



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN EL
AREA PEDIATRICA DEL HOSPITAL GENERAL
"DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ"
ISSSTE**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
MARTINEZ MARTINEZ, MARIA LUISA



DIRECTOR DE TRABAJO: LIC. ENF. TERESA C. QUEZADA GUDIÑO

MEXICO, D. F.

JUNIO DEL 2000

2833333



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION

La pediatría se diferencia de la mayoría de las especialidades en que no está orientada hacia un sistema de órganos, sino más bien hacia el cuidado amplio y continuo de la población infantil. La mayoría de los profesionales que sirve en el campo de la pediatría lo hacen a causa de que les gustan los niños y les place trabajar con ellos y sus padres, para ayudarles a alcanzar un potencial máximo como individuo y como familia.

En cualquier nivel de asistencia los profesionales de Enfermería que trabajan con niños deben ser capaces de identificarse en forma adecuada con sus diferentes roles, en cada momento de su existencia y con grados de compromiso con el problema del niño y, cada uno debe determinar si su experiencia y otros recursos al alcance son adecuados para tratar una determinada situación; estar preparados para buscar ayuda cuando el conocimiento no sea el suficiente.

Las diversas actividades que realiza el personal de Enfermería son muy importantes, ya que el objetivo que se persigue es el de brindar una mejor atención al niño hospitalizado.

Desde un punto de vista teórico, los procedimientos juegan un papel importante en la práctica profesional de enfermería, pues cuanto más precisos y oportunos sean, mayor será el beneficio para el niño ya que cada uno de ellos lleva el fin específico de coadyuvar a la recuperación de la salud del niño.

El personal de Enfermería como parte del equipo de trabajo en la atención del niño tiene el deber de coordinar su habilidad psicomotriz, sus conocimientos teóricos y sus valores éticos y humanísticos.

El manual que a continuación se desarrolla está integrado con las técnicas y procedimientos de Enfermería que con mayor frecuencia se realizan en el servicio de Pediatría del Hospital General "Dr. Fernando Quiróz Gutiérrez" los cuales fueron identificados a través de la observación directa dentro del área consultándose además con el personal operativo con el fin de analizar y adecuar los procedimientos más comúnmente realizados.

Este es un documento que se compone de una introducción y cinco capítulos de los cuales se desarrollan cada uno de los siguientes puntos.

Metodología, generalidades del hospital, técnicas y procedimientos de Enfermería en el área Pediátrica de dicha hospital así como los anexos.

CONTENIDO

TEMA	PÁGINA
INTRODUCCIÓN.	
CAPITULO I METODOLOGÍA.....	1
1.1 Descripción de los manuales.....	1
1.2 Justificación.....	2
1.3 Objetivos	4
1.4 Estrategias de realización.....	4
1.5 Requerimientos del manual	4
CAPITULO II GENERALIDADES DEL HOSPITAL GENERAL.....	5
“DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ”	
2.1 Antecedentes históricos.....	5
2.2 Filosofía del hospital.....	5
2.3 Objetivos del hospital.....	5
2.4 Políticas del hospital.....	5
2.5 Directorio.....	6
2.6 Departamento de enfermería.....	6
a) Políticas	
b) Filosofía	
c) Organigrama	
2.7 Bases legales.....	7

CAPITULO III LA UNIDAD PEDIATRICA DEL HOSPITAL GENERAL..... 10

"DR. FERNANDO QUIRÓZ GUTIERREZ"

3.1 Normas del servicio.....	10
3.2 Directorio del servicio.....	10
3.3 Croquis del servicio.....	10
3.4 Recursos físicos.....	10
3.5 Comunicación interdepartamental.....	10
3.6 Organización y funcionamiento.....	11

CAPITULO IV PROCEDIMIENTOS MÁS COMUNES EN EL

SERVICIO DE PEDIATRÍA..... 13

4.1 Preparación de la unidad.....	13
4.2 Arreglo de la cama o cuna.....	16
4.3 Admisión del niño.....	18
a)Tramites administrativos	
b)Acciones de enfermería durante el ingreso del paciente	
c)Preparación física y emocional	
d)Orientación a la familia	
4.4 Documentación.....	24
a)Integración del expediente	
b)Hojas de enfermería	
c)Hojas de control de líquidos	

d)Hojas de gráficas de temperaturas	
4.5 Técnica para toma de signos vitales en niños.....	27
a)Temperatura (rectal y/o auxiliar)	
b)Pulso o frecuencia cardiaca	
c)Frecuencia respiratoria	
d)Tensión arterial	
4.6 Técnica para la toma de somatometría.....	37
a)Peso y talla en lactantes	
b)Peso y talla en niños mayores	
4.7 Técnicas de alimentación.....	40
a)Alimentación con sonda	
b)Alimentación con jeringa	
c)Alimentación al seno materno	
d)Ablactación y destete	
e)Dietas	
4.8 Técnicas para la conservación de los hábitos higiénicos.....	51
a)Baño	
De regadera	
De esponja	
De arteza	
De inmersión	
b)Aseo de cavidades	
Lavado de manos	
Cambio de pañal	

Corte de uñas

4.9 Algunas técnicas utilizadas en la administración y ministración de medicamentos.....	71
a)Conceptos básicos y simbología	
b)Dosificación y diluciones	
c)Conversiones básicas	
d)Vías de Administración	
e)Reglas generales y precauciones en la administración y ministración de medicamentos	
g)Técnica de aplicación de insulina	
4.10 Técnicas para la hidratación.....	88
a)Oral	
b)Venoclisis	
c)Venodisección	
4.11 Técnicas para evitar la contaminación en la eliminación.....	94
a)Colocación del cómodo	
b)Colocación del orinal	
c)Enema evacuante	
4.12 Preparación del paciente para algunos estudios de gabinete y cuidados específicos.....	99
a)Rayos x	
b)Electroencefalograma	
c)Tomografía axial computarizada	
d)Colecistografía oral	

e)Urografía excretora	
4.13 Técnicas de restricción de movimientos.....	101
a)Chaleco	
b)Sujetador	
c)Brazaletes	
d)Inmovilización tipo momia	
e)Avión	
4.14 Posiciones.....	104
4.15 Prevención de escaras.....	106
4.16 Técnicas o procedimientos que en algunos casos pudieran utilizarse en niños con padecimientos respiratorios.....	107
a)Oxigenoterapia	
b)Catéter nasal	
c)Campana cefálica	
d)Oxígeno por mascarilla	
e)Micronebulizador	
f)Aspiración de secreciones	
g)Drenaje postural	
h)Palmopercusión y vibración	
j)Aspiración de secreciones de traqueostomía	
4.17 Técnicas o procedimientos que en algunos casos pueden utilizarse en niños con padecimientos del sistema urinario o renal.....	117
a)Instalación de sonda vesical	

b)Toma de E.G.O y urocultivo	
c)Cuidado al catéter de diálisis peritoneal	
4.18 Procedimiento de enfermería en niños con padecimientos infectotransmisibles.....	125
Conceptos básicos de infectología	
Técnicas de aislamiento	
Cuidados específicos	
4.19 Procedimientos de enfermería en el manejo de quimioterapia	
a)Cuidados específicos.....	131
4.20 Procedimientos de enfermería que en algunos casos se pueden utilizar en niños con padecimientos musculoesqueleticos.....	132
a)Vendajes	
b)Cuidados al aparato de yeso	
c)Tracciones	
4.21 Atención de enfermería al paciente agónico y terminal.....	139
4.22 Cuidados post –mortum.....	146
4.23 Conclusiones y sugerencias.....	149
CAPITULO V	151
5.1 ANEXO.....	151
5.2 GLOSARIO.....	152
5.3 BIBLIOGRAFÍA.....	153

CAPITULO I

METODOLOGÍA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL MANUAL

Un manual es la concentración sistematizada de los elementos administrativos con un fin; se presenta en folletos o en un libro de fácil manejo.¹

Un manual es un instrumento de trabajo que proporciona en forma ordenada y sistemáticamente información necesaria para el desarrollo de tareas administrativas con el fin de unificar conductas o procedimientos; establece líneas de trabajo, introduce al puesto al personal de nuevo ingreso, informa aspectos administrativos, precisa funciones administrativas, etc.

Su función es la de orientar y uniformar la conducta de su personal.

Objetivos:

- Precisar funciones
- Unificar criterios
- Simplificar el trabajo
- Permitir el mejor aprovechamiento de recursos
- Facilitar la adaptación del personal de nuevo ingreso
- Obrar como medio de comunicación

Para la elaboración de un manual es conveniente recurrir a documentos legales, a personal operativo y directivo; además de observación directa en el trabajo. La información debe ser uniforme y utilizar la terminología correcta.

Elaboración:

Para su elaboración se integro una comisión con directivos, personal de nivel operativo y especializado en el área que se trate.

Distribución:

Deben ser entregados en forma gratuita y en sesiones de instrucción y aclaración de dudas.

Clasificación:

Por su área de aplicación se clasifican en:

- Micro administrativos
- Macro administrativos

¹ Mº DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA P. 154

Por su contenido:

- De organización
- De procedimientos
- Múltiples

De todas las anteriores la información se enfoca al manual de procedimientos que es el que se desarrollara mas adelante.

Se cuidara que los manuales sean elaborados en hojas fáciles de manejar, cuando sea necesario hacer correcciones a fin de que su duración sea por el mayor tiempo posible, lo que indica su permanencia.

Deben ser revisados y actualizados en forma periódica.

Los MANUALES DE PROCEDIMIENTO contienen la secuencia cronológica de las operaciones de un determinado trabajo, para su elaboración es necesario determinar los siguientes aspectos:

- a) Datos generales
- b) Contenidos
- c) Introducción
- d) Procedimientos
 - *Objetivo del procedimiento
 - *Áreas de aplicación
 - *Descripción (por pasos y normativa)
 - *Graficas
- e) Bibliografías

Los manuales más importantes son los de organización y los de procedimiento.

Los primeros señalan las actividades, dependencia y subordinados de una posición jerárquica, describiendo responsabilidades, autoridad y actividades que realiza la persona en un puesto dado. Además información sobre la estructura administrativa de los recursos humanos del sistema.

Los manuales de procedimientos establecen en forma secuencial la manera de realizar una actividad. Algunos autores consideran a los manuales parte de la fase de organización, otros, los ilustran a través de diagramas de afluencia o flujogramas.

1.2 JUSTIFICACION

La necesidad de instruir de manera especial a las enfermeras encargadas del cuidado de los niños ha sido paralela al desarrollo de unidades pediátricas dentro de los hospitales. Aunque en ocasiones se dan cursos suplementarios para enfermeras tituladas, no es suficiente, sino que se

deben tomar en cuenta el interés de la enfermera hacia el bienestar del niño y su familia.

La elaboración del presente trabajo se ha hecho con el fin de contribuir a la rápida recuperación del niño así como colaborar para unificar las técnicas y procedimientos y de esta forma brindar una atención de mayor calidad.

Además se pretende a través de él actualizar en medida los acontecimientos del personal que labora en el área pediátrica y de la misma manera disminuir tiempos empleados en cada uno de los procedimientos y poder emplear este tiempo en la atención minuciosa del niño, brindando apoyo emocional tanto al niño como a la familia.

De la misma manera ayudar al personal de nuevo ingreso a que lleve a cabo de la mejor manera posible cada una de las acciones que coadyuven al bienestar físico del niño, por todo lo anterior se reunió de manera minuciosa la información necesaria para la elaboración del mismo, pretendiendo cumplir con los objetivos trazados para beneficio y seguridad del niño hospitalizado, no olvidando que los procedimientos de enfermería son solo una pequeña parte del cuidado integral del niño.

1.3 OBJETIVOS

a)OBJETIVO GENERAL

Proporcionar al personal de Enfermería un instrumento de trabajo con información actualizada para unificar criterios de atención en cuanto a procedimientos se refiere, en beneficio de la salud integral del niño.

b)OBJETIVOS ESPECIFICOS

Proporcionar al personal de Enfermería de nuevo ingreso un medio de apoyo que oriente sus actividades.

Favorecer la aclaración de dudas en cuanto a procedimientos en un instrumento de fácil consulta.

1.4 ESTRATEGIAS DE REALIZACION

Para la realización del Manual de Procedimientos de Enfermería en el área pediátrica; se parte del análisis y observación de los manuales existentes en el Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez", así como de una observación continua dentro del área pediátrica de dicha institución, dándose a conocer al personal de Enfermería que labora en el área, la inquietud de realizar el manual, solicitando asimismo su apoyo en cuanto a sugerencias de procedimientos considerados que se debían incluir en dicho trabajo.

En una segunda etapa se inicia la investigación bibliográfica de procedimientos de enfermería que más se utilizan en la actualidad en la atención del niño.

La investigación bibliográfica se ha ido realizando en un horario de 9:00 a 15:00 horas de lunes a viernes.

1.5 REQUERIMIENTOS DEL MANUAL

Para la realización del presente Manual de Procedimientos de Enfermería en el área pediátrica se requirió de los siguientes recursos:

- Humanos
- Financieros
- Materiales

Estos recursos han quedado en su totalidad a cargo de la alumna encargada de llevar a cabo la realización del trabajo.

CAPITULO II

GENERALIDADES DEL HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ" ISSTE

2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

El hospital general " Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez"; debe su nombre al Catedrático titular por oposición de la Cátedra de Anatomía Humana de la Facultad de Medicina y autor de libros Anatomía y Fisiología.

Este hospital fue construido en el año 1964, siendo propiedad del Departamento del Distrito Federal del Hospital de Urgencias medico – traumáticas.

En el año 1966 es adquirido por el ISSTE, posteriormente a una serie de remodelaciones, se reinaugura el 16 de noviembre de 1968, siendo presidente de la Republica el Licenciado Gustavo Díaz Ordaz y como Director General el Lic. Rómulo Sánchez Mireles.

Es un hospital de estructura horizontal dependiente del Instituto de Seguridad y Servicios sociales de los Trabajadores del Estado.

Se encuentra ubicado en las calles de Felipe Ángeles y Canario s/n, en la colonia Bellavista de la delegación Álvaro Obregón.

Es un hospital de segundo nivel que atiende a una población cerrada.

2.2 FILOSOFIA DE LA INSTITUCIÓN

Mejorar continuamente la calidad de los servicios a fin de satisfacer las necesidades de sus derechohabientes.

2.3 OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN

Proporcionar a la población derechohabiente atención medica integral en el ámbito de prevención, curación rehabilitación al individuo, familia y comunidad.

2.4 POLITICAS DE LA INSTITUCIÓN

- Hacer uso racional de los recursos humanos, físicos y materiales.
- Promover el desarrollo profesional del personal de Enfermería.
- Fomentar el trabajo en equipo.
- Favorecer las relaciones humanas con el equipo multidisciplinario.
- Proporcionar capacitación continua a los empleados.

2.5 DIRECTORIO DEL HOSPITAL

Dra. M^a de Lourdes Scheffler Hudlet.
Directora Medica

Dr. Jaime Humberto Micher Camarena.
Subdirector Medico

Lic. Alejandrina Waldo Martínez
Subdirectora Administrativa

Dra. M^a Eugenia Espinosa Pérez.
Coordinadora de Enseñanza e Investigación
E.A.S.E. Irma E. Torres Torres
Jefe de Enfermeras

2.6 DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

FILOSOFIA

Proporcionar atención de Enfermería profesional con alto sentido humanitario al derechohabiente y reintegrarle en optimas condiciones a su núcleo laboral, familiar y social.

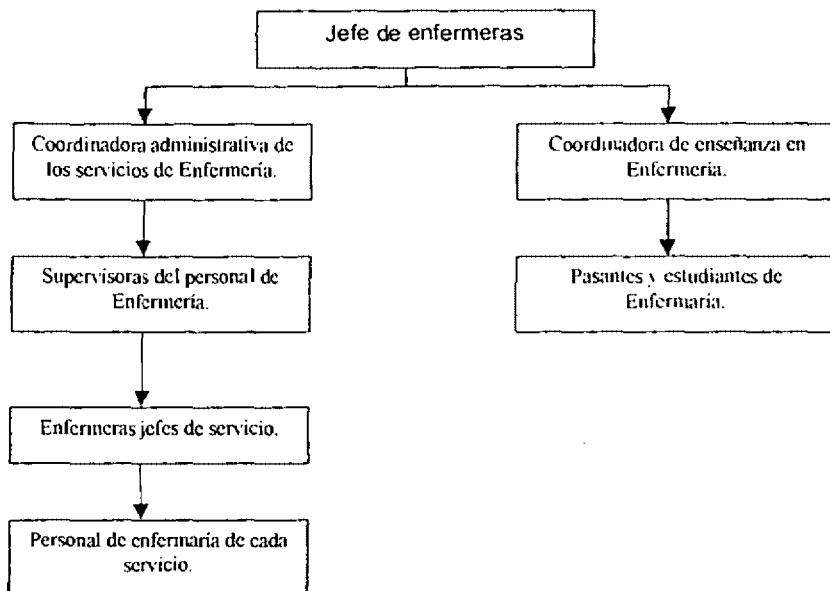
OBJETIVOS

Brindar atención de Enfermería con eficiencia y eficacia, cálida y humana las 24 horas del día, los 365 días del año al derechohabiente adscrito al Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez".

POLITICAS

Hacer uso racional de los recursos humanos, técnicos y materiales.
Impulsar el desarrollo académico y profesional del personal de Enfermería.
Fomentar el trabajo en equipo, aumentar la productividad del servicio.

ORGANIGRAMA



2.7 BASES LEGALES

En la elaboración del presente manual, se consideran los siguientes lineamientos legales.

Ley federal del trabajo

Reglamento del apartado A del artículo 123 constitucional fracción XIII.

Las empresas, cualquiera que sea su actividad; estarán obligados a proporcionar a sus trabajadores, capacitación o adiestramiento para el trabajo. La ley reglamentaria determinara los sistemas, métodos y procedimientos conforme a los cuales los patrones deberán cumplir con dicha obligación.

Reglamento del apartado B del artículo 123 constitucional fracciones I, II, III, IV al XIX.

Ley general de salud, capítulo único.

Artículo 1°- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4° de la

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de Salubridad General. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones de orden público e interés social.

Artículo 2º El derecho a la protección a la salud, tiene las siguientes finalidades;

I.- El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.

II.- La prolongación y el mejoramiento de la calidad de vida humana.

III.- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condición de salud que contribuyen al desarrollo social.

IV.- La extensión de actividades solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación y mejoramiento y restauración de la salud.

V.- ²El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente, las necesidades de la población.

VI.- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.

VII.- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud².

Ley federal de los trabajadores del Estado, reglamentario B del artículo 123 constitucional.

Diario Oficial del 23 de octubre de 1976. Título segundo: Derechos y obligaciones de los trabajadores y de los titulares.

Capítulo 5º

Son obligaciones de los trabajadores;

Fracción I.- Desempeñar sus labores con la intensidad, cuidado y esmero apropiados, sujetándose a la dirección de sus jefes y reglamentos respectivos..

Fracción II.- Observar buenas costumbres dentro del servicio.

Fracción III.- Cumplir con las obligaciones que les impongan las condiciones generales del trabajo.

Fracción IV.- Guardar reservas de los asuntos que lleguen a su conocimiento con motivo de trabajo.

Fracción V.- Evitar la ejecución de actos que pongan en peligro su seguridad y la de sus compañeros.

Fracción VI.- Asistir puntualmente a sus labores.

² Publicado en el "Diario Oficial" del 7 de febrero de 1984.

De los técnicos y auxiliares de salud.

Artículo 166.

Será necesaria la autorización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para el ejercicio de sus actividades técnicas y auxiliares que requieran conocimientos específicos en materia de Salubridad General en el campo de la Medicina, Enfermería y otros que determine el consejo de Salubridad General.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE ATENCIÓN MÉDICA

Artículo 29.

Todo el personal de salud estará obligado a proporcionar al usuario y en su casa, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondiente.

Artículo 31.

Los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas de la salud, deberán participar en el desarrollo y promoción de Programas de Educación para la Salud.

Artículo 76.

El ingreso de usuarios a los hospitales, será voluntario cuando este sea solicitado por el propio enfermo, padre o tutor y exista previa indicación al respecto por parte del médico tratante.

CAPITULO III

LA UNIDAD PEDIATRICA DEL HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ"

3.1 NORMAS DEL SERVICIO

La Enfermera Jefe de Servicio será la persona responsable de que se cumplan las normas.

El personal de Enfermería deberá presentarse puntualmente al servicio.

El personal de Enfermería deberá presentarse bien uniformado.

El personal de Enfermería guardara sus objetos personales en el lugar asignado.

3.2 DIRECTORIO DEL SERVICIO.

Dr. Omar Ávila Mariño
Coordinador de Servicio
Dra. Araceli Flores García
Encargada de la sección-Lactantes
Dr. José Gutiérrez Uriarte
Encargado Sección-Escolares
E.A.S. Araceli Mendoza Ambriz
Enf. Supervisora
E. Pediatra M^a Guadalupe Herrera Hernández
Enf. Jefe de Servicio

3.3 CROQUIS DE SERVICIO.

Ver anexos

3.4 RECURSOS FÍSICOS.

El área cuenta con el material indispensable para el desarrollo de las actividades.

3.5 COMUNICACIÓN INTERDEPARTAMENTAL

Trabajo Social.- mantiene comunicación continua con la Enfermera jefe de piso, médicos y pacientes, para conocer su estado de salud y saber si existe algún problema durante su estancia en el servicio.

Admisión.- solicita camas disponibles para los pacientes.

