos - momentos	7
Colocación de guantes estériles (método abierto).....	11
Desinfección concurrente.....	13
Desinfección terminal.....	15
Aislamiento del paciente.....	18
MOVILIDAD Y CONFORT	28
Movilización del paciente	28
Posiciones del paciente en cama.....	32
Posición de decúbito lateral.....	36
Cama abierta.....	38
Cama cerrada	40
ADMISIÓN Y ALTA	42
Admisión del Paciente	42
Alta del Paciente.....	45
FUNCIONES VITALES	47
Valoración de la presión arterial	47
Valoración del pulso arterial.....	49
Valoración de la frecuencia respiratoria.....	51
Valoración de la temperatura axilar.....	53
Valoración de la escala de Glasgow.....	55
Balance hídrico electrolítico.....	58
Medición de diuresis.....	62
RECOLECCIÓN DE MUESTRAS	63
Recolección de muestras de heces.....	63
Recolección de muestra de orina.....	65
Recolección de muestra de secreción gástrica para análisis Baciloseópico.....	67
HIGIENE	69
Higiene de boca y dientes.....	69
Baño del paciente en cama.....	71
Aseo perineal.....	74
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	76
Administración de medicamentos por vía oral.....	78
Administración de medicamentos por vía intramuscular.....	80
Administración de medicamentos por vía subcutánea.....	82
Administración de medicamentos por vía endovenosa.....	84

Venoclisis	86
Los 15 correctos en la administración de medicamentos en forma segura	89
PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	90
Transfusión sanguínea	90
Tubaje gástrico	98
Guía de procedimientos de colocación, medicamentos y retiro de sistema de Ostmía de eliminación	102
Guía de procedimientos para administración de oxígeno	106
Guía de procedimiento para la admisión del CPAP	109
Guía de administración de oxígeno cánula binasal (bigotera)	112
Cateterismo vesical	114
Enema evacuante	118
Cuidados post-mortem	120
Nebulización	122
Nebulización con inhalación	124
Cuidados de enfermería en punción lumbar	126
Aspiración de secreciones oro faríngeas	128
Lavado gástrico	130
Cuidados de enfermería durante la intubación endotraqueal	132
Cuidados del paciente con drenaje torácico	134
Procedimiento para la toma de electrocardiograma	136
Alimentación por sonda nasogástrica	139
Preparación del coche de paro	142
Reanimación cardiopulmonar	146
ANEXO	149
BIBLIOGRAFÍA	156



PRESENTACION

La enfermería como profesión de la salud cuyo objetivo es el cuidado de la vida del individuo, la familia y la comunidad, ha buscado a través de su historia estrategias que le permitan cualificar y fundamentar su práctica profesional.

Una de las estrategias es la de contar con guías de atención que aseguren un cuidado de calidad y eficiencia del profesional en Enfermería en los diferentes servicios asistenciales y la función docente.

En ese contexto la presente guía de atención de Enfermería, representa la consolidación de un instrumento de trabajo de profesionales de enfermería, que han alcanzado un alto nivel de madurez profesional.

El objetivo de la presente guía es contar con pautas prácticas para que los profesionales de enfermería, técnicos en enfermería y estudiantes de enfermería, utilicen cotidianamente como referencia de la mejor práctica en el cuidado del paciente

En consecuencia, la actualización de los profesionales es una actividad continua, como es continuo el avance del conocimiento y experiencias en nuestra práctica habitual, de permanente mejora del conocimiento y experiencia.

Es así que se hace necesario la normalización y estandarización de las Guías de atención y de procedimientos de Enfermería, el cual permitirá la unificación de criterios y disminución de tiempo de atención y la posibilidad de valorar resultados de la actividad del profesional de Enfermería en los servicios de hospitalización de Pediatría, para garantizar la calidad y eficacia de la atención.

Los Licenciados en Enfermería que laboramos en el Servicio de Pediatría realizamos actividades o procedimientos para el desarrollo eficaz de su labor como profesional de la salud, en coordinación con todo el equipo de salud que presta sus servicios en la institución. Estas actividades pueden ser tan simples como un lavado de mano o tan complejo como realizar el tubaje gástrico con la finalidad de preservar la salud del paciente pediátrico desde el momento del ingreso hasta su total recuperación.



OBJETIVOS

1. Disponer de un documento técnico administrativo para el cuidado integral humanizado de los pacientes pediátricos.
2. Contribuir a mejorar el desempeño del personal de enfermería en el cuidado integral de las unidades de atención pediátrica en procedimientos especializados.
3. Mantener alto nivel científico y/o actualización permanente de los conocimientos médicos y de enfermería para dar una atención de calidad y calidez al paciente crítico.



TÉCNICAS DE DESINFECCIÓN

TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS – 5 MOMENTOS

❖ Generalidades

Es una actividad que el personal de salud y los usuarios deben practicar independientemente del lugar donde se encuentren, con el propósito principal de evitar la transmisión de gérmenes del personal de salud hacia los usuarios, de los usuarios hacia el personal de salud y usuario a usuario. Es una técnica sencilla, no tiene mayor costo, su práctica como parte de los procedimientos que se realizan en enfermería, demuestra la conciencia, el conocimiento y la calidad de las intervenciones del personal.

❖ Definición

Lavado clínico de manos es la limpieza mecánica a través de un conjunto de pasos de fricción de manos, antebrazos, que se realiza en forma sistemática, en múltiples ocasiones como, al iniciar la jornada laboral, al ingerir alimentos, cuando se realiza procedimientos, al preparar medicamentos, antes y después de la eliminación urinaria o fecal, dura de 40 a 60 segundos.

❖ Objetivos

- Disminuir el número de microorganismos en las manos.
- Reducir el riesgo de transmisión de microorganismos a los usuarios.
- Mantener la higiene de las manos

❖ Responsables

Todo el personal de salud.

❖ Tipos de higiene de manos

- Lavado de manos clínico: Higiene de manos que realiza el personal de salud que tiene contacto directo con los usuarios(as), utilizando el jabón líquido con antiséptico (solución jabonosa de clorhexidina al 2% o 4%).
- Lavado de manos quirúrgico: Higiene de manos que realiza el personal de salud antes de los procedimientos quirúrgicos. Se hace con jabón antiséptico, por un periodo mínimo de 5 minutos.
- Lavado de manos social: Lo realiza el personal que no está en contacto directo con el usuario, personal y visitantes.

❖ Equipo/ materiales

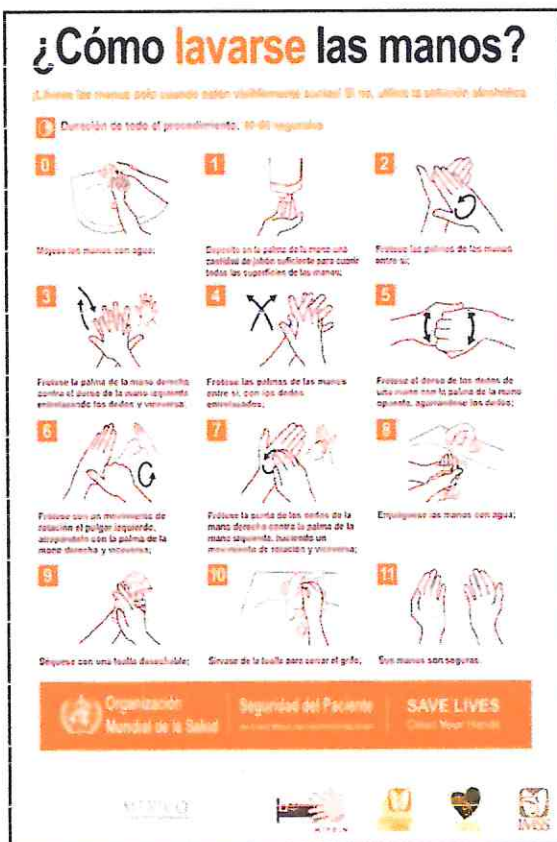
- Jabón (Gluconato de clorhexidina al 2% espuma, jabón en gel antiséptico).
- Papel toalla o toalla de tela limpio.
- Lavamanos.
- Agua.
- En caso de no tener lavamanos utilizar dos recipientes (uno con agua limpia y otro para desechar el agua sucia).

❖ Pasos/ actividades

- Preparar el equipo. Para evitar pérdida de tiempo y ahorrar energía.
- Valorar el estado de las manos y uñas. No debe existir heridas en manos y brazos y se debe cortar uñas cortas.



- Retirar joyas como: reloj, anillos, pulseras. Evita el alojamiento de microorganismos, araña o romper los guantes.
- Abrir el grifo y regular el flujo de agua luego enjabonar el grifo. Evita salpicadura de agua al piso y evita transmisión de bacterias.
- Humedecer las manos con agua y jabón, manteniéndolas por debajo de la cintura. El agua debe deslizarse desde área menos contaminadas a la más contaminada.
- Frotarse las manos con el jabón hasta hacer espuma con movimientos circulares y asegurarse de enjabonarse las manos, el dorso, entre los dedos, las uñas y espacios interdigitales durante 10 segundos como mínimo. Enjabonarse y realizar movimientos circulares de las manos genera una fricción, que ayuda a levantar la suciedad, la grasa y los microorganismos de la piel. Utilizar el tiempo necesario garantiza la limpieza de las manos.
- Retirarse el jabón invirtiendo las manos, dejando caer el agua desde los dedos hacia la muñeca. El agua debe escurrir de las partes más limpias a las menos limpias.
- Retirar el jabón del grifo dejando caer el agua con las manos. Dejar limpio el grifo, ya que entrara en contacto con las manos limpias al cerrarlo.
- Secarse las manos con papel toalla o una toalla de tela limpia en forma de presión, y cerrar el grifo haciendo uso de un papel toalla o de tela. La humedad facilita la proliferación de microorganismos, el secado en forma de presión evita la remoción de bacterias normales de la piel.
- Eliminar el papel toalla ya usado en un recipiente de basura con bolsa negra.
- Las manos ya se encuentran limpias y seguras.



❖ **Cinco momentos para la higiene de manos**

1. Antes de tocar al paciente

¿**CUÁNDO?** Lávese las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él.

¿**POR QUÉ?** Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.

2. Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.

¿**CUÁNDO?** Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aséptica.

¿**POR QUÉ?** Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo. Incluidos los gérmenes del propio paciente.

3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.

¿**CUÁNDO?** Limpie sus manos inmediatamente después de una exposición a líquidos corporales (y después del retiro del guante).

¿**POR QUÉ?** Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.

4. Después de tocar al paciente.

¿**CUÁNDO?** Lávese las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea.

¿**POR QUÉ?** Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.

5. Después del contacto con el entorno del paciente.

¿**CUÁNDO?** Lávese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente).

¿**POR QUÉ?** Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.

❖ **Higiene de manos con solución a base de alcohol**

➤ **Definición**

Es la aplicación de un agente antiséptico a base de alcohol sin agua en toda la superficie de las manos para reducir el número de microorganismos presentes.

➤ **Objetivo**

El lavado de manos con alcohol en el personal de salud es reducir significativamente la flora microbiana de la piel.

➤ **Equipo:**

- Dispensador con solución a base de alcohol.

➤ **Pasos / actividades:**

- Accionar la palanca del dispensador que contiene la solución de alcohol permitiendo que se deposite en la palma de la mano la cantidad suficiente del producto.



- Frotar las palmas de las manos entre sí, entrelazando los dedos.
- Frotar el dorso de la mano y de los dedos con la palma de la mano opuesta, entrelazando los dedos.
- Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
- Frotar con movimientos de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la mano derecha y viceversa.
- Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.

➤ **Observaciones**

- No es sustituto del lavado de manos con agua y jabón.
- Se hace uso en casos de emergencias.
- No usar productos a base de alcohol cuando las manos estén visiblemente sucias o se expusieron a sangre u otros fluidos corporales. En estos casos lavarse las manos con agua y jabón.

➤ **Riesgos:**

- Higiene de manos incompleta.



COLOCACIÓN DE GUANTES ESTÉRILES (MÉTODO ABIERTO)

❖ Generalidades

El uso de guantes estériles forma parte de un conjunto de medidas que previenen y controlan las infecciones intrahospitalarias que tienen como objetivo disminuir la transmisión de microorganismos de las manos, del personal al paciente durante los procedimientos invasivos que necesitan de técnica estéril, por lo tanto, la correcta colocación y manipulación aseguran la técnica aséptica y la calidad de atención del paciente.

❖ Definición

Es el acto de colocarse los guantes estériles, evitando contaminar durante el proceso.

❖ Objetivos

- Disminuir la transmisión de microorganismos de las manos del personal de salud al paciente durante procedimientos invasivos.
- Evitar el riesgo de contaminación del personal de salud.
- Manipular material estéril.
- Manipular material contaminado que ofrezca peligro de transmisión de microorganismos.

❖ Responsables

- Licenciada en Enfermería
- Técnico en enfermería
- Médico
- Personal que entre en contacto con el paciente.

❖ Materiales

- Un par de guantes estériles. N° 6 1/2, 7, 7 1/2, 8 según medida a utilizar.

❖ Procedimientos

a) Antes del procedimiento

- Higiene de manos, según técnica. Un correcto lavado de manos previene las infecciones nosocomiales.
- Verificar la integridad del paquete, fecha de caducidad. Verificar la integridad del paquete.

b) Durante el procedimiento:

- Colocar el empaque que contiene los guantes sobre una superficie plana, limpia y seguro. Para poder manipular adecuadamente los guantes y evitar contaminarlos.
- Abrir la envoltura de modo que la parte interna quede hacia usted y los puños de los guantes hacia arriba. Los guantes sometidos a esterilización quedan libres de microorganismos patógenos y no patógenos.
- Tomar los guantes por el puño (sin tocar la parte externa) y colocar con los pulgares unidos hacia adelante. Las bacterias que normalmente viven en la piel se encuentran dentro de los folículos pilosos y las glándulas sebáceas.
- Introducir despacio la mano derecha en el guante derecho de modo que cada dedo coincida con el dedo del guante. Las manos limpias y secas facilitan su introducción en el guante.



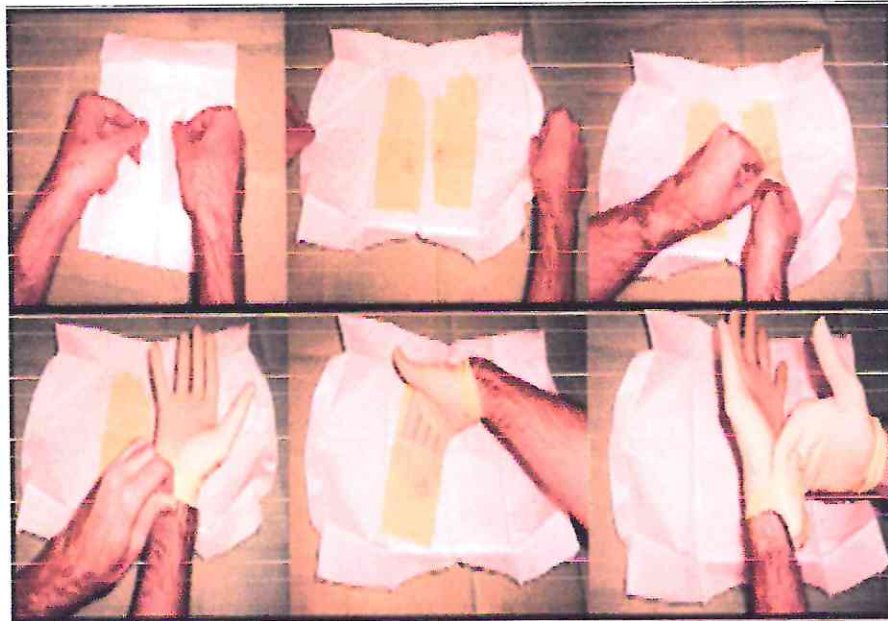
- Con la mano enguantada tomar el otro guante introduciendo los dedos debajo del doblado del puño sin contaminarlo. Una superficie limpia contamina a una estéril.
- Introducir la mano izquierda en el guante izquierdo en la misma forma que en la mano derecha.
- Las manos limpias y secas facilitan su introducción en el guante.
- Ajuste los guantes si es necesario. Una vez colocados los guantes, pueden manipularse los equipos estériles o realizar algún procedimiento sin problema de contaminación.

c) Después del procedimiento

- Al finalizar los procedimientos retirarse los guantes.
- Colocar los guantes en un recipiente para desechos peligrosos (bolsa roja), dejar el área limpia y ordenada.
- Higiene de manos, según técnica.

❖ Precauciones:

- Los guantes deben estar intactos.
- La colocación de los guantes será por encima de la altura de la cintura y alejado del uniforme.
- Cambiarse cada vez que sea necesario.



DESINFECCIÓN CONCURRENTENTE

❖ Generalidades

Actualmente, el ambiente de los servicios de salud es foco de especial atención para minimizar la diseminación de microorganismos, puede actuar como fuente de recuperación de patógenos potencialmente causantes de infecciones relacionadas a la asistencia en salud, como los microorganismos multi resistentes. Es un proceso selectivo que se ha empleado para destruir o inactivar a los microorganismos patógenos (bacterias, virus y hongos), en todos los ambientes donde puedan resultar nocivos; mediante la aplicación de un desinfectante.

❖ Definición

Es la eliminación de agentes infecciosos que se encuentran en las superficies (muebles, muros, pisos) mediante la aplicación de desinfectantes, durante la hospitalización del paciente inmediatamente después de la expulsión, salpicadura o derrame del material infectante. Debe realizarse al menos una vez al día, siempre debe ir precedida de la limpieza.

❖ Objetivos

- Proveer un ambiente cómodo, agradable y seguro al paciente.
- Tratar de eliminar la presencia de microorganismos capaces de perjudicar el estado de salud del paciente
- Facilitar la ejecución de los cuidados de enfermería.

❖ Materiales

- Un juego de ropa de cama limpio.
- Tres paños absorbentes (desechables) o de genero lavable.
- Dos Recipiente para la preparación de solución (uno con agua limpia y el otro para preparar el desinfectante).
- Solución detergente preparada según normas.
- Solución desinfectante preparada según normas (Hipoclorito de sodio / Amonio cuaternario).
- Un trapeador para el piso.
- Bolsa de ropa sucia. Recipiente para la basura.
- Guantes de uso doméstico o descartables no estériles.

❖ Procedimientos

a) Antes de procedimiento:

- Higiene de manos, según técnica. Un correcto lavado de manos previene las infecciones nosocomiales.
- Colocarse el equipo de protección personal, (bata, gorro, mascarilla y guantes). Para prevenir contaminación con microorganismos patógenos.
- Preparar los materiales y trasladarse a la unidad del paciente. Porque el trabajo ordenado y bien planeado ahorra tiempo y energía.
- Informar al paciente o a la madre, padre o cuidador del niño(a) del procedimiento a realizar. Para respetar la individualidad del paciente, y todo ser humano tiene miedo a lo desconocido.



b) Durante el procedimiento:

- Limpiar primero la mesa de noche de arriba hacia abajo, cogiendo uno de los paños limpios y enjabonar, y con ello pasar la superficie de la mesa y los lados, enjuagar y cambiar el agua del lavatorio cuantas veces sea necesario. Con el otro campo limpio secar toda la parte lavada.
- Retirar todos los objetos del niño(a) del cajón de la mesa de noche, limpiar con el paño húmedo y depositar sobre la mesa de noche, enjabonar, enjuagar y secar, para luego volver a colocar los objetos retirados en el mismo orden encontrado. Porque el trapo húmedo absorbe el polvo.
- Limpiar y secar la mesa comedora del niño (a) de arriba hacia abajo, de la misma forma como se hizo con la mesa de noche.
- Colocar la bolsa de ropa sucia a los pies de la cama.
- Aflojar la ropa de cama, iniciando por la cabecera.
- Quitar la funda y colocar la almohada en un sitio limpio.
- Retirar las sábanas y poner en la bolsa de ropa sucia.
- Limpiar el respaldo de la cama y superficie expuesta del colchón de arriba hacia abajo y de adentro hacia fuera.
- Limpiar los laterales de la cama, de arriba hacia abajo y de adentro hacia fuera.
- Retirar la bolsa de ropa sucia.

c) Después del procedimiento

- Limpiar los materiales utilizados y dejar en orden.
- Retirarse todos medios de barrera utilizados en el procedimiento, empezando por los guantes.
- Higiene de manos. Según técnica.

❖ **Áreas y frecuencia:**

- Áreas Críticas y Semi Críticas (Diario y cada vez que sea necesario).
- Área no crítica o administrativa (No se realiza con dichos desinfectantes).



DESINFECCIÓN TERMINAL

❖ Definición

Esta técnica es un procedimiento ordenado para desarrollar una serie de pasos con la finalidad de limpiar mediante medios, físicos o químicos la unidad del paciente luego de su egreso (cuando va de alta, fallecimiento o traslado a otro servicio u hospital) consiguiendo eliminar residuos orgánicos e inorgánicos, para posteriormente con la desinfección destruir una mayor cantidad de microorganismos patógenos sobre superficies u objetos inanimados.

❖ Objetivos

- Evitar infecciones intrahospitalarias
- Proporcionar al paciente seguridad, comodidad y facilidad de contar con un sitio que reúna las características higiénicas que favorezcan su tratamiento.
- Contribuir a la buena apariencia de la sala y evitar olores desagradables.
- Mantener la unidad que ha sido ocupada por el paciente libre de microorganismos patógenos.

❖ Materiales

- Equipo de protección física (Guantes de caucho, gorro, gafas, bata, mascarillas descartables).
- Recipientes con agua.
- 3 paños de limpieza absorbentes.
- Solución detergente recién preparada (detergente). Solución desinfectante (hipoclorito de sodio / amonio cuaternario).
- Trapeador.
- Bolsa para ropa sucia. Recipiente para la basura.
- Balde.

❖ Procedimiento

a) Antes del procedimiento:

- Higiene de manos, según técnica. Porque las manos están contaminadas, el agua y el jabón facilitan el deslizamiento y arrastre de microorganismos de las manos y la espuma de jabón facilita la disolución de las grasas.
- Colocarse el equipo de protección personal, (bata, gorro, mascarilla y guantes). Para prevenir contaminación con microorganismos patógenos.
- Preparar los materiales y trasladarse a la unidad deshabitada. Porque el trabajo ordenado y bien planeado ahorra tiempo y energía.
- Llevar la bolsa de ropa sucia a la unidad del paciente y preparar el ambiente. Retirar todos los implementos utilizados por el paciente (chata, urinario, porta sueros etc.)

b) Durante el procedimiento:

- Abrir las puertas y ventanas si es posible. Nos permitirá tener una buena ventilación e iluminación.
- Separar los muebles uno de otro. Para tener espacio posible al momento de hacer el procedimiento.
- Retirar los artículos de la mesa de noche y llevarlos al cuarto de utilidades para su desinfección (vaso, jarra, etc.)

- Vierta solución detergente en un recipiente y sumerja el paño de limpieza. Otro recipiente con agua limpia.
- Colocar la bolsa de ropa sucia a los pies de la cama.
- Aflojar todo el tendido, comenzando por el ángulo superior de la cama, del lado opuesto a la mesa de noche. Esto se hace tomando todo el tendido a la vez y sujetando fuertemente la sábana básica, deslizar luego las dos manos a lo largo del colchón y depositarla en el recipiente rotulado para ropa sucia.
- Quitar la funda colocándola en la bolsa de ropa sucia y colocar la almohada sobre un lugar limpio.
- Retirar las sábanas enrollándolas de tal manera que la parte que está en contacto con el paciente quede dentro; luego colocar en la bolsa de ropa sucia.
- Limpiar el hule comenzando, por el ángulo superior de la cama del lado opuesto a la mesa de noche, doblar y limpiar el reverso del hule; colgar en el espaldar de la silla o la cabecera del catre.
- Llevar la ropa sucia a la lavandería o al depósito de ropa sucia.
- Limpiar y enjuagar el velador y la mesa auxiliar de arriba hacia abajo. Este orden de limpieza disminuye la posibilidad de extender la contaminación.
- Limpiar la Silla empezando por el asiento, espaldar y patas.
- Mover la cama, separándola de la pared, para facilitar limpiar todas las áreas de la cama y colchón.
- Limpiar el colchón por la cara superior y los lados, luego ubicarlo en la parte inferior de la cama, para dejar libre su extremo superior y limpiar con facilidad.
- Limpiar la cama desde la cabecera hasta la mitad todas sus áreas, resortes y bordes con agua jabonosa y desinfectante, luego aclarar y secarla.
- Voltar el colchón sobre la cama, de manera que quede la cara limpia del mismo en contacto con la parte superior ya limpia de la cama, dejando libre el extremo inferior y proceder a limpiar.
- Proceder a limpiar el área pendiente del colchón, limpiar la mitad inferior de la cama, con la misma técnica empleada en la parte superior, aclarar y secar muy bien insistiendo en las ranuras para evitar la humedad.
- Limpiar la cama desde la cabecera hasta la mitad todas sus áreas, resortes y bordes con agua jabonosa y desinfectante, luego aclarar y secarla y terminando de limpiar las patas de la cama que son la parte más contaminada.
- Dejar la habitación que se ventile hasta el día siguiente si es posible, para preparar la habitación para un nuevo ingreso, de esta forma la habitación estará libre de olores que afecten al paciente.

c) Después Del Procedimiento:

- Eliminar todas las soluciones sobrantes, porque estas ya preparadas pierden su efectividad.
- Recoger y lavar todos los materiales utilizados durante el procedimiento.
- Retirarse las prendas de protección personal.
- Higiene de manos, según técnica.



❖ **Recomendaciones**

- Después del alta del paciente, todo lo que queda en la unidad se considera sucio.
- Antes de que ingrese un nuevo paciente, debe realizarse el procedimiento.
- Aplicar las medidas de bioseguridad, en cada paso.



AISLAMIENTO DE PACIENTE

❖ Generalidades

La amplia patología de enfermedades infecciosas que se trata en nuestros hospitales nos obliga a la utilización de una serie de normas.

Se necesita comenzar el aislamiento como medida terapéutica ya desde su entrada en pautas de urgencia hasta su hospitalización.

Los pacientes con enfermedades infecciosas necesitan de las mismas atenciones que el resto de los enfermos e incluso en ocasiones, de atenciones más específicas y mayores.

No se debe descuidar la actitud del personal sanitario frente a estos enfermos, pues el simple hecho de estar aislados puede causar sentimientos de rechazo, culpabilidad o angustia.

❖ Definición

Consiste en la separación de personas infectadas de los huéspedes susceptibles durante el periodo de transmisibilidad de la enfermedad, bajo condiciones que eviten o limiten la transmisión del agente infeccioso.

❖ Objetivos

- Disminución del riesgo de infección para el paciente, el personal sanitario y los visitantes mediante la interrupción de la cadena de transmisión.
- Disminución de la incidencia de infecciones nosocomiales.
- Prevención y control de brotes.
- Poder prestar su atención de calidad.

❖ Indicaciones

El aislamiento es indicado solamente para prevenir el contagio de la enfermedad en la familia y en el equipo de salud o viceversa. Procurar que el paciente no se sienta rechazado.

❖ Contraindicaciones

- Tener especial cuidado cuando los objetos que se estén utilizando sean cortantes o punzantes y desecharlos siempre en los contenedores especiales para dicho uso.
- Tener cuidado con los pacientes inmunodeprimidos por el alto riesgo que tienen para contraer todo tipo de infecciones.
- Los utensilios del niño deben ser de uso personal

❖ Materiales

• En el ambiente:

- ✓ Dos depósitos para desechos recubiertos interiormente con bolsas de polietileno de color rojo (uno cerca de la puerta y el otro en el cuarto).
- ✓ Bolsa de ropa, también recubierto por bolsa de polietileno.
- ✓ Chatas y/o papagayos.
- ✓ Toallas para baño, papel higiénico y jabón germicida.
- ✓ Riñoneras.
- ✓ Cubeta con equipo de inyectables
- ✓ Equipos para control de funciones vitales.
- ✓ Separadores de ambiente
- ✓ Porta sueros.



- **Fuera del ambiente:**

- ✓ Mesita con: Gorros, mascarillas, batas, guantes limpios y estériles.
- ✓ Caja con: Toallas, batas, sábanas, soleras para uso del paciente.
- ✓ Aviso o rótulo de: AISLAMIENTO, VISITAS RESTRINGIDAS O PROHIBIDO LAS VISITAS, colocadas en un lugar visible.

- ❖ **Tipos de Aislamiento**

- a) Aislamiento estricto**

Se realiza para prevenir la transmisión de enfermedades contagiosas que pueden transferirse a través del contacto directo o a través del aire.

- **Normas a seguir:**

- ✓ Colocar al paciente en una habitación individual o en su defecto, podrá compartir habitación con otro paciente que esté infectado con el mismo microorganismo.
- ✓ Antes y después de entrar en contacto con el paciente o con el ambiente contaminado, el personal sanitario deberá lavarse las manos de forma correcta
- ✓ En este tipo de aislamiento es obligatorio el uso de gafas, mascarilla, guantes, bata y calzas para toda persona que entre en contacto con el paciente infectado.
- ✓ Todos los objetos contaminados deberán desecharse en bolsas de color rojo y rotularse o etiquetarse para su posterior descontaminación. Una vez que el aislamiento estricto y no es necesario se efectuará la desinfección de la habitación.

- **Enfermedades que requieren aislamiento estricto:**

- ✓ Sarampión.
- ✓ Difteria faríngea.
- ✓ Varicela o Herpes zóster diseminado.
- ✓ Peste neumónica.
- ✓ Fiebre de Lassa y otras fiebres hemorrágicas virales
- ✓ Viruela
- ✓ TBC bacilífera pulmonar.
- ✓ Neumonía estafilocócica.
- ✓ Rabia.

- b) Aislamiento de Contacto**

Se utiliza cuando existe la sospecha de una enfermedad transmisible por contacto directo con el paciente o con elementos de su ambiente.

Es aplicable a las enfermedades infecciosas por contacto directo, las cuales se dividen en dos categorías:

1. Control de heridas y lesiones cutáneas.
2. Contacto con secreciones orales.

- **Normas a seguir:**

- ✓ Habitación individual para el paciente. Los que estén infectados con el mismo microorganismo podrán compartir estancia.
- ✓ Señalizar el aislamiento, mantener las puertas cerradas y restringir las visitas.
- ✓ Lavado de manos antes y después de entrar en contacto con el paciente o con su entorno.



- ✓ Toda persona que entre en contacto con el niño debe utilizar el equipo de protección personal debe de encontrarse en un ambiente dentro de la habitación.
- ✓ Desechar todo el material contaminado bolsas de color rojo, rotulándolas para su almacenamiento en el área establecida del servicio, para luego ser llevados a su confinamiento final por el personal de residuos sólidos siguiendo las normas y protocolos hospitalarios.
- ✓ Una vez que el aislamiento de contacto ya no es necesario, habrá que desinfectar la habitación haciendo una desinfección terminal en forma minuciosa, máximo una vez por semana.

• **Enfermedades que requieren aislamiento de contacto:**

- ✓ Rubéola congénita u otras.
- ✓ Conjuntivitis causada por gonococos en recién nacidos.
- ✓ Herpes simple, diseminado, primario severo o neonatal.
- ✓ Impétigo, Forunculosis estafilocócica en neonatos.
- ✓ Infecciones respiratorias agudas en bebés y niños pequeños, incluyendo la difteria laríngea, los refriados, las bronquitis y bronquiolitis causada por virus sincitial respiratorio, adenovirus, coronavirus, virus de la gripe y rinovirus.
- ✓ Bacterias multirresistentes, infección o colonización con cualquiera de los siguientes microorganismos:
 - Bacilos Gram-resistentes a todos los amino glucósidos probados.
 - Staphylococcus aureus resistente a la meticilina.
 - Neumococcus resiste a la penicilina.
 - Haemophilus influenzae resistente a la ampicilina y cloranfenicol.
- ✓ Pediculosis, Escabiosis.
- ✓ Neumonía por Staphylococcus aureus o streptococcus del grupo A.
- ✓ Enfermedad de Ritter.
- ✓ Infecciones importantes de la piel, de heridas o quemaduras. Se incluyen las infectadas con Staphylococcus aureus o streptococcus del grupo A.

c) **Aislamiento protector o inverso. En el paciente pediátrico**

Se aplica en pacientes severamente eutrópicos (componente de la sangre que está bajo), con el fin de protegerlos de adquirir infecciones. Se hace para proteger al paciente inmunodeprimido.

• **Normas a seguir:**

- ✓ Se requiere una habitación individual.
- ✓ Lavado de manos antes y después de entrar en contacto con el paciente o con su entorno.
- ✓ Antes de entrar en la habitación habrá que colocarse el equipo de protección personal.
- ✓ Desinfección concurrente o terminal de la habitación para la posterior llegada de otro paciente.

• **Situaciones que requieren aislamiento inverso:**

- ✓ Quemados de más del 25% del cuerpo.
- ✓ Trasplantados.
- ✓ Inmunodeprimidos por otras causas.



- ✓ Toda persona que entre en contacto con el niño debe utilizar el equipo de protección personal debe de encontrarse en un ambiente dentro de la habitación.
 - ✓ Desechar todo el material contaminado en bolsas de color rojo, rotulándolas para su almacenamiento en el área establecida del servicio, para luego ser llevados a su confinamiento final por el personal de residuos sólidos siguiendo las normas y protocolos hospitalarios.
 - ✓ Una vez que el aislamiento de contacto ya no es necesario, habrá que desinfectar la habitación haciendo una desinfección terminal en forma minuciosa, máximo una vez por semana.
- **Enfermedades que requieren aislamiento de contacto:**
 - ✓ Rubéola congénita u otras.
 - ✓ Conjuntivitis causada por gonococos en recién nacidos.
 - ✓ Herpes simple, diseminado, primario severo o neonatal.
 - ✓ Impétigo, Forunculosis estafilocócica en neonatos.
 - ✓ Infecciones respiratorias agudas en bebés y niños pequeños, incluyendo la difteria laríngea, los refriados, las bronquitis y bronquiolitis causada por virus sincitial respiratorio, adenovirus, coronavirus, virus de la gripe y rinovirus.
 - ✓ Bacterias multirresistentes, infección o colonización con cualquiera de los siguientes microorganismos:
 - Bacilos Gram-resistentes a todos los amino glucósidos probados.
 - Staphylococcus aureus resistente a la meticilina.
 - Neumococcus resistentes a la penicilina.
 - Haemophilus influenzae resistente a la ampicilina y cloranfenicol.
 - ✓ Pediculosis, Escabiosis.
 - ✓ Neumonía por Staphylococcus aureus o streptococcus del grupo A.
 - ✓ Enfermedad de Ritter.
 - ✓ Infecciones importantes de la piel, de heridas o quemaduras. Se incluyen las infectadas con Staphylococcus aureus o streptococcus del grupo A.

c) Aislamiento protector o inverso. En el paciente pediátrico

Se aplica en pacientes severamente eutrópicos (componente de la sangre que está bajo), con el fin de protegerlos de adquirir infecciones. Se hace para proteger al paciente inmunodeprimido.

• **Normas a seguir:**

- ✓ Se requiere una habitación individual.
- ✓ Lavado de manos antes y después de entrar en contacto con el paciente o con su entorno.
- ✓ Antes de entrar en la habitación habrá que colocarse el equipo de protección personal.
- ✓ Desinfección concurrente o terminal de la habitación para la posterior llegada de otro paciente.

• **Situaciones que requieren aislamiento inverso:**

- ✓ Quemados de más del 25% del cuerpo.
- ✓ Trasplantados.
- ✓ Inmunodeprimidos por otras causas.



d) Aislamiento Respiratorio.

Se realiza para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas mediante la vía aérea.

• **Normas a seguir:**

- ✓ Habitación individual, aunque los pacientes con la misma enfermedad infecciosa pueden compartirla.
- ✓ Todo el que entre en contacto con el paciente deberá ponerse mascarilla, que será desechada con frecuencia.
- ✓ Lavarse de manos antes y después de entrar en contacto con el paciente o con su entorno.
- ✓ Todo el material contaminado deberá desecharse en bolsas especiales de color rojo rotuladas.
- ✓ Una vez que el aislamiento respiratorio ya no es necesario habrá que desinfectar la habitación.

• **Enfermedades que requieren aislamiento respiratorio:**

- ✓ Sarampión.
- ✓ Tos ferina.
- ✓ Eritema infeccioso.
- ✓ Neumonía por meningococo.
- ✓ Meningitis por Haemophilus influenzae o meningococo.
- ✓ Meningococemia.
- ✓ Paperas.
- ✓ Neumonía por haemophilus influenzae en bebés y niños.

e) Aislamiento entérico:

Se realiza para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas por contacto directo o indirecto con las heces infectadas y en algunos casos, por objetos contaminados.

• **Normas a seguir:**

- ✓ El paciente podrá compartir habitación con pacientes infectados con el mismo germen, siempre y cuando sus prácticas higiénicas sean correctas.
- ✓ Uso de mascarilla.
- ✓ Utilizar bata cuando hay el riesgo de ensuciarse.
- ✓ Usar guantes
- ✓ Lavarse las manos antes y después de entrar en contacto con material contaminado.
- ✓ Depositar los objetos contaminados en bolsas especiales de color rojo para su posterior descontaminación

• **Enfermedades que requieren aislamiento:**

- ✓ Hepatitis vírica tipo A.
- ✓ Fiebre tifoidea.
- ✓ Pericarditis, miocarditis o meningitis vírica.
- ✓ Cólera.
- ✓ Diarrea aguda con sospecha de etiología infecciosa.
- ✓ Encefalitis.
- ✓ Enterocolitis producida por Staphylococcus Aureus.
- ✓ Poliomielitis.
- ✓ Disentería amebiana.
- ✓ Enterocolitis necrotizante.
- ✓ Infección entero viral.



- ✓ Pleurodinia.
- ✓ Enfermedades por eco virus.
- ✓ Gastroenteritis causada por cualquier agente infeccioso.

f) Aislamiento para líquidos corporales y sangre

Se efectúa para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas por contacto directo o indirecto con líquidos corporales o sangre que pertenece a un paciente infectado.

• **Normas a seguir:**

- ✓ Habitación individual, aunque pacientes infectados por el mismo germen puede compartir su habitación, siempre y cuando sus prácticas higiénicas sean correctas.
- ✓ Uso de mascarilla., no es necesario
- ✓ Usar bata cuando haya que manipular líquidos corporales o sangre.
- ✓ Lavado de manos antes y después de entrar en contacto con el material contaminado.
- ✓ Depositar los objetos contaminados en contenedores especiales (bolsa roja).

• **Enfermedades que requieren este tipo de aislamiento:**

- ✓ Sida
- ✓ Hepatitis C y B
- ✓ Malaria
- ✓ Fiebre por mordedura de rata
- ✓ Sífilis
- ✓ Fiebres virales producidas por artrópodos.
- ✓ Enfermedad de Creutzfeld-Jacob.
- ✓ Fiebre recidivante.
- ✓ Leptospirosis.

g) Aislamiento para Secreciones y Drenajes

Se realiza para evitar transmisiones de enfermedades infecciosas por contacto directo o indirecto con material infectado o drenajes que se encuentran en zonas del cuerpo del paciente que están infectadas.

• **Normas a seguir:**

- ✓ Habitación individual.
- ✓ Uso de mascarilla.
- ✓ Uso de guantes y bata, para evitar contaminación.
- ✓ Lavado las manos antes y después de entrar en contacto con el paciente.
- ✓ Desechar los materiales contaminados en bolsas de color rojo, etiquetándolas para su posterior desinfección.
- ✓ Desinfección concurrente y/o terminal

• **Enfermedades que requieren este tipo de aislamiento:**

- ✓ Quemaduras infectadas.
- ✓ Conjuntivitis.
- ✓ Abscesos.
- ✓ Úlceras por presión infectada.
- ✓ Estas infecciones se engloban dentro de estas categorías si:
 - No son causadas por microorganismos multiresistentes.



