

CDMX

CIUDAD DE MÉXICO



GACETA OFICIAL DISTRITO FEDERAL

Órgano de Difusión del Gobierno del Distrito Federal

DÉCIMA OCTAVA ÉPOCA

28 DE AGOSTO DE 2015

No. 165

Í N D I C E

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda

- ♦ Resolución para la aplicación del Sistema de Transferencia de Potencialidades del Desarrollo Urbano, predio receptor, para el predio ubicado en Calle Tokio Número 426, Colonia Portales Norte, Delegación Benito Juárez 4

Secretaría de Desarrollo Social

- ♦ Protocolo de Actuación del Personal de la Dirección General del Instituto de Asistencia e Integración Social de la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal, para la Atención a Niñas, Niños y Adolescentes en Presumible Situación de Extravío o Ausencia con quienes tengan contacto 11

Secretaría de Salud

- ♦ Aviso por el cual se dan a conocer las Técnicas de Enfermería en Pediatría 17
- ♦ Aviso por el cual se dan a conocer las Técnicas de Enfermería en el Servicio de Urgencias 88
- ♦ Aviso por el cual se dan a conocer las Técnicas de Enfermería en el Servicio de Terapia Intensiva 150
- ♦ Aviso por el cual se dan a conocer las Técnicas de Enfermería en la Unidad de Quemados Pediátricos y Adultos 193
- ♦ Aviso por el cual se dan a conocer los Lineamientos de Organización de la Clínica Integral de Obesidad en Unidad Hospitalaria 234

Secretaría de Finanzas

- ♦ Aviso por el que se dan a conocer las Tasas de Recargos Vigentes durante el mes de septiembre de 2015 262

Continúa en la Pág. 2

Índice

Viene de la Pág. 1

Delegación Coyoacán

- ◆ Nota aclaratoria a las Reglas de Operación de la Acción Institucional de Entrega de Tablets a Estudiantes de 18 años en adelante que estén cursando la Educación Media y Superior, en Escuelas Oficiales: “Coyoacán Tecnológico”, publicadas el 18 de marzo del 2015 263

Delegación La Magdalena Contreras

- ◆ Aviso por el cual se dan a conocer diversos Acuerdos de Modificación de Sistemas de Datos Personales a cargo de la Delegación La Magdalena Contreras 265
- ◆ Aviso por el cual se dan a conocer diversos Acuerdos de Supresión de Sistemas de Datos Personales a cargo de la Delegación La Magdalena Contreras 296
- ◆ Aviso por el cual se dan a conocer diversos Acuerdos de Creación de Sistemas de Datos Personales a cargo de la Delegación La Magdalena Contreras 302

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal

- ◆ Acuerdo/02/2015, de la Presidenta de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, mediante el que determina modificar diez Sistemas de Datos Personales de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal 316
- ◆ Acuerdo/03/2015, de la Presidenta de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal por el que determina la supresión del Sistema de Datos Personales “Directorio de Promotoras y Promotores Ciudadanos de Derechos Humanos” 325

Fideicomiso Educación Garantizada del Distrito Federal

- ◆ Acuerdo de modificación del Sistema de Datos Personales de los Recursos Humanos de Estructura del Fideicomiso Educación Garantizada del Distrito Federal y Sistema de Datos Personales de los Proveedores del Fideicomiso Educación Garantizada del Distrito Federal 327
- ◆ Acuerdo de Modificación del Sistema de Datos Personales del Programa “Prepa Sí” 329
- ◆ **Edictos** 331
- ◆ **Aviso** 338

CDMX
CIUDAD DE MÉXICO



**GACETA OFICIAL
DISTRITO FEDERAL**

SECRETARÍA DE SALUD

DR. JOSÉ ARMANDO AHUED ORTEGA, Secretario de Salud, con fundamento en el artículo 29 fracción XIX, 16 fracción IV de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, 24 fracción XX de la Ley de Salud del Distrito Federal, 11 de la Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal, 26 fracciones V y VIII y 67 fracciones VI, XIV y XXI del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal emito el siguiente:

AVISO POR EL CUAL SE DAN A CONOCER LAS TÉCNICAS DE ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. MARCO JURÍDICO DE ACTUACIÓN

3. OBJETIVO DEL DOCUMENTO

4. TÉCNICAS DE ENFERMERÍA

- 4.1 Ingreso del Derechohabiente o Usuario.
- 4.2 Valoración de Signos Vitales.
- 4.3 Somatometría.
- 4.4 Baño de Esponja.
- 4.5 Baño de Artesa.
- 4.6 Baño de Regadera.
- 4.7 Cuidados Pos-Mortem.
- 4.8 Manejo de Hemoderivados.
- 4.9 Precauciones de Aislamiento.
- 4.10 Oxigenoterapia.
- 4.11 Fisioterapia Pulmonar.
- 4.12 Instalación de Venoclisis.
- 4.13 Curación de Catéter.
- 4.14 Nutrición Parenteral Total (NPT) (Hiperalimentación).
- 4.15 Administración de Medicamentos.
- 4.16 Métodos de Sujeción.
- 4.17 Instalación de Sonda Nasogástrica u Orogástrica.
- 4.18 Instalación de Sonda Foley.
- 4.19 Alimentación Forzada.
- 4.20 Alimentación por Gastroclisis.
- 4.21 Enema Evacuante.
- 4.22 Obtención de Muestras de Orina y Materia Fecal.

- 4.23 Aplicación de Calor como Agente Terapéutico.
- 4.24 Aplicación de Frío como Agente Terapéutico.
- 4.25 Colaboración en la Intubación Endotraqueal.
- 4.26 Traslado Hospitalario del Derechohabiente o Usuario en Estado Crítico.
- 4.27 Reanimación Cardio-Cerebro-Pulmonar (RCCP).
- 4.28 Cuidados del Derechohabiente o Usuario con Traqueostomía.
- 4.29 Colaboración en Punción Lumbar.
- 4.30 Atención del Niño Quemado.
- 4.31 Cuidado al Niño con Aparato de Yeso.
- 4.32 Colocación de Vendajes.
- 4.33 Vigilancia del Estado Neuro Vascular Distal.
- 4.34 Egreso del Derechohabiente o Usuario.
- 4.35 Atención de Enfermería al Derechohabiente o Usuario en Estado Terminal.

5. ANEXOS

- 5.1 Glosario de Términos.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La Secretaría de Salud del Distrito Federal, institución encargada de la prestación de servicios de atención médica a la población abierta del Distrito Federal, en apego a las políticas de modernización técnico-administrativas dictadas por el Gobierno del Distrito Federal y el sistema de servicios de salud, ha puesto en operación en la presente administración la estrategia de actualización de los lineamientos de organización, de procedimientos y técnicas, que guían el desarrollo de las funciones, actividades y acciones del personal y autoridades, tanto de las unidades hospitalarias como de las unidades administrativas y técnico-operativas, que redundan en una prestación de servicios de atención médica oportuna y de calidad a la población demandante.

El presente documento está dirigido al personal de enfermería en todos los niveles jerárquicos, principalmente a las unidades pediátricas; se deberá instrumentar su difusión, conocimiento e implementación, con el fin de unificar criterios de acción que garanticen la calidad de la atención que se brinda al derechohabiente o usuario. Consta de los siguientes capítulos: introducción, marco jurídico de actuación, objetivo, técnicas, anexos y bibliografía.

Finalmente, es necesario comentar que este documento, debe estar sujeto a procesos periódicos de actualización, con el objetivo de mantenerlo vigente.

El presente documento se elabora con fundamento en las atribuciones de la Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial establecidas en el artículo 67 Fracciones VI y XIV del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito y en las funciones de la Dirección de Coordinación y Desarrollo Sectorial descritas en el Manual Administrativo de la Secretaría de Salud.

2. MARCO JURÍDICO DE ACTUACIÓN

Los principales ordenamientos jurídico-administrativos en que se sustentan las Técnicas de Enfermería en el Servicio de Pediatría son:

CONSTITUCIÓN

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 05 de febrero de 1917, última reforma 10 de julio de 2015.

ESTATUTO

- Estatuto de Gobierno del Distrito Federal, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de julio de 1994, última reforma 27 de junio de 2014.

LEYES

- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1982, última reforma 24 de diciembre de 2013.
- Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984, última reforma 04 de junio de 2015.
- Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 29 de diciembre de 1998, última reforma 29 de enero de 2015.
- Ley de los Derechos de las Niñas y Niños en el Distrito Federal, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 31 de enero de 2000, última reforma 02 de mayo de 2014.
- Ley que Establece el Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 22 de mayo de 2006.
- Ley de Salud del Distrito Federal, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 17 de septiembre de 2009, última reforma 23 de marzo de 2015.
- Ley de Atención Integral para el Desarrollo de las Niñas y los Niños en Primera Infancia en el Distrito Federal, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 30 de abril de 2013.

REGLAMENTOS

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986, última reforma 24 de marzo de 2014.
- Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 28 de diciembre de 2000, última reforma 19 de noviembre de 2014.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 05 de abril de 2004, última reforma 17 de diciembre de 2014.
- Reglamento de la Ley que Establece el Derecho al Acceso Gratuito a los Servicios Médicos y Medicamentos a las Personas Residentes en el Distrito Federal que Carecen de Seguridad Social Laboral, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 04 de diciembre de 2006.
- Reglamento de la Ley de Salud del Distrito Federal, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 07 de julio de 2011.

DOCUMENTOS NORMATIVO-ADMINISTRATIVOS

- Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002. Protección Ambiental - Salud Ambiental - Residuos Peligrosos Biológico - Infecciosos - Clasificación y Especificaciones de Manejo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de febrero de 2003.
- Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005. Para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de noviembre de 2009.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente Clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.

- Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012. Para la Disposición de Sangre Humana y sus Componentes con Fines Terapéuticos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de octubre de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012. Para la Vigilancia Epidemiológica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de febrero de 2013.

3. OBJETIVO DEL DOCUMENTO

Unificar las técnicas de enfermería más comunes para la atención del derechohabiente o usuario pediátrico en las diferentes unidades hospitalarias, con el propósito de facilitar el desempeño de las actividades del profesional de enfermería y otorgar una atención con bases científicas de forma oportuna y humanitaria a la población demandante.

4. TÉCNICAS DE ENFERMERÍA

4.1 Ingreso del Derechohabiente o Usuario

Concepto:

Es el conjunto de actividades técnico-administrativas que se realizan para admitir al derechohabiente o usuario en una unidad hospitalaria y la derivación de éste, a los diferentes servicios para su observación, diagnóstico y tratamiento.

Los tipos de ingreso del derechohabiente o usuario obedecen a la presencia de problemas graves o severos de salud y pueden ser programados o de urgencias.

- Ingreso Programado: Cuando el derechohabiente o usuario requiere de atención médica previa, valoración y seguimiento de su padecimiento.
- Ingreso de Urgencias: Cuando el derechohabiente o usuario necesita la atención médica inmediata a su padecimiento que pone en peligro su vida, haya tenido o no un control previo.

Objetivos:

- Proporcionar atención oportuna, eficiente y de calidad al derechohabiente o usuario pediátrico de acuerdo con sus necesidades.
- Facilitar la adaptación del niño y de sus padres al ambiente hospitalario.
- Efectuar la valoración inicial de enfermería.
- Conservar la individualidad del derechohabiente o usuario durante su estancia y tratamiento específico.
- Integrar al derechohabiente o usuario pediátrico a una unidad hospitalaria a través de un proceso administrativo que permita la identificación y control de su atención.

Principios:

- Una situación desconocida provoca ansiedad, miedo y temor.
- El proceso administrativo y el proceso enfermero permite la asistencia individual y sistematizada dentro de la unidad hospitalaria.

Material y Equipo:

- Libreta de ingresos y egresos.
- Hoja de movimiento diario de derechohabiente o usuarios.
- Hoja de registros clínicos de enfermería.
- Hoja de control de líquidos.
- Pulsera o brazalete de identificación.

- Formato de identificación para la cama o cuna.
- Hoja de dietas.
- Hoja de estado de salud.
- Equipo para toma de signos vitales.
- Equipo para toma de peso, talla y perímetros.
- Equipo para toma de exámenes de laboratorio.
- Batas y pijamas hospitalarias.
- Porta expediente.

Técnica:

- Asigna al recibir el aviso de internamiento, una cama o cuna de acuerdo a la edad, estado de salud y organización del servicio.
- Recibe al derechohabiente o usuario y al familiar y se presenta con cortesía y respeto.
- Recibe del personal de admisión o de enfermería el expediente clínico, verificando que esté completo y en orden.
- Firma de recibido en la libreta de admisión o del servicio de referencia.
- Traslada al derechohabiente o usuario a su cama o cuna.
- Cambia al derechohabiente o usuario su ropa de calle por la ropa hospitalaria.
- Entrega la ropa, pertenencias y valores a los familiares o al servicio de admisión.
- Verifica que los datos de la pulsera de identificación concuerden con el expediente clínico.
- Revisa las condiciones y el estado general del derechohabiente o usuario.
- Realiza la papelería correspondiente para el manejo del derechohabiente o usuario.
- Comunica al médico del ingreso del derechohabiente o usuario del estado de salud del mismo.
- Auxilia al médico en la exploración del derechohabiente o usuario.
- Revisa indicaciones médicas.
- Comunica al servicio de Dietología del ingreso del derechohabiente o usuario por medio de la solicitud de dietas y registra el tipo de dieta indicada.
- Realiza los registros de enfermería correspondientes.

Ingreso No Programado o de Urgencias:

- Recibe al derechohabiente o usuario en el servicio de urgencias y le asigna cama, cuna o camilla.
- Proporciona y hace cambio de la ropa de calle a bata o camión clínico.
- Toma signos vitales y realiza toma de peso, talla y perímetros.
- Inicia registros de enfermería.
- Auxilia al médico en los procedimientos que le realice al derechohabiente o usuario.

- Entrega al familiar la ropa y pertenencias del derechohabiente o usuario.
- Indica al familiar los trámites que continúan para la realización del ingreso.
- Cumple con las indicaciones médicas de inmediato.

Medidas de Control y Seguridad:

- Verifica los datos del derechohabiente o usuario (edad, sexo, identidad).
- Verifica el diagnóstico de ingreso.
- Orienta al familiar sobre las normas de la unidad.
- El manejo del derechohabiente o usuario pediátrico inconsciente o politraumatizado, debe realizarse con el cuidado específico preestablecido.
- Verificar al ingreso del derechohabiente o usuario si es un caso médico legal.

4.2 Valoración de Signos Vitales.**Concepto:**

Son las acciones que realiza el personal de enfermería para medir las funciones vitales (temperatura, respiración, pulso y tensión arterial) y que muestran el estado fisiológico del organismo.

a) Valoración de la Temperatura:**Concepto:**

Procedimiento que se realiza para medir el grado de calor del organismo humano, en las cavidades bucal o rectal, o en regiones axilar o inguinal.

Objetivos:

- Conocer la temperatura corporal del derechohabiente o usuario en grados centígrados.
- Valorar el estado de salud o enfermedad.

Principios:

- El mercurio del termómetro se dilata cuando se calienta.
- La temperatura axilar es de 0.2 a 0.3 grados centígrados más baja que la oral.
- La piel es un órgano termorregulador y termorreceptor.

Material y Equipo:

- Mesa Pasteur.
- Charola.
- Termómetros en número y tipo según necesidades.
- Portatermómetros con solución antiséptica.
- Recipiente con torundas secas.
- Lubricantes (en caso de realizar toma de temperatura rectal).

- Reloj con segundero o cronómetro.
- Hoja de registro de enfermería.

Medición de Temperatura Oral (Niños Mayores de 6 Años):**Técnica:**

- Se lava las manos.
- Prepara el equipo y lo traslada a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Confirma que el niño no haya ingerido alimentos o practicado algún ejercicio en los últimos 30 minutos.
- Explica al niño sobre el procedimiento y lo coloca en decúbito o posición sedente.
- Verifica que el mercurio se encuentre por debajo de 34 °C de la escala termométrica; en caso contrario, desciende la columna de mercurio mediante un sacudimiento ligero.
- Coloca el bulbo del termómetro debajo de la lengua del derechohabiente o usuario, y le indica que mantenga cerrados los labios y lo deja 3 minutos, luego retira el termómetro de la cavidad bucal.
- Efectúa la lectura del termómetro y la registra.
- Lava el termómetro con jabón líquido, aclara con agua y con torundas secas y lo limpia del cuerpo al bulbo.
- Sacude el termómetro para bajar la escala de mercurio y lo coloca en un recipiente con solución antiséptica.
- Cambia la solución antiséptica cada 24 horas.
- Deja cómodo al derechohabiente o usuario.
- Valora la medición de la temperatura obtenida.

Medición de Temperatura Axilar (niños menores de 6 años):**Técnica:**

- Se lava las manos.
- Prepara el equipo y lo traslada a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Explica al derechohabiente o usuario sobre el procedimiento y lo coloca en decúbito o posición sedente.
- Verifica que el mercurio se encuentre por debajo de 34 °C de la escala termométrica; en caso contrario, desciende la columna de mercurio mediante un sacudimiento ligero.
- Coloca el termómetro en la línea media axilar del derechohabiente o usuario.
- Coloca el brazo y antebrazo del derechohabiente o usuario sobre el tórax, a fin de mantener el termómetro en su lugar.
- Deja el termómetro de 3 a 5 minutos en la axila y lo retira.
- Realiza la lectura del termómetro y la registra.
- Lava el termómetro con jabón líquido y aclara con agua corriente.
- Limpia el termómetro con torundas secas del cuerpo al bulbo con movimientos rotatorios.
- Sacude el termómetro para bajar la escala de mercurio y lo coloca en recipientes con solución antiséptica.

- Valora la medición de temperatura obtenida y realiza las anotaciones correspondientes.

Medición de la Temperatura Rectal:

Técnica:

- Se lava las manos.
- Comunica, si la edad y las condiciones del derechohabiente o usuario lo permiten, con palabras sencillas la razón de las maniobras y el procedimiento.
- Coloca al derechohabiente o usuario en posición de Sims.
- Lubrica el bulbo del termómetro, en una superficie de 3 cm aproximadamente.
- Separa los glúteos de tal forma que permita visualizar el esfínter anal, para introducir el termómetro de acuerdo a la edad del derechohabiente o usuario.
- Sostiene el termómetro en recto durante dos o tres minutos y lo retira de la cavidad rectal.
- Realiza la lectura del termómetro y la registra en la hoja de enfermería correspondiente.
- Lava el termómetro con jabón líquido y aclara con agua corriente.
- Limpia el termómetro con torundas secas del cuerpo al bulbo con movimientos rotatorios.
- Sacude el termómetro para bajar la escala de mercurio y lo coloca en un recipiente con solución antiséptica.
- Deja cómodo al derechohabiente o usuario y arregla el equipo para nuevo uso.
- Valora la medición de temperatura obtenida.

b) Valoración de la Respiración:

Concepto:

Es el procedimiento que se realiza para valorar el estado respiratorio del organismo mediante el cual se inspira oxígeno y elimina bióxido de carbono, agua y otros productos de oxidación.