Dietología.- la enfermera jefe de piso a la auxiliar administrativa facilita la lista de dietas de pacientes para la alimentación de estos, así como también reporta cualquier cambio.

Camilleros.- existe coordinación con el personal de enfermería y además para el manejo de pacientes (llevarlos a estudios o trasladarlos a otra unidad.)

Laboratorio y Gabinete.- se entregan previamente las solicitudes correspondientes por el medico interno, para la toma de muestras y programación de estudios.

CEYE.- es el servicio encargado de suministrar el material estéril solicitado por el servicio, previa autorización del personal encargado de la unidad de abasto (sub. CEYE).

Jefatura de Enfermeras.- existe relación estrecha y coordinada para la organización y funcionamiento adecuado del servicio y del personal de enfermería a través de las supervisoras.

Farmacia.- es el servicio encargado de suministrar los medicamentos solicitados por el servicio, así como e informar si hay existencia.

Almacén.- mediante fechas preestablecidas, surte el pedido al servicio.

Mantenimiento.- realiza revisiones periódicas a los servicios para evaluar el funcionamiento el área física y del equipo existente y realiza las reparaciones pertinentes.

Archivo.- facilita los expedientes solicitados.

Consulta Externa.- se encarga de atender las Interconsultas de determinadas especialidades indicadas a los pacientes del servicio.

3.6 ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.

La unidad pediátrica se compone de un área física y de grupos especiales de personas dedicadas a cubrir las necesidades psicológicas, físicas y medicas de los niños.

Esta unidad en el H. General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez" se encuentra dividida en áreas de acuerdo a grupos de edad, sexo y por su padecimiento.

Las áreas que la componen son las siguientes:

Un aislado, que cuenta con una cama y dos cunas en cuartos separados.

Escolares niñas: 4 camas y una cuna.

Lactantes I.- que a su vez se subdivide en: pacientes con enfermedades respiratorias (4 cunas) y medicina interna (3 cunas).

Lactantes II.- en el cual se encuentran los niños con patologías digestivas (6 cunas).

Escolares niños.- cuenta con 4 camas y una cuna.

Cirugía.- que a su vez cuenta con 5 camas y una cuna.

Además de las áreas de hospitalización se encuentran los siguientes apartados:

Salón de médicos, séptico, residencia de médicos, baño para niños, cuarto de medicamentos, cuarto de curaciones, control de enfermería, ropería, baño de enfermeras y oficina del coordinador del área.

Este servicio trabaja las 24 horas, los 365 días del año en 3 horarios de trabajo. (matutino, vespertino y nocturno)

Se caracteriza, a diferencia de los demás servicios por poseer un entorno acogedor, dentro de un ambiente cálido, vivo, en el cual los niños tienen la oportunidad de estar cerca de otros niños de la misma edad. En ella el mobiliario se adapta al tamaño de los niños, la seguridad es una preocupación fundamental, las zonas de la unidad pediátrica son visibles desde muchos lugares estratégicos. Los enchufes se encuentran tapados cuando no se usan, los suelos están limpios y se procura que no haya nada que pueda provocar caídas. Las zonas aisladas se encuentran completamente separadas de las zonas "limpias", las ventanas están protegidas por una pantalla o permanecen cerradas.

CAPITULO IV

PROCEDIMIENTOS MAS COMÚNMENTE REALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA

4.1 PREPARACIÓN DE LA UNIDAD

En el momento en que un paciente ingresa al hospital, se debe pensar de inmediato que ocupara una determinada sección en donde permanecerá por un tiempo para la recuperación de su salud; es por esto que se considera de suma importancia que la unidad se encuentre en optimas condiciones para que el paciente, que va a permanecer en ella, no se sienta como un extraño y colabore con el tratamiento.

La unidad clínica se puede conceptualizar como un área, mobiliario y equipo necesario para el cuidado de un solo paciente.

La unida puede variar en tamaño, pudiendo ser una serie de habitaciones particulares, incluyendo, sala, dormitorio y baño, o una zona que rodea el paciente que esta en una sala general. Sea cual sea el tipo de unidad que ocupe el paciente, esta debe ser alegre, llena de colorido y atractivo, para que su estancia le resulte más agradable, cómoda y segura.

a) MOBILIARIO Y EQUIPO

Cada unidad contiene el mobiliario y equipo esencial para la atención del paciente durante su estancia en el hospital.

La mayor parte de ellos esta elaborado de madera, metal o una combinación de ambos, contando con ruedas para desplazarse con facilidad.

Los muebles mínimos indispensables son:

Cama de hospital o cuna.

Mesa o buró.

Banco de altura o escalerilla.

Cesto para basura.

Además de los elementos antes mencionados son necesarios los utensilios complementarios, tales como bandejas riñón, cómodo, jarra orinal, vaso, etc.

b) ASEO DE LA UNIDAD CLINICA

Aunque la responsabilidad de la limpieza recae en el personal de intendencia, es el personal de enfermería quien debe dirigir las actividades a realizar en la unidad del paciente. Durante el tiempo que este permanezca en el hospital, la unidad debe arreglarse en forma adecuada cada día, pero no necesariamente tiene que hacerse una limpieza completa, ya que esta se hará cuando el paciente egrese a su casa, esta mucho tiempo internado o

cuando deja de padecer una enfermedad infecciosa, en el ultimo caso es necesario antes de efectuar el aseo de la unidad, fumigarlo para desinfectarla.

c)PROCEDIMIENTOS PARA EL ASEO DE LA UNIDAD CLINICA

CONCEPTO:

Es la limpieza que se hace al equipo, mobiliario y utensilios de la unidad del paciente.³

MATERIAL Y EQUIPO NECESARIO.

- Jabón líquido.
- Bandeja o recipiente para el agua.
- 2 lienzos o compresas.
- Cesto de basura.
- Cepillo, escobillón o estropajo.
- Tánico.

PROCEDIMIENTOS

- 1.-Abrir las ventanas para ventilar la unidad (en caso de ser posible).
- 2.-Retirar los utensilios de eliminación y llevarlos al lugar correspondiente.
- 3.-Colocar los utensilios necesarios en una silla o en el buró. Retirar la ropa de la cama y depositarla en el tánico, dejar la almohada sobre el colchón.
- 4.-Humedecer un lienzo con jabón líquido y limpiar el buró o mesa y posteriormente retirar el jabón con un lienzo húmedo.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACION

La circulación del área previamente cerrada permite la dispersión de olores.

Los desechos permiten la proliferación de microbios patógenos.

Un objeto limpio se contamina al estar en contacto con una superficie sucia.

Los microorganismos son desalojados por medios físicos, químicos o mecánicos.

³ MARIA CRISTINA RAMOS. Manual de procedimientos de Enfermería p. 18

5.-Trasladar el equipo a la mesa de noche o buró protegido con una toalla desechable y limpiar la silla siguiendo los pasos mencionados para la limpieza del buró o mesa.

La reducción del número de microorganismos aumenta la seguridad del medio.

6.-Lavar la superficie expuesta del colchón, cabecera, piecera y bordes laterales con paños, escobillón o estropajo.

Algunos parásitos y gérmenes mueren mediante la acción de sustancias que combinan el medio alcalino en ácido.

7.-Movilizar el colchón a la mitad inferior de la cama y lavar la mitad superior de esto y los resortes usando escobillón o cepillo.

La proliferación de microorganismos se inhibe en un ambiente físico higiénico.

8.-Dar vuelta al colchón y colocarlo sobre la mitad superior limpia de la cama (el lado limpio del colchón queda en contacto con los resortes).

9.-Lavar la mitad inferior de la cama y los resortes o en la misma forma que en la parte superior.

La eficacia del método de desinfección depende del tipo y concentración del agente químico.

10.-Colocar el colchón a lo largo de la cama y lavar su lado superior, terminando de esta forma el aseo completo de la cama.

11.-Terminar de lavar y secar la mesa auxiliar o el interior del buró.

Los muebles, la ropa de cama, paredes, piso, etc., libres de polvo disminuyen la proliferación de gérmenes patógenos.

12.-Retirar el táxico con la ropa sucia, el cesto de la basura y el equipo trasladarlo al cuarto séptico.

Todos los materiales que están en contacto directo o indirecto con un paciente se consideran contaminados.

13.-Ordenar los muebles y utensilios. Dejar que se sequen al aire antes de hacer la cama.

La limpieza y el orden favorecen el bienestar y el reposo del paciente.

4.2 ARREGLO DE LA CAMA O CUNA

Uno de los integrantes del mobiliario que ocupa un lugar importante, es la cama clínica, por la comodidad y bienestar que ofrece al paciente durante su estancia en el hospital, de acuerdo a sus condiciones de uso y funcionamiento. Por lo tanto, la atención que se concede en la cama en cuanto a su aseo y manera de cubrirla, debe ser especial.

Las cuatro formas básicas para presentar la cama en la unidad del paciente son:

1. **CAMA CERRADA:** cuando esta se encuentra desocupada hasta antes del ingreso del paciente.

2. **CAMA ABIERTA:** cuando se prepara al paciente que esta en condiciones de deambular. Se distingue de la cama cerrada por la forma de colocar la ropa que cubre al paciente.

3. **CAMA POSTOPERATORIA:** cuando se prepara para recibir a un paciente que ha sido intervenido quirúrgicamente.

4. **CAMA CON PACIENTE:** cuando se prepara la cama mientras el paciente se encuentra en ella.

La forma de cubrir la cama, independientemente de los tipos mencionados varía, según las normas de cada institución, tipo de paciente y disponibilidad de recursos materiales.

a) TENDIDO DE LA CAMA CLINICA

CONCEPTO:

Es el procedimiento que se realiza para preparar la cama clínica en diferentes situaciones⁴

OBJETIVOS:

Ofrecer seguridad desde el punto de vista bacteriológico.

Proporcionar bienestar físico.

Facilitar la movilización del paciente.

⁴ SUSANA ROSALES BARRERA Fundamentos de Enfermería p.234.

b) MATERIAL Y EQUIPO MINIMO INDISPENSABLE PARA EL TENDIDO DE LA CAMA

- Cobertor.
- Dos sabanas standard.
- 1 sabana clínica.
- Tánico.
- Un hule en caso de no existir colchón ahulado.

c) CAMA CERRADA

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTACION, CONCEPTOS Y/O JUSTIFICACIONES
<p>1.-Integrar el equipo y colocarlo en el orden que se va a usar sobre la silla de la unidad del paciente o sobre una mesa auxiliar.</p>	<p>Un ambiente agradable y limpio favorece la adaptación del individuo a un medio ambiente extraño.</p>
<p>2.-Colocar la sabana a partir de la parte media superior del colchón y deslizarlo hacia el nivel del extremo superior de este, de 10 a 15 cm arriba del borde del colchón.</p>	<p>La integración y colocación ordenada del equipo, previa realización del procedimiento, evita o disminuye perdida de tiempo o energía.</p>
<p>3.-Fijar la sabana en la esquina extrema superior del colchón mediante una carterá, que se va a realizar de la siguiente manera.</p> <ul style="list-style-type: none">a) Introducir el extremo de la sabana por debajo de la parte superior del colchón y levantar la parte lateral de esta previa formación de un ángulo de 45°.b) Introducir el sobrante lateral de la sabana por debajo del colchón.c) Bajar la parte levantada de la sabana e introducirla por debajo del colchón.	<p>La acción de asegurar la ropa de la cama es una de tantas precauciones para evitar úlceras por presión.</p>

4.-Colocar la sabana clínica sobre el tercio medio del colchón y fijarla, introduciendo los extremos por debajo del colchón.

La utilización de auxiliares de movilización del paciente favorece el empleo mínimo de esfuerzo.

5.-Colocar la sabana superior sobre el colchón a partir del borde medio superior y sobre esta ya 15 a 25 cm hacia abajo, el cobertor.

6.-Doblar sobre el borde superior del cobertor el extremo correspondiente de la sabana; este dobles se llama "cortesía".

7.-Colocar la colcha en la parte media superior del colchón y deslizarla hacia abajo y hacer carteras en las esquinas externas inferiores del colchón.

8.-Introducir los extremos sobrantes de la ropa por debajo del colchón en ambos lados.

4.3 ADMISIÓN DEL NIÑO

a) TRÁMITES ADMINISTRATIVOS

El ingreso del paciente se realiza durante la etapa de iniciación u orientación de la "relación de ayuda". El ingreso del paciente es el conjunto de actividades técnico-administrativas realizadas en una institución hospitalaria para admitir al paciente, cuyo objetivo es ofrecer la atención médica de acuerdo a sus necesidades o problemas, mediante recursos adecuados y específicos.⁵

Los tipos de ingreso del paciente a unidades médicas generales especializadas, obedece a la presencia de problemas graves o severos de salud y puede ser planeado o de urgencia.

⁵ SUSANA ROSALES BARRERA *Op.C.1*, p.p.221

El primer caso se entiende cuando el paciente requiere atención médica previo control de su padecimiento en los niveles primario o secundario de salud, según sea el caso. Por ingreso de urgencia se entiende cuando el paciente necesita de atención médica inmediata, haya tenido o no un control previo.

La forma de recibir a un paciente en su ingreso al hospital depende, además del tipo de ingreso, de factores relacionados con la edad, tipo de padecimiento, etc.

Las actividades administrativas realizadas al ingreso del paciente varían de acuerdo al tipo de unidad médica, pero en general se consideran los requisitos relacionados a: urgencia de derechos, horario de ingreso, autorización de internamiento, cumplimiento en elementos administrativos para abrir el expediente clínico correspondiente, etc. estas actividades son realizadas por el personal de servicio de admisión hospitalaria de la institución correspondiente.

b) ACCIONES DE ENFERMERÍA DURANTE EL INGRESO DEL PACIENTE

OBJETIVO:

Considerar las necesidades sociales, físicas, químicas y psicológicas del paciente a su ingreso para brindarle apoyo y comprensión.

MATERIAL Y EQUIPO

Equipo de somatometría.

Equipo para toma de signos vitales.

Equipo de aseo.

Ropa del paciente de acuerdo a las normas de la institución.

Medicamento de urgencia.

Expediente clínico.

Cesto para basura o bolsa de desecho.

PROCEDIMIENTOS EN CONSULTA EXTERNA

PROCEDIMIENTO

1.-Tener el servicio de admisión médica en óptimas condiciones de servicio; tanto en aseo y orden como en implementación del material y equipo necesario.

FUNDAMENTACIÓN, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACION

El orden y limpieza son factores que incrementan seguridad psicológica.

2.-Recepción del paciente con su expediente clínico sin olvidar su orden de internamiento.

3.- Valorar los signos vitales y datos somatometricos.

4.-Elaborar inventario de las pertenencias del paciente para entregarlos al familiar o al servicio de admisión.

5.- Proporcionar orientación sobre actividades a realizar si el estado de conciencia o la edad del paciente lo permiten.

6.- Determinar las condiciones generales del paciente y bañarlo si su estado general lo permiten.

7.- Informar al medico del ingreso del paciente.

8.- Registrar la admisión del paciente, las condiciones de salud, las actividades de enfermería y las observaciones, realizadas de acuerdo a las normas de la institución

9.- Proporcionar información u orientación sobre las indicaciones generales.

10.- Canalizar al paciente al servicio asignado.

Todo individuo es miembro de una sociedad que tiene derechos, deberes, privilegios y libertades, asimismo temores y necesidades personales que comúnmente se exacerban con la enfermedad.

El desequilibrio físico o psicológico, provoca alteraciones en los signos vitales.

La ropa y pertenencias de un individuo, son a menudo símbolos de su identidad.

El estado de conciencia a través de sensaciones, percepciones, sentimientos, relaciona al individuo con el medio ambiente que lo rodea.

La valoración constante del paciente permite la detección oportuna y eficaz de las manifestaciones clínicas que presente

El desarrollo oportuno de las actividades durante el ingreso del paciente asegura un alto grado de atención a la salud del individuo

La precisión, brevedad y la legibilidad de los registros e informes son importantes para la elaboración de un diagnóstico e implementación de un tratamiento.

La percepción esta determinada por las experiencias y tiene para el individuo un significado y valor individual.

La atención medica deber ser universal, oportuna, continua, evaluable, integral y accesible

EN HOSPITALIZACIÓN

1.- Recepción del paciente con su expediente clínico sin olvidar la orden de hospitalización.

2.- Mostrar la ubicación de los servicios generales, así como de su unidad tanto al paciente como a sus familiares.

3.- Presentar a sus compañeros de unidad si es posible o de acuerdo a su edad.

4.- Tomar o registrar signos vitales.

5.- Notificar el internamiento al médico de guardia o responsable.

6.- Informar si es posible al paciente y familiares sobre lo que se le está realizando.

7.- Registrar la admisión del paciente, las condiciones de salud, las actividades de enfermería y las observaciones realizadas de acuerdo a las normas de la institución.

El proceso de comunicación incrementa una relación de ayuda

La comunicación asegura un alto grado de equilibrio psicológico.

c) PREPARACIÓN FÍSICA Y EMOCIONAL

Es la información correspondiente al ambiente terapéutico⁶. Durante el estado de enfermedad, generalmente se alteran los valores, deseos, emociones y necesidades del paciente, lo que motiva que en esta situación el paciente adopte actitudes diversas, que el personal de enfermería identifica durante el proceso de atención para darle atención óptima, a fin de hacerle retomar a su hogar en condiciones óptimas posibles de vida, estudio o trabajo o bien ayudarlo a disminuir o eliminar complicaciones durante la enfermedad o inclusive en la muerte.

⁶ SUSANA ROSALES BARRERA. Fundamentos de Enfermería, p. 240

Todo paciente hospitalizado puede reaccionar de diferentes formas tales como:

- Angustia por el medio hospitalario
- Sentimiento de soledad
- Expresar temor y preocupación por el tratamiento
- Temor a las manifestaciones clínicas tales como dolor.

Estas reacciones son resultado de las alteraciones en sus necesidades emocionales, psicológicas o espirituales, las primeras son aquellas que están en función de estado anímico; de autorrealización y las espirituales son aquellas que permiten la identificación con algo supremo o ideal y que dan fuerza y seguridad interna.

Debe detectar signos que manifiesten necesidades y problemas emocionales o espirituales.

Debe organizar sus actitudes con el tiempo necesario para atender a cada paciente.

Evaluar continuamente las acciones realizadas en la satisfacción de necesidades y limitaciones de uno mismo.

Investigar causas que favorecen inquietudes, temor o angustia durante la enfermedad.

Brindar comprensión, estímulo y apoyo necesario en diferentes situaciones difíciles y frustrantes.

Proporcionar en forma sencilla e interesante ideas de serenidad, alegría y ánimo al paciente en la medida de sus capacidades.

Acrecentar satisfacción y estimular al paciente para conservar sus aptitudes, por medio de la recreación ofrecer un ambiente terapéutico.

Informar sobre reglamentos institucionales.

d) PREPARACIÓN FÍSICA Y EMOCIONAL DE LOS NIÑOS

Cuando el niño necesita hospitalizarse seguramente se enfrentará a un medio extraño con personas y procedimientos atemorizantes y desconocidos. Actualmente padres y equipo de salud reconocen que la preparación y orientación planeada para la hospitalización de un niño puede ayudarles a aceptar y afrontar las experiencias futuras para familiarizarse y ver al personal médico y de enfermería como personas que van a ayudarlo y así mismo aceptar las diferencias de las costumbres del hospital y el hogar por tanto cualquier situación planeada se debe basar en el conocimiento del desarrollo del niño.

La hospitalización es una experiencia nueva a menudo aterradora para el niño y el grado de angustia que manifieste varía mucho dependiendo de su nivel de desarrollo, de la extensión de sus contactos sociales, fuera de la familia inmediata y de sus anteriores experiencias de separación.

Tomando en cuenta tenemos que:

La enfermedad y la hospitalización son traumáticos para el niño.

El crecimiento y desarrollo del niño no debe interrumpirse.

El niño se separa de sus actividades y de las personas que lo apoyan a su alrededor.

Las fuentes de necesidad para el niño son:

La separación.

Disminución de la movilidad.

Dependencia forzada.

Actividades forzadas.

Molestias físicas.

Temor a lo desconocido.

Equipo clínico-médico atemorizador.

Por todo lo anterior debemos tomar en cuenta que los procedimientos de ingreso determinan el tono para la hospitalización y la preparación adecuada es esencial para la transición satisfactoria entre el hogar y el hospital.

La preparación psicológica dependerá de la edad del niño; por ejemplo: un pequeño desde el nacimiento hasta los tres meses tolera bien la hospitalización si sus necesidades se satisfacen uniforme o adecuadamente; mientras que el lactante se afecta en forma adversa si sus padres no están con él, llegando a su máximo de ansiedad a los 8 meses.

La respuesta del lactante mayor incluye las tres fases:

Protesta: llanto, gritos que pueden durar de pocas horas hasta varios días.

Desesperación: hay una conducta reprimida, retraída, rehusándose a relacionarse con los demás.

Negación: son relaciones superficiales, indiscriminadas del niño con todos los adultos y falta de respeto a los padres, lo que puede presentarse durante la hospitalización prolongada.

Mientras que el preescolar enfrenta problemas para entender ¿Cómo y por qué?, y, tanto para el preescolar como para el escolar la parte de más estrés en la hospitalización. Tomando en cuenta todo lo anterior la enfermera dará al paciente pediátrico hospitalizado una buena atención al recibirlo y esto ayudara a que el paciente se recupere más rápido y tenga una mayor adaptación en el hospital mientras logra recobrar su salud y se va de alta.

e) ORIENTACIÓN A LA FAMILIA

Se debe orientar a la familia a cerca de las normas establecidas dentro del hospital en cuanto a:

Horario y frecuencia de visitas.