- No son infecciones oculares gonocócicas en recién nacidos.
- Las quemaduras, heridas o infecciones cutáneas no son graves.

❖ **Posibles Complicaciones**

- Empeoramiento de la situación del paciente por mala práctica tanto de los familiares como del personal sanitario y del propio paciente.
- Transmisión de la infección del paciente aislado o pacientes sanos.
- Transmisión de infecciones del paciente a las personas que están en su entorno.

❖ **Cuidados Posteriores**

- Hasta que el germen infeccioso no haya desaparecido, habrá que seguir con las normas de aislamiento oportunas.
- Cuando el aislamiento ya no es necesario, el paciente podrá llevar una estancia hospitalaria normal, como el resto de los pacientes.
- Favorecer la vuelta a la normalidad.

❖ **Procedimiento**

a) Antes del Procedimiento

- Higiene de manos según técnica establecida. Disminuye a prevenir infecciones.
- Preparar el equipo completo. Facilita el trabajo.
- Colocación de la bata. Evita riesgo en la atención directa al paciente.
- Colocación de mascarillas. Previene la transmisión de microorganismos que se propagan a través del aire.
- Colocación de la gorra. Protege y evita el contacto con las bacterias que se desprenden del cabello.
- Colocación los guantes. Disminuye la transmisión de gérmenes del paciente a las manos del personal de salud.

b) Durante el Procedimiento

- **Precauciones para la transmisión por aérea.**
 - ✓ **Finalidad:**
Reducir el riesgo de trasmisión aérea de agentes infecciosos.
 - ✓ **Indicaciones:**
Pacientes con certeza de infección con patógeno trasmisible por vía aérea.

PRECAUCIONES EN TRANSMISION AEREA
INDICACION: ANTES DE INGRESAR CONFINAR AL PACIENTE Y SU ENTORNO

HABITACION

- * HABITACION INDIVIDUAL
- * FILTRACION NEGATIVA Y CENTRALIZADOR DE AIRE
- * CUBRIR LA PUERTA CON BATA

USAR MASCARILLA

- * TIC - RESPIRADORES 95
- EN VUELO EL PASAJERO DEBERA USAR MASCARILLA DE DISEÑO QUE NO REQUIERE MASCARILLA

TRANSPORTE PACIENTE

- * EVITAR EL TRANSPORTE DEL PACIENTE
- * EL PACIENTE DEBERA USAR MASCARILLA DE FRENTE EL TRANSPORTE
- * EVITAR AL AREA QUE RECIBIÓ AL PACIENTE



- **Precauciones para la transmisión por gotitas.**

- ✓ **Finalidad:**

- Reducir riesgo de transmisión por gotas (tos estornudo etc.) de agentes infecciosos que se puedan transmitir a distancia menor de un metro.

- ✓ **Indicaciones:**

- Pacientes con certeza de infección por: Meningococo, difteria, infección invasiva por Haemophilus influenzae, infección por Mycoplasma pneumoniae, influenza, parotiditis o rubeola.

- **Precauciones por transmisión por contacto**

- ✓ **Finalidad:**

- Reducir riesgo de transmisión de microorganismos de importancia epidemiológica por contacto directo o indirecto con secreciones, exudados

- ✓ **Indicaciones:**

- Bacterias multiresistentes

- Virus: Hepatitis B, rotavirus, influenza, etc.

- Infecciones de piel y heridas: difteria herpes, impétigo, celulitis etc.



- **Control de signos vitales:**

- El control de presión arterial debe hacerse previa protección de la banda del tensiómetro con el contacto de la piel del paciente, esto se hace sobre todo en aislamiento con enfermedades de piel. El control del pulso, temperatura y respiración es similar a la técnica determinada.

- **Control de ropa:**

- Tanto la ropa personal como la de cama deben eliminarse en la bolsa determinada específicamente para ello dentro del cuarto del paciente. Para transportar esta bolsa a lavandería se coloca dentro de una nueva con un letrero "CONTAMINADO", y sellado con cinta adhesiva.



- **Equipo usado en tratamiento:**

Los equipos utilizados como riñoneras pinzas hemostáticas u otro material quirúrgico se desinfecta durante 15 ó 20 minutos; después de sacarlos de la habitación para luego llevarlo a la sala de esterilización.

- **Eliminación de deposiciones:**

Antes de eliminar las deposiciones u orina, estas deben ser tratadas o desinfectadas para destruir los gérmenes y evitar su diseminación, usar hipoclorito de sodio 9cc de agua + 1cc de lejía, el tiempo de exposición es de 30 minutos.

c) Después del procedimiento:

Para quitarse la ropa de aislamiento:

- Con la mano derecha enguantada, quitase el guante izquierdo tirando de la manga y volteándola al revés al tiempo que lo saca. Quitase el otro guante encajándose uno o dos dedos de la mano por debajo de la manga y tirando hacia fuera, rotando también al revés al tiempo que lo saca.
- Desate la mascarilla cogiéndola sólo de los cinturones, del mismo modo quítese el gorro (en caso de enfermedad por vía exógena, se saca al último).
- Desate los cinturones del cuello de la bata, cójalo por la parte externa de atrás de los hombros y tire de ella hacia debajo de los brazos, volteándola al revés mientras se lo quita. Asegura la no contaminación de microorganismos.
- Sostenga la bata bien alejada del uniforme y dóblela con el revés hacia fuera y deposítela en la bolsa para lavandería.
- Lávese las manos antes de salir de la habitación y utilice toallitas de papel para cerrar el grifo, y luego coja la manija de la puerta para abrirla y posteriormente cerrarla con la mano desnuda.
- Use solo una vez botas, guantes, gorros y mascarillas y deséchelos en los recipientes adecuado

d) Precaución estándar

PRECAUCIONES ESTANDAR

LAVADO DE MANOS

- * ANTES Y DESPUES DE ATENDER AL PACIENTE
- * ANTES Y DESPUES DE USAR GUANTES
- * ENTRE LA ATENCION DE CADA PACIENTE

USAR GUANTES

- * PARA MANIPULAR SANGRE, FLUIDO CORPORAL SECRECIONES, ENCRETAS Y OTROS
- * ANTES DE TOCAR MEMBRANA MUCOSA Y PIEL NO INTACTA

USAR MASCARILLAS Y LENTES

- * PARA PROTEGER MUCOSAS DE OJOS, NARIZ Y BOCA
- * EN PROCEDIMIENTOS QUE SE MANEJE SANGRE U OTRO FLUIDO CORPORAL

USAR MANDIL

- * EN PROCEDIMIENTOS QUE SE MANEJE SANGRE U OTRO FLUIDO CORPORAL
- * AL RETIRARSE EL MANDIL LAVARSE LAS MANOS

USAR TECNICAS

- * USAR TECNICAS ADECUADAS PARA PREVENIR ACCIDENTES CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES
- * AL MANIPULAR EL MATERIAL DESPUES DEL PROCEDIMIENTO
- * AL DESCHGAR MATERIAL DESPUES DEL USO



- **Precauciones para la transmisión por aire**
 - ✓ **Habitación:**
 - Habitación individual.
 - Con extractor de aire.
 - Conservar la puerta cerrada.
 - ✓ **Usar mascarilla:**
 - Usar respirador N° 95 cuando entre en contacto con niños TBC, Varicela, Sarampión.
 - ✓ **Transporte del Paciente:**
 - Avisar al área que decepciona al paciente.

- **Precauciones para la transmisión por gotitas**
 - ✓ **Habitación:** individual, si en caso no hubiera más ambientes los pacientes con el mismo agente patógeno compartirán la habitación con una separación mínima de 1.50cm entre paciente.
 - ✓ **Usar Mascarilla. Para proteger mucosas de nariz y boca** cuando se atiende al paciente.
 - ✓ **Transporte del Paciente:**
 - Limitar el transporte del paciente.
 - El paciente deberá utilizar mascarilla durante el transporte.
 - Avisar al área que decepcionará al paciente.

- **Precauciones para la transmisión por contacto**
 - ✓ **Habitación:**
 - Habitación individual de lo contrario usar método de cohorte.
 - ✓ **Usar Guantes:**
 - Para la atención del paciente.
 - Para manipular sangre, fluido corporal, secreciones, excretas y otros.
 - Lavado de manos antes y después de usar guantes.
 - ✓ **Usar Mandil:**
 - Al realizar un procedimiento.
 - Al remover elementos contaminados, retirar el mandil de la habitación.
 - ✓ **Transporte del Paciente:**
 - Limitar el transporte. Que el traslado solo se efectuó cuando sea inevitable e imprescindible. (Exámenes, toma radiológicas etc.)

- **Precauciones para reducir el riesgo de transmisión**
 - ✓ **Equipos y materiales:**
 - Lavar y desinfectar después de su uso.
 - ✓ **Control de Signos Vitales:**
 - El control de presión arterial debe hacerse previa protección de la banda del tensiómetro con el contacto de la piel del paciente preferentemente en aislamiento con enfermedades de piel. El control del pulso, temperatura y respiración es similar a la técnica determinada.
 - ✓ **Control de Ropa:**
 - Tanto la ropa del personal como la de cama deben eliminarse en la bolsa determinada para ello dentro del cuarto del paciente. Para



transportar esta bolsa a lavandería se coloca dentro de una nueva con un rótulo "CONTAMINADO" y sellado con cinta adhesiva.

✓ **Equipo utilizado durante el Tratamiento:**

Riñoneras, pinzas hemostáticas, jeringas, etc., se remoja en desinfectante durante 15 o 20 minutos después de sacarlos de la habitación, si el equipo no puede esterilizarse en autoclave.

✓ **Eliminación de deposiciones:**

Antes de eliminar las deposiciones u orina, estas deben ser tratadas o desinfectadas para destruir los gérmenes y evitar su diseminación. Se usa hipoclorito de sodio 9cc, de agua + 1cc, de lejía, el tiempo de exposición es de 30 minutos.



MOVILIDAD Y CONFORT

MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE

❖ **Generalidades**

La movilización es una actividad frecuente en los centros de atención a personas dependientes es realizado habitualmente por profesionales como auxiliar fisioterapeuta, etc.

Cuando se trata de un lactante o preescolar, se puede trasladar en brazos cargándolo, siempre y cuando no sea demasiado pesado para realizar el transporte.

❖ **Definición**

Conjunto de procedimiento que consiste en movilizar, trasladar, ayudar, al paciente pediátrico con limitaciones para realizar ciertas actividades utilizando la mecánica corporal.

❖ **Objetivos en el paciente pediátrico**

- Satisfacer necesidades básicas.
- Prevenir complicaciones (úlceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios, etc.).
- Mantener una adecuada alineación corporal.
- Efectuar procedimientos y exámenes especiales.

❖ **Materiales**

- Almohadas.
- Sábanas
- Guantes limpios
- Rodetes (sábanas o toallas para fabricar rodetes).
- Sujetadores
- Loción
- Talco
- Hule clínico

❖ **Procedimientos**

- Higiene de manos. Previenen infecciones
- Preparar material y equipo necesario. El trabajo ordenado ahorra tiempo y energía
- Explicar al paciente el procedimiento. Para obtener su colaboración

❖ **Mover al paciente al borde de la cuna o cama**

- Bajar la cabecera de la cama. Facilita movilización del paciente, se requiere menos energía en el movimiento que levantarlo.
- Bajar la cabecera de la cama. Facilita movilización del paciente, se requiere menos energía en el movimiento que levantarlo.
- Trabajar las ruedas. Para mantener la cama en su lugar
- Retirar almohadas si las hubiera. Para facilitar la movilización del paciente
- Ubicarse frente al paciente en el lado de la cama al que se desea movilizarlo. Facilita el procedimiento.



- Mantener la postura. Una buena postura evita someter a músculos, ligamentos y articulaciones a un esfuerzo indebido y da mayor estabilidad. Para deslizar la parte superior del cuerpo.
- Colocar ambos brazos por debajo de hombros y nuca del paciente. Para deslizar la parte superior del cuerpo.
- Pasar el peso de su cuerpo desde el pie delantero al de atrás al tiempo que se balancea y bajando las caderas, deslizar al paciente hacia el lado deseado sin tratar de alzarlo.
- Colocar un brazo por debajo de la cintura y el otro debajo los muslos del niño. Para movilizar la parte media del cuerpo del paciente.
- Realzar el mismo procedimiento con piernas y pie.

❖ **Mover paciente hacia la cabecera de la cama o cuna**

- Bajar la cabecera de la cama o cuna
- Trabar las ruedas.
- Colocar una almohada contra la cabecera de la cama.
- Colocarse junto a la cama.
- Separe las piernas, una delante la otra, colocando el pie más próximo a la cabecera. Porque la estabilidad de un objeto es mayor cuando tiene una base de sustentación ancha y en el centro de gravedad cae una línea perpendicular dentro de la base de sustentación
- Pedir al paciente que flexione las rodillas.
- Coloque los brazos debajo de nuca, hombros y cintura. Para facilitar el procedimiento.
- Inclínarse hacia adelante y hacer pasar el peso del pie delantero hacia el de atrás. Bajando simultáneamente las caderas
- Pedir al paciente que se empuje con los pies.
- Deslizar al paciente hacia la cabecera de la cama.
- Dejar al paciente en posición cómoda y satisfactoria. Para evitar posibles accidentes.

❖ **Ayudar al paciente a sentarse al borde de la cama**

- Bajar la cabecera de la cama, cerciorándonos de que la cama se encuentre con freno.
- Observar al paciente.
- Colocar al paciente al borde la cama y dejarlo en posición lateral.
- Subir la cabecera de la cama al nivel más alto.
- Colocarse frente al paciente.
- Sujetarla a cabeza y el cuello del paciente colocando los brazos por debajo de los hombros.
- Colocar el otro brazo por encima de los muslos.
- Haga girar lentamente al paciente hacia usted hasta que los pies queden colgados.
- Apoye al paciente.
- Dejar al paciente en posición cómoda.

❖ **Trasladar al paciente de la cama a la silla**

- Colocar la silla junto a la cama e inmovilizarlo.
- Pedir al paciente que se coloque de cúbito dorsal y deslizado al borde de la



- Ayudar al paciente a sentarse al borde de la cama.
- Ayudar al paciente a ponerse la bata y zapatos.
- Mantener al paciente sentado de 5 a 10 minutos.
- Colocarse frente al paciente.
- Tomar con sus manos los hombros del enfermo mientras que éste lo toma por la cintura.
- Indicar al paciente que coloque los pies sobre el piso y usted doble sus rodillas.
- Girar al paciente conservando la posición inicial y sentar al paciente en la silla.
- Observe al paciente en busca de signos de alarma.

❖ **Trasladar al paciente desde la cama hasta la camilla**

- Colocar al paciente en posición de cubito dorsal.
- Retirar los cobertores.
- Colocar la camilla la cama y frenar las ruedas.
- Apoyarse de tres personas para llevar a cabo la técnica:
- La primera persona sostiene la cabeza del paciente. La segunda sostiene la espalda y los muslos del paciente. La tercera los muslos y la pantorrilla.
- Una señal las tres llevan al paciente hacia el borde la cama.
- Las tres juntas levantan al paciente haciéndole girar hacia ellos.
- Juntas se dirigen hacia la camilla donde colocan al paciente.
- Levantar las caderas
- Colocar la cama en posición horizontal y una almohada atravesada en la cabecera y trabe las ruedas de la cama. Para evitar que el paciente se golpee la cabeza.
- Pedir al paciente que flexione las rodillas y llevar los talones hacia las caderas. Para facilitar el procedimiento.
- Colocarse frente a las caderas del paciente adoptando una posición firme. Porque una buena postura evita someter a músculos, ligamentos y articulaciones a un esfuerzo indebido
- Flexionar las rodillas de modo que los brazos queden a la altura de la cama. Seguidamente colocar una mano por debajo de la región sacra del paciente y con el codo firmemente apoyado en la cama. Porque el esfuerzo que requiere para mover un cuerpo depende de la resistencia del cuerpo y de la fuerza de la gravedad.
- Agacharse doblando las rodillas para levantar las caderas del paciente. En este caso los brazos de la enfermera actúan como palanca y sus caderas bajan verticalmente. Porque la fuerza requerida para mantener el equilibrio de un cuerpo aumenta conforme la línea de gravedad se aleja del punto de apoyo.

❖ **Levantar caderas**

- Colocar la cama en posición horizontal y una almohada atravesada en la cabecera y trabe las ruedas de la cama. Para evitar que el paciente se golpee la cabeza.
- Pedir al paciente que flexione las rodillas y llevar los talones hacia las caderas. Para facilitar el procedimiento.

- Colocarse frente a las caderas del paciente adoptando una posición firme. Porque una buena postura evita someter a músculos, ligamentos y articulaciones a un esfuerzo indebido.
- Flexionar las rodillas de modo que los brazos queden a la altura de la cama. Seguidamente colocar una mano por debajo de la región sacra del paciente y con el codo firmemente apoyado en la cama. Porque el esfuerzo que requiere para mover un cuerpo depende de la resistencia del cuerpo y de la fuerza de la gravedad.
- Inclinarsse doblando las rodillas para levantar las caderas del paciente. En este caso los brazos de la enfermera actúan como palanca y sus caderas bajan verticalmente. Porque la fuerza requerida para mantener el equilibrio de un cuerpo aumenta conforme la línea de gravedad se aleja del punto de apoyo.

❖ **Manera de levantar los hombros en el paciente pediátrico imposibilitado**

- Colocar la cama en posición horizontal y una almohada atravesada en la cabecera y trabe las ruedas de la cama. Para evitar que el niño se golpee la cabeza.
- Pedir al paciente que flexione las rodillas y llevar los talones hacia las caderas. Para facilitar el procedimiento.
- Colocarse frente a las caderas del paciente adoptando una posición firme. Porque una buena postura evita someter a músculos, ligamentos y articulaciones a un esfuerzo indebido
- Flexionar las rodillas de modo que los brazos queden a la altura de la cama. Seguidamente colocar una mano por debajo de la región sacra del paciente y con el codo firmemente apoyado en la cama. Porque el esfuerzo que requiere para mover un cuerpo depende de la resistencia del cuerpo y de la fuerza de la gravedad.
- Agacharse doblando las rodillas para levantar las caderas del paciente. En este caso los brazos de la enfermera actúan como palanca y sus caderas bajan verticalmente. Porque la fuerza requerida para mantener el equilibrio de un cuerpo aumenta conforme la línea de gravedad se aleja del punto de apoyo.

❖ **Recomendaciones**

- Movilizar al paciente pediátrico con sumo cuidado si presenta conexiones
- Tener en cuenta el diagnóstico y contraindicaciones antes de realizar el procedimiento.
- Dejar cómodo al paciente.
- Lávese las manos.
- Proteger permanentemente al paciente.



POSICIONES DEL PACIENTE EN CAMA

❖ **Generalidades**

Se conoce como posiciones básicas todas aquellas posturas o posiciones que el paciente puede adoptar en la cama, cuna, camilla, mesa de exploraciones, y otros, de intereses para el buen manejo del niño y por el personal de enfermería.

❖ **Definición**

Son aquellas posiciones que adopta el paciente pediátrico para obtener comodidad con el apoyo de dispositivos mecánicos (almohadas, bolsas de arena, etc.).

❖ **Objetivos**

- Facilitar el procedimiento terapéutico.
- Mantener la buena alineación corporal.
- Evitar contracturas.
- Facilitar drenajes.
- Mejorar la ventilación pulmonar.
- Evitar úlceras por decúbito.

❖ **Nivel de atención** I, II y III

❖ **Recursos humanos**

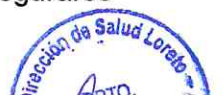
- Profesional en enfermería.
- Técnica en enfermería.
- Auxiliar de enfermería.

❖ **Materiales y equipo**

- Almohadas y cojines.
- Férulas.
- Insumos de protección de protuberancias óseas.
- Cochón de aire.
- Canasta de ropa sucia.
- Equipo de protección personal de bioseguridad.
- Cremas.
- Pañal.
- Sostén para los pies
- Bolsas de arena con fundas.
- Toallas enrolladas.
- Rollos de mano.

❖ **Actividades**

- Educar al niño sobre el procedimiento terapéutico, para obtener su colaboración.
- Solicitar a los padres el consentimiento informado sobre el procedimiento terapéutico a realizar.
- Lavado de mano antes y después del procedimiento terapéutico. Asegurarse la disminución de la proliferación de bacterias.



- Colocarse el equipo de protección como son: la bata, el gorro, la mascarilla y los guantes. Disminuye la transmisión de gérmenes del niño hacia el personal de salud.
- Preparar y trasladar el equipo completo a la unidad. Facilita el trabajo y sin demora.
- Brindar privacidad, seguridad y comodidad al niño, para realizar el procedimiento.
 - El niño debe estar aseado y limpio el pañal. (libre de orina y heces)
 - Colocar los dispositivos de protección en las áreas del cuerpo según la posición que corresponda.
 - Asegurar la comodidad y confort del niño.
 - Dejar la unidad y cuarto de tratamiento en orden.
 - Retirar el equipo de protección según procedimiento. Evita la proliferación de gérmenes.
 - Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad pre establecidos.

❖ **Observaciones**

- La orientación e información del usuario (cuidador) facilita el proceso de aprendizaje.
- El uso de la mecánica corporal protege al usuario(a) y al funcionario.
- El equipo completo economiza tiempo y esfuerzo.
- La privacidad es un derecho inalienable.
- El retiro de la ropa facilita la libertad de movimiento.
- La manipulación correcta de la ropa evita infecciones cruzadas.
- Todo niño con reposo absoluto debe tener un plan de cambio de posición.
- La sábana móvil proporciona un apoyo para realizar el procedimiento.
- En los niños que poseen dispositivos invasivos, la movilización deberá ser con fino cuidado para evitar el desprendimiento brusco de estos dispositivos.
- Evitar fricciones y sacudidas repentinas o bruscas al realizarle cambio de posición.
- La comodidad favorece su bienestar físico y mental, contribuyendo así a su recuperación y descanso.
- La limpieza y el orden del equipo posterior a su utilización asegura su conservación.
- Lavado de manos antes y después de estar en contacto con el niño.
- Un reporte claro y conciso evidencia la evolución del usuario, los procedimientos efectuados, esto ayuda al diagnóstico y /o tratamiento.
- El área de trabajo, debe estar libre de elementos que puedan entorpecer nuestra acción.
- Cuando sea posible, debe actuar más de una persona.

❖ **Posiciones**

a) Posición decúbito supino o dorsal

- **Definición**

Es la posición en la que el usuario (a) se encuentra acostado sobre su espalda, tendida boca arriba, en posición horizontal, con los brazos y las piernas en extensión. Las rodillas han de estar ligeramente flexionadas, los pies en ángulo recto con respecto al cuerpo y los talones sin contactar con la ropa de la cama para evitar las úlceras por presión.



Para conseguir la correcta alineación del cuerpo se puede utilizar almohadas, cojines y apoyos.

Esta postura se emplea con mucha frecuencia, ya que en ella suele permanecer el paciente la mayor parte del tiempo que está en la cama.

- **Indicaciones:**

- ✓ Examen de tórax, abdomen, miembros superiores e inferiores.
- ✓ Post operatorio.
- ✓ Estancia en la cama.
- ✓ Cambios de posición.
- ✓ Palpación de las mamas.

b) Posición decúbito prono o ventral

- **Definición**

Decúbito prono es una posición anatómica del cuerpo humano que se caracteriza por: Posición corporal tendido boca abajo y la cabeza de lado. Con cuello en posición neutral. Miembros superiores extendidos pegados al tronco y con las palmas de las manos hacia arriba.

- **Buena alineación del cuerpo**

Se puede colocar una pequeña almohada debajo de las piernas para relajarlos músculos.

Se puede colocar una pequeña almohada por encima del nivel de las mamas para disminuir la presión. Y facilitar la respiración.

Descansando la cabeza sobre el colchón se alivia la distensión de la espalda.

- **Indicaciones**

- ✓ Paciente pediátrico comatosos o inconscientes.
- ✓ Pacientes pediátricos post cirugía (prevenir el vómito)
- ✓ Operados de columna.
- ✓ Estancia en la cama.

- **Contraindicaciones**

- ✓ Shock.
- ✓ Sangrado activo.
- ✓ Fracturas múltiples.
- ✓ Inestabilidad vertebral.

c) Posición fowler y semi fowler

- **Definición**

Posición dorsal en un plano inclinado de tal modo que la espalda forme un ángulo de unos 45° con la horizontal, se obtiene al elevar unos 40-50cm la cabeza de la cama. Las extremidades inferiores pueden mantenerse flexionadas en mayor o menor ángulo o mantenerse extendidas. En ocasiones se habla de posición de Fowler baja (semi Fowler) o elevada, en función del ángulo que adopte la espalda.

- **Indicaciones**

- ✓ Posición muy empleada en las exploraciones de otorrino –laringología.
- ✓ Niños con problemas respiratorios.
- ✓ Para relajar los músculos abdominales.
- ✓ Pacientes pediátricos con problemas cardiacos.
- ✓ Exploraciones de cabeza, ojos, cuello, oído, nariz, garganta y pecho.
- ✓ Puede colocarse almohadas en:
 - Detrás del cuello y hombro.



- Detrás de la zona lumbar.
- Bajo los antebrazos y manos, para evitar la tensión en los hombros y sujetar los brazos y manos, si el paciente no los utiliza.
- Debajo y los lados de la parte superior de los muslos.
- Bajo los tobillos, para elevar los talones.

d) Posición SIMS

- **Definición**

Es una posición de decúbito lateral izquierdo con el brazo y la pierna de este lado extendido y la extremidad inferior derecha flexionada a nivel de la cadera y la rodilla. El brazo izquierdo puede colocarse bajo la cabeza o mantenerse extendido junto al tronco, de tal modo que el peso del cuerpo descansa sobre el tórax.

- **Indicaciones**

- ✓ Posición muy empleada en las exploraciones de otorrino –laringología.
- ✓ Niños con problemas respiratorios.
- ✓ Para relajar los músculos abdominales.
- ✓ Pacientes pediátricos con problemas cardiacos.
- ✓ Exploraciones de cabeza, ojos, cuello, oído, nariz, garganta y pecho.
- ✓ Se coloca almohada en:
 - Bajo la cabeza.
 - Bajo el hombro y brazo superior.
 - Bajo el muslo y pierna superior.
 - Bajo el muslo y pierna superior.
 - El cuerpo se apoya en hombros y cadera.

e) Posición genupectoral en el paciente pediátrico

- **Definición**

Posición en que la se coloca abajo, apoyándose sobre las rodillas y el pecho, con la cabeza ladeada y los muslos perpendiculares a la cama.

- **Indicaciones**

- ✓ Sirve para exploraciones rectales.
- ✓ Para extracción de fecalomas.



POSICIÓN DECÚBITO LATERAL

❖ Definición

Es una posición anatómica del cuerpo que se caracteriza por: Posición corporal: acostado de lado o de costado, en un plano paralelo al suelo. Cuello generalmente posición neutra con relación al tronco. En general con las extremidades del paciente pediátrico en flexión.

❖ Objetivos

- Facilitar los procedimientos diagnósticos.
- Facilitar ciertos tipos de drenaje.
- Prevenir úlceras por presión.
- Facilitarla circulación sanguínea.
- Proporcionar relajación.

❖ Indicaciones

- Para hacer la cama ocupada.
- Para colocar un supositorio.
- Administración de inyectable.
- Para prevenir úlceras por decúbito.
- Administración de enemas.
- Estancia en cama y para hacer cambios posturales.
- Higiene y masajes.

❖ Materiales

- 3 almohadas
- Solera
- Equipo de masaje

❖ Procedimientos

a) Antes de Procedimiento

- Preparar psicológicamente al niño y/o tutores. Para obtener su colaboración
- Higiene de manos. Evita la diseminación de gérmenes.

b) Durante el Procedimiento

- Retirar almohadas y dispositivos empleados en colocaciones previas. Facilita el procedimiento.
- Colocar la cama en posición horizontal, afloje las cubiertas, trabar las ruedas de la cama. Permite al enfermero evitar trabajar contra la gravedad, aumenta las condiciones de seguridad y facilita el trabajo.
- Ubicarse en un lado de la cama hacia el que va a colocarse al paciente. Permite mantener la alineación correcta al movilizar al paciente.
- Separar los pies uno delante del otro. Facilita el procedimiento.
- Colocar el brazo más lejano del paciente sobre el tórax, la pierna más lejana sobre la otra que está, más cerca a la enfermera. Facilita el procedimiento.

Desplazar el peso desde su pierna delantera hacia la trasera y hacer rodar la paciente hacia usted bajando sus caderas. Permite contrarrestar



el peso del paciente con su propio peso o cuerpo y requiere menos desgaste de energía.

- Mantener al paciente apoyando al borde de la cama. Evita caídas accidentales.
- Colocar una almohada reforzada a lo largo de la espalda en toda su longitud. Proporciona apoyo necesario para mantener al paciente de costado.
- Colocar una almohada debajo de la pierna semi flexionada. Evita la presión sobre las prominencias óseas.
- Colocar una almohada paralelamente a la superficie del pie que está más bajo.

c) Después del Procedimiento

- Lávese las manos. Para evitar contaminación con gérmenes
- Dejar arreglado los cobertores. Para brindar comodidad al paciente
- Observar reacciones adversas y/o signos de alarma.



CAMA ABIERTA

❖ Definición

Procedimiento que consiste en cambiar la ropa de cama cuando el paciente pediátrico puede levantarse de la cama o cuando se está en espera de un ingreso.

❖ Objetivos

- Eliminar los desechos y polvo de la cama.
- Proporcionar comodidad y confort al paciente manteniendo un ambiente agradable y limpio.

❖ Materiales

- Guantes no estériles
- Fundas de almohada
- Almohada
- Sábana inferior
- Sábana superior
- Solera
- Colchón
- Colcha
- Frazada

❖ Procedimiento

a) Antes del Procedimiento

- Higiene de manos y recolectar el equipo necesario. Para prevenir la transmisión de infecciones Nosocomiales.
- Tener el material completo y ordenado según uso en una silla al pie de la cama. Para ahorrar tiempo y energía Asegura la condición y limpieza del equipo antes de ser utilizado.
- Explicarle al niño o a la mamá el procedimiento a realizar. Para lograr su colaboración de la mamá y del niño si es que la condición lo permite.
- Llevar al ambiente del paciente la ropa a cambiar. Respetar la intimidad del paciente.
- Verificar la ropa sucia que se va a cambiar antes de elegir la ropa limpia. Para ahorrar tiempo y energía al mismo tiempo verificar el orden de la ropa de cama a utilizar.
- Colocar una silla a los pies de la cama sobre lo que se colocará la ropa necesaria para cambiar. Facilita el procedimiento y ahorro de tiempo.
- Aflojar todas las cubiertas de la cama. Para ahorrar tiempo y energía
- Retirar la almohada luego de cambiar la funda, colocarlo sobre la silla. Facilita el procedimiento y ahorra energía.
- Retirar la colcha y todas las cubiertas que se va a volver a usar, cogiendo el borde de la cabecera llevándola a los pies, luego levantar cogiendo el centro de ambos bordes. Para facilitar su nuevo uso.
- Retirar la ropa sucia y colocarla en el depósito respectivo. De modo que quede doblado en cuatro, colocarlo en el respaldo de la silla en el mismo orden de uso.
- Centrar el colchón, limpiar con un trapo humedecido con desinfectante. Para facilitar su nuevo uso y dar comodidad al paciente.



- Colocar las sábanas y solera del mismo modo que quede la cama cerrada. Para dar comodidad y evitar infestación por ácaros.
- Colocar colcha a unos 30 o 40 cm. por debajo del borde superior del colchón, sujetar los pies y realice las esquinas con todas las cubiertas superiores, doblar la sábana superior sobre la colcha. Permite que este nivel cubra al paciente hasta los hombros.
- Pasar al lado opuesto y realizar lo mismo con todas las cubiertas, estirándolas bien a fin de evitar arrugas. Para brindar comodidad al paciente.
- Colocar la almohada Para servir de apoyo a la cabeza y hombros del paciente pediátrico. Evita movimientos involuntarios y gastos de energía.
- Doblar la esquina por donde el paciente ingresara a la cama y si es lactante por donde lo ingresaremos, colocándole de las cubiertas superiores hacia el centro de la cama, luego el vértice formando un doblez sobre los mismos. Brinda comodidad y confort al paciente y facilita su ingreso a la cama.
- Invitar al niño a acostarse y si es lactante colocarlo a la cama. Para comodidad y confort y brindarle la atención necesaria para su recuperación.
- Cubrir al paciente y retirar el depósito de la ropa sucia. Proteger la intimidad del paciente.
- Dejar todo el material empleado en su lugar. Para mantener orden y limpieza y volver a utilizar cuando sea necesaria.
- Dejar en orden el ambiente del paciente. El niño debe permanecer en un ambiente limpio.
- Lávese las manos. Reduce la transmisión de microorganismos.

b) Después del Procedimiento

- Usar depósito para colocar la ropa sucia. Para evitar la contaminación.

❖ Precauciones

- No es necesario cambiar toda la ropa de la cama cuando no hay material suficiente.
- No sacudir la ropa de cama en el cuarto, porque se esparce el polvo y se forma aerosol.
- Dejar en orden el ambiente del paciente pediátrico.
- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.



CAMA CERRADA

❖ Definición

Técnica que consiste en realizar el tendido de cama cuando está desocupado antes del ingreso o después que el niño ha sido dado de alta, comprende el arreglo, tendido de ropa de cama, cubriendo el borde superior del colchón, para volver a utilizar.

❖ Objetivos

- Tener una cama limpia y arreglada lista para admitir a un nuevo paciente pediátrico.
- Conservar el orden y armonía de la sala.



❖ Materiales

- Guantes no estériles
- Una funda de almohada
- Una sábana inferior
- Un hule (opcional)
- Una solera
- Una sábana superior
- Una colcha (opcional)

❖ Procedimiento

a) Antes del Procedimiento

- Higiene de manos según técnica. Para evitar contaminación.
- Prepare el material completo y ordenado según uso, en una silla al pie de la cama. Para ahorrar tiempo y energía.
- La ropa de cama debe estar doblada a lo largo por la mitad y luego plegada. Facilita el procedimiento y ahorra tiempo.
- La sábana inferior se dobla con el lado liso hacia adentro y la sábana superior con el áspero del dobladillo hacia fuera. Para prevenir irritaciones cutáneas.
- Nivelar la cama a una altura que resulte cómodo trabajar. Para prevenir el estiramiento excesivo de la espalda.
- Colocar la funda de la almohada y ubicarlo en la silla. Para facilitar el procedimiento.
- Doble el colchón por la mitad y proceda a desdoblarlo por la mitad inferior. Para facilitar su ventilación y evitar su deformación.
- Colocar la sábana inferior con el doblez en el centro de la cama, a unos 30-40 cm. sobre el borde superior del colchón. Para sujetar bien y quede centrado.
- Deslizar la sábana hacia el lado opuesto y desdoble deslizándola hacia los Pies, hacer las esquinas, asegurar bien bajo el colchón. Para evitar formación de arrugas.
- Colocar el hule en la parte media del colchón y cubra totalmente con la solera y asegure bajo el colchón. Para evitar que se moje las sábanas.
- Colocar la almohada en la parte superior de la cama. Colocar la colcha en el centro del colchón y desdoblar hacia el lado opuesto, cubra la almohada, deslizarlo hacia los pies y cubrir toda la cama. Para dar apoyo a la cabeza y hombros del paciente.

- Realzar un doblez o pliegue vertical de 5 cm. de ancho en sábanas superior y colchas; y asegúrelo bajo el colchón. Para proteger toda la ropa de cama del polvo.
- Pasar al lado opuesto y proceder de la misma manera con la otra mitad de la cubierta superior estirándola bien. A fin de dejar espacio para los pies y prevenir el pie péndulo si el paciente es escolar así mismo ahorrar tiempo y energía.



b) Después del Procedimiento

- Usar depósito para colocar la ropa sucia. Para evitar la contaminación.
- Retirar toda la ropa de cama que no se utilizó. Para evitar pérdidas y dejar el ambiente limpio para el paciente.

❖ Precauciones

- Si se tiene que tender varias camas, lleve la ropa necesaria y en orden que será utilizado en un cochecito que se dejará en un lugar del cuarto.
- Nunca se debe colocar la ropa sucia en el suelo o en otra cama, utilice los depósitos para la ropa sucia.
- Realizar esta técnica después de la desinfección concurrente.



ADMISIÓN Y ALTA

ADMISIÓN DEL PACIENTE

❖ Definición

Es el ingreso del paciente pediátrico a un establecimiento de salud, que garantice su recuperación o rehabilitación; durante el tiempo de su permanencia.

❖ Objetivos

- Brindar al paciente pediátrico atención médica y de enfermería en forma adecuada y continua, en un ambiente donde se dispone de los medios necesarios.
- Proporcionar tratamiento de acuerdo con los problemas y necesidades detectadas.
- Lograr que el niño se recupere mediante el cuidado integral del equipo de salud.

❖ Materiales y equipos

- Historia Clínica con formatos ordenados en forma secuencial.
- Formato de censo diario.
- Identificación del paciente y número de cama.
- Formato de Dieta.
- Formato de Indicaciones Médicas.
- Equipo para toma de funciones vitales
- Oximetría de pulso
- Riñonera, chata o papagayo.
- Jarra con agua tratada.
- Utensilios para alimentos.
- Balanza de pie o baño.
- Ropa de cama / sábanas, batas o pijamas, etc.
- Formato de Hospitalización.
- Orden de exámenes auxiliares.
- Útiles personales (Cepillo, pasta dental, jaboncillo, toalla, ropa de cama, colonia, desodorante, talco, peine, papel higiénico, pañal, pañitos húmedos shampoo.