Objetivos:

- Valorar el estado de salud o enfermedad.
- Ayudar a establecer un diagnóstico de salud.

Principios:

- La respiración pulmonar comprende dos movimientos o fases: inspiración y espiración.
- La respiración involuntaria es controlada por el bulbo raquídeo.
- La respiración voluntaria es fácilmente controlada por el individuo.

Material y Equipo:

- Reloj con segundero.
- Hoja de registro de enfermería.
- Pluma con tinta azul, roja o verde, de acuerdo al turno.

Técnica:

- Coloca al derechohabiente o usuario en posición sedente o decúbito dorsal; de ser posible la respiración debe ser contada sin que éste se percate de ello.
- Toma un brazo del derechohabiente o usuario y lo coloca en el tórax; pone un dedo en la muñeca de su mano como si se estuviera tomando el pulso.
- Observa los movimientos respiratorios y examina el tórax o el abdomen cuando se eleva y se deprime.
- Cuenta las respiraciones durante un minuto y realiza las anotaciones en la hoja de enfermería.

c) Valoración del Pulso:**Concepto:**

Es el latido rítmico que se produce por la expansión dinámica y la contracción de una arteria, a medida que la sangre penetra en su interior, forzada por la contracción del ventrículo izquierdo del corazón.

Principios:

- El pulso se define como la expansión y contracción de las arterias, percibida por los dedos que palpan una arteria sobre un plano resistente.
- Es la sucesión de las pulsaciones arteriales, cuyo número en el derechohabiente o usuario pediátrico, varía según la edad.
- El pulso determina la frecuencia y tipo de latidos del corazón.
- La fuerza y la frecuencia del latido cardíaco están determinadas por la presencia de iones de calcio, sodio y potasio en la sangre.

Material y Equipo:

- Reloj con segundero.
- Hoja de registro de enfermería.
- Pluma con tinta azul, roja o verde, de acuerdo al turno.

Técnica:

- Coloca al derechohabiente o usuario en posición de descanso (decúbito dorsal o sentado), con el brazo y la mano apoyados sobre un plano firme.
- Coloca los dedos índice y medio sobre la arteria elegida, ejerce una presión moderada para poder palpar el pulso.
- Cuenta las pulsaciones durante un minuto, observa ritmo, tensión y frecuencia.
- Deja cómodo al derechohabiente o usuario.
- Realiza las anotaciones en la hoja de enfermería.

d) Tensión Arterial:**Concepto:**

Es la resistencia que ejercen las arterias en contra del flujo sanguíneo expulsado por el ventrículo izquierdo, y se mide generalmente en la arteria humeral, radial y poplítea.

Objetivo:

Detectar oportunamente en los signos vitales variaciones que permitan orientar las acciones diagnósticas del derechohabiente o usuario, con el fin de lograr la pronta estabilidad y mejorar sus funciones vitales, que lo conduzcan a la recuperación de la salud.

Principios:

- La frecuencia cardiaca se define como el número de latidos en la unidad de tiempo (1 minuto).
- La tensión arterial es la energía de la contracción de las arterias, proporcional a la intensidad del flujo sanguíneo.
- El mercurio es 13.5 veces más pesado que el agua.

Material y Equipo:

- Estetoscopio.
- Esfingomanómetro.
- Hoja de registro de enfermería.
- Pluma con tinta azul, roja o verde, de acuerdo al turno.

Técnica:

- Prepara el equipo.
- Traslada el equipo a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Comunica, si la edad y las condiciones del niño lo permiten, con palabras sencillas la razón de las maniobras y el procedimiento.
- Coloca al derechohabiente o usuario en posición cómoda (acostado o sentado) y le ayuda a colocar el brazo apoyado en la cama o mesa en posición supina.
- Coloca el esfingomanómetro en una mesa cercana, el aparato en forma de caja debe colocarse de manera que la escala sea visible por el personal de enfermería.
- Coloca el brazalete alrededor del brazo con el borde inferior 2.5 cm arriba de la articulación del brazo, a una altura que corresponda a la del corazón, procurando que el contorno del brazo quede sin apretar.
- Localiza el pulso humeral con los dedos índice y medio, coloca el estetoscopio.
- Coloca el estetoscopio en posición de uso, con los conductos auditivos externos con las olivas hacia delante.
- Localiza la pulsación más fuerte, con las puntas de los dedos medio e índice, colocando el estetoscopio en este lugar, procurando que éste no quede por debajo del brazalete, pero que toque la piel sin presionar. Sostiene la perilla de caucho con la mano contraria y cierra la válvula del tornillo.
- Mantiene colocado el estetoscopio sobre a arteria. Realiza la acción de bombeo con la perilla e insufla rápidamente el brazalete hasta que el mercurio se eleve de 20 a 30 mm de mercurio por arriba del nivel en que la pulsación de la arteria ya no se escuche.
- Afloja cuidadosamente el tornillo de la perilla y deja que el aire escape lentamente, escucha con atención el primer latido claro y rítmico. Observa el nivel de la escala de mercurio y realiza la lectura. Esta cifra es la presión sistólica.
- Abre completamente la válvula, dejando escapar todo el aire del brazalete y lo retira.
- Retira el brazalete, lo dobla y guarda.
- Deja cómodo al derechohabiente o usuario.
- Realiza las anotaciones de enfermería.

e) Frecuencia Cardiaca:

Concepto:

Frecuencia del pulso calculada mediante el recuento del número de contracciones ventriculares por unidad de tiempo.

Técnica:

- Coloca al derechohabiente o usuario en posición decúbito dorsal o sentado.
- Coloca el estetoscopio sobre el apex (debajo del pezón izquierdo o el quinto espacio intercostal izquierdo), al nivel de la línea media clavícula.
- Cuenta los latidos por minuto.
- Retira el estetoscopio.
- Deja cómodo al derechohabiente o usuario.
- Realiza las anotaciones de enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- La temperatura rectal está contraindicada en derechohabiente o usuarios con lesiones de recto y ano, o si el derechohabiente o usuario presenta diarrea o inconsistencia.
- La temperatura oral no es recomendable en niños, ya que pueden morder el termómetro.
- No busque el pulso con el dedo pulgar, pues tiene pulso propio.
- No tomar la respiración si el derechohabiente o usuario acaba de tomar sus alimentos, si realizó ejercicios o después de reacciones emotivas.
- El brazalete del esfigmomanómetro se colocara directamente sobre la piel, no sobre la ropa.
- El brazalete del esfigmomanómetro será de acuerdo a la edad de derechohabiente o usuario ya que puede dar datos no verdaderos.
- No tomar la presión más de 2 veces en el mismo lugar, pues obtendrá lectura errónea.
- Hacer las mediciones con la frecuencia que requiera el estado del derechohabiente o usuario o la indicación médica.
- Verifica que el equipo este completo y en buenas condiciones de exactitud y uso.
- Evita tomar la temperatura en la boca cuando el derechohabiente o usuario no colabore ya que existe peligro de que se rompa.
- El mercurio es un metal altamente tóxico.

4.3 Somatometría.**Concepto:**

- Es la parte de la antropología física que se ocupa de las medidas del cuerpo humano.
- Son las acciones que se efectúan para obtener las proporciones y medidas de un niño: peso, talla y perímetros.

Objetivos:

- Valorar el crecimiento del individuo.
- Obtener los valores de peso, talla, perímetro del derechohabiente o usuario pediátrico, para comparar los estándares establecidos y que sirvan de apoyo en el diagnóstico y tratamiento médico.

Material y Equipo:

- Báscula pesa bebé o báscula con estadímetro.
- Cinta métrica.
- Toallas desechables o pañal.
- Lápiz o pluma.
- Registros de enfermería.

a) Peso:**Técnica:**

- Se lava las manos.
- Prepara el equipo y lo traslada a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Llama al derechohabiente o usuario por su nombre y lo identifica.
- Solicita que orine antes de pesarlo y le explica el propósito del procedimiento a realizar.
- Traslada al niño al lugar donde esta la báscula pesa bebé o con estadímetro, si las condiciones físicas del derechohabiente o usuario lo permiten.
- Nivelas las básculas.
- Cubre con una toalla de papel o pañal la superficie de la báscula que estará en contacto con el derechohabiente o usuario.
- Desviste al derechohabiente o usuario, en caso de que sea recién nacido y lo coloca sobre la báscula pesa bebé debidamente protegido, con maniobras gentiles y sin riesgo para el lactante, protegiéndolo con la mano izquierda encima de su cuerpo sin tocarlo, con la mano derecha equilibrando el peso.
- Asiste al derechohabiente o usuario cuando es ambulatorio para que suba a la báscula, lo coloca frente a la escala, sin zapatos (lo vigila sin tocarlo mientras se toma el peso con exactitud).
- Efectúa la lectura y registro del peso del derechohabiente o usuario.
- Baja al derechohabiente o usuario de la báscula, lo ayuda a vestirse y lo deja cómodo en su unidad.
- Informa al derechohabiente o usuario su peso.
- Desecha la toalla de papel y da cuidado posteriores al equipo.

b) Talla:**Técnica:**

- Se lava las manos.
- Prepara el equipo y lo traslada a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Llama al derechohabiente o usuario por su nombre y lo identifica.
- Extiende sobre la mesa de exploración pediátrica una sábana de mayor tamaño.
- Instala al niño sobre el papel, en decúbito dorsal, marca el borde superior del cráneo, apoya una mano en las rodillas del niño y marca el límite de los talones.

- Mide con la cinta métrica la distancia entre un punto y otro, efectúa la anotación.
- Utiliza el estadímetro de la báscula en el escolar y adolescente, coloca en posición erecta de espaldas y baja el marcador del estadímetro hasta tocar el vértice cefálico.
- Baja al derechohabiente o usuario de la báscula, lo ayuda a vestirse y lo deja cómodo en su unidad.
- Informa al derechohabiente o usuario su peso.
- Desecha la toalla de papel y da cuidados posteriores al equipo.

c) Perímetro Cefálico (Medición de la Circunferencia del Cráneo):

Técnica:

- Se lava las manos.
- Prepara el equipo y lo traslada a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Llama al derechohabiente o usuario por su nombre y lo identifica.
- Levanta la cabeza del niño con una mano y desliza la cinta métrica con la otra, por debajo de la misma.
- Coloca la cinta al nivel del occipucio y parte media de la frente, sin apretar.
- Efectúa la lectura y la anota, retira la cinta.

d) Perímetro Torácico (Medición del Contorno Superior al Tórax):

Técnica:

- Se lava las manos.
- Prepara el equipo y lo traslada a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Llama al niño por su nombre y lo identifica.
- Levanta la cabeza y el tórax del niño y desliza la cinta métrica por debajo de él.
- Acuesta al niño en decúbito dorsal, le descubre el tórax y coloca la cinta métrica debajo de las axilas, al nivel de las tetillas.
- Efectúa la lectura, la anota y retira la cinta.

e) Perímetro Abdominal:

Técnica:

- Se lava las manos.
- Prepara el equipo y lo traslada a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Llama al derechohabiente o usuario por su nombre y lo identifica.
- Acuesta al derechohabiente o usuario en decúbito dorsal y descubre la región abdominal.
- Sostiene con una mano la espalda del niño y con la otra desliza la cinta métrica por debajo del derechohabiente o usuario y la coloca sobre la cicatriz umbilical.
- Efectúa la lectura y la anota.
- En el recién nacido que aún tenga cordón umbilical, se toma en la parte superior del muñón.

f) Perímetro de los Miembros Torácicos:**Técnica:**

- Se lava las manos.
- Prepara el equipo y lo traslada a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Llama al derechohabiente o usuario por su nombre y lo identifica.
- Coloca al derechohabiente o usuario en decúbito dorsal o sentado.
- Deja que el brazo caiga libremente a lo largo del cuerpo.
- Coloca la cinta métrica alrededor del brazo, a la mitad de la distancia entre el acromion y el olécranon.
- Efectúa la misma maniobra del olécranon a la región escápulo humeral de acuerdo con la indicación médica.
- Lleva a cabo la lectura y la anota.

g) Perímetro de los Miembros Pélvicos:**Técnica:**

- Se lava las manos.
- Prepara el equipo y lo traslada a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Llama al derechohabiente o usuario por su nombre y lo identifica.
- Coloca al derechohabiente o usuario en decúbito dorsal.
- Descubre miembros inferiores.
- Coloca la cinta métrica alrededor del muslo, en la parte media; en la pierna, en el tercio superior.
- Efectúa la lectura y la anota.

Medidas de Control y Seguridad:

- De preferencia pese a los derechohabientes o usuarios a una misma hora, en ayunas y con el mismo tipo de ropa.
- Realice cambios de toallas desechables a la báscula por cada derechohabiente o usuario para evitar infecciones cruzadas.
- Verifique la exactitud de la báscula.
- Nunca deje solo al niño durante estos procedimientos.

4.4 Baño de Esponja.**Concepto:**

Son las actividades que se realizan para efectuar la limpieza general que se proporciona a un derechohabiente o usuario en su cama, cuando no puede o no le está permitido bañarse en regadera o tina.

Objetivo:

Eliminar las secreciones de las glándulas sebáceas, la descamación de la piel, el sudor y la flora transitoria de la piel para proporcionar al derechohabiente o usuario la higiene corporal adecuada.

Principios:

- La piel y mucosas son las primeras líneas de defensa contra agentes patógenos.
- La limpieza corporal contribuye al bienestar del derechohabiente o usuario.
- La edad es factor determinante en los cambios de la piel en cuanto a elasticidad, pigmentación e hidratación.
- La acción química del jabón elimina la grasa.
- La fricción favorece la vasodilatación periférica y el arrastre de flora transitoria.

Material y Equipo:

- Mesa Pasteur.
- Lavamanos.
- Torundas e hisopos.
- Jabón en pastilla.
- Ropa para cama o cuna.
- Tánico.
- Esponja o toalla de fricción.
- Apósito.
- Peine.
- Guantes.
- Agua caliente (38 a 40° C).
- Hule clínico.
- Pijama o bata camión.

Técnica:

- Explica con palabras sencillas y de acuerdo a la edad del derechohabiente o usuario el procedimiento a realizar.
- Acondiciona el medio ambiente.
- Prepara el equipo y lo traslada a la unidad.
- Evita corrientes de aire.
- Afloja la ropa del niño y retira la que tiene según la región que se va a asear.
- Coloca sobre el hule clínico una sábana y sobre ella al niño.
- Coloca una sábana sobre el pecho del niño.
- Toma 4 torundas y humedece 2.
- Coloca en los espacios interdigitales de la mano izquierda, alterna una seca y una húmeda.

- Asea con la torunda húmeda la piel del párpado distal, pasándola del ángulo interno al externo del ojo en una sola vez y la desecha; con la torunda seca repita la maniobra. efectúe el mismo procedimiento en el otro ojo.
- Limpia y seca la cara con un apósito y con movimientos suaves en forma de ocho.
- Limpia la oreja con un hisopo.
- Procede a lavar la cabeza sobre el lavamanos y la seca.
- Descubre el brazo distal y la cara anterior del tórax, abarcando el cuello; lava, enjuaga, seca y lo cubre nuevamente.
- Acomoda al derechohabiente o usuario en decúbito lateral.
- Lava, enjuaga y seca el brazo proximal, la cara posterior del cuello y espalda.
- Lubrica la piel ya aseada y la cubre.
- Descubre la pierna distal y cara anterior al abdomen, lava incluyendo la región inguinal sin tocar los genitales, enjuaga, seca y lo cubre nuevamente.
- Lava, enjuaga y seca la pierna proximal a los glúteos sin tocar la región anal.
- Toma 4 torundas, humedece 2 y las coloca de la manera antes mencionada, inicia la limpieza de los genitales femeninos abriendo los labios mayores y pasa las torundas húmedas por un lado de arriba hacia abajo y las desecha. Seca del mismo modo y repita esta maniobra en el lado contrario. En el varón baje el prepucio, limpie con la torunda húmeda de manera circular y seca posteriormente.
- Lava suavemente la región anal con la toalla enjabonada, enjuaga y seca.
- Lubrica la piel en donde sea necesario.
- Procede a vestir al niño.
- Corta las uñas si es necesario y lo peina.
- Realiza cambio de ropa de cama o cuna.
- Reinstala el equipo en su lugar y proporciona los cuidados posteriores a su uso.

4.5 Baño de Artesa.

Concepto:

Son las maniobras que efectúan para el aseo del cuerpo del derechohabiente o usuario con agua corriente en una artesa.

Objetivo:

- Eliminar las secreciones de las glándulas sebáceas, la descamación de la piel, el sudor y el polvo.
- Estimular la circulación y el ejercicio físico por medio del movimiento.
- Proporcionar confort y bienestar al niño.
- Crear hábitos higiénicos al niño.

Principios:

- En la piel normal saludable se encuentran microorganismos que no son dañinos.
- La piel es una barrera natural que protege a los tejidos subyacentes de lesiones físicas y de la invasión bacteriana.

Material y Equipo:

- Torundas e hisopos.
- Jabón de baño de pastilla.
- Toalla de fricción.
- Un contenedor con crema.
- Peine.
- Bolsa de papel para desechos.
- Cortauñas.
- Tánico.
- Ropa para el niño.

Técnica:

- Proporciona de acuerdo a la edad, información del procedimiento a realizar.
- Traslada al niño y lleva consigo sus objetos personales.
- Coloca al niño sobre el colchón de artesa.
- Procede al aseo de cavidades, como está descrito en el baño de esponja y limpia la cara, con movimientos suaves en forma de ocho.
- Acerca al derechohabiente o usuario al borde de la artesa, para lavar y secar la cabeza.
- Desviste al niño y lo coloca al centro de la artesa, utiliza la sábana clínica como protector antiderrapante.
- Enjabona y enjuaga al cuerpo del niño de cuello a los pies, teniendo cuidado de los pliegues naturales.
- Coloca la toalla sobre los hombros del niño o si es el caso, coloca al niño pequeño sobre la toalla que está en el colchón de la artesa y procede a secarlo.
- Lubrica la piel y lo viste.
- Corta las uñas, si es necesario y lo peina.
- Regresa al derechohabiente o usuario a su cama, le proporciona bienestar y seguridad.
- Reinstala el equipo en su lugar y da los cuidados posteriores a su uso.

4.6 Baño de Regadera.**Concepto:**

Es la limpieza general del cuerpo con jabón y agua corriente.

Objetivos:

- Eliminar las secreciones de las glándulas sebáceas, la descamación de la piel, el sudor y el polvo.
- Estimular la circulación y el ejercicio físico por medio del movimiento.
- Proporcionar confort y bienestar al derechohabiente o usuario.
- Crear hábitos higiénicos al niño y favorecer la apariencia exterior.

Principios:

- En la piel se encuentra flora residente y transitoria.
- La piel es una barrera natural que protege a los tejidos subyacentes de lesiones físicas y de la invasión bacteriana.