Personal de enfermería

Normas específicas del servicio

Objetos personales.

Técnicas específicas de acuerdo al tipo de paciente (lavado de manos, uso de bata, etc.)

Instruir sobre los procedimientos que se le van a efectuar al niño y la participación que de él y sus familiares se espera.

4.4 DOCUMENTACIÓN

a)INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE.

El expediente clínico es un documento que tiene por objeto hacer el relato patográfico individual del paciente, registrar las etapas y el resultado de su estudio, formular por escrito los programas de diagnóstico y tratamiento y consignar la evolución del caso hasta su solución total o parcial con notas gráficas y reportes de laboratorio y gabinete.

FUNCIONES.

El expediente funge como: documento legal, e información para el personal de salud y como un elemento básico para la investigación clínica. Estas funciones reportan varias ventajas en su uso, algunas de ellas son:

- Simplificar el registro de datos.
- Permitir valorar la evolución del paciente.
- Evaluar sistemáticamente el trabajo de los integrantes del equipo de salud, en relación con su conducta clínica.
- Servir de instrumento útil en el proceso enseñanza-aprendizaje al personal de salud.

ELEMENTOS:

Dichas ventajas determinan que todo expediente clínico requiere de los siguientes elementos o formas para su integración:

- Identificación y de registro administrativo.
- Hoja frontal de diagnóstico.
- Historia clínica (interrogatorio y exploración física)
- Programa de diagnóstico y tratamiento.
- Prescripción médica.
- Evaluación.
- Hojas de Enfermería.
- Hoja de control de líquidos.
- Hoja de gráficas de temperatura.

b)HOJA DE ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA

La hoja de enfermería es la parte de la papelería que integra el expediente clínico por lo que se considera un documento legal y en el cual el médico se basa para cambiar, continuar o ajustar el tratamiento del paciente.

Se encuentra dividido en dos partes para facilitar su manejo que son: superior e inferior.

La superior corresponde a la ficha de identificación que contiene los siguientes datos: Nombre, Numero de cama, días de estancia, fecha, peso y tipo de dieta.

La parte inferior se subdivide a su vez en ocho columnas que son las correspondientes a: hora, signos vitales, vomito, orina, evacuaciones, líquidos y dieta, medicamento y observaciones.

OBJETIVO DEL MANEJO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA

Anotar los datos que indiquen el estado de salud del paciente y procedimientos efectuados, para ayudar al tratamiento medico.

REGLAS PARA SU LLENADO

- Usar letra de imprenta.
- Usar tinta azul en el primer turno, verde en el segundo turno y roja en el tercer turno.
- Siempre que se inicia una hoja, llenar la identificación en el espacio correspondiente.
- Usar solo abreviaturas y símbolos aceptados.
- Redacción breve y veraz.
- Anotación simultanea a los hechos.

Signos vitales: tomarlos y revisarlos cada cuatro horas. En casos específicos, cada vez que sea necesario.

Dieta: anotar el tipo ordenado y reportar los alimentos que haya ingerido el paciente.

Orina: marcar con una palomita cada vez que el niño orine.

Evacuaciones: cada vez que el niño evacúe, anotar características de la misma.

Vómitos: registrarlos con sus características.

Medicamentos: nombre del medicamento, dosis, vía y hora de aplicación.

Observaciones: se anotara todo lo relacionado a la observación de enfermería, siguiendo la forma de inspección cefalo-caudal como son: condiciones de la piel, estado de conciencia, sitio de aplicación y condiciones de la venoclisis, estudios radiológicos y de laboratorio efectuados en cada turno correspondiente, Oxigenoterapia, sondas y drenajes, curaciones, hora de ingreso, traslado, de egreso y otras maniobras realizadas.

Se encuentra dividido en dos partes para facilitar su manejo que son: superior e inferior.

La superior corresponde a la ficha de identificación que contiene los siguientes datos: Nombre, Numero de cama, días de estancia, fecha, peso y tipo de dieta.

La parte inferior se subdivide a su vez en ocho columnas que son las correspondientes a: hora, signos vitales, vomito, orina, evacuaciones, líquidos y dieta, medicamento y observaciones.

OBJETIVO DEL MANEJO DE LA HOJA DE ENFERMERÍA

Anotar los datos que indiquen el estado de salud del paciente y procedimientos efectuados, para ayudar al tratamiento medico.

REGLAS PARA SU LLENADO

- Usar letra de imprenta.
- Usar tinta azul en el primer turno, verde en el segundo turno y roja en el tercer turno.
- Siempre que se inicia una hoja, llenar la identificación en el espacio correspondiente.
- Usar solo abreviaturas y símbolos aceptados.
- Redacción breve y veraz.
- Anotación simultanea a los hechos.

Signos vitales: tomarlos y revisarlos cada cuatro horas. En casos específicos, cada vez que sea necesario.

Dieta: anotar el tipo ordenado y reportar los alimentos que haya ingerido el paciente.

Orina: marcar con una palomita cada vez que el niño orine.

Evacuaciones: cada vez que el niño evacúe, anotar características de la misma.

Vómitos: registrarlos con sus características.

Medicamentos: nombre del medicamento, dosis, vía y hora de aplicación.

Observaciones: se anotara todo lo relacionado a la observación de enfermería, siguiendo la forma de inspección cefalo-caudal como son: condiciones de la piel, estado de conciencia, sitio de aplicación y condiciones de la venoclisis, estudios radiológicos y de laboratorio efectuados en cada turno correspondiente, Oxigenoterapia, sondas y drenajes, curaciones, hora de ingreso, traslado, de egreso y otras maniobras realizadas.

c)HOJA DE CONTROL DE LÍQUIDOS

Al igual que la hoja de enfermería es un integrante de la papelería del expediente y nos sirve para valorar el estado de hidratación, deshidratación o sobrehidratación del paciente.

OBJETIVO

Registrar los ingresos y egresos del paciente, para realizar el balance hídrico y así orientar el tratamiento.

DATOS QUE CONTIENE: Identificación la cual encuentra en el encabezado de la hoja.

Esta hoja se divide en: ingresos y egresos y a su vez en los tres turnos diferentes que se manejan en el hospital.

Lo referente a ingresos por las vías: oral, parenteral y otros.

Los egresos se cuantifican los siguientes: orina, heces, vómitos, succión, drenajes, otros y los referentes a pérdidas insensibles.

Además contiene en la parte izquierda de la hoja el horario que se inicia a las 8:00 a.m. y finaliza a las 7:00 a.m. del día siguiente para llevar un registro más específico.

Ingesta.

Líquidos por oral, anotar tipo y cantidad cada vez que el niño ingiera.

Líquidos por venoclisis; anotar exclusivamente las soluciones que pasan por esta vía.

Otros, se anota lo referente a otras vías de ingreso como son: sondas por ejemplo.

Egresos.

Orina. Cuantificar la diuresis y hacer la anotación en ml o en g.

Evacuaciones. Cuantificar las evacuaciones y anotar la cantidad en g.

Vómitos. Hacer la anotación en forma similar a las evacuaciones.

Sudoración. Observar al niño y de acuerdo a la intensidad marcarla de + a +++.

Succión y los drenajes: medir lo excretado al finalizar cada periodo de balance.

Al finalizar la hoja se encuentra una parte correspondiente para anotar los totales de cada turno y para que el médico realice el balance total de las 24 horas, además del espacio correspondiente para que la enfermera de cada turno firme la hoja.

d)HOJA DE GRÁFICA DE TEMPERATURA

OBJETIVO

Llevar un registro más estricto de la temperatura del niño.

En esta hoja se debe realizar el registro de la temperatura y anotar la hora en que se realiza la toma de la misma.

4.5 TÉCNICA PARA LA TOMA DE SIGNOS VITALES EN NIÑOS.

CONCEPTO

Los signos vitales son señales constantes y concordantes del estado de salud controlados por el sistema nervioso.⁷

Son constantes corporales que se miden para valorar conjuntamente con el examen físico el estado de salud o enfermedad de la persona. Estos pueden variar de una persona a otra o en el mismo sujeto de acuerdo al ejercicio, hora del día, estado de ánimo o enfermedad.

Los signos vitales son: Temperatura, Pulso o Frecuencia Cardiaca, Respiración y Tensión arterial.

El conocimiento de los signos vitales en un individuo, permiten valorar, el estado de salud o enfermedad y ayudar a establecer un diagnóstico.

Estas se deben tomar conjuntamente sin importar el orden en que se realice, pero se recomienda que durante el tiempo asignado a la toma de la temperatura, se realice simultáneamente la valoración del pulso y la respiración, debido a que el paciente puede alterar esta última si se da cuenta o si la tomamos en otro momento.

TEMPERATURA

Es el grado de calor producido por el cuerpo.⁸

Se designa de acuerdo a la región anatómica donde se toma.

En los organismos vivos, la temperatura varía según las especies. En el hombre se mantiene constante por la capacidad que tiene para regularla, independientemente de las variaciones climatológicas o estacionales, su centro termorregulador se encuentra en el hipotálamo.

a)VALORACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL

CONCEPTO:

Es el procedimiento que se realizan para medir el grado de calor del organismo humano, en las cavidades, recto, región axilar o inguinal.⁹

⁷ RAMOS G. MARIA CRISTINA. Manual de procedimientos de Enfermería Pediátrica. P. 125

⁸ RAMOS MARIA CRISTINA. Op. Crit. P. 128

⁹ Ibidem p.149

OBJETIVOS:

Valorar el estado de salud o enfermedad.
Ayudar a establecer un diagnóstico.
Los valores normales de temperatura son:
Recién Nacido: 36.6°C a 37.8°C
Primer Año: 36.6°C a 37.8°C
4 a 8 años: 36.5°C a 37°C
8 a 15 años: 36.5°C a 37°C

MATERIAL Y EQUIPO NECESARIO PARA LA TOMA DE TEMPERATURA

Termómetros orales y rectales.
Recipiente con solución antiséptica.
Torundas secas.
Bolsa de papel.
Lubricante.
Hojas de registro.
Bolsa para desechos.

PROCEDIMIENTO PARA MEDIR LA TEMPERATURA POR METODO AXILAR O INGUINAL.

PROCEDIMIENTO

1.-Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del paciente.

2.-Confirmar que el paciente no haya ingerido alimentos o practicado algún ejercicio en los últimos 30 minutos.

3.-Explicar al paciente sobre el procedimiento y colocarle el decúbito o posición sedente.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN.

El equipo en condiciones óptimas de integridad y uso, disminuye o evita riesgos o pérdida de tiempo y esfuerzo.

La actividad muscular, el tono muscular, la acción dinámica específica de los alimentos y los cambios en el índice basal metabólico, son los principales mecanismos que pueden modificar la termogénesis.

La comunicación efectiva influye en la participación del individuo en su atención.

4.-Extraer el termómetro de la solución antiséptica y limpiarlo con una torunda humedecida en agua, secarla posteriormente con una torunda seca, mediante movimientos rotatorios.

5.-Verificar que el mercurio se encuentre por debajo de 34°C de la escala del termómetro. En caso contrario, hacer descender la columna del mercurio mediante un sacudimiento ligero.

6.-Secar axila o ingle con torundas y colocar el bulbo del termómetro en el centro axilar o en la ingle.

7.-Colocar el brazo y antebrazo del paciente sobre el tórax, a fin de mantener el termómetro en su lugar.

8.-Dejar el termómetro de 3 a 5 minutos en la axila o en la ingle y retirarlo.

9.-Limpiar el termómetro con torunda seca del cuerpo al bulbo con movimientos rotatorios.

10.-Hacer la lectura del termómetro y registrarla.

11.-Sacudir el termómetro para bajar la escala del mercurio e introducirlo en solución jabonosa. Posteriormente lavarlo y colocarlo en un recipiente con solución antiséptica.

Existen soluciones con poder tóxico que dañan los tejidos.

El enjuague con agua disminuye el efecto tóxico de sustancias y sabores desagradables.

La escala termométrica esta señalada de 34 a 41°C, valores que oscilan alrededor de la temperatura corporal normal.

Los termoreceptores se encuentran por debajo de la superficie cutánea.

La perdida de calor ocurre principalmente por piel y pulmones.

La medición de la temperatura periférica en axila es relativamente exacta.

La fricción ayuda a desprender el material extraño de una superficie.

El punto de la escala termómetro que coincide con el mercurio dilatado, determina el grado de la temperatura corporal del paciente.

La sanitización es un paso previo necesario, para la destrucción de microorganismo en forma parcial o total.

12.-Dejar cómodo al paciente y arreglar el equipo de termometría para nuevo uso.

Un equipo en optimas condiciones de uso, disminuye riesgos y redonda una mejor atención al paciente.

PROCEDIMIENTOS PARA LA TOMA DE TEMPERATURA POR METODO RECTAL.

PROCEDIMIENTO

1.-Seguir los pasos 1 y 2 del método axilar.

2.-Indicar al paciente se coloque en posición de Sims, o de acuerdo a la edad del niño

3.-Seguir los pasos 4 y 5cm del procedimiento del método axilar.

4.-Lubricar en cuadro de papel o gasa con un abate lenguas y aplicarlo al bulbo del termómetro, en una superficie de 3cm aprox.

5.-Separar los glúteos de tal forma que permita visualizar el esfínter anal, para introducir el termómetro de 4 a 5cm.

6.-Sostener el termómetro en recto durante 2 o 3 minutos y retirarlo de la cavidad.

7.-Seguir los pasos 9 a 12 del método axilar.

FUNDAMENTOS, CONCEPTOS Y/O JUSTIFICACION

La posición de Sims, permite que el canal anal siga el trayecto anatómico en recto.

La lubricación del termómetro reduce, la fricción, facilitando su inserción en el recto.

La mucosa del canal anal esta dispuesta en pliegues longitudinales, denominados columnas anales.

Un tiempo de 2 a 3 minutos en recto, es suficiente para lograr la medición de la temperatura corporal.

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA TOMA DE TEMPERATURA

Utilizar un termómetro individual si se trata de pacientes con padecimientos infectotransmisibles.

No tomar temperatura rectal en pacientes con diarrea, infecciones rectales, tumoraciones u otros padecimientos.

Evitar la toma de la temperatura axilar en pacientes demasiado delgados, desnutridos o durante el puerperio al iniciarse la lactancia.

b)PULSO O FRECUENCIA CARDIACA

CONCEPTO:

Es la "expansión rítmica" producida por el paso de la oleada sanguínea a través de una arteria.¹⁰

CIFRAS NORMALES

Recién Nacido	130	a	140	por minuto
1 a 3 años	100	a	130	por minuto
4 a 8 años	90	a	100	por minuto
8 a 15 años	86	a	90	por minuto

PROCEDIMIENTO

1.-Cerciorarse de que el brazo del paciente descansa en una posición cómoda.

2.-Colocar las puntas de los dedos índice, medio y anular sobre la arteria elegida.

3.-Oprimir los dedos con suficiente fuerza para percibir fácilmente el pulso.

FUNDAMENTOS, CONCEPTOS Y/O JUSTIFICACIONES.

El pulso determina la frecuencia y el tipo de latidos del corazón.

Los latidos se perciben al tacto en el momento en el que la sangre es impulsada a través de los vasos sanguíneos por las contracciones cardiacas.

Las paredes de las arterias son elásticas ya que se contraen o expanden a medida que aumenta el volumen de sangre que pasa por

¹⁰ Ibidem p.132

ellas.

4.-Percibir los latidos del pulso y contarlos durante un minuto.

Las características del pulso son:

FRECUENCIA.- número de pulsaciones, percibidas en una unidad de tiempo. **RITMO.**- es la uniformidad del pulso y abarca la igualdad entre las ondas, su regularidad y su frecuencia. **AMPLITUD.**- dilatación percibida en una arteria al paso de las ondas del pulso. **TENSIÓN.**- es la resistencia ofrecida por la pared arterial al paso de la onda sanguínea.

5.-Registrar el pulso en la hoja y sobre todo anotar las características encontradas.

Un registro exacto de los datos contribuye a la determinación de un diagnóstico certero.

Las alteraciones más frecuentes del pulso son:

ARRITMIA.- modificaciones en el ritmo, en la igualdad, regularidad y frecuencia.

BIGEMINO.- caracterizado por dos latidos regulares que van seguidos por una pausa más larga de lo normal.

BRADISFIGMIA o **BRADICARDIA.**- disminución de la frecuencia a 60 pulsaciones o menos por minuto.

COLAPSANTE.- el que golpea débilmente los dedos y desaparece en forma brusca.

FILIFORME.- aumento en la frecuencia y disminución en la amplitud.

RESPIRACIÓN

Cada célula del organismo necesita oxígeno y nutrientes para el mantenimiento de la vida y su función normal.

El ritmo respiratorio está regulado por las tensiones de O_2 y anhídrido carbónico en la sangre, existe regulación nerviosa a cargo del centro respiratorio, situado en el hipotálamo que es esencialmente sensible al aumento de la tensión de CO_2 y una regulación por quimiorreceptores a cargo de los corpúsculos aórticos y carotídeos situados respectivamente en el cayado de la aorta y la bifurcación de las carótidas que son especialmente sensibles a la baja de la tensión de O_2

De acuerdo a lo anterior podemos conceptualizar a la respiración como "Un proceso mediante el cual se inspira y expira el aire de los pulmones para introducir oxígeno y eliminar el bióxido de carbono, agua y otros productos de la oxidación a través de los mismos." ¹¹

c) VALORACIÓN DE LA RESPIRACIÓN

Es el procedimiento que se realiza para valorar el estado respiratorio del organismo.

OBJETIVOS:

Valorar el estado de salud o enfermedad de un individuo.

Ayudar a establecer un diagnóstico

CIFRAS NORMALES

Recién Nacido	30	a	40	por minuto
1 a 3 años	25	a	30	por minuto
4 a 8 años	20	a	25	por minuto
8 a 15 años	18	a	20	por minuto

MATERIAL Y EQUIPO NECESARIO PARA LA VALORACIÓN DE LA RESPIRACIÓN

- Reloj con segundero.
- Hoja de registro
- Pluma

PROCEDIMIENTO

1.-Colocar al paciente en posición sedente o decúbito dorsal. De ser posible la respiración debe ser contada sin que este se percate de ello.

2.-Tomar un brazo del paciente y colocarlo suavemente sobre el tórax, poner un dedo en la muñeca de su mano como si se estuviera tomando el pulso.

FUNDAMENTO, CONCEPTOS Y/O JUSTIFICACIÓN

Una posición correcta permite la realización óptima del procedimiento. El control de la respiración es principalmente de acción involuntaria.

El centro respiratorio situado en el bulbo raquídeo envía en forma automática impulsos nerviosos motores para causar la contracción de los músculos torácicos que son necesarios para la respiración.

¹¹ RAMOS G. MARIA CRISTINA Op.Cit. p.p.132

3.-Observar los movimientos respiratorios y examinar el tórax o el abdomen cuando se eleva y se deprime.

4.-Contar las respiraciones durante un minuto y hacer las anotaciones en la hoja de registro.

Las células tisulares captan O_2 proveniente de los pulmones. El CO_2 y otras sustancias de desechos de las células, son transportadas por la corriente sanguínea a los pulmones para ser expulsadas.

Las características de la respiración son: **FRECUENCIA**.- es el número de respiraciones en una unidad de tiempo. **RITMO**.- es la regularidad que existe entre los movimientos respiratorios. **AMPLITUD** o **PROFUNDIDAD**.- es la mayor o menor expansión en los diámetros torácicos, según el volumen de aire inspirado.

ALGUNAS ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA RESPIRACIÓN SON:

APNEA.- breve periodo durante el cual cesa la respiración.

BRADIPNEA.- lentitud anormal de la respiración.

DISNEA.- respiración dolorosa o dificultad para respirar.

HIPERPNEA.- aumento anormal de la profundidad y frecuencia de los movimientos respiratorios.

ORTOPNEA.- incapacidad de respirar cuando se esta en posición horizontal.

POLIPNEA.- condición en que se aumenta la frecuencia respiratoria.

d) TENSIÓN ARTERIAL O PRESIÓN SANGUÍNEA

La tensión arterial depende de la fuerza de la actividad cardiaca, de la elasticidad de las paredes arteriales, de la resistencia capilar, de la tensión venosa de retorno y de volumen y viscosidad sanguínea, por tal razón es necesario considerar este signo vital, tanto en el estado de salud como enfermedad.

VALORES NORMALES DE LA TENSIÓN ARTERIAL

Para la toma de presión arterial se consideran dos valores; sistólica o máxima y diastólica o mínima.

Recién Nacido	60-80 mm/Hg.
Lactante	80-85 mm/Hg.
8 años y hasta la pubertad	110-120 mm/Hg.

MATERIAL Y EQUIPO NECESARIO PARA LA TOMA DE PRESIÓN SANGUÍNEA

- Esfigmomanómetro de mercurio o aneroides.
- Estetoscopio.
- Hoja de registro.
- Pluma.

PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA

PROCEDIMIENTO.

1.-Indicar al niño que descansa ya sea acostado o sentado. Ayudarlo a colocar el brazo apoyado en la cama o mesa en posición supino.

2.-Colocar el esfigmomanómetro en una mesa cercana. El aparato en forma de caja debe colocarse de manera que la escala sea visible por el personal de enfermería. Si se usa el manómetro aneroides, el cuadrante de fijarse al brazalete empleando los ganchos que son para tal fin.