❖ Procedimiento

a) Antes del Procedimiento

- Recibir al paciente pediátrico verificando la orden de hospitalización e historia clínica escrita y autorizada, el tipo o lugar de ingreso consultorio, emergencia, transferencia. Permite tener conocimiento sobre estado de salud, edad, diagnóstico de ingreso.
- Higiene de manos según técnica. Para disminuir la cantidad de gérmenes.
- Preparar, ordenar el material y equipo necesario, llevar a la unidad del paciente. Toda persona tiene derechos, experimenta temores y angustias, que por lo común se exacerban con la enfermedad.



b) Durante del Procedimiento

- Recibir al paciente pediátrico con amabilidad. Al mostrar amabilidad en ingreso el niño sentirá que es bien recibido y por tanto colaborará con el personal de salud.
- Acompañar al niño y a la mamá a su habitación, tenga en cuenta su estado, siéntelo o acuéstalo según corresponda su estado en la cama y preséntelo a sus compañeros de cuarto. Al sentirse cuidado por el profesional de enfermería su estado psicológico se verá favorecido.
- Ayudar a cambiar la ropa de ingreso por la bata, previo baño. Brinda sensación de bienestar, y se disminuye la propagación de agentes infecciosos adquiridos en el ambiente extrahospitalario.
- Control de constantes vitales: P/A, FC, FR, T, y peso considerando el estado de ingreso. Permite evidenciar el estado general y ayuda en el diagnóstico médico y de enfermería
- Registrar al niño en el formato de censo diario. Permite su identificación en el servicio y como registro estadístico.
- Registrar al niño en el parte de dietas si tiene 6 meses a más y si tiene indicado, si es un paciente menos de 6 meses indicar a la mamá que continúe dando lactancia materna. Contribuye a mantener o mejorar el estado nutricional. La leche materna contribuye a la recuperación del paciente ya que es el único alimento que ayudara en su pronto recuperación.
- Colocar el nombre, número de cama en la de Historia Clínica así mismo en la cabecera de la cama. Nos ayudara a identificarlo de forma rápida y segura.
- Colocar el nombre, número de cama, alergia a algún tipo de medicamento del paciente en un lugar visible de la historia clínica. Se evita errores y se previene accidentes posteriores.
- Enfermería mantendrá informado al paciente o la madre sobre diversos aspectos del hospital, el paciente necesita estar comunicado con ellos, Se evita errores y se previene accidentes posteriores.
- Mantener comunicación fluida con el equipo de salud sobre el ingreso del paciente pediátrico. Permite colaborar con el diagnóstico eficaz y oportuno.
- Realizar examen físico, registrar en la historia clínica detallando hallazgos importantes, Favorece con el diagnóstico eficaz y oportuno.
- Cumplir las indicaciones prescritas por el médico tratante. Con el fin de contribuir en la evolución favorable y por ende a su recuperación.

c) Después del Procedimiento

- Lavarse las manos, disminuye el riesgo de contaminación.
- Verificando los datos de filiación y hospitalización y formatos secuenciales, facilita el trabajo y el orden del servicio.
- Confeccionar la hoja de tratamiento de enfermería, con las indicaciones médicas y los procedimientos de enfermería requeridos, es un instrumento que permite al personal de enfermería cumplir con las indicaciones y administrar según horario establecido, Verificar que el paciente obtenga todas sus medicinas. Ayuda en el proceso de recuperación.
- Verificar resultados de análisis complementarios indicados que conste en la historia clínica para ser evaluados. Facilita el diagnóstico.

- Realizar el registro en la hoja de notas de enfermería. Los registros de enfermería se constituyen en un documento legal ante cualquier particularidad.



ALTA DEL PACIENTE

❖ Definición

Es el procedimiento de retiro o salida del paciente del servicio donde permaneció por un período de tiempo, para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación

❖ Objetivos

- Ayudar a reincorporarse al seno familiar y a la sociedad.
- Confirmar o descartar el diagnóstico médico en un servicio de especialidad en caso de ser referido.
- Establecer la continuidad de los cuidados médicos y de enfermería.

❖ Materiales y equipos

- Guantes no estériles
- Historia Clínica completa, incluyendo orden de alta, epicrisis, recetas, medicamentos, fecha de consulta é interconsulta y/o próximas citas.
- Formato de censo y egreso
- Plan de alta de enfermería, cuaderno de registro de egresos
- Silla de ruedas
- Solicitud de ambulancia (opcional)
- Orden para traslado en caso de ser referido a un centro asistencial de mayor complejidad.

❖ Procedimientos

a) Antes del Procedimiento

- Obtener la orden condicional del Alta escrito, un día antes, Es la primera indicación médica que avala al enfermero para efectuar el alta y prepararla para la fecha indicada.
- Informar a los familiares la fecha y hora de alta. Facilita la colaboración en los trámites documentarios.
- La papeleta y el formato de epicrisis correspondiente, deben estar escritos correctamente y firmados. Para realizará los trámites administrativos con facilidad.
- Controlar los signos vitales, registrar y observar el estado del paciente. Los signos vitales demuestran algunas alteraciones y evidencia el estado de salud del niño en el momento del alta.
- Registrar en la historia clínica el estado del paciente: Estado general, fecha y hora del alta. El trámite de egreso es legal.
- Comunicar a la oficina del SIS o contabilidad y familiares las gestiones administrativas y remitir la historia clínica. Para facilitar el trámite de documentos de índole económico.

b) Durante el Procedimiento

- Informar al paciente pediátrico y/o cuidador acerca de su alta. Para que estén preparados en la realización de trámites administrativos.
- Aclarar todas las dudas que pueda tener la mamá acerca de la atención de su niño (a). y entregar indicaciones por escrito. Para la continuidad del cuidado domiciliario.



- Cooperar con el arreglo de pertenencias de sus pertenencias, para ahorrar tiempo y energía y agilizar el alta.
- Acompañar al paciente si es necesario llévelo en sillas de ruedas hasta salida principal, y si es bebe ira en brazos de la mamá, enséñele la papeleta de alta en la Oficina de Vigilancia. Permite demostrar actitud amable de enfermería.



FUNCIONES VITALES

Los signos vitales son las manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo y en una forma constante en un ser vivo.

VALORACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

❖ Definición

Es la fuerza que ejerce la sangre a su paso contra las paredes arteriales. Hay dos medidas de presión: la presión sistólica, es la presión de la sangre con la contracción de los ventrículos (presión máxima); y la presión diastólica, es la presión que queda cuando los ventrículos se relajan (presión mínima); la presión arterial media expresa la presión de perfusión a los diferentes órganos corporales. La unidad de medida es en milímetros de mercurio (mmHg). La P/A varía con la edad aumentando progresivamente.

❖ Objetivos

- Control y registro de la situación hemodinámica del niño.
- Ayuda a evaluar el estado de salud o enfermedad y ayudar a establecer un diagnóstico.

❖ Valores Normales

- | | | |
|------------------|---|-----------------|
| • Recién Nacido | : | 75/50 mm de Hg |
| • Lactante Menor | : | 90/60 mm de Hg |
| • Lactante Mayor | : | 95/60 mm de Hg |
| • Preescolar:100 | : | 110/70 mm de Hg |
| • Escolar | : | 115/75 mm de Hg |

❖ Equipos y materiales

- Guantes no estériles
- Brazaletes de acuerdo al tamaño o la edad del paciente.
- Estetoscopio pediátrico
- Esfigmomanómetro
- Lapicero. azul (Hoja de control de funciones vitales).
- Hoja de grafica de funciones vitales.
- Torundas de algodón con alcohol.
- Depósito para desechos.

❖ Procedimiento

a) Antes del Procedimiento

- Higiene de manos, según técnica, disminuye el riesgo de contaminación.
- El uso de mascarilla. Para evitar infección cruzada
- Preparar el equipo para la toma de presión arterial. Para facilitar el procedimiento y ahorrar tiempo.
- Acercarse a la unidad del paciente y explicar el procedimiento a realizar al niño si la edad lo permite o a los padres según sea necesario. Permite la colaboración de la mamá o paciente si la edad lo permite.
- Limpie el diafragma y auriculares del estetoscopio con una torunda con alcohol. Para disminuir el riesgo de infección por microorganismos.



b) Durante el Procedimiento

- El paciente debe estar tranquilo y sin llorar, para obtener valores reales.
- Escoja el manguito del tamaño del brazo del niño(a). Nos permitirá tener un dato exacto.
- Desinfecte los auriculares con una torunda humedecida en alcohol antes de colocárselo en el conducto auditivo. Para evitar la contaminación ótica.
- Comunique al paciente si la edad lo permite o a los padres según sea necesario. Mantiene informado y permite colaboración del paciente y familia.

c) Después del Procedimiento

- Dejar cómodo al paciente, proporciona bienestar y confort.
- Colocar el material utilizado en su lugar. Facilita ubicar con rapidez para su próximo uso.
- Lavarse las manos, permite asegurar la eliminación de bacterias.
- Graficar y anotar los resultados e informar en las notas de enfermería. Para contar con una información veraz y completa, ya que constituye dato valioso para el diagnóstico oportuno.

❖ Precauciones

- El paciente debe estar tranquilo.
- Si los valores están alterados se debe volver a controlar y evaluar junto con los otros parámetros del ciclo vital.
- No tomar la presión arterial sobre zonas lesionadas.
- Verificar la operatividad el funcionamiento del equipo antes de instalarlo.



VALORACIÓN DEL PULSO ARTERIAL

❖ Definición

El pulso es un movimiento ondulatorio de la pared de arterias debido a las contracciones cardíacas y a la elasticidad de las paredes del vaso. La exploración consiste en la inspección de las arterias más superficiales por debajo de la piel, en la palpación y auscultación. La velocidad, es decir los latidos del corazón por minuto, corresponde a la frecuencia cardíaca.

Las características del pulso arterial:

- Frecuencia: número de ondas percibidas en un minuto.
- Ritmo: el ritmo es normal regular.
- Volumen o amplitud: Normal cuando el pulso es fácilmente palpable, desaparece intermitente y todos los pulsos son simétricos, con elevaciones plenas, fuertes y rápidas.
- Elasticidad: capacidad de expansión o deformación de pared arterial bajo la onda pulsátil. Una arteria normal, es lisa, suave y recta.
Lugares donde se puede palpar pulso en los niños: Arteria radial, temporal, femoral y tibia posterior, poplítea, braquial y carotídea.

❖ Objetivos

- Determinarla frecuencia y característica del pulso.
- Controlar y valorar cambios en el estado de salud del paciente.

❖ Valores Normales

GRUPO	LATIDOS POR MINUTO
RN-1 año	100 - 160
1 año-3 años	90 -150
Preescolar (3-6 años)	80 -140
Escolar (6-12 años)	70- 120
Adolescente (12-18 años)	60- 100

❖ Equipo

- Reloj con segundero
- Lapicero rojo
- Hoja de control de funciones vitales
- Hoja de gráfica de funciones vitales

❖ Procedimiento

a) Antes del Procedimiento

- Higiene de manos con agua y jabón, asegura la eliminación de bacterias.
- Preparar el material necesario, facilita el procedimiento y ahorra tiempo y energía.

b) Durante el Procedimiento

- Identificar al paciente pediátrico, disminuye el riesgo a errores.
- Comunique al niño y/o cuidador el procedimiento que va a realizar.
Reduce la ansiedad y favorece la colaboración.



- Coloque en decúbito supino y/o sentado. En caso de lactantes pedir a la madre que lo cargue. Facilita la realización del procedimiento, obteniendo los datos exactos.
- Aplicar los dedos índices, medio, anular con suavidad sobre la piel y el punto en que la arteria pasa por encima del hueso subyacente. La presión excesiva puede obstruir el flujo sanguíneo y alterar los datos.
- Pulso cardíaco apical y los tonos cardíacos se valoran mediante auscultación colocando el diafragma del estetoscopio en el 5to espacio intercostal, línea medio clavicular izquierda. Permite la valoración exacta en niños más pequeños.
- Iniciar el recuento de las pulsaciones en un minuto, considerando frecuencia, ritmo, amplitud y elasticidad. Para asegurar la valoración y detección de irregularidades.

c) Después del Procedimiento

- Lavarse las manos con agua y jabón líquido.
- Dejar todo el material en orden y en su respectivo sitio. Facilita su próximo uso.
- Graficar y registrar los resultados encontrados en las hojas correspondientes. Para contar con una información veraz y completa y constituir una ayuda para el diagnóstico oportuno.

❖ Precauciones

- No se debe emplear el pulgar para controlar el pulso ya que podría sentirse las pulsaciones de la propia arteria radial, propagados de este dedo.
- La frecuencia cardíaca de un niño puede variar enormemente a lo largo de todo el día. Dependiendo de la edad del niño, así como de la propia composición biológica del pequeño en particular, existe una variación ciertamente amplia en lo que podríamos considerar como una frecuencia cardíaca normal.



VALORACIÓN DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA

❖ Definición

La frecuencia respiratoria es la cantidad de respiraciones que el niño realiza por minuto. La frecuencia se mide por lo general cuando el niño está en reposo y consiste simplemente en contar la cantidad de respiraciones durante un minuto.

Los bebés y niños respiran más rápido que los adultos. El peso, tamaño y nivel de actividad pueden influir en el número de respiraciones. La edad es el factor comúnmente utilizado para determinar los valores normales de frecuencia respiratoria en niños.

❖ Objetivos

- Determinar la frecuencia y características de la respiración.
- Controlar y valorar cambios en el estado de salud del paciente.

❖ Valores de la frecuencia respiratoria

EDAD	Respiraciones por Minuto
RN-1 año	30 a 60
1 año-3 años	24 a 40
Preescolar (3-6 años)	22 a 34
Escolar (6-12 años)	18 a 30
Adolescente 12-18	12-16

❖ Materiales

- Reloj con segundero
- Lapicero azul
- Hoja gráfica de Funciones Vitales

❖ Procedimiento

a) Antes del Procedimiento

- Higiene de manos con agua y jabón líquido, asegura la eliminación de bacterias.
- Preparar el material necesario, facilita el procedimiento y ahorra tiempo

b) Durante el Procedimiento

- Identificar al paciente pediátrico, disminuye el riesgo de errores.
- La medición más fidedigna es la que se obtiene mientras el niño está durmiendo, no debe saber que se le controla la respiración porque podría modificarla voluntariamente.
- Contar los ciclos de respiración por un minuto completo, una inhalación y una exhalación es una respiración, una manera fácil de medir es contar el número de veces que el pecho se eleva por un minuto,
- En lactantes menores, la respiración es principalmente diafragmática y la frecuencia respiratoria puede ser determinada contando los movimientos del abdomen.
- En niños mayores, se puede observar directamente los movimientos del tórax.



c) Después del Procedimiento

- Lavarse las manos con agua y jabón líquido.
- Dejar los materiales en orden y en su sitio, permite su próximo uso.
- Graficar, anotar e interpretar los resultados obtenidos en la hoja que corresponde y actúe según hallazgo, el registro de los datos constituye una ayuda para el diagnóstico oportuno.

❖ **Precauciones**

- Medir la frecuencia respiratoria cuando el niño está en reposo.
- La frecuencia respiratoria debe ser controlada en un minuto.



VALORACIÓN DE LA TEMPERATURA AXILAR

❖ DEFINICIÓN

Es el grado de intensidad de calor que presenta el cuerpo. La temperatura normal es el equilibrio entre el calor producido (termogénesis) y el calor perdido (termólisis) por el organismo. Los niños presentan 0.5° más que los jóvenes.

Factores que afectan la termogénesis: tasa metabólica basal, actividad muscular, adrenalina, noradrenalina, estimulación simpática, producción de tiroxina, otras.

Factores que afectan la termólisis: conducción, radiación, convección y evaporación. Se mide a través de un termómetro clínico. El termómetro convencional de mercurio axilar es de extremo alargado y el rectal es corto y redondeado, termómetros digitales; el termómetro de oído digital, y/o el termómetro digital de piel.

❖ Objetivos

- Determinar la temperatura del paciente mediante un termómetro.
- Favorecer la recuperación del paciente y evitar complicaciones
- Registrar los resultados inmediatamente en la hoja respectiva después de realizar el procedimiento.

❖ Valores Normales

a) Según lugar de aplicación

	Tiempo(min)	1° Promedio (°C)	Rango de T° (°C)
Temperatura Oral	3-5	37	36.7-37.2
Temperatura Axilar	3-5	36.5	36.2-36.8
Temperatura Rectal	1-3	37.5	37.2-37.8

b) Según la edad

EDAD	GRADOS CENTIGRADOS
Recién Nacido	36.1 - 37.7
Lactante	37,2
Niño de 2 a 8 años	37
De 8 a 15 años	36.5- 37.0

❖ Equipos y materiales

- Termómetro clínico. (individual)
- Torundas de algodón con alcohol.
- Recipiente de desechos para torundas sucias.
- Hoja de gráfica de funciones vitales.
- Lapicero azul.
- Reloj con segundero.



❖ **Procedimiento**

a) Antes del Procedimiento

- Higiene de manos con agua y jabón líquido, asegura la eliminación de bacterias.
- Preparar el material y llevar a la habitación del paciente, facilita el procedimiento y ahorra tiempo y energía

b) Durante el Procedimiento

- Comunique al cuidador en caso de niños muy pequeños, el procedimiento que va a realizar. Reduce la ansiedad y favorece la colaboración.
- Retirar el termómetro de su estuche y proceder a limpiar con una torunda de algodón.
- Bajar la columna de mercurio si es mayor de 35° cogiéndolo entre el pulgar y el índice. Mueva la muñeca hacia abajo con un golpe seco.
- Colocar el bulbo del termómetro en la axila (línea media axilar), y ubique la mano del lado correspondiente en el hombro contrario, permite obtener dato exacto
- Dejar el termómetro durante tres a cinco minutos en la axila del niño, tiempo suficiente que permite registrar la temperatura corporal en la axila.
- Constatar la temperatura que marca el termómetro sosteniéndolo al nivel del ojo, girar el termómetro hasta que la columna del mercurio sea claramente visible.

c) Después del Procedimiento

- Lavarse las manos con agua y jabón líquido.
- Dejar todo en orden y en su respectivo sitio.
- Realizar la gráfica y registros en la hoja correspondiente.
- Desinfectar el termómetro.

❖ **Precauciones**

- Usar diferentes tipos de termómetros para valorar temperatura oral y rectal.
- Antes de colocar un termómetro asegure que esté limpio y desinfectado.
- No dejar solo al paciente mientras tenga colocado el termómetro.

❖ **Contraindicaciones**

- En pediatría se evita la temperatura oral debido a la posibilidad de que el termómetro cause daños en el niño por rotura y contaminación con mercurio
- En neonatos y lactantes menores se ha obviado el control de temperatura rectal por el riesgo de lesionar la mucosa, y debido al estímulo de eliminación que produce el termómetro. También está contraindicado en pacientes con patologías digestivas y quirúrgicas abdominales



VALORACIÓN DE LA ESCALA DE GLASGOW

❖ Definición

La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.

Cada uno de estos criterios se evalúa mediante una sub escala. Cada respuesta se puntúa con un número, siendo cada una es evaluada independientemente. En esta escala el estado de conciencia se determina sumando los números que corresponden a las respuestas del paciente en cada sub escala. La puntuación normal es de 15 y la mínima 3.

De acuerdo a esta escala los traumatismos craneanos pueden ser clasificados en:

- Leves Escala de Glasgow 14-13
- Moderados Escala de Glasgow 9-12
- Graves Escala de Glasgow 3-8

❖ Objetivos

- Obtener información necesaria sobre el estado del paciente pediátrico.
- Ayudar en el diagnóstico y evolución de la enfermedad
- Prevenir complicaciones y garantizar la calidad de los cuidados de enfermería

❖ ESCALA DE GLASGOW ADAPTADA AL PACIENTE PEDIATRICO

APERTURA OCULAR	Puntuación	Mayor de 1 año	Menor de 1 año	
	4	Espontánea	Espontánea	
	3	Respuesta a órdenes	Respuesta a la voz	
	2	Respuesta al dolor	Respuesta al dolor	
	1	Sin respuesta	Sin respuesta	
	Puntuación	Mayor de 1 año	Menor de 1 año	
RESPUESTA MOTORA	6	Obedece órdenes	Movimientos espontáneos	
	5	Localiza el dolor	Se retira al contacto	
	4	Se retira al dolor	Se retira al dolor	
	3	Flexión al dolor	Flexión al dolor	
	2	Extensión al dolor	Extensión al dolor	
	1	Sin respuesta	Sin respuesta	
	Puntuación	Mayor de 5 años	2 a 5 años	Menor de 2 años
RESPUESTA VERBAL	5	Orientado	Palabras inadecuadas	Sonríe, balbucea
	4	Confuso	Palabras inadecuadas	Llanto constante
	3	Palabras inadecuadas	Llora o grita	Llora ante el dolor
	2	Sonidos incomprensibles	Gruñe	Se queja ante el dolor
	1	Sin respuesta	Sin respuesta	Sin respuesta

❖ Equipos y materiales

- Hoja con los parámetros de la Escala de Coma de Glasgow
- Bolígrafo



❖ **Indicaciones**

- La escala de Glasgow se debe aplicar para estimar la severidad de pacientes que habían sufrido un traumatismo craneoencefálico.

❖ **Procedimiento**

a) Antes del Procedimiento

- Verificar la identidad del niño, para disminuir el riesgo de errores.
- Mantener un ambiente tranquilo, evitando interrupciones. Facilita realizar el procedimiento.
- Lavado de manos con agua y jabón líquido, asegura la eliminación de bacterias y la propagación de infecciones.

b) Durante el Procedimiento

Valorar respuesta ocular, verbal y motora, permite medir el nivel de conciencia del niño con traumatismo craneoencefálico.

1. **Respuesta ocular.** El paciente pediátrico abre los ojos:

- **De forma espontánea:** Hay apertura ocular sin necesidad de estímulo: Puntuación 4
- **A estímulos verbales:** A cualquier frase, no necesariamente una instrucción: Puntuación 3
- **Al dolor:** Aplicando estímulos dolorosos en esternón, en la base del esternocleidomastoideo, en el lecho ungueal etc. (no debe utilizarse presión supra orbitaria): Puntuación 2.
- **Ausencia de respuesta:** No hay apertura ocular: Puntuación 1.

2. **Respuesta verbal.** El paciente está:

- **Orientado:** Mayor de 5 años (debe saber quién es, donde está); De 2 a 5 años (Palabras inadecuadas) y menor de 2 años (Sonríe, balbucea): Puntuación 5.
- **Desorientado/confuso:** Mayor de 5 años (responde a preguntas en una conversación habitual, pero las respuestas no se sitúan en el tiempo o espacio. De 2 a 5 años (palabras inadecuadas) y menor de 2 años (Llanto constante): Puntuación 4.
- **Incoherente:** Mayor de 5 años (palabras inadecuadas). De 2 a 5 años (llora o grita.) y menor de 2 años (llora ante el dolor): Puntuación 3.
- **Sonidos incomprensibles:** Mayor de 5 años (emite quejidos sin palabras). De 2 a 5 años (Gruñe) y menor de 2 años (Se queja ante el dolor): Puntuación 2.
- **Sin respuesta:** no hay respuesta verbal: Puntuación 1.

3. **Respuesta motora.** El paciente:

- **Obedece órdenes.** Mayor de 1 año (por ejemplo, levantar el brazo, sacar la lengua, Menor de 1 año (movimientos espontáneos): Puntuación 6.
- **Localiza el dolor,** en niños mayores de 1 año y se retira al contacto en menores de 1 año: Puntuación 5.
- **Retirada al dolor.** A la aplicación del estímulo, el niño realiza respuesta de retirada: Puntuación 4



- **Flexión anormal:** Frente a estímulo el niño adopta una postura de flexión de las extremidades superiores sobre el tórax, con abducción de las manos: Puntuación 3.
- **Extensión anormal:** Ante el estímulo el niño adopta postura extensora de las extremidades superiores e inferiores. Existiendo rotación interna del brazo y pronación del antebrazo: Puntuación 2.
- **Sin respuesta:** Puntuación 1.

c) Después del procedimiento

- Registrar la puntuación y las variaciones obtenidas en las observaciones de Enfermería, permite contar con información veraz y completa, y constituye una ayuda para el diagnóstico oportuno.
- Comunicar al médico responsable en caso de producirse cambios acentuados, ayuda a una intervención oportuna en casos de complicaciones.
- La frecuencia de esta valoración dependerá de la situación del paciente.

d) Precauciones

Tener en cuenta que existen una serie de limitaciones para aplicar la escala, como:

- Edema de párpados.
- Afasia.
- Intubación traqueal.
- Inmovilización de algún miembro.
- Tratamiento con sedantes y relajantes



BALANCE HIDRO ELECTROLÍTICO

❖ Definición

Es el proceso de registro de los ingresos y egresos de líquidos y electrolitos de un paciente pediátrico considerando el peso y la temperatura, así como la utilización de escalas de medición para los cálculos exactos de los líquidos y electrolitos, en un tiempo determinado en horas.

A diferencia del adulto, en el niño, por cada 100 g que aumenta en masa corporal, cerca de 80 g son agua, por tanto, debe existir en condiciones normales cierto balance positivo.

Dependiendo del estado del paciente, los resultados del balance hídrico, es interpretado como: **NEGATIVO, POSITIVO Y NEUTRO.**

$BHE = \text{INGRESOS} - \text{EGRESOS}$

❖ Objetivo

- Estandarizar y garantizar el proceso de control y balance hídrico en el paciente pediátrico, con la finalidad de tener un control estricto de ingresos y egresos.
- Permitir oportunas intervenciones de enfermería encaminadas a evitar y detectar un desequilibrio en la homeostasis y hemodinamia.

INDICACIONES

Paciente en estado crítico, sin importar la patología crónica

Paciente con presencia de drenaje pleural, retro esternal, succión gástrica, peritoneal, fístulas.

Pacientes con problemas graves que implican cambios en la hemodinamia

Paciente con pérdidas excesivas de líquidos por deshidratación, diarrea, vómitos, fiebre, shock, quemaduras.

Pacientes con ventilación invasiva

Pacientes con tratamiento en base a diuréticos, vasoconstrictores, vasodilatadores.

❖ Procedimiento

- Informar al familiar y/o paciente sobre el procedimiento a seguir, para disminuir la ansiedad del paciente y los familiares.
- Pesar diariamente al paciente de ser posible, en la misma balanza, sin ropa o con ropa ligera, para obtener un dato lo más real posible.
- Medir y registrar todos los ingresos: con las comidas, medicación oral, líquidos parenterales, I.V., hemoderivados, permite tener datos reales.
- Medir y registrar todos los egresos: orina, drenajes, deposiciones líquidas, sudor, vómitos, aspiración gástrica, permite tener datos reales.
- Pesar al paciente para valorar pérdidas insensibles, si su estado lo permite cada 24 horas, para evitar resultados poco confiables.
- Las pérdidas insensibles se calculan según la fórmula siguiente:



**PÉRDIDAS INSENSIBLES:
PESO X NÚMERO DE HORAS X VALORES
CONSTANTES SEGÚN EDAD**

Etapa de vida	Valores constantes
Recién nacido	1.7
Lactante	1.5
Pre escolar	1.0
Escolar	0.75

1. Restar los egresos de los ingresos y anotar en la gráfica. Al cerrar balance, cuantificar la cantidad perfundida.
2. Anotar fecha, hora de comienzo y término del balance hídrico. Para evitar errores.

❖ **Observaciones**

- Valorar el estado de piel y mucosas, color de la orina, flujo urinario y la aparición de edemas.
- Como norma general, el balance hídrico se hará en un tiempo de 24 horas, salvo criterio del facultativo.

❖ **Aspectos a considerar para realizar un balance hídrico**

- **Ingresos:** Por boca, sistema digestivo, otros: piel, E.V. (agua oral, agua metabólica)
- **Agua Metabólica:**
 - **Los líquidos se obtienen de tres fuentes:**
 - ✓ Líquido que se ingiere por vía oral
 - ✓ Alimentos
 - ✓ Agua que procede de la oxidación de los alimentos durante los procesos metabólicos (metabolismo).

FORMULA DE PÉRDIDAS INSENSIBLES

Es el equilibrio entre el ingreso y el egreso de líquidos al organismo.

$$\text{Pacientes con peso mayor a 10 kg.} = \frac{P \times 4 \times 7}{100}$$

$$\text{Pacientes con menores de 10kg.} = \frac{P \times 4 \times 7}{100}$$

• **Egresos de líquidos:**

- ✓ **El cuerpo pierde líquidos por:** piel, pulmón, intestino, riñón. (Orina, heces), pueden aumentar estas pérdidas con los procesos febriles, vómitos, drenajes de heridas y hemorragias.



VOLUMEN DE ORINA SEGÚN EDAD	
EDAD	VOLUMEN (ML/ DÍA)
Lactante: 6 12 meses	400 a 600 ml/día
Niño Mayor: 2 a 4 años	500 a 750 ml
6 a 7 años	650 a 1000ml/día
8 a 19 años	700 a 1500 ml/día

HECES NORMALES	
Diarrea Leve	< 5 deposiciones / día: 10 a 25 ml/kg/día
Diarrea moderada	6 a 10 deposiciones /día: 25 a 50 ml/kg/día
Diarrea Severa	>10 deposiciones /día: 50 a 75 ml/kg/día

CÁLCULO DE FLUJO DIARREICO	
Volumen en ml/Peso en kg / N° de horas	
Valor normal: < 10 ml/kg/hora	

PÉRDIDAS INSENSIBLES (PI)	
PERDIDAS INSENSIBLES	
Etapas de vida	Fórmula
Recién nacidos	1.7 x Kg x horas
Lactantes	1.5 x Kg x horas
Pre- escolar	1,0 x Kg x horas
Escolar	0.75 x Kg x Horas

LACTANTES	
Pérdida insensible con T° = 38°C	Peso del niño x 1.7 x hora de T° elevada
Pérdida insensible con T° =39°C	Peso del niño x 1.9 x hora de T° elevada
Pérdida insensible con T° = 40 °C	Peso del niño x 2.1 x hora de T° elevada

PRE ESCOLAR	
Pérdida Insensible Normal: peso del niño x 1 x 24 horas	
Pérdida insensible con T° = 38°C	Peso del niño x 1.2 x hora de T° elevada
Pérdida Insensible con T° = 39°C	Peso del niño x 1.4 x hora de T° elevada
Pérdida Insensible con T° = 40°C	Peso del niño x 1.6 x hora de T° elevada



ESCOLAR	
Pérdida Insensible normal: $\text{Peso del niño} \times 0.75 \times 24 \text{ horas}$	
Pérdida Insensible con $T^\circ = 38^\circ\text{C}$	$\text{Peso del niño} \times 0.95 \times \text{hora de } T^\circ \text{ elevada}$
Pérdida Insensible con $T^\circ = 39^\circ\text{C}$	$\text{Peso del niño} \times 1.15 \times \text{hora de } T^\circ \text{ elevada}$

NOTA: Sólo se calculará las horas de t° elevada y el resto de horas considerar normal.

SUPERFICIE CORPORAL: Es la medición del área del cuerpo del niño.

FÓRMULA:

$$SC = \frac{\text{PESO KG} \times 4 \times 7}{\text{PESO KG} + 90}$$

FLUJO URINARIO

El **flujo urinario** y el **flujo** de diuresis son sinónimos. Un **flujo urinario** normal comprende entre 800 y 1500 mL al día, dependiente de la cantidad de fluido que ingrese al organismo.

NIÑOS QUE TIENEN < de 10 kg
Utilice la siguiente fórmula: $\text{Volumen de orina} / \text{peso Kg} / \text{tiempo en horas}$

NIÑOS QUE TIENEN > de 10 Kg
Utilice la siguiente fórmula: $\text{Volumen de orina} / \text{superficie corporal} / \text{tiempo en horas}$



MEDICIÓN DE DIURESIS

❖ **Definición.**

Es el parámetro que mide la excreción de orina tanto en términos cuantitativos como cualitativos, en un tiempo determinado. Normalmente, en un período de 24 horas.

❖ **Objetivo**

Evaluar la cantidad de orina eliminada por el paciente pediátrico durante un tiempo determinado.

❖ **Materiales**

- Bolsa de orina (con o sin triángulo)
- Bolsa de orina pediátrica
- Guantes no estériles
- Pañal pediátrico
- Registros de enfermería
- Soporte para bolsa

❖ **Equipo**

- Papagayo
- Chata

❖ **Procedimiento**

- Higiene de manos, para reducir la transferencia de microorganismos
- Informar al familiar y/o paciente que debe miccionar solo en la riñonera u objeto entregado para la recolección de orina. Para obtener se colaboración durante el procedimiento.
- Colocarse los guantes limpios. Evitar biocontaminación
- Verter la orina del papagayo o chata en el recipiente y medirlo.
- Desechar en el botadero.
- Retirarse los guantes y desecharlos en la bolsa roja.
- Realizar lavado de manos, para evitar infecciones cruzadas.
- Anotar en registros de enfermería. Para informar la actividad realizada.

❖ **Observaciones**

- Si el niño está con sonda, anotar la cantidad de la bolsa en la gráfica y cambiarla por otra.
- En niños que no controlan esfínteres, se medirá la orina por el sistema de doble pesada:
 - ✓ Pesar pañal seco.
 - ✓ Pesar pañal mojado.
 - ✓ Restar el 1° al 2° y anotar la cantidad en la gráfica.



RECOLECCIÓN DE MUESTRA

RECOLECCIÓN DE MUESTRA DE HECES

❖ Definición

Procedimiento por medio del cual se recoge una muestra de materia fecal para un estudio diagnóstico, ya sea microbiológico, bacteriológico o parasitológico.

❖ Objetivo

- Obtener una muestra de materia fecal para su estudio y diagnóstico.

❖ Materiales

- Frasco limpio de boca ancha con tapa
- Espátula de madera
- Orden de pedido de laboratorio
- Chata limpia
- Rótulo

❖ Procedimiento

a) Antes del Procedimiento

- Preparar el equipo, para ahorrar tiempo y energía, evitar contratiempos.
- Identificar y orientar al familiar y al paciente sobre el procedimiento, para disminuir la ansiedad y favorecer la colaboración.
- Obtener la orden de laboratorio firmado por el médico. Para identificar al paciente correcto y preparar el material respectivo.
- Rotular el frasco. Para medidas de control, asegurar el procesamiento correcto de la muestra y evitar confusión de resultados.
- Proporcionar privacidad (aislarlo con el biombo si fuera necesario). Para mantener la individualidad del paciente.

b) Durante el Procedimiento

- Realizar la preparación psicológica. Lo desconocido provoca ansiedad.
- Lavarse las manos según técnica correcta, para evitar la transferencia de microorganismos,
- Calzarse los guantes limpios, para reducir el riesgo de contaminación.
- Colocar chata según técnica, verificando que este lavado, desinfectado y seco, para no tomar una inadecuada muestra.
- Llevar la chata al baño y con la espátula tome aproximadamente unos 5 gramos, colocar en el frasco, taparlo y descartar la espátula y los guantes en la caja de deshechos de material biocontaminado (tallo rojo).
- Higiene de manos según norma técnica, para evitar propagación de microorganismos.
- Enviar la muestra a laboratorio con respectivo orden. La muestra de heces debe ser reciente y se debe evitar errores.

c) Después del Procedimiento

- Dejar al paciente limpio, cómodo y ordenada la unidad, para favorecer el confort y tranquilidad.
- Lavar y desinfectar la chata. Para disminuir la propagación de microorganismos.



- Higiene de manos. Disminuir el riesgo de contaminación de gérmenes.
- Observar las características de las heces, hacer las anotaciones respectivas en historia del paciente, para dejar evidencias en la historia clínica.

❖ **Precauciones**

- El paciente debe miccionar antes, para que no se mezcle la orina con las heces.
- Tener en cuenta que se toma muestras de heces para examen copro parasitológico. (detectar huevos y parásitos) reacción de thevenon (Observar si hay sangre oculta en heces) e investigación de amebas.
- Registrar la hora en que fue remitida la muestra a laboratorio.



RECOLECCIÓN DE MUESTRA DE ORINA

❖ Definición

Es la técnica que consiste en obtener una muestra de orina para su estudio diagnóstico.

❖ Objetivo

Obtener una muestra de orina para examen completo de orina y/o para cultivo (urocultivo).

❖ Materiales

- Una chata o riñonera
- Agua y solución jabonosa
- Gasas
- Bolsa colectora de orina estéril
- Frasco estéril, sonda vesical (opcional)
- Guantes estériles y limpios

❖ Procedimiento

a) Antes del Procedimiento

- Higiene de manos, para reducir la transferencia de microorganismos.
- Identificar al paciente correcto, para evitar confusiones de muestras.
- Recolectar todo el material. Para ahorrar tiempo y energía.
- Preparación física del ambiente. Para dar privacidad al paciente.
- Rotular frasco con nombre, registro y servicio correcto, para control y seguimiento de la muestra.
- Preparación psicológica del niño y/o cuidador a, para disminuir el estrés y obtener su colaboración
- Informar y orientar al familiar y/o paciente haciendo énfasis en el aseo de genitales (agua y jabón) permite la recolección de la muestra segura y evitar alteraciones en el resultado.
- Proporcionar equipo de lavado de manos si el familiar recolecta la muestra, para evitar contaminación.

b) Durante el Procedimiento

- Colocarse los guantes limpios, como medida de bioseguridad
- Colocar la chata, para facilitar la recolección de la muestra.
- Asear de arriba-abajo los labios mayores en caso de las niñas, repetir el aseo, separar los labios con la mano, asear los labios menores, enjuagar y secar, después que orine de forma directa en el envase y recolectar la muestra.
- En el niño retraer el prepucio, limpiar por la parte del pene y la uretra hacia arriba, enjuagar y secar. Para disminuir la cantidad de los microorganismos presentes en el área.
- Colocar la bolsa colectora autoadhesiva en los genitales del niño o niña, utilizando medidas de asepsia, para evitar contaminación.
- También se puede colocar el envase estéril a una distancia de 10 cm aproximadamente de la vagina, para obtener una muestra de orina al acecho.



- Destapar el frasco al momento de tomar la muestra, para evitar la contaminación.
- Recolectar la muestra de 20 a 30cc de orina, después de iniciada la micción y antes de finalizar (medio chorro) para asegurar la correcta recolección de la muestra.
- Tapar el frasco inmediatamente finalizada la recolección, para evitar entrada de microorganismos del medio ambiente.
- En caso de tomar muestra con sonda vesical se deberá, coger la sonda vesical N° 8, 10 o 12 y enrollar en la mano derecha e introducirla hasta obtener orina. Para obtener una muestra libre de gérmenes.
- Separar los labios menores (en caso de niña) con la mano izquierda y con mano derecha insertar la sonda hasta obtener salida de orina. Para obtener una muestra de orina libre de microorganismos que se encuentran en la zona.
- Cuando se tiene el chorro de orina recolectar directamente al frasco estéril y taparlo inmediatamente. Para evitar contaminación.
- Retirar la sonda vesical e invitarle a terminar de orinar al paciente. Para brindarle comodidad.

c) Después del Procedimiento

- Retirarse los guantes y eliminarlos según segregación de material biocontaminado (tallo de con bolsa de color rojo)
- Realizar lavado de manos, para evitar infecciones cruzadas.
- Enviar muestra al laboratorio a la mayor brevedad posible (en un tiempo máximo de 2 horas). Para obtener resultados confiables.
- Anotar en registros de enfermería. Para informar la actividad realizada.

❖ **Precauciones**

- Recolectar muestras de orina en las primeras horas de la mañana.
- Rotular el frasco antes o inmediatamente después de obtenida la muestra.
- Se debe utilizar sonda solo cuando se necesita muestra para urocultivo.
- Recolectar la muestra antes de haber iniciado tratamiento con antibióticos.
- Conservar la orina en refrigerador si se demora el transporte a laboratorio.



RECOLECCIÓN DE MUESTRA DE SECRECIÓN GÁSTRICA PARA ANÁLISIS BACILOSCÓPICO

El examen es utilizado como ayuda a diagnóstica la tuberculosis pulmonar en niños, para identificar virus, hongos y bacterias en otras patologías o afecciones que provocan un debilitamiento del sistema inmunitario.

Es muy importante tener en cuenta la adecuada técnica de colocación de sonda nasogástrica ya que, al momento de insertar la sonda hacia abajo por la parte superior de la garganta, existe la posibilidad de que ingrese a la tráquea, lo cual se evidencia cuando el niño tose, jadea y presenta dificultad para respirar hasta retirar la sonda, existiendo también otra posibilidad de que contenido del estómago puede ingresar a los pulmones ocasionando neumonía espirativa.

❖ Definición

Es un procedimiento que se realiza en pacientes pediátricos para obtener secreción gástrica, utilizando una sonda nasogástrica (SNG) de acorde a la edad del paciente (en referencia al número de sonda a utilizar 8,10 o 12Fr.)

Secreción gástrica. Líquido claro segregado en abundancia por numerosas glándulas microscópicas diseminada por la mucosa del estómago contiene agua, ácido clorhídrico y enzimas.