Material y Equipo:

- Jabón de baño de pastilla.
- Toalla afelpada y esponja.
- Pomadera con crema.
- Peine.
- Bata o pijama.
- Ropa para el niño.
- Sandalias de hule.
- Silla o banco.
- Tapete de caucho.

Técnica:

- Explica el procedimiento al derechohabiente o usuario y lo lleva al cuarto de baño con sus objetos personales.
- Acondiciona el medio ambiente y acomoda el equipo.
- Abre las llaves del agua fría y caliente para regular el flujo y la temperatura al agrado del niño.
- Ayuda al derechohabiente o usuario a desvestirse y a sentarse en la silla, en caso de que se requiera.
- Permanece cerca del niño para prestar ayuda en caso necesario.
- Ayuda al derechohabiente o usuario a vestirse cuando ha terminado de bañarse y lo traslada a su unidad correspondiente.

Medidas de Control y Seguridad:

- Evitar las corrientes de aire y enfriamientos.
- Verificar que no exista contraindicación médica para el baño.
- Poner atención especial en el lavado de los pliegues.
- Tomar la temperatura del niño antes y después del baño.
- Notificar al médico la presencia de cualquier alteración que se observe.
- Mantener el agua a la temperatura inicial durante el procedimiento.
- Trasladar al niño con las precauciones necesarias.
- Manejar con cuidado las venoclisis.
- Lavar y desinfectar la artesa antes y después de cada baño.

4.7 Cuidados Post-Mortem.

Concepto:

Es el conjunto de acciones que se proporcionan al cuerpo una vez que han cesado sus funciones vitales.

Objetivos:

- Prepara el cadáver para su inhumación.
- Evitar la salida de líquidos corporales y gases en descomposición.
- Evitar la deformación de los rasgos fisonómicos.

Principio:

Una identificación correcta evita errores en la entrega del cadáver.

Material y Equipo:

- Mesa Pasteur con:
 - Sábana grande.
 - Toallas o paños.
 - Vendas.
 - Apósitos.
 - Gasas.
 - Torundas.
 - Tela adhesiva.
 - Pinzas.
 - Guantes
 - Abatelenguas.
 - Cubrebocas.

Técnica:

- Prepara el equipo en el cuarto de trabajo y elabora las etiquetas de identificación.
- Aísla el cadáver con biombos.
- Coloca el cubrebocas y guantes antes de iniciar el amortajamiento.
- Retira apósitos, sondas, tubos de canalización y equipo que haya utilizado.
- Retira la almohada, afloja la ropa de cama y quita la colcha, el cobertor y la sábana móvil.
- Retira la ropa del cadáver, dejándolo cubierto con una sábana.
- Realiza una ligera presión en el hipogastro para favorecer la salida de líquidos contenidos en la vejiga e intestino; coloca tapones de algodón en las cavidades, para evitar la salida de los líquidos y excreciones (orina, saliva, materia fecal, sangre, etc).

- Cubre las incisiones o heridas con gasa o apósitos fijos con tela adhesiva o vendas.
- Realiza el aseo parcial o total, según el estado de limpieza del cadáver.
- Confirma la presencia de la identificación en el tórax y extremidades inferiores.
- Cambia la sábana fija de la cama por la de amortajamiento, colocándola esquinada y a lo largo de la cama debajo del cadáver; centra el cuerpo en extensión, con los brazos cruzado uno sobre otro.
- Envuelve el cuerpo de la siguiente forma:
 - Pasa el extremo distal de la sábana por el tórax. Abdomen y extremidades inferiores.
 - Envuelve los pies con el extremo que quedo libre en la piecera.
 - Lleva el extremo proximal de la sábana en la misma forma que el distal y fija la sábana en el dorso, con tela adhesiva.
 - Fija la sábana en el cuello haciendo una especie de capuchón y cubre por último la cabeza.
- Coloca etiquetas de identificación adicionales en tórax y pies, sobre la sábana.
- Retira el equipo utilizado y hace anotaciones en la hoja de registro de enfermería.
- Cubre el cuerpo con una sábana y llama al camillero para que lo traslade al servicio de Patología, con el expediente completo.
- Realiza los registros en la libreta de ingresos y egresos y solicita la firma de la persona responsable del servicio de patología.
- Retira el equipo y da los cuidados posteriores a su uso.

Medidas de Control y Seguridad:

- Lavarse las manos cuantas veces sea necesario.
- Uso de guantes durante todo el procedimiento.

4.8 Manejo de Hemoderivados.**Concepto:**

Trasplante de tejido que se emplea como recursos terapéuticos para restituir la función del componente sanguíneo deficiente.

Objetivo;

- Restablecer los componentes sanguíneos deficientes en forma oportuna y adecuada.
- Restablecer la capacidad de transporte de oxígeno en la sangre.

Principios:

- Las células de los tejidos reciben, a través de la sangre, dotación constante de sustancias nutritivas y oxigenadas básicas para ejercer sus funciones vitales.
- El torrente circulatorio constituye un buen vehículo para el transporte y utilización de los componentes sanguíneos.
- La sangre transporta sustancias del exterior al interior de las células y viceversa por lo que el volumen y la presión de la sangre circulante deben conservarse dentro de ciertos límites para satisfacer las necesidades vitales de los sistemas.

Material y Equipo:

- Guantes.

- Cubrebocas.
- Isodine.
- Microporo.
- Tela adhesiva.
- Punzocat No. 16, 17, 18 y 19.
- Unidad de sangre o hemoderivado.
- Equipo de administración de sangre.
- Bolsa de desechos.

a) Técnica de Transfusión:

- Confirma que se prescribió la transfusión.
- Revisa que se ha realizado tipificación y pruebas cruzadas con la sangre del derechohabiente o usuario.
- Verifica que el derechohabiente o usuario haya firmado una forma de autorización escrita de acuerdo con las reglas de la institución.
- Explica el procedimiento al derechohabiente o usuario de acuerdo a su edad. Lo instruye sobre los signos y síntomas de la reacción a la transfusión.
- Toma la temperatura, pulso, respiración y presión arterial del niño para establecer una línea de base que permita comparar los signos vitales durante y después de la transfusión.
- Se lava las manos y utiliza guantes de acuerdo con las precauciones estándar.
- Establece una línea de acceso venoso con un punzocat de acuerdo a la edad del niño.
- Utiliza tubos especiales que contenga filtros sanguíneos.

Técnica:

- Obtiene la sangre o los hemoderivados (las reglas de la institución pueden proporcionar sólo una unidad a la vez).
- Revisa las etiquetas con otra enfermera o médico para asegurar que el grupo y el factor Rh correspondan con el registro de compatibilidad.
- Revisa que el número y tipo en la etiqueta de sangre del donador y en el registro del derechohabiente o usuario sean correctos.
- Revisa la identificación del derechohabiente o usuario preguntándole su nombre y verificando la pulsera de identificación (de acuerdo a la edad del niño).
- Revisa la sangre en busca de burbujas de aire, de cualquier color inusual o turbiedad (las burbujas de gas indican crecimiento bacteriano, el color anormal o la turbiedad pueden ser un signo de hemólisis).
- Asegura que la sangre se administre en un lapso no mayor de 2 hrs. después de retirarla del refrigerador.
- Asegura el goteo de acuerdo al volumen y tiempo.
- Observa con frecuencia al derechohabiente o usuario a lo largo de la transfusión.
- Vigila de cerca durante 15 a 30 min. para detectar signos de reacción. Vigila los signos vitales en intervalos regulares de acuerdo con los lineamientos de la institución, compara los resultados con las mediciones de base. Incrementa la frecuencia de las mediciones de acuerdo con la condición del derechohabiente o usuario.

- Toma en cuenta que el tiempo de administración no puede exceder un periodo de más de 4 hrs. debido al riesgo de proliferación bacteriana.
- Vigila signos de reacciones adversas: sobrecarga circulatoria, sepsis, reacciones febriles, reacciones alérgicas y reacción hemolítica aguda.
- Después del procedimiento:
 - Obtiene los signos vitales y los compara con las mediciones de base.
 - Desecha en forma adecuada el material utilizado.
 - Vigila a la persona en cuanto a la respuesta al tratamiento y la efectividad del mismo.
 - Realiza anotaciones correspondientes en la Hoja de Enfermería.

b) Técnica de Transfusión de Plaquetas o Plasma Fresco Congelado:

- Confirma que la transfusión está indicada.
- Verifica que el derechohabiente o usuario ha firmado una forma de autorización escrita de acuerdo con las reglas de la institución.
- Explica el procedimiento al derechohabiente o usuario de acuerdo a su edad o al familiar.
- Vigila los signos y síntomas de la reacción a la transfusión (prurito, eritema, edema, disnea, fiebre, escalofríos).
- Toma la temperatura, pulso, respiración y presión arterial del niño para establecer una línea de base que permita comparar los signos vitales durante la transfusión.
- Se lava las manos y utiliza guantes de acuerdo con la precauciones estándares.
- Establece una línea de acceso venoso con un punzocat de acuerdo a la edad del niño.
- Utiliza tubos apropiados de acuerdo con los lineamientos de la institución (las plaquetas a menudo requieren tubos diferentes a los que se utilizan para todos los hemoderivados).

Técnica:

- Obtiene las plaquetas/plasma fresco congelado del banco de sangre (sólo después de iniciar la línea intravenosa).
- Revisa las etiquetas con otra enfermera o médico para asegurarse que el grupo ABO y el factor Rh correspondan con el registro de compatibilidad (no suele ser necesario para las plaquetas; sólo en caso de que se indiquen plaqueta compatibles).
- Revisa que el número y tipo en la etiqueta de sangre del donador y el registro del derechohabiente o usuario sean correcto.
- Revisa la identificación del derechohabiente o usuario preguntándole su nombre y verificando la pulsera de identificación.
- Revisa el producto sanguíneo para detectar cualquier color inusual o grumos (un color rojo excesivo indica contaminación con mayor cantidades de eritrocitos).
- Asegura que las plaquetas/plasma fresco congelado se administren inmediatamente después de obtenerlos.
- Mediante técnica aséptica, una el tubo de infusión sanguínea con la unidad de componente sanguíneo.
- Transfunda de acuerdo al volumen y hora establecida.
- Observa al derechohabiente o usuario para detectar efectos adversos, lo que incluye sobrecarga circulatoria.
- Observa de cerca al derechohabiente o usuario a lo largo de todo el procedimiento para detectar cualquier signo de reacción adversa, lo que incluye inquietud, eritema, náusea, vómito, dolor en el torso o la espalda, disnea, enrojecimiento, hematuria, fiebre o escalofríos, en caso de que se presente una reacción adversa, detener la infusión de inmediato.

- Vigila los signos vitales antes, durante y al final de la transfusión de acuerdo con los lineamientos de la institución y compara los resultados con las mediciones de base.
- Realiza las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Tiempo de transfusión máximo de 4 hrs.
- Utiliza el filtro específico para transfusión.
- Se deben realizar pruebas de compatibilidad o grupo y Rh.
- No calentar, no administrar con medicamentos ni soluciones que contengan glucosa o lactato de ringer, sólo en caso urgente a excepción de la solución salina isotónica al 0.9%.
- No presionar con el brazalete del esfigmomanómetro en donde se está realizando la transfusión.
- No colocar el producto sobre un aparato caliente ni a la luz directa del sol.
- Realizar la transfusión inmediatamente durante los primeros 15 minutos a goteo lento posteriormente regular el goteo según indicaciones médicas.
- Suspender inmediatamente ante alguna reacción transfusional y regresar el paquete al banco de sangre.
- Dejar constancia en la Hoja de Enfermería.
- Debe existir en el expediente la Hoja de Consentimiento Informado firmado por el derechohabiente o usuario o familiar.
- Cuando recibe la unidad a transfundir, verifica que el componente sanguíneo la etiqueta de la bolsa y cuente con fecha de extracción, caducidad, nombre del donador, número de unidad, tipo de anticoagulante, volumen, tipo de producto, grupo sanguíneo ABO y RHO y que no presente datos de hemólisis, coágulos u otros.

Concentrado Plaquetario:

- Los concentrados plaquetarios (CP) pueden obtenerse de sangre total o por aféresis.
- Su vigencia es de 72 hrs.
- Mantenga el producto en agitación continua y suave para favorecer el intercambio gaseoso y evitar que se aglutinen las plaquetas.
- El tiempo de transfusión es a goteo rápido o de acuerdo a la necesidad del derechohabiente o usuario.

4.9 Precauciones de Aislamiento.**Concepto:**

Las precauciones de aislamiento son medidas diseñadas para prevenir la propagación de las infecciones o de los microorganismos potencialmente infecciosos para la salud del derechohabiente o usuario y del personal.

Objetivos:

- Disminuir el riesgo de transmisión y propagación de microorganismos en el hospital y aplicar medidas preventivas de control de infecciones nosocomiales.
- Proteger al trabajador sanitario de los microorganismos albergados en el derechohabiente o usuario.

Principios:

- Todos los derechohabientes o usuarios se consideran colonizados, y pueden ser portadores sin presentar signos y síntomas.

- Las corrientes de aire favorecen la transmisión de microorganismos patógenos.
- La humedad y la suciedad favorecen el desarrollo de la vida microbiana.
- Las precauciones apropiadas reducen el riesgo de transmisión de microorganismos al derechohabiente o usuario y de éste a otros.

Material y Equipo:

- Tripié.
- Batas.
- Cubrebocas.
- Guantes.
- Jabón o solución antiséptica.
- Cepillo quirúrgico.
- Toallas desechables.
- Máscara facial.
- Bolsa de polietileno.
- Agua corriente.
- Jabonera.

Precauciones Estándar:**Lavado de Manos:****Técnica:**

- Se lleva a cabo antes de entrar al servicio y después de tocar a cada derechohabiente o usuario.
- Se despoja de alhajas.
- Mantiene las uñas de las manos cortas y sin esmalte.
- Ubica la fuente de agua.
- Abre la llave (debe permanecer abierta).
- Toma jabón en pastilla o líquido.
- Moja las manos y realiza abundante espuma.
- Enjuaga la pastilla y coloca en la jabonera.
- Fricciona circularmente ambas palmas en 10 movimientos.
- Fricciona el dorso de la mano izquierda con la palma derecha en 10 movimientos.
- Fricciona el dorso de mano derecha con palma izquierda en 10 movimientos.
- Frota los espacios interdigitales en 10 movimientos.

- Frota el pulgar derecho en forma rotatoria en 10 movimientos.
- Frota las uñas de la mano derecha con movimientos circulares sobre la palma de mano izquierda en 10 movimientos.
- Frota las uñas de la mano izquierda con movimientos circulares sobre la palma de mano derecha en 10 movimientos.
- Frota la muñeca de mano izquierda y la derecha en 10 movimientos.
- Enjuaga los residuos de jabón.
- Seca con toallas desechable.
- Cierra la llave con la misma toalla utilizada y desecha correctamente.

Uso de Guantes:

- Lava sus manos antes de calzarse los guantes. Utiliza guantes limpios no estériles, cuando toque secreciones, líquidos u objetos contaminados.
- Se calza guantes estériles antes de tocar membranas, mucosas o piel no intacta.
- Se quita los guantes después de usarlos.
- Se lava las manos después de quitarse los guantes.
- Usa máscara, escudo facial y lentes durante los procedimientos o cuidados que puedan general salpicaduras en la cara.
- Usa bata para protección, el interior de la bata debe mantenerse libre de contaminación. Se lava las manos antes de quitarse la bata.

Prevención de las Punciones con Aguja:

- El cuidado externo es esencial en todas las situaciones en que se utilicen agujas, bisturí y objetos punzocortantes.
- No reencapuchar la tapa de agujas ya usadas; colóquelas en un recipiente especial la jeringa con aguja, gírela en sentido contrario a las manecillas del reloj y deséchela en el dispositivo.

Precauciones basadas en la Transmisión:**Precauciones aéreas. Tarjetón azul:**

- Todas las personas que entren al cubículo deben lavarse las manos.
- El derechohabiente o usuario debe estar en un cubículo con presión negativa.
- Utiliza cubrebocas en todo momento cuando proporciona cuidados al derechohabiente o usuario.
- Se lava las manos al salir de la habitación.
- Mantiene la puerta cerrada del cubículo.
- Usa guantes al manejo de secreciones.

Precauciones para Gotas. Tarjetón Verde:

- Se lava las manos antes de entrar al cubículo.
- Utiliza máscara facial, cubrebocas al proporcionar atención al derechohabiente o usuario.

Precaución por Contacto. Tarjetón Amarillo:

- Se pone una bata para entrar a la habitación del derechohabiente o usuario, si existe la posibilidad de contacto con superficie u objetos infectados.
- Se lava las manos después de manejar al derechohabiente o usuario y salir de la sala.

Medidas de Control y Seguridad:

- Niveles de precaución de aislamiento:
 - Primer Nivel. Precauciones estándar, diseñadas para la atención de todos los derechohabientes o usuarios en el hospital.
 - Segundo Nivel. Precauciones basadas en la transmisión, diseñadas para atención de derechohabiente o usuarios con enfermedades infecciosas sospechadas o conocidas, diseminadas por una de las siguientes vías: aérea, por gotas o contacto.

4.10 Oxigenoterapia.**Concepto:**

Es la administración de oxígeno en concentraciones por arriba del 21% con fines terapéuticos.

Objetivo:

Corregir la hipoxia y disminuir el trabajo cardiorespiratorio y restaurar la tensión arterial de oxígeno.

Principio:

El oxígeno es un gas que para ser administrado debe humidificarse.

Material y Equipo:

- Toma de oxígeno.
- Puntas nasales.
- Casco cefálico.
- Mascarilla de Venturi.
- Mascarilla sencilla.
- Mascarilla de reinhalación.
- Sin reinhalación
- Mascarilla con nebulizador.
- Micronebulizador.
- Cánula endotraqueal.

Técnica:**a) Oxígeno en Incubadora:**

- Se lava las manos.
- Posiciona para mantener las vías respiratorias permeables, aspirando secreciones si es necesario.
- Asegura una fuente de oxígeno.
- Conecta la guía para oxígeno a medidor de flujo y lo introduce a la incubadora.

- Regula el flujo de oxígeno indicado.
- Observa al derechohabiente o usuario reportando cualquier reacción.
- Procede a realizar anotaciones correspondientes.

b) Oxígeno en Casco Cefálico:**Técnica:**

- Se lava las manos.
- Posiciona para mantener las vías respiratorias permeables y aspira secreciones si es necesario.
- Asegura una fuente de oxígeno.
- Coloca el tubo a la fuente de oxígeno.
- Coloca la campana cefálica adecuada al tamaño de la cabeza del niño y conecta la línea de oxígeno.
- Regula el flujo de acuerdo a indicaciones.
- Retira lo menos posible el casco del derechohabiente o usuario y procura no disminuir bruscamente el suministro de oxígeno.
- Observa al niño de posibles reacciones adversas.

c) Oxígeno por Puntas Nasales o Mascarilla:**Técnica:**

- Se lava las manos.
- Conserva permeables las vías respiratorias, aspirando secreciones si es necesario.
- Asegura una fuente de oxígeno.
- Introduce las puntas en los orificios nasales.
- Fija las puntas a la cabeza del derechohabiente o usuario y/o conecta la mascarilla.
- Conecta el tubo a la fuente de oxígeno regulando el flujo según lo indicado.
- Brinda aseo diario a las narinas en cuanto dure la aplicación.
- Observa reacciones adversas.