3.-Colocar el brazalete alrededor del brazo con el borde inferior 2.5 cm por encima de la articulación del brazo, a una altura que corresponda a la del corazón, procurando que el contorno del brazo quede sin apretar.

FUNDAMENTOS, CONCEPTOS Y/O JUSTIFICACIONES

La presión sanguínea es afectada por emociones, ejercicio, dolor y posición.

El mercurio reacciona rápidamente a las variaciones leves de presión. El mercurio es 1.35 veces más pesado que el agua.

La aplicación de un brazalete muy ajustado produce zonas de isquemia. Con el brazalete colocado muy flojo, los sonidos no se escuchan porque la cámara de aire no comprime lo suficiente la arteria.

4.-Colocar el estetoscopio en posición de uso, en los conductos auditivos externos con las olivas hacia delante.

5.-Con las puntas de los dedos medio e índice, localizar la pulsación mas fuerte, colocando el estetoscopio en este lugar, procurando que este no quede por abajo del brazalete pero si que toque la piel sin presionar. Sostener la perilla de caucho con la mano contraria y cerrar la válvula del tornillo.

6.-Mantener colocado el estetoscopio sobre la arteria. Realizar la acción de bombeo con la perilla e insuflar rápidamente el brazalete hasta que el mercurio se eleve 20 a 30 mm/Hg por arriba del nivel en que la pulsación de la arteria ya no se escucha.

7.-Aflojar cuidadosamente el tornillo de la perilla y dejar que el aire escape lentamente. Escuchar con atención el primer latido claro y rítmico. Observar el nivel de escala de mercurio y hacer la lectura; esta cifra es la presión arterial.

8.-Continuar aflojando el tornillo de la perilla para que el aire siga escapando lentamente y mantener la vista fija en la columna de mercurio. Escuchar cuando el sonido agudo cambia por un golpe fuerte y amortiguado. Este ultimo sonido claro es la presión diastólica. Abrir completamente la válvula, dejando escapar todo el aire del brazalete y retirarlo.

El estetoscopio y el esfigmomanometro limpios previene infecciones cruzadas.

El endurecimiento de las arterias aumenta la tensión arterial.

Al disminuir el volumen circulante, disminuye la presión sanguínea.

La circulación del brazo se suspende por la presión del brazalete.

Insuflar lentamente el brazalete o hacer subir le mercurio a un nivel mas alto que el necesario obstruye la circulación.

El escape de aire demasiado rápido no permite escuchar los sonidos.

La transmisión del sonido a través del estetoscopio se hace posible en virtud de que las ondas sonoras pasan por vidrio, líquidos y sólidos.

Al disminuir la tensión arterial, se reduce el flujo sanguíneo renal y la filtración glomerular.

La presión diastólica es la medición de la presión visual en las paredes de la arteria cuando el corazón se encuentra en la fase de relajación.

9.-Repetir el procedimiento para confirmar los valores obtenidos o bien para aclarar dudas después de 10 minutos.

10.-Hacer las anotaciones correspondientes en la hoja de registro.

11.-Dar los cuidados necesarios al material y equipo.

La valoración correcta de las cifras obtenidas, contribuye a realizar un diagnóstico y tratamiento acertados.

Al aumento de la TA se le llama hipertensión.

A la disminución de la TA se le llama hipotensión.

Las cifras muy elevadas o bajas son típicas de diversos trastornos, en particular las del corazón, vasos sanguíneos y riñones.

4.6 TECNICA PARA LA TOMA DE SOMATOMETRIA.

Es la parte de la antropología física que se ocupa de las mediciones del cuerpo humano.¹²

Sus objetivos son: valorar el crecimiento del individuo, valorar su estado de salud-enfermedad y ayudar a determinar el diagnóstico médico y de enfermería. Dentro de la exiación física de las mediciones de importancia son: peso y talla.

En el primer año, la obtención de la talla sobre todo, puede ser difícil en el niño activo e inquieto, sin embargo son necesarios e importantes.

Los valores de estos se obtendrán a través de una técnica de medición efectuada por la enfermera en la sala de exploración o en el cuarto del niño.

MATERIAL Y EQUIPO NECESARIO PARA LA TOMA DE SOMATOMETRIA EN LOS NIÑOS.

Báscula pesabebé
Báscula con estadiometro.
Cinta métrica
Pluma
Papelería correspondiente.

¹² Susana Rosales Barrera FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA P.147

a)PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE SOMATOMETRÍA EN LACTANTES.

PROCEDIMIENTO

1.- Colocar un pañal en el platillo de la balanza pesabebé y nivelarla.

2.- Desvestir totalmente al niño. Tomarlo de los pies con la mano derecha, con la izquierda sosténgale la cabeza, cuello y parte del dorso, depositarlo en la balanza.

3.-Mantener la mano izquierda por encima de él, pero sin tocarlo, con la mano derecha manejar las pesas.

4.- Deslizar al niño hacia abajo, con la ayuda del paño y sostenerlo en la misma forma en que lo depositó.

5.- Vestir al niño y anotar en la hoja respectiva con la fecha y edad exactas.

TALLA

1.- Medir entre dos personas.

2.- Acostar al niño, una de las dos personas sostener al niño del vértice de la cabeza fijamente y con otra mano apoyarla sobre las rodillas y los pies en ángulo recto.

FUNDAMENTOS, CONCEPTOS Y/O JUSTIFICACION.

El cambio de toalla y/o ropa para cada paciente previene infecciones dermatofíticas.

El exceso de ropa altera los datos del peso del paciente.

La seguridad en el manejo de un aparato, depende del grado de conocimientos en relación a su construcción e instrucciones de uso

El apoyo firme en el tronco incrementa la seguridad del paciente

Las temperaturas externas producen palidez o cianosis de la piel.

La actitud o posición puede ser libremente escogida, instintiva, forzada o pasiva.

Una indicación clave: el trabajar en equipo contribuye a no cometer errores y pérdida de tiempo.

3.- La otra persona hará la medición con ayuda de la cinta métrica.

4.- Para un valor más certero realizar tres veces la toma de la lectura anotando un promedio de estas cifras.

5.-Anotar los datos exactos en la hoja respectiva.

b) PESO Y TALLA EN NIÑOS MAYORES

PROCEDIMIENTO

1.- Colocar una toalla de papel en la plataforma y ajustar la báscula.

2.- Ayudar al paciente a quitarse la ropa y calzado

3.- Ayudar a subir sobre la plataforma de la báscula con el cuerpo alineado es decir con los talones y las escápulas en contacto con el estadiometro y la cabeza recta.

4.- mover las barras de la báscula (kg) hasta encontrar el peso.

5.- colocar la rama horizontal del estadiometro hasta tocar el vértice de la cabeza de tal manera que las dos ramas del estadiometro formen un ángulo recto.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN

El método de transmisión de dermatofitosis, se realiza por contacto directo e indirecto de las lesiones cutáneas de personas infectadas, pisos u objetos contaminados.

El exceso de ropa altera los datos del peso corporal del paciente.

La pérdida o aumento en el peso del paciente que esta acorde a su edad y talla, implica trastornos en su estado de salud

La rama en ángulo recto al tocar la parte mas elevada del cráneo proporciona los datos de talla.

6.- Hacer la lectura de la talla y bajar las ramas del estadiometro.

La lectura contribuye a la elaboración de un buen diagnostico o la aplicación de un tratamiento específico.

7.- Ayudar al paciente a bajarse, vestirse y ponerse los zapatos.

8.- Hacer las anotaciones en la hoja de registro.

NOTA:

El peso debe tomarse en ayuno o tres horas después de la última comida, procure lograr una micción previa.

El registro del peso en estado de ayuno a tres horas después de haber ingerido alimentos, evita errores en la medición de este

4.7 TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN

La nutrición es uno de los indicadores de la salud, tanto a nivel individual como colectivo en que juegan un papel importante algunos factores externos como son la disponibilidad de alimentos, cultura, conocimientos sobre valores nutricionales y poder adquisitivo.

ALIMENTACIÓN: el acto de seleccionar, preparar, e ingerir alimentos. ¹³

NUTRICIÓN: El conjunto de cambios que se establecen entre un organismo vivo y el medio ambiente. ¹⁴

Para satisfacer las necesidades nutricionales de nuestros pacientes debemos tener conocimientos a cerca de las siguientes normas:

Hábitos nutricionales.

Higiene personal.

Conservación de los alimentos.

Hábitos de eliminación.

Poseer conocimientos sobre la estructura y funcionamiento del aparato digestivo.

Además de considerar estas normas generales, el personal de enfermería debe tener conocimientos de que existen técnicas para alimentar al individuo de acuerdo a su etapa de crecimiento y desarrollo a su estado de salud-

¹³ DIF. Guía de orientación alimentaria p. 7

¹⁴ Idem p. 8

enfermedad. Estas técnicas generalmente se realizan por las vías digestivas y parenteral.

Objetivo:

Proporcionar al niño los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo.

a)ALIMENTACIÓN CON SONDA.

Es la forma de proporcionar alimento a través de una sonda que pasa por una de las fosas nasales a la boca, faringe y esófago, hasta el estomago, un poco mas allá del cardias.¹⁵

Objetivo: proporcionar un método de alimentación o administración de medicamentos que requiere de un esfuerzo mínimo por parte del paciente cuando no puede mamar o deglutir.

MATERIAL Y EQUIPO:

Sonda estéril de caucho o plástico, según la edad del niño.

Recipiente para líquidos de alimentación.

Jeringa.

Estetoscopio.

Agua estéril para lubricar.

Tela adhesiva.

Líquido para alimentación

PROCEDIMIENTO

1.- Acostar al niño en decúbito dorsal con una toalla enrollada, situada por debajo de los hombros. A veces se hace necesaria la restricción en momia para ayudar a conservar esta posición.

2.- Medir el catéter y marcar la distancia medidas con tela adhesiva; la medición se realiza de la glabella de la nariz a la oreja y de ahí al apéndice xifoides.

FUNDAMENTOS, CONCEPTOS Y/O JUSTIFICACIONES.

Esta postura permite introducir con facilidad la sonda, facilitan la observación y ayuda a evitar la obstrucción de las vías respiratorias.

La longitud de la sonda des de la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y de esta al apéndice xifoides asegura la distancia hacia el estómago.

¹⁵ LILIAN SHOLTIS BRUNNER. Manual de la Enfermería p. 1323

3.- Tener listo para usar el equipo de aspiración (limpiar vías respiratorias mediante aspiración para evitar el paso hacia bronquios de material vomitado) en caso de que ocurriera el vómito.

4.- Lubricar la sonda con agua estéril o solución salina. No usar aceite para lubricar a causa del peligro de aspiración bronquial.

5.- Fijar la cabeza del paciente con una mano; usar otra para insertar la sonda. Empujar la nariz hacia arriba para ampliar las ventanas nasales.

6.- Para insertar la sonda a través de la nariz, deslizar la sonda dentro de la ventana nasal y dirigir hacia el occipucio en un plano horizontal a lo largo del piso de la cavidad nasal.

7.- Si el paciente puede tragar se podrá sincronizar el paso de la sonda con los movimientos de deglución. No forzar la sonda cuando se encuentre una resistencia.

7 A.- Inserción a través de la boca hacia la parte de la faringe. (deprimir la porción anterior de la lengua con el dedo índice, insertar la sonda a lo largo del dedo índice e inclina, la cabeza ligeramente hacia delante.)

8.- Si el niño no deglute introducir la sonda con suavidad y rapidez.

9.- En lactantes en especial, observar si hay estimulación vagal. (bradicardia y apnea.)

Una cavidad libre de moco, líquidos o exudado se encuentra permeable.

La lubricación reduce la fricción entre mucosas y sonda.

El conocimiento anatómico - fisiológico del tubo digestivo favorece la maniobra para pasar la sonda.

Las maniobras bruscas o aplicaciones de fuerza en la instalación de la sonda produce contracción muscular y dificultad en su paso.

Debido al espasmo del esfínter del cardias puede sentirse resistencia en este punto. Esperar unos segundos y después seguir.

La estimulación de estas ramas nerviosas con la sonda afecta directamente los plexos cardíaco y pulmonar.

10.- Una vez que se ha introducido la sonda hasta la longitud medida previamente, se fija a la cara del paciente con tela adhesiva.

11.- Comprobar la posición correcta de la sonda en el estomago.
a.- inyectar 0.5ml de aire por la sonda en el estomago.
b.- aspirar el aire que se introdujo anteriormente.

12.- La posición para alimentación debe ser en decúbito dorsal derecho; con la cabeza y el tórax ligeramente elevados. Unir el recipiente a la sonda con el líquido para alimentación.

13.- El flujo de alimentación debe ser lento. No meterlo a presión. Elevar el recipiente 15 a 20 cm arriba de la cabeza del paciente.

14.- El tiempo de alimentación debe ser casi igual al que se utiliza cuando se administra una cantidad correspondiente con pezón artificial 5 ml/5-10 min. o a 15 a 20 min. de tiempo total.

15.- Una vez terminada la alimentación, irrigar la sonda con agua estéril antes de que el líquido llegue al extremo de la sonda, pinzarla y extraerla con rapidez.

16.- Desechar la sonda para alimentación y cualquier residuo de la solución.

17.- hacer que el niño eructe y colocarlo posteriormente sobre su lado derecho o en decúbito ventral por lo menos durante una hora lo más cómodo posible.

La fijación de la sonda evita el movimiento de esta; de la posición correcta establecida con anterioridad.

Al introducir aire en el estomago se producirá un ruido en gorgoteo.
Dejar el aire en el estomago, puede producir dolor abdominal

Esta posición permite que el líquido fluya por gravedad.

A mayor altura mayor presión. La presión del líquido aumenta la velocidad del flujo.

El flujo rápido ocasiona una sensación desagradable en nasofaringe y quizá hiperperistaltismo.

La introducción de agua en la sonda evita su obstrucción y la mantiene limpia constantemente.

El ingreso de aire al estomago produce distensión abdominal.

18.- Retirar el material y darle los cuidados necesarios.

b)ALIMENTACIÓN CON JERINGA

CONCEPTO:

Son los procedimientos realizados para la suministración de una fórmula láctea gota a gota o en forma muy lenta en aquellos niños que no tienen reflejo de succión y deglución o en niños postoperados de labio o paladar hendido.¹⁶

MATERIAL Y EQUIPO.

Formula.

Pañal de tela o compresa.

Equipo de alimentación con jeringa.

Bolsa para desechos.

PROCEDIMIENTO

- 1.- Llevar el material a la unidad del paciente.
- 2.- Colocar al niño al niño en posición fowler y proteger su tórax con el pañal o compresa.
- 3.- tomar la jeringa y llevarla con la formula; sosteniendo la cabeza con la mano izquierda, elevándola al mismo tiempo.
- 4.- colocar el extremo de la jeringa a la mitad de la lengua del niño, hacer ligera presión para despertar al reflejo de succión, (dejar que el niño degluta.)
- 5.- Al terminar de administrar la formula, pasar el equipo a la piecera y colocar al niño en posición de

FUNDAMENTOS, CONCEPTOS Y/O JUSTIFICACIONES

La posición adecuada proporciona al niño tranquilidad.

Al sostener al niño se fomenta la confianza y se le proporciona estimulación sensorial.

La mayoría de los niños tragan un poco de aire. Estas posiciones ayudan a expulsar el aire y evitar la

¹⁶ E.N.E.P. Plan de enseñanza Clínica p. 230

decúbito ventral con la cabeza hacia un lado y conservar la posición fowler durante 15 a 20 minutos. Y palmear la espalda para que se expulse el aire.

distensión, la molestia abdominal y la regurgitación. El manejo o golpeteo enérgicos al niño puede hacer que se escupa o regurgite leche.

6.- Retirar el equipo y darle los cuidados necesarios.

c) ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO.

Cuando un lactante que mama se hospitaliza, la enfermera es la encargada de estimular a la madre para que continúe alimentándolo; si el estado del niño no lo contraindica, explicar a la madre que puede darse al niño una fórmula artificial complementaria, si ella no puede alimentarlo, o bien explicar la técnica de estimulación, extracción y conservación de la leche.

Cuando la lactancia se lleva a cabo en el hospital quizá sea necesario cambiar un poco el medio físico, proporcionar al lactante y a la madre una área relativa mente tranquila, tan privada como sea posible y sin interrupciones. Ello dará a la madre y al lactante la oportunidad de continuar desarrollando su relación durante la crisis de la enfermedad y la hospitalización.

ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO. CONCEPTO:

Es el amamantamiento del niño por la madre desde los pocos minutos de nacido en forma exclusiva hasta los cuatro meses.¹⁷

OBJETIVO:

Proporcionar satisfacción psicológica y emocional al lactante y a la madre.
Proporcionar el acercamiento físico del niño con la madre durante la alimentación.

MATERIAL Y EQUIPO.

Agua estéril.
Torundas de algodón.
Bolsa para desechos.

¹⁷ E.N.E.P. Op. Cit., p.231

PROCEDIMIENTO

1.- Proporcionar una silla cómoda a la madre, de tal forma que este a gusto durante el tiempo que alimente al niño y proporcionar un banquillo para que apoye los pies y coloque al niño de la manera mas cómoda posible para ambos.

2.- verificar que el niño no se encuentre orinado o evacuado.

3.- vestir al niño con ropa cómoda que proporcione una temperatura adecuada e indicar a la madre que debe lavarse las manos y enseguida asear los pezones.

4.- indicar a la madre la manera de colocar al niño al seno y la forma en que debe tomar a este. Puede utilizar una almohada para apoyar al niño por debajo de él.

5.- Verificar que los labios del niño se encuentren sobre la areola y no solo alrededor del pezón, para que el amamantamiento sea eficaz.

6.- observa la presencia o ausencia del reflejo de "bajado" durante el periodo de amamantamiento. Este puede desaparecer cuando por la preocupación de la madre no hay producción de leche.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN

Una temperatura cómoda favorece el bienestar del niño.

El bebé puede estar apoyado en la almohada pero todavía ser acunado en los brazos de la mama. El tronco se conserva a nivel más baja que la cabeza para evitar su sofocación, ya que en esta posición se aprovecha de la fuerza de la gravedad para facilitar que el bebe degluta la leche.

Para poder mamar, el niño debe ser capaz de capturar el pezón con la boca. La estimulación generalmente produce erección del pezón lo suficiente para que el bebé lo introduzca en su boca.

La succión del niño es variable y al principio puede ser inadecuada. La madre necesita aliento y confianza para sí misma para insistir en los intentos de alimentar a su hijo.

7.- el tiempo de amamantamiento ideal es de 15 a 20 minutos de cada seno. Indicar a la madre que haga que el niño saque el aire al terminar el amamantamiento.

Al mamar el lactante traga un poco de aire, el sacarlo evita la distensión y molestias abdominales así como la regurgitación.

8.- Dejar al niño lo más cómodo posible, colocándolo en su cuna sobre el lado derecho o en decúbito ventral.

Estas posiciones facilitan el vaciamiento del estómago y disminuyen la posibilidad de regurgitación.

9.- observar si el niño quedo satisfecho o aun parece tener hambre

9.- Observar si el niño quedo satisfecho o aun parece tener hambre

Es posible que la madre no tenga una producción suficiente de leche y por lo tanto sea necesario utilizar una formula complementaria.

d) ABLACTACIÓN Y DESTETE

ABLACTACIÓN

CONCEPTO:

Es la introducción de alimentos diferentes a la leche materna. ⁽¹⁹⁾

Durante el primer año de vida, el peso del niño se triplica con respecto al que tenía al momento de nacer y su talla en promedio la mitad de lo que midió al nacer.¹⁸

La leche materna es suficiente para alimentar al niño o niña hasta los primeros cuatro o seis meses de vida, pero a medida que va creciendo, sus necesidades nutricionales van en aumento, por lo que, es necesario introducir otros alimentos a demás de la leche materna entre el cuarto y sexto mes de vida.

Además de satisfacer sus necesidades nutricionales, le permite conocer olores, colores, sabores y consistencias de diferentes alimentos, ya sean naturales o preparados en casa.

Iniciándose así la formación de hábitos que perduraran durante el resto de su vida.

¹⁸ DIF. Guía de orientación alimentaria p. 65

8. Colocar o hacer puré los alimentos con licuadora eléctrica, molino para alimentos infantiles o colador de cocina.
9. Verter el puré dentro de la charola de hielos y congelar.
10. Cuando el alimento esta congelado, extraer los cubos y almacenarlo en bolsas de congelador.
11. Descongelar en baño María y calentar en un recipiente la cantidad de alimento correspondiente a una sola comida.

RECOMENDACIONES

Lavarse siempre las manos y los utensilios antes de prepara los alimentos.
Ofrecer los alimentos después de amamantarlo.

Preferir purés y papillas preparados en casa, a los industrializados, ya que estos, a pesar de ser caros tienen bajo valor nutritivo.

Hervir la leche durante 20 minutos y el agua durante 3 minutos a partir del primer hervor.

Lavar a chorro de agua las frutas y verduras para posteriormente desinfectarlas con cloro.

DESTETE

CONCEPTO:

Es el retiro gradual de la leche materna.¹⁹

Se recomienda hacerlo el segundo año de vida, evitando quitar el seno materno de manera brusca o forzada; cuando el destete es gradual y no en forma brusca, la madre no reciente las molestias del llenado excesivo de los senos.

Se puede hablar de destete natural cuando al niño voluntariamente suspende la lactancia materna y de destete inducido, cuando la madre suprime poco a poco la alimentación al pecho materno.