❖ Objetivo

- Facilitar el diagnóstico bacilosκόpico.
- Obtener una muestra segura
- Estandarizar el proceso para la toma de muestra de secreción gástrica en niños sintomáticos respiratorios que tienen dificultad para expectorar secreciones y detectar bacilos en el esputo ingerido mientras este en el estómago.

❖ Materiales y equipos:

- Sonda Nasogástrica número 8 - 10 o 12 Fr.
- Frasco estéril o limpio con tapa rotulado (2)
- Jeringa descartable de 10cc. o 20cc.
- Esparadrapo
- Guantes estériles o guantes de examinación (limpios), procedimiento limpio
- Toalla mediana
- Riñonera
- Papel toalla, gasa
- Orden de laboratorio con prescripción médica
- Estetoscopio
- Equipo de protección personal

❖ Contraindicaciones

- Atresia esofágica
- Epistaxis
- Lesiones obstructivas en nasofaringe



❖ **Procedimiento**

a) Antes del Procedimiento:

- Dejar en reposo gástrico al paciente mínimo de 2 a 4 horas, Obtener muestra confiable para el diagnóstico y evitar presencia de restos alimenticios que alteren el resultado.
- Preparar material y equipo a utilizar. Ahorra tiempo y energía.
- Preparar física y psicológicamente al paciente. Permite obtener su colaboración, depende de la edad del paciente o consentimiento informado al familiar (cuidador).
- Higiene de manos, según técnica.
- Colocación de equipo de protección personal (EPP)

b) Durante el Procedimiento:

- Posicionar al paciente pediátrico según técnica de colocación de sonda nasogástrica.
- Colocar la toallita en la parte inferior de la barbilla del paciente.
- Colocación de sonda nasogástrica (S.N.G.) 8,10 o 12, según técnica. Evita la contaminación y facilita la aspiración de la muestra.
- Con la jeringa, proceda a aspirar el contenido gástrico de 10 a 15cc. Cantidad indicada para el respectivo análisis.
- Colocar el contenido de la jeringa en el frasco estéril adecuado, sellar con el espadrapo y rotular con nombre, edad, fecha y servicio de procedencia, observar si la muestra es correcta. Evita alterar resultados, proteger la muestra, evitar la contaminación y conservar su identificación respectiva.
- Comunicar el término del procedimiento, dependiendo la edad.
- Retirar la sonda nasogástrica despacio sujetando con dedo índice y pulgar la parte proximal de la sonda y con la otra mano ir retirando poco a poco.
- Dejar el área de trabajo limpio y ordenado.

c) Después del Procedimiento:

- Envíe la muestra al laboratorio con la respectiva orden prescrita por el médico. El pronto envío de la muestra previene el desarrollo de organismos dentro de un ambiente controlado.
- Dejar evidencias en historia clínica el procedimiento realizado en las anotaciones o registro de enfermería.
- Hacer seguimiento del resultado y comunicar al médico los resultados.

❖ **Precauciones:**

- En niños pequeños utilizar medidas protectoras (sujeción mecánica) según técnica. Para limitar movimientos.
- Obtener secreciones acumuladas durante la noche.



HIGIENE

HIGIENE DE BOCA Y DIENTES

Diferentes estudios han demostrado que los lavados bucales, disminuye la colonización bacteriana bucal. La salud oral previene, algunas enfermedades que tienen manifestaciones en la boca.

❖ **Definición**

Conjunto de medidas higiénicas en la cavidad oral cuando el niño tiene limitación para realizar su propia higiene.

❖ **Objetivos**

- Mantener la cavidad oral limpia se previene la sequedad, aparición de grietas, halitosis fomentando la autoimagen y autoestima.
- Prevenir caries e infecciones o el agravamiento de otras lesiones al eliminar la placa bacteriana y restos alimenticios.
- Proporcionar higiene y bienestar al paciente.

❖ **Materiales**

- Riñonera
- Vaso
- Guantes
- Mascarilla
- Gasa
- Cepillo dental
- Toallas pequeñas
- Vaselina
- Equipo de aspiración (opcional)
- Baja lenguas
- Agua bicarbonatada
- Sorbete (opcional)
- Sonda de aspiración número 8,10 o 12 Fr.
- Perilla de goma pediátrica

❖ **Procedimiento**

a) Antes del Procedimiento

- Higiene de manos según técnica. Para proteger al paciente de la contaminación de gérmenes, así misma protección al personal de salud.
- Colocación de equipos de protección personal. (EPP)
- Preparación psicológica al paciente, previa evaluación del estado de conciencia. Para conseguir su colaboración, dependiendo de la edad del paciente o consentimiento informado al familiar directo (padres).

b) Durante el Procedimiento

- Colocar al paciente en posición sentado o si el estado no lo permite lateralizar la cabeza. Para prevenir la aspiración del líquido utilizado, al tracto respiratorio.



- En caso de presentar secreciones abundantes en la boca, utilizar equipo de aspiración con sonda de aspiración número 8 o 10, si es en pocas cantidades usar perilla de goma pediátrica.
- Colocar la toalla bajo la barbilla. Para proteger la ropa y prevenir la humedad.
- Colocar un cm. de pasta en el cepillo seco.
- Mantener la riñonera debajo de la barbilla. Para que elimine líquidos acumulados en la boca en la riñonera y no moje la ropa.
- Cepillar las encías hasta el borde cortante, superficies triturantes inferior de los dientes y luego la lengua.
- Alcanzar un vaso con agua manteniendo la riñonera debajo de la barbilla para proceder al enjuagado.
- Colocar al inconsciente con la cabeza lateralizada, enrollar gasa en la punta de una baja lengua formando una torunda, empapar en agua bicarbonatada y escurrir bien la gasa en los bordes del vaso, limpiar bien toda la cavidad oral y luego aspirar los residuos de líquido residual, cambiar de torundas tantas veces como sea necesario, secar labios y aplicar vaselina líquida.

c) Después del Procedimiento

- Dejar el área de trabajo y material utilizado limpio y ordenado.
- Lavarse las manos. Según técnica. Para evitar contaminación.
- Desechar equipo de protección personal utilizado.
- Escribir en anotaciones de enfermería observaciones significativas. Para contribuir al diagnóstico y tratamiento del paciente.

❖ Precauciones

- En pacientes pediátricos inconscientes la limpieza debe hacerse cada 6 horas o las veces que sea necesario.
- La limpieza comprende: Lavado de dientes, encías, lavado de paladar, lengua, lavado del interior de mejillas.
- Si el niño no responde utilice un abrebocas.
- Cuando no se puede cepillar los dientes se puede usar un hisopo embebido en enjuague bucal antiséptico, solución oral de clorhexidina al 0.12 %, o utilizarlo en forma de gel para reducir las bacterias en la boca.
- Mueva las cerdas de un lado a otro con un movimiento vibratorio o giratorio desde las encías hasta la corona.
- Limpie las superficies de masticación moviendo el cepillo de un lado a otro con movimientos cortos.
- Si la lengua tiene una capa, cepíllela suavemente para evitar efecto nauseoso y el vómito.
- Humectar labios, aplicando vaselina, así prevenir grietas.



BAÑO DEL PACIENTE EN CAMA

La piel es una barrera del organismo, además del órgano más extenso del cuerpo. Las mucosas constituyen un papel primordial en la protección del cuerpo, por lo que la higiene es muy importante para que puedan cumplir sus funciones protectoras y evitar así la proliferación de bacterias.

La higiene del paciente pediátrico hospitalizado es fundamental para la prevención de complicaciones como son infecciones, úlceras por presión... Además, durante su realización se contribuye a mejorar el bienestar tanto físico como psíquico.

Durante el lavado, debemos prestar atención y valorar el aspecto de la piel, vigilar la aparición de heridas o zonas de presión, de esta manera estimularemos y protegeremos la piel.

❖ **Definición**

Es la técnica que consiste en realizar el baño del niño en cama cuando está imposibilitado.

❖ **Objetivos**

- Proporcionar limpieza y comodidad e inducir al sueño.
- Estimular la circulación y favorecer el ejercicio activo y pasivo.
- Elimina células muertas, secreciones, sudor y polvo.
- Prevenir úlceras por presión.

❖ **Materiales**

- Equipo para cambio de ropa de cama
- Equipo de masajes
- Isopos de algodón
- Toalla de baño.
- Equipo de corta uñas
- Útiles personales: jabón, peine, toalla de baño y batas hospitalarias
- Dos toallitas
- Dos jarras, uno con agua fría y otra con agua caliente
- Dos lavatorios
- Biombos
- Guantes y bata descartable
- Depósito para ropa sucia

❖ **Procedimiento**

a) Antes del Procedimiento

- Realizar higiene de manos según técnica. Para prevenir contaminación cruzada.
- Preparación psicológica. Conseguir la colaboración durante la ejecución, evita la ansiedad, desconfianza e inseguridad, el conocimiento previo genera confianza y seguridad.
- Preparar el material a utilizar y trasladar a la unidad del niño. Facilita el procedimiento, un equipo limpio y completo evita demora, ahorra tiempo y desgaste de energía, permite actuar con prontitud y eficiencia.
- Preparación física del ambiente y del (posición adecuada). Colocar biombos, cerrar puertas y ventanas, para mantener la individualidad del paciente. Aflojar las cubiertas de la cama, sacar los útiles personales de

la mesa de noche del paciente y disponer el material necesario en la mesita. Para no interrumpir el procedimiento

b) Durante el Procedimiento

- Calzarse los guantes. Para evitar el riesgo de contaminación.
- Retirar la ropa de cama y dejar sobre la sábana inferior y cubierto con la sábana superior. Porque la piel interviene en la regulación de la temperatura, y para no afectar el pudor del paciente y mantener su individualidad.
- Preparar agua a temperatura templada.
- Desvestir al niño dejando siempre protegido con la sábana superior en uso
- Colocar la toalla sobre la sábana superior. Para mantener la privacidad.
- Acercar al paciente pediátrico hacia el lado de la persona que realizará el procedimiento. Para ahorrar tiempo y energía.
- Lavar y secar la cara del paciente según técnica.
- Lavar y secar el cuello, orejas e ir limpiando el pabellón auricular con los hisopos humedecidos, tórax anterior y región abdominal.
- Lavar y secar brazos y axilas. Acercar el lavatorio al borde de la cama y permitir que el paciente introduzca las manos y se los lave y seque.
- Colocar en decúbito lateral, descubrir el dorso y glúteos.
- Lavar y secar nuca, hombros, tórax posterior y región glútea.
- Dar masajes de la región dorso sacra hasta la región escapular.
- Colocarle una bata hospitalaria limpia.
- Cambiar el agua.
- Lavar y secar los miembros inferiores. Descubrir el miembro inferior proximal y flexionar la rodilla introduciendo el pie en el lavatorio con agua, enjabonar y enjuagar el muslo y pierna, enjabonar y enjuagar el pie, teniendo en cuenta los espacios interdigitales, retirar el pie del lavatorio y secarlo. Repetir el procedimiento con el otro miembro.
- Realizar la higiene perineal según técnica (varón – Mujer)
- Colocar la ropa de cama interior y resto de ropa.

c) Después del procedimiento

- Cambiar la ropa de cama del paciente. Ayuda a satisfacer la necesidad de higiene y confort del paciente pediátrico hospitalizado
- Peinar, facilitar el uso de útiles personales. Previene la contaminación por agentes mecánicos.
- Dejar cómodo y tranquilo al paciente. Ayuda a satisfacer la necesidad de higiene y confort del paciente pediátrico hospitalizado
- Retirar el equipo y dejar la unidad en orden. Un ambiente limpio y ordenado favorece el trabajo del personal de salud.
- Lavar y secar todo el equipo y dejarlo en su lugar. La humedad es habitad de proliferación de microorganismos.
- Anotar en la hoja de anotaciones de enfermería cualquier eventualidad observada. Las notas de enfermería es un documento legal.



❖ **Precauciones**

- En pacientes pediátricos con miembro superior inmovilizado o portador de una vía endovenosa, se desvestirá comenzando por el brazo sano o libre, para vestirlo se comenzará por brazo afectado.
- No descubrir demasiado al paciente.



ASEO PERINEAL

Es el cuidado de la piel de la región entre la vulva y el ano en las mujeres y entre el ano y el escroto en los hombres, es esencial para prevenir la infección del tracto urinario y el daño de la piel y reducir la susceptibilidad a las úlceras por presión, y promover la comodidad y confort.

❖ Definición

Conjunto de actividades periódico aséptico encaminado a mantener la higiene externa del perineo y los genitales como parte del aseo diario y siempre que se precise y dejar los genitales libres de gérmenes mediante el lavado por arrastre de la zona genital.

❖ Objetivos

- Ayudar a suprimir los exudados de la región vulvar, perineal, anal.
- Evitar la multiplicación de gérmenes patógenos por ser la zona susceptible a infecciones.
- Estimular la buena cicatrización de heridas perineales.
- Brindar comodidad al paciente pediátrico.

❖ Materiales

- 1 cochecito conteniendo: solución antiséptica (Isodine espuma 7.5%)
- Frasco con agua estéril.
- 1 par de guantes limpios.
- 1 apósito absorbente.
- 1 riñonera y una chata.
- 1 bolsa de desecho.
- 1 sábana, solera.
- Paquete de gasa.
- Torundas de algodón.

❖ Procedimiento

a) Antes del Procedimiento

- Higiene de manos según técnica. Evita la diseminación de gérmenes, las infecciones cruzadas. El jabón engloba los microorganismos y el agua elimina por arrastre mecánico, las manos se encuentran altamente contaminadas.
- Prepare psicológicamente al niño y/o cuidador, para obtener su colaboración.
- Colocar el equipo completo en una mesita cerca del niño. Ahorra tiempo, energía y facilita el procedimiento.
- Cierre la puerta del cuarto y/o coloque biombos que circulen la cama. Brinda privacidad y conserva la individualidad.
- Doblar las cubiertas hacia los pies del paciente al mismo que se le protege con una sábana. Para evitar humedecer la ropa.

b) Durante el Procedimiento

- Colocar al paciente pediátrico en posición decúbito dorsal, y coloque el protector de hule cubierto con una solera sobre las cubiertas de la cama. Protegemos las cubiertas inferiores de la cama, evita que el agua se discurra a la región abdominal, puede proporcionar cambios bruscos.

- Colocar la chata y retirar la almohada. En la chata recolecte la solución irrigada.
- Pregunte si desea miccionar, o pida apoyo al familiar, el agua tibia relajada el esfínter vesical durante el procedimiento.
- Cubrir conductos auditivos, para prevenir ingreso de agua.
- Cubrir la parte superior del cuerpo y cada pierna del paciente femenino de manera que solo se exponga el área perineal. Se protege el pudor del.
- Pedir al paciente que flexione las rodillas y los pies separados unos 60 cm. aproximadamente. Coloque una gasa en cada ingle. Permite disminuir el riesgo de que la solución se derrame fuera del área.
- Abrir el paquete de gasa, equipo de higiene perineal a usar según técnica.
- Vierta parte de la solución antiséptica sobre la región genital y mantenga el frasco a 15 cm. aproximadamente sobre el pubis. La solución a chorro arrastra por acción mecánica el exudado de gérmenes y se evita la contaminación de la solución.
- Utilizar guantes, cogiendo gasa empezar la limpieza en el siguiente orden:
 - ✓ **Primero.** Región púbica con movimientos en espiral de arriba hacia abajo por una sola vez.
 - ✓ **Segundo.** La cara interna del muslo de arriba hacia abajo iniciando por el lado proximal.
 - ✓ **Tercero.** Los labios mayores en movimiento de arriba hacia abajo por una sola vez iniciando por el lado proximal.
 - ✓ **Cuarto.** Los labios menores y centro de la vulva.
 - ✓ **Quinto.** De igual forma la región perineal de arriba hacia abajo por una sola vez. El movimiento es del área menos contaminado al más contaminado sin regresar. Previene la contaminación de la zona menos contaminada, los líquidos fluyen de un nivel superior a un inferior.
 - Enjuagar; secar el área en el mismo orden. Elimina restos de la solución antiséptica, suciedad y mantiene seca la zona.
 - Arreglar la cama. Brinda comodidad del paciente.

c) Después del Procedimiento

- Retirar equipo utilizado y llevarlo al ambiente de desinfección. Mantiene el orden del ambiente.
- Lavar, secar y esterilizar el material usado. Se protege el equipo y facilita su nuevo uso.
- Lavarse las manos. Disminuye la cantidad de microorganismos contenidos en ella.
- Realizar las respectivas anotaciones de enfermería sobre hallazgos y/o novedades encontradas. Permite colaborar oportunamente con el diagnóstico.

❖ Precauciones

- Realice movimientos suaves si el paciente pediátrico presenta suturas o lesiones en esta área.
- Si va a colocar un catéter vesical, utilice guantes estériles.
- Utilizar gasas y/o torundas de algodón prudencialmente.



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

ASPECTOS GENERALES

❖ Definición

Es un procedimiento terapéutico de enfermería que depende principalmente de las indicaciones médicas.

❖ Objetivo

Suministrar adecuadamente un medicamento en el organismo del paciente.

❖ Procedimiento

a) Antes del Procedimiento

- Higiene de manos con agua y jabón. Disminuye el riesgo de contaminación.
- Actualizar el Kardex, con las prescripciones médicas de la historia clínica. Las indicaciones originales son fuentes principales de información.
- Preparar el medicamento indicado se realiza teniendo en cuenta los 10 criterios correctos:
 - a. Medicamento correcto
 - b. Dosis correcta
 - c. Vía correcta
 - d. Hora correcta.
 - e. Paciente correcto, se evita confusiones.
 - f. Educar e informar al paciente sobre el medicamento.
 - g. Indagar sobre posibles alergias al medicamento.
 - h. Estar enterados de posibles alteraciones.
 - i. Generar una historia farmacológicamente.
 - j. Registrar todos los medicamentos administrados.

b) Durante el Procedimiento

- Identificar al paciente con precisión. ¿Cuál es su nombre? Se evita confusiones.
- Preparar psicológicamente al paciente. Permite obtener su colaboración.
- Acompañar al paciente durante 5 minutos después de haber recibido el tratamiento. Permite observar alguna reacción del paciente frente al medicamento.

c) Después del Procedimiento

- Escribir el número correspondiente a la hora de la administración del medicamento, sino lo recibió hacer un círculo. Facilita el control de la administración del medicamento.
- Escribir en las anotaciones de enfermería, tipos de medicamento, reacciones y efectos del mismo. Proporciona un registro adecuado y un tratamiento correcto.
- Descartar el material usado.

❖ Precauciones

- Administre medicamentos con indicaciones médicas prescritas.
- Desechar los medicamentos que presentaron alguna alteración en su composición (color, olor, etc.)



- Administrar solamente medicamentos que tengan rótulos claros.
- Preparar el medicamento teniendo en cuenta: Fecha de expiración, tipo de preparación y duración de medicamento preparado.
- Preparar el medicamento dando lectura al kárdex por lo menos tres veces:
 - Al retirar el medicamento del stock.
 - Antes de preparar la dosis.
 - Antes de dejarlo en el stock.
- Nunca administrar 2 o más medicamentos juntos.
- Solamente administrar los medicamentos que usted haya preparado.
- Anote los medicamentos que solo usted haya preparado y administrado.
- En caso de que no cuente con recipiente para los medicamentos, debe colocarse en frasco limpio y debidamente rotulado.

V. BIBLIOGRAFÍA

- MINSA. Compendio de Guías Técnicas de Procedimiento de Enfermería. Lima 2010.
- POTTER Patricia A, GRIFFIN PERRY Anne. Fundamentos de Enfermería. Volumen I. Edición 5ta. Editorial HarCourt. España 2001.
- LYNN Pamela. Enfermería clínica de Taylor, Competencias Básicas. Volumen I. Edición 3era. Edit. Wolters Kuwer. 2011.
- RUIZ GONZALES María Dolores, MARTINEZ VARELLAS María Rosa, GONZALES CARRIÓN Pilar. Enfermería Pediátrica. Edición I. Editorial Printed. In Spain. España, 2012.
- GONZÁLES GÓMEZ Ines, HERRERO ALARCÓN Angustias. Técnicas y Procedimientos de Enfermería. Edic. 1ers. Edit. DAE. España 2009.



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL

❖ Definición

Es un procedimiento técnico mediante el cual se suministra por vía bucal medicamentos que tengan acción local o general como tabletas, cápsulas, suspensiones, jarabes administrados en niños.

❖ Objetivo

Administrar medicamentos cuando se requiere que su absorción se realice en la mucosa bucal, estómago o intestino.

❖ Materiales

- Cubeta
- Jeringa 1cc, 3cc y 5cc
- Vasitos, cucharitas descartables
- Guantes de examen limpios
- Kárdex de enfermería u otro documento con la indicación médica.
- Medicamento,
- Depósito para desechos.

❖ Procedimientos

a) Antes del Procedimiento:

- Higiene de manos con agua y jabón. El jabón y el agua contribuyen a eliminar los microorganismos.
- Actualizar el Kárdex de medicamento, se hubiera duda, chequee con las indicaciones del médico. Las indicaciones originales son fuentes principales de información.
- Preparar el medicamento teniendo en cuenta los quince criterios correctos. Previene riesgos graves para el niño.
- Distribuir el medicamento en jeringas junto con la tarjeta o el Kárdex de medicamento. Permite cumplir con los correctos requeridos en la administración de medicamentos.
- Llevar el equipo al lado del niño. Ahorra tiempo y energía.
- Colocar en posición adecuada al niño.

b) Durante el procedimiento:

- Identificar al niño. Evita confusiones
- Prepare psicológicamente al cuidador, para obtener colaboración.
- Explicar al cuidador el procedimiento que se va a realizar.
- Administrar el medicamento y permanecer a su lado hasta que lo haya deglutido (tener en cuenta aquellos pacientes que no puedan deglutir, están inconscientes o tienen sonda nasogástrica). El paciente necesita ayuda para sentarse y deglutir los medicamentos.

c) Después del Procedimiento.

- Registrar en el Kárdex el número correspondiente a la hora de administración, sino recibe el medicamento, encierre en un círculo. Facilita el control de la administración del medicamento.



- Escribir en las anotaciones de enfermería, tipos de medicamentos, reacciones y efectos del mismo. Proporciona un registro adecuado y un tratamiento correcto.
- Descarte el material, aplicando medidas de bioseguridad.

❖ **Precauciones**

- No administrar medicamentos orales a niños con náuseas y/o vómitos, o aquellos que no pueden deglutir y a pacientes con algunas contraindicaciones específica.
- Algunos líquidos se separan cuando están en reposo y es necesario agitarlo antes de servirlo.
- Los medicamentos que se administran por vías sublinguales no necesitan de agua, se colocan debajo de la lengua y permanecen ahí hasta que se disuelvan por completo.
- Es frecuente que para las dosis pediátricas sean necesario dividir las presentaciones de un medicamento.
- En lactantes para prevenir aspiraciones al deglutir el medicamento el niño se debe colocar en posición semi-fowler o sentado, se coloca el medicamento a un lado de la lengua e introducirle lentamente para evitar la sofocación del niño.
- No se debe colocar el medicamento en las fórmulas alimentarias del niño.
- El niño que llora puede aspirarse con el medicamento.
- Si la enfermera tiene al niño cargando de modo que el brazo derecho de este quede atrás de la enfermera que sujeta firmemente con la mano izquierda la del niño, y la cabeza queda inmovilizada firmemente entre el brazo y el cuerpo de la enfermera, así se restringe parcialmente los movimientos del niño, para administrar el medicamento.
- Es importante que el niño sepa que se le está administrando el medicamento en forma forzada para su bienestar y que no es un castigo.

❖ **Recomendaciones**

- Evitar la administración de medicamentos por esta vía a niños inconscientes, náuseas, emesis y trastornos bucales, faríngeos y esofágicos.
- No se debe administrar grandes volúmenes de agua con fines de dilución ya que los niños suelen reusarse a beberla en su totalidad.
- Triturar el medicamento si el niño posee sonda nasogástrica o dificultad para deglutir.
- No dar medicamentos orales a niños en proceso de recuperación de anestésicos, ya que en ese momento el reflejo de deglución es efectiva.
- No dejar los medicamentos orales en la mesa de noche del niño en ese momento que no lo puede recibir.
- Cerciorarse si el medicamento oral debe darse antes o después de las comidas.
- La forma más precisa de medir dosis pequeñas de un medicamento es la jeringa descartable, porque es más confiables y de una forma conveniente de transportar el medicamento al niño.



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAMUSCULAR

❖ Definición

Es la técnica que se utiliza para administrar medicamentos en forma rápida en la que el medicamento es en niños inyectado directamente a través de la piel y el tejido subcutáneo al interior de ciertos músculos.

❖ Objetivo

Lograr la absorción razonablemente rápida del fármaco y una acción hasta cierto punto prolongada en el cuerpo.

❖ Equipo

- Medicamentos.
- Jeringa y aguja estériles de longitud y calibre adecuados al niño.
- Aguja intramuscular calibre 23 por x 1".
- Alcohol medicinal de 70°.
- Guantes limpios desechables.
- Cubeta estéril.
- Torundas de algodón con antisépticos.
- Caja de bioseguridad.
- Indicación médica.
- Registro de medicamentos

❖ Procedimiento

a) Antes del Procedimiento:

- Higiene de manos con agua y jabón líquido. Disminuye el riesgo de contaminación.
- Verificar la orden de administración si hubiera duda. Las indicaciones originales son fuentes principales de información prescritas por el médico.
- Prepare el medicamento teniendo en cuenta los 15 correctos. Permite prevenir confusiones y por lo tanto riesgos graves para el paciente.
- Lleve el equipo y medicamento preparado al lado del paciente. Ahorra tiempo y energía.
- Verificar si es un medicamento precargado y verificar si la aguja está acorde con la complejión del paciente y la circunstancia.
- Tener en consideración que los músculos de los niños están menos desarrollados, los mismos que limitan el volumen de la inyección intramuscular a 1 a 2ml.
- Asegurarse que el niño reciba la medicación en la hora correcta.

b) Durante el procedimiento:

Seleccionar el sitio de inyección:

Lactantes: Músculo vasto lateral externo

Niños pequeños de 1 a 2 años:

Músculo Vasto Lateral (preferido) o deltoides

Niños y Adolescentes de 3 a 18 años:

Músculo deltoides o músculo vasto lateral

- Explicar a los padres sobre el procedimiento que se realizara a su niño. Permite obtener su colaboración.
- Colóquese los guantes desechables



- Explicar al niño brevemente el procedimiento que se va a realizar para obtener su colaboración.
- Permitirle al niño manifestarle sus temores. Esto lo ayudara a disminuir la tensión que ocasiona el procedimiento.
- Con el apoyo del cuidador hacer que el niño adquiera la postura correcta. Para evitar accidente por movimiento bruscos. Su comportamiento es casi siempre imprevisible.
- Limpiar el sitio que circunda la zona de la inyección con una torunda de algodón con antiséptico, usar un movimiento firme circular con desplazamiento hacia fuera a partir del sitio de la inyección. Permitir que la superficie se seque.
- Introducir la aguja con rapidez de manera que esté perpendicular al cuerpo del niño, el mismo que asegura que el medicamento se administre mediante un ángulo de inyección de 72° a 90°. Para evitar lesiones de tejido y facilita el ingreso de líquido al tejido muscular.
- Elogie el comportamiento del niño después de la inyección. Disminuye el temor del procedimiento

c) Después del Procedimiento:

- Retírese los guantes y EPP utilizados, descártelos.
- Observe al niño, a fin de verificar que no presente reacciones adversas
- Registre la administración del medicamento, efectos y reacciones.
- Valores la respuesta del paciente al medicamento
- Descarte jeringa y aguja en un recipiente de bioseguridad.
- Higiene de manos. Evite la diseminación de microorganismos
- No volver a cubrir la aguja usada, adaptar el escudo de seguridad o protección de la aguja si lo hay, desechar la aguja y la jeringa en el receptáculo apropiado.

❖ **Recomendaciones**

- Asegúrese que el medicamento que se va a administrar en el niño es por vía intramuscular.
- Si la cantidad de medicamento para inyectar es pequeña se puede aplicar en el brazo o muslo del niño.
- Aspirar antes de inyectar el líquido del medicamento, si sale sangre, retire cambie, y aplique inyección a otro sitio.
- Registrar en incidencia de enfermería la medicación administrada



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA

❖ Definición

Es la técnica que consiste en la administración de pequeñas cantidades de medicamentos en los tejidos conectivos laxos situados por debajo de la dermis, generalmente 0.5 a 2 ml.

❖ Objetivo

Introducir un medicamento que requiere absorción lenta de los medicamentos administrados por vía parenteral que no irrita los tejidos.

❖ Materiales

- Jeringa de 3, 5, 10 ml
 - ✓ Aguja de calibre 23, 25 ò 26 G longitud de 1 CC. de bisel corto y longitud de 1 a 2.5 cm.
 - ✓ Alcohol, cubeta, medicamento prescrito y guantes.
- Torundas de algodón, bolsa de papel descartable.
- Depósito para eliminar objetos punzocortantes
- Guante de examen.
- Medicamento prescrito
- Alcohol medicinal de 70°

❖ Procedimiento

a) Antes del Procedimiento

- Higiene de manos con agua y jabón líquido (antiséptico). Las medidas de seguridad disminuyen riesgos.
- Verificar el medicamento con las indicaciones médicas.
- Realizar la preparación del medicamento teniendo en cuenta los 15 correctos. Previene riesgos graves para el paciente.

b) Durante el Procedimiento

- Identificar el paciente con precisión las medidas de seguridad reducen riesgos.
- Preparar psicológicamente de los cuidadores. Para obtener su colaboración.
- Limpiar el sitio de la inyección con la torunda del algodón empapado con el alcohol medicinal de 70°. Asegura la limpieza de la piel reduciendo el riesgo de contaminación.
- Sostener la jeringa hacia arriba y elimine las burbujas de aire.
- Asegurar la zona con el dedo índice y pulgar de la izquierda facilita la entrada de la aguja.
- El ángulo de inserción de la aguja esta entre 30° y 45°. Facilita la aplicación en tejido adiposo.
- Insertar la jeringa con la mano izquierda y jale el émbolo con la mano derecha, percátese que la aguja no esté en el vaso sanguíneo. Evita administrar el medicamento directamente a la sangre.
- Observe la presencia de sangre en el lugar de inyección, inyecte la solución con lentitud. Disminuye el dolor causado por la presión liquido
- Retire la aguja y presione con suavidad la zona. Facilita la dispersión de la solución.



c) Después del Procedimiento

- Acompañe al paciente durante unos minutos después de haber recibido la inyección. Permite observar alguna reacción del paciente frente al medicamento.
- Marque en el Kárdex la dosis y el número de administración del medicamento correspondiente a la hora de la administración, al no recibir cerrar en un círculo. Facilita el control de la administración de medicamento.
- Descarte el material utilizado en la caja de bioseguridad (punzocortantes), y las torundas en el recipiente indicado.
- Registre en anotaciones de enfermería la medicación administrada, la vía, la dosis y la hora. Favorece el control del medicamento recibido por el paciente.

❖ Precauciones

- Se debe administrar medicamentos en los niños a temperatura ambiente. Mantener estrictas medidas de asepsia durante el procedimiento.
- No se administra más de 2cc. de líquido.
- La administración de insulina se realiza alternando la zona de inyección, siguiendo la aguja del reloj.
- Fijarse siempre en la fecha de caducidad de los medicamentos antes de su administración y asegúrese que no sean alterados sus aspectos.
- No inyectar los medicamentos en zonas enrojecidas, duros o dolorosos del antebrazo o muslo del niño.



ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENDOVENOSA

Las inyecciones intravenosas repetidas en niños, se realizan, al igual que las infusiones por goteo o continuas, a través de un catéter (cánula) introducido en una vena periférica y si es necesario a través de un catéter introducido en una vena central.

❖ Definición

Técnica que consiste en administrar medicamentos directamente al torrente sanguíneo a través de una vena superficial.

❖ Selección de la vía

Se elige esta vía por:

- La necesidad de una absorción y efecto inmediato.
- La no tolerancia por otras vías.
- Se desea realizar una prueba de diagnóstico.

❖ Objetivos

- Administrar un fármaco directo al torrente sanguíneo, lento y continuado.
- Obtener un efecto máximo e inmediato del fármaco.
- Aplicar una solución por una vía más rápida.

❖ Equipo

a) Material y Equipo

- Bandeja
- Jeringa estéril de acuerdo a los ml a suministrar.
- Aguja de calibre 25 / con Scalp Vein set.
- Fármaco.
- Kárdex
- Torunda de algodón con solución antiséptica.
- Lazo hemostático.
- Esparadrapo
- Guantes descartables.
- Desinfectante
- Cubeta estéril
- EPP si es necesario
- Caja de bioseguridad para desecho de punzocortantes.
- Férulas de diferentes tamaños

b) Sitio de Inyección

- Red venosa mano: Venas cefálicas y basílica
- Antebrazo: Venas cefálicas
- Brazo: Venas basílica y cefálica
- Pierna: Vena Safena interna

❖ Procedimiento

a) Antes del Procedimiento

- Preparación psicológica al paciente y/o cuidador, solicite su colaboración. Brinda tranquilidad emocional y facilita el procedimiento.



- Higiene de manos antes de preparar el medicamento y colocación de EPP si está indicado. Previene la diseminación de microorganismos.
- Organizar el equipo y preparar el medicamento en la forma indicada. Tenga siempre presente las condiciones asépticas durante la preparación.
- Llevar el equipo completo y preparado al lado del paciente. Ahorra tiempo y energía.
- Colocar en posición cómoda al paciente, proporcionando apoyo al brazo. Condición que facilita el procedimiento
- Leer la orden médica, evita confusiones.
- Valorar el sitio de ven punción.

b) Durante el Procedimiento

- Colocarse los guantes y el equipo de protección personal.
- Aplicar el torniquete por encima del sitio de inyección (5 a 8 cms por arriba de la vena elegida para la punción.) Favorece la ingurgitación de la sangre en el vaso venoso, lo que facilita la localización y el depósito del fármaco. La presión que ejerce el torniquete hace que la vena se distienda y que la sangre fluya hacia el interior de la aguja cuando se realiza la punción.
- Realizar asepsia con clorhexidina 2% en la zona de punción. Reduce el peligro de contaminación y estimula la circulación venosa.
- Fijar la vena con la mano izquierda y con la otra introduzca la aguja con el bisel hacia arriba. Facilita la entrada de la guja hacia la vena.
- Tirar un poco el émbolo de la jeringa, compruebe si hay salida de sangre. Permite verificar que la aguja esté en el interior del vaso sanguíneo
- Quitar el torniquete e inyecte el líquido lentamente, observe la reacción del paciente. La acción inmediata de los medicamentos puede provocar reacciones de sensibilidad.
- Verificar las reacciones del paciente en el momento de la administración del medicamento.
- Retirar la aguja rápidamente y efectuar una leve presión hasta comprobar que no sangre la zona de inyección, dejar colocada una torunda de algodón seca con tela adhesiva.

c) Después del Procedimiento

- Acomodar al niño en su cama.
- Desechar todo el material usado (la aguja en el descartador sin colocar el capuchón y la jeringa, algodón y guantes en su tacho según normas).
- Registrar toda la información de la práctica y efectos relevantes en las notas de enfermería y marcar en el Kardex.
- Firmar cada registro con nombre completo, horario, número de matrícula profesional.

❖ Precauciones

- Elegir en lo posible una vena visible, superficialmente adecuada al grosor de la aguja.
- Preparar el medicamento en condiciones asépticas y leer las indicaciones.
- Confrontar el medicamento antes de preparar con prescripción médica (nombre, dosis, vía, fecha de vencimiento).
- La cantidad máxima a inyectar será hasta 50cc.



VENOCLISIS

❖ Definición

Es la introducción de un líquido en forma continua al torrente circulatorio a través de una vena en un tiempo determinado. Los líquidos a administrar pueden ser: electrolitos, nutrientes, plasma, sangre, etc. Las utilidades son: Administrar líquidos en caso de hipovolemia, shock, quemaduras o deshidratación.

❖ Objetivo

Administrar gran cantidad de líquido directo al torrente sanguíneo.

❖ Materiales

- Una cubeta conteniendo:
 - ✓ El frasco con la Solución endovenosa a perfundir
- Equipo de administración endovenoso:
 - ✓ Catéter intravenoso periférico N° 22G, 24G x 3/4, 26G
 - ✓ Un equipo de Venoclisis (Macrogotero)
 - ✓ Ligadura, esparadrapo y tijeras
 - ✓ Torundas de algodón con desinfectante (alcohol de 70°)
 - ✓ Férula (opcional)
- Soporte IV
- Reloj con segundero
- Guantes limpios
- Depósito para desechos
- Depósito para corto punzante
- Kárdex de Enfermería
- Lapicero permanente (rotular el frasco)
- Equipo de EPP, si está indicado
- Jeringa descartable

❖ Procedimiento

a) Antes del Procedimiento.

Revisar el medicamento a administrar, teniendo en cuenta los 15 correctos para la administración de medicamentos.

- Preparar psicológicamente al paciente y solicite su colaboración. Brinda tranquilidad emocional y facilita el procedimiento.
- Lavado de manos antes de preparar el medicamento. Reduce la transmisión de microorganismos.
- Colocar cómodo al paciente, proporcionando apoyo al brazo. Condición que facilita el procedimiento.
- Se debe realizar las consideraciones antes de preparar y administrar el medicamento. (15 correctos)
- Debe reunir todo el material y/o equipo necesario antes de realizar el procedimiento. Ahorra tiempo y energía.
- La preparación y administración se realiza con técnica aséptica,
- Utilizar la técnica aséptica bajo las normas de asepsia y precauciones universales. (Medidas estándar).la piel. Brinda seguridad al paciente.
- Prepare las soluciones en el momento de administrarlas. Reduce al mínimo el tiempo de exposición al ambiente del material estéril

- Rote el lugar de inyección del medicamento cuando las dosis son frecuentes. Ayuda a proteger de posibles lesiones a los tejidos
- Escribir en el registro de enfermería la dosis administrada y el sitio de la punción. Permite informar al personal y registrar los hallazgos
- No aplique inyecciones endovenosas en zonas de erosión, dermatitis, inflamación, cicatrices, hematomas etc. Evita complicaciones
- Palpe la zona a puncionar no debe estar indurada dolorosa y/o edematosa. Cerciorarse que la zona de punción este íntegro.

b) Durante el Procedimiento

- Retire la cubierta de metal del frasco de solución y desinfecte la tapa de jebes. Facilita el trabajo.
- Si hay indicación de introducir electrolitos o medicamentos al frasco agréguelos en este momento. Mantenga técnica aséptica durante todo el procedimiento.
- Mantener la técnica aséptica en el momento de abrir el equipo de Venoclisis. Introduzca el extremo que corresponde al frasco, perforándolo en el lugar indicado y asegurando que se ajuste bien. Promueve la permeabilización del equipo.
- Cerrar la válvula con rodillo y quitar el tapón del sitio de entrada con cuidado de no tocarlo una vez descubierto.
- Retirar el capuchón de la punta del equipo de administración.
- Con movimientos de rotación y presión insertar la punta del equipo de administración en el sitio de entrada del envase intravenoso.
- También se puede seguir las instrucciones del fabricante
- Colgar el frasco en el soporte, apretar la cámara de goteo y llenarla por lo menos hasta la mitad.
- Después que el líquido llenó el tubo volver a tapar el extremo
- Abrir el rodillo y permitir que el líquido fluya a través del tubo
- Rotule el frasco: Nombre de la solución y cantidad, nombre y dosis de los elementos adicionales, hora de inicio y término de la solución, goteo programado por minuto, nombre del operador. Evita conjunciones
- Coloque todo en la cubeta para trasladar al lado del paciente. Ahorra tiempo y energía.
- Si el niño no tiene instalada la vía venosa proceda según procedimiento de punción intravenosa. Favorece la administración de fluidos
- Si tiene vía venosa instalada verifique la permeabilidad de la vía si corresponde y conecte el equipo de perfusión mediante llave de 3 pasos o directamente. Evitar posibles infiltrados.
- Deje pasar la solución y programe el goteo según lo indicado, o programe la bomba de infusión. Permite el control estricto de fluidos per fundidos.
- Al terminar la Venoclisis cierre la llave, retire los esparadrapos, la férula y la aguja. Presione el orificio con una torunda de algodón y sujete con esparadrapo por unos minutos hasta que cese el sangrado. Favorece la hemostasia y el cierre del orificio producido por la aguja.

c) Después del Procedimiento

- Descarte el material utilizado, agujas y jeringas en el recipiente indicado. Para evitar infecciones, accidentes laborales.
- Deje cómodo al paciente, produce bienestar al paciente.