Medidas de Control y Seguridad:

- No administrar oxígeno seco.
- No aplicar oxígeno directamente a los ojos para prevenir retinopatías.
- Evitar cambios bruscos en la concentración de oxígeno.
- Asea cavidades.
- Realiza anotaciones correspondientes.

4.11 Fisioterapia Pulmonar.

Concepto:

Son procedimientos físicos destinados para evitar complicaciones pulmonares y mejorar la eficiencia de la ventilación en enfermedades pulmonares agudas y crónicas.

Objetivos:

- Evitar la acumulación y mejorar la movilización de las secreciones bronquiales.
- Mejorar la eficiencia y distribución de la ventilación.

Principios:

- En el tracto respiratorio existen células productoras de moco que ante algún agente que irrite la mucosa bronquial se produce hipersecreción, disminuyendo la ventilación.
- En el bebé prematuro los músculos respiratorios son débiles porque su inervación es inmadura.
- Drenaje Postural. Consiste en el uso de diferentes posiciones que facilitan el transporte mucociliar de la porción periférica de los pulmones hasta los bronquios mayores con la ayuda de la gravedad.

Objetivo:

Facilitar la eliminación de las secreciones y disminuir la obstrucción bronquial.

Material y Equipo:

- Estetoscopio.
- Almohada o cojín.
- Pañuelos desechables.
- Medicamentos (sólo en caso necesario).

Técnica:

- Coloca al niño de acuerdo al lóbulo y segmento a percudir.
- El drenaje se realiza de 3 a 4 veces al día y es más eficaz cuando sigue otra terapéutica respiratoria.
- Realiza el procedimiento antes de la comida para minimizar la probabilidad de vómito o náuseas y bronco aspiración.
- La duración del tratamiento depende de la enfermedad y del nivel de tolerancia del niño.
- A los neonatos y lactantes se le puede colocar almohadas o en el regazo o en las piernas de la terapeuta.

a) Percusión y Vibración Torácica:**Concepto:**

La percusión consiste en aplicar golpes suaves a la pared torácica sobre el segmento pulmonar que se pretende drenar, y la vibración es dar compresión manual y movimiento a la pared torácica durante la espiración.

Objetivo:

Facilitar la eliminación de secreciones para promover una buena ventilación y minimizar la angustia.

Material y Equipo:

- Vibrador.

- Estetoscopio.
- Compresa.
- Riñón.

Técnica:

- Viste con camisa ligera al derechohabiente o usuario y lo coloca en posición de drenaje postural.
- Aplica golpes suaves a la pared torácica sobre el segmento pulmonar que se pretende drenar. Lo realiza con la mano ahuecada y en forma rítmica.
- Aplica la vibración sobre la pared torácica cuando el niño tiene una espiración profunda.
- Ejecuta esta operación unas cinco veces en espiraciones sucesivas.

b) Ejercicios Respiratorios:**Concepto:**

Son técnicas de respiración ideadas y ejecutadas con el fin de lograr una ventilación más eficaz, controlada y para disminuir el esfuerzo respiratorio.

Objetivos:

- El objetivo de la respiración diafragmática es emplear el diafragma en la respiración y fortalecerlo.
- El objetivo de la respiración con los labios fruncidos es adiestrar los músculos espiratorios para prolongar la espiración y aumentar la presión en las vías respiratorias durante la misma.

Material y Equipo:

- Estetoscopio.
- Almohada.
- Compresa.
- Riñón.

Técnica:

- Valora las condiciones físicas del niño en relación con su capacidad para participar en los ejercicios respiratorios.
- Coloca en posición Fowler o en la postura que le permita realizar sus ejercicios.
- Programa los ejercicios más frecuentes pero en periodos breves, en el caso de que el niño se encuentre debilitado.
- De acuerdo a la edad, selecciona la técnica (popote, globos, etc.).
- Verifica que se realice en forma adecuada el ciclo respiratorio (inspiración expiración).
- Deja al derechohabiente o usuario en posición cómoda y de descanso.
- Pide al niño que espire con los labios fruncidos al mismo tiempo que se contraen los músculos abdominales.
- Presiona firmemente el abdomen hacia adentro y hacia arriba al espirar.

- Repite durante 1 minuto y descansa 2 minutos, aplica varias veces al día hasta por 5 minutos (antes de los alimentos y a la hora de acostarse).

Medidas de Control y Seguridad:

- Los neonatos o lactantes no deben ponerse en posición Trendelenburg, porque se incrementa la presión de la circulación sanguínea de la cabeza, no tienen regulación autónoma de la circulación sanguínea de la cabeza.
- La posición usada, la frecuencia y duración del tratamiento deben individualizarse.
- El procedimiento debe hacerse sobre la caja torácica y debe resultar indoloro.
- Deberá realizar el procedimiento antes de proporcionar los alimentos al niño.
- No permita que los ejercicios se realicen en periodos prolongados, ya que esto puede aumentar el gasto respiratorio y la fatiga.

4.12 Instalación de Venoclisis.**Concepto:**

Es la introducción de un catéter en una vena periférica para la infusión de líquidos al torrente sanguíneo.

Objetivos:

- Administrar sustancias líquidas directamente en el torrente sanguíneo.
- Restablecer y conservar el equilibrio hidroelectrolítico.
- Administrar hemoderivados con objetivo terapéutico.

Principio:

El torrente circulatorio es un buen vehículo para el transporte de soluciones y/o medicamentos.

Material y Equipo:

- Charola de mayo.
- Torundas con alcohol.
- Gasas.
- Equipo de infusión intravenoso (microgotero y macrogotero).
- Solución indicada por el médico.
- Avión férula.
- Tela adhesiva o microporo.
- Porta suero o tripié.
- Bolsa de desecho.
- Catéter endovenoso (punzocat o jelco).
- Ligadura.
- Tijeras.
- Membrete.

- Sábana.
- Solución benjuí.

Técnica:

- Identifica al derechohabiente o usuario y explica el procedimiento de acuerdo a la edad del derechohabiente o usuario.
- Se lava las manos.
- Prepara el equipo, corta las telas adhesivas en número y tamaño adecuado a la edad del niño.
- Prepara la solución indicada y purga el equipo.
- Retira la ropa de la extremidad donde se instalará la venoclisis.
- Selecciona el sitio ya que esto aumenta la probabilidad de éxito de la punción y la preservación satisfactoria de la vena.
- Inmoviliza al niño, si es necesario lo sujeta en forma de momia con una sábana, dejando libre la extremidad elegida.
- Sostiene con firmeza la extremidad.
- Busca la vena aplicando un torniquete por arriba del sitio a puncionar.
- Realiza la antisepsia del sitio elegido.
- Introduce el catéter con el bisel hacia arriba con movimientos firmes, precisos y gentiles, con la presión necesaria para atravesar la piel.
- Al quedar colocado el catéter, el retorno sanguíneo nos indica que está permeable.
- Retira el torniquete y aguja.
- Conecta la solución al catéter venoso instalado y verifica su permeabilidad.
- Fija el catéter con tela adhesiva y coloca férula si es necesario.
- Membreta con fecha y hora de instalación.
- Deja cómodo al derechohabiente o usuario.
- Regula el goteo.
- Realiza anotaciones correspondientes en la hoja de registros clínicos.
- Da cuidados posteriores al equipo.

Medidas de Control y Seguridad:

- El equipo que se utilice durante el procedimiento debe estar estéril.
- Verifica que la solución que se ministre al derechohabiente o usuario sea la indicada por el médico.
- Verifica que el equipo de infusión no contenga burbujas de aire, antes de administrar la solución al derechohabiente o usuario.
- Valora signos de infiltración.
- Cambia de sitio la venoclisis en caso de flebitis y notifica al comité de infecciones intrahospitalarias.
- Evita que el tubo y el catéter se doblen o se tapen.

- Valora que la sujeción no impida la circulación.
- No provoque el retorno venoso como prueba de permeabilidad, ya que esta maniobra favorece la auto contaminación.
- Cambia el equipo de infusión cada 72 hrs. o antes en caso de sospecha de contaminación.
- La asepsia es indispensable para prevenir infecciones.
- El equipo de infusión debe de ser rotulado con la fecha, hora y nombre de la persona que lo instala.
- Evita que el equipo de infusión se llene de residuos hemáticos, ya que al desprenderse entra un émbolo al torrente sanguíneo pudiendo ocasionar complicaciones en el derechohabiente o usuario.
- La administración de múltiples medicamentos por infusión intravenosa se hará exclusivamente a través de llaves de tres vías.

4.13 Curación de Catéter.

Concepto:

Son los cuidados que se realizan en el sitio de la piel donde se ha insertado un catéter intravascular, para eliminar y prevenir las posibles infecciones que pueden presentarse.

Objetivo:

Evitar el desarrollo y proliferación de microorganismos patógenos capaces de provocar infecciones.

Principios:

- La humedad facilita la proliferación de bacterias.
- La antisepsia es el uso de un germicida en piel o tejidos vivos con el propósito de inhibir o destruir microorganismos.

Material y Equipo:

- Equipo de curación.
- Aplicadores estériles.
- Gasas chicas o medianas estériles.
- Jabón.
- Isodine.
- Alcohol al 70%
- Cubrebocas.
- Guantes estériles.
- Tijeras estériles.
- Tela adhesiva microporo o parche transparente.
- Agua estéril o solución fisiológica.
- Tintura de benjuí.
- Bolsa de desecho.

Técnica:

- Se lava las manos.
- Prepara el material y el equipo y lo traslada a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Prepara físicamente al derechohabiente o usuario y le explica de acuerdo a su edad, el procedimiento.
- Coloca el cubrebocas, cubriendo nariz y boca.
- Retira la curación anterior.
- Se lava nuevamente las manos.
- Observa algún cambio importante en la periferia de la punción como: coloración, aspecto de la piel, evidencia de sangrado o datos de infección (secreción purulenta).
- Abre el equipo de curación.
- Se calza un guante en la mano diestra y con la otra se auxilia para tocar los objetos no estériles.
- Humedece el aplicador con alcohol y realiza en 1 tiempo la asepsia del área.
- Humedece el aplicador con isodine y realiza la asepsia del punto de inserción a la periferia en forma circular en tres tiempos.
- Deja que el isodine actúe un minuto, y limpia el exceso de isodine con agua estéril y mantiene seco el sitio de la punción.
- Aplica benjuí en la periferia del catéter.
- Coloca una gasa pequeña por debajo del sitio de inserción del catéter y otra por encima del sitio de inserción, siguiendo el trayecto del catéter.
- Coloca el parche adhesivo con la fecha de instalación del catéter y largo del mismo, así como la fecha de curación y nombre de quien realizó la curación.
- Deja cómodo al derechohabiente o usuario.
- Retira el equipo.

Medidas de Control y Seguridad:

- Prepara el parche adhesivo antes del inicio de la curación.
- El cambio de las soluciones antisépticas deberá ser cada 24 hrs.
- Deberán esterilizarse cada 24 hrs. los frascos de las soluciones antisépticas antes de ponerles la solución.
- Las curaciones deberán realizar cada 72 hrs. o cuando el parche adhesivo o el apósito se encuentre mojado o despegado.
- Los catéteres venosos centrales deberán ser rotulados con fecha, hora y nombre del médico y enfermera responsables de su instalación y de la curación o antisepsia del sitio de inserción del catéter.

4.14 Nutrición Parenteral Total (NPT) (Hiperalimentación).**Concepto:**

Es un procedimiento que consiste en administrar a través de un catéter central todos los nutrientes en cantidades adecuadas para cubrir los requerimientos diarios del derechohabiente o usuario para el funcionamiento metabólico normal.

Objetivos:

- Proporcionar los nutrimentos necesarios que no pueden ser sintetizados por el organismo y que es indispensable cubrir para formar o restablecer la masa corporal.
- Satisfacer los requerimientos nutricionales del derechohabiente o usuario las 24 horas del día, a través de un catéter central con la mayor seguridad.
- Mantener el tracto digestivo en reposo.

Principios:

- Todas las células del organismo necesitan una cantidad suficiente de nutrientes esenciales para desarrollar su función y conservar la homeostasis.
- La falta de nutrimento en la alimentación origina enfermedades y muerte.
- Los requerimientos de ciertos nutrientes pueden aumentar durante algunos procesos de enfermedad, cuando hay tensión emocional necesidad o de una remodelación tisular extensa, por lo que es necesario suministrar por vía parenteral agua, aminoácidos, lípidos, glucosa, electrolitos, minerales y vitaminas.

Material y Equipo:

- Campana de flujo laminar.
- Carro transporte con:
 - Soluciones antisépticas (isodine).
 - Compresas y gasas estériles.
 - Guantes y bata estériles.
 - Gorro y cubrebocas.
 - Budinera o riñón.
 - Bolsa para N.P.T. y/o equipo de volumen medido.
 - Jeringas desechables de 20, 5 y 3 ml.
 - Agujas hipodérmicas desechables.
 - Equipo de transferencia.
 - Tela adhesiva.
 - Soluciones parenterales.
 - Aminoácidos esenciales cristalinos.
 - Solución glucosada al 50 y 10 %.
 - Lípidos.
 - Solución fisiológica al 0.9%.
 - Agua inyectable.
 - Electrolitos: kcl, gluconato de calcio, sulfato de magnesio.
 - Concentrado de sodio, oligoelementos.

- Multivitaminas.
- Heparina.
- Albúmina humana.
- Prescripción médica.

Técnica:

Preparación de la NPT:

- Integra el equipo en el carro de transporte y lo lleva al área de aseo y preparación.
- Limpia la superficie de la campana a excepción de la rejilla, con el lienzo húmedo en solución desinfectante.
- Enciende la campana de flujo laminar 15 minutos antes de iniciar la preparación de las soluciones.
- Procede al aseo de los frascos de nutrientes, soluciones parenterales y fármacos.
- Coloca los materiales dentro de la campana de flujo laminar en el orden de utilización.
- Efectúa el lavado quirúrgico de manos previa colocación de cubrebocas y gorro.
- Se seca las manos con campo estéril, se coloca la bata y calza los guantes dentro de la campana.
- Procede a hacer la mezcla de nutrimentos como se indica en la prescripción médica.
- Conecta el metriset al frasco de NPT ya preparada y sella con gasa estéril y tela adhesiva la unión de ambos.
- Adhiere la etiqueta al frasco, anotando los componentes y total de la mezcla, la fecha, la hora de preparación, el periodo de ministración, nombre de quién los prepara, así como el nombre del derechohabiente o usuario y número de cama.
- Coloca la alimentación en una compresa estéril con el membreta de identificación.
- Traslada los frascos al refrigerador y los mantiene a una temperatura de 4° a 10° C.
- Recoge el equipo y proporciona los cuidados posteriores a su uso apaga la campana de flujo laminar.

Instalación o Recambio de NPT:

- Prepara el equipo y lo traslada a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Explica al enfermo, si su edad es suficiente par comprender, o a sus padres el procedimiento a realizar.
- Se lava las manos, previa colocación de gorro y cubrebocas.
- Cuelga el frasco de NPT y purga el aire del equipo sin contaminar el extremo distal.
- Retira la fijación del catéter.
- Coloca los guantes para realizar el cambio.
- Realiza antisepsia del sitio de punción, del catéter y llave de tres vías.
- Cubre el sitio de punción con gasa estéril y 2.5 centímetros de la periferia del catéter con microporo o parche transparente.
- Verifica que no haya fuga.
- Cubre la unión del catéter, llave de tres vías y equipo de nutrición parenteral, con gasa seca estéril.

- Rotula con fecha y nombre de quién realizó la nutrición parenteral.
- Regula el goteo de infusión de la nutrición parenteral.
- Realiza las anotaciones correspondientes en la hoja de registro clínico.
- Proporciona cuidados posteriores al equipo.

Medidas de Control y Seguridad:

- No introduzca un catéter en un sitio con la piel dañada, ni intente reinstalarlo en la misma vena de donde se haya salido.
- Observe la velocidad de goteo de cada 30 minutos a una hora, no intente recuperar el tiempo perdido pasando a mayor solución en menor tiempo.
- La suspensión repentina de la venoclisis podría causar hipoglucemia, por lo que se debe suspender gradualmente.
- Observe siempre las reglas de asepsia y antisepsia durante el procedimiento.
- No olvide sujetar al derechohabiente o usuario durante la instalación del catéter.
- Nunca utilice catéter de silastic ni use fosfatos.
- Observe el sitio de penetración del tubo para descubrir signos de infección.
- Vigila el estado del derechohabiente o usuario con frecuencia.
- Vigila los niveles sanguíneos de glucosa y acetona cada 8 horas, usando tiras reactivas mediante estudio de laboratorio y en caso de estar alterados comunica de inmediato al médico.
- Absténgase de tomar muestras, administrar sangre, plasma y medicamentos por el catéter por donde se está ministrando la N.P.T.
- Envíe las muestras de sangre al laboratorio para conocer los niveles de potasio y sodio 2 veces a la semana.
- Evite efectuar demasiadas pruebas de laboratorio sin justificación clínica.
- Observe si hay en el niño acceso de llanto vigoroso, puesto que esto modifica la presión venosa y altera la velocidad de la venoclisis (bomba de infusión), en caso necesario avisa al médico.
- Procure movilizar al niño lo menos posible.

4.15 Administración de Medicamentos.

Conceptos:

- Procedimiento que consiste en administrar de una manera racional o segura fármacos al derechohabiente o usuario pediátrico.
- Es el médico quien indica la vía por la cual debe ser administrado un fármaco, sin embargo es importante que la enfermera conozca bien las diferentes vías por las cuales pueden ser ministrados, en caso que la vía prescrita presente problemas y necesite adaptaciones.
- La vía de elección depende de varios factores, entre ellos están: el efecto que se busca, la velocidad de absorción que se desea, la naturaleza del fármaco y la condición o estado del derechohabiente o usuario.
- Ministración oral: Fármacos en estado líquido o sólido que se administran por la boca a lactantes o niños. En caso de que no exista presentación en suspensión, se triturarán las tabletas o comprimidos y se hará la dilución correspondiente.
- Ministración tópica: Fármacos en estado líquido (loción, linimentos), semisólidos (pomada, crema) o sólido (troscisco, supositorios), para que se absorban a través de la piel o mucosa.
- Ministración por inhalación: Fármacos en estado de vapor o gaseosos, para que se absorban por vía respiratoria.

- Ministración parenteral: Fármacos en solución suspensión por inyección.
- Intradérmica: inyección justo por debajo de la superficie de la piel.
- Subcutánea: inyección en el tejido conectivo laxo bajo la piel cuando no es posible por vía bucal o cuando se desea un efecto más lento que la vía intramuscular. Sitios frecuentes: región superior del brazo y muslo.
- Intramuscular: inyección en el tejido muscular cuando se desea una absorción más rápida de la que es posible por la inyección subcutánea, o cuando el fármaco es irritante para el tejido cutáneo o nocivo para la vena, los sitios más frecuentes son la región ventral del glúteo, músculo vasto extenso, región dorsal del glúteo y deltoides.
- Intravenosa: ministración de fármacos al torrente sanguíneo canalizando una vena.