Poco a poco significa, sustituir cada 2 o 3 semanas, una tetada al día por un vaso de leche hervida fresca o pasteurizada, posteriormente 2 tetadas por dos vasos de leche y así sucesivamente hasta que el niño quede completamente destetado.

La sustitución del amamantamiento nocturno debe iniciarse cuando del menor haya abandonado el total de tetadas al día.

Cuando el niño es destetado bruscamente se siente rechazado, se afecta su estado emocional, ocasionando que con frecuencia haga berrinches, llore, este de malhumor y no quiera comer.

¹⁹ DIF. Op. C.t. p.70

RECOMENDACIONES

No suspender la alimentación con leche materna si el niño se empeña en continuarla.

Recordar a la madre que el destete rápido o agresivo no debe utilizarse por los problemas emocionales que ocasiona con el niño.

Iniciar el destete preferentemente a los dos años

e)DIETAS EN LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO

CONCEPTO:

Es la alimentación del niño en el hospital y la ayuda que se le da para que coma.

OBJETIVOS:

Satisfacer las necesidades nutricionales.

Observar el estado de nutrición e hidratación del niño.

PROCEDIMIENTO

1.- lavarse las manos antes de comenzar. Si el niño esta corto de edad y prevé que pueda ensuciarse el uniforme, colocarse una bata.

2.- conservar los cubiertos limpios. Si el niño tira uno al suelo desecharlo y conseguir otro, o usar los cubiertos restantes.

3.- ayudar al niño si lo necesita, pero permitirle disfrutar tanta independencia como pueda tolerarse con seguridad. Abrir todos los recipientes que el niño no pueda abrir. Cortar la carne en trozos pequeños, si es necesario. Dar oportunidad al lactante, de explorar el alimento si es posible.

FUNDAMENTOS, CONCEPTOS Y/O JUSTIFICACIONES

Los niños de corta edad juegan y experimentan con su comida como parte del proceso del crecimiento y desarrollo.

Las bacterias tienden a colonizar los pisos. Todo lo que cae al suelo se considera contaminado.

La oportunidad de alimentarse así mismo y tocar la comida, corresponde a la necesidad formativa de explorar e investigar, según se relacione con el manejo de la comida.

4.- asegurarse que las porciones sean pequeñas y correspondan a la cantidad que el niño pueda comer.

La hora y porciones deseables de las comidas pueden realzar el apetito del niño y establecer una relación placentera con la ingestión de alimento. La presencia y aliento de los padres fomenta la nutrición adecuada durante la hospitalización.

5.- cuando el niño termine de comer, retirar la charola y ayudarlo a lavarse las manos, asegurándose que no vaya a caer de la silla.

4.8 TÉCNICAS PARA LA CONSERVACIÓN DE LOS HáBITOS HIGIENICOS.

La persona enferma suele ser poco resistente a infecciones por lo que la presencia de ciertos microorganismos a su alrededor representa una amenaza constante para su salud.

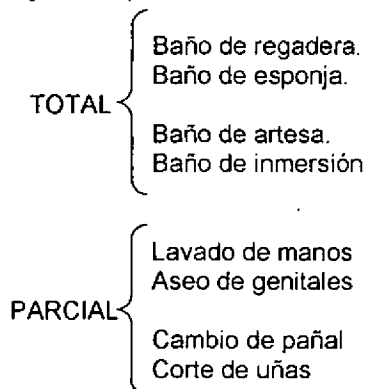
Mantener o fomentar los buenos hábitos de limpieza en los pacientes es una de las funciones primordiales del equipo de salud, pues sabemos que en algunos individuos la estimulación del aseo depende en gran parte de los patrones culturales que practica el grupo del que procede; por tal razón, algunos pacientes ingresan al hospital con buenos hábitos, de higiene y otros necesitan ser instruidos en estos.

OBJETIVOS:

Conservar la piel y mucosas sanas e integra.

Orientar sobre hábitos higiénicos relativos a la limpieza.

Los hábitos higiénicos pueden ser satisfechos en forma total o parcial.



a)BAÑO DE REGADERA

CONCEPTO:

Es la limpieza general del cuerpo con jabón y agua corriente. ²⁰

OBJETIVOS:

Eliminar células muertas, secreciones, sudor y polvo.

Reafirmar y favorecer el estado emotivo del paciente.

Permitir a la piel realizar sus funciones protectoras, favorecer la apariencia exterior.

MATERIAL Y EQUIPO

Toalla o sabana.

Jabón.

Bata o pijama.

Sandalias.

Silla o banco.

PROCEDIMIENTO

1.- Explicar el procedimiento al paciente

y llevarlo al baño.

2.- llevar el material y equipo al baño.

3.- abrir las llaves de agua fría y caliente para regular el flujo y la temperatura al agrado del paciente.

4.- ayudar al paciente a desvestirse y a sentarse en la silla en caso necesario,

5.- permanecer cerca del baño para prestar ayuda al paciente en caso necesario.

6.- al terminar de bañarse el paciente, ayudarlo a vestirse y trasladarlo a su unidad correspondiente

FUNDAMENTO CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN

Las altas temperaturas de agua producen quemaduras que pueden ir desde el primero hasta el tercer grado.

El agua muy caliente, debilita con facilidad al paciente.

El agua caliente hace que los músculos se relajen, favoreciendo la presencia de lipotimia.

²⁰ Susana Rosales Barrera, Fundamentos de enfermería p. 245

NOTA:

Cuando un paciente se esta recuperando nunca hay que dejarlo solo en el baño, ya que puede sufrir un traumatismo o complicación que puede repercutir seriamente en su estado de salud.

BAÑO DE ESPONJA

CONCEPTO:

Es la limpieza general que se proporciona a un paciente en su cama, cuando no puede o no le esta permitido bañarse en regadera o en tina.²¹

OBJETIVOS:

- Favorecer la función circulatoria por medio de la movilización y el masaje.
- Eliminar células muertas, secreciones, sudor y polvo.

MATERIAL Y EQUIPO NECESARIO PARA EL BAÑO DE ESPONJA.

Recipiente con agua a temperatura al agrado del paciente; si esta en edad de decidir.

Lebrillo o lavamanos.

Jabón neutro.

Toalla o sabana.

Torundas de jabón

Camisón o pijama.

Carrillos de algodón

Juego de ropa de cama

Tónico

Bolsa para desechos.

PROCEDIMIENTO.

1.- Preparar el material en el cuarto del paciente.

2.- Explicar el procedimiento al paciente de acuerdo a su edad.

3.- Cerrar puertas y ventanas o cortinas o en su caso colocar un biombo en caso necesario.

FUNDAMENTOS, CONCEPTOS Y/O JUSTIFICACIONES

Las medidas higiénicas contribuyen a que los pacientes se sientan cómodos y descansados.

²¹ Susana Rosales Barrera op.cit. p.22

4.- retirar los utensilios de la mesa de noche o buró y limpiarlo con un lienzo húmedo, al igual que la silla.

5.- trasladar el equipo a la unidad del paciente, colocando los artículos para baño en la mesa de noche o buró y sobre una silla la ropa de cama en el orden que se va a utilizar.

6.- Aflojar la ropa de cama iniciando por la cabecera del lado contrario al que se encuentra el buró y retirar la ropa que cubre al paciente excepto la sabana móvil.

7.- Colocar una toalla o lienzo sobre el tórax del paciente y proporcionarle cepillo con pasta dentrífica o hisopo con agua bicarbonatada y vaso con agua colocando una bandeja riñón cerca de la boca, para que realice el aseo bucal, secar boca y retirar la toalla o lienzo según la edad del paciente.

8.- Colocar al paciente en posición decúbito dorsal y acercar la cabeza sobre el borde superior de la cama.

9.- Colocar una toalla o lienzo sobre el tórax del paciente e introducir el cojín Kelly por debajo de los hombros. Si no hay cojín, se improvisara uno con tela ahulada, cuyo borde superior se enrolla hacia adentro y el borde inferior, se introduce en un lebrillo que estará colocado en la silla o banco de altura. Otra alternativa es levantar la cabeza del paciente sosteniéndola con la mano izquierda y colocar un lebrillo debajo de esta para que el agua caiga en esta.

El orden y la reducción del número de microorganismos, aumentan la seguridad del medio

La integración y colocación ordenada del equipo, previa a la realización del procedimiento, evita o disminuye la pérdida de tiempo y energía.

Al limpiar y sacudir ropa sucia se esparcen microorganismos patógenos por el aire.

La higiene bucal es básica para la salud y bien estar del paciente.

El cepillado elimina residuos de alimento y estimula la circulación y nutrición de las energías.

El trabajar lo más cerca del objeto o paciente, reduce el esfuerzo de los músculos y como consecuencia fatiga.

El uso del cojín Kelly o tela ahulada protege la ropa de cama asegurando una corriente constante de agua .

10.- Asear ojos, narinas y oídos con carrillos de algodón, primeramente del lado distal y después del proximal.

11.- Proteger los conductos auditivos externos con torundas.

12.- Verter agua sobre la cabeza del paciente.

13.- aplicar jabón o shampoo, friccionar con las yemas de los dedos la superficie del cuero cabelludo y frotar el cabello las veces que sea necesario.

14.- Enjuagar constantemente, dejando que el agua escurra a la cubeta o lebrillo por acción de la gravedad.

15.- Retirar las torundas de los conductos auditivos. Envolver el cabello con una toalla o lienzo y elevar la cabeza del paciente, retirando simultáneamente, el cojín, hule o lebrillo y depositarlo en la cubeta si es hule o cojín.

16.- proceder a lavar, enjuagar y secar con movimientos rotatorios la extremidad superior distal, iniciando con la mano hasta terminar en la axila. De preferencia el aseo de manos se realizara dentro del lavamanos o lebrillo enjuagando al chorro de agua.

La acumulación de secreciones propias de cavidades, ocasionan alteraciones visuales, de audición y olfatorias como infecciones.

El oído externo está constituido por el pabellón auricular y el conducto auditivo externo.

La exposición prolongada al frío produce vasoconstricción periférica importante.

A mayor número de microorganismos, mayor cantidad y concentración del agente destructor.

El agua corriente favorece el arrastre mecánico de los microorganismos.

El secado perfecto de la piel, ayuda a prevenir irritaciones.

El sudor, la secreción de glándulas sebáceas y el polvo atmosférico, constituyen un medio favorable para la proliferación de microorganismos.

17.- Limpiar los espacios subungueales y si es necesario cortar las uñas.

Los espacios ungueales son fuente de contaminación.

18.- Lavar, enjuagar y secar la parte anterior del tórax y abdomen, cubriendo con una toalla o sabana y asear con hisopos la cicatriz umbilical. Colocar camisón limpio sobre el tórax y abdomen.

Un baño con agua tibia induce al descanso y sueño del paciente.

19.- Lavar el brazo proximal en igual forma que el distal y terminar de colocar el camisón sin atarlo por detrás.

Una epidermis sana depende de un cuerpo sano.

20.- asear las extremidades inferiores iniciando por la distal, pidiendo al paciente que flexione la rodilla para lavar, enjuagar y secar los muslos y las piernas.

21.- Colocar un lavamanos o lebrillo debajo de las extremidades inferiores e introducir los pies del paciente para su aseo, sosteniendo el pie del talón y enjuagar al chorro de agua, secarlos y cubrirlos con una toalla simultáneamente al retirar del lavamanos o lebrillo.

El pediluvio alivia la congestión de las venas profundas o de las partes distales del cuerpo.

22.- secar los pies haciendo ligera presión.

23.- secar espacios interdigitales y cortar las uñas si es necesario.

Las uñas son placas de queratina que se desarrollan continuamente desde las células de la epidermis.

24.- dar masaje a los pies siguiendo el sentido de la circulación venosa.

El masaje favorece la circulación sanguínea.

25.- A pacientes varones, proporcionar un apósito para que se asee sus genitales, si esta en condiciones de hacerlo o en caso necesario realizar el aseo. Lavar las manos del paciente si este realiza su aseo.

26.- Si el paciente es de sexo femenino, darle posición ginecológica y colocar el cómodo, cuidando de proteger los muslos con la sabana móvil.

27.- Colocar apósitos o gasas en pliegues inguinales.

28.- Colocarse guantes y hacer la limpieza de la vulva con pinza, torundas, jabón, líquido y agua a temperatura corporal, con movimientos de arriba abajo y del centro a la periferia. Continuar con labios menores y vestibulo perineal y por ultimo región anal con movimientos circulatorios, enjuagar cuantas veces sea necesario.

29.- secar genitales en igual forma en que se asearon. Retirar la sabana.

30.- colocar al paciente en decúbito lateral contrario al que se esta trabajando; proceder a asear la parte posterior de cuello, espalda y región glútea, de arriba abajo sin regresar.

31.- secar perfectamente la piel y dar masaje con loción, alcohol o talco, según sea el caso, partiendo del centro de la columna vertebral a hombros y de la región coccigüea hacia glúteos.

Las terminaciones nerviosas se hacen sensitivas cuando aumenta el calor.

Las mucosas sanas e intactas son impermeables a varios microorganismos.

El revestimiento epitelial de la vagina está lubricada por moco y se acidifica mediante la terminación de la flora vaginal normal. El pH de las secreciones vaginales es ligeramente ácido.

La humedad favorece un medio para el desarrollo de bacterias .

Una piel "enrojecida" puede ser signo del comienzo de úlceras por presión.

Las fricciones producen un efecto relajante.

32.- Sujetar el camisón o bien sujetar el saco de la pijama y el pantalón según sea el caso.

La sensación de frescura y limpieza contribuye a percibir positivamente un ambiente agradable.

33.- Proceder al tendido de la cama con paciente.

Una cama con las sábanas bien estiradas produce bienestar del paciente.

34.- peinar y terminar su arreglo personal en el caso de que el paciente no pueda hacerlo.

Un cabello limpio produce bienestar.

35.- retirar el equipo y dejarlo en condiciones de limpieza para usarse nuevamente.

Un equipo en óptimas condiciones favorece un uso correcto.

BAÑO DE ARTEZA

CONCEPTO:

Es la limpieza general del cuerpo con agua y jabón como parte de las medidas higiénicas del recién nacido y lactante menor.²²

OBJETIVO:

Mantener limpia la piel proporcionando bienestar y comodidad al niño.

MATERIAL Y EQUIPO NECESARIO PARA REALIZAR EL BAÑO DE ARTEZA.

- Arteza.
- Jabón.
- Esponja o apósito.
- Torundas.
- Carrillos de algodón.
- Ropa del niño (pijama o camisón).
- Ropa para cuna.
- Pañales.
- Aceite o crema para lubricar.
- Tijeras o corta uñas.

²² E.N.E.P. Plan de Enseñanza Clínica p. 208

PROCEDIMIENTOS

- 1.- Lavarse las manos.
- 2.- Trasladar el material y equipo a la arteza.
- 3.-arreglar la ropa y material en el orden en que se van a utilizar.
- 4.- Aflojar la ropa del niño.
- 5.- deslizar al niño al borde la arteza colocando la palma de la mano izquierda por debajo, sosteniendo la cabeza para darle seguridad y evitar que voltee la cara.
- 6.- Con la mano derecha lavar la cara del niño con movimientos suaves en forma de ocho. Limpiar los ojos, boca, narinas y oídos con una torunda de algodón humedecida en agua y limpiar desde el canto interno hacia el externo dando una sola pasada con cada torunda.
Dar tantas pasadas como sea necesario.
- 7.- lavar la cabeza de la frente hacia atrás, jabonando con las yemas de los dedos, enjuagar las veces necesarias, secar el cabello.
- 8.- Desvestir al niño y colocarlo en el centro de la arteza.

FUNDAMENTOS, CONCEPTOS Y/O JUSTIFICACIONES.

El orden y la limpieza son factores que incrementan la seguridad psicológica.

La integración y colocación ordenada del equipo, previa realización del procedimiento evita o disminuye perdida de tiempo y energía.

La piel contiene abundantes nervios cutáneos sensitivos para la percepción del dolor, el tacto, el calor y el frío.

9.- enjabonar la esponja o apósito, lavar con movimientos rotatorios la mano, antebrazo y brazo, cuello, tórax y finalizar en la axila. Iniciar por el brazo distal.

10.- Quitar el jabón enjuagando las veces que sea necesario, a continuación secar cuidadosamente.

11.- Lavar el brazo contrario en la misma forma.

12.- Girar el cuerpo del niño sobre uno de los costados y lavar la parte posterior del tórax.

13.- Secar y vestir al niño con el camisón, doblar las porciones inferiores del mismo sobre el tórax y dejar así descubierto el abdomen.

14.- Seguir ahora el procedimiento de dejar libres porciones distales triangulares (primero distales y luego proximales) lave, enjuague y seque, pies, piernas, muslos, regiones inguinales y abdomen.

15.- Girar el cuerpo del niño y lave regiones glúteas.

16.- Cambiar el agua y descubrir genitales, humedecer una torunda y si es niña, abrir con gentileza los labios y limpiar de arriba hacia abajo con la torunda, pasar después en la misma forma con una torunda seca; si es niño bajar el prepucio y limpiar con una torunda húmeda y después con una seca.

El sudor, la secreción de las glándulas sebáceas y el polvo atmosférico, constituyen un medio favorable para la proliferación de microorganismos.

El jabón irrita la piel y las mucosas.

Una epidermis sana depende de un cuerpo sano.

La atención del individuo por parte del personal de enfermería tiene como finalidad satisfacer sus necesidades y disminuir sus problemas mediante acciones específicas.

El cuerpo se encuentra en una postura correcta cuando es mínima la fuerza muscular.

Mantener o fomentar los buenos hábitos higiénicos en los pacientes, es una de las funciones primordiales del equipo de salud.

17.- Lubricar la piel y terminar de vestir al niño.

El uso de emolientes proporciona humedad y vitalidad a la piel.

18.- Peinar y cortar las uñas en caso necesario. Envolver al niño con una sabanita.

Las uñas son placas corneas de queratina que se desarrollan continuamente desde las células de la epidermis.

19.- Arreglar la cuna del niño y colocarlo en una posición cómoda.

Una cuna con las sábanas bien estiradas proporcionan bienestar al paciente.

20.- Retirar el equipo y darle los cuidados necesarios.

BAÑO DE INMERSIÓN

CONCEPTO:

Es el baño que se proporciona a los niños que así lo requieren con el objeto de refrescar a pacientes que tienen problemas de erupciones, quemaduras dentro de una tina con agua simple o preparada.

MATERIAL Y EQUIPO

- Lebrillo
- Tánico
- Tina con agua a temperatura entre 46 y 49°C
- Medicamento, espuma, jabón, según el caso
- Carrillos de algodón
- Ropa de cama
- Camisón, pijama o ropa estéril
- Toalla o lienzo para el secado
- Juguetes de plástico según el caso o edad

PROCEDIMIENTOS

1.- Arreglar la ropa y útiles de trabajo en el orden en el que se van a utilizar y colocarlos sobre la mesa auxiliar o la silla.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN

La integración y colocación ordenada del equipo previa a la realización del procedimiento, evita o disminuye la pérdida de tiempo y energía.

2.- Quitar y doblar sin levantarlas y valiéndose de movimientos suaves la sabana superior y la colcha y depositarlas en el tánico.

3.- Proteger el cobertor con la sabana clínica y cubrir con esta al niño.

4.- Llenar la tina de agua tibia y colocar la sustancia adecuada, platicar con el niño dándole confianza o dejar sus juguetes en el agua para distraerlo.

5.- meter al niño en el agua sosteniéndolo.

6.- En caso de varicela o sarampión no friccionar el cuerpo.

7.- Dejar al niño dentro del agua el tiempo necesario en cada caso.

8.- con la mano derecha verter agua en los puntos que no alcancen a sumergirse.

9.- Lavar la tina con antiséptico para el siguiente niño.

10.- Dar el tratamiento según el caso a la piel y vestir al niño de acuerdo a su estado.

11.- Peinarlo y cortarle las uñas en caso necesario.

12.- Arreglar la cuna y dejar al niño cómodo.

Al mover y sacudir la ropa sucia se esparcen microorganismos patógenos en el aire.

La respuesta fisiológica al calor o frío aplicado externamente depende de la actividad vasomotora o de la patología que en ese momento tenga el paciente.

El estado físico del paciente determina las condiciones de aceptación.

13.- retirar el material y equipo y darle cuidados necesarios.

b)ASEO DE CAVIDADES

CONCEPTO:

Son las acciones que se realizan para mantener limpias las cavidades, evitando posibles infecciones y así contribuir al bienestar físico y mental del paciente.²³

Este procedimiento se realiza solo cuando las cavidades (ojos, fosas nasales, pabellón auricular) están sucios, de lo contrario se respetan al máximo.

OBJETIVO

Proporcionar bienestar físico y psicosocial al paciente.

ASPIRACION DE SECRECIONES DE UNA TRAQUEOSTOMIA

CONCEPTO: es el procedimiento que se realiza para retirar las secreciones acumuladas en los conductos respiratorios inferiores.

MATERIAL Y EQUIPO

- Agua estéril
- Gasas estériles
- Guantes estériles
- Sondas Nelaton

PROCEDIMIENTO.

1.- Evaluar signos de acumulación de secreciones en el tronco respiratorio del paciente, como respiraciones ruidosas, húmedas o trabajosas, además de las frecuencias del pulso y respiración.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACION.

Las respiraciones ruidosas, húmedas y trabajosas indican la acumulación de moco en el tronco respiratorio lo que ejerce una tensión extra sobre el sistema cardiopulmonar.