- Retírese el equipo de EPP y lávese las manos
- Registre en el Kárdex de enfermería, tipo y cantidad de solución, goteo programado, fecha y hora. Mantiene informado al equipo de Salud.

❖ **Precauciones**

- En lo posible no elija las venas de la flexura del codo. La inmovilidad prolongada de esa zona produce incomodidad.
- Se debe controlar continuamente si la venoclisis está pasando con el goteo indicado o si el paciente presenta reacciones desagradables.
- Evitar las superficies ventral y lateral de la muñeca, debido al riesgo de producir daño nervioso.
- Iniciar el acceso venoso en las zonas distales de las extremidades superiores, lo que permite que los futuros sitios estén próximos al lugar de la introducción anterior.
- Puede utilizarse cualquiera de los brazos, pero es importante tener en cuenta, las patologías agregadas del paciente, indagar.



LOS 15 CORRECTOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN FORMA SEGURA

Son pautas que se debe seguir paso a paso para evitar cometer errores a la hora de administrar los medicamentos:

1. Higiene de las manos antes de cualquier procedimiento (sobre todo antes de la preparación y administración de fármacos)
2. Estar enterado de antecedentes alérgicos del paciente
3. Tomar los signos vitales antes de la administración del fármaco
4. Medicamento correcto:
Rectificación del medicamento mediante los siguientes pasos:
 - La tarjeta del fármaco, la hoja de indicación médica, en el Kárdex de fármacos (registro de medicamentos del paciente) y con la etiqueta del empaque del fármaco (presentación fármaco indicado).
 - Rectificar la fecha de caducidad.
 - Tener conocimiento de la acción del medicamento y efectos adversos. Así como el método de administración y la dosificación, considerando el índice terapéutico y toxicidad.
 - Rectificar nombre genérico (composición química) y comercial del medicamento.
5. Dosis correcta
La enfermera (o) que va a administrar el medicamento debe verificar simultáneamente con otra que la acompañe el cálculo de la dosis exacta. Especialmente en medicamentos como: Digitálicos, heparina, insulina, etc.
6. Vía de administración correcta
Verificar el método de administración (algunos medicamentos deberán aplicarse por vía parenteral, oral, respiratoria, tópica o local).
7. Hora correcta
Tomar en cuenta la hora de la dosis inicial, única, de sostén, máxima o mínima.
8. Paciente correcto
Verificar el nombre en el brazalete, número de registro, número de cama, prescripción en el expediente clínico y corroborar con el diagnóstico y evolución del paciente. Llamar por su nombre al paciente (si él está consciente).
Productos Seleccionados para el Procedimiento
9. Técnica de administración correcta.
10. Velocidad de infusión correcta
11. Verificar la fecha de caducidad
Comprobar por lo menos tres veces al sacarlo del recipiente, al prepararlo, antes de administrarlo y verificar fecha de vencimiento del fármaco
12. Preparare y administre usted mismo el medicamento
13. Realice el registro de los medicamentos usted mismo después de administrarlos
14. No administre medicamentos bajo órdenes verbales.
Nota: Las ordenes siempre deben estar por escrito con la firma del médico tratante antes de administrar cualquier fármaco, en caso de tratarse de una urgencia el fármaco se administrará y se anotará en la hoja de enfermería y se deberá conseguir la firma del médico tratante lo antes posible.
15. Educar al paciente y su familia sobre el fármaco que se administra.



PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

❖ **Definición:**

- Es la transferencia por vía endovenosa de hemocomponentes, (glóbulos
- Rojos empacados, plasma, plaquetas, crío precipitado) con fines
- Terapéuticos a partir de la donación altruista.

❖ **Generalidades**

En el paciente pediátrico, siempre que se vaya a indicar una transfusión, se debe explicar a los padres los riesgos, los beneficios y las alternativas a la transfusión y obtener el consentimiento informado de la persona responsable, EXCEPTO en situaciones de urgencia vital con riesgo de daño irreversible o muerte.

Los médicos deben documentar por escrito, en la historia clínica, la indicación de cada transfusión administrada, la eficacia derivada de ésta, y en la solicitud al banco de sangre deben hacer constar el diagnóstico y los datos relevantes de la historia clínica, como el peso en caso de prematuros o los tratamientos que está recibiendo el paciente que justifiquen la administración de componentes sanguíneos modificados (Ej.: productos irradiados).

❖ **Transfusión en menores de 4 meses**

Los niños menores de 4 meses, dadas sus características especiales, deben considerarse un grupo aparte dentro de la transfusión sanguínea, debido a diferentes motivos:

1. Su volumen sanguíneo es superior al del adulto (85 ml/ kg), pero muy pequeño en relación al volumen de un concentrado de hematíes (CH) (aproximadamente 300 ml).
2. La respuesta fisiológica a la anemia es diferente, con descenso de la eritropoyetina endógena en el recién nacido prematuro y en algunos a término, junto a la menor tolerancia a la hipoxia y a la hipovolemia.
3. Su sistema humoral inmunitario no es capaz de formar anticuerpos frente a los estímulos de los antígenos eritrocitarios.
4. Las soluciones aditivas, utilizadas para aumentar el tiempo de conservación de los concentrados de hematíes (adenina y manitol), se asocian a toxicidad renal cuando se utilizan en estos pacientes en transfusión de grandes volúmenes.

Indicaciones

No hay criterios universalmente aceptados para la transfusión en recién nacidos pre términos y neonatos. En un neonato enfermo, se considera que está indicada la transfusión cuando ha perdido el 10% de su volumen, pero en situaciones de estrés respiratorio e hipoxia, se debe ser más agresivo. En general, la transfusión de CH está indicada para prevenir o revertir la hipoxia debida a la disminución de la masa eritrocitaria.

La utilización de umbrales para la transfusión disminuye el número de éstas. Lo recomendado es:

- Hemoglobina (Hb) < 12 g/dl o Hto < 36% en las primeras 24 h de vida
- Pérdida > 10% de la volemia en una semana
- Neonatos en unidad de cuidados intensivos, Hb < 12 g/dl



- Pérdida aguda > 10% de la volemia
- Dependencia crónica de oxígeno, Hb < 11 g/dl.
- Anemia tardía en paciente estable, Hb < 7 g/dl.

❖ **Transfusión de Concentrado de Hematíes en: Niños Mayores de Cuatro Meses**

Indicaciones:

- Anemia preoperatoria significativa en cirugía urgente.
- Pérdidas intraoperatorias de sangre superiores al 15% de la volemia.
- Hb postoperatoria < 8 g/dl con clínica de anemia.
- Hemorragia aguda con datos de hipovolemia.
- Hb < 8 g/dl en pacientes con tratamiento de radioterapia o quimioterapia.
- Anemia crónica congénita o adquirida con repercusión clínica, que no supera una Hb de 8 g/dl.

❖ **Transfusión en niños con hemoglobinopatías**

Consideraciones generales

- La sangre debe ser siempre leucodeplecionada y de menos de 14 días
- Los pacientes deben estar vacunados del virus de la hepatitis B
- Se debe realizar el perfil antigénico completo del paciente, previo o tan pronto como sea posible al inicio de las transfusiones periódicas.
- El volumen de sangre a transfundir se calcula mediante la fórmula siguiente:
 - ✓ $\text{Hb deseada (g/dl)} - \text{Hb actual} \times \text{peso (kg)} \times 3 \text{ l}$
 - ✓ Velocidad de infusión: 5 ml/kg/h

❖ **Talasemia mayor**

El inicio de la transfusión está determinado por el valor de Hb y la evidencia en el fallo del desarrollo.

Recomendaciones:

- Mantener Hb alrededor de 12 g/dl.
- Mantener Hb pre transfusional de 9-10 g/dl.
- Estos valores se consiguen transfundiendo 10-15 ml/kg cada 3-4 semanas.
- La transfusión se realiza con el propósito de prevenir los cambios en el esqueleto óseo, la hiperplasia medular y la aparición de visceromegalias 10 veces e iniciarse cuando la ferritina es > 1.000 µg/l, a ser posible después de los 2 años de edad.

❖ **Anemia de células falciformes**

La transfusión de concentración de hematíes no debe hacerse de forma sistemática para mantener una determinada cifra de Hb, debe realizarse para indicaciones específicas. Nunca incrementarse de forma aguda la Hb > 10 g/dl debido a que el incremento de la viscosidad puede empeorar el cuadro. La finalidad de la transfusión no sólo es corregir la anemia, sino disminuir la proporción de hematíes a un valor inferior al 30%. Para evitar la inmunización eritrocitaria, se recomienda transfundir isofenotipo para antígenos del sistema.

❖ **Indicaciones de la transfusión de concentrado de hematíes**

- Secuestro esplénico.
- Secuestro hepático.
- Crisis aplásicas.



- ❖ **Indicaciones de eritroaféresis o exanguinotransfusión parcial**
 - Síndrome torácico agudo.
 - Ictus.
 - Priapismo.
 - El tratamiento con quelantes de hierro debe considerarse cuando se ha transfundido

- ❖ **Indicaciones de transfusión en pacientes con anemia de células falciformes y cirugía**

Los procedimientos menores (tonsilectomía, colecistectomía) pueden realizarse sin transfusión, mientras que la cirugía mayor (recambio de cadera o rodilla, trasplante, cirugía abdominal) se realizará con transfusión perioperatoria.

- ❖ **Objetivo:**
 - Administrar sangre o hemoderivados al paciente en condiciones adecuadas de seguridad evitando complicaciones.
 - Proporcionar sangre o sus componentes con fines terapéuticos a pacientes con trastorno que no sea susceptible de corregirse por otros métodos.
 - Corregir deficiencias hemodinámicas.
 - Mejorar el aporte de oxígeno a los tejidos.
 - Reponer volumen en hemorragias masivas.
 - Mejorar la volemia ante pérdidas cuantiosas de sangre en el organismo.
 - Disminuir la proporción de hematíes con riesgo de falciformación.
 - Evitar el incremento de la viscosidad sanguínea. Se debe realizar un recambio de 1.5 - 2 veces el volumen sanguíneo para mantener la Hb entre 8 y 9 g/dl y la Hb S < 25-30%. Los hematíes no tienen que lavarse y se debe utilizar solución salina para reemplazar el volumen al inicio del procedimiento.

- ❖ **Niveles de atención:**

II y III

- ❖ **Nivel de complejidad:**

Alto

- ❖ **Recursos humanos:**
 - Licenciado (a) en Enfermería.
 - Estudiante de enfermería avanzado con acompañamiento directo de la Docente.

- ❖ **Material y equipo:**
 - Equipo descartable con filtro para transfusión de sangre.
 - Sangre o hemoderivados, según prescripción médica, código y etiqueta debidamente revisada.
 - Catéter para uso endovenoso N° 18 – 20 – 22-24 (en niños)
 - Riñonera estéril.
 - Material para la fijación de vía.
 - Termómetro.
 - Estetoscopio y tensiómetro.



- Cloruro de sodio al 9‰
- Jeringa 20cc
- Torundas de algodón y gasas pequeñas estériles
- Soporte para soluciones endovenosas.
- Guantes estériles.
- Bolsa para descartar.
- Alcohol de 70° o antiséptico.
- Torniquete
- Expediente de salud.
- EPP si es necesario

❖ **Actividades**

• **Trámites antes de la transfusión:**

- ✓ Revisar en el expediente de salud, la indicación de transfusión (fecha, solicitud, hora, cantidad, frecuencia tipo de hemoderivado, médico responsable, urgencia).
- ✓ Revisar pruebas de coagulación, grupo, RH, combs negativo (si es positivo, informar al médico), fecha de vencimiento, nombre del niño.
- ✓ Luego de la revisión, enviar a laboratorio el expediente y la solicitud de la
- ✓ Preparación de hemocomponentes.
- ✓ Recibir el expediente con el sello del servicio de laboratorio en la indicación correspondiente. Una vez que está el hemocomponente listo para transfundir, se coordina el retiro del hemoderivado.
- ✓ Enviar al Técnico en Enfermería (por delegación) con expediente de salud, a retirar el hemoderivado y trasladarlo según normas de bioseguridad.
- ✓ Adicionalmente, debe retirar la conexión y la boleta de registro de identificación, junto con el registro de pruebas cruzadas

• **Procedimiento de la transfusión**

- ✓ La Licenciada(o) en Enfermería revisa la documentación remitida por el banco de sangre junto con la unidad de hemoderivados; grupo, RH, pruebas cruzadas e identidad del usuario(a).
- ✓ Verificar la firma del usuario en el consentimiento informado.
- ✓ Obtener historia de transfusiones del usuario por la Enfermera (ver observaciones)
- ✓ Verificar en el expediente y administrar medicamento según indicación médica antes de la transfusión.
- ✓ Informar sobre el procedimiento y síntomas de reacciones adversas a los padres del niño.
- ✓ Medir, valorar y registrar los signos vitales del niño(a).
- ✓ Reportar temperatura mayor de 37.8°C
- ✓ Canalizar la vía venosa periférica según procedimiento con catéter endovenoso N° 22G o 24G x 3/4 y adaptar la conexión descartable de sangre preparada.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Colocar guantes.
- ✓ Insertar el equipo de transfusión en la bolsa, según normas de asepsia.
- ✓ Si la vía utilizada es una vía central, es preciso utilizar un dispositivo Calefactor, ya que el extremo del catéter se ubica en la vena cava



superior, o aurícula derecha, y la administración de sangre fría directamente en corazón podría alterar la conducción cardiaca y provocar arritmia. Por otra parte, la temperatura de la sangre no debe superar los 37°C porque provoca hemolisis.

- ✓ Adaptar la conexión de una vía a la bolsa con la sangre y abrir la llave y llenar la conexión con el hemoderivado.
 - ✓ Verificar que no queden burbujas de aire. Si la conexión es de dos vías, cerrar la llave de una conexión y en la otra vía adaptar el hemoderivado.
 - ✓ Abrir la llave del hemoderivado.
 - ✓ Iniciar la transfusión.
 - ✓ Regular el goteo a 40 gotas por minuto, en caso de transfundir glóbulos rojos o sangre total, administrar en 2 a 4 horas.
 - ✓ Si es plasma, plaquetas o crío precipitados dejar totalmente abierta la llave reguladora, y controlar que pase en 20 a 30 minutos.
 - ✓ Colocar tarjeta de soluciones intravenosa en la bolsa del hemoderivado.
 - ✓ Controlar los signos vitales con intervalos de 15 a 30 minutos.
 - ✓ Evaluar continuamente en forma integral al niño.
 - ✓ Observar al niño(a) por escalofríos, dolor, prurito, urticaria, signos de sobrecarga de líquidos como tos, disnea, regurgitación yugular.
- **Una vez finalizada la transfusión:**
 - ✓ Retirar la conexión, bolsa del hemoderivado y desechar en contenedores para material bio peligroso.
 - ✓ Dejar al niño (a) cómodo y seguro.
 - ✓ Realizar los registros de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos, anotando número de donador, fecha y hora que se inició y finalizó el procedimiento, reacciones presentadas, signos vitales antes, durante y después del tratamiento, hora del control post transfusión.
 - ✓ Completar la fórmula de transfusión sanguínea, enviada por el servicio de laboratorio y adjuntarla en el expediente.
 - ✓ Elaborar en la gráfica de signos vitales el cuadro rojo en el espacio correspondiente; anotar la cantidad de sangre transfundida en números.
 - ✓ Anotar en el Kardex la hora en que debe efectuarse el control post transfusión y reportar novedades.
 - **Reacciones transfusionales**

Realizar las siguientes acciones:

 - ✓ Cerrar la llave de la conexión, para suspender la transfusión.
 - ✓ Mantener la vía permeable.
 - ✓ Avisar al médico si presenta signos de alarma.
 - ✓ Evaluar signos y síntomas para identificar tipo de reacción.
 - ✓ Controlar signos vitales.
 - ✓ Verificar datos del hemoderivado con los datos del usuario.
 - ✓ Administrar medicamentos indicados.
 - ✓ Enviar al laboratorio la unidad del hemoderivado y anotar cantidad transfundida.

Completar fórmula de "Entrega de sangre" y anotar al reverso el motivo de la suspensión de la transfusión. Además, completar fórmula de "Reporte de reacción adversa a la transfusión de hemoderivados"



- **Principios científicos**

- ✓ Informar al niño y padres, disminuye la ansiedad.
- ✓ La identificación de los tratamientos, evita errores.
- ✓ La revisión cuidadosa del expediente de salud, favorece la seguridad del niño(a) y, previene complicaciones.
- ✓ El equipo completo y en orden, ahorra tiempo y energía.
- ✓ Las constantes vitales evidencian el estado de salud del niño(a).
- ✓ La higiene de manos ayuda a remover la mayoría de los gérmenes patógenos.
- ✓ La infusión rápida de grandes volúmenes de sangre fría puede conducir a la hipotermia.
- ✓ La observación detallada del usuario(a) durante el procedimiento le da seguridad y previene complicaciones secundarias tardías.
- ✓ La medición de signos vitales antes, durante y después de la administración de hemoderivados, permite valorar la condición a la usuaria(o).
- ✓ Una unidad en orden brinda bienestar físico y emocional a la usuaria(o).
- ✓ El registro de los cuidados de enfermería evidencia la calidad de la atención y previene conflictos legales.

- ❖ **Observaciones:**

- En caso de niños (as) bajo efectos de sedación o estado de inconsciencia, controlar la presencia de enrojecimiento, edema u otro signo relacionado con reacción alérgica.
- Si el hemoderivado no se administra en el tiempo establecido, por ningún motivo debe guardarse en refrigeración del servicio. La sangre salida del refrigerador más de 30 minutos no puede usarse.
- Suspender momentáneamente la administración de medicamento (antibióticos), durante la transfusión; administrarlo al término de la misma; esto puede confundir si presenta una reacción anafiláctica.
- Para transfundir plaquetas y albúmina se utiliza la conexión con filtro.
- Para transfundir crío precipitado, glóbulos rojos empacados, plasmas, sangre total, se utiliza conexión con filtro.
- No olvidar que las reacciones adversas más peligrosas de las transfusiones suelen deberse a errores en la identificación del producto sanguíneo.
- Interrogar a los padres del niño si ha sido sometido a transfusiones previas. Si la historia es positiva, preguntarle cómo se sintió antes y después del procedimiento, si tuvo reacciones adversas o síntomas (datos subjetivos u, objetivos) de la reacción se adversa (escalofrío, cefaleas, dolor en el brazo, hormigueo, rash, insuficiencia respiratoria).
- Es prioritario contar con el consentimiento informado.
- Si es la primera vez que se transfunde, explicarle las características (del procedimiento o síntomas subjetivos de las reacciones adversas) y riesgos relacionados con el procedimiento al usuario.
- Antes de retirar el hemoderivado, el profesional en enfermería debe haber canalizado la vena con un catéter de grueso calibre (para evitar fenómenos hemolíticos) o coordinar con el médico la colocación de un catéter central.
- Optar por venas del antebrazo o de la mano.
- No administrar medicamentos en el catéter que se está transfundiendo.
- Cambiar la conexión con filtro cada vez que transfunda una unidad de sangre.



- No utilizar suero fisiológico, después de terminada la transfusión
- Aplicar los 15 correctos en la administración de medicamentos.
- Cuando se recibe el hemoderivado del banco de sangre, si están fríos transfundir en 20 a 30 minutos después.
 - o 1 Unidad de glóbulos rojos empacados en 2 horas a máximo 4 horas.
 - o 1 unidad de plasma en 30 minutos
 - o 1 unidad de plaquetas de 5 a 15 minutos.
- Si necesita pasar medicamento urgente por vía endovenosa, canalizar otra vía en el miembro superior contrario al de la transfusión. No administrar calcio intravenoso durante la transfusión.
- El banco de sangre debe enviar los hemoderivados filtrados a la enfermera, para que transfunda.
- Si el usuario refiere que es testigo de Jehová, consultar previamente al
- Equipo de salud.

❖ **Riesgos del procedimiento.**

- Incumplimiento de correctos en la administración de medicamentos.
- Anafilaxia.
- Congestión pulmonar.
- Reacción alérgica

❖ **Conclusiones**

Siempre

Evitar pérdida de sangre:

- Disminuir extracciones
- Evitar sangrados (Ranitidina u Omeprazol para evitar las úlceras de estrés, administrar por prescripción medica
- Tratar los sangrados o la coagulopatía de forma temprana
- Antes de decidir transfundir, valorar otras posibilidades:
- Expandir volemia, comenzar con Solución salina.
- Tratar apneas en neonato.
- Si la anemia puede ser ferropénica, valorar el uso de hierro oral o IV

Una vez decidido que se va a transfundir:

- Transfundir 15-20 ml/kg si no es perjudicial la hipervolemia o el aumento de viscosidad.
- Sangre con filtro para leucocitos.
- Sangre fresca (<15 días), sobre todo en riesgo isquemia mesentérica.
- Sangre irradiada en todos los inmunodeprimidos.
- En niños pequeños, pedir bolsa alicuotada.

Niños menores de 4 meses

Hemorragia aguda con hipovolemia que no responde a expansiones con coloides o cristaloides.

Hb < 4 g/dl

- Asintomáticos

Hb < 5 g/dl

- En caso de distrés respiratorio o decaimiento

Hb < 7 g/dl

- Radioterapia o quimioterapia
- Niños sépticos sin shock



- Radioterapia o quimioterapia
- Niños críticos "adultos" (>50 kg)

Hb < 8 g/dl

- Anemia crónica sintomática
- Anemia sintomática o significativa antes de una cirugía
- Niños oncológicos con infección activa

Hb < 10 g/dl

- Niños sépticos en shock

Hb < 12 g/dl

- Niños con cardiopatías congénitas cianógenas.

Las recomendaciones se basan en el estudio clásico de Rousseff del cual surgen las recomendaciones del Cloherty, y en las recomendaciones de Ross (Comité de Expertos).

Hb < 10 g/dl ó Hto cap < 35%

- Ventilación mecánica con FiO₂ >35%

Hb < 9 g/dl ó Hto cap < 30%

- VM con FiO₂ <35% o CPAP >6

Hb < 8 g/dl ó Hto cap < 25%

CPAP = 5 - 6 o necesidad de aporte de oxígeno, con síntomas de más requerimientos de oxígeno.

- Taquicardia o taquipnea >80
- Insuficiente ganancia de peso con buen aporte
- Más apneas o bradicardias (valorar seroalbúmina)
- Cirugía

Hb < 7 g/dl ó Hto cap <22%

Asintomáticos con reticulocitos <3% (es decir, mala respuesta medular. Valorar EPO)

❖ **Valorar transfundir antes a niños con:**

- Cardiopatía isquémica
- Isquemia intestinal
- Respuesta medular disminuida:
 - ✓ Oncológicos con supresión medular
 - ✓ Sepsis con compromiso de alguna línea celular
 - ✓ Politrauma
 - ✓ Prematuros.



TUBAJE GÁSTRICO

¿Qué es una sonda nasogástrica?

Una sonda nasogástrica (NG) es un tubo largo, delgado y hueco que se introduce a través de una narina, pasa por la garganta y se prolonga hasta el estómago. Esta sonda se usa para alimentar al niño cuando no puede ingerir alimentos por boca. Los líquidos pasan por la sonda y van directamente al estómago; tiene una permanencia de 1 – 7 días, con una limpieza diaria.

❖ Definición:

Es la introducción de una sonda por uno de los orificios nasales hasta la cavidad gástrica. La succión gástrica se utiliza para vaciar el contenido del estómago, para realizar un análisis o para extraer elementos irritantes tales como venenos, sustancias tóxicas y otros.

❖ Objetivos:

- Establecer un medio de drenaje por aspiración o gravedad para eliminar líquidos y/o gases del aparato digestivo.
- Recolectar muestras del contenido gástrico con fines diagnósticos.
- Realizar lavado gástrico.
- Administrar alimentación enteral.
- Administrar medicamentos.
- Prevenir bronco aspiración en usuario(a) con disminución de conciencia.
- Contribuir a establecer el diagnóstico de salud.
- Retiro de sustancias tóxicas
- Ayudar en el tratamiento de obstrucción intestinal

❖ Niveles de atención.

I, II y III.

❖ Nivel de complejidad:

Medio.

❖ Recursos humanos:

- Enfermera(o).
- Auxiliar de enfermería (delegación).
- Estudiantes de enfermería con supervisión.

❖ Material y equipo:

- **Deberá contar con los siguientes elementos:**
 - ✓ Carro de tratamiento que contenga en su parte superior, bandeja con:
 - ✓ Sonda nasogástrica Levin N° 08, 10, 12 French desechable de la edad del niño
 - ✓ Jeringa descartable 10 a 20 cc.
 - ✓ Jeringa descartable con capacidad para 20 o 50 cc.
 - ✓ Copa o un vaso de agua con pajita (para beber) si se trata de un lactante.
 - ✓ Agua estéril o lubricante hidrosoluble (para lubricar la sonda)
 - ✓ Sujetador para sonda nasogástrica, esparadrapo de tiras de una cinta no alergénica como Hypafix™
 - ✓ Toallas de papel.



- ✓ Frasco para recolectar jugo gástrico, con la orden respectiva. Etiqueta para datos de identificación.
- ✓ Lapicero de tinta de color azul o negra o un marcador indeleble
- ✓ Hoja de consentimiento firmado por los padres.
- ✓ Guantes estériles
- ✓ Campo estéril.
- ✓ Estetoscopio.
- ✓ Equipo de succión gástrica portátil o de pared.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según establecido según Norma Técnica.
- ✓ Riñonera grande.
- ✓ EPP, si está indicado

Actividades

- ✓ Identificar al niño, Evita riesgos
- ✓ Lavarse las manos según procedimiento.
- ✓ Colocarse EPP, si es necesario
- ✓ Integrar y trasladar el equipo a la unidad.
- ✓ Verificar la operatividad del funcionamiento del equipo de succión.
- ✓ Regular la presión del aspirador entre 80 y 100 mmHg en forma intermitente.
- ✓ Informar a los padres del niño(a) acerca del procedimiento. En caso de que el niño este despierto con Glasgow 15, explicar el procedimiento a realizar.
- ✓ Permitir un ambiente para brindar privacidad durante el procedimiento.
- ✓ Asistir al niño(a) a colocarse o colocarle en posición semifowler según lo permita su condición. Haga que su niño se siente derecho. En el caso de un bebé, manténgale el rostro en posición vertical con el mentón ligeramente levantado.
- ✓ Colocar el campo cerrado o el paño alrededor del cuello y parte del tórax.
- ✓ Colocarse los guantes.
- ✓ Medir la longitud de la sonda que introducirá de la siguiente manera:
 - Sujete el extremo de la sonda que posee orificios a la altura de la fosa nasal del niño y comience a medir a partir de estos orificios.
 - Mida la sonda desde la fosa nasal hasta la base del lóbulo de la oreja y luego hasta la parte inferior del esternón (más un dedo si se trata de un lactante o dos dedos si se trata de un niño)
 - Marque este punto sobre la sonda con un marcador indeleble.

❖ **Inserción de la sonda nasogástrica:**

- Intente cambiar de fosa nasal cada vez que inserte la sonda.
- Coloque al niño la sonda nasogástrica, y siga los siguientes pasos:
 1. Haga que el niño se siente derecho. Si es un bebé o un niño muy pequeño, recuéstelo y envuélvalo con una manta para sujetar sus brazos y sus piernas.
 2. Sumerja las primeras 2 a 4 pulgadas (de 5 a 10 cm) de la sonda en agua o en lubricante hidrosoluble. Esto facilitará el pasaje de la sonda.
 3. Inserte el extremo de la sonda en la fosa nasal que ha elegido y haga entrar la sonda ligeramente hacia abajo y hacia la oreja de ese lado. No fuerce la sonda.
 4. Si puede tomar agua, haga que beba sorbos de agua a través de una pajita.



5. También puede darle al niño un chupete para ayudarlo a tragar. Si no puede tomar agua, dígame que trague a medida que desciende la sonda
6. Haga avanzar la sonda hasta que el punto marcado llegue a la fosa nasal. Si la sonda se llega a salir por la boca, retírela, deje que su niño descanse y vuelva a intentarlo.
7. Sujete la sonda al rostro del niño con una pequeña porción de cinta.
8. Evite colocar accidentalmente la sonda nasogástrica en la tráquea. Si la sonda se introduce en las vías respiratorias, su niño puede ahogarse, toser o tener dificultades para respirar. Si esto sucede, RETIRE LA SONDA NASO GASTRICA INMEDIATAMENTE. Permita que descanse y vuelva a intentarlo cuando se sienta mejor.

❖ **Verifique la colocación de la sonda en el niño:**

- Antes de cada sesión de alimentación
- Cuando le coloque una nueva sonda
- Cuando sospeche que la sonda se pueda haber salido
- Si está ahogándose, vomitando, tosiendo o tiene dificultades para respirar.
- Utilice el método siguiente de verificar la colocación de la sonda:
- Conecte la jeringa vacía al puerto de alimentación y tire del émbolo para extraer alrededor de 2 ml de jugos gástricos o sumergir el extremo distal de la sonda en la copa o vaso con agua y comprobar que no produzca burbujas.

❖ **Una vez que esté seguro de que la sonda está en el estómago**

- Asegure la sonda. Coloque cinta alrededor de la sonda para asegurarla a la mejilla o en niños mayores, fijar la sonda utilizando un pedazo de esparadrapo (5 cm.) dividida, a lo largo hasta la mitad, fije el extremo no dividido a la nariz y cruza. Evita que se altere la visión del paciente y que la sonda frote la mucosa nasal de esta manera evitar presión de la sonda sobre la nariz y riesgo de úlcera por presión en la zona.
- Si la cinta produce irritación de la piel y no logra curarla, consulte con el especialista.
- Rotule la sonda nasogástrica y coloque: fecha, hora y nombre de la persona que realizó el procedimiento.
- Pince la sonda hasta que se lleva a cabo el procedimiento. Evita ingreso de aire al estómago.

❖ **Después del Procedimiento**

- Asee la boca del niño(a) con frecuencia. Favorece la comodidad evita la sequedad de la mucosa oral.
- Adaptar la SNG al succionador, si se requiere.
- Fijar la conexión del equipo de succión a la cama.
- Observar que el niño(a) quede cómodo y la unidad en orden.
- Registre en notas de enfermería el procedimiento realizado y novedades encontradas.

❖ **Principios**

- La mala higiene genera la proliferación de microorganismos.
- Tener el equipo completo al momento de realizar el procedimiento ahorra tiempo y energía.



- Identificar al niño(a), antes de realizar un procedimiento, evita errores de paciente.
- Colocar el material sobre un campo estéril, para prevenir infecciones
- Observar signos de alarma, la observación continua del profesional de enfermería permite detectar alteraciones y evitar complicaciones secundarias.
- La anotación correcta de enfermería permite la continuidad en los tratamientos.
- El uso y cuidado del material conserva su duración y brinda seguridad, en próximos procedimientos.

❖ **Observaciones**

- La privacidad al niño(a) aumenta su seguridad física y mental.
- Verificar las indicaciones para evitar errores administrativos y legales.
- Asegurarse de que la sonda nasogástrica esté en cavidad gástrica, antes de realizarle algún procedimiento al niño(a)
- Observar presencia de cianosis, tos, o no puede hablar.
- Observar que la sonda no esté arrollada o acodada en la boca.
- La introducción de la sonda por cavidad oral (sondaje oro gástrico) es en última opción en niños mayores de 6 meses.
- Los epitelios nasales vascularizados, al introducir la sonda nasogástrica, producirán epistaxis.
- La sonda debe cambiarse cada 8 días.
- El cambio de la fijación de sonda nasogástrica debe realizarse diariamente.

❖ **Puntos clave**

- Una sonda nasogástrica (SNG) es un tubo largo, delgado y hueco que se introduce a través de una fosa nasal, pasa por la garganta y se prolonga hasta el estómago.
- Una sonda orogástrica (SOG) es un tubo largo, delgado y hueco que se introduce a través de la boca, pasa por la garganta y se prolonga hasta el estómago

❖ **Riesgos relacionados con del procedimiento:**

- Falsa vía.
- Bronco aspiración.
- Epistaxis
- Vómitos



GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE COLOCACIÓN, MANTENIMIENTO Y RETIRO DE SISTEMA DE OSTOMIA DE ELIMINACIÓN

- ❖ **Definición:**

Es la colocación de una bolsa colectora alrededor de la estoma para la recogida eficaz del efluente, mantenimiento la integridad de la piel periestomal.
- ❖ **Indicaciones:**

Pacientes posts operados con:

 - Iliostomía.
 - Colostomía.
- ❖ **Contraindicaciones:**

En caso de lesiones de la piel periestomal:

 - Eritema local.
 - Celulitis.
 - Filtraciones.
- ❖ **Personal Responsable:**

Licenciada (o) en Enfermería.
- ❖ **Recursos Humanos:**
 - Licenciada (o) en Enfermería.
 - Técnica (o) de Enfermería.
- ❖ **Equipos y materiales:**
 - Dispositivos de una pieza.
 - Dispositivos de dos piezas.
 - Bolsas cerradas.
 - Bolsas abiertas
 - Guantes a granel (S, M, L)
 - Guantes estériles N° 6, 6 ½, 7.
 - Agua destilada en litro.
 - Solución salina al 9‰
 - Tijera estéril.
 - Polvo para protección de la piel.
 - Riñonera estéril.
 - Riñonera limpia.
 - Gasas estériles.
 - EPP, si es necesario
- ❖ **Procedimiento:**

Colocación de sistema de ostomía de una pieza:

 1. Informar al familiar sobre el procedimiento a realizar. Disminuye el nivel de ansiedad y permite su participación en el cuidado.
 2. Coloque biombos o cubrir con cortinas antes de realizar el procedimiento. El respeto a la intimidad del paciente es muy importante.
 3. Prepare los materiales necesarios a utilizarse para colocar el sistema de ostomía. Permite el ahorro de tiempo y la actuación oportuna para el procedimiento.



4. Elegir la bolsa colectora a utilizar, el dispositivo debe permitir la visualización de la estoma para facilitar la valoración y detectar complicaciones.
5. Realice higiene de manos, disminuye la transmisión de microorganismos patógenos. Y el EPP
6. Valore el aspecto y las características de la estoma: color, aspecto, forma, altura, puntos de sutura. Es importante a fin de prevenir lesiones en la piel, manteniendo la integridad.
7. Limpie la piel periestomal con agua estéril en forma suave con movimientos circulares del interior hacia el exterior. La limpieza adecuada, favorece la adherencia del polvo o pasta.
8. Seque la piel con gasa haciendo toques suaves. El secado adecuado, disminuye la presencia de residuos, las cuales pueden interferir con la forma.
9. Mida adecuadamente la estoma (use guía de medición y/o molde). Permite que la barrera protectora cutánea se adapte al diámetro exacto de la estoma, asimismo evita irritación de la piel por fugas o rebosamiento del contenido fecal.
10. Dibuje el molde en la barrera y recórtelo (2mm adicionales a la medida de la estoma). Al recortar 2mm adicionales en la barrera cutánea, evita el estrangulamiento de estoma y favorece la adecuada irrigación del mismo.
11. Coloque al paciente en posición decúbito supino, manteniendo la piel firme. Esta posición favorece la colocación del dispositivo, ya que en esta posición hay menos pliegues cutáneos.
12. Administre la pasta protectora en la piel periestomal, de tal manera que forme una capa y/o película protectora. La administración de la pasta y/o polvo favorecen la absorción de la humedad y protección de la piel.
13. Retire el exceso de polvo con gasa, si hubiera. El exceso de polvo, impide la adherencia de la barrera cutánea.
14. Desprenda el papel protector de la barrera cutánea al momento de utilizarlo. Desprender con cuidado el papel protector en el momento oportuno, permite el mejor uso de su capacidad adhesiva.
15. Coloque la barrera sobre la piel asegurando que la estoma quede dentro del orificio. Adhiere el dispositivo alrededor de la estoma colocándolo de abajo hacia arriba y con masajes de adentro hacia afuera. La exactitud de la colocación del sistema de ostomía, evita pérdida y contacto de las secreciones con la piel.

Colocación de dispositivo de dos piezas:

16. En caso de usar sistema de dos piezas, siga los pasos del 1 al 14. Todos los pasos anteriormente descritos se aplican a la colocación de dispositivos de dos piezas.
17. Ensamble la bolsa sobre la barrera cutánea. Este sistema permite retirar rápidamente y limpiar.
18. Coloque el clip de seguridad en la parte distal de la bolsa y cerciórese que este sellada. Ello evitará fugas y por ende contacto con la piel.
19. Lávese las manos. Disminuye la transmisión de microorganismos patógenos.



Mantenimiento del sistema de ostomía:

20. Valoración permanente de la integridad de la piel. En la edad pediátrica la piel es delicada y se lesiona con mayor facilidad con el afluente continuo de la estoma.
21. Mantenga el sistema de ostomía mientras éste se encuentre íntegra y adecuadamente adherida a la piel. El cuidado del sistema de ostomía; ayuda al mejor costo beneficio de los insumos, ya que evita gastos innecesarios.

Retiro del sistema de ostomía:

22. Higiene de manos y colocarse guantes de procedimiento a fin de retirar el dispositivo del protector cutáneo. Disminuye la transmisión de microorganismos patógenos.
23. Si existe dificultad para despegar adhesivo, se puede usar solución salina tibia humedeciendo alrededor del sistema de ostomía. La solución salina tibia facilita el despegue rápido por proceso de evaporación.
24. Proceda a la retirada del dispositivo levantando con suavidad uno de los extremos de la parte adhesiva y deslizarlo suavemente de arriba hacia abajo, evitando la tracción de la piel. Esto evita que las secreciones contenidas en la bolsa fluyan contaminando las zonas adyacentes.
25. Realice anotaciones de enfermería. Mantiene informado al equipo de salud en forma oportuna.

❖ **Conclusiones y recomendaciones:**

Tipos de Ostomía:

- **Colostomías:**

En el caso del paciente que lleva una colostomía, es la exteriorización de un tramo del colon a la piel. Según la porción abocada puede ser:

- ✓ Colostomía Ascendente. La estoma se coloca en la parte derecha del abdomen.
- ✓ Colostomía Transversa. La estoma se coloca indistintamente en la parte derecha o izquierda del abdomen.
- ✓ Colostomía Descendente. La estoma se coloca en la parte izquierda del abdomen.
- ✓ Colostomía Sigmoide. La estoma se coloca en la parte izquierda del abdomen.

¿Se dice la estoma o la estoma?