Objetivo:

Lograr la máxima eficacia y seguridad al administrar pequeñas dosis.

Principio:

Los fármacos no crean funciones nuevas, sólo las modifican.

Material y Equipo:

- De acuerdo a la vía de ministración: tarjeta de medicamentos que contiene nombre del niño, número de cama, dosis, vía de ministración, hora y fecha (regla de oro o 5 correctas).
- Charola con lo necesario de acuerdo a la vía de ministración (cuchara, vaso, mortero, gotero, jeringa, aguja).
- Torundera.
- Bolsa de desecho.
- Gasas.
- En caso de que el medicamento sea por vía intravenosa, se diluirá y se ministrará a través del equipo de venoclisis.

Técnica:

- Se lava las manos antes del procedimiento.
- Revisa cuidadosamente el medicamento prescrito antes de prepararlo (fecha de caducidad).
- Verifica que sea el medicamento indicado en la tarjeta y la dosis exacta para reducir la posibilidad de errores en la ministración.
- Al preparar un medicamento ingerible es más exacta su dosificación al hacerlo con una jeringa, verificando el cálculo de la dosis o con un gotero si puede asegurarse la dosis exacta.
- Los medicamentos parenterales después de calcularse la dosis, se toma la cantidad indicada con la jeringa apropiada (1, 3, 5, 10 cm).
- Para la ministración de medicamentos intramusculares identifica la zona para la aplicación, la longitud de la aguja debe ser suficiente al introducir el medicamento en la profundidad del tejido muscular.
- En el lactante, sujeta la masa muscular del muslo a la mesa con firmeza y la fija con una mano mientras inyecta el medicamento con la otra.
- Sujeta al niño, limitando el movimiento para evitar que se desplace o contamine la aguja.
- En el niño mayor restrinja la posición superior del tronco con el codo y antebrazo, mientras la mano sostiene el muslo use la otra mano para inyectar el medicamento; si lo necesita solicite ayuda para inmovilizar al niño.

- Anota todos los medicamentos que reciba el derechohabiente o usuario en los registros clínicos de enfermería: medicamento, fecha hora y dosis.
- Anota toda reacción al medicamento, todo problema en relación con la ministración del fármaco y todas las dosis omitidas y el motivo.

Medidas de Control y Seguridad:

- Utiliza siempre los 5 correctos:
 1. Derechohabiente o Usuario correcto.
 2. Dosis correcta.
 3. Vía correcta.
 4. Hora correcta.
 5. Medicamento correcto.
- Conocer los medicamentos y sus efectos.
- Conocer la nomenclatura y los símbolos más comunes.
- Después de la ministración de cualquier fármaco observar las reacciones del niño, si se obtienen los resultados deseados, sucesos imprevistos, efectos secundarios y reacciones nocivas.
- Si el niño vomita, observa el vómito para detectar la presencia del medicamento.
- Observa la piel del niño que recibe inyecciones repetidas, para descubrir signos de trastornos o inflamación a nivel tisular, anime al niño a mover la extremidad y observa el grado de movilidad y malestar en la relación con el movimiento.
- Conserva el fármaco en refrigeración si lo requiere.
- Mantener protegido al medicamento de la luz si lo requiere.
- Vigila al derechohabiente o usuario estrechamente si presenta signos de anafilaxia.
- Realiza conversiones cuando así se requiere.
- No diluir dos o más medicamentos en la misma jeringa.
- Recuerda que la función renal inicia hasta el mes de vida. El 30% de los prematuros con bajo peso no absorben adecuadamente el sodio.
- Recuerda que el agua inyectable es una solución que posee osmolaridad por lo tanto no puede ser ministrada por vía IV ya que causa hemólisis y posible reacción mortal.
- Recuerde que los amigluocidos son tóxicos, dañan el riñón y el oído, deben ministrarse lentamente y diluidos.
- Diluir todo el medicamento que va a ser ministrado, de lo contrario causará flebitis química o daño vascular.
- Ministran los medicamentos en el tiempo indicado, ya que algunos liberan histamina durante el paso al torrente circulatorio.
- Nunca administrar dopamina por la vía en donde se administre bicarbonato.
- A causa de la reducida masa corporal del neonato y lactante no suelen aplicarse inyecciones mayores de 1 ml.
- Cuando se utiliza la vía intramuscular, los medicamentos para ministración IV a menudo se dan como dosis de carga en la parte alta de la tubería del equipo, asegurándose que estos medicamentos sean compatibles con la solución IV que también actúa para diluir el medicamento.

- Si considera que la aguja se contaminó sustitúyala por otra.
- No ministre medicamentos que han cambiado de color, consistencia y olor, como tampoco de medicamentos de un frasco no rotulado o aquel cuya etiqueta no es legible.
- Tener cuidado de mezclar fármacos de medicamentos que cambien de color o se precipiten al mezclarlos.
- Pasar las aminas y todo medicamento que se aforé por una vena de amplio calibre.
- Para casi todos los fármacos hay límite promedio de rectificación, la razón más obvia para ajustar la dosis en el derechohabiente o usuario pediátrico es el tamaño, casi todas las dosis de medicamentos para esta población se administran en mcg/kg. peso o incluso para algunos medicamentos se requiere calcular en metros cuadrados de superficie corporal.

4.16 Métodos de Sujeción.

Concepto:

- Es la técnica que se utiliza para la limitación de los movimientos corporales del niño.
- Existen las siguientes modalidades:
 - Sujetador de extremidades.
 - Inmovilización tipo momia (sábana clínica).
 - Chaleco.
 - Sujetador de muñeca y tobillos.

Objetivo:

Facilitar el examen físico, la ejecución del procedimiento específico y evita accidentes.

Principio:

Conservar la seguridad del niño facilita los procesos diagnósticos, así como el tratamiento prescrito en forma ininterrumpida.

Material y Equipo:

- Chaleco.
- Sujetadores.
- Tela adhesiva.
- Sábana clínica.
- Gasas y apósitos.
- Compresas o pañal.
- Venda de gasa.

Técnica:

Sujetador de extremidades:

- Coloca el miembro a sujetar sobre el sujetador.
- Intercala las lengüetas sobre el miembro al nivel de la articulación.

- Sujeta las cintas laterales sobre la cuna asegurándose que no se zafen.

Inmovilización Tipo Momia (utilizado en lavado gástrico, examen de los ojos y de la garganta):

- Coloca las sábanas bien extendidas sobre el colchón.
- Coloca al niño de espalda sobre la sábana que debe quedar un poco más alta que los hombros.
- Coloca un brazo del niño a su costado en posición anatómica.
- Dobla la sábana sobre el cuerpo y deja el brazo envuelto, pasa la punta por debajo.
- Coloca el otro brazo en posición anatómica y hace lo mismo que el brazo anterior.
- Separa las esquinas del extremo inferior de la sábana para darle anchura y dobla hacia los hombros.

Sujetador con Chaleco:

- Coloca el chaleco sujetador al derechohabiente o usuario.
- Ata las cintas a la parte posterior.
- Amarra las cintas laterales al tambor de la cuna en la parte correspondiente comprobando que el derechohabiente o usuario quede libre para efectuar movimientos moderados.

Sujetador de Muñeca y Tobillos:

Coloca el pañal o la gasa sobre la muñeca o tobillo del niño y asegura firme, pero no tan apretado para que no perjudique la circulación; dobla el punto que queda sobre sí mismo hacia atrás, estirándolo sobre la mano del niño. El extremo largo del pañal o gasa y lo fija al armazón de la cama.

Medias de Control y Seguridad:

- Vigila constantemente el sitio de fijación para evitar cambios en la coloración y temperatura de la extremidad.
- Inmoviliza al derechohabiente o usuario en caso necesario.
- Conserva la alineación del cuerpo.

4.17 Instalación de Sonda Nasogástrica u Orogástrica.**Concepto:**

Son las maniobras que se realizan para la instalación de una sonda a través de nariz o boca con fines diagnósticos o terapéuticos.

Objetivos:

- Realizar un vaciamiento de contenido gástrico para la descompresión del tracto digestivo.
- Proporcionar alimentos y medicamentos cuando el derechohabiente o usuario tiene afecciones neurológicas que le impiden succionar y deglutir.

Material y Equipo:

- Sonda Levin del calibre indicado.
- Lubricante hidrosoluble.
- Gasas estériles.

- Tela adhesiva o microporo.
- Vaso con solución estéril.
- Bolsa recolectora.
- Guantes.

Técnica:

- Verifica la prescripción médica.
- Prepara el equipo y lo traslada a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Orienta al derechohabiente o usuario de acuerdo a su edad y al familiar en su caso, la razón del procedimiento.
- Se lava las manos.
- Instala al derechohabiente o usuario en posición fowler o lo sujeta si es necesario.
- Abre el equipo.
- Se calza los guantes.
- Mide la sonda de la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y de éste al apéndice xifoide.
- Lubrica la punta de la sonda para facilitar su paso por la nariz.
- Humedece la sonda con solución estéril e hidrosoluble cuando la cavidad bucal del niño este muy reseca.
- Verifica el estado del derechohabiente o usuario, si presenta sofocación, tos o cianosis extrae la sonda.
- Reinstala después de estabilizar el estado del derechohabiente o usuario.
- Fija la sonda, la deja cerrada o a derivación, dependiendo la indicación del médico.
- Deja cómodo al derechohabiente o usuario.
- Retira el equipo.
- Realiza las anotaciones correspondientes en la Hoja de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- La lubricación facilita la inserción de la sonda al reducir la fricción y aminora el traumatismo de las delicadas mucosas del tubo gastrointestinal.
- La hiperpnea, tos y cianosis, indican que la sonda se ha introducido en el aparato respiratorio.

4.18 Instalación de Sonda Foley.**Concepto:**

Es la inserción de una sonda al área vesical mediante técnica estéril para obtener un drenaje urinario.

Objetivos:

- Vaciar vejiga.
- Obtener orina para análisis.

- Medir diuresis.
- Realizar procedimientos con fines de diagnóstico para detectar problemas urinarios.

Material y Equipo:

- Sonda Foley de diferentes calibres de acuerdo con la edad del niño y en el caso de recién nacidos, se sustituye por la sonda de alimentación.
- Bolsa recolectora de orina.
- Jalea lubricante.
- Jabón líquido y solución fisiológica.
- Gasas estériles.
- Jeringas de 5 y 10 ml.
- 2 pares de guantes estériles.
- Cubrebocas.
- Equipo estéril de cateterismo vesical (riñón, pinza kelly, vaso de cristal o metálico y campo hendido).
- Parches de fijación.

Técnica:

- Traslada el material y el equipo al área del derechohabiente o usuario.
- Explica al derechohabiente o usuario el procedimiento de acuerdo a su edad.
- Coloca al derechohabiente o usuario en posición decúbito dorsal y en el caso de ser mujer en posición ginecológica.
- Acomoda el material y el equipo, de tal forma que sea accesible para el desarrollo del procedimiento.
- Se lava las manos con agua y jabón.
- Se calza los guantes.
- Realiza el aseo de los genitales externos dejándolos perfectamente limpios y secos.
- Desecha los guantes de aseo y se calza unos nuevos.
- Delimita el área de genitales con campo hendido, dejándolos libres.
- Toma la sonda Foley con la mano derecha y lubrica la punta y primera parte de la misma.
- En el niño, con la mano izquierda, desliza el prepucio hacia abajo y suavemente introduce la sonda hasta que salga la orina; en la mujer separa gentilmente los labios vaginales mayores y menores, encontrando el meato urinario.
- Introduce un poco más la sonda para permitir que el globo se infle dentro de la vejiga.
- Infla el globo con la cantidad adecuada de agua estéril y jala suavemente la sonda hasta que el globo se localice sobre el triángulo.
- Fija la sonda sobre el muslo del derechohabiente o usuario cuando sea niña y en niño fija dirigiendo el pene hacia el área púbica.
- Conecta la sonda al circuito cerrado de orina.
- Anota fecha y hora de instalación así como el número del calibre en la fijación de la sonda.

- Retira el equipo y realiza los cuidados posteriores a su uso.
- Realiza las anotaciones correspondientes en la hoja de registros clínicos de enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Pruebe el globo antes de introducir la sonda.
- Si hay dificultad o imposibilidad de pasar la sonda, no insistir y comunicarlo al médico.
- Evite el reflujo urinario no colocando la bolsa de drenaje por arriba del nivel de la vejiga.
- Vacíe la bolsa de drenaje por lo menos cada 8 hrs.
- Si la sonda queda a permanencia, se realizará el cambio de sonda cada 15 días ó 4 semanas y de acuerdo a indicación médica.
- Proteja la piel del derechohabiente o usuario aplicando benjuí en el sitio de fijación.
- Informa al médico de inmediato si existen anomalías en las características de la orina.
- Respetar siempre la individualidad del derechohabiente o usuario aunque sea pediátrico.

4.19 Alimentación Forzada.**Concepto:**

Son las maniobras que se realizan para que el organismo reciba los nutrientes necesarios a través de una sonda que pasa por las fosas nasales o boca, hacia el estómago o yeyuno.

Objetivo:

Proporcionar los nutrientes necesarios para el niño cuyas condiciones físicas y biológicas impidan la succión y/o deglución de los alimentos.

Principio:

La nutrición adecuada del niño es fundamental para la función celular.

Material y Equipo:

- Sonda seleccionada de acuerdo con el tamaño del niño y la consistencia de la comida.
- Fórmula.
- Lubricantes hidrosolubles.
- Tela adhesiva o microporo.
- Guantes.
- Equipo de alimentación (riñón y jeringa de 10 ó 20 ml.)
- Solución estéril.

Técnica:

- Verifica la prescripción médica.
- Mide el perímetro abdominal.

- Se lava las manos.
- Prepara el equipo y lo lleva a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Explica al derechohabiente o usuario el procedimiento de acuerdo a su edad.
- Abre el equipo de alimentación.
- Coloca al niño en decúbito, con la cabeza hacia atrás (posición de olfateo) y si es necesario, lo sujeta.
- Se lava las manos nuevamente.
- Mide la sonda de la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y de éste al apéndice xifoides.
- Lubrica la punta de la sonda para facilitar su paso por la nariz o boca.
- Cuando se introduce por la boca, la dirige a la pared posterior de la faringe.
- Cuando se utiliza la nariz, deslice la sonda por la base de las fosas nasales y dirige hacia el occipucio.
- Une el pivote de la jeringa a la sonda y verifica su colocación aspirando contenido gástrico.
- Una vez verificada su colocación fija la sonda con tela adhesiva.
- Vierte la fórmula en el cuerpo de la jeringa sostenida a 15 cm. por arriba del nivel del plano corporal del niño y fluye lentamente hacia el estómago por gravedad.
- Termina de poner la formula e introduce una pequeña cantidad de agua estéril (suficiente para cubrir el trayecto de la sonda) para lavar la sonda.
- Retira la sonda con movimientos rápidos, previamente cerrada y en caso de que ya no sea necesaria.
- Ocluye la sonda y retira el equipo en caso de que la sonda se deje a permanencia.
- Coloca al niño sobre el costado derecho después de la alimentación.
- Realiza las anotaciones correspondientes en la hoja de enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- La lubricación facilita la inserción de la sonda al reducir la fricción y aminora el traumatismo de las delicadas mucosas del tubo gastrointestinal.
- La hiperpnea, tos y cianosis indican que las sondas se han introducido en el aparato respiratorio.
- Mida el residuo gástrico antes de pasar la nueva alimentación, de tal manera que permite evaluar la capacidad de digestión del niño.

4.20 Alimentación por Gastroclisis.**Concepto:**

En un procedimiento en el cual se instala una sonda, a través de las fosas nasales o boca, hacia el estómago y yeyuno.

Objetivo:

Administrar líquidos y nutrientes a derechohabiente o usuarios con trastornos o lesiones en el aparato digestivo.

Principio:

La deficiencia proteica y calórica produce pérdida de peso, debilidad, fatiga retardo en el crecimiento, disminución de la resistencia a las infecciones y defectos en la cicatrización.

Material y Equipo:

- Sonda para alimentación de 5 a 8 french para recién nacidos y lactantes de 19 a 14 french para niños de mayor edad.
- Frasco o bolsa para gastroclisis.
- Macrogotero.
- Equipo de alimentación, fórmula o dieta licuada.
- Lubricantes hidrosolubles.
- Cinta adhesiva tipo microporo.
- Guantes estériles o desechables.

Técnica:

- Verifica la prescripción médica.
- Mide el perímetro abdominal.
- Se lava las manos.
- Prepara el equipo y lo lleva a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Explica al derechohabiente o usuario de acuerdo a la edad, la razón del procedimiento.
- Coloca al derechohabiente o usuario en posición semifowler, sujetándolo si es necesario.
- Se lava nuevamente las manos.
- Abre el equipo estéril.
- Se calza los guantes estériles.
- Mide la sonda de la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y de ésta al apéndice xifoides (estómago) y hacia la cicatriz umbilical (yeyuno).
- Lubrica la punta de la sonda para facilitar su paso por la nariz, cuando se introduce por vía bucal no es necesaria la lubricación; se humedece la punta de la sonda con solución estéril e hidrosoluble cuando la cavidad bucal del niño esté muy seca.
- Introduce la sonda en el esófago del derechohabiente o usuario. Una vez que se ha logrado, avanza a medida que el derechohabiente o usuario deglute usando un suave movimiento giratorio para facilita su inserción.
- Verifica el estado del derechohabiente o usuario. Si el niño se sofoca o sufre tos, y/o cianosis, extrae la sonda y la reinserta, después de que el derechohabiente o usuario se estabilice.
- Verifica la colocación de la sonda, la aspiración de líquido gástrico indica que la sonda se encuentra en la cavidad gástrica.
- Inmoviliza los brazos del derechohabiente o usuario en caso de estar inquieto y fija la sonda en su sitio, con cinta adhesiva.
- Une el pivote de la jeringa a la sonda, verifica su colocación aspirando contenido gástrico, tapa la sonda para conserva el líquido en su sitio hasta que inicie la alimentación.
- Coloca la bolsa o frasco con la alimentación en un gancho porta suero, purgando el equipo para extraer el aire, conecta el extremo libre de la sonda y regula el goteo conforme a la prescripción médica.
- Verifica periódicamente las condiciones del derechohabiente o usuario la permeabilidad de la sonda y la frecuencia del goteo.