²³ ISSTE. Manual de procedimientos de urgencias p.38

2.- Ayudar al paciente a adaptar la posición cuando no este contraindicado.

El paciente recibe una ventilación mas adecuada al adoptar esta posición.

3.-Estimular y ayudar al paciente a toser para desprender las secreciones respiratorias; de esta manera se sabe si ella es suficiente para limpiar las vías respiratorias.

La succión que tiene efectos irritantes sobre la mucosa, debe evitarse cuando el paciente expectore voluntariamente las secreciones.

4.- Limpiar las secreciones expedidas por el tubo de traqueostomía.

Las secreciones que están bajo el tubo de traqueostomía, no pueden expectorarse por la boca.

5.- Utilizar materiales libres de pelusa alrededor del tubo de traqueostomía.

Las pelusas inhaladas irritan los conductos respiratorios y causan tos inadecuada.

6.- Suministrarle al paciente oxígeno a 100°C, durante 1 o dos minutos antes de la succión.

Administrar oxígeno antes de la succión previene el agotamiento del suministro ya que la succión extrae tanto oxígeno como secreciones de las vías respiratorias.

7.- Conectar un catéter estéril a la sonda que proviene de la fuente de succión: el catéter debe tener la mitad de diámetro del tubo traqueostomía.

Si el catéter es demasiado pequeño la succión resultara ineficiente. Por el contrario, si es demasiado grande puede lesionar el tejido y obstruir totalmente la vía aérea.

8.- Colocarse un guante estéril en la mano dominante. Deberá hacerse contacto con el catéter solo con la mano enguantada.

La técnica estéril sirve para prevenir que penetren organismo en el tracto respiratorio del paciente.

9.- Lubricar el catéter con solución salina normal fresca para cada aplicación. No suele recomendarse el agua bacteriostática.

La lubricación del catéter disminuye la irritación de las mucosas. La sustancia preservativa empleada en el agua bacteriostática tiene efectos de irritación sobre la mucosa.

10.- Probar el catéter con la solución salina normal para cerciorarse de que se encuentre abierto y en el correcto funcionamiento.

Toda dificultad mecánica potencial debe identificarse antes de insertar el catéter de succión.

11.- Instilar una jeringa de 4 a 5 ml de solución salina normal estéril y fresca en el tubo de traqueostomía cuando haya moco pegajoso y secreciones incrustadas en la superficie. Conviene no emplear agujas en la jeringa para instilar la solución.

La solución salina normal sirve para llevar el moco pegajoso facilitando su demolición mediante la succión. La aguja conectada en una jeringa puede desprenderse en introducirse en la traqueostomía.

12.- Introducir el catéter lenta y cuidadosamente entre 15 y 25 cm de la cánula interna y el conducto respiratorio sin cubrir la ventosa del entubado.

Las mucosas respiratorias pueden lastimarse cuando el catéter se introduce sin cuidado.

13.- Volver la cabeza de paciente hacia el lado contrario a la localización del catéter. Para succionar el bronquio izquierdo pídale que la vuelva hacia la derecha, y a la inversa si el paciente puede hacerlo.

Volver la cabeza proporcionara un acceso más fácil a la colocación del catéter en uno u otro bronquio.

14.- Oclusionar la ventosa y rotar suavemente el catéter en 360°, mientras se le retira lentamente del tracto respiratorio.

La rotación del catéter mejora la remoción de secreciones de las superficies circulares en los conductos aéreos.

15.- Aplicar succión solamente 10 segundos, nunca mas de 15 segundos a la vez. Concédase luego un periodo de reposo mas o menos de 2 a 3 minutos entre una y otra succión; peroxigenando nuevamente al paciente.

La succión extrae tantas secreciones como oxígeno del conducto respiratorio. Cuando la succión se prolonga el paciente padece un suministro insuficiente del gas.

16.- Irrigar el catéter con solución salina estéril entre una y otra succión.

El enjuagar el catéter previene la aplicación ineficiente de la succión desde un entubado parcialmente obstruido.

17.- Succionar la cánula interna siempre que sea necesario para mantener abierta y libre de moco. La frecuencia de succión puede ser cada 5 o 10 minutos cuando la traqueostomía se haya ejecutado recientemente; aunque cabe señalar que este procedimiento no puede verificarse mas de tres o cuatro veces al día.

La succión debe ejecutarse siempre que sea necesario para mantener el tracto respiratorio limpio y abierto, empero, su exceso irrita las mucosas.

18.- Oxigenar al paciente una vez que haya terminado la succión.

El suministrar oxígeno al paciente después de la succión restablece el agotado en la sangre.

19.- Desechar el guante y el catéter después de la succión, según las indicaciones de la institución.

Para preservar la técnica estéril el instrumental no debe volver a usarse.

20.- Guardar nuevamente los guantes y catéteres de succión que no hayan sido empleados

La traqueostomía puede requerir succión frecuente y en ciertos casos, inmediata para mantener una ventilación adecuada.

OBJETIVO:

Proporcionar bienestar físico y psicosocial al paciente.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Torundas.
- Carillas de algodón.
- Bandeja riñón o un recipiente.
- Toalla o compresa para el secado.
- Bolsa de desechos.

PROCEDIMIENTOS

- 1.- Explicar el procedimiento al paciente si esta en edad de entender.
- 2.- Preparar el material y equipo de traslado a la unidad.

FUNDAMENTACION, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACION

3.- Colocar al paciente en decúbito dorsal.

Una posición correcta permite la realización óptima de la aplicación de un tratamiento.

4.- Proteger la cabecera de la cama con una toalla o sabana.

5.- Depositar agua tibia en un recipiente.

6.- Tomar una torunda y humedecerla.

7.- Limpiar el ojo distal, con un solo movimiento, iniciando en el ángulo interno, invertir la torunda y terminar en el ángulo externo. Desechar la torunda.

La piel y mucosas son las primera líneas de defensa contra agentes patógenos.

8.- Limpiar el ojo con una torunda seca y desecharla.

La humedad favorece el desarrollo de microorganismos patógenos.

9.- Limpiar el ojo proximal.

La estimulación mecánica favorece la circulación sanguínea.
El secado perfecto ayuda a prevenir irritaciones.

10.- Para asear fosas nasales tomar un aplicador, humedecerlo y limpiar la fosa distal con movimientos rotatorios. Desechar el hisopo.

11.- Asear en igual forma la fosa proximal.

12.- Tomar un aplicador y humedecerlo. Limpiar el pabellón del oído distal. Repetir el procedimiento las veces necesarias. Limpiar en igual forma el oído proximal.

13.- Hacer el mismo procedimiento para asear el conducto auditivo externo.

El oído externo está constituido por el pabellón auricular y el conducto auditivo externo.

14.-Retirar el material y darle los cuidados necesarios.

LAVADO DE MANOS:

Son las maniobras mediante las cuales se asean las manos del paciente para proporcionar la limpieza, eliminar de manera temporal microorganismos y evitar contaminaciones.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Lebrillo.
- Recipiente con agua tibia (jarra u otro recipiente).
- Jabón.
- Toalla o compresa para el secado

PROCEDIMIENTOS

1.- Colocar al paciente en posición fowler o sedente.

2.- Extender la toalla o compresa sobre la cama a un lado del paciente y coloque sobre ella el lebrillo.

3.- Verte agua de la jarra en el lebrillo, introducir las manos del paciente, enjabonarlas, friccionarlas con suficiente jabón.

4.- Enjuagar las manos al chorro del agua y retirar el lebrillo.

5.- Secar las manos y lubricar en caso necesario.

FUNDAMENTACION, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN

La mayor parte de los individuos aprende las practicas higiénicas en su hogar y principalmente en su infancia.

La estimulación mecánica favorece la circulación sanguínea.

El agua corriente favorece el arrastre mecánico de microorganismo.

MEDIDAS DE CONTROL DE SEGURIDAD.

- Lavar las manos del paciente antes de cada alimento y después de las funciones de eliminación.

CAMBIO DE PAÑAL

OBJETIVOS:

- Ayudar a conservar la piel del niño en buenas condiciones.
- Favorecer la comodidad y bienestar del paciente.

MATERIAL Y EQUIPO.

- Pañales desechables o de tela.
- Tela adhesiva.
- Un riñón o lebrillo.

PROCEDIMIENTO

- 1.- Lavar las manos y preparar el equipo, llevarlo a la cama o cuna del paciente.
- 2.- Depositar agua tibia en el riñón o lebrillo.
- 3.- Quitar el pañal sucio y depositarlo en el agua correspondiente.
- 4.- Humedecer un pañal de tela con agua tibia, retirar con este los residuos de orina de glúteos y genitales.
- 5.- Si el niño tiene materia fecal en los genitales, llévelo hacia la arteza o lavable y lávelo de la cintura hacia abajo.

FUNDAMENTACION, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN

La regularidad de la defecación se refiere a la cantidad y frecuencia de las defecaciones.

Las reacciones del calor y frío se modifican por la forma y duración de la aplicación.

La región del recto aloja una flora permanente que no representa peligro para el niño. Sin embargo cuando esta flora invade otras partes del organismo, puede producir infecciones.

6.- Secar al niño perfectamente sin frotar la piel, solo haciendo ligera presión, lubrique si es necesario.

7.- Cuando se emplea pañal desechable, acostar al niño sobre el pañal y fijar las banditas adhesivas. Verificar que no quede ni muy apretado ni muy flojo. Se debe revisar el pañal con cierta frecuencia para evitar que la piel del niño se encuentre en contacto con mucho tiempo con la orina.

8.- Si el pañal es de teja, doble el pañal de modo que ajuste al cuerpo del niño. Las dos formas de doblar el pañal son el doblado en forma de cometa y el doblado rectangular. Coloque al pañal entre el bebe y dóblelo entre sus muslos.

9.- Colocar al niño en un ambiente limpio y confortable. Colocar los pañales en el recipiente correspondiente.

La humedad favorece el desarrollo de microorganismos patógenos.

Aunque se dice que los pañales desechables conservan seco al niño, de todas maneras es posible que la piel entre en contacto con la orina. Los pañales desechables deben ser cambiados con frecuencia.

El cuerpo del pañal debe quedar sobre los genitales de modo que absorba la orina y las heces. Sin embargo no debe formar mucho bulto ya que resulta incomodo y destructivo.

Los pañales sucios representan un medio adecuado para el crecimiento de bacterias y deben mantenerse alejados del lactante.

CORTE DE UÑAS

OBJETIVO:

Dar protección al paciente para evitar que se lastime.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Toalla de papel.
- Cortauñas.

PROCEDIMIENTO

1.- Colocar la mano distal del niño sobre la toalla y cortar las uñas a intervalos regulares.

FUNDAMENTACION, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN.

Realizar el corte de uñas en forma regular, evita que el se lastime o reseque.

2.- Realizar el mismo procedimiento con la mano proximal.

3.- Envolver la toalla que contiene las uñas y desecharla.

4.9 ALGUNAS TÉCNICAS UTILIZADAS EN LA ADMINISTRACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.

a) CONCEPTOS BÁSICOS Y SIMBOLOGÍA.

FARMACOCINETICA.- Es la rama de la farmacología que se dedica a estudiar el destino de los agentes químicos, es decir, estudia las diversas fases del movimiento de las sustancias en el cuerpo entre las que resaltan principalmente, la absorción, la distribución en el organismo, la eliminación, así como los factores que puedan influenciar la seguridad o efectividad de un agente administrado y las propiedades físicas del mismo.

FARMACODINAMIA.- Es la rama de la farmacología que se dedica al estudio de las acciones y los efectos de las sustancias químicas a todos los niveles de organización de la materia viviente, es decir, estudia el mecanismo de la acción de los fármacos.

FARMACOLOGÍA.- Del griego Pharmacos - medicamento y logos - tratado. Es la ciencia que estudia el perfil de la actividad biológica que poseen las sustancias químicas, así como todo lo relacionado a su origen o fuente constituyentes, propiedades físicas y químicas, efectos deseables e indeseables²⁴, farmacocinética y farmacodinamia, relación estructura - actividad o farmacología molecular, asimismo, dosis, intervalo de dosificación, vías de administración, usos, indicaciones, interacciones y contraindicaciones, etc.

FÁRMACO.- Es toda aquella sustancia química que influye sobre los procesos biológicos. Cuando por su actividad se utiliza en la terapéutica para mitigar, diagnosticar, prevenir o curar enfermedades se denominan medicamentos²⁵.

²⁴ FFREY L. BLYNER (1998). Cuidados Intensivos en Pedriatria p. 28

²⁵ Idem p. 29

DROGA.- Es toda sustancia que introducida en el organismo vivo produce modificaciones de una o mas funciones de este. También se considera como cualquier sustancia o mezcla de sustancias distintas de las necesarias, en condiciones normales para la conservación de la salud, cuya administración modifica las funciones biológicas y posiblemente también la estructura del organismo.

DOSIS.- Es la cantidad necesaria de un medicamento que debe administrarse en un momento dado en un ser vivo para producir un efecto determinado (biológicamente) o específico²⁶. Por lo general se administra en función del peso corporal (mg/kg) y la dosis necesaria se puede calcular para administrarse en una sola ocasión o por días, semana, meses, etc. En pediatría puede administrarse en función de la superficie corporal.

DOSIS LETAL.- Es aquella que ocasiona la muerte²⁷, su estudio es eminentemente preclínico en animales de laboratorio en los cuales se detecta la dosis letal media (DL50) misma que se defina como aquella capaz de producir la muerte en el 50% de los animales que la reciben.

TOXICOLOGÍA.- Rama de la farmacología que estudia los efectos nocivos de los tóxicos (incluyendo fármacos y medicamentos) en los sistemas biológicos, conociendo los mecanismos de producción y las condiciones en que ocurren las intoxicaciones.²⁸

EFFECTOS SECUNDARIOS.- Es la complicación en el uso de un fármaco que no ocurre como parte de la actividad farmacológica primaria de esta, sino que puede ser consecuencia de ella.²⁹

POSOLOGÍA.- Es considerada como el estudio de la dosificación, es una de las características mas importantes y trascendentales de la farmacología en la terapéutica ya que en un porcentaje importante las fallas en la farmacoterapia resultan del uso incorrecto de los medicamentos indicados, tanto en los momentos de calcular la dosificación y de establecer el intervalo de administración o la duración total del tratamiento como en el momento de efectuar la prescripción.³⁰

DOSIS TERAPEUTICA.- Es la que produce un efecto deseable o beneficio en el paciente.

²⁶ SUSANA ROSALES BARRERA. Fundamentos de Enfermería p.143

²⁷ Idem p. 244

²⁸ Idem p. 244

²⁹ Ibidem. 244

³⁰ Ibidem p. 245

SOLUCIÓN.- Es la combinación de un solvente y un soluto.

ABSORCIÓN.- Es el paso del fármaco hasta el torrente circulatorio.³¹

EFECTO.- Es el resultado final de las interacciones fisicoquímicas que tienen lugar entre el fármaco y las moléculas del organismo.³²

SINERGISMO.- Es el efecto que los medicamentos producen en forma igual o mayor de la suma de los efectos individuales.³³

ANTAGONISMO.- Es el resultado que produce un efecto menor en la suma de los efectos individuales.³⁴

SIMBOLOGÍA.

Ac.- antes de cada alimento.

po.- después de la comida.

bid.- dos veces al día.

cap.- cápsula.

cc.- centímetro cúbico.

cm.- centímetro.

prn.- por razón necesaria.

tab.- tabletas.

kg.- kilogramo.

g.- gramo.

mg.- miligramo.

IM.- intramuscular.

IV.- intravenoso.

³¹ SUSANA ROSALES BARRERA. Fundamentos de Enfermería p. 290

³² Idem p.292

³³ Idem p.292

³⁴ Idem. 292

mEq. - miliequivalentes.

sol. - solución.

b) DOSIFICACION Y DILUCIONES.

DOSIS:

La intención de establecer una concentración terapéutica en los líquidos corporales o una determinada cantidad total del fármaco esta basada en una programación racional de dosis, o cantidad de agente terapéutico que se administra en una sola vez. Desde el punto de vista del efecto que se desea, las dosis son:

Inicial.- Primera dosis que se administra.

Mínima.- Cantidad de medicamento capaz de producir u efecto terapéutico.

Máxima.- Cantidad mayor de medicamento que puede administrarse sin riesgos de reacciones tóxicas.

De mantenimiento.- Es la dosis que sostiene el efecto producido por la dosis inicial.

Diaría.- Cantidad de medicamento que se debe administrar en 24 horas.

Fraccionada.- Dosis total del medicamento administrado a intervalos.

Tóxica.- Cantidad de medicamento que produce reacciones indeseables o yatrogenas.

En la clasificación de fármacos deben considerarse los siguientes factores:

- Variación individual en cuanto a respuesta biológica.
- Edad.
- Peso.
- Sexo.
- Grado de tolerancia del medicamento.
- Momento y vías de administración.
- Velocidad del medicamento.
- Tipo de enfermedad.

La dosis esta determinada por la cantidad total del fármaco que el organismo requiere, por la potencia biológica del fármaco y por la distribución de este en el organismo.

Toda dosificación de los preparados farmacológicos debe estar amparada por una prescripción médica o receta excepto cuando se presentan casos de urgencia o en unidades de terapia intensiva en donde existen rutinas de aplicación de medicamentos para situaciones de urgencia.

c) FÓRMULAS PARA CALCULAR LA DOSIS.

La mayor parte de los medicamentos viene en dosis preempacadas apropiadas para administrarse en adultos. Los lactantes y niños suelen recibir una parte de las dosis, cuya determinación se hace como fracción de la dosis ordinaria de un adulto. El cálculo de la dosis pediátrica se basa en el peso corporal o superficie corporal como ya se había mencionado previamente, se realiza de la forma siguiente:

1.-REGLA DE CLARK (cálculo con base en el peso): divida el peso del niño por 150 y multiplíquelo por la dosis ordinaria para adulto.

$$\frac{\text{Peso del niño} \times \text{dosis del adulto}}{150} = \text{dosis segura para el niño}$$

2.-Cálculo con base en la superficie corporal: para calcular con base en la superficie corporal, debe usarse un medio para determinar la superficie corporal del niño. Se dispone de escalas numéricas gráficas, llamadas monogramas, para hacer este cálculo. La fórmula se basa en una dosis de 100% para el adulto en la persona que pesa cerca de 70 Kg y con una superficie corporal aproximada de 1.7 metros cuadrados.

$$\frac{\text{Superficie corporal del niño en metros Cuadrados} \times \text{dosis ordinaria para el adulto}}{1.7 \text{ metros cuadrados}} = \text{dosis segura para el niño}$$

d) VÍAS DE ADMINISTRACIÓN.

Este término se refiere al tejido o cavidad a través del cual se introduce o aplica un medicamento. Las vías de administración de los medicamentos se clasifican desde el punto de vista de absorción y con relación al aparato digestivo.

Desde el punto de vista de su relación con el aparato digestivo se subdivide en: enteral y parenteral. La primera es la que tiene relación con el tracto digestivo e intestinal y el segundo se refiere a cualquier vía que no requiere la absorción del medicamento a través de la membrana entérica hacia la circulación sanguínea portal, a su vez esta es local (piel y mucosas) y sistémica (respiratoria e inyectable).

Para la administración del medicamento los procedimientos más usuales son: por vía enteral (bucal y rectal), por vía inyectables (endovenosa, intramuscular, subcutánea, intradínamica) por instilación (oftálmica, ótica y nasal) y la administración de oxígeno (por sonda nasal, cánula nasal, mascarilla facial y por tienda de oxígeno).

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA BUCAL

Es el procedimiento que permite el paso de medicamentos a la circulación sistémica, a través de la boca⁽³⁹⁾.

OBJETIVO:

Lograr un efecto en el organismo mediante el poder de absorción que tiene el tracto digestivo.

MATERIAL Y EQUIPO:

Charola con:

- Equipo básico
- Vasos graduados o conos

PROCEDIMIENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA ORAL.

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTACION, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACION.
1.- Identificar al paciente.	La identificación del paciente es una de varias formas de evitar errores en la administración de medicamentos.
2.- Poner el medicamento en una jeringa desechable.	La absorción del fármaco administrado por vía bucal generalmente se realiza en el intestino delgado.
3.- Elevar la cabeza y los hombros del lactante, bajar su barbilla con el pulgar para abrirle la boca.	La comodidad, economía y seguridad, son ventajas de la administración de medicamentos por vía oral.

4.- Colocar la jeringa a la mitad de la lengua y verter lentamente el medicamento sobre ella.

5.- Soltar el pulgar y dejar que el niño degluta.

Las suspensiones o preparaciones coloidales se absorben mas lentamente que las soluciones acuosas.

La presentación, olor y sabor son factores que influyen en la aceptación o rechazo de los medicamentos.

EN PREESCOLARES

1.- Colocar el medicamento liquido en una jeringa; una copita para medicina o una cuchara; una vez que se mida con precisión con una jeringa.

2.- Elevar la cabeza y los hombros del niño.

3.- Apretar la copita y ponerla en los labios del niño o colocar la jeringa en su boca y expulsar lentamente el medicamento. Es posible que el niño prefiera utilizar las cucharitas conocidas.

4.- Darle tiempo para que degluta.

5.- Permitirle que sostenga la copita del medicamento, si puede hacerlo, y que lo tome a su paso (puede ser un método agradable). Ofrecer su bebida favorita si no esta contraindicado.

La explicación del medicamento debe ser de acuerdo a la comprensión del niño.