El contenido fecal es similar al que se elimina por el ano, la consistencia, el olor, los gases etc. Por ello se utilizan bolsas cerradas con un filtro que protege del olor. Es también importante la protección de la piel con una barrera, adhesivo de la bolsa, que impedirá el contacto del contenido fecal con la piel y que debe quedar ajustado a la estoma.

- **Ileostomías:**

En el caso de la ileostomía, es la exteriorización del último tramo del íleon a la piel. La estoma se sitúa en la parte derecha del abdomen, las deposiciones son de consistencia líquida o semilíquida, frecuentes y el contenido digestivo que sale es muy irritante para la piel. Por ello se utilizan bolsas abiertas y es muy importante la barrera de protección, el adhesivo de la bolsa, que impedirá el contacto del contenido fecal con la piel y debe quedar ajustado a la estoma.



El dispositivo está formado por dos elementos, la placa y la bolsa y puede ser de una pieza o de dos.

En los dispositivos de una pieza: La placa o adhesivo que se pega a la piel, formado por un material hidrocoloide que la protege y la bolsa van juntos, formando un solo elemento. Se suelen cambiar de 2 a 3 veces al día, según las necesidades de cada paciente.

En los dispositivos de dos piezas: La placa y la bolsa van separadas y es el paciente quien debe acoplarlas entre sí. La placa puede permanecer más tiempo sobre la piel, asegurando el reposo y cuidado de la misma ya que el material de la placa adhesiva, sustancia hidrocoloide, regenera y protege la piel. El cambio de la placa puede ser de 2 a 3 veces por semana en función de las necesidades y factores relacionados con la vida cotidiana de cada paciente (deporte, trabajo, hábitos dietéticos).

- **Tipos de Bolsas:**

Las bolsas cerradas:

Son aquellas que por su parte inferior van selladas de manera que la bolsa no se puede vaciar y deben ser reemplazada cada vez que se desee desechar las heces. Éste es el dispositivo ideal para personas que le han construido una colostomía.

Las bolsas abiertas:

En su parte inferior tienen un sistema de cierre hermético mediante una pinza, así se puede vaciar el contenido (heces líquidas) cada vez que se desee, sin necesidad de cambiar de bolsa. Este es el dispositivo ideal para personas que le han construido una ileostomía.



GUÍA DE PROCEDIMIENTO PARA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO

❖ Definición

Es el procedimiento que consiste en administrar una concentración de oxígeno mayor a la de la atmósfera, mediante una cánula nasal, máscara con bolsa de reservorio, máscara con sistema de Venturi o directamente a la sonda endotraqueal a pacientes que sufren trastornos respiratorios.

❖ Objetivo

1. Aliviar la hipoxia local o generalizada
2. Proporcionar apoyo respiratorio de manera segura y según indicación.
3. Disminuir el trabajo de los pulmones
4. Disminuir el trabajo del corazón

❖ Equipos

- Fuente de oxígeno (balón) o red empotrado de oxígeno
- Flujómetro de bajo flujo
- Humificador con agua destilada estéril hasta la cantidad indicada.
- Conexión de oxígeno estéril.
- Según el procedimiento (cánula nasal, máscara con bolsa de reservorio, máscara con sistema de Venturi).
- Guantes no estériles.
- Depósito de desechos.

❖ Procedimiento

a) Antes del Procedimiento

- Higiene de manos. El agua y jabón contribuye a la disminución de los microorganismos presentes en la superficie de las manos.
- Prepare y verifique el buen funcionamiento del equipo.
- Compruebe que el humificador esté hasta la marca adecuada con agua estéril. Si se llena mucho el frasco, el agua burbujeante pasará por rebosamiento al calibrador.
- Arme el sistema según corresponda (bigotera o mascarilla). Una los tubos a la salida del humificador.
- Ponga el flujómetro de oxígeno al volumen indicado y verifique que el oxígeno fluya a través del dispositivo a usar. El flujómetro permite el control del flujo de oxígeno en litros por minuto.
- Verifique la permeabilidad, asegurándose que el humidificador burbujee. Se comprueba que el oxígeno esté circulando a través de la cánula nasal, mascarilla, etc.
- Explique el procedimiento al paciente y familia que no deben fumar en dicho ambiente. Para obtener su colaboración.
- Coloque al paciente en posición cómoda, fowler o semifowler.

b) Durante el Procedimiento

• Cánula Nasal:

1. Abra la fuente de oxígeno y ajuste el ritmo del flujo a los litros por minuto prescrito. Asegura que el paciente esté recibiendo el flujo suficiente para cubrir su demanda respiratoria.



2. Instale al paciente la bigotera o cánula nasal, dirigiendo las curvas hacia adentro, siguiendo la curvatura natural de la fosa nasal. Enséñele a respirar por la nariz con boca cerrada.
 3. Fije las ramas de la bigotera pasándolas por detrás de las orejas y afirmela bajo la barbilla.
 4. Proteja las áreas de presión de la bigotera bajo la nariz y sobre las orejas
 5. Realice aseo de cavidad nasal, bucal y lubrique cada 6 horas cambie la bigotera cada 24 horas. El oxígeno seca las mucosas y las irrita, la higiene y lubricación de ellas favorece la comodidad del paciente y evita erosiones.
 6. Evalúe el estado del paciente, nivel de conciencia, saturación de oxígeno, características de la respiración y pulso. Estos parámetros indicarán la efectividad del procedimiento.
- **Máscara con bolsa de reservorio.** Proporciona al paciente concentraciones de oxígeno mayor de 60% (cada litro por minuto puede incrementar la concentración en 10%)
 1. Abra la fuente de oxígeno, permitiendo que la bolsa de la máscara se infle.
 2. Colocar la máscara sobre la nariz y la boca del paciente. Asegúrese que la máscara ajuste bien, pues debe haber un sello entre la máscara y la cara del paciente.
 3. Ajustar el flujo de manera que la bolsa no se colapse durante el ciclo inspiratorio. Si el flujo de oxígeno no basta para conservar llena la bolsa reservorio, la concentración de oxígeno se reduce a medida que penetra aire ambiente a través de las válvulas de membrana.
 4. Realice aseo de las cavidades nasal, oral cada /6 horas, lubrique y proteja las áreas de presión de la mascarilla (mejillas, nariz, barbilla y sobre las orejas). La presión mantenida puede producir úlceras, seque y limpie la cara del paciente frecuentemente.

c) Después el Procedimiento

- Permanezca con el paciente para que este cómodo y observe sus reacciones. Permite evaluar el estado del paciente y constatar el funcionamiento del equipo.
- Quitar la máscara periódicamente (si lo permite el estado del paciente) para secar la cara a su alrededor.
- Observar si cambia el estado del paciente. Evaluar el funcionamiento del equipo.
- Evalúe la Saturación. de oxígeno periódicamente, hasta obtener valores >95%.
- Aspire secreciones a demanda.
- Hacer las anotaciones de enfermería: Anote la hora y concentración del flujo de: oxígeno y forma de administración. Contribuye en el tratamiento médico.
- Cierre la válvula de oxígeno y del cilindro, desconecte los tubos, canales mascarillas, sonda. Si usa mascarilla descartable deséchelo en caso contrario lávelos y desinfectelos.
- Deje cómodo al paciente. Brinda confort.

❖ **Precauciones**

- Verifique siempre que el humidificador contenga agua.
- Nunca rellene el humidificador del O2. Cambie el agua bidestilada las veces que sea necesario para mantener el nivel indicado.
- Verificar si las válvulas de los orificios de la máscara de reservorio estén presentes.
- Cambie máscara, conectores y frascos humidificadores cada 24 horas con agua estéril.

❖ **Bibliografía**

- MINSA. Compendio de Guías Técnicas de Procedimiento de Enfermería. Lima 2010.
- POTTER Patricia A, GRIFFIN PERRY Anne. Fundamentos de Enfermería. Volumen I. Edición 5ta. Editorial HarCourt. España 2001.
- LYNN Pamela. Enfermería clínica de Taylor, Competencias Básicas. Volumen I. Edición 3era. Edit. Wolters Kuwer. 2011.
- RUIZ GONZALES María Dolores, MARTINEZ VARELLAS María Rosa, GONZALES CARRIÓN Pilar. Enfermería Pediátrica. Edición I. Editorial Printed. In Spain. España, 2012.
- GONZÁLES GÓMEZ Ines, HERRERO ALARCÓN Angustias. Técnicas y Procedimientos de Enfermería PEDIATRICA. Edic. 1ers. Edit. DAE. España 2009.



GUÍA DE PROCEDIMIENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL CPAP (PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VÍA AÉREA).

❖ Definición

Consiste en la administración de presión positiva continua en la vía aérea, con o sin incremento de la fracción de oxígeno por medio de dispositivos externos binasales.

Se sustenta en el mantenimiento de una presión supra-atmosférica (o presión positiva), durante la espiración en un niño que respira espontáneamente. Aun cuando la presión positiva se administra en forma continua, tanto durante la inspiración como la espiración, el efecto de mantener una presión transpulmonar elevada se realiza durante la espiración.



❖ Objetivos:

- Disminuir el colapso espiratorio de la vía aérea.
- Disminuir el esfuerzo respiratorio.
- Mejorar la perfusión tisular capilar.
- Apertura de la vía aérea supraglótica.
- Aumentar el volumen pulmonar.
- Aumentar el volumen corriente.
- Mejorar la sincronía del movimiento toraco-abdominal en fase inspiratoria.

Flujo de O2	Flujo de aire	Flujo total	FiO2 en %
0	5,5	5,5	21
0,5	5	5,5	28
1	4,5	5,5	35
1,5	4	5,5	43
2	3,5	5,5	50
2,5	3	5,5	57
3	2,5	5,5	64
3,5	2	5,5	71
4	1,5	5,5	78
4,5	1	5,5	86
5	0,5	5,5	93
5,5	0	5,5	100

❖ Indicaciones

- Ante cualquier signo de distrés importante que no mejora con otro dispositivo de oxígeno.
- Destete ventilatorio.
- Distrés respiratorio severo.
- Apneas recurrentes.

❖ Contraindicaciones

- Neumotórax.
- Hernia diafragmática congénita.
- Atresia de esófago con fistula.



- Paladar hendido.
- Acidosis metabólica inestable.
- RN extremadamente pre término (menores de 28 semanas).
- Pacientes con trastornos gastrointestinales post quirúrgicos inmediatos.
- Erosión y necrosis del septum nasal.

❖ **Recursos humanos**

- Licenciada (o) en Enfermería.
- Técnico de Enfermería.

❖ **Equipo y material:**

- Kit de CPAP. (oxígeno, cánula binasal, frasco de vidrio para realizar el CPAP artesanal, agua estéril, equipo de venoclisis)
- Gorro y/o arnés (para R.N y lactantes).
- Agua bidestilada (2 litros).
- Cánula de CPAP (pieza que conecta el circuito a la vía aérea del paciente).
- Tubo nasal o prong nasal.
- Sonda nasogástrica según edad N° 8, 10, 12 y 14.Fr.
- Guantes quirúrgicos (N° 6 ½, 7, 7 ½, 8).
- Mascarilla, mandil, gorro y campo estéril para el personal.
- Tijera simple.
- Cinta adhesiva antialérgica.
- Cinta velcro autoadhesivo o apósito hidrocoloide.
- Protector nasal (chanchito).
- Electrodo pediátricos.
- Área amplia para desplazamiento de equipo médico.
- Ambiente y mobiliario adecuado para conexiones eléctricas (tomacorrientes).
- Mezclador de gases (blender).
- Fuente de O2 y manguera conectora.
- Compresor de aire medicinal y manguera conector.
- Toma de salida de aire empotrado.
- Coche de paro equipado.
- Monitor múltipara metro.
- Equipo de aspiración.
- Pulsioxímetro.
- Mesa de trabajo.
- Sonda de aspiración de acuerdo a la edad del paciente N° 8, 10, 12 y 14Fr.
- Jeringa de 1cc a 3cc.
- CLNa 0,9% de litro.
- Flujo de gas utilizado (5 – 10 l/min).
- Radiografía de tórax

❖ **Pasos**

a) **Preparación del ambiente y personal**

- Eduque al cuidador sobre el procedimiento a realizar, disminuye el temor y la ansiedad.
- Firma de la hoja de consentimiento informado, obtener su consentimiento en el procedimiento



- Proporcionar un ambiente amplio para la instalación del equipo. Previene accidentes y permite desplazamiento seguro en el área de cuidado y seguridad del niño o paciente pediátrico
- Verifique la operatividad y/o funcionamiento de la fuente de salida de oxígeno, compresor, sistemas de flujo de gas y reúna el material necesario Facilita la atención inmediata del bebe y evita contratiempos durante el procedimiento.
- Colocarse el EPP, Disminuye la infección intrahospitalaria en el niño y personal de salud.
- Lavado de manos. Disminuye proliferación de microorganismos de las manos
- Colocarse mandilón estéril y guantes quirúrgicos. Toda manipulación de material estéril debe realizarse bajo medidas de bioseguridad. Se mantiene medidas seguras libre de gérmenes o riesgos por patógenos.
- Aplicación de los 10 correctos. Garantiza seguridad y calidad en la oxigenoterapia del niño.

b) Preparación del paciente

- Coloque al niño en posición de máxima ventilación: supina semisentado formando un ángulo de 30 grados. Facilita expansión pulmonar, facilitando el intercambio de gases.
- Coloque electrodos de acuerdo a sistema de colocación e instale al paciente al monitor cardiaco. Permite la monitorización continua del niño durante el procedimiento.
- Controlar funciones vitales incluyendo saturación de oxígeno de la hemoglobina (Spo2). Permite información basal de la hemodinamia del bebé.
- Permeabilizar fosas nasales del niño. Las secreciones obstruyen el libre ingreso de oxígeno y disminuye la presión de flujo deseado. La permeabilidad nasal permite mayor intercambio de oxígeno.
- Coloque gorro en caso de recién nacidos y el arnés para lactantes. El gorro permite la fijación firme disminuyendo el riesgo de desplazamiento de las conexiones del CPAP.
- Colocar apósito hidrocoloide en la base y bordes de tabique nasal. Minimiza la erosión evitando necrosis de septum nasal por presión.
- Colocar sondas nasales de acuerdo a orificios nasales y peso (Hudson) del bebe. Permite administrar oxígeno adecuado sin fuga.
- Coloque sonda oro gástrica de acuerdo a la situación y edad del paciente. Disminuye el riesgo de la distensión gástrica que se produce por deglución de aire y el efecto de introducir oxígeno a presión positiva continua en las vías aéreas.
- Registrar en la hoja de enfermería los hallazgos encontrados durante el procedimiento. Proporciona datos para el proceso de atención de enfermería.



GUÍA DE ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO CÁNULA BINASAL (BIGOTERA)

❖ Definición

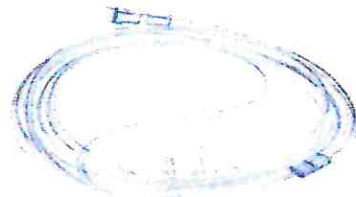
Es la administración de oxígeno por cánula binasal en los orificios nasales y sostenerla con el dispositivo a nivel de la barbilla pasando el tubo por la región retro auricular o a nivel de perímetro cefálico.

Tasa de flujo	Concentración
1 LPM	24%
2 LPM	28%
3 LPM	32%
4 LPM	36%
6 LPM	40%



❖ Objetivos

- Administrar oxígeno en concentraciones inferiores al 40%
- Mantener una oxigenación adecuada a la necesidad del paciente, siempre que el paciente presente patología respiratoria estable (con patrón respiratorio y volumen corriente en rangos normales).



❖ Equipos

- Cánula Binasal adecuada a la edad de la niña.
- Fuente de suministro de O₂ con medidor de flujo (flujómetro).
- Tubuladuras, prolongadores y adaptadores.
- Agua destilada estéril.
- Frasco Humidificador de oxígeno.
- Tela adhesiva hipo alérgica (preferentemente).
- Equipo de aspiración.
- Pulsioxímetro.
- Niple

❖ Pasos

- Lavado de manos. Para prevenir infecciones.
- Informar al niño y/o acompañante del procedimiento. Mayor colaboración en el procedimiento, disminuye el temor y la ansiedad.
- Aspirar las secreciones, si fuera necesario. Mantener vías aéreas permeables. Las secreciones puede obstruir el flujo de oxígeno y disminuir la presión de flujo deseado.
- Conectar el extremo de la tubuladura al sistema de humidificación. El oxígeno debe ser húmedo para evitar irritación y deshidratación de la mucosa respiratoria.
- Aplicación de los 15 correctos. Garantiza seguridad y calidad en la oxigenoterapia del niño.
- Realizar la higiene de las mejillas y de las zonas de fijación de la bigotera. Prevenir infecciones.
- Aplicar el apósito transparente en la zona de fijación de la bigotera. Para un mejor pegado de la cánula binasal.

- Fijar la bigotera con tela adhesiva sobre el apósito transparente. Evita el retiro involuntario de la cánula binasal.
- Realizar el control de saturación. Para valorar el aumento o disminución de requerimiento de oxígeno.
- Controlar los signos vitales: FC, FR. Nos da información basal de la hemodinamia.
- Registrar e informar los hallazgos en anotaciones de enfermería. Proporciona datos para el proceso de atención de enfermería
- Rotular fecha y hora de colocación. Para su posterior cambio de la cánula binasal.



CATETERISMO VESICAL

❖ Definición

Es procedimiento por el cual, se introduce una sonda urinaria de calibre adecuado por la uretra hasta la vejiga del paciente pediátrico. Tiene una permanencia de 1 – 14 días, con una limpieza perianal diaria.

❖ Objetivo

- Extraer orina estéril, para muestra de examen de laboratorio.
- Vaciar la vejiga en caso de globo vesical.
- Control de diuresis horaria.
- Para control de la micción en pacientes con problema de incontinencia.
- Realizar irrigación vesical (si corresponde)
- Prevenir complicaciones vesicales en intervenciones pélvicas.
- Control de balance hídrico

❖ Equipos

- Equipo para higiene perineal
- Sonda Foley calibre adecuado (6, 8, 10, 12Fr) según indicación o velatón según procedimiento
- Bolsa colectora de orina pediátrica.
- Jeringa de 10ml.
- Riñonera.
- Guantes limpios.
- Guantes estériles.
- Equipo EPP
- Agua destilada estéril (ampolla de 10ml)
- Solución antiséptica (yodo povidona 7.5%)
- Gasa estéril
- Campo pequeño (estéril)
- Lubricante urológico anestésico
- Venda de gasa
- Chata
- Solera
- Depósitos para desechos
- Depósito para objeto, punzo punzante.

❖ Procedimiento

Mujeres:

- Higiene de manos. Evita la diseminación de microorganismos y contaminación del equipo a utilizar.
- Preparar el equipo y tenerlo listo para el uso. Ahorra tiempo y esfuerzo.
- Explicar al cuidador de la niña y al paciente el procedimiento a realizar. Disminuye el temor y favorece la participación y colaboración del paciente y/o familia.
- Coloque al paciente en posición decúbito supino y colóquese los guantes limpios. Permite tener comodidad al paciente como a la enfermera.
- Compruebe que el agua está tibia y vierta un poco a chorro sobre la región genital, de tal manera que discurra en sentido pubis-ano. Permite eliminar desechos que estuviese en el exterior de los genitales.

- Jabone con una gasa el pubis, la parte externa de los labios mayores y los pliegues inguinales, moje unas gasas en agua jabonosa. Separe los labios con la mano no dominante y con la otra realice la limpieza, siguiendo el sentido pubis ano. Enjuague vertiendo abundante agua a chorro, seque las partes internas con gasas y las externas con una toalla. Con todas estas medidas se evita la transmisión de microorganismos al meato urinario.
- Inspeccione los puntos anatómicos de referencia: clítoris, meato urinario y vagina. Permite saber con seguridad donde se encuentra el meato urinario.
- Quítese los guantes no estériles y realice higiene de manos. Evita la diseminación de microorganismos y contaminación del equipo a utilizar.
- Pida que le abran el set estéril, póngase los guantes estériles, coloque campos estériles por encima de la zona pubiana. Permite tener todo el equipo estéril.
- Ordene el material estéril sobre el campo: retire envoltorio interno, pida que le viertan lubricante urológico sobre una gasa, cargue la jeringa con agua destilada (la capacidad del balón viene impresa sobre el pabellón). Las infecciones disminuyen en la medida que se aplican las medidas asépticas durante todo el procedimiento.
- Lubrique la sonda con el gel urológico que tiene preparado en la gasa. Hágalo desde la punta hasta una distancia de 2,5 a 5cm. Permite que la sonda pase suavemente a través del meato urinario.
- Separe los labios mayores con la mano no dominante. Con su mano dominante introduzca con suavidad la sonda en el meato urinario hasta que drene la orina. La aparición de orina indica que la punta de la sonda se encuentra en la uretra o en la vejiga y mantener los labios mayores separados mientras se está introduciendo la sonda evite la contaminación con el meato urinario.
- Cuando observe la presencia de la orina, introduzca la sonda de 2 a 2,5cm. Con ello se asegura la ubicación de la punta de la sonda en la vejiga y el posterior inflado del globo de retención en dicha cavidad y no en la uretra.
- Conecte el adaptador de colector de la sonda al sistema de drenaje y ubique la bolsa por debajo del nivel de la vejiga. Esta posición evita el reflujo de orina.
- Infle el balón de retención con la jeringa y deslice suavemente la sonda hacia el exterior hasta notar una resistencia. Manténgala en esta posición. El inflado del balón ancla la punta de la sonda en la unión de la vejiga con la uretra.
- Si la paciente está en cama, fije la sonda en la parte interna del muslo con una tira de esparadrapo. Compruebe que la amplitud de movimiento de la extremidad no tensa la sonda. Evita el riesgo de lesión tisular de esta zona y la posibilidad de salida accidental de la sonda.
- Proceda a la higiene y secado de la zona perineal si es necesario; luego quítese los guantes y lávese las manos.

VARONES

- Higiene de manos con técnica aséptica. Evitar la diseminación de microorganismos y contaminación del equipo a utilizar.
- Preparar el equipo y tenerlo listo para el uso. Ahorra tiempo y esfuerzo.
- Explicar al familiar del niño y al paciente el procedimiento a realizar. Disminuye el temor y favorece la participación y colaboración del paciente y/o familia.



- Coloque al paciente en posición decúbito supino y colóquese los guantes limpios. Permite tener comodidad al paciente como a la enfermera.
- Compruebe que el agua está tibia y vierta un poco a chorro sobre la región genital, de tal manera que discurra en sentido pubis-ano. Permite eliminar desechos que estuviesen en el exterior de los genitales.
- Enjabone con una gasa los pliegues inguinales, al pubis, el pene, el escroto. Con la mano no dominante, sostenga el pene y retraiga el prepucio. Con una de las gasas que ha preparado, limpie el glande y el surco balano prepucial con la mano dominante. Para ello, realice con la gasa un movimiento en espiral, comenzando por el meato. Con todas estas medidas se evita la transmisión de microorganismos al meato urinario.
- Quítese los guantes no estériles y el EPP, y realice higiene de manos. Evita la diseminación de microorganismos y contaminación del equipo a utilizar.
- Colóquese los guantes estériles y ubique el campo estéril sobre la parte superior de la zona pubiana. Permite colocar todo el equipo estéril para el procedimiento.
- Ordene el material sobre el campo estéril, saque la sonda del envoltorio interno, pida que le viertan lubricante urológico sobre una gasa; cargue la jeringa con agua destilada (la capacidad del balón viene impresa en el pabellón). Permite tener comodidad y orden al profesional para empezar el procedimiento.
- Sujete el pene con firmeza mediante los dedos pulgar e índice de su mano no dominante. Con la ayuda de una gasa, deslice el prepucio hacia abajo. Esta maniobra evita la erección.
- Lubrique la sonda con lidocaína en gel que tenía preparado en la gasa. Hágalo desde la punta hasta una distancia varía de acuerdo a la edad del paciente en niños mayores aproximadamente de 12,5 a 17,5cm. Permite que la sonda pase suavemente a través del meato urinario.
- Con su mano no dominante sujete el pene en posición perpendicular, formado un ángulo de 90° respecto al cuerpo. Realice una ligera tracción del pene manteniéndolo en esta posición. Esta maniobra endereza el canal urinario, facilitando la inserción de la sonda.
- Introducir la sonda por el meato urinario muy suavemente hasta visualizar la presencia de orina. La aparición de orina indica que la punta de la sonda se encuentra en la uretra o en la vejiga.
- Cuando observe la presencia de la orina, introduzca un poco más la sonda de 1 a 2cm. Con ello se asegura la ubicación de la punta de la sonda en la vejiga y el posterior inflado del globo de la sonda.
- Baje el pene hasta un ángulo de 45° y conecte el embudo colector de la sonda al sistema de drenaje. Sitúe la bolsa por debajo del nivel de la vejiga. Esta posición evita el reflujo de orina hacia la cavidad urinaria.
- Infle el balón de retención con la jeringa y deslice suavemente la sonda hacia el exterior hasta notar una resistencia. Manténgala en esta posición. Vuelva a colocar el prepucio sobre el glande. El inflado del balón ancla la punta de la sonda en la unión de la vejiga con la uretra.
- Si el paciente te está en cama, fije la sonda en la parte interna del muslo con una tira de esparadrapo. Compruebe que la amplitud de movimiento de la extremidad no tensa la sonda. Evita el riesgo de lesión tisular de esta zona y la posibilidad de salida accidental de la sonda.
- Si es necesario, proceda a la higiene y secado de la zona perineal, luego quítese los guantes y lávese las manos.



❖ **Después del Procedimiento**

- Dejar cómodo al paciente pediátrico, para disminuir el estrés del paciente.
- Retirar el equipo utilizado dejarlo limpio en su lugar. Para su nuevo uso.

❖ **Precauciones**

- Informar al cuidador sobre el procedimiento que se va a realizar.
- El paciente pediátrico debe estar acompañado por un cuidador.
- Preparar psicológicamente, para evitar que el procedimiento sea traumático.
- No descubrir demasiado al paciente, para no afectar su pudor.
- Realizar una buena técnica de asepsia para no producir infección.
- La instalación y mantención de catéteres debe ser realizada por personal capacitado.
- Uso de cateterización sólo si es necesario y por el mínimo tiempo posible.
- Fijación apropiada del catéter para evitar su desplazamiento.
- Uso y mantención del circuito cerrado del sistema de drenaje urinario.
- Mantención permanente del flujo urinario sin obstrucciones.
- Observar la permeabilidad de la sonda.
- Fijar el tubo de drenaje a la pierna del paciente calculando la movilidad de la misma para evitar tirones.
- Mantenga la bolsa del drenaje por debajo del nivel de la vejiga, para prevenir infecciones por reflujo.
- Evitar desconexiones de la sonda innecesarias siempre que se puedan utilizar sistemas cerrados de drenaje.
- Limpieza de la zona perineal exhaustivamente cada 12 horas.

❖ **Circunstancias que requieren reevaluación**

- El niño tiene fiebre de más de 38.4 °C
- Tiene problemas para insertar la sonda
- El niño se siente más incómodo de lo normal al insertarle la sonda
- Nota una secreción inusual en el pene o alrededor de la sonda
- Cambia el olor de la orina o está turbia
- Hay sangre en la orina, u observa partículas arenosas
- Disminuye el volumen de orina.

❖ **Conclusiones y recomendaciones:**

- No forzar la introducción de la sonda, la cual debe ingresar con suavidad. Si no se consigue el sondaje, se debe esperar un rato antes de realizar de nuevo la técnica. Creación de una falsa vía por traumatismo en la mucosa uretral.
- En caso de retención urinaria por obstrucción de la sonda, puede estar causada por acodamiento de la sonda y por coágulos, moco o por sedimentos de la orina.
- Infección urinaria ascendente por migración de bacterias a través de la luz de la sonda.
- Presencia de hematuria posterior al sondaje a causa de alguna pequeña herida provocada al realizar la técnica.



ENEMA EVACUANTE

❖ Definición

Es el procedimiento que consiste en la introducción de líquidos en el recto a través de una cánula en el paciente pediátrico.

❖ Objetivo

Lograr la eliminación de las heces o de flatos del colon.

❖ Equipos

- Irrigador
- Sonda rectal
- Vaselina
- Riñonera
- Solución indicada
- Silla
- Sabana
- Solera
- Chata
- Papel higiénico
- EPP

❖ Dosis y pautas de administración:

- Niños < 2 años: 1 enema (66 ml) /día, dependiendo del cuadro clínico.
- Niños 2-15 años: 1 o 2 enemas (66 ml) /día, dependiendo del cuadro clínico. El efecto tiene lugar generalmente alrededor de los 5 minutos desde su aplicación.
- En niños menores de 2 años, usar con precaución al introducir la cánula en el recto.
- Deben evitarse uso enemas de agua jabonosa porque irritan el recto por su pH básico.

❖ Procedimiento

a) Antes del Procedimiento

- Higiene de manos según técnica.
- Preparar la solución según indicaciones:
- Colocar la sonda con la cánula al extremo distal de la conexión del irrigador y cerrar la llave.
- Colocar la solución dentro del recipiente y luego abrir la llave de la cánula para dejar salir la solución dentro de la chata y cierre la llave.
- Llevar el equipo al lado del paciente.

b) Durante el Procedimiento

- Explicar al cuidador del paciente pediátrico el procedimiento que se le va a realizar disminuye el temor y favorece la participación y colaboración del paciente.
- El paciente debe estar acompañado por su familiar de confianza.
- Colocar la cama en posición horizontal. Para facilitar la llegada de líquido al intestino por gravedad.



- Doblar la ropa de cama desde la parte superior a la inferior quedando cubierto solo con una sábana. Para brindar comodidad.
- Pedir al paciente que se coloque en posición de Sims (lado izquierdo con ambas rodillas flexionadas, la pierna derecha ligeramente más alta que la izquierda) y se acerque al borde de la cama. Anatómicamente el colon descendente se encuentra al lado izquierdo del abdomen, facilitando la entrada del líquido por gravedad.
- Verter una pequeña cantidad de vaselina en una toalla de papel higiénico y lubricar el extremo de la cánula. Para facilitar su introducción en el recto, disminuir el riesgo de irritación de la mucosa.
- Colocar el recipiente con solución a la altura de 60 cm. por encima de la cama. Para mayor presión y favorecer la salida del líquido.
- Con la mano izquierda y con la ayuda de una gasa o papel higiénico separe el glúteo superior. Para facilitar la visión del orificio rectal.
- Introducir la sonda rectal o cánula con suavidad unos 5 cm.
- Abrir la llave lentamente. Para evitar lesiones de la mucosa a la salida del líquido.
- Si el paciente se queja de malestar detener la salida del líquido de uno a dos minutos. Para evitar molestias en el paciente.
- Continuar irrigando hasta que se haya recibido toda la solución Para obtener mejores resultados.
- Cerrar la llave de la cánula, y retírela espere diez minutos antes de ir al baño.
- Si no se encuentra en condiciones de ir al baño colocar la chata y elevar la cabecera. Para facilitar la expulsión de las heces.
- Observar las características de las heces.
- Asear al paciente y dejarla cómodo.

c) Después del Procedimiento

- Llevar el equipo, lavar y colocar en su sitio. Para ser utilizado posteriormente.
- Lavar las manos. Para evitar diseminar gérmenes y bacterias.
- Hacer las anotaciones de enfermería indicando hora tipo de solución, características de las deposiciones, reacciones del paciente. Para ayuda al diagnóstico y a tratamiento del paciente.



CUIDADOS POST-MORTEN

❖ Definición

Es el conjunto de intervenciones de enfermería al paciente pediátrico que ha fallecido en el hospital.

❖ Objetivos

- Procurar que el cadáver conserve su estado normal, prevenir situaciones apremiantes y trasladar al mortuario.
- Cuidar los efectos personales del fallecido

❖ Equipos

- Equipo de aseo
- Vendas de gasa
- Algodón
- Papeleta de fallecimiento
- Esparadrapo
- Bolsa par ropa sucia
- Biombo.
- Mascarilla
- Camillas
- Lavatorio

❖ Procedimiento

a) Antes del Procedimiento

- Comunicar al especialista de turno para que constate el fallecimiento.
- Aislar la unidad con biombo o cerrar la puerta del cuarto.

b) Durante el Procedimiento

- Alinear el cuerpo, bajar el respaldar de la cama, enderece el cuerpo, coloque la almohada debajo de la cabeza y elevar ligeramente la cabecera de la cama.
- Sostener el maxilar por medio de la venda, no muy ajustada, cerrarle los ojos y mantener las facciones y posición normales.
- Si los ojos permanecen abiertos, cerrar los ojos con una ligera presión sobre los párpados en caso de tener dientes postizos colocarlos inmediatamente.
- Cambiarle todas las curas y quitarle todo drenaje, taponar con algodón los orificios naturales del cuerpo, asearle y peinarle.
- Vestirlo con una camisa limpia, colocar sus brazos a lo largo del cuerpo y entrelazar sus manos sobre el pecho.
- Colocar la papeleta de fallecimiento en la piecera del cadáver.
- Envolver el cadáver con una sábana limpia, trasladarlo en la camilla y cubrirlo con otra sábana.

c) Después del Procedimiento

- Retirar el equipo usado y guardar las pertenencias del fallecido en una bolsa para entregar a los familiares.



- Orientar a los familiares sobre los trámites administrativos, certificado de defunción que es un documento legal para fines sanitarios, legalización de bienes o beneficios a familiares.
- Coordinar con el personal encargado el traslado del cadáver a la morgue.
- Realizar la desinfección de la cama y mobiliario del ambiente para su próximo uso
- Registrar la defunción y la hora en el libro de egresos del servicio y formato de censo diario.

❖ **Precauciones**

- En caso que la defunción ocurra en sala de operaciones, las actividades de enfermería se realizan en dicho servicio.
- En caso de necropsia, los familiares deben firmar la autorización.



NEBULIZACIÓN

❖ Definición

Es un procedimiento que consiste en la administración de un fármaco mediante vaporización a través de la vía respiratoria, la solución líquida a ser administrada se combina frecuentemente con solución salina, se transforma en un aerosol para luego con ayuda generalmente de oxígeno crear un vapor que pueda ser inhalado por el paciente.

❖ Objetivos

- Facilitar la expectoración
- Expandir el volumen pulmonar

❖ Indicaciones

- Dificultad para expulsar las secreciones respiratorias.
- Respiraciones profundas ineficaces.
- Tos
- Compromiso respiratorio moderado o grave independientemente de la edad.

❖ Equipos

- Flujómetro
- Fuente de suministro de oxígeno (balón con O₂, concentrador de O₂).
- Niple (adaptador para suministro de oxígeno)
- Conexión de oxígeno
- Oxímetro de pulso
- Set de nebulización (en que consiste el set de nebulización: mascarilla, reservorio, cánula) mascarilla de acuerdo a la edad.
- Solución salina
- Jeringa descartable de 5cc o 10cc.
- Medicamento según prescripción médica (Salbutamol, Fenoterol, etc)

❖ Procedimiento

a) Antes del Procedimiento

- Preparar el material y equipo y llevar a la unidad del paciente, para facilitar el procedimiento, evitar gasto de energía innecesario.
- Explicar el procedimiento al paciente y en caso de niños muy pequeños a los padres o cuidadores responsables, disminuye el temor y favorece su colaboración.
- Verificar la operatividad del equipo para evitar desgaste de tiempo y energía
- Verificar el funcionamiento del balón de Oxígeno o del oxígeno empotrado
- Lavado de manos con agua y jabón. Disminuye gérmenes y contaminación del equipo.
- Controlar la saturación de oxígeno. Para conocer el valor inicial de la saturación de oxígeno del paciente.
- Preparar el medicamento según prescripción médica aplicando los quince correctos.



b) Durante el Procedimiento

- Colocar al paciente en posición sentada o semisentada y cómoda en caso de niños pequeños con la colaboración de los padres y/o acompañantes responsables. Favorece la expansión de los pulmones y se obtiene la confianza de los cuidadores
- Instalar la mascarilla de manera que sin apretar quede bien sujeta a la cara del paciente, ajustar el medio de fijación al puente de la nariz, para que el paciente reciba eficazmente el medicamento.
- Agregar el medicamento en el reservorio del nebulizador según prescripción médica, asegura la dosis correcta
- Conectar el equipo a la fuente de oxígeno haciendo uso de los conectores, permite obtener un buen funcionamiento del equipo.
- Abrir la fuente de oxígeno hasta un nivel de 10 litros por minuto, comprobar que sale vapor, a continuación, bajar 6-8 litros por minuto asegurarse de que el vapor sigue. Favorece la evaporación para que sea inhalado por el paciente.
- Pedirle al paciente que inspire con lentitud, profunda y uniformemente a través de la boca y aguante la respiración durante dos o tres segundos, a continuación que espire normalmente. Favorece la expansión de los pulmones y la absorción adecuada del medicamento.
- Después de terminar la nebulización espere 10 minutos, para valorar la saturación de oxígeno y la efectividad de la nebulización.
- Repita el procedimiento según prescripción médica, con un intervalo de 20 minutos e inicie la fisioterapia respiratoria. Facilita la movilización de secreciones y su eliminación a nivel pulmonar.

c) Después del Procedimiento

- Desarmar y asear el nebulizador después de utilizarlo cada vez, para facilitar el siguiente procedimiento.
- Registrar el procedimiento en la hoja de enfermería de la historia clínica, medicamento usado, la frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno antes y después del tratamiento, para valorar oportunamente sus funciones vitales.

❖ Precauciones

- Comprobar la no existencia de alergias al medicamento a administrar (preguntar antes de la administración).
- Revisar conexiones del sistema de administración de oxígeno para evitar posibles fugas.
- Cambio de mascarilla del nebulizador por cada paciente.
- Realice el procedimiento antes de la ingesta de alimentos o en su defecto una hora después de los mismos.



NEBULIZACIÓN CON INHALACIÓN

❖ Definición

La terapia inhalatoria es una forma práctica y útil para el manejo de la patología bronquial obstructiva, se administra directamente a su lugar de acción, lo que permite el empleo de dosis menores y proporciona una respuesta terapéutica más rápida y en general con menos efectos sistémicos.

❖ Objetivos

- Restaurar la condición clínica y la función pulmonar óptima.
- Prevenir la recaída precoz, las complicaciones o muerte.

❖ Material y equipo

- Aerocámara o espaciador
- Inhalador (salbutamol, fenoterol, etc.)

❖ Procedimiento

a) Antes del Procedimiento

- Lavado de manos, evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.
- Verificar la indicación médica.
- Agitar el inhalador y retirar la tapa sosteniendo el inhalador en posición vertical. permite mejor homogenización del medicamento.
- Medir la frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno antes y después del tratamiento. Los broncodilatadores pueden producir taquicardia, molestia precordial, palpitations, vértigos, náuseas y sudoración.
- Explicar el procedimiento al paciente y en caso de niños muy pequeños a los padres o cuidadores responsables, disminuye el temor y favorece su colaboración.

b) Durante el Procedimiento

- Colocar al paciente en posición sentado o de Fowler, en casos de niños pequeños con la colaboración de los padres y/o acompañantes responsables. El desplazamiento diafragmático y la elasticidad pulmonar son mayores en esta posición.
- Conectar el inhalador en la aerocámara y agitar antes de usarlo.
- Colocar la aerocámara en la cara cubriendo la nariz y boca. Permite un cierre hermético entre la cámara y la cara del paciente.
- Al aplicar la inhalación (puff) el paciente debe respirar en forma lenta y profunda, de 10 a 15 veces dentro de la aerocámara en caso de niños más grandes. Para una distribución y depósito máximo de las partículas del aerosol en las zonas basales de los pulmones.
- Si necesita otra dosis de éste u otro aerosol esperar al menos un minuto y repetir los pasos anteriores. Para facilitar el tiempo de expansión pulmonar.
- Realizar palmo terapia respiratorio después de cada inhalación por un tiempo de 3 a 5 minutos. Para movilizar secreciones.



c) Después del Procedimiento

- Auscultar el tórax, registrar en notas de enfermería toda mejoría o variación. Para contar con información veraz y completa y constituir una ayuda para el diagnóstico oportuno.
- Desarmar, lavar, desinfectar, secar la aerocámara cada vez que se usa y guardar empaquetado en un campo estéril.