- Termina de pasar el alimento e introduce una pequeña cantidad de agua estéril (suficiente para cubrir el trayecto de la sonda).
- Retira la sonda con movimiento rápido, pinza previamente y la dobla sobre sí misma, en caso de que ya no sea necesaria.
- Ocluye la sonda, retira el equipo de alimentación en caso de que la sonda se deje a permanencia.
- Coloca al derechohabiente o usuario sobre el costado derecho, después de la alimentación.
- Realiza las anotaciones correspondientes en la Hoja de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- La lubricación facilita la inserción de la sonda al reducir la fricción y aminora el traumatismo de las mucosas del tubo gastrointestinal.
- La tos y cianosis indican que la sonda se ha introducido en el aparato respiratorio.
- Mide el residuo gástrico antes de pasar la nueva alimentación que permite evaluar la capacidad de digestión del niño.
- En caso del recién nacido, si el residuo equivale al 10% o menos de la cantidad indicada, requerirlo al estómago y restarlo de la cantidad total de la fórmula.
- Administrar la fórmula a la temperatura ambiente.
- Para evitar la extracción accidental de la sonda debe estar fija gentilmente.
- Notifica al médico si la solución que se aspira es fórmula de la alimentación anterior. Esto indica que se le está administrando al niño una cantidad mayor de la que requiere o que el niño no puede digerir la fórmula.
- Durante o después de la alimentación, observa si el niño tiene regurgitación o vómito y avisa al médico.
- El flujo del alimento debe ser lento para no causar vómito o distensión abdominal.

4.21 Enema Evacuante.**Concepto:**

Es la introducción de una solución por el recto al colon descendente con el propósito de drenar la materia fecal.

Objetivos:

- Limpiar y extraer sólidos y gases acumulados en la región intestinal descendente estimulando el peristaltismo.
- Preparación para la realización de estudios de diagnóstico e intervenciones quirúrgica del trayecto intestinal.

Principio:

Las soluciones emolientes reblandecen la materia fecal estimulando el peristaltismo intestinal.

Material y Equipo:

- Irrigador.
- Pinza Kelly.
- Sonda lactante 12 a 14 french, preescolar 14 a 26 french, escolar 16 a 18 french.
- Lubricantes hidrosolubles o vaselina.
- Guantes.
- Solución para el enema.

- Pañal en caso de lactantes.
- Tripié.
- Comodo y papel higiénico.

Nota: si se cuenta con bolsa para enema evacuante, dé un uso correcto de la misma.

Técnica:

- Prepara el equipo para el procedimiento.
- Explica y orienta la razón del procedimiento a los padres y al derechohabiente o usuario, según su edad y nivel de comprensión.
- Prepara la ropa de cama y coloca el pañal al niño lactante.
- Coloca al derechohabiente o usuario en posición de Sims y descubre la región glútea.
- Coloca la bolsa en el tripié.
- Se calza los guantes.
- Lubrica los primeros 5 ó 7.5 cm. de la sonda.
- Purga la sonda antes de insertar en el recto, permitiendo que la solución corra hasta la punta de la sonda rectal.
- Introduce la sonda rectal lentamente a una profundidad de 7 a 7.5 cm. según el tamaño del niño y le indica que respire por la boca durante la inserción.
- Gire el tubo rectal con suavidad durante la inserción.
- Eleva el recipiente del enema a una altura suficiente para iniciar el flujo de la solución; en el lactante 7.5 cm. por arriba del nivel corporal y en niños de mayor edad a una altura de 30 cm. tener cuidado de no elevar la solución a más de 45 cm.
- Pinza el tubo después de que toda la solución esté en el colon.
- Verifica la retención del enema durante 5 a 10 minutos, a los niños de corta edad ayudarlos, sosteniendo juntos, con las manos, los glúteos del niño durante un breve lapso.
- Coloca al derechohabiente o usuario sobre el cómodo para la expulsión del enema, si su estado lo permite.
- Deja limpio al niño y en posición cómoda para descansar.
- Retira el equipo y le da el cuidado posterior.
- Efectúa las anotaciones correspondientes en la Hoja de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Se lava las manos antes y después de realizar el procedimiento.
- No trate de forzar la inserción de la sonda ya que puede provocar lesiones.
- Utilice preferentemente equipo desechable y adecuado a la edad del derechohabiente o usuario.
- Revisa el recipiente del enema, para confirmar su fluidez dentro del recto.
- Comunica al médico si después de una hora el enema no tiene egreso.
- Vigila la presencia de la distensión abdominal durante y después del procedimiento.

- Revise que la cantidad administrada al derechohabiente o usuario sea la prescrita por el médico.

4.22 Obtención de Muestras de Orina y Materia Fecal.

Concepto:

Es la recolección de una parte o del total de orina y materia fecal, para enviarlas a laboratorio para su análisis con fines de diagnóstico y tratamiento.

Objetivo:

Obtener una muestra biológica de manera adecuada como auxiliar diagnóstico en un proceso patológico.

Principio:

El análisis de las muestras de orina y de materia fecal contribuye a establecer el diagnóstico y el tratamiento específico de las enfermedades.

Equipo y Material:

- Mesa Pasteur.
- Cómodo y orinal.
- Bolsa recolectora de orina (recién nacidos, lactantes, preescolares).

Para Muestras de Materia Fecal:

- Recipiente para muestra de materia fecal.
- Abatelenguas.
- Pañales para bebé.
- Cómodo y papel sanitario para niños de mayor edad.
- Solicitud de laboratorio.

Para Urocultivo:

- Equipo de cateterismo vesical.
- Agua estéril.
- Jabón líquido.
- Guantes estériles (2 pares).

Técnica:

- Coloca al niño en decúbito dorsal con los miembros pélvicos flexionados y separados, si es necesario realiza la sujeción.
- Descubre la región genito-urinaria y efectúa el aseo de la misma.
- Aplica tintura de benjuí en la piel circundante y espera que se evapore.
- Coloca la bolsa colectora con su correcta instalación.
- Vigila al lactante frecuentemente hasta obtener la muestra.

- Retira la bolsa y tramita su entrega al laboratorio.
- Para toma de urocultivo lleva a cabo la técnica de cateterismo vesical.
- Realiza las anotaciones de las características de la muestra en la Hoja de Notas de Enfermería.

Medidas de Control y Seguridad:

- Se lava las manos antes y después de efectuar el procedimiento.
- Evita contaminar el equipo y la muestra.
- Evita errores en el manejo, rotulando correctamente las muestras con el nombre, número de cama y número de expediente.
- Notifica al médico la presencia de alteraciones en la muestra o lesiones en la piel.
- Desarrolla el procedimiento gentilmente, especialmente al despegar la bolsa.

4.23 Aplicación de Calor como Agente Terapéutico.**Concepto:**

Es el método mediante el cual el cuerpo humano transmite una temperatura más elevada a otro cuerpo que la que posee, ya sea por contacto o por radiación.

Objetivos:

- Aumentar el flujo sanguíneo.
- Aliviar el dolor.
- Relajar tejidos musculares (se alivia espasmo y fatiga).

Principios:

- La temperatura de la superficie del cuerpo varía con los cambios del ambiente.
- La temperatura interna o central, se conserva dentro de un margen muy estrecho que normalmente no varía más de un grado en un individuo.
- El calor dilata los cuerpos.
- La aplicación prolongada de calor destruye los tejidos.
- El calor se pierde del cuerpo por los fenómenos de radiación, conducción, convección y evaporación.

Material y Equipo:

- Compresas caliente.
- Bolsa con agua caliente.
- Lámpara de chicote.

Técnica:

- Mida la temperatura corporal.
- Utiliza el método idóneo para proporcionar calor.
- Si se instalan bolsas con agua caliente, cambie el agua cuantas veces sea necesario.

Medidas de Control y Seguridad:

- Tomar la temperatura del niño cada hora.
- Observar con frecuencia la coloración de la zona.
- Evitar quemar al niño.
- En caso de utilizar lámpara, colocar este aproximadamente a 50 centímetros de distancia.
- Durante el procedimiento mantenga sujetado al derechohabiente o usuario si es necesario.

4.24 Aplicación de Frío como Agente Terapéutico.**Concepto:**

La aplicación del frío es una técnica que se utiliza como medida terapéutica en algunos padecimientos actuando como antipirético, analgésico y antiinflamatorio, así como para inducir la vasoconstricción.

Objetivos:

- Disminuir la temperatura corporal a niveles normales.
- Controlar hemorragias por medio de la vasoconstricción.
- Disminuir edema.

Principio:

El frío prolongado disminuye la actividad celular y al descender la temperatura corporal puede producir la muerte.

Material y Equipo:

- Tarja, tina o baño con regadera.
- Compresas.
- Agua templada.

Técnica:**Aplicación de frío seco:**

- Descubra al derechohabiente o usuario al medio ambiente, evitando corrientes de aire.
- Aplicación de frío húmedo.
- Aplicar compresas húmedo-frías.
- Cambiar la compresa o bolsa de agua fría de 10 a 15 minutos cada una.
- Baño terapéutico con agua tibia o templada.

Medidas de Control y Seguridad.

- Verificar si el niño presenta trastornos de la circulación.
- Medir temperatura cada 15 minutos durante el procedimiento.
- Humedecer las compresas cuantas veces sea necesario.

- No deje al niño solo durante el procedimiento.

4.25 Colaboración en la Intubación Endotraqueal.

Concepto:

Es un conjunto de maniobras que se realizan por medio de un equipo multidisciplinario (médico – enfermera), para introducir un tubo directamente en la tráquea que permita mantener una vía aérea permeable.

Objetivos:

- Proteger la tráquea y los pulmones de la aspiración de contenido gástrico, saliva, sangre o líquido procedente de las vías aéreas superiores.
- Mejorar los aspectos fisiológicos de la respiración, oxigenación y ventilación.
- Proporcionar una vía aérea para la ventilación mecánica.
- Permitir el acceso directo a los pulmones para la aspiración y extracción de las secreciones.
- Permitir la administración tráqueal de medicamentos, de utilidad en urgencias debido a su rápida absorción a través del árbol bronquial.

Principio:

El organismo requiere de concentraciones adecuadas de oxígeno (80 al 100%) para mantener sus funciones.

Material y Equipo:

- Tubos endotraqueales (existen de 1 a 5 mm sin globo y de 6 a 9 mm con globo).
- Mango de laringoscopio.
- Hojas de laringoscopio (existen curvas de 1 a 4 y rectas de No. 1 al 4).
- Estilete para introducir los tubos endotraqueales.
- Jeringa en caso de que el tubo endotráqueal tenga globo.
- Lubricante o gel.
- Mascarilla del tamaño adecuado.
- Medicamentos para conseguir la relajación.
- Cinta adhesiva para fijar el tubo.
- Estetoscopio.
- Bolsa de insuflación con reservorio conectado al oxígeno.
- Gasas.
- Guantes.
- Cubrebocas.
- Lentes de protección o goggles.
- Equipo de aspiración funcional.

- Aparato de monitoreo no invasivo (capnógrafo, oxímetro de pulso, etc.).

Técnica:

- Valora la función respiratoria del niño para detectar cuando es necesaria la intubación endotráqueal.
- Tiene todo el equipo necesario y funcional en la cabecera del derechohabiente o usuario.
- Instala una vía de acceso intravenosa, si no se ha hecho todavía.
- Se asegura que estén en su lugar e instalados al niño los monitores no invasivos.
- Revisa el laringoscopio y las hojas para asegurar que las pilas y la fuente de luz funcionen bien.
- Proporciona guantes, cubrebocas y lentes al médico, para iniciar el procedimiento.
- Coloca al niño en una superficie plana y en una posición apropiada:
 - Posición de olfateo. Coloca al derechohabiente o usuario con la cabeza descansando y una toalla doblada por debajo de los hombros.
 - Si existe posibilidad de lesión de la columna cervical, coloca al niño en alineación neutra manteniendo la inmovilización manual.
- Revisa la cavidad bucal o nasal en busca de cuerpos extraños (objetos, saliva o secreciones), evitando la aspiración de éstos al realizar el procedimiento.
- Se preoxigena al derechohabiente o usuario con oxígeno al 100% a través de una mascarilla con bolsa y válvula durante 2 a 5 minutos.
- Mantiene abierta la boca del derechohabiente o usuario e inclina la cabeza hacia atrás, para permitir una vía aérea recta para la observación.
- Prepara la cánula endotráqueal.
- Tiene varias cánulas de distintos calibres para que el médico escoja la más adecuada al niño.
- Revisa la permeabilidad del manguito y el balón de la cánula endotráqueal.
- Inserta un estilete maleable dentro de la cánula endotráqueal, asegurándose que no se extienda más allá del extremo distal del tubo.
- Administra la medicación de sedación, si el médico la solicita.
- Aplica lubricante a la sonda endotráqueal antes de proporcionársela al médico.
- Deja que el médico introduzca la hoja de laringoscopio al derechohabiente o usuario observando cualquier complicación.
- El médico levanta suavemente el mango de laringoscopio dejando ver las cuerdas bucales.
- Proporciona la sonda de aspiración en el momento en que el médico lo solicite.
- El médico introduce la cánula endotráqueal por el orificio de las cuerdas vocales, aproximadamente 1.5 cm. dentro.
- Verifica la correcta instalación dando insuflaciones rápidas con la bolsa de reanimación y auscultando con el estetoscopio ambos lados laterales de los pulmones y el estómago.
- Fija la cánula endotráqueal al niño para evitar su extubación.
- Conecta la boquilla de la cánula endotráqueal a un aparato de ventilación mecánica, bajo la vigilancia del médico.
- Solicita control radiológico, para verificar la localización de la cánula endotráqueal.

- Deja cómodo al niño.
- Retira el equipo utilizado, proporcionándole el cuidado y la limpieza correcta.

Medidas de Control y Seguridad.

- Lavarse cuidadosamente las manos antes y después de la inserción, aspiración o cuidado de la cánula endotráqueal.
- La intubación y aspiración de secreciones deben hacerse bajo condiciones estériles.
- Verificar si la cánula se encuentra en el sitio correcto por medio de la auscultación del tórax.
- Observar las posibles complicaciones de la colocación de la cánula endotraqueal.
- Observar la cantidad, consistencia y color de las secreciones aspiradas de las vías respiratorias del derechohabiente o usuario.
- Realizar las anotaciones pertinentes en la hoja de registros clínicos de enfermería.
- Verificar la permeabilidad de la cánula endotráqueal.
- Realizar limpieza de la cánula endotráqueal cuando el derechohabiente o usuario lo amerite.

4.26 Traslado Hospitalario del Derechohabiente o Usuario en Estado Crítico.**Concepto:**

Son las maniobras que se realizan para desplazar al derechohabiente o usuario pediátrico en estado crítico, de una unidad a otra.

Objetivo:

Trasladar al derechohabiente o usuario en estado crítico, en forma segura y eficaz.

Principios:

- El traslado realizado después de la estabilización del niño, evita el riesgo de complicaciones.
- La hipotermia deprime todos los procesos metabólicos.
- El deterioro de la función pulmonar puede dar como resultado un aporte insuficiente de oxígeno y una eliminación inadecuada de bióxido de carbono.
- La falta de oxígeno en los tejidos produce un aumento del flujo sanguíneo.

Material y Equipo:

- Incubadora de traslado.
- Carro camilla con barandales.
- Respirador mecánico.
- Bolsa de ventilación de presión positiva.
- Bombas de infusión y porta sueros.
- Equipo de reanimación.
- Soluciones parenterales.
- Estetoscopio, termómetro y tela adhesiva.

- Equipo de aspiración.
- Succionador portátil.
- Glucómetro.

Técnica:

- Revisa la indicación médica.
- Se comunica con la unidad receptora, confirmando la disponibilidad de la cama y funcionalidad del equipo.
- Verifica que el equipo de transporte esté disponible y en óptimas condiciones.
- Confirma que el familiar fue informado.
- Valora las condiciones del derechohabiente o usuario mediante la toma de signos vitales.
- Mantiene una temperatura adecuada en el derechohabiente o usuario.
- Toma glicemia periférica.
- Verifica la permeabilidad de vías aéreas.
- Asegura que los accesos vasculares estén permeables y regula el goteo de la infusión de los medicamentos que no deben interrumpirse.
- Integra el expediente clínico completo.
- Coloca al derechohabiente o usuario en el medio de transporte a utilizar.
- Coloca el oxígeno suplementario.
- Inmoviliza tanto al niño como al equipo médico.
- Traslada al niño al sitio destinado, vigilando cualquier signo de alarma.
- Instala al niño en su unidad, verificando la permeabilidad de los drenes y el funcionamiento del equipo electromédico.
- Entrega al derechohabiente o usuario a la enfermera responsable de la unidad.
- Realiza las anotaciones de enfermería correspondiente.

Medidas de Control y Seguridad:

- Asegure la visibilidad mínima por los lados de la incubadora.
- Revise que el equipo y material a utilizar esté en óptimas condiciones.
- Salvaguardar siempre al niño.
- Evite cambios bruscos de temperatura.
- La enfermera que inicia el traslado debe ser la misma que lo termine.

4.27 Reanimación Cardio-Cerebro-Pulmonar (RCCP):**Concepto:**

- Es una serie de maniobras y procedimientos de urgencia que se realizan cuando se presenta el cese súbito de la función cardíaca y respiratoria, resultado final del deterioro progresivo cardio pulmonar, acompañado de hipoxia y acidosis de la célula miocárdica, que produce la disfunción eléctrica y mecánica que culmina con asistolia o actividad ventricular ineficaz.
- La RCCP es la aplicación de técnicas especiales y equipo médico específico para restablecer y mantener la ventilación y perfusión efectivas, dirigidas a preservar el flujo coronario y cerebral.

Objetivos:

- Preservar, durante el paro cardiorespiratorio, la integridad de los órganos vitales.
- Restablecer la actividad mecánica efectiva del corazón, evitar la anoxia, prevenir el desarrollo de otro evento letal y conservar la función cerebral sin secuelas neurológicas.

Principios:

- Al revertir el paro cardiopulmonar, tienden a normalizarse la concentración de oxígeno en la sangre, la disminución de bióxido de carbono y cesa la producción de energía a través del metabolismo anaerobio (la cual provoca lactato), tendiendo a la normalidad del Ph de la sangre y tejidos.
- La clasificación del apoyo durante el paro cardiorespiratorio es como sigue:
 - Apoyo vital básico. Es el conjunto de maniobras aplicadas en una forma sistematizada con un paro respiratorio, cardíaco o cardiorespiratorio, para proveer oxígeno al cerebro, corazón y otros órganos vitales, hasta que el tratamiento médico pueda iniciar.
 - Apoyo vital avanzado. Son las medidas terapéuticas más específicas y definitivas, que se proporcionan dentro de una unidad hospitalaria, así como el tratamiento de las complicaciones y estabilización general del derechohabiente o usuario el apoyo vital avanzado incluye el conocimiento y destrezas necesarias que permitan ofrecer tratamiento temprano, óptimo en el paro cardiopulmonar, comprendiendo lo siguiente:
 - Conocimiento del ABC de la reanimación.
 - Uso del equipo y técnicas especiales, para establecer y mantener una ventilación y circulación adecuadas.
 - Reconocimiento y tratamiento de arritmias.
 - Destrezas para establecer y mantener una vía venosa.
 - Tratamiento urgente del derechohabiente o usuario en paro cardíaco o respiratorio.