El sabor, la irritación gástrica, el efecto sobre la dentadura, la medición de la acción y el uso limitado de medicamentos, son desventajas que tiene la administración de medicamentos por vía oral.

La presentación, el olor y sabor son factores que influyen en la aceptación o rechazo de los medicamentos.

NIÑOS EN EDAD ESCOLAR

1.- Cuando el niño tiene suficiente edad para tomar el medicamento en tabletas o cápsulas, debe enseñársele a colocarlo cerca de la parte posterior de la lengua y que tome de inmediato un liquido, como agua o jugo de frutas.

La absorción del medicamento en el tracto digestivo, se debe a difusión simple a través de la membrana.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAMUSCULAR.

Es la introducción de medicamentos o productos biológicos al sitio de acción, mediante punción en diferentes tejidos corporales.³⁵

OBJETIVO:

Lograr que el fármaco se distribuya al sitio de acción en un tiempo relativamente corto.

MATERIAL Y EQUIPO.

- Charola con equipo básico específico (jeringas adecuadas al volumen del medicamento, agujas hipodérmicas, torundas alcoholadas).

PROCEDIMIENTO.

1.- Preparación del medicamento de acuerdo a la prescripción médica en la forma siguiente:

- Extraer el líquido o bien mezclar el soluto y la solución, previa asepsia de la ampolleta o frasco ampola.
- Cambiar la aguja de extracción por la que se va a utilizar protegiéndola con el recipiente del medicamento, protector o gasa estéril.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN.

La administración del medicamento requiere de una técnica aséptica.

La introducción de partículas en el medicamento incrementa la formación de hemólisis o aglutinación del medicamento.

El medio ambiente contiene microorganismos patógenos y no patógenos.

LACTANTES.

1.- Escoger un sitio aceptable.

En lactantes el glúteo mayor y el deltoides, están poco desarrollados y las inyecciones en dichos sitios pueden provocar, daños a los troncos nerviosos.

³⁵ SUSANA ROSALES BARRERA. Fundamentos de Enfermería p. 305

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

2.- Colocar al paciente en posición indicada, para cada vía de administración, previa protección del paciente.

La alineación corporal equilibrada ocasiona un mínimo de tensión muscular.

3.- Limpiar la región con torundas alcoholadas u otra solución antiséptica.

La punción es un acto quirúrgico que requiere de técnica antiséptica.

4.- Extraer el aire de la jeringa.

La mezcla de aire y medicamento puede provocar interacción adversa.

5.- Inyectar en el cuadrante superior y externo del muslo, insertando la aguja siguiendo un ángulo de 45° hacia abajo en dirección de la rodilla.

La distribución de fármacos esta basada en el tipo de moléculas de este y el porcentaje de líquidos corporales.

6.- Retirar la aguja hipodérmica fijando la región y haciendo presión inmediata sobre el sitio de punción con una torunda.

La presión sobre el sitio puncionado evita la salida de solución o sangre.

En niños preescolares y escolares los sitios de elección para aplicar inyecciones son:

- a) Cuadrante superior externo de la región glútea. Solo deben usarse después de que el niño ha caminado por un año o mas, ya que estas se desarrollan hasta que el niño empieza a caminar.
- a) Abductor glúteo mediano.- Este sitio proporciona una masa muscular densa en la que prácticamente no hay peligro de lesionar algún nervio o vaso.
- b) Deltoides.- puede utilizarse en niños mayores.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR INSTILACIÓN OFTÁLMICA, ÓTICA Y NASAL.

Son la serie de acciones que permiten la aplicación gota a gota de un medicamento en una superficie o cavidad orgánicas.³⁶

³⁶ Idem p. 320

OBJETIVOS:

Aliviar molestias estomacales.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Charola con medicamento o soluciones prescritas.
- Torundas de algodón.

PROCEDIMIENTO

1.- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad clínica previa identificación y explicación del procedimiento.

2.- Llenar el gotero con el medicamento o solución prescritos.

3.- Colocar al paciente en posición adecuada, según el sitio de aplicación, para lograr por gravedad, la difusión de la solución o el medicamento.

4.- previa limpieza de la cavidad o superficie orgánica, aplicar la dosis prescrita sosteniendo perpendicularmente el gotero.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN

Las reacciones emocionales están estrechamente relacionadas con el tipo de orientación ofrecida al individuo.

La solución salina isotónica carece de movimientos de partículas osmóticamente activas.

La solución requerida en el paciente para instilar la solución o medicamento en:

CAVIDAD OFTALMICA.- Decúbito dorsal o fowler con la cabeza apoyada para mantener levantado el mentón y la mirada hacia arriba.

CAVIDAD OTICA.- Decúbito lateral o sedente que facilite una dirección recta del conducto auditivo externo.

CAVIDAD NASAL.- Decúbito dorsal o sedente con la cabeza en hiperextensión y lateral correspondiente al sitio de aplicación.

Las lagrimas, exudados, cerumen o moco en grandes cantidades, impiden el contacto de la solución o medicamento con la mucosa correspondiente.

5.- limpiar el exceso de solución o medicamento y conservar al paciente en la misma posición y en reposo durante 2 a 5 minutos para evitar la salida de la solución o medicamento.

Un tiempo relativamente corto favorece la difusión del medicamento en cavidad o superficie orgánica.

6.- dejar cómodo al paciente y retirar el equipo para su limpieza correspondiente.

Los datos relacionados con las observaciones y comunicación al plan de atención del paciente.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAVENOSA.

OBJETIVOS:

Lograr el efecto del fármaco en un tiempo mínimo.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Equipo de punción venosa o bien jeringa de 5ml y agujas calibre de 16 a 22 según sea el caso.
- Frasco con el producto indicado.
- Equipo de venoclisis.
- Tela adhesiva.

PROCEDIMIENTO

1.- preparar el medicamento; la solución con o sin medicamentos agregados, sangre o elementos sanguíneos.

2.- En caso de venoclisis o transfusión sanguínea, instalar el equipo correspondiente al frasco o bolsa de solución o sangre y purgarlo cubriendo la aguja con un tubo protector.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN

Las soluciones muy ácidas o muy alcalinas o de sales de metales pesados precipitan las proteínas y facilitan la formación de embolias.

Venoclisis es la introducción de un líquido en forma continua al torrente circulatorio, a través de una vena en un tiempo determinado.

GOTEO INTRAVENOSO.

3.- la elección del sitio adecuado para inyectar el medicamento en una línea intravenosa depende de la dilución correcta del fármaco; la velocidad de administración del líquido intravenoso que tolere el niño.

ACUESTAS.- se une un segundo recipiente que incluya el fármaco y un volumen de líquido relativamente pequeño al sitio de inyección en el tubo del equipo primario de administración, y se deja que fluya durante 20 minutos a dos horas.

DOSIS MASIVA.- es la inyección rápida de un volumen pequeño de fármaco directamente en la sonda o el tubo intravenoso con aguja y jeringa.

CONTROL DE VOLUMEN.- inyectar el medicamento en una bolsa portainyección de goma para el control de la administración.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA

Es el procedimiento por el cual se introduce una sustancia inyectable en el tejido subcutáneo.³⁷

OBJETIVO:

Introducir medicamentos que requieren de absorción lenta por vía parenteral.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Equipo básico específico
- Jeringa con escala en UI y agua hipodérmica de calibre 26-27, con bisel corto y longitud de 1 a 2.5cm según el tejido adiposo existente.

³⁷ SUSANA ROSALES BARRERA. Op. Cit. p. 318

PROCEDIMIENTO.

- 1.- Colocar al paciente en decúbito dorsal o sedente, de acuerdo al punto de punción.
- 2.- Seleccionar y puncionar la región para introducir lentamente la solución correspondiente.
- 3.- retirar y presionar la región puncionada con torunda aséptica.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN.

Las regiones supradeltaideas de cara externa del muslo e hipogástricas, son sitios frecuentemente utilizadas para la punción subcutánea.

La punción frecuente en un mismo sitio incrementa la formación de tejidos fibrosos.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADERMICA

Es el procedimiento por el cual, se introduce una sustancia inyectable de bajo de la epidermis.³⁸

MATERIAL Y EQUIPO:

- Charola con equipo básico.
- Jeringa equilibrada en décimas o de insulina.
- Aguja hipodérmica calibre 26 o 27.

PROCEDIMIENTO.

- 1.- Colocar al paciente en decúbito dorsal o sedente, de acuerdo a su estado físico.
- 2.- seleccionar y puncionar, el sitio correspondiente para introducir lentamente la solución señalada.
- 3.- retirar aguja y secar el excedente de líquidos en piel, evitando masaje o presión al término de la punción.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN.

La región de la cara anterior del antebrazo y la región subescapular son sitios preferidos para la punción intradérmica.

La capa de células con queratina o capa cornea, impiden la penetración de sustancias hidrosolubles.

El masaje o presión sobre la región puncionada favorece la salida de la solución aplicada, por lo que debe evitarse.

³⁸ Idem p. 320

e) REGLAS GENERALES Y PRECAUCIONES EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.

Es responsabilidad del personal de enfermería:

- Administrar solamente medicamentos prescritos por el médico.
- Verificar que la prescripción contenga el nombre del fármaco, dosis, vía y horario de administración.
- Consultar en caso de duda.
- Conservar los medicamentos en su envoltura original.
- Preparar los medicamentos del horario correspondiente.
- Leer detenidamente con toda atención las tarjetas de prescripción médica y llevar a cabo la regla de oro y de los cinco correctos que a continuación se mencionan.

REGLA DE ORO.

1.- leer tres veces la etiqueta del frasco

- cuando tome el frasco del anaquel.
- Inmediatamente antes de verter el medicamento.
- Al devolver el frasco en su lugar.

2.- rectificar que las diluciones o fracciones sean las correctas

3.- no tocar los medicamentos con los dedos.

4.- no aplicar medicamentos de apariencia dudosa.

5.- en caso de reacción inesperada al medicamento avisar de inmediato al médico de guardia.

REGLA DE LOS CINCO CORRECTOS.

1.- fármaco correcto.

2.- dosis correcta.

3.- vía correcta.

4.- paciente correcto.

5.- hora correcta.

Aunque no es responsabilidad de la enfermera determinar las dosis de los medicamentos, si esta obligada a conocer los límites de seguridad de dichas dosis de fármacos que se administran al niño.

El personal de enfermería debe tener conocimiento en cuanto a:

- a) acción del medicamento, absorción, desintoxicación y excreción relacionada con la madurez e índice metabólico del niño.
- b) Los R.N. y lactantes prematuros requieren dosis menores por:

- 1.- carencia o disminución de enzimas detoxicantes.
- 2.- disminución de la función renal eficaz.
- 3.- los cálculos para la dosis que se basan en el peso tienen limitaciones.
- 4.- estar pendiente de una prescripción que pudiera ser inadecuada para el niño.

f) TRANSFUSIÓN SANGUINEA.

Es uno de los recursos terapéuticos empleados con frecuencia en pacientes con padecimientos hematológicos.³⁹

OBJETIVO:

Restablecer el volumen de agua circulante.
 Combatir infecciones por leucocitos o anticuerpos disminuidos o defectuosos.

MATERIAL Y QUIPO.

Equipo para la administración de sangre y componentes.
 Sangre o componentes sanguíneos.
 Aguja (calibre 19 o mayor).
 Solución salina normal.
 Antiséptico dérmico.
 Torundas
 Tablilla para inmovilización
 Sujetador
 Sabana o campo

PROCEDIMIENTO.	FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN.
1.- Explicar al paciente el procedimiento a realizar y dar preparación emocional.	
2.- verificar la identificación del paciente, comparándola con la etiqueta de compatibilidad sanguínea, y en el expediente y etiqueta de la bolsa grupo y tipo de sangre.	Es la función mas importante de la enfermera, prestar meticulosa atención de los detalles para no administrar la sangre equivocada, lo que pudiera ocasionar una reacción quizás mortal.
3.- si no esta canalizado realizar el procedimiento antes de traer ala sangre .	La sangre salida del refrigerador más de 30 minutos (a una temperatura mayor de 10°C) no puede usarse.

³⁹ E.N.E.P. Plan de Enseñanza Clínica. 2º. Semestre p. 308

4.- medir y registrar los signos vitales durante el procedimiento.

A través de los signos vitales podemos identificar posibles complicaciones.

5.-prepara el sitio de administración, elegir venas de gran calibre que le den al paciente cierto grado de movilidad.

la restricción durante el tratamiento son incomodas para el paciente y el producto administrado

6.- iniciar el goteo lentamente a 2ml/min. , permanecer a la cabecera durante 15 a 30 min. Si no hay signos de reacción adversa o sobre carga circulatoria el ritmo de goteo puede aumentarse.

El ritmo de goteo varía según el estado del paciente y el producto administrado. Los signos o síntomas de reacción nociva suelen manifestarse durante la administración de los primeros 50 a 100 ml. de sangre.

7.- observar estrechamente al paciente y verificar los signos vitales por lo menos cada hora halla transcurrido una hora después de la transfusión.

Pueden ocurrir reacciones agudas en cualquier momento, durante la transfusión y después de esta.

Debido a que para el cuerpo puede ser un desequilibrio momentáneo, registrara la siguiente información en el expediente del paciente.

- Producto y volumen transfundidos.
- Hora de comienzo y termino de la transfusión.
- Nombre de la persona que realizo el procedimiento.
- Reacciones del paciente durante la transfusión.

PRECAUCIONES:

- Nunca calentar la sangre ni ponerle hielo.
- Transfundir como máximo en tres o cuatro horas.
- En caso de separarse el suero de los elementos figurados, colocar la bolsa de sangre sobre una mano y moverla lentamente en forma rotatoria para mezclar.

g) TÉCNICA DE APLICACIÓN DE INSULINA

Las dosis y tipos de insulina se determinan con base en los resultados de la vigilancia de la glucosa de la sangre.

En general se prescribe una combinación de cerca de un tercio de insulina de efecto breve y dos tercios de insulina de efecto intermedio, que se administra una o dos veces al día.

La insulina debe darse media hora antes del desayuno. Si se prescribe insulina en dosis divididas, debe darse media hora antes del desayuno y media hora antes de la cena.

Se debe desarrollar un plan sistemático para las inyecciones, en que se insista en la rotación de los sitios, en esta forma transcurrirán varias semanas antes de que se inyecte en el mismo lugar otra vez.

Las áreas más aceptables para inyecciones en niños son los brazos y muslos, pero también pueden utilizarse las regiones más externas del abdomen o las caderas.

Hay que utilizar un diagrama que muestre los sitios de inyección para cambiarlos adecuadamente. Estos sitios pueden marcarse día a día hasta que se familiarice con la rutina. Las inyecciones se inician en la equina superior del área que se utilizará. Las siguientes inyecciones se separan unos 2.5 cm, aplicándolas en hilera.

Cuando se completan todas las hileras de un área, se inician las inyecciones en la siguiente.

GUÍA PARA LA LOCALIZACIÓN DEL SITIO.

- 1.- BRAZOS.- comenzar abajo del músculo deltoides y terminar unos 10 centímetros arriba del codo. Iniciar en la línea media y seguir hacia fuera lateralmente, utilizando solo la superficie externa.
- 2.- PIERNAS.- comenzar unos 10 cm debajo de la cadera y terminar unos 10 cm arriba de la rodilla. Iniciar en la línea media y seguir hacia fuera lateralmente utilizando solo la superficie anteroexterna.
- 3.- ABDOMEN.- evitar la línea de la cintura y 2.5 cm alrededor del ombligo.
- 4.- CADERAS.- utilizar el cuadrante superoexterno de los glúteos.

TIPOS DE INSULINA DURACION (horas)	PRINCIPIO (horas)	ACTIVIDAD MAXIMA
Regular 6-8	½-1	2-4
Semilenta 10-12	½-1	2-4
NPH 24	2	4-12
Lenta 24	2	8-10
Ultralenta 36	4-8	14-10

Utilizar la insulina a temperatura ambiente

El frasco que se utiliza puede conservarse a la temperatura ambiente sin que pierda de manera apreciable su potencia.

Mezclar la solución girando el frasco ampula entre las manos.

No agitarlo con energía.

Administrar la insulina por vía subcutánea intradérmica para evitar reacciones cutáneas locales y facilitar su absorción.

Después de la inyección hacer presión firme con su torunda alcoholiada para evitar hemorragia.

Observar de cerca la piel para observar signos de irritación.

Ver si hay en la piel algún exantema que indique reacción alérgica a la insulina.

Conocer los factores que determinan variaciones en las variaciones de las necesidades y el uso de la insulina, en particular el ejercicio y las infecciones.

4.10 TÉCNICAS PARA LA HIDRATACIÓN.

HIDRATACIÓN:

En lactantes y niños pequeños, las proporciones de agua y grasa corporal son diferentes a la de los adultos. El agua corporal de un recién nacido constituye casi el 80% de su peso, en comparación con el varón adulto promedio que se aproxima a 60%.

En los lactantes aproximadamente la mitad de agua corporal se encuentra en las células, mientras que en el adulto unos dos tercios del agua corporal se encuentra en las células.

Los principios básicos del equilibrio de líquidos determinan que en los niños la magnitud de las pérdidas de líquidos sea mucho mayor que en los adultos, ya que los niños están propensos a trastornos graves del aparato gastrointestinal, que ocasiona diarreas y vómito.

ALGUNOS DE LOS METODOS QUE PODEMOS EMPLEAR EN LA HIDRATACIÓN DE LOS NIÑOS SON:

A)HIDRATACIÓN ORAL:

Son las acciones por medio de las cuales se proporcionan líquidos necesarios para satisfacer los requerimientos hídricos a través de la absorción de las sustancias en el tracto digestivo.⁴⁰

OBJETIVOS :

Reponer los déficits preexistentes que puedan ocurrir por diarrea o vómitos prolongados o graves.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Vaso estéril con solución indicada.
- Bolsa de papel.
- Cuchara o jeringa.
- Sobre de electrolitos orales.
-

PROCEDIMIENTO.

- 1.- Llevar el material a la unidad del paciente. Revisar las indicaciones medicas
- 2.- Tome los vasos correspondientes y prepare los electrolitos.
- 3.- Hacer el cambio de pañal en caso necesario, lavarse las manos y cargar al niño en brazos.
- 4.- Realizar el método de alimentación con jeringa, cuchara o vaso.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN.

La verificación de las ordenes medicas ayudan a reducir errores en la administración.

Prevenga la contaminación al reducir los microorganismos mediante el lavado de manos.

⁴⁰ MENDOZA L. CONSUELO. X Curso de Enfermería Pediátrica p. 81

MEDIDAS DE CONTROL Y SEGURIDAD.

- Ofrecer la cantidad de líquidos según la indicación médica.
- Observar signos de desequilibrio hidroelectrolítico.

B)VENOCLISIS: Es la introducción de una sustancia directamente en la vena del lactante o niño. ⁴¹

OBJETIVO:

- Suministrar nutrición básica.
- Restablecer o conservar el equilibrio de líquidos y electrolitos.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Solución IV, según la orden médica.
- Tubería IV con un recipiente de medición graduado para el líquido que está en la tubería (Metriset).
- Bandeja con solución antiséptica, liga, torundas de algodón, cinta adhesiva, jeringa de 10 ml de solución salina normal.
- Equipo portasuero.
- Punzocats calibre 21, 22, 23.
- Dispositivo de restricción.

PROCEDIMIENTO.

1.- Lavarse las manos y llevar el material y equipo al cuarto clínico.

2.- Verificar que el frasco o bolsa de la solución sean los indicados por el médico. Si se añade cualquier medicamento al frasco, rotular la botella con el nombre del medicamento, cantidad, hora y fecha en que se añadió y nombre de la persona que lo hizo.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN.

La identificación apropiada evita errores. Asegúrese que la solución correcta se administre al paciente correcto, es parte de la responsabilidad de la enfermera.

⁴¹ Idem p. 82

3.- Sacar todo el aire de la tubería al permitir que el líquido corra por ella antes de ocluirla. Llene la cámara graduada hasta el nivel deseado. Golpee con suavidad la tubería en el sitio de burbujas de aire que queden, y permita se eleven al espacio aéreo en el cilindro, donde no penetran en el paciente.

4.- Poner al niño de corta edad en restricción tipo momia. El niño de mayor edad puede ser sujetado por otra enfermera.

5.- Limpiar muy bien la zona de venopunción deseada con solución antiséptica.

6.- Fije la tubería que proviene de la bolsa o frasco IV a la mesa de tratamiento o cama antes de hacer la venopunción. Déjela suficientemente suelta para poder maniobrar con facilidad la aguja y la tubería.

7.- Inserte la aguja en la vena. Verificar que la colocación sea dentro de un vaso sanguíneo por uno de varios métodos. La aparición de sangre significa que la aguja está en vena. Fije con seguridad la aguja en su sitio por medio de cinta adhesiva una vez que se haya unido a la tubería. Si la aguja está en vena, debe aparecer sangre en la tubería. Si se usa este método, el frasco debe elevarse y permitir que el líquido comience a fluir pronto para que la sangre no se coagule en la aguja.

El aire puede causar embolia gaseosa. No debe administrarse al niño. La gravedad hace que el líquido gotee, pero cuanto más alto sea el nivel de la bolsa, mayor será la velocidad de goteo del líquido.

Debe inmovilizarse al niño durante la inserción de la aguja para evitar el traumatismo innecesario y la contaminación o el desplazamiento de la aguja.

La reducción del número de microorganismos en la zona disminuye la posibilidad de contaminación accidental durante la venopunción.

El peso de la tubería que oscila con libertad es suficiente para sacar la aguja de la vena después de la venopunción si no se fija.