❖ **Precaución**

- Cuando está indicado dos aplicaciones de inhalación, estos deben estar separados por un minuto entre sí.
- Nunca se deben hacer las dos aplicaciones en forma simultánea.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PUNCIÓN LUMBAR

❖ Definición

Es un procedimiento de diagnóstico o de tratamiento, que consiste en introducir una aguja o catéter entre las apófisis espinales de la columna vertebral, generalmente entre la tercera y cuarta vértebra lumbar.

❖ Objetivos

- Obtener muestras de líquido cefalorraquídeo para diagnóstico y tratamiento.
- Medir la presión del líquido cefalorraquídeo.
- Extraer líquido cefalorraquídeo para aliviar la presión intracraneana.
- Promover cooperación del usuario mediante los cuidados de enfermería y la orientación sobre el procedimiento.

❖ Materiales y equipos.

- Expediente o (Historia Clínica) HC de salud del paciente.
- Orden médica.
- Bolígrafo con tinta de color azul o negra.
- Equipo de punción lumbar estéril.
- Tubos de ensayo estériles.
- Jeringa descartable de 2 mililitros.
- Jeringa de 3 -10 y 15 mililitros (opcional).
- Raquimanómetro estéril con llave de tres vías.
- Guantes estériles.
- Agua estéril. Especificar en frasco, volumen
- Antiséptico
- Frasco con jabón antiséptico.
- Frasco con anestésico local.
- Medicamento preparado si está indicado.
- Torundas de algodón estéril.
- Campo estéril abierto.
- EPP
- Recipiente para descartar desechos.

❖ Procedimiento: acciones de enfermería fase preliminar

- Verificar la identidad del usuario(a), la fecha y hora concedida para el examen, para evitar errores.
- Realizar lavado de manos según procedimiento, para disminuir la cantidad de microorganismos existentes en las manos
- El cuidador estará informado acerca del procedimiento, facilita la colaboración y disminuye el estrés.
- Preparar física y psicológicamente al niño(a)
- Medir y registrar los signos vitales, para valorar el estado de salud del paciente.
- Preparar el equipo de punción lumbar y los insumos necesarios, facilita el procedimiento y ahorra tiempo.
- Agregar antiséptico a las torundas de gasa, que se encuentran dentro del recipiente, para asegurar la desinfección de la piel.

- Colocar en posición decúbito lateral derecho o izquierdo (según indicación médica), con muslos y piernas flexionadas, arqueando la espalda (posición fetal), facilita el procedimiento.
- Colocar un brazo alrededor de los muslos y el otro alrededor del cuello, entrelazando las manos por delante del usuario(a).
- Descubrir la zona anatómica a puncionar en el usuario (a).
- Proveer anestésico local al especialista.
- Informar al usuario(a) que respire con suavidad y no detener su respiración o hacer fuerza durante el procedimiento, en caso de los niños más grandes.
- Observar y detectar signos y síntomas como: coloración de tegumentos, respiración, movimientos anormales, quejido o llanto quejumbroso, cefalea, vómitos, convulsiones u otros, para evitar complicaciones.
- Rotular la muestra del líquido recolectada, con el nombre del usuario(a), número de HC, nombre del servicio, fecha y número de cama, al laboratorio, evita errores en el resultado del examen solicitado.
- Al final del procedimiento colocar gasa estéril y hacer compresión con el esparadrapo, para evitar complicaciones.
- Colocar al usuario(a) en posición decúbito dorsal, sin almohada, de acuerdo a indicación médica, para evitar signos de alarma.
- Escribir en nota de enfermería resultados, especificando:
 - ✓ Hora del procedimiento.
 - ✓ Nombre del especialista a cargo del procedimiento.
 - ✓ Volumen de líquido extraído y características: (purulento, cristalino), goteo lento o rápido, medicamentos administrados
 - ✓ Condición del paciente antes, durante y después del procedimiento.
 - ✓ Nombre y número de licencia del profesional de enfermería que brindó asistencia y cuidados durante el procedimiento.
- Eliminar materiales punzocortantes adecuadamente siguiendo los pasos de manejo correcto de desechos sólidos hospitalarios.
- Eliminar EPP

❖ **Observaciones y/o complicaciones**

- No reforzar la ingestión de líquidos
- Riesgos relacionados con el procedimiento:
 - Trauma.
 - Dolor en el sitio de punción.
 - Cefalea.
 - Sangrado
 - Infección.
 - Quiste sub aracnoideo
 - Hernia.

❖ **Contraindicaciones**

- Infección de la piel en el área de punción.
- Hipertensión endocraneana.



ASPIRACIÓN DE SECRECIONES OROFARINGEAS

❖ Definición

Es un procedimiento que consiste en extraer las secreciones traqueos bronquiales y cavidad oral que ocasiona una obstrucción de las vías respiratorias.

Se identifican dos tipos:

● Aspiración abierta.

Es la extracción de secreciones acumuladas en tracto respiratorio superior, por medio de succión y a través del tubo endotraqueal.

● Aspiración cerrada.

Procedimiento que se efectúa con frecuencia en los servicios de UCI para retirar secreciones evitando la desconexión del ventilador mecánico.



TECNICA BIGOTERA

❖ Objetivos

- Mantener las vías aéreas permeables.
- Eliminar secreciones del árbol traque bronquial mediante una técnica limpia.
- Evitar el bloqueo mecánico de las vías respiratorias e infección secundaria.
- Mejorar la eficacia y la distribución de la ventilación.

❖ Equipos y materiales

- Equipo de aspiración de secreciones
- Bolsa de reanimación manual c/reservorio conectado a fuente de O₂ (oxígeno)
- Sonda de aspiración de polietileno o goma (pediátrico)
- Guantes estériles.
- Frasco con agua estéril.
- Gasas estériles
- Tubo de Guedell (opcional)
- Estetoscopio
- Pulsioxímetro
- EPP, si es necesario

❖ Procedimiento

a) Antes del Procedimiento

- Higiene de manos con agua y jabón. La espuma del jabón emulsiona las grasas y el agua arrastra el material séptico.
- Preparación del equipo y funcionamiento son fuentes principales de información.
- Preparación psicológica al paciente. Brinda tranquilidad emocional y facilita el procedimiento.
- Colocar en posición adecuada y proporcionar apoyo, facilite el procedimiento.
- Si la aspiración se va a realizar vía oral, situar al paciente con la cabeza lateralizada, si es vía nasal, poner el cuello del paciente en hiper extensión, si el paciente está inconsciente colocarlo en decúbito lateral. La posición de la cabeza evita que la lengua obstruya la entrada de la sonda.



b) Durante el Procedimiento

- Monitorizar: FC, SAT O2, FR
- Con la mano dominante retirar la sonda de su envoltura, sin rozar los objetos o superficies potencialmente contaminados. Enrollar la sonda en la mano dominante.
- Conectar la sonda de aspiración al tubo del aspirador, protegiendo la sonda de aspiración con la mano dominante y con la otra mano embonar a la parte de la entrada del tubo del aspirador, comprobar su funcionalidad oprimiendo digitalmente la válvula de presión.
- Lubricar el extremo de la sonda.
- Introducir la sonda suavemente en una de las fosas nasales, durante la inspiración del paciente. Cuando se tiene resistencia al paso de la sonda por nasofaringe posterior, se rota suavemente hacia abajo, si aún continúa la resistencia intentar por la otra narina o por vía oral. No se debe aspirar la sonda en el momento en que se está introduciendo, para evitar la privación de oxígeno al paciente, además de Introducir la sonda sin aspiración por la boca o la nariz y realizar una aspiración intermitente al extraer la sonda. Esta maniobra no debe exceder los 10 a 15 segundos.
- Auscultar el tórax y valorar los ruidos respiratorios.
- Limpiar la sonda con gasa estéril y aspirar agua o suero fisiológico estéril. Para permeabilizar la sonda y lograr un adecuado funcionamiento.
- Repetir no más de tres veces el proceso de aspiración. La repetición del procedimiento permite despejar las vías aéreas y eliminar las secreciones y sustancias extrañas.
- Observar las secreciones (color, cantidad, consistencia). La identificación de las características es parte de la valoración del paciente.
- Dejar descansar al paciente. Favorece la oxigenación de los alvéolos pulmonares.
- Animar al paciente para que respire profundamente y realice el procedimiento de tos asistida.

c) Después del Procedimiento

- Desechar la sonda, guantes, agua y envases utilizados.
- Dejar cómodo al paciente es importante para su recuperación física, emocional y espiritual, los cuidados de enfermería brindados con calidad, seguridad y humanizados favorecen el bienestar del paciente.
- Realizar lavado de manos evita las infecciones asociadas a la atención del paciente.
- Registrar en las notas de enfermería el procedimiento características de las secreciones y la respuesta del paciente.



LAVADO GÁSTRICO

❖ Definición

Es un procedimiento habitual que consiste en la introducción de una sonda, para evacuar sustancias tóxicas (sangre, meconio, etc.) mediante la irrigación y aspiración de pequeños volúmenes de líquido del estómago.



❖ Objetivos

- Descompresión de la cavidad gástrica para alivio del neonato o niño.
- Eliminar el veneno o tóxico absorbido después de su ingestión.
- Diagnosticar hemorragia gástrica y detenerla.
- Obtener muestras de ácidos estomacales
- Extraer sustancias tóxicas

❖ Equipos y materiales

- Sonda nasogástrica N° 08,10, 12, 14,16 y 18. Fr, dependiendo de la edad del niño.
- Jeringa grande de 50 – 60 ml con adaptador.
- Agua simple o el antídoto.
- Cubeta
- Baja lenguas.
- Recipientes para la recolección del líquido evacuado.
- Guantes limpios.
- Esparadrapo

❖ Procedimientos

a) Antes del Procedimiento

- Lavado de manos la espuma del jabón emulsiona las grasas y el agua arrastra el material séptico.
- Preparar material y equipo. Para ahorrar tiempo y energía.
- Explicar e informar a los padres o tutores del procedimiento del lavado gástrico, que vamos a realizarle, por si tienen alguna duda o inquietud al respecto.
- Evaluar el estado de conciencia del niño, estado respiratorio y circulatorio.
- Estabilizar y monitorizar constantes vitales nos informan sobre el estado de salud de un paciente.
- Establecer relación con los padres de familia en caso de ingestión de sustancia tóxica, cantidad, tiempo transcurrido, etc., (Una comunicación adecuada o efectiva favorece la colaboración del familiar.

b) Durante el Procedimiento

- Preparación al cuidador para la inserción de la sonda al paciente la sonda nasogástrica debe ser la adecuada para su edad.
- Medición de la longitud a introducir (nariz-lóbulo de la oreja-apéndice xifoides boca-Angulo de la mandíbula-apéndice xifoides).
- Lubricar la sonda e introducirla con suavidad.



- Comprobar la correcta colocación con la aspiración de contenido gástrico o mediante la introducción de aire y auscultación con estetoscopio a nivel gástrico.
- Se inicia una vez comprobada la correcta colocación de la sonda gástrica.
- Introducción de la cantidad apropiada de solución salina isotónica.
- Se infundirá directamente con la jeringa conectada a la SNG. El líquido de lavado gástrico se deja aproximadamente un minuto y después se extrae.
- Masaje suave en la zona del epigastrio para facilitar la remoción de las sustancias a eliminar.
- Aspiración suave del líquido instilado mediante jeringa.
- Realizar los ciclos precisos hasta que el drenaje sea claro.

c) Después del Procedimiento

- Dejar cómodo al paciente, retirar y dejar todo en su lugar ayuda a la recuperación del paciente.
- Dejar al paciente con la sonda nasogástrica hasta que el médico indique lo contrario.
- Registrar en la hoja de enfermería, observaciones o reacciones del paciente. La valoración integral del niño y anotar es de suma importancia para la evaluación del paciente.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE LA COLOCACIÓN DE UNA SONDA TORÁCICA EN NIÑOS

❖ Definición

Procedimiento que consiste en introducir una o más sondas flexibles en el espacio pleural para evacuar aire, sangre o líquido.

❖ Objetivo

- Evacuar colecciones pleurales, ya sean aéreas o líquidas (sangre, pus) para conseguir la re expansión pulmonar.
- Evitar la entrada de aire atmosférico en el espacio pleural, mediante el uso de una trampa de oxígeno.
- Restaurar la presión negativa del espacio pleural.
- Aliviar la dificultad respiratoria asociada con el colapso pulmonar.
- Valorar y registrar la cantidad de líquido drenado y sus características.
- Garantizar una manipulación aséptica y segura del tubo o catéter torácico, así como de la unidad de drenaje.

❖ Equipos y materiales

- Jeringas descartables de 10 y 20 ml
- Aguja descartable, N° 21 1/2, 18 ½, 23 3/8.
- Trocar.
- Antiséptico: yodo povidona, alcohol puro.
- Campos estériles descartables.
- Gasa, guantes estériles
- Equipo de toracotomía para niños.
- Anestésico local: Xilocaína al 2% sin epinefrina.
- Material de sutura: seda 0 con aguja recta, mango y hoja de bisturí N°21.
- Sonda torácica N°12, 14 o 16.Fr.
- Sistema para drenaje torácico, tubos conectores, frascos para colocación de agua estéril 300 a 400 ml.

❖ Procedimiento

a) Antes del procedimiento

- Higiene de manos. Elimina y evita la transmisión de microorganismos.
- Obtener previamente al procedimiento la radiografía torácica del paciente. Para valorar la presencia de hemitórax (acumulación de sangre en cavidad pleural); o neumotórax (aire alrededor del pulmón).
- Disponer del sistema de drenaje, verificar su integridad y operatividad. Para ahorro de tiempo y energía.
- Explicar a los padres y/o cuidadores sobre el procedimiento a realizar. Al brindar información se obtiene la autorización para el procedimiento.
- Posición del paciente:
 - a. Sentarlo inclinado hacia adelante, abrazando una almohada. Evita flexión del cuello para disminuir el riesgo de compromiso de la vía aérea.
 - b. Colocarlo en posición prona con una almohada debajo de su tórax. Facilita el lugar de inserción y una posición firme.
 - c. Acostarlo sobre el lado no afectado con el brazo colgado a un lado del borde de la cama. Para mantener una buena alineación corporal.



- Control de oximetría. Son mediciones de las funciones básicas del cuerpo que nos permite valorar el estado de salud del paciente.

b) Durante el procedimiento médico

- Colocarse los guantes estériles. Previene la contaminación.
- Preparar la piel e infiltrar anestesia local. Disminuye el dolor en la zona de punción del paciente.
- Introducción de la aguja para exploración (la sonda se coloca entre las costillas y dentro del espacio entre el revestimiento inferior y exterior de la cavidad torácica). Espacio pleural. Se quita la aguja y se introduce la sonda varios centímetros, luego se fija la sonda a la piel. Para evitar el desprendimiento accidental de la sonda y disminuir el riesgo de complicaciones (enfisema pulmonar).
- La sonda se une a un colector y los tubos a un sistema de drenaje, con sellos bajo el agua. Produce una presión negativa y favorece el drenaje.

c) Después del procedimiento

- Rotule el frasco con aproximadamente 400 cc de agua estéril (nivel de agua, fecha, hora) usando medidas de bioseguridad. Es indispensable rotular el frasco ya que nos sirve como medio de seguridad e información.
- No levantar el frasco de drenaje sin el clampaje respectivo. Evita que la secreción drenada ingrese nuevamente al interior del paciente y se contamine.
- Dejar todo limpio y en orden. El orden y la limpieza permiten brindar atención segura, oportuna y libre de riesgos.
- Lavarse las manos. Reduce la proliferación de microorganismos.
- Registrar el procedimiento en hojas de anotaciones de enfermería. Las notas de enfermería son documentos legales que certifican las actividades.
- Comprobar el funcionamiento del sistema de drenaje. Verificar que el sistema de drenaje esté operativo.
- Si se observa un aumento importante de la cantidad de drenaje comunicar al especialista. Evita posibles complicaciones que puedan presentarse en el paciente.

❖ Complicaciones

- Hemorragia.
- Laceración pulmonar.
- Edema de pulmón.
- Obstrucción del tubo.
- Enfisema subcutáneo.
- Celulitis.
- Colocación intraabdominal o subcutánea.



CUIDADOS DEL PACIENTE CON DRENAJE TORÁCICO

❖ Definición

Es el procedimiento que se lleva a cabo en pacientes pediátricos, para extraer aire, líquido hemático, seroso, purulento de la cavidad pleural en forma continua a través de un sistema de drenaje cerrado de presión negativa mecánico.



❖ Objetivos

- Facilitar la salida de líquidos y aire del espacio pleural, cavidad torácica y el espacio mediastino.
- Restablecer la re expansión de la función cardiorrespiratoria después de la cirugía y/o traumatismo.
- Favorecer la función respiratoria del paciente pediátrico.

❖ Equipo

- Sistema de drenaje de tórax cerrado operativo.
- Conector estéril (opcional en caso de emergencia).
- EPP
- Soluciones antisépticas.
- Equipo de sutura.
- Mesa de mayo.
- Esparadrapo ancho (antialérgico) de (10cm).

❖ Procedimiento

Las tres palabras clave en el cuidado de un paciente con drenaje torácico son: **comprobar, valorar y registrar** durante las dos primeras horas del drenaje cada 30 minutos, después cada 2 horas durante las primeras 6 horas posteriores a la colocación del dispositivo, finalmente cada 6 horas hasta el retiro del tubo de drenaje torácico.

El cumplimiento con las prácticas de atención de los pacientes para el control de infecciones es una función del personal de enfermería. Éste debe conocer dichas prácticas para evitar la manifestación y propagación de infecciones y mantener prácticas apropiadas para el paciente pediátrico antes, durante y después del procedimiento.

a) Antes del procedimiento

- Higiene de manos, la propagación de infecciones a otras personas, evitando así las infecciones cruzadas.
- Reunir el material necesario para los cuidados diarios del niño con drenaje torácico; para ahorrar tiempo y energía.



b) Durante el procedimiento

- Curación diaria de la zona de punción, vigilando la aparición de signos de infección, edema, exudado para evitar complicaciones y poder actuar en forma oportuna.
- Evitar acodamientos o compresión de los tubos de drenaje al colocar los esparadrapos, en las movilizaciones y traslados del paciente, procurar colocar los tubos hacia delante y así evitar la interrupción del efecto terapéutico.

- Vigilar el punto de fijación a fin de prevenir las fugas de aire del sistema de drenaje.
- Atender las necesidades de aseo, movilización y confort del paciente pediátrico.
- Mantener los barandales de la cama o camilla elevados al lado contrario del procedimiento, para evitar accidentes de los niños sobre todo en lactantes.
- Realizar la fisioterapia respiratoria en cuanto sea posible para ayudar la eliminación de secreciones traqueobronquiales y reducir el trabajo respiratorio.
- Mantener el dispositivo de drenaje siempre por debajo del nivel del tórax, para facilitar el drenaje de líquido pleural.
- Mantener a mano, pinzas para clampar por si se produce cualquier desconexión del sistema.
- Mantener siempre el sistema de drenaje por debajo del nivel del tórax.
- El sistema de drenaje se cambiará cada 24 horas, anotando en el frasco el día y la hora. previo correcto pinzamiento del tubo de tórax.
- Si observamos un burbujeo excesivo y continuo, informar de inmediato para descartar una fuga de aire del drenaje (se puede haber soltado alguna conexión).
- Observar e informar de inmediato si es que el paciente presenta respiración superficial rápida, cianosis, enfisema subcutáneo o signos de hemorragia cuando el paciente presenta una respiración superficial, las fluctuaciones serán menores; si su respiración es laboriosa, profunda, aquellas serán mayores; Las fluctuaciones serán menores a medida que se re expanda el pulmón y se rellene el espacio pleural. De observar una ausencia inesperada de fluctuaciones podría deberse a la obstrucción del tubo.
- Alentar al paciente a que respire profundamente y tosa a intervalos frecuentes. Si hay dolor en la incisión, aplicar terapéutica indicado para controlarlo y alivio del dolor en el paciente.
- Si el paciente debe ir a Sala de Ayuda diagnóstica, Tomografía o pase a otra área de cuidados intermedios el frasco de drenaje se colocará debajo del nivel del tórax (tan cerca del piso como sea posible) si se encuentra en una camilla. Si no es posible realizar lo antes mencionado se deberá pinzar el sistema de drenaje torácico y colocar el frasco cerca al paciente.
- Cuando toque asistir al cirujano a retirar el sistema de drenaje torácico se deberá pinzar la sonda y retirar rápidamente. En forma simultánea, se aplica un vendaje pequeño y hermético con gasa furacinada recubierta con gasa de 4x4cm y sellar en su totalidad con tela adhesiva.
- Es necesario rotular el frasco desde su colocación para poder cuantificar volumen de drenaje, si se recolecta muestra para cultivo también se debe rotular con datos del paciente, fecha y hora.

c) Después del procedimiento

- Retirar de la unidad del paciente los materiales utilizados durante la curación de zona de inserción de tubo de drenaje.
- Retirarse los guantes, eliminar y lavarse las manos.
- Continuar valorando signos vitales, oximetría,
- Realizar anotaciones de enfermería, colocando los principales hallazgos y otros, dejar al paciente en posición adecuada en 45°.



PROCEDIMIENTO PARA TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA

❖ Definición

Electrocardiograma, es un procedimiento sencillo y rápido que se realiza para obtener el registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón, cada onda (EKG) representa un impulso eléctrico mientras se desplaza a través del corazón. El electrocardiograma continúa siendo una prueba de gran importancia para el diagnóstico y evolución de las cardiopatías congénitas, las arritmias u otras enfermedades cardiacas durante la edad pediátrica.

Los principios básicos del electrocardiograma pediátrico son iguales al del adulto, pero en niños el EKG presenta características propias condicionadas, sobre todo, por la edad del paciente. Está indicado en pacientes con problemas coronarios, control médico y de rutina, por lo que no existe contraindicación alguna.



❖ Persona responsable

- Licenciada en Enfermería.

❖ Objetivos

- Identificar trastornos del ritmo cardiaco y su conducción del corazón.
- Controlar la regularidad y la vía a través del sistema de conducción del impulso eléctrico.
- Detectar isquemia, infarto, anomalías electrolíticas.

❖ Equipos y materiales

- Electrocardiógrafo operativo
- Electrodo.
- Pasta conductora (gel).
- Gasa con alcohol.
- Papel milimetrado, según modelo e indicación del fabricante.
- Gasas o pañuelos de papel, sábana o toalla.
- Camilla con sábana y solera.

❖ Procedimiento

a) Antes del procedimiento

- Acercar el equipo y materiales a la cama del paciente el Eco cardiógrafo que consta de las 5 derivaciones, 4 electrodos o pinzas para las extremidades, el papel del registro, el gel y las gasas, para ahorrar tiempo y energía.
- Preparación física y psicológica. Siempre y cuando esté consciente; para disminuir la ansiedad y a su vez obtener su colaboración, procuraremos que él bebe este lo más relajado posible y que la temperatura de la habitación sea agradable (el temblor muscular puede interferir la señal eléctrica), e indicarle que el procedimiento es indoloro. Se recomienda la autorización de los padres para obtener su consentimiento.



- Comprobar la operatividad del electrocardiógrafo para evitar demoras en el procedimiento.
- Limpiar con gasa impregnada de alcohol el tórax, la zona interior de las muñecas y de los tobillos del paciente pediátrico. Con ello se disminuye la grasa de la piel y se facilita la conducción eléctrica.
- Aplicar el gel conductor en la superficie del electrodo que entrará en contacto con la piel del paciente pediátrico, si no dispone de gel, se puede emplear alcohol.
- Exponga las muñecas y los tobillos del paciente para conectar los cables de derivación apropiada a cada extremidad.

b) Durante el procedimiento

- Mantener la privacidad del paciente pediátrico.
- Limpiar con una gasa impregnada en alcohol el tórax, la zona interior de las muñecas y de los tobillos del paciente (con ello se disminuye la grasa de la piel y se facilita la conducción eléctrica)
- Aplicar la pasta conductora en la superficie del electrodo que entrará en contacto con la piel del paciente (si no dispone de pasta se puede emplear alcohol o suero fisiológico)
- Colocar los cuatro electrodos periféricos en las muñecas y los tobillos del paciente.
- Si el paciente tiene una extremidad enyesada, coloque el electrodo sobre la zona de la piel más proximal al yeso.
- Conectar cada uno de los cables a su electrodo periférico correspondiente (el extremo de cada cable esta rotulado con las siglas y el código de color de identificación:
 - a) Conectar el cable RA (right arm o brazo derecho) o rojo al electrodo de la muñeca derecha.
 - b) Conectar el cable LA (left arm o brazo izquierdo) o amarillo al electrodo de la muñeca izquierda.
 - c) Conectar el cable LL (left leg o pierna izquierda) o verde al electrodo del tobillo izquierdo.
 - d) Conectar el cable RL (right leg o pierna derecha) o negro al electrodo del tobillo derecho
- Descubra el tórax del paciente hasta aproximadamente el séptimo espacio intercostal.
- Limpiar con una gasa impregnada en alcohol las zonas donde va a colocar los electrodos torácicos.
- Identificar y ordenar cada uno de los cables de las derivaciones precordiales; asegúrese que cada cable esté conectado a un electrodo precordial.
- Aplicar la pasta conductora en el electrodo y colocar cada uno de ellos en el área torácica correspondiente:
 - V1. Cuarto espacio intercostal derecho, junto al esternón.
 - V2. Cuarto espacio intercostal izquierdo, junto al esternón.
 - V3. En un lugar equidistante entre V2 y V4 (a mitad del camino de la línea que une ambas derivaciones)
 - V4. Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea medio clavicular.
 - V5. Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea axilar interior.
 - V6. Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea axilar media.



- Informar al paciente que se realizará el registro y que es conveniente que se mantenga quieto, tranquilo y que no converse o realice preguntas para no interferir en el trazado.
- Seleccionar y registrar las derivaciones durante al menos 6 segundos cada una de ellas (los 6 segundos proporcionan un tiempo óptimo para detectar posibles alteraciones del ritmo y de la conducción)
- Observar la calidad del trazado; si la calidad no es adecuada, repita el trazado correspondiente.

c) Después del procedimiento

- Al finalizar el registro apagar el aparato y retirar los electrodos; limpiar la piel del paciente y ayudarlo a vestirse, o solicitar apoyo al familiar para colocar su vestido
- Recoger y limpiar el material, desconecte las piezas y limpiar cada electrodo con una gasa empapada en alcohol. Dejar los cables de los electrodos recogidos y desenredados.
- Identificar el trazo obtenido con el nombre del paciente, fecha y hora en que se obtuvo el registro para evitar confusiones.

❖ **Precauciones**

- Antes de iniciar la toma de EKG tener cuidado de hacer tierra en una superficie metálica.
- Debe contarse con la colaboración del paciente durante el procedimiento, es decir no debe moverse, tampoco hablar para así evitar interferencias o líneas artificiales en el registro.
- El paciente no debe tener contacto con la parte metal de la cama.
- Verificar si los electrodos para extremidades no están colocados muy apretados.



ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA U OROGÁSTRICA

❖ Definición

También llamada nutrición enteral (NE), es una técnica que se refiere a la administración de nutrientes a través del tracto gastrointestinal (GI).

Consiste en administrar una fórmula alimentaria líquida en situaciones que el niño con tracto gastrointestinal funcionando no deba o no pueda ingerir alimentos en cantidades suficientes de una nutrición fisiológica, segura y económica.

La administración del alimento puede realizarse de dos maneras:

- **Intermitente:** el alimento es administrado desde 3 a 6 tomas al día, la que es más parecida a la alimentación habitual., en un periodo de tiempo no inferior a 20 o 30 minutos por jeringa, o un recipiente de alimentación.
- **Continua:** el alimento es administrado sin interrupción durante 12 a 16 horas (con las respectivas horas de descanso) mediante una bomba de infusión hasta la cantidad deseada y según tolerancia.



❖ Objetivos

- El objetivo principal es proporcionar al niño la alimentación adecuada para cubrir las necesidades hídricas y calóricas del niño.
- Administrar medicamentos.

❖ Formas de alimentar por sonda

- **Con jeringa;** se introduce la leche materna, fórmula materna o tipo de dieta indicada hacia la sonda en bolos y este pasara a gravedad; cuando termina la alimentación se enjuaga la sonda con agua para evitar que se obstruya.
- **Bomba de infusión;** administración del alimento mediante una línea con la ayuda de un aparato que regula la infusión según lo programado. Estos pasos son similares al método del goteo por gravedad, la diferencia es que las sondas están conectadas a un abomba electrónica, se programa la bomba para administrar la fórmula a una velocidad establecida por hora esta puede ser intermitente o continua, cuando se utiliza este método se interrumpe la alimentación cada cuatro horas para enjuagar la sonda con agua de manera que no se obstruya. El método de la bomba también puede utilizarse para las alimentaciones por bolo.

❖ Responsabilidad de Enfermería

- Iniciar la alimentación por sonda generalmente a concentración completa y a velocidad lenta.
- No es imprescindible la esterilidad para todo el sistema, pero si la higiene máxima.
- Para evitar el reflujo en los pacientes, la cabecera de la cama se debe mantener elevada en 30° como mínimo, preferiblemente a 45° a no ser que se encuentre contraindicado.
- La medición del volumen residual es necesario para medir la tolerancia gástrica. Esto es necesario porque de ello dependerá la cantidad de leche, fórmula maternizada o dieta licuada que el niño requiera según su edad, se debe medir residuo gástrico cada 4 a 8 horas y antes de la alimentación.

- El alimento se debe administrar a temperatura ambiente, en caso de estar refrigerado sacarlo previamente para su descongelamiento.

❖ **Equipos y Materiales**

- Leche materna, fórmula maternizada, fórmula nutricional o dieta licuada según lo indicado en órdenes médicas.
- Frasco con el contenido a suministrar según lo indicado.
- Jeringa de 20 o 50cc para el alimento y el agua.
- Jeringas de 1, 3,5 o 10cc para la administración de medicamentos.
- Bomba de infusión, cuando sea necesario.
- Línea de infusión para la bomba.
- Guantes limpios.

❖ **Procedimiento**

a) **Antes del Procedimiento**

- Higiene de manos, disminuye el riesgo de contaminación.
- Preparar el material y llevar a la unidad del paciente; para ahorrar tiempo y energía.
- Explicar el procedimiento al paciente para así obtener su colaboración en caso de que el niño este consciente y con capacidad de comprensión.
- Dialogar con los padres del para obtener su consentimiento
- Colocar al paciente en posición fowler con almohadas detrás de cabeza y hombros, para evitar aspiraciones
- Colocarse los guantes.
- Aspirar secreciones orofaringe si es necesario,
- Verificar que la sonda nasogástrica u orogástrica este fijado al nivel correspondiente según su medición, esto evita que el niño se aspire con su alimento ya sea esta dieta licuada o formula materna.

b) **Durante el Procedimiento**

- Comprobar la tolerancia antes de iniciar la alimentación, verificando que el residuo gástrico sea menor del 50% del volumen de alimento dado en las últimas 3 horas.
- Pinzar la sonda, conectar el cilindro de la jeringa de 50ml sin el émbolo al extremo de la sonda nasogástrica.
- Llenar la jeringa con el preparado de la dieta y despinzar la sonda.
- Dejar que el preparado caiga por gravedad o ejerciendo una ligera presión con el émbolo, esto evitará que el niño presente reflejo nauseoso.
- Una vez terminado de pasar la formula maternizada o dieta del niño, se recomienda infundir de 3 a 10cc de agua a través de la sonda para mantener la permeabilidad de la misma.
- La sonda nasogástrica es descartable y su cambio se realiza cada 3 días o dependiendo del estado en que se encuentre esta, pues podría estar obstruida.

c) **Después del Procedimiento**

- Dejar al paciente en posición cómoda para ayudar en la digestión y evitar regurgitaciones por lo menos 1 hora.
- Recoger el material utilizado durante la alimentación al paciente.



- Retirarse los guantes y eliminarlos en el tacho de residuos biocontaminados.
- Realizar el lavado de manos para evitar la transmisión de gérmenes perjudiciales y evitar infecciones asociadas a la atención sanitaria.
- Anotar en registros de enfermería el procedimiento realizado.



PREPARACIÓN DEL COCHE DE PARO

❖ **Objetivos**

• **General:**

Establecer la guía para el manejo adecuado, integral y funcional del coche de paro de los servicios de pediatría, con el fin de asegurar de manera eficiente, eficaz y efectiva la utilización de los equipos, insumos y medicamentos que permitan preservar la vida del usuario.



• **Específicos:**

- ✓ Garantizar la actualización en información de manejo del coche de paro y su uso indispensable en los servicios de pediatría.
- ✓ Asegurar el funcionamiento de los coches de paro en los servicios de urgencias, sala de partos y hospitalización.
- ✓ Definir medicamentos e insumos que debe contener el Coche de Paro.
- ✓ Definir y asignar responsabilidades y funciones para la aplicabilidad del protocolo de coche de paro en los servicios de pediatría.
- ✓ Unificar los criterios referentes a la revisión y mantenimiento del Coche de paro.

❖ **Definiciones:**

Es importante conocer el significado de los siguientes términos para la adecuada interpretación de la presente guía de procedimientos, por ello a continuación se detalla los siguientes términos:

- **Coche de paro:** Es una unidad móvil y compacta, que asegura, garantiza e integra los equipos, medicamentos e insumos necesarios para atender en forma inmediata una emergencia o urgencia, que amenace inminentemente la continuidad y conservación de la vida.

Normas del coche de paro pediátrico:

- ✓ Debe poseer ruedas que lo hagan fácilmente desplazable con cajones y carteles visibles.
- ✓ Debe estar en un lugar fácilmente accesible, sin nada que lo obstruya o dificulte su desplazamiento.
- ✓ Debe permanecer enchufado.
- ✓ Su ubicación debe de ser del conocimiento de todo el personal.
- ✓ Debe contener solo el material indispensable para una reanimación cardiopulmonar.
- ✓ Es necesario tener los tamaños de cada instrumento necesario para tratar niños de cualquier edad.
- **Paro cardio respiratorio:** Condición de cese brusco e inesperado de las funciones cardiacas y respiratorias que se traducen clínicamente, en un estado de inconciencia, ausencia de pulso y respiración.
- **Reanimación cardio pulmonar básica:** (RCP), Es una serie de técnicas o maniobras que tiene como objetivo el restaurar la respiración y la circulación sanguínea a los órganos vitales, sin hacer uso de fármacos ni procedimientos invasivos.
- **Reanimación cardiovascular avanzada:** Es la RCP que incluye el uso de fármacos y procedimientos invasivos como la entubación traqueal.

- **Archivador de registros:** Instrumentos donde se registran, en hojas foliadas consecutivas, las acciones de revisión o atención a una emergencia que realiza el personal encargado acotándose la fecha de realización.
- **Medicamentos de coche:** Es la relación de medicamentos indispensables para ser utilizados en una RCP, paro cardio – respiratorio, shock anafiláctico o pacientes con riesgo de muerte.
- **Dispositivos médicos:** Insumos y equipos que se utilizan en la práctica de atención médica, para la administración de medicamentos o intervenciones medico quirúrgicas para ser utilizados en RCP.

❖ **Materiales**

Contenido del coche de paro

El coche de paro contiene gavetas, cada una debe tener una lista general de su contenido; así mismo los medicamentos, equipos y materiales deben estar disponibles en forma ordenada y rotuladas en carteles visibles en cada sub división.

El material que debe incluir es:

- Tabla de reanimación.
- Monitor desfibrilador con palas pediátricas y de adulto, cables y electrodos de monitorización electrocardiográfica y pasta conductora o desfibrilador semiautomático con pegatinas de adulto y pediátricas.
- Sondas de aspiración: 6 a 14 Fr
- Mascarillas faciales con manguito de cámara de aire, de varios tamaños para lactante (redondeadas) y niño (triangulares).
- Bolsas autoinflables de ventilación de 500 ml para lactantes y de 1.600 a 2.000 ml para niños, con bolsas reservorio.
- Pinzas de Magill: tamaño de lactante y adulto.
- Laringoscopio con hojas rectas (números 0 y 1) y curvas (números 1, 2, 3 y 4).
- Pilas y bombillas de laringoscopio de repuesto.
- Tubos endotraqueales: calibres de 2,5 a 7,5 mm con y sin balón.
- Fiadores de varios tamaños para el tubo endotraqueal.
- Lubricante para los tubos endotraqueales.
- Mascarilla laríngea: tamaños 1 a 4 (recomendable, no obligatoria).
- Mascarillas y cánulas nasales para lactante y niño.
- Equipo de cricotiroidotomía pediátrico.
- Tubuladuras de conexión a fuente de oxígeno.
- Cánulas intravenosas: calibres 24 a 16 G.
- Jeringas de 1, 5, 10 y 50 ml.
- Sistemas de goteo.
- Llaves de 3 pasos.
- Sondas nasogástricas: 6 a 14 Fr
- Guantes.
- Compresas, paños y gasas estériles.
- Vendas, esparadrapo.
- Collarines cervicales para lactante y niño.
- Antiséptico: clorhexidina o povidona yodada.



Fármacos:

- Adrenalina 1/1.000 (1 ampolla = 1 ml = 1 mg).
- Bicarbonato 1 M (1 ampolla = 10 ml = 10 mEq).
- Atropina (1 ampolla = 1 ml = 1 mg).
- Diazepam (1 ampolla = 2 ml = 10 mg) y/o midazolam (1 ampolla = 3 ml = 15 mg).
- Vecuronio (1 ampolla = 5 ml = 10 mg).
- Amiodarona (1 ampolla = 3 ml = 150 mg).
- Lidocaína 1 % (1 ampolla = 10 ml = 100 mg).
- 6-Metilprednisolona (existen viales de 8 mg a 1 g).
- Cloruro mórfico 1 % (1 ampolla = 1 ml = 10 mg) o fentanilo (1 ampolla = 3 ml = 150 ge).
- Naloxona (1 ampolla = 1 ml = 0,4 mg).
- ATP (1 vial = 10 ml = 100 mg) o adenosina (1 ampolla = 2 ml = 6 mg).
- Sulfato de magnesio (1 ampolla = 10 ml = 1.500 mg = 12,2 mEq).
- Suero fisiológico (10 y 500 ml).
- Agua destilada (10 ml).

Superficie del coche

- Desfibrilador/ cardioversor difásico o desfibrilador automático externo
- Gel para desfibrilar.

A los costados del coche

- Tijera para cortar la cinta plástica de seguridad o llave.
- Set de bioseguridad listo, a la vista y empaquetado (mandil, lentes, guantes, mascarilla, y gorro)

Gaveta I: fármacos

Son imprescindibles para la atención de un paciente con paro cardio – respiratorio, shock anafiláctico, o peligro de muerte. El orden y la rotulación deben estar de tal forma que permita su fácil manejo y visibilidad.