Material y Equipo:

- Para la reanimación del lactante menor y mayor, preescolar, escolar, etc., se requiere del equipo completo del carro rojo.
- Mango de laringoscopio con pilas.
- 8 hojas de laringoscopio curvas y rectas no. 0,1,2,3.
- Bolsa de reanimación pediátrica.
- Mascarillas pediátricas.
- Sondas rush pediátricas.
- Cánulas de guedel pediátricas (diferentes números).
- 1 tabla de soporte para RCP.
- Adaptadores para aspirador.
- Sondas Levin de diferentes tamaños.

- Jeringas de 1, 3, 5, 10, y 20 cc.
- Tela adhesiva.
- Electrocardiógrafo.
- Desfibrilador con paletas pediátricas, conectado.
- Pasta electro conductora.
- Tanque de oxígeno con manómetro.
- Equipos para infusión (venopack y metriset).
- Llaves de tres vías.
- Punzocath de diferentes calibres.
- 1 Equipo de venodisección.
- Guantes estériles.
- Cubrebocas.
- Gasas estériles.
- Hojas de bisturí.
- Agujas hipodérmicas.
- Isodine espuma.
- Medicamentos.
- Adrenalina 5 ampolletas.
- Atropina 5 ampolletas.
- Bicarbonato de sodio 3 ampolletas.
- Gluconato de calcio 3 ampolletas.
- Lidocaína 1 frasco.
- Glucosa al 50 %, 1 frasco.
- Dopamina 3 ampolletas.
- Dobutamina 2 frascos.
- Norepinefrina 5 ampolletas.
- Dioxina 5 ampolletas.
- Naloxona 2 ampolletas.
- Hidrocortisona 2 frascos.
- Metilprednisolona 1 frasco.

- Albúmina 1 frasco.
- Haemaccel 1 frasco.

Soluciones:

- 2 Soluciones salinas al 0.9%.
- 2 Soluciones de glucosa al 5 %.
- 2 Soluciones de Hartman.

Técnica:

La aplicación de la técnica de RCCP se divide en:

- RCCP básico:
 - Vía aérea. Establece una vía aérea permeable mediante la maniobra de inclinar la cabeza del derechohabiente o usuario elevar su mentón y traccionar la mandíbula (esta actividad es de elección cuando hay sospecha de lesión cervical). Este paso incluye la exploración de la cavidad oral para aspirar secreciones o cuerpo extraño.
 - Inicio de ventilación. Con bolsa de reanimación y reservorio de oxígeno para proporcionar ventilación con presión positiva (cubriendo nariz y boca del derechohabiente o usuario).
 - Circulación. Consiste en compresión torácica externa.
 - Instalación de accesos venosos.
 - En el lactante, el sitio de compresión es 1 dedo por debajo de la línea intermamaria, deprimir 1.5 a 2.5 cm. con dos o tres dedos, a una frecuencia de 120 latidos por min.
 - En el escolar el área de compresión es en el tercio medio de inferior del esternón, con el talón de la mano, deprimir de 2.5 a 3.8 cm. con frecuencia de 100 latidos por min.
 - En el adolescente el sitio de compresión es dos dedos arriba de la punta del esternón, deprimir de 4 a 5 cm. con frecuencia de 80 a 100 latidos por min. a una relación de compresión de 5:1, iniciar 20 ciclos de 5 compresiones y 1 ventilación evaluar la respuesta.
- RCCP Avanzado:
 - Vía aérea. Permeabiliza la vía aérea siempre es la principal prioridad. La colocación de una cánula endotráqueal se evalúa de acuerdo al esfuerzo respiratorio del derechohabiente o usuario.
 - Ventilación y oxigenación. Proporciona ventilación al derechohabiente o usuario mediante la técnica de bolsa-válvula-mascarilla.
 - La bolsa de reanimación siempre debe contar con reservorio y flujo de oxígeno a 10 o 15 l/min. para poder ofrecer una concentración de oxígeno de 90 a 100%. Manteniendo un sello entre la mascarilla y cara. La mascarilla debe cubrir el puente nasal al borde del mentón.
 - Cuando se ha ventilado por 2 minutos con bolsa-válvula-mascarilla se coloca una sonda nasogástrica para remover el aire del estómago, al ventilar se deja un tiempo adecuado para la inspiración y oxigenación (1 a 1.5 segundos), con una presión suficiente para elevar el tórax. Evalúa la expansión torácica y ausculta los ruidos respiratorios.
 - La intubación endotráqueal es la mejor manera de tratar la vía respiratoria en el derechohabiente o usuario con RCCP.
 - Circulación. Las compresiones torácicas facilitan la circulación por compresión directa al corazón; así mismo, los cambios de la presión intratorácica generados por las compresiones, producen un flujo sanguíneo del corazón a la circulación sistémica.
 - En todos los derechohabientes o usuarios se debe mantener el mismo tiempo de compresión y de relajación, y los dedos o la mano no deben retirarse del tórax durante la relajación en las fases de compresiones torácicas.

- Coordina las compresiones y la ventilación en una relación de 5:1.
- Establece un acceso vascular periférico, intravenoso, central o intraóseo.
- Líquidos. Debe aplicarse de acuerdo al estado hemodinámico del derechohabiente o usuario. Ministra solución cristaloide isotónica o coloide al derechohabiente o usuario en estado de choque.
- Medicamentos. Deben administrarse de acuerdo a las necesidades del derechohabiente o usuario bajo indicación médica.
- Desfibrilación y cardioversión. La desfibrilación es la despolarización asincrónica del miocardio. Está indicada en la TVSP y en la FV la dosis inicial es de 2j/kg (máximo 200j), si no tiene éxito, entonces se aplica una dosis subsecuente de 4j/kg (máximo 360j) y se repite el intento de desfibrilación hasta en dos ocasiones.
- La cardioversión es la conversión eléctrica sincronizada de un disturbio del ritmo, utilizando dosis bajas de energía. ésta indicada en la taquicardia supraventricular inestable. La dosis inicial es de 0.5 a 1j/kg con un máximo de 10 j.
- Última Evaluación:
 - Corroborar en el electrocardiograma, una vez que haya ritmo cardíaco, el tipo de ritmo que tiene el derechohabiente o usuario, verifica el estado hemodinámico y trata arritmias si se presentan.
 - Inicia apoyo con aminas externas como es la dopamina y/o dobutamina, cuando el derechohabiente o usuario continúa con hipotensión a pesar de mejorar la precarga.
 - Evalúa siempre toda maniobra terapéutica.

Medidas de Control Seguridad:

- Coloca al derechohabiente o usuario en posición decúbito dorsal, ya que esta posición mejora la circulación.
- En el lactante o niño pequeño, la hiperextensión del cuello puede producir colapso traqueal, por lo que esta maniobra se debe realizar con mucho cuidado.
- Evitar que la lengua del niño obstaculice las vías respiratorias, al tomarla con una gasa.
- La cianosis en los labios indica que el consumo de oxígeno es insuficiente.
- Recordar que la capacidad pulmonar de niño o lactante, es más pequeña que la del adulto a la hora de suministrar el oxígeno.
- La cánula de Guedel se empleará para evitar que la lengua del niño se resbale hacia la garganta y para proporcionar una vía libre para el aire que es forzado hacia los pulmones.

4.28 Cuidado del Derechohabiente o Usuario con Traqueostomía.

Concepto:

Son los procedimientos que se efectúan para mantener permeable de secreciones la cánula de traqueotomía, facilitando la ventilación del derechohabiente o usuario.

Objetivo:

Facilitar la respiración, manteniendo el libre flujo de aire del niño con el medio ambiente y evitar infecciones agregadas.

Principio:

El tracto respiratorio libre de secreciones favorece una buena ventilación y el intercambio gaseoso del derechohabiente o usuario.

Equipo y Material:

- Aparato de succión o red central.

- Charola con:
 - Frascos estériles con solución fisiológica.
 - Sondas del número adecuado para aspiración.
 - Cánula, endocánula y mandril estériles del número de la que tenga instalada el derechohabiente o usuario.
 - Paquete de gasa estéril.
 - Recipiente con agua bicarbonatada.
 - Guantes estériles.
 - Cinta de algodón.
 - Lápiz y papel.
 - Bolsa para desechos.
 - Jeringa hipodérmica de 5cc.

Técnica:

- Prepara el equipo y lo traslada a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Se lava las manos antes y después del procedimiento y cuantas veces sea necesario.
- Explica la razón del procedimiento al niño, y en caso necesario, le proporciona lápiz y papel para comunicarse.
- Coloca al niño en posición de Fowler o semifowler, cuando no existe contraindicación médica.
- Descubre la región retirando la gasa sucia.
- Conecta la sonda al tubo en “y” y conecta el aspirador para probar su funcionamiento.
- Se calza los guantes estériles.
- Introduce la sonda en el frasco de solución para lubricarla.
- Obtura la sonda, la introduce suavemente dentro de la cánula interna y después en las vías respiratorias, a una profundidad aproximada de 25 a 30 cm.
- Aspira las secreciones haciendo movimientos giratorios con la sonda, durante un intervalo de 10 a 15 segundos, para aspirar bronquio derecho o izquierdo.
- Aspira pequeñas cantidades de solución fisiológica para limpiar la sonda, cerciorándose que está permeable.
- Hace que el niño rote la cabeza del lado contrario.
- Deja un periodo de 2 a 3 minutos entre una aspiración y otra, cuando el estado del derechohabiente o usuario lo permite.
- Irriga la endocánula con la jeringa hipodérmica, si las secreciones son muy espesas y aspira suavemente.
- Repite la maniobra anterior cuantas veces sea necesario.
- Hiperoxigena al niño en caso necesario.
- Aspira pequeñas cantidades de solución para permeabilizar la sonda.

- Cambia la endocánula por razón necesaria.
- Coloca nuevas gasas secas alrededor del orificio y verifica la fijación de la cánula.
- Observa las reacciones del derechohabiente o usuario.
- Deja cómodo y tranquilo al niño.
- Efectúa las anotaciones en los registros de enfermería.
- Retira el equipo sucio y le proporciona los cuidados posteriores a su uso.

Medidas de Control y Seguridad:

- Vigilar constantemente al derechohabiente o usuario.
- Efectuar las aspiraciones según la indicación médica o con la frecuencia necesaria.
- Tener suficiente dotación de sondas estériles para uso inmediato.
- Notificar al médico las características de las secreciones.
- Efectuar el cambio de la endocánula cada vez que sea necesario, sustituyéndola por otra estéril.
- Cambiar las cintas de fijación cuando su estado lo amerite.
- Reconocer las partes de la cánula antes de efectuar el procedimiento.
- La cánula externa la moviliza únicamente el médico.
- Si el derechohabiente o usuario tiene prescrito el suministro de oxígeno, el catéter se coloca directamente a la traqueotomía.
- Detectar datos de hipoxia.
- Cambiar por turno el equipo de aspiración.

4.29 Colaboración en la Punción Lumbar.**Concepto:**

Es un procedimiento de punción raquídea para obtener líquido céfalo raquídeo y examinarlo.

Objetivo:

Elaborar diagnósticos.

Material y Equipo:

- Equipo de punción.
- Guantes, cubrebocas y gorros.
- Isodine.
- Gasas y tela adhesiva.
- Tubos de ensaye estériles.
- Agujas hipodérmicas.
- Membretes para los tubos.

Técnica:

- Se lava las manos.
- Prepara físicamente al niño colocándolo en decúbito lateral con la cabeza y los miembros inferiores flexionados, sin obstruir las vías aéreas.
- Colabora con el médico en la realización del procedimiento.
- Realiza presión y cubre el sitio de la punción, cuando termina el procedimiento.
- Deja cómodo y limpio al derechohabiente o usuario.
- Realiza las anotaciones pertinentes en la Hoja de Enfermería.
- Membreta los tubos y los envía al laboratorio.

Medidas de Control y Seguridad:

- Realizar el control y registro de los signos vitales.
- Vigile los signos neurológicos.
- Vigile la presencia de sangrado.

4.30 Atención del Niño Quemado.**Concepto:**

Son las medidas aplicadas al derechohabiente o usuario pediátrico que ha sufrido lesión de la piel, mucosas y órganos, producidos por el calor directo, sustancias químicas, líquidos en ebullición, electricidad o dermoabrasión.

Los principales agentes de quemaduras son:

- Quemaduras por escaldadura.
- Quemaduras por fuego directo: inhalación de monóxidos de carbono, lesión de vía aérea.
- Quemadura eléctrica.
- Quemadura química.

Objetivos:

- Evitar choque hipovolémico.
- Facilitar la cicatrización o regeneración de los tejidos lesionados por quemaduras.

Principio:

La piel es una barrera natural para evitar procesos infecciosos y la pérdida excesiva de líquidos.

Material y Equipo:

- Uniforme quirúrgico (pantalón, filipina o chemise, gorro, cubrebocas y botas).
- Equipo de venoclisis.
- Apósitos y ungüento antimicrobianos.

- Guantes estériles.
- Isodine.
- Jabón quirúrgico.
- Solución estéril.
- Equipo de curación.
- Gorro y cubrebocas.

Técnica:

- Se lava las manos antes y después de atender a cualquier derechohabiente o usuario con quemaduras.
- Valora el ABC de la reanimación:
 - Establece una vía aérea.
 - Inicia la ventilación.
 - Instala catéter venoso.
- Monitoriza signos vitales.
- Toma presión venosa central.
- Se calza guantes estériles.
- Identifica el tipo de quemaduras:
 - Cuando es ocasionada por sustancias químicas, la acción prioritaria es la limpieza cuidadosa de las regiones quemadas, para reducir el tiempo de exposición a la sustancia que provocó la quemadura.
 - Cuando es ocasionada por electricidad, monitorear durante las primeras 48 hrs. al derechohabiente o usuario e identificar los puntos de entrada y salida de la corriente eléctrica.
 - Cuando la quemadura es térmica, se debe de atender inmediatamente para evitar el choque y desequilibrio electrolítico irreversible.
- Premedica al derechohabiente o usuario de acuerdo a indicación médica.
- Limpia y retira el material extraño que existe en la herida, frotando la zona con agua y jabón quirúrgico.
- Enjuaga la herida con agua aplica crema antiséptica y la cubre con un apósito estéril.
- Toma, por indicación médica, muestras de sangre para la determinación de gases.
- Asegura la permeabilidad de la vía intravenosa, ministrando lo líquidos prescritos por el médico.
- Usa técnicas estériles en el cambio de apósitos, para disminuir la probabilidad de que se presente infección agregada.
- Ministra toxina antitetánica o refuerzos de DPT como medida preventiva y por prescripción médica.
- Proporciona al derechohabiente o usuario quemado, la nutrición prescrita por el médico por la vía que sea más factible, si puede comer ofrézcale raciones pequeñas a intervalos frecuentes.
- Mide el volumen de la orina cada hora, así como su densidad y ph cada ocho horas dependiendo de las condiciones del niño.
- Pesa diariamente al menor.

- Evita contracturas al derechohabiente o usuario, mediante el alineamiento fisiológico de su cuerpo y la colocación de entablillados adecuados.
- Ayuda al derechohabiente o usuario para que realice los ejercicios prescritos por el médico, durante la fase de cicatrización.

Medidas de Control y Seguridad:

- Valorar el estado neurológico del derechohabiente o usuario.
- Vigilar en el derechohabiente o usuario ventilación adecuada, signos de dificultad respiratoria, disnea, aleteo nasal, tiros intercostales o ruidos respiratorios disminuidos; si se encuentra alguno de estos signos, avise de inmediato al médico.
- Vigilar el equilibrio hidroelectrolítico adecuado del derechohabiente o usuario observando las reacciones sensoriales del niño, signos vitales y la turgencia de la piel.
- Valorar la herida y en caso de encontrar eritema y secreción purulenta en los bordes, comunicarlo al médico.
- En caso de injerto, observar los avances en la cicatrización, el estado de los sitios donadores y la movilidad de las extremidades próximas a estos sitios.
- Realizar diariamente, estricto control de líquidos.
- Muchos derechohabientes o usuarios que tienen lesiones por inhalación, no muestran signos ni síntomas en un primer momento, un edema significativo de la vía aérea superior puede no manifestarse durante varias horas después de la lesión. El derechohabiente o usuario puede mostrar pocos síntomas precoces de un compromiso progresivo de la vía aérea, por lo que se debe preparar para una intubación endotráqueal profiláctica en cualquier derechohabiente o usuario que muestra una mecánica respiratoria cuestionable.
- Las quemaduras circulares en el tórax pueden comprometer la expansión del mismo a causa de la formación de escaras.
- La oximetría del pulso evalúa la saturación de la hemoglobina, no diferencia entre la hemoglobina saturada con monóxido de carbono y la hemoglobina saturada con oxígeno. Una lectura alta de saturación de oxígeno puede no indicar una oxigenación adecuada.
- La fórmula de Parkland es una guía para la reanimación con líquidos. La reposición de líquidos debe ser suficiente para mantener una diuresis de 50 ml/hora en adultos, 1 ml/kg/hora en niños que pesan menos de 30 kg, y 0,5 ml/kg/hora hasta la adolescencia.
- Como resultado de los efectos implosivos y explosivos del rayo, la víctima puede ser lanzada lejos y por tanto, se han de sospechar lesiones traumáticas cerradas potencialmente mortales.
- Debe realizarse reanimación activa en los derechohabiente o usuarios que están en paro cardiorespiratorio causado por lesiones eléctricas o por rayos.
- Las lesiones pueden ser inocuas porque es difícil de evaluar el daño.
- La extensión de la lesión tisular puede ser engañosa. Puede producirse necrosis extensa, pérdida de líquidos y toxicidad sistémica durante las primeras 24 ó 36 horas que sigue a la lesión.
- Las quemaduras de manos, ojos, cara, periné o articulación, requieren de tratamiento especial, disponible en un centro para quemados.

4.31 Cuidados al Niño con Aparato de Yeso.

Concepto:

- Es una técnica para la fijación o inmovilización de una articulación o segmento del cuerpo mediante la aplicación de un aparato de yeso tipo sulfato calcio o yeso convencional.
- El tipo de inmovilización se elige de acuerdo a la patología que presente el niño se describirán brevemente algunas de ellas:
 - Contusión. Es una lesión de los tejidos blandos producida por una fuerza (golpe, patada o caída), que puede provocar equimosis o hematoma por la rotura de varios vasos pequeños.