La presión venosa normal basta para empujar la sangre fuera de las venas si no hay presión contraria. Con la ayuda de la gravedad o la presión negativa de la jeringa de aspiración, la sangre fluye con facilidad fuera de la vena, lo que indica que la aguja está en sitio correcto y es permeable.

8.- Ajuste la venoclisis a la velocidad prescrita por el medico. En lactantes y niños se recomienda una bomba de goteo calibrada como medida de seguridad adicional. La velocidad debe ajustarse mientras el lactante esta tranquilo; verificarlo cada hora para asegurarse que se conserve.

Los tres principales factores que influyen sobre la velocidad del flujo son: presión, calibre de la tubería y viscosidad del liquido. Si el lactante esta llorando, los vasos se constriñen, y permiten el paso excesivo de líquidos durante los periodos tranquilos cuando los vasos se dilatan.

9.- Sujete al niño con un dispositivo restricción de codo o con una tabla braquial con imperdibles para asegurarse que la aguja no se desplace del brazo.

El objetivo de la restricción es limitar el movimiento de las extremidades del niño, que causa tensión en la vena y desplaza.

CÁLCULO DE GOTEO CON UN EQUIPO NORMAL.

POR MINUTO (20 gotas por ml).

- Dividir la cantidad de líquidos entre el numero de horas en que debe pasar, así obtendrá la cantidad que pasara en una hora.
- Dividir el resultado entre tres. Este será el numero de gotas que pasaran en un minuto.

SI UTILIZA MICROGOTERO (60 gotas por ml).

- Únicamente dividir la cantidad de solución entre el numero de horas y este será el numero de gotas por minuto que pase.

C)VENODISECCIÓN.

Procedimiento de cirugía menor que consiste en practicar disección de una vena, colocarle un catéter y pasar líquidos.⁴²

MATERIAL Y EQUIPO:

- El utilizado para venoclisis.
- Equipo para venodisección.
- 1 catéter de silastic o polietileno de calibre adecuado a la edad del niño.

⁴² Ibidem p. 85

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN.
1.- Lavarse las manos.	
2.- Identificar al niño, dar la preparación emocional de acuerdo a su edad y conducirlo al cuarto clínico.	El procedimiento será menos traumático para el niño si se le permite cooperar y no esta atemorizado o resiste.
3.- Colocar al niño en la mesa de exploración, descubrir la región seleccionada e inmovilizar al niño.	Las restricciones pueden aflojarse después de algún tiempo y deben ajustarse para que el niño este seguro.
4.- Ayudar al medico en lo que sea necesario.	
5.- Tranquilizar y dar confianza al niño.	El procedimiento suele alterar a los niños. Si llora y esta molesto, hay que tranquilizarlo.
6.- Una vez terminada la disección conectar el adaptador del equipo al punzocat.	La presión de la pared de la vena contra el orificio de la aguja reduce o detiene el flujo del liquido.
7.- Colgar la solución a 45 a 60 cm por arriba del sitio de punción.	La presión venosa normalmente es mayor que la presión atmosférica. Los líquidos IV fluyen de la zona de presión de mayor a menor.
8.- Fijar el catéter con tela adhesiva.	El músculo liso de la vena no produce resistencia al movimiento de la aguja.
9.- Ajustar el flujo del liquido IV a la velocidad especificada por el medico.	Tres factores principales influyen sobre el ritmo de flujo: gradiente de presión, calibre de la tubería y viscosidad de la solución.
10.- Dar los mismos cuidados que se describen para venoclisis.	

4.11 TÉCNICAS PARA EVITAR CONTAMINACIÓN EN LA ELIMINACIÓN.

Los líquidos y residuos de alimentos que nos son aprovechados por el organismo, son productos del desecho del metabolismo y se eliminan por piel, pulmones, vías urinarias e intestinales, por este último a través de la defecación, que es el proceso digestivo mecánico final. La eliminación intestinal en condiciones normales se efectúa a través del recto y del ano por medio del excremento formado por una masa sólida constituida por alimento no digerido.

Para brindar una atención adecuada al paciente en sus necesidades de eliminación es necesario que el personal de enfermería tenga ciertos conocimientos que son:

- Conocimiento de la estructura y función del aparato digestivo.
- Conocimiento de la causa o factores que puedan alterar el adecuado funcionamiento del aparato digestivo.
- La forma de orientar al paciente sobre los hábitos higiénicos en la eliminación intestinal.

a) COLOCACIÓN DEL CÓMODO.

Son las maniobras que se realizan para ayudar al paciente encamado a que efectúe sus funciones de eliminación renal e intestinal para identificar las características y cantidad de los desechos orgánicos.⁴³

OBJETIVO:

Fomentar hábitos salubres o regular la eliminación intestinal o urinaria.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Cómodo.
- Papel sanitario.
- Toallas desechables.

PROCEDIMIENTO.

- 1.- Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del paciente.
- 2.- Lavarse las manos.
- 3.- Cubrir el cómodo con una toalla de papel, en la parte que quedara en contacto con el paciente.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACION.

⁴³ E.N.E.P. Plan de Enseñanza Clínica 2º Semestre p. 232

4.- Acostado el paciente en decúbito dorsal pedirle que doble sus rodillas.

La interpretación oportuna del comportamiento ante el deseo de evacuar, permite establecer reglas para melodizar el peristaltismo intestinal.

5.- Colocar una mano bajo la cadera del paciente y ayudarlo a levantar la región glútea, y con la otra mano introducir el cómodo.

La defecación es un acto voluntario.

6.- Observar que el camisón o pijama no se mojen.

El colon posee movimientos de peristalsis, los que conducen el contenido intestinal hacia el ano.

7.- Cubrir al paciente con una sabana.

8.- Dejar el papel sanitario al alcance del niño, si este tiene la edad suficiente para limpiarse solo, si el niño no puede hacerlo, limpiar la región perianal.

La atención del individuo ante el deseo de defecar evita o disminuye la presencia de alteraciones en la eliminación intestinal.

9.- Cuando haya terminado retirar el cómodo en la misma forma en que lo colocó y cubrir al niño.

La diarrea es causada por desórdenes funcionales, factores metabólicos, infecciosos y emocionales.

10.- Ayudar al niño a vestirse.

11.- Observar las características y depositar el cómodo en el cuarto séptico.

12.- Lavarse las manos y proporcionar al niño lo necesario para lavarse las manos o lavárselas.

El aseo de las manos después de defecar, evita la transmisión de microorganismos causantes de enfermedades gastrointestinales.

b) COLOCACIÓN DEL ORINAL.

Son las maniobras que se realizan para ayudar al paciente a que efectúe sus funciones de eliminación renal y para observar las características y cantidad de la orina. ⁴⁴

OBJETIVO:

Permitir la observación y medición exacta de la orina en caso necesario.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Orinal.
- Papel sanitario.

PROCEDIMIENTO.

1.- Llevar el orinal a la unidad del niño y explicar como lo va a usar.

2.- Levantar un poco la ropa de cama e introducir el orinal debajo de esta, proporcionándoselo al niño.

3.- Indicar al niño que tome el orinal por el asa y lo descanse en la cama, si esta en edad de entender.

4.- Si las condiciones del niño lo permiten, el retirara el orinal, de lo contrario, sostenerlo cuidando de no derramar el contenido y una vez que ha terminado el niño de orinar retirarlo.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN.

Los riñones efectúan dos funciones principales, en primer lugar excretan los productos terminales del metabolismo y en segundo lugar, controlan las concentraciones de la mayor parte de los componentes de líquidos corporales.

Los riñones son órganos de eliminación ya que excretan, desechos orgánicos en forma de urea, ácido úrico, creatinina, fosfato y otras sales.

⁴⁴ E.N.E.P. Op. Cit. p. 234

5.- Arreglar al ropa de cama, cubrir al paciente y dejarlo cómodo.

La orina que contiene los productos de desecho del riñón, es secretada por este y el uréter se encarga de transportarlo hasta la vejiga.

6.- Ofrecer al niño lo necesario para el lavado de manos.

7.- Llevar el orinal al cuarto séptico, observar las características de la orina, y medirla en caso necesario y hacer las anotaciones correspondientes.

c) ENEMA EVACUANTE.

Es el conjunto de maniobras para introducir una solución en el intestino a través del recto.⁴⁵

OBJETIVOS:

Evacuar el contenido intestinal con fines diagnósticos o terapéuticos.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Irrigador con tubo de conexión.
- Adaptador y sonda Nelaton calibre 18 a 20.
- Lubricante.
- Gasas.
- Papel higiénico.
- Cómodo.
- Solución prescrita a 37°.
- Guantes.

PROCEDIMIENTO.

1.- Informar al paciente sobre el procedimiento.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN.

La actitud del personal de enfermería influye en la actitud del paciente.

2.- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del paciente.

La preparación del equipo previo al procedimiento, ahorra tiempo y esfuerzo al personal de enfermería.

⁴⁵ SUSANA ROSALES BARRERA. Fundamentos de Enfermería, p. 272

3.- En caso de no contar con equipo comercial, adaptar tubo de conexión y sonda al irrigador y purgarlo.

4.- Doblar colcha y cobertor hacia la pecera, retirar la almohada y colocar al paciente en posición de Sims, poniendo un protector por debajo de la región glútea.

5.- Separar glúteos e introducir el extremo proximal del equipo comercial o bien lubricar la sonda e introducir de 10 a 20 cm lentamente en recto, según la edad del niño.

6.- Colocar la solución a una altura de 40 a 50 cm de la superficie superior del colchón.

7.- Controlar la salida de la solución contenida en el equipo de irrigación.

8.- Observar las reacciones del paciente durante la aplicación del enema.

9.- Extraer la sonda, desconectarla del tubo y cubrirla con papel higiénico, colocando en una bandeja riñón e indicar al paciente sobre la retención del líquido.

10.- Indicar al paciente que vaya al sanitario o bien colocarlo sobre un cómodo previa protección de la cama con un hule y ofrecer papel higiénico.

11.- Retirar el cómodo, cubrirlo con protector o con papel sanitario y llevarlo al cuerpo séptico para apreciar las características del material expulsado y para su aseo.

La presión de los gases contra las paredes intestinales provocan dolor y molestias al paciente.

Un mínimo de ropa sobre el paciente, facilita las maniobras durante el procedimiento.

La eficiencia del procedimiento depende de la tranquilidad del paciente.

A mayor altura, mayor presión en la solución.

La cantidad de solución que se introduce por enema, depende del tipo de enema, edad y estado del paciente.

La persistencia de molestias o tensión abdominal indican el logro de los objetivos trazados en el procedimiento.

La enema de limpieza requiere de una retención de líquido durante 30 segundos, en tanto que la de retención de 5 a 10 minutos aproximadamente.

La comprensión del comportamiento humano influye positivamente en la atención del paciente.

Las observaciones concernientes y tipo de eliminación intestinal, están en relación a hábitos, tipo y cantidad de dieta, al estado hídrico y al tipo de procedimiento.

12.- Lavar las manos del paciente y dejarlo cómodo.

4.12 PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA ALGUNOS ESTUDIOS DE GABINETE Y LOS CUIDADOS ESPECÍFICOS.

Los estudios auxiliares son una parte del examen diagnóstico que permite la confirmación del diagnóstico.

Estos pueden ser de dos tipos:

EXAMENES GRAFICOS: Se realizan al paciente en gabinetes equipados especialmente de acuerdo al estudio a realizar, tales como electroencefalograma, electrocardiograma, angiografía, gamagrafía, etc.

EXAMENES QUÍMICOS O DE LABORATORIO: Realizados en productos orgánicos incluyendo análisis citológicos, exfoliativos y quirúrgicos, así como pruebas cutáneas.

Durante el radio diagnóstico el personal de enfermería debe:

- Conocer en forma general los estudios radiológicos mas frecuentemente utilizados en los niños.
- Conocer los principales efectos y características de las radiaciones.
- Conocer técnicas y cuidados especiales para evitar lesiones o accidentes en el servicio de radiodiagnóstico.

a) CUIDADOS ESPECIFICOS DURANTE LA TOMA DEL ELECTROENCEFALOGRAMA.

El encefalograma es el registro gráfico de la actividad eléctrica que pasa a través de la superficie del encéfalo.

PROCEDIMIENTO

1.- Explicar al niño el procedimiento de acuerdo a su edad.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN.

El conocimiento del procedimiento a realizar disminuye la ansiedad del paciente y favorece su cooperación.

2.- Lavar el cabello del niño mínimo 12 horas antes de la realización del procedimiento.

3.- Ayudar al electroencefalogramista en lo necesario. Durante el EEG generalmente al paciente permanece acostado o reclinado. Se colocan electrodos en diferentes sitios sobre el cuero cabelludo por medio de una pasta conductora pegajosa.

4.- Se toman trazos por un periodo durante el cual el paciente debe estar relajado o dormido. Administrar los medicamentos indicados por el medico.

5.- Lavar el cabello del niño después de que el EEG se haya terminado. Si es un paciente comatoso, lavar con cuidado el pelo y el cuero cabelludo.

Con el paciente en reposo ninguna actividad extraña debe distorsionar las ondas cerebrales. La pasta conductora aumenta la capacidad del aparato para detectar con precisión los impulsos eléctricos.

Es conveniente estudiar los impulsos eléctricos del cerebro mientras permanece en reposo.

La pasta conductora que se aplica en los electrodos es pegajosa y produce molestias si no se limpia lo mas pronto posible.

b) PREPARACIÓN DEL PACIENTE DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA COLECISTOGRAFIA ORAL.

La colecistografía oral es la visualización de la vesícula biliar por medio de rayos X, después de la ingestión de medio de contraste por gammagrama o por sonografía.⁴⁶

1.- Investigar antecedentes de alergias del paciente. Esto es esencial debido a que el medio de contraste contiene yodo, una sustancia a la cual muchas personas son sensibles.

2.- Evaluar el estado del intestino del paciente; si se encuentra lleno, la materia fecal distorsiona la imagen radiológica de la vías biliares.

3.- Si el paciente esta en edad de comprender, explicar que el examen radiológico no produce dolor. El procedimiento completo dura de 30 a 45 minutos, no obstante a veces es necesario tomar varias radiografías posteriores.

⁴⁶ LUYERNE WOLF LEWIS Y COLS. Fundamentos de Enfermería p. 388

4.- El paciente debe recibir alimentos grasos varios días antes del examen. La bilis emulsiona las grasas, por lo que el aumento en su ingestión provoca el vaciamiento de la vesícula biliar antes de la prueba.

5.- Administrar las tabletas del medio de contraste la tarde anterior al estudio. Después de ser ingeridas tardan cerca de trece horas en llegar al hígado, donde son excretadas con la bilis aunque pasan a la vesícula haciendo radio opacos los conductos biliares y la vesícula.

c)UROGRAFIA EXCRETORA:

Es la inyección intravenosa de un medio de contraste radio opaco que se concentra en la orina y permite observar los riñones, los uréteres y la vejiga. El medio de contraste se elimina al torrente sanguíneo por vía renal.⁴⁷

CUIDADOS ESPECIFICOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA UROGRAFIA.

1. Ver que el paciente no este sobrehidratado. En esta forma se diluiría el material del contraste y la observación no seria adecuada.
2. Eliminar el contenido intestinal obstructor, si es posible, de tal forma que se reduzca al mínimo el gas intestinal, no suele administrarse enema, ya que puede aumentar el gas en el intestino.
3. No dar líquidos 8 a 10 horas previas a la realización del estudio.
4. Dar laxantes la noche anterior a la prueba para eliminar heces y gas del intestino.
5. Investigar si el paciente tiene antecedentes del alergia, para descubrir a los enfermos con riesgo alto.

4.13 TÉCNICAS DE RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTOS.

La inactividad e inmovilidad prolongadas dan lugar a múltiples problemas en todos los sistemas del organismo. Los movimientos respiratorios disminuyen y dan como resultado la formación y acumulación de secreciones. La circulación se hace lenta, lo que puede producir edema. La estasis de la orina da lugar a la formación de cálculos o infecciones urinarias. Además, la incapacidad para moverse libremente es fuente de irritación y frustración aun para niños muy pequeños, pueden provocar problemas de circulación si no se observan con frecuencia, o si no se protege la piel.

Las técnicas de restricción son aquellos procedimientos que se realizan con el fin de limitar el movimiento total o parcial del niño, para la realización de un tratamiento, brindar protección entre cosas.⁴⁸

⁴⁷ IMAN. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica p. 106

OBJETIVOS:

- Conservar la seguridad del lactante.
- Facilitar el examen físico y los procedimientos diagnósticos.

MATERIAL Y EQUIPO NECESARIO-

- Este se utilizara de acuerdo al tipo de restricción de movimiento ya sea parcial o total.

a)CHALECO DE INMOVILIZACION:

Es una forma de camisa sin mangas, abierta por la parte posterior, con cintas pequeñas dispuestas en pares, y cuatro cintas largas en las partes laterales.

MATERIAL Y EQUIPO NECESARIO:

- Chaleco.

PROCEDIMIENTO

1.- Seleccionar el chaleco de acuerdo a la edad del niño.

2.- Poner el chaleco al niño con las ataduras de preferencia a un costado o al frente. Las cuerdas largas se amarran al armazón de la cama, fuera del alcance del niño, con un nudo corredizo.

3.- Observar al niño con frecuencia para comprobar que no se enrede con las ataduras.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN.

Los lazos y nudos deben estar fuera del alcance del niño para evitar la liberación accidental de la inmovilización.

Debido a la longitud de las cuerdas, es importante que el niño no se enrede con ellas durante sus juegos normales en la cuna.

b)SUJETADOR:

Es una tira doble de franela de aproximadamente 60 cm de largo por 8 cm de ancho (la medida puede variar). De los extremos del tercio medio salen cuatro bandas cortas que se colocan en forma de brazaletes en el miembro que se va a sujetar y en cada una de las esquinas, lleva cuatro tiras mas delgadas que sirven para fijarlo al tambor de la cama.⁴⁹

⁴⁸ LILAN SHOLTIS BRUNNER. Manual de la Enfermera p. 1317

⁴⁹ Idem p. 1319

MATERIAL:

- Sujetador.

PROCEDIMIENTO.

1.- Colocar el sujetador sobre el colchón a la altura del tercio inferior del miembro que se va a sujetar.

2.- Fijar las aletas centrales en forma circular y unir las dos restantes entres sí, sin cruzarlas, fijándolas con tela adhesiva.

3.- Anudar las tiras largas en cada extremo en el marco del tambor.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN.

Es necesario observar con frecuencia los dedos del miembro que se sujeto para observar con frecuencia los dedos del miembro que se sujeto para observar y valorar su temperatura o cambios de color y la piel debajo del dispositivo en busca de signos de irritación.

Este tipo de dispositivo se debe quitar periódicamente para proporcionar cuidados a la piel y ejercicios en el límite de la movilidad.

Al sujetar impida la compresión excesiva, ya que esto compromete la circulación., dando lugar a isquemia.

c)BRAZALETE:

Es un rectángulo de franela doble, de 25 cm de largo por 12 cm de ancho, con pequeñas divisiones donde se introducen abatelenguas y una pestaña de 60 cm, que se dobla sobre la abertura de las divisiones.⁵⁰

Este tipo de sujeción se utiliza en articulaciones ya que su función es la de impedir la flexión de algún miembro.

d)INMOVILIZACIÓN TIPO MOMIA.

Este método se emplea cuando se requiere una inmovilización total.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Sabana.
- Tela adhesiva

⁵⁰ Ibidem p. 319

PROCEDIMIENTO

1.- Colocar una sabana extendida sobre la cama; ponga al niño en posición supina arriba de la sabana; con uno de los brazos del niño pegado a su cuerpo, doble la sabana sobre el brazo y el cuerpo del niño en dirección del brazo opuesto. Enrolle la sabana bajo el cuerpo del niño. Colocar el otro brazo pegado al cuerpo del niño y doble el otro lado de la sabana; enrolle la sabana sobrante por debajo del niño. Tome el extremo largo de la sabana, y delicada pero firmemente tire de ella sobre los pies del niño y dóblelo hacia un lado y bajo el cuerpo del paciente.

2.- Revisar la envoltura a nivel del cuello para comprobar que no esta demasiado alta como para perjudicar la respiración del bebe. También verifique que la envoltura no apriete demasiado el tórax para que no dificulte los movimientos respiratorios del niño.

e)AVION:

Es un dispositivo de madera en forma de T que se utiliza para sujetar el brazo de lactantes y preescolares cuando son canalizados con el objetivo de evitar que se arranque la venoclisis.

4.14 POSICIONES.

Es la actividad voluntaria o involuntaria que opta el niño en estado de salud o enfermedad.⁵¹

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN.

El objetivo de esta sujeción es inmovilizar las manos y los pies del niño de manera que no pueda utilizarlos para moverse durante el tratamiento. Doblar la sabana por debajo del cuerpo del niño permite aprovechar su propio peso para conservar la sujeción.

La restricción debe inmovilizar al niño pero sin obstaculizar su función respiratoria.

⁵¹ LUYERNE WOLF Y COLS. Fundamentos de Enfermería, p. 185

OBJETIVO:

Promover el funcionamiento normal de todas las partes y órganos del cuerpo.

DECÚBITO DORSAL:

En esta posición el paciente estará acostado sobre la espalda y con las piernas extendidas.

Esta posición es utilizada para la realización de la exploración física entre otras.

DECÚBITO LATERAL:

Descansará el paciente sobre el lado derecho o izquierdo de su cuerpo