Gaveta II: Material para la Vía Aérea y Monitoreo Cardiológico

Que contendrá material para intubación, reanimador manual, mascarillas, laringoscopios, oxigenoterapia y equipo para monitoreo cardiaco (electrodos, electrocardiograma, gel para electrocardiograma).

Gaveta III: Materiales para vías venosas centrales, periféricas y otros materiales fungibles

Son aquellos materiales endovenosos como jeringas de diverso calibre, catéter endovenoso, agujas, catéter de vía central, extensiones, llaves triple y doble vía, elementos para permeabilizar, etc.

Gaveta IV

Gaveta de las infusiones, expansores plasmáticos, tubo conductor, tijera, linterna.



Procedimientos:

a) Verificación Del Carro De Paro En Cada Turno

El personal de enfermería es el responsable de:



- La verificación del coche de paro en cada turno, que consiste en la revisión de los medicamentos y dispositivos médicos, los mismos que deben estar en condiciones óptimas para el uso durante la necesidad.
- Verificar diariamente la funcionalidad de los equipos (desfibrilador, reanimador manual, mascarillas y laringoscopios).
- Mantener el desfibrilador conectado.
- Verificar las redes eléctricas de oxígeno y de aire.
- Solicitar la reposición inmediata y completa de medicamentos según stock.

Con el fin de garantizar la seguridad de los implementos que allí reposan, este procedimiento se debe dejar por consignado en el formato de verificación del coche de paro diario y debe ser diligenciado por el personal de enfermería con letra legible y con nombre claro. Esta revisión deberá ser realizada por la enfermera y/o auxiliar de enfermería que se encuentre de turno.

b) Apertura semanal del carro de paro para su verificación

La apertura semanal se realiza con el fin de revisar el estado actual del coche de paro, debe ir respaldado por el acta de apertura de carro de paro y la respectiva lista de chequeo. Debe ser diligenciada exclusivamente por la enfermera encargada.

c) Criterios de verificación – internos

- Estado actual de los medicamentos (fecha de vencimiento, presentación, lote y cantidad)
- Estado actual de los insumos médico-quirúrgicos (fecha de vencimiento, lote y cantidad)
- Estado actual de los equipos biomédicos - Laringoscopio (con pilas al interior y de repuesto) - Hojas para laringoscopio de diferentes tamaños (con luz de buena intensidad y bombillos de repuesto)
- Se deberá colocar en la parte de adelante los medicamentos y/o insumos con fecha más reciente de vencimiento (lo que primero entra, primero sale).

❖ **Recomendaciones**

Verificar:

- **Diariamente:**
 - ✓ El funcionamiento de los elementos y equipos.
 - ✓ Que el coche de paro cuente con los elementos necesarios para su uso inmediato.
- **Semanalmente:**
 - ✓ El funcionamiento de toma eléctrica, balón de oxígeno.
- **Mensualmente:**
 - ✓ Fecha de vencimientos de insumos, cuando la apertura de carro es ocasional.



REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) EN LACTANTES Y NIÑOS

❖ Definición

El **masaje cardiopulmonar a niños**, o RCP infantil, es un conjunto de maniobras que permiten identificar si un niño está en situación de parada cardiopulmonar y realizar que sirve para **reanimar a un niño** en caso de parada cardiopulmonar. Esto puede suceder después de ahogamiento, sensación de ahogo, asfixia u otras lesiones. La RCP consiste en:

- Respiración boca a boca, la cual provee oxígeno a los pulmones.
- Compresiones cardíacas, las cuales mantienen la sangre circulando.

❖ Objetivo

En la siguiente guía presentara, cuando es necesario realizarla y como hacer la RCP en niños.

❖ Materiales

Pasos o maniobras que deben realizar en forma secuencial, sin ningún equipamiento específico, hasta que la víctima pueda recibir un tratamiento más calificado.

❖ Procedimientos

- **Garantizar la seguridad del paciente y el reanimador.** Movilizar al paciente a un lugar seguro (en caso de traumatismo, asegurar estabilidad de la columna cervical). Señalizar el lugar.
- **Comprobar conciencia.** Llamar en voz alta y, si no responde, estimular con suavidad, evitando sacudidas bruscas.
- **3A.** Si el niño habla o llora, consideraremos que responde y lo mantendremos en la posición en la que esté. Pediremos ayuda sin abandonarlo.
- **3B. Pedir ayuda.** Si hay un reanimador, gritará pidiendo ayuda e iniciará la RCP; en caso de ser dos, uno inicia la RCP y el otro activa el sistema de emergencia.
- **Abrir la vía aérea.** Colocar al niño en decúbito supino.
- **No** debemos comprimir los tejidos blandos para no obstruir la vía aérea.
- **Comprobar respiración.** Manteniendo la vía aérea abierta “ver” si se mueve el tórax, “oír” la salida de aire y “sentir” el aire exhalado. No emplearemos más de 10 segundos.
 - ✓ Si el paciente respira, se coloca en posición lateral de seguridad (si existe trauma, evitar movilización). Comprobar periódicamente que sigue respirando.
 - ✓ Si el niño no respira o la respiración es ineficaz, iniciaremos la ventilación.
- **5 respiraciones de rescate.** Manteniendo abierta la vía aérea, dar cinco insuflaciones de rescate. Asegurar un buen sellado con los labios. Insuflar de forma sostenida durante un segundo, comprobando que se eleva el tórax. Se debe separar la cabeza, para coger aire fresco y comprobar la salida de aire. Realizaremos cinco insuflaciones. Al menos, dos de ellas deben ser eficaces.

En caso de no conseguir ninguna ventilación efectiva, es posible que exista una obstrucción de la vía aérea, se debe verificar la correcta colocación de la cabeza y comprobar que no haya secreciones o un cuerpo extraño.



Si hay un cuerpo extraño y es visible, intentaremos extraerlo con el dedo meñique en forma de gancho por detrás del objeto; en ningún caso, realizaremos un barrido "a ciegas" por el riesgo de introducirlo aún más. Se deben realizar hasta cinco intentos para conseguir una ventilación eficaz. Si no se consigue, debemos iniciar compresiones torácicas.

- **Comprobar signos de circulación o signos vitales.** Incluyen: cualquier movimiento, tos o respiración normal, la palpación de pulso es poco fiable. El aspecto general del niño es el que debe indicar el inicio de la RCP.
 - ✓ Si hay signos vitales, continuaremos con las respiraciones.
 - ✓ Si no hay signos vitales, iniciaremos compresiones torácicas.
- **Compresiones torácicas.** Se aplicará la presión suficiente en el tercio inferior del esternón, para deprimir este, al menos, un tercio del diámetro anteroposterior del tórax. Debe liberarse la presión completamente antes de la siguiente compresión. La frecuencia será de 100 a 120 compresiones por minuto.

Tras realizar 15 compresiones torácicas, se volverá a comprobar la permeabilidad de la vía aérea y se administrarán dos insuflaciones, siendo la pauta que se mantendrá hasta que llegue ayuda especializada o se decida interrumpir la RCP.

Cada 2 minutos comprobaremos si hay signos de vida, no empleando más de 10 segundos en ello.
- **Llamar a emergencias al minuto de iniciar la RCP.** Si solo había un reanimador y no se ha contactado con el Servicio de Emergencias, se hará tras un minuto de RCP. En caso de tener que desplazarse, el reanimador puede llevar con él al lactante para no interrumpir la RCP.

❖ Recomendaciones

- En lactantes, si hay un solo reanimador, se aplicará la presión con la punta de dos dedos.

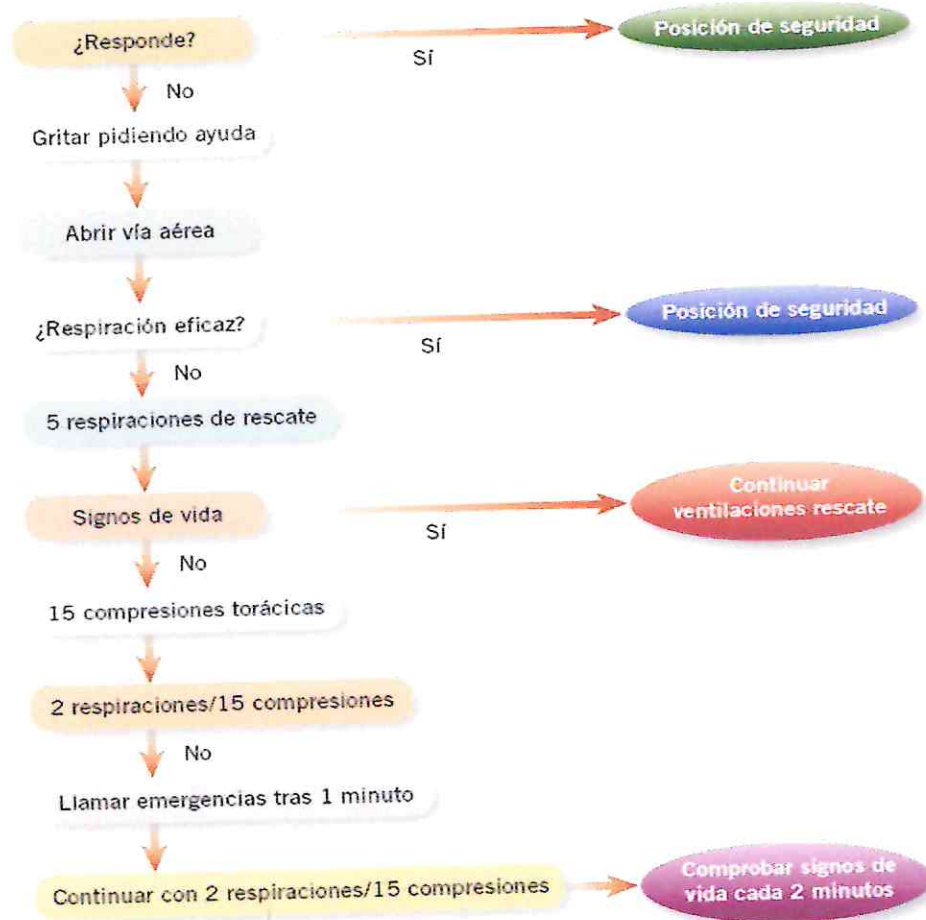


- Si hay dos reanimadores, es más eficaz abarcar el tórax con las dos manos y comprimir con la punta de los pulgares



- En el niño mayor, se localiza la apófisis xifoides y, unos dos centímetros por encima de ella, se coloca el talón de una mano o, si es mayor de 8 años, las dos manos con los dedos entrelazados, y se ejerce la presión de forma vertical con el brazo/s extendido/s.





ANEXOS

¿Cómo lavarse las manos?

¿Lávase las manos sólo cuando están visiblemente sucias? ¡No, utilice la siguiente guía!

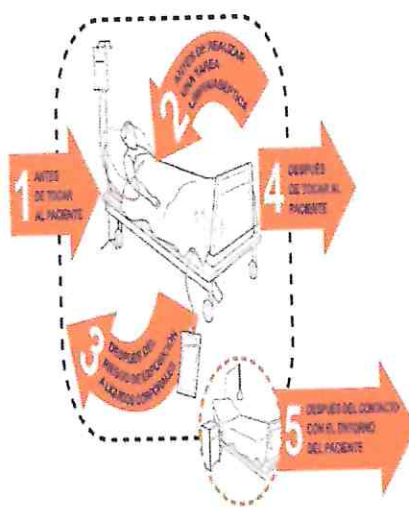
1 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos

- 0 **Moje las manos con agua:** 
- 1 **Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos:** 
- 2 **Frote las palmas de las manos entre sí:** 
- 3 **Frote la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa:** 
- 4 **Frote las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados:** 
- 5 **Frote el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, apretándose los dedos:** 
- 6 **Frote con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa:** 
- 7 **Frote la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa:** 
- 8 **Enjuague las manos con agua:** 
- 9 **Seque con una toalla desechable:** 
- 10 **Sieme de la toalla para cerrar el grifo:** 
- 11 **Sus manos son seguras.** 

Organización Mundial de la Salud | Seguridad del Paciente | SAVE LIVES

MÉXICO | ISES

Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



- 1 ANTES DE TOCAR AL PACIENTE
- 2 ANTES DE REALIZAR UNA TAREA ASÉPTICA
- 3 DESPUÉS DE ESTAR EN CONTACTO CON FLUIDOS CORPORALES
- 4 DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE
- 5 DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE



¿Cómo desinfectarse las manos?

¡Desinfectese las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias

1 Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos

1a

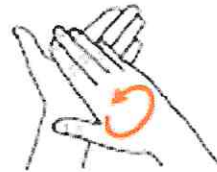


Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies:

1b

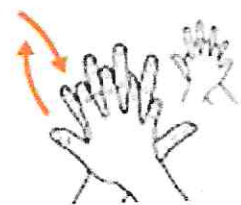


2



Frótese las palmas de las manos entre sí.

3



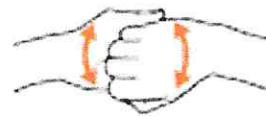
Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.

4



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.

5



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.

6



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.

7



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.

8



Una vez secas, sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

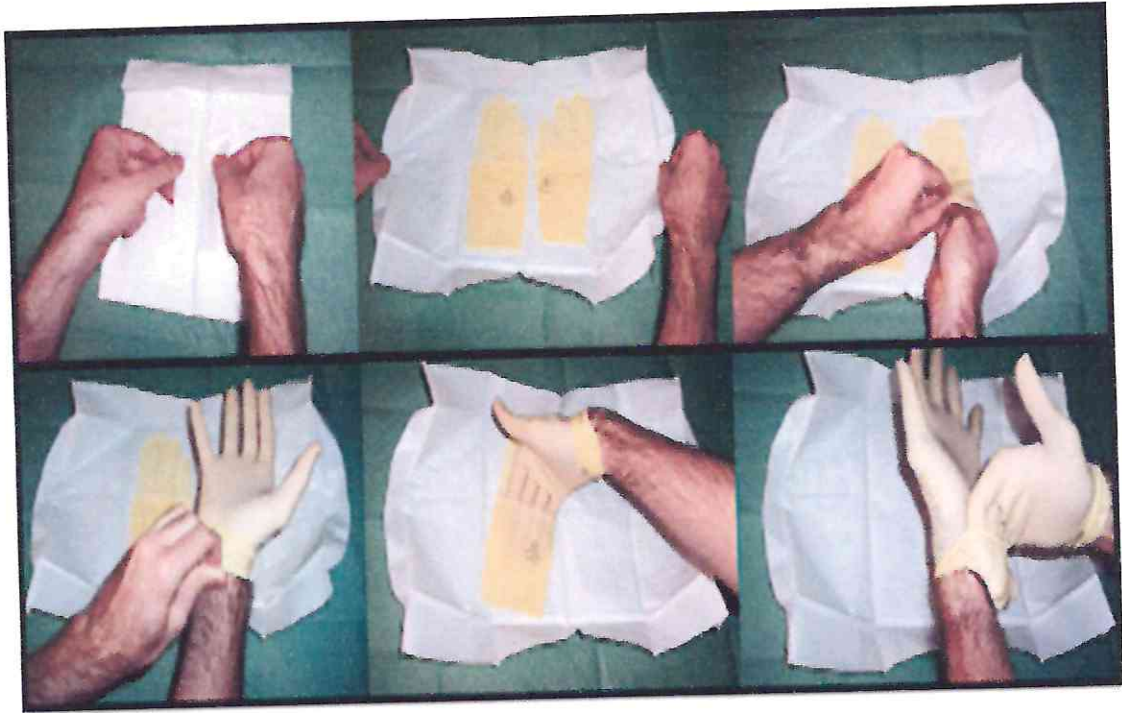
UN ALIADO VITAL PARA LA ACCIÓN EN SALUD

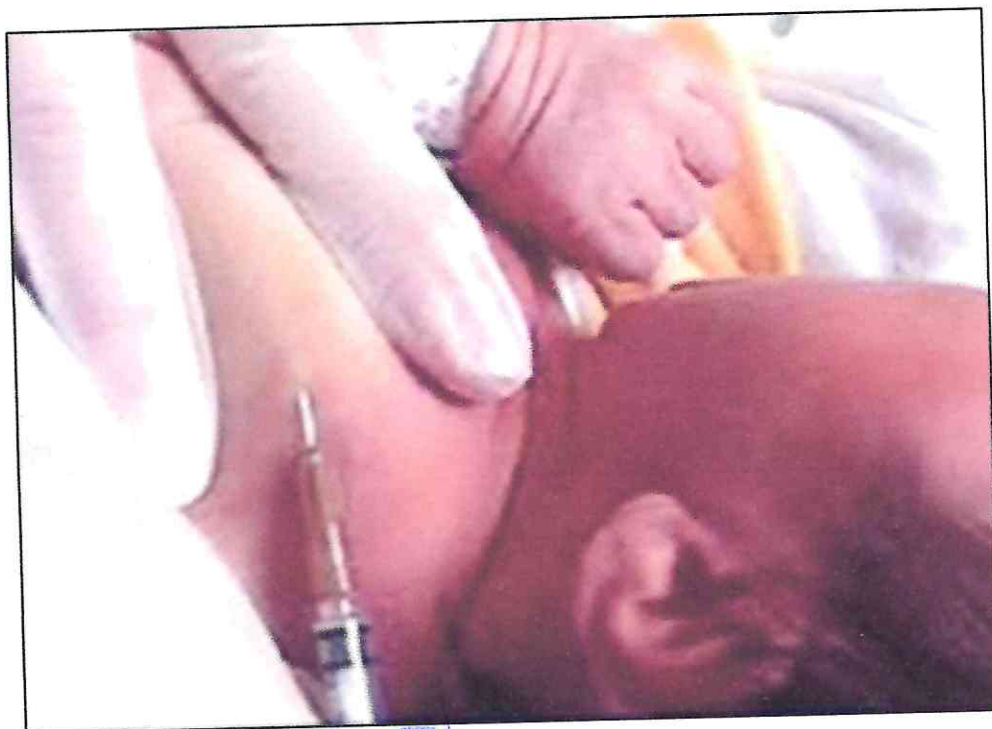
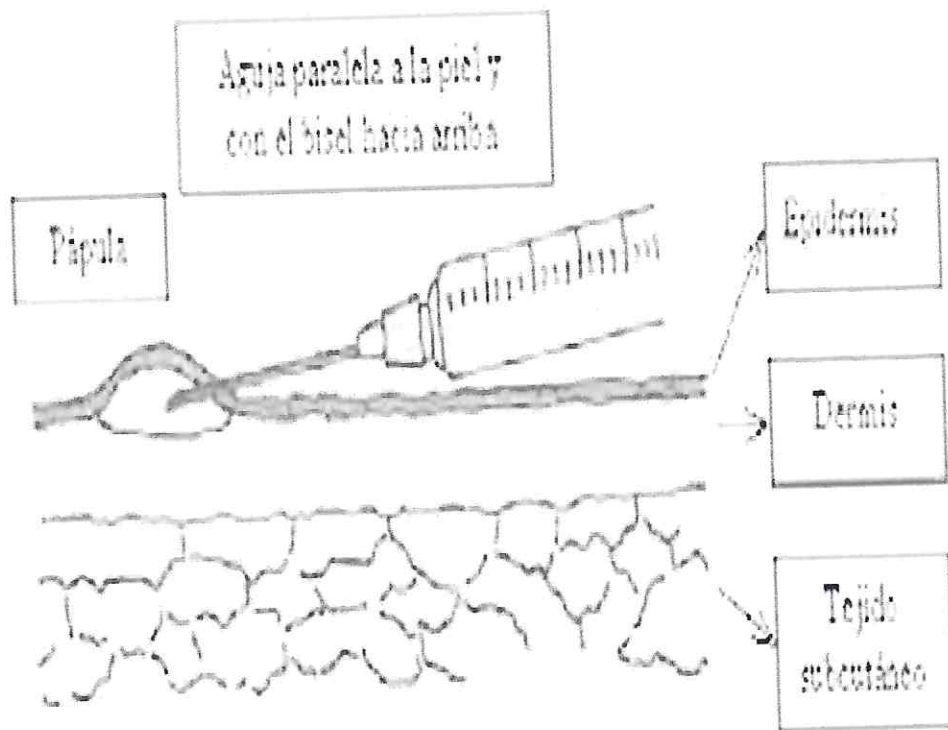
SAVE LIVES

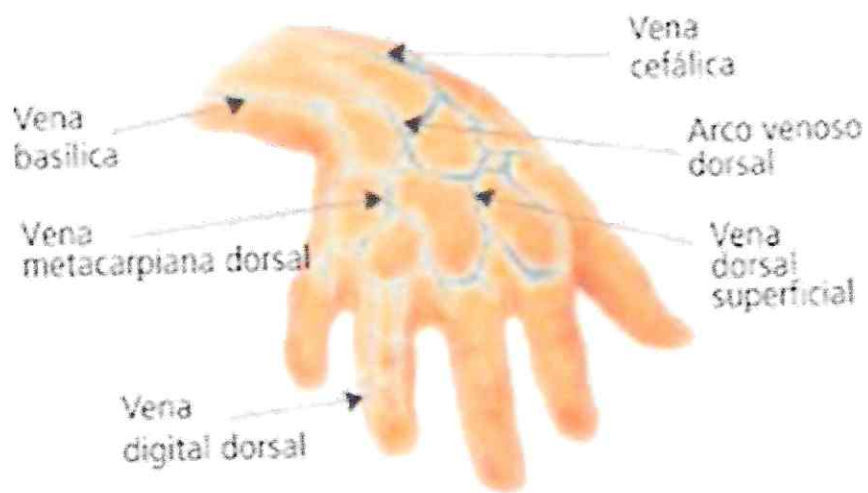
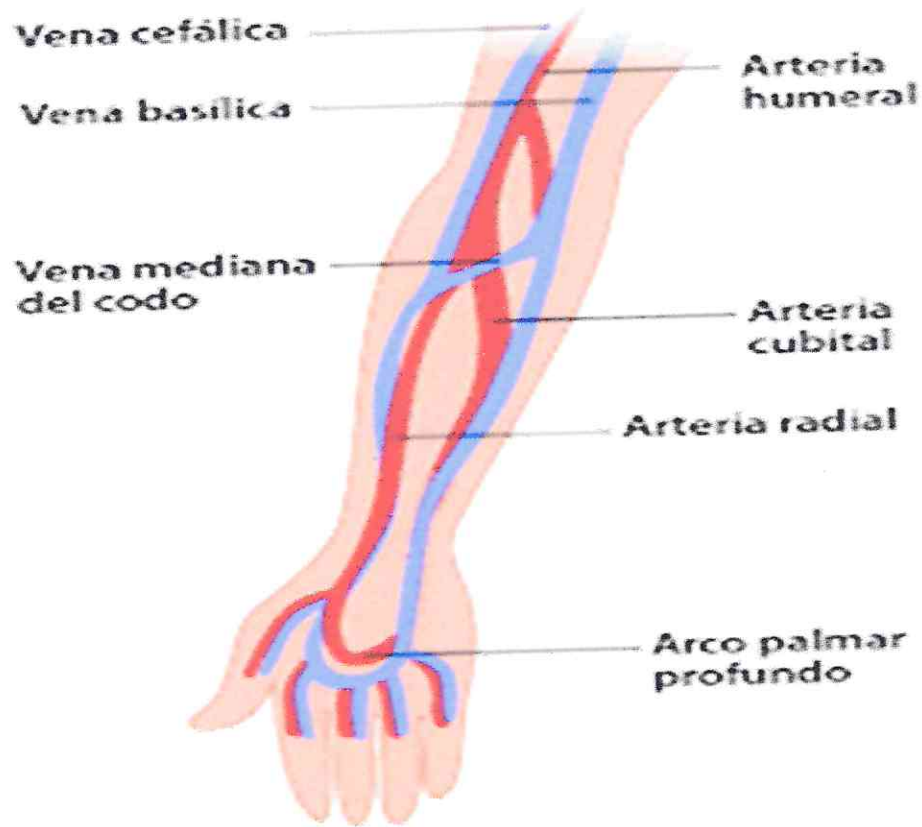
Clean Your Hands

MEXICO

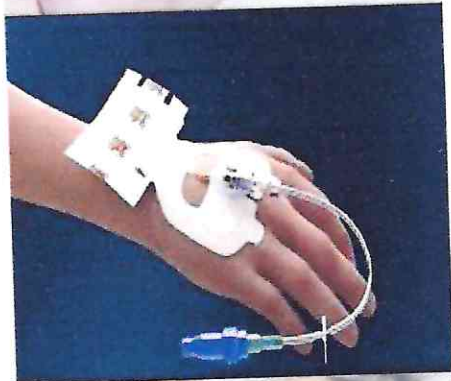








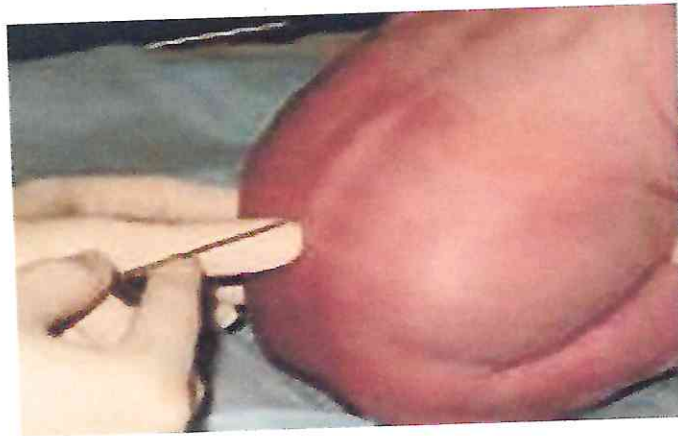
TECNICAS DE FIJACION



Decúbito lateral, flexionar cuello y rodillas del niño, colocándole una mano sobre hombros y cabeza y otra sobre los glúteos y parte alta de los músculos. La cabeza del paciente debe quedar hacia el lado no dominante de quien realiza el procedimiento.



Posición sentado, Es una variante, en la que se flexiona los miembros inferiores y se repiten los pasos para punción lumbar.



BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud. R.M. N° 255-2016/MINSA. Lima Perú: 2016.
- OSAKIDETZA. Guía manual: Uso adecuado de los guantes sanitarios. Edición 2017.
- Guías de procedimientos asistenciales de enfermería. Servicio: Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Cayetano Heredia. Lima – Perú 2015.
- Manual de Procedimientos de Desinsectación, Desratización y Desinfección del Hospital San José. Carmen de la Legua – Callao. 2018.
- Bioseguridad para los establecimientos de salud Manual. Ministerio de Salud Pública Quito – Ecuador. 2016.
- MINSA. Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud. I Edición. Lima Perú 2016.
- Manual de normas y procedimientos. Departamento de enfermería. Procedimiento: Desinfección Terminal - Enfermería de Hospitalización. 2016.
- Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Manual de Procesos y Procedimientos del Proceso de Atención de Salud Atención de Urgencias y Emergencias Pediátricas (M02.05.02.03) Setiembre – 2019.
- Hospital Clínico San Borja Arriarán. Guías de Práctica Clínica en Pediatría Santiago de Chile 2018.
- Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Compendio de Guías y Procedimiento de Enfermería en el cuidado del neonato y niño. Lima 2017.
- PERRET C. PEREZ C. POBLETE M. J. Manual de Pediatría. 1ra Edición. Chile. Setiembre 2018
- MEDINA J. Control de Funciones Vitales en Niños. Agosto -2015
- TALAMAS MJ. Toma de Funciones Vitales. Facultad de medicina. México.
- GARCIA DE SOLA R. PAULIDO P. Traumatismo Craneoencefálico. Madrid. 2020
- GONZALES M. Traumatismo Craneal, Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Urgencias Pediátricas. 3ra Edición. 2019.
- HERNANDEZ R. Pediatría Integral. Vol., XXIII. Febrero 2019
- RAMIREZ AM. Protocolo de Valoración del nivel de conciencia. 2018
- De Los Ángeles Arteaga BFS., Otiniano FJH. Nivel de Conocimiento Relacionado con el Manejo del Balance Hídrico en Enfermeras del Servicio de Medicina del Hospital Regional Docente De Trujillo. 2017
- Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer. Facultad de Medicina. Carrera Licenciatura en Enfermería. Procedimiento de Recolección de Muestras
- MINSA. Compendio de Guías Técnicas de Procedimiento de Enfermería. Lima 2017.
- RUIZ GMD., MARTINEZ VMR., GONZALES CP. Enfermería Pediátrica. Edición I. Editorial Printed. In Spain. España, 2015.
- BLANCO RM., JIMÉNEZ LD, VILA I. et al. Procedimiento de administración de medicación por vía intradérmica. Servizo Galego de Saúde. 2019.
- POTTER P. Fundamentos de enfermería, 8va. Edición. Edit. ELF TIER, Barcelona España. 2015
- MARÍN MA. y otros. Manual para la Administración de Medicamentos desde el Proceso de Atención de Enfermería. *Un enfoque para la seguridad del paciente* Bogotá: Universidad El Bosque – Facultad de Enfermería, 2017.

- Griffin PA., Potter P. Guía Mosby de Habilidades y Procedimientos en Enfermería. 8^{va} Edición, España. 24 de febrero 2016.
- ARRIAGA GA, RAMIREZ SC. Manejo de enfermería en el paciente pediátrico con acceso venoso Periférico. Valladolid España 22 abril 2019
- STRAUSS RG. Transfusion therapy in neonates. Am J Dis Child. 1991; 145:904-11.2. Roseff SD, Luban NLC, Manno CS. Guidelines for assessing appropriateness of pediatric transfusion. Transfusion. 2002; 42:1398-413.
- WONG ECC, Luban NLC. Intrauterine, neonatal and pediatric transfusion. En: Mintz PD, editor.
- BARBOLLA L, CONTRERAS E. Indicación de la transfusión en situaciones especiales: trasplantes, cuidados intensivos, cardiopatías, neonatología y pediatría. En: Barbo- Ila L, Contreras E, Pujol
- MINSA. NORMA TECNICA DE SALUD, Manejo Ambulatorio de personas afectadas por Covid-19. Resolución Ministerial, 375-2020, 9/Junio. Lima, Perú. 2020.
- POTTER P, GRIFFIN A, STOCKER P, HALL A, Fundamentos de Enfermería. Edición 8va. Editorial Elsevier. España 2015.
- RODRIGUEZ J, REYES M, JORQUERA R, Oxigenoterapia en Pediatría, Actualización Revista Pediátrica Electrónica, departamento de kinesiología. Hospital de niños Roberto del Rio. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile, 2017.
- ALONSO C, PELÁEZ J, SANCHEZ J, La Oxigenoterapia en pediatría y sus complicaciones, Revistas Avances en Técnicas en Cuidados Intensivos pediátricos, servicio de salud del principado de Asturias, Área de Cuidados Intensivos, Asturias, 2018.
- AGUILAR R. Enfermería en las nebulizaciones, en niños menores de 5 años. con crisis. 2017.
- ALVARADO MA. Guía de oxigenoterapia y nebulizaciones – SlideShare. Junio del 2017.
- CARE G. Uso de nebulizador en los niños. Febrero del 2020
- RD 2016/INSNSB/T-Guía de Procedimientos de la Unidad d Enfermería.
- RODRIGUEZ M. Manual de Procedimientos de Enfermería. Hospital Nacional de la Mujer. San Salvador, 2016
- MINSA. Guía de procedimiento de Intubación Endotraqueal. San Borja, 2018.
- ERICKSON R. Los detalles del drenaje torácico, Vol. 8 N° 2, pág. 24-33. 2015
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Seguridad del paciente. Ginebra 2015.
- MARTÍNEZ RMP. Principios básicos, protocolos y procedimientos. Sevilla. 2016.
- MOLINA PF, RUMI BL. Capitulo Drenaje Torácico. España. Septiembre 2016.
- MINSA. Guía de Procedimientos de Colocación de Drenaje Torácico. 2019.
- ANDRES D. Acciones de Enfermería en el Registro del Electrocardiograma. Salud y Medicina. 28 octubre 2015.
- MAGDALENO MF. Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales. Hospital San Pedro de Alcántara. Almería, España. Octubre 2016.
- DERGUIS M. Lista de Chequeo Medicamentos e Insumos del Carro de Paro. Cauca. Revisado febrero 2018.
- MINSA Ministerio de Salud Directiva para la Organización, Implementación y Control de los Coches de Paro en el Hospital Santa Rosa. Perú. 2019



- JIMENEZ L, MEHTA N, DUGGANA CP. Timing of the initiation of parenteral nutrition in critically ill children. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2017, 20:227–231.
- SOLANA MJ. Nutrición parenteral en el niño en estado crítico. En: Urbano Villaescusa J, Fernández Montes R, Solana García MJ eds. Manual del curso Nutrición Enteral en el niño críticamente enfermo 1ª ed. Madrid: Andavira; 2019.p.43-53.

Web grafia

- <http://www.uis.edu.co> › UISALUD › Protocolos › TUD.06.pdf. Protocolo para la toma de signos vitales. Colombia. Octubre 2018.
- <http://www.utfalicante.com> › blog › tabla-de-signos-vitales-por edad. UTF Alicante. Mayo 2018
- <http://www.wemssolutionsint.blogspot.com> › 2017/04 › Signos-Vitales por edades. Abril 2017
- <https://alvaradoneumologopediatra.com>. Frecuencia respiratoria en niño.
- <https://www.medicalnewstoday.com> › articles › temperatura corporal: Rangos normales en adultos y niños. Junio 2020
- <https://www.kernpharma.com> › Inicio › Blog. La fiebre en los niños: cómo tomar la temperatura, causas y consecuencias. Enero 2018
- <https://www.elsevier.com> › Inicio › Conectar. Escala de coma de Glasgow. Junio 2017
- Glambulancias.com › wp-content › uploads › Protocolo de Enfermería. Valoración del nivel de conciencia. Febrero 2018
- EMPENDIUM.com. Diuresis, Alteraciones y síntomas.
- www.wattpad.com. Apuntes de Enfermería. Diuresis. 14 de setiembre 2016.
- www.madrid.org. Procedimiento 4.1. Comunidad de Madrid. Control de diuresis. Documentación de Enfermería. 2010.
- MedlinePlus. Volumen urinario en 24 horas. Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. 7/4/2019
- Biblioteca Nacional de medicina EE.UU .Medical plus, información de salud para ustedes, 2019.
- PORTALES.COM, Aseo, higiene Pacientes encamados, 2017.
- <https://www.pisa.com.mx> > manual
- <https://www.laadministraciondemedicamentos.viasytecnicas.com> 2019
- <https://www.ilerna.es> > fp-adistancia
- <https://www.RevistaPortalesMedicos.com> /Revista médica/ rol de enfermería en la administración de medicamentos intravenosos/administración, enfermería, medicación, vía intravenosa. 17 marzo, 2020
- <https://es.slideshare.net>/centrodecapitacionenurgenciasmedicas/taller-de-tecnicas-inyectables-y-aplicacion-de-suero. Publicado el 8 de oct. de 2015.
- <https://www.RevistaPortalesMedicos.com> /Revista médica/ rol de enfermería en la administración de medicamentos intravenosos/ administración enfermería, medicación, vía intravenosa. 17 marzo, 2020
- Terapia de Infusión Intravenosa o Venoclisis (Nom 022) - Buenas Prácticas De Enfermería. 28 abr. 2017 | 47.291 visualizaciones.
- LA WEB DEL ELECTROCARDIOGRAMA. Electrocardiograma Pediátrico. 24 junio 2020.



- https://www.hespanol.com.ar/wordpress/wpcontent/uploads/2017/07/protocolo_de_administracion_de_oxigeno.pdf
- <http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wpcontent/uploads/2016/11/94.pdf>.
- <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352820207436&ssbinary=true>.
- PERCY G. Materiales de Coche de Paro. MEXICO 2018 DISPONIBLE EN: <https://www.analesdepediatria.org/es-material-del-carro-reanimacion-cardiopulmonar-articulo-13097360>
- GERALD P. GUIA DE PRIMEROS AUXILIOS. CUBA. 2017. DISPONIBLE EN: [https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guia-primeros-auxilios/parada-cardiorespiratoria-adulto/parada-cardiorespiratoria#:~:text=La%20parada%20cardiorrespiratoria%20\(PCR\)%20supone,siendo%20especialmente%20afectado%20el%20cerebro.](https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guia-primeros-auxilios/parada-cardiorespiratoria-adulto/parada-cardiorespiratoria#:~:text=La%20parada%20cardiorrespiratoria%20(PCR)%20supone,siendo%20especialmente%20afectado%20el%20cerebro.)
- <https://www.nephrocare.es/pacientes/tratamientos/la-dialisis-peritoneal.html>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007434.htm>
- <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/insuficiencia-renal/dialisis-peritoneal>.
- <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cmas141cr.pdf>
- <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/nutricion-enteral-parenteral-que-son-para-que-sirven>

Bibliografía de consulta

- Manual de procedimientos de enfermería. Caja Costarricense de Seguro Social Gerencia Médica. Versión 2. 2014
- MINSA. Compendio de Guías Técnicas de Procedimiento de Enfermería. Lima 2010.
- POTTER PA, GRIFFIN PA. Fundamentos de Enfermería. Volumen I. Edición 5ta. Editorial HarCourt. España 2001.
- LYNN P. Enfermería clínica de Taylor, Competencias Básicas. Volumen I. Edición 3era. Edit. Wolters Kuwer. 2011.
- RUIZ GMD, MARTINEZ VMR., GONZALES CP. Enfermería Pediátrica. Edición I. Editorial Printed. In Spain. España, 2012.
- GONZÁLES GI., HERRERO AA. Técnicas y Procedimientos de Enfermería. Edic. 1ers. Edit. DAE. España 2009.
- LUMBRERAS FJ, AMIL PB. (1) Unidad de Nefrología Pediátrica. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca (2) Unidad de Nefrología Pediátrica. Instituto Hispalense de Pediatría. Sevilla Lumbreras Fernández J, Amil Pérez B. Poliuria y polidipsia. 2014.
- RUIZ GMD, MARTINEZ VMR., GONZALES CP. Enfermería Pediátrica. Edición 1. Editorial Printed. In Spain. España, 2013.
- LÓPEZ-HERCE CJ, CALVO RC, REY GC, et al. Manual de Cuidados Intensivos Pediátricos 4ª edición. Publimed Madrid 2013
- GARITANO B. BARBERENA C. ALONSO V. Revisión sistemática efectividad de los cuidados en el mantenimiento de catéteres de inserción periférica. Enfermería clínica. Pp 164-172. 2012.
- Transfusion Therapy. Clinical Principles and Practice. 2nd ed. Bethesda: AABB Press; 2005. p. 159-92.



- BRITISH Committee for Standards in Haematology. Transfusion guidelines for neonates and older children. Br J Haematol. 2004; 124:433-53.
- Amendments and corrections to the Transfusion guidelines for neonates and older children (BCSH, 2004a) and to the Guidelines for the use of fresh frozen plasma, cryoprecipitate and cryosupernatant (BSCH, 2004b). Br J Haematol. 2006; 136:514-6.
- Manual de Procedimientos de enfermería 2014
- ORELLANA, S. ET, AL (2008). Manual de urgencias y emergencias en pediatría. 3° Edic. Edit. Amerinsin.
- ANGELA K. CHABLAY HINOJOSA, et al. Protocolo de Cuidados de Enfermería a pacientes con tubo de tórax en la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2014.
- VERRI EA. Manual de Procedimientos de Enfermería del Niño y el Adolescente.2012.



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
 DIRECCION REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
 FELIPE ARIOLA IGLESIAS

Lorena

LORENA DEL PILAR ANIAS MORALES
 CEP. N° 34978
 Jefe del Departamento de Enfermería