- Tratamiento. Consiste en elevar la zona afectada y aplicar frío en forma húmeda o seca durante las primeras 8 ó 10 horas. Se aplica un vendaje elástico de la región afectada.
- Esquince. Es una lesión de los ligamentos que rodean una articulación por un tirón o desplazamiento momentáneo de la articulación. Puede haber rotura de vasos sanguíneos y edema por el volumen acumulado de sangre en los tejidos.
- Tratamiento. Se aplican compresas frías, descanso y apoyo con una férula temporal o vendaje elástico compresivo.
- Luxación. Es un trastorno en que las caras articulares de los huesos que forman la articulación, dejan de estar en contacto anatómico. Pueden ser congénitas, espontáneas o traumáticas.
- Tratamiento. Consiste en la reducción de la luxación e inmovilización de la zona con férulas o vendajes por 4 semanas.
- Fractura. Es la pérdida de continuidad de un hueso. Se pueden clasificar en:
 - Incompletas. Cuando sucede sólo una línea o fisura en el hueso, o completas cuando el hueso se rompe en todo su espesor.
 - Simples o cerradas. Cuando la superficie fracturada no está en contacto con el aire y la piel está cerrada o intacta; y expuestas o abiertas cuando existe una herida por donde las bacterias y el aire pueden entrar.
- Los diferentes tipos de aparatos de yeso son:
 - Férulas.
 - Bota corta (de la rodilla hacia el pie).
 - Bota larga (del tercio superior de muslo hacia el pie).
 - Pelvi-podálico (de la pelvis al pie).
 - Callot, que puede ser medio, tres cuartos y completo, este último comprende del abdomen hacia los pies, uniendo ambos miembros con un travesaño.
 - Minerva, que tiene dos variables, de las axilas a maxilar y del tórax a la cabeza, dejando descubierta la cara.

Objetivo:

Inmovilizar alguna parte del cuerpo en el tratamiento de algunos tipos de fracturas, luxaciones, trastornos articulares y deformaciones esqueléticas.

Principio:

La inmovilización de un segmento afectado permite la alineación y consolidación.

Material y Equipo:

- Cuchillos.
- Cizalla para hueso.
- Sierra Stryker.
- Vendas de yeso de diferentes medidas.
- Lebrillo.
- Guantes.
- Vaselina.
- Guata.

- Venda elástica.
- Recipiente con agua tibia.

Técnica:

- Prepara el equipo y lo lleva a la unidad del derechohabiente o usuario.
- Desviste cuidadosamente al niño durante la admisión, eliminando primero la ropa de la extremidad no afectada y posteriormente la afectada, procurando no mover esta última.
- Verifica en las órdenes médicas, si hay que administrar algún medicamento para el dolor antes que el médico aplique el yeso.
- Explica al niño la maniobra de aplicación del yeso antes de iniciar el procedimiento.
- Asiste al médico durante el procedimiento de la aplicación del yeso.
- Ayuda al médico que va aplicar el yeso a sostener la extremidad en la alineación deseada.
- Observa las áreas de presión, cuando el derechohabiente o usuario tiene el aparato de yeso, verifica el estado de la piel de los pies, su color, la actividad sensorial y temperatura, así como cualquier otra manifestación de molestia e informa al médico inmediatamente de cualquier cambio.
- Verifica cada hora durante las primeras 24 horas, los dedos de la extremidad enyesada para descubrir signos tempranos de trastornos circulatorios por mala colocación del yeso y en caso de existir, avisa de inmediato al médico.
- Señala con una flecha, el sitio en donde existe filtración de sangre a través del yeso, con objeto de evaluar escapes futuros.
- Verifica en el yeso alguna zona con temperatura más alta de lo normal, que pueda indicar la existencia de alguna infección.
- Revisa el enyesado cada cuatro horas durante las primeras 24 horas o con más frecuencia, según indicaciones médicas.
- Facilita el retorno venoso de la extremidad enyesada colocándola a una altura superior que el resto del cuerpo, una vez que el yeso está seco.
- Coloca material protector impermeable sobre el yeso de lactantes y niños que no tengan control de esfínteres.
- Cambia la posición del enfermo con frecuencia, para evitar la formación de zonas de presión sobre prominencias óseas.
- Vigila la protección de la piel e higiene del derechohabiente o usuario.
- Proporciona terapia ocupacional.
- Inmoviliza al lactante o niño de corta edad al quitar el yeso, sosteniendo la extremidad afectada sobre almohadas después de quitarlo.
- Lava cuidadosamente con agua y jabón esta zona, quitando con cuidado los exudados y secreciones existentes.

Medidas de Control y Seguridad:

- Lávese las manos, antes y después de atender al derechohabiente o usuario enyesado.
- Revise que no existan áreas dentro del enyesado con excoriaciones o material extraño.
- En caso de herida o incisión bajo el enyesado, cubra con apósitos usando una técnica estéril antes de aplicar el yeso.
- No use talco o aceites para la piel debajo del yeso.
- Elimine los restos y fragmentos de yeso y proporcione masaje a la piel.
- Protege el enyesado de orina y heces fecales.

- No aplique cobertores sobre la extremidad inmovilizada hasta que seque el yeso.
- Observe al derechohabiente o usuario para descubrir signos y síntomas de zona de presión y trastornos de la piel; el dolor es el indicador principal así como los cambios de temperatura en el mismo yeso.
- Vigile la aparición de olor fétido debajo del yeso que puede indicar la presencia de una infección.
- Avise al médico cuando exista mala circulación o excoriación de la piel, así como cualquier otra manifestación de molestia e informe al médico inmediatamente de cualquier cambio.
- Evite que el yeso se deforme, esto favorece la formación de úlcera por presión.
- Prevenga la presión sobre nervios y las zonas debajo del yeso.
- Oriente a la familia respecto a los cuidados del derechohabiente o usuario con férula o enyesado, mientras se encuentra en el hospital y cuando sea dado de alta.

4.32 Colocación de Vendajes.

Concepto:

Es la técnica por medio de la cual se cubre una parte del cuerpo con una venda con fines terapéuticos y preventivos.

Objetivo:

Limitar los movimientos de las extremidades o articulaciones dañadas, para corregir deformidades, disminuir edema o inflamación e inmovilizar extremidades o articulaciones.

Principio:

Un vendaje aplicado en forma firme, evita que la extremidad se mueva cuando el derechohabiente o usuario cambie de posición.

Material y Equipo:

- Vendas de diversos tamaños.
- Tela adhesiva.
- Guata.

Técnica:

- Se coloca frente al derechohabiente o usuario a quien se le aplicará el vendaje.
- Cubre con apósito o guata los pliegues naturales del cuerpo.
- Aplica el vendaje sosteniendo el rollo de venda con la mano derecha y el extremo con que lo inicia, con la mano izquierda.
- Aplica el vendaje de la parte distal a la proximal, y de izquierda a derecha.

Medidas de Control y Seguridad:

- Las medidas de antisepsia deben tenerse en cuenta en la aplicación de todo vendaje.
- Coloque en posición adecuada la región o miembro que se va a vendar.
- Procure que la zona que se va a vendar esté en completa relajación muscular.
- Observe que la región por vendar se encuentre limpia y seca.

- El vendaje no debe quedar flojo ni apretado, sino con la tensión adecuada.
- Use vendas de tamaño adecuado a la región por vendar.
- Evite vueltas innecesarias.

4.33 Vigilancia del Estado Neuro Vascular Distal.

Concepto:

Son las acciones que se realizan para vigilar el funcionamiento neurovascular del derechohabiente o usuario que ha sido sometido a tratamiento ortopédico.

Objetivo:

Prevenir las lesiones neurovasculares y la consecuente pérdida de la funcionalidad parcial o total de la extremidad afectada.

Material y Equipo:

- Reloj con segundero.
- Abatelenguas.
- Hisopo.

Técnica:

- Aprecia el color de la punta digital y lecho ungueal, debiendo presentarse coloración rosada.
- Presiona con el dedo índice y pulgar la punta del dedo y uña para causar vaciamiento. Esto presenta coloración blanca.
- Suelta la presión y observa la velocidad del retorno de color rosado, lo cual debe ser inmediato y no mayor de dos segundos.
- Solicita al derechohabiente o usuario que movilice sus dedos. En lactantes, movílicelos lentamente observando si hay dolor o flacidez.
- Realiza las anotaciones de enfermería correspondientes.

Medidas de Control y Seguridad:

- Conserve la alineación anatómica de la extremidad afectada.
- Movilice al niño suavemente pero con firmeza.
- Informe oportunamente al observar datos de alarma como:
 - Compromiso vascular, cuando se presentan ausencia o retardo en el llenado capilar, cianosis o coloración violácea en dedos y lecho ungueal.
 - Compromiso neurológico, cuando se detecta sensación de hormigueo, calambres o piquetes en la zona afectada.

4.34 Egreso del Derechohabiente o Usuario.

Concepto:

Son las acciones que se realizan para dar de alta, formalmente al derechohabiente o usuario de la unidad hospitalaria.

Objetivos:

- Reintegrar al niño a su medio familiar, satisfecho por la atención médica y la orientación otorgadas tanto a él como a sus familiares.
- Informar a los familiares sobre los trámites administrativos a realizar para el egreso del derechohabiente o usuario.

Principio:

El trato amable, cortés y humano al derechohabiente o usuario ratifica el prestigio y la confianza de la familia y la comunidad en la institución.

Técnica:

- Inicia los trámites del egreso cuando el médico tratante lo notifique al servicio de enfermería y firma las formas correspondientes.
- Orienta al derechohabiente o usuario y a su familiar sobre los trámites administrativos a realizar para el egreso.
- Orienta al derechohabiente o usuario y a su familiar sobre los cuidados específicos que debe continuar en su domicilio.
- Traslada al derechohabiente o usuario, si está incapacitado para hacerlo, llevándolo en camilla o silla de ruedas y en brazos si es lactante.
- Anota el egreso en la Hoja de Censo Diario y en la Libreta de Ingresos y Egresos.
- En caso de fuga, notifica de inmediato a las autoridades responsables del servicio; realiza las anotaciones de enfermería sobre las condiciones del estado de salud del derechohabiente o usuario, así como la fecha y hora de la fuga.
- Entrega al derechohabiente o usuario y el expediente clínico simultáneamente a su egreso en el área correspondiente (Admisión).

Medidas de Control y Seguridad:

- Clasificación de los egresos:
 - Mejoría.
 - Curación.
 - Voluntaria.
 - Incurabilidad.
 - Traslado.
 - Defunción.
 - Fuga.
- Verificar la identidad de la persona a la que se entrega al niño y recaba la firma de recibido.
- Verificar que se entreguen todas las pertenencias del derechohabiente o usuario.

4.35 Atención de Enfermería al Derechohabiente o Usuario en Estado Terminal.**Concepto:**

Son los cuidados que se proporcionan al niño que presenta una decadencia progresiva de las funciones vitales y que le conducirán a la muerte relativamente en breve tiempo.

Objetivo:

Mejorar el bienestar del derechohabiente o usuario y la familia, hasta que llegue la muerte.

Principio:

La muerte es una ruptura total de la propia existencia.

Equipo y Material:

Según los procedimientos indicados por el médico y la evaluación que realiza el personal de enfermería.

Técnica:

- Valora el dolor, pidiéndole al derechohabiente o usuario que lo describa detalladamente, usando las siguientes preguntas:
 - ¿Cómo es el dolor?
 - ¿Dónde se localiza?
 - ¿Qué lo desencadena?
 - ¿Qué lo empeora?
 - ¿Le duele siempre?, si no es así ¿cuánto tiempo le dura? ¿Hay algo que lo alivie? Si es así ¿qué lo alivia?
 - ¿En qué medida el dolor limita sus actividades, su sueño o apetito?
 - ¿Obtiene alivio de su medicación para el dolor?
 - ¿Cómo contempla el dolor? (Algunos derechohabiente o usuarios lo ven como una desafortunada circunstancia, mientras para otros es un recordatorio constante de su enfermedad e incluso un castigo).
 - ¿Se despierta por la noche o por la mañana con dolor?
- Busca, mientras habla con el derechohabiente o usuario, indicios físicos y emocionales como:
 - Cambios en la expresión facial, postura o estado de ánimo. No olvide que cada derechohabiente o usuario afronta el dolor de distinta forma.
- Averigüe como afronta el dolor el niño.
- Recurre a la distracción o a la medicación.
- Proporciona el medicamento que está indicado.
- Pregunta sobre el tipo y la dosis de medicación que recibe y si es eficaz.
- Está la familia preocupada por la dosificación.
- Valora cómo es que la enfermedad afecta el estado nutricional del niño, realizando estas preguntas:
 - ¿Puede seguir comiendo sus alimentos favoritos?, sí no es así averigüe ¿por qué?
 - ¿Tiene la boca seca o presenta dificultad para deglutir?
 - ¿Tiene poco apetito?
 - ¿Siente náuseas?
- Trabaja conjuntamente con los familiares, para desarrollar y llevar a la práctica un plan nutricional adecuado.
- Solicita a la nutrióloga una dieta nutritiva. Es importante que el niño disfrute con la comida y se beneficie a largo plazo de una dieta.
- Valora la posibilidad de dieta a complacencia.
- Valora si existe la falta de sueño que puede ser la causa de la pérdida de apetito, ansiedad, confusión y náuseas y otros síntomas físicos que tienen a perpetuar el insomnio.

- Minimiza las interrupciones del sueño programando, los cuidados de enfermería y respeta los hábitos del enfermo.
- Asegura la prioridad del sueño del niño, a menos que el tratamiento del dolor obligue a que se le despierte.
- Intenta crear las condiciones de sueño que son idóneas para el niño. Pregúntele por sus rituales a la hora de acostarse, como pueden ser leer o practicar actividades espirituales.
- Sugiere al niño que escuche música instrumental o de relajación para favorecer la somnolencia.
- Insiste al niño que realice una actividad tranquila, si es que se despierta en la madrugada, hasta que se canse; en vez de permanecer acostado y despierto, preocupándose en su incapacidad para dormir.
- Fomenta el desarrollo del hábito de la siesta durante el día como alternativa al insomnio cuando del niño no puede dormir en las noches, con la finalidad de que obtenga el descanso adecuado.
- Evalúa los hábitos de eliminación del derechohabiente o usuario.
- Verifica si realiza evacuaciones intestinales regulares o está estreñido con frecuencia.
- Valora si lleva sondas internas o externas, si se le han practicado estomas y evalúa el manejo de estos dispositivos.
- Refuerza cualquier educación sanitaria impartida al derechohabiente o usuario y su familia.
- Permanece alerta a posibles signos de solución de continuidad de la piel, por ejemplo escaras.
- Valora la reducción de la movilidad y los procesos sistémicos.
- Educa a la familia sobre cómo cambiar de posición al niño, ayudarle a deambular, curar sus heridas y úlceras abiertas, cuando las hay.
- Enseña al familiar que el contacto es una maravillosa forma no verbal de confortar al niño y de hacerle saber que está con él.
- Muestra una actitud de tranquilidad, confianza, optimismo y discreción.
- Comprende el proceso de duelo del niño y del familiar.
- Mantiene una comunicación abierta y sincera.
- Proporciona apoyo emocional.
- Permite que el niño y su familia expresen libremente sus sentimientos.
- Tranquiliza a la familia, en el sentido de que las reacciones de duelo son normales.
- Acepta las distintas respuestas individuales al duelo, así como las diferencias en la duración del mismo.
- Refuerza la independencia de los miembros de la familia, después:
 - Anima a los supervivientes a establecer nuevas relaciones.
 - Reconoce los procesos del duelo y notifica al equipo interdisciplinario.
 - Reconoce que es un catalizador y compañero del médico y la familia.

Medidas de Control y Seguridad:

- Lavarse las manos.
- Evitar accidentes al niño.
- Evitar ruidos innecesarios.

- Evitar manifestaciones de incompreensión al derechohabiente o usuario o familiar.
- Evitar comentarios acerca del estado del niño.
- Recuerde que la depresión, las enfermedades y el tratamiento pueden influir negativamente en la nutrición.
- Después de la muerte del derechohabiente o usuario no se sorprenda si nota que necesita cierto apoyo emocional, ya que los cuidados son física y emocionalmente agotadores.

5. ANEXOS

5.1 Glosario de Términos.

Absorción: Propiedad de los tejidos orgánicos por lo que sustancias exteriores penetran en ellos, experimentado unas y otras, modificaciones más o menos esenciales.

Edema: Inflamación de una parte del cuerpo causada por la retención de líquidos en esa región.

Tráquea: Tráquea, es aquella zona de las vías respiratorias situada entre la laringe por arriba y los bronquios por abajo.

Oxígeno: Es el elemento químico más común que existe en el aire atmosférico en forma libre, a una proporción del 21%.

Transporte: Es el desplazamiento del enfermo desde el centro emisor al receptor.

Hipoxemia: Disminución de la concentración de oxígeno en la sangre.

Aminas: Medicamentos con efectos inotrópicos que ayudan a mejorar la perfusión cardíaca y renal. Según la dosis es el efecto que se obtiene.

EKG: Electrocardiograma.

FV: Fibrilación ventricular.

PCR: Parada cardiorrespiratoria.

RPC: Reanimación cardio cerebro pulmonar.

TV: Taquicardia ventricular.

TVSP: Taquicardia ventricular sin pulso.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Añorve-López R.
Procedimientos Básicos de Enfermería.
4a. edición. México: Editorial Prado, 2006.
- Kidd P, Sturt P.
Manual de Urgencias en Enfermería.
2a. edición. Barcelona: Editorial Harcourt Océano, 2000.
- Nordmark MT, Rohweder AW.
Bases Científicas de la Enfermería.
2a. edición. México: Editorial Manual Moderno, 2001.
- Proehl, JA.
Procedimientos en Enfermería de Urgencias.
3a. edición. España: Editorial Elsevier España, 2005.
- Rosales-Barrera F, Reyes-Gómez E.
Fundamentos de Enfermería.
3a. edición. México: Editorial Manual Moderno, 2005.

TRANSITORIOS

PRIMERO. Publíquese el presente aviso por el cual se dan a conocer las Técnicas de Enfermería en Pediatría.

SEGUNDO Las Técnicas de Enfermería en Pediatría entrarán en vigor al día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

México, Distrito Federal, a 13 de agosto de 2015.

(Firma)

DR. JOSÉ ARMANDO AHUED ORTEGA
SECRETARIO DE SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

DR. JOSÉ ARMANDO AHUED ORTEGA, Secretario de Salud, con fundamento en el artículo 29 fracción XIX, 16 fracción IV de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, 24 fracción XX de la Ley de Salud del Distrito Federal, 11 de la Ley de Procedimiento Administrativo del Distrito Federal, 26 fracciones V y VIII y 67 fracciones VI, XIV y XXI del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal emito el siguiente:

AVISO POR EL CUAL SE DAN A CONOCER LAS TÉCNICAS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. MARCO JURÍDICO DE ACTUACIÓN

3. OBJETIVO DEL DOCUMENTO

4. TÉCNICAS DE ENFERMERÍA

4.1 Toma de Signos Vitales.

4.2 Aspiración de Secreciones.

4.3 Lavado Gástrico.

4.4 Cateterismo Vesical.

4.5 Enema Evacuante.

4.6 Oxigenoterapia

4.7 Curaciones.

4.8 Administración de Medicamentos.

4.9 Asistencia al Derechohabiente o Usuario con Paro Cardio Respiratorio.

4.10 Asistencia en la Cardioversión.

4.11 Asistencia en la Desfibrilación.

4.12 Colocación de Catéter Venoso Central por Venodisección.

4.13 Cateterismo Venoso Periférico por Punción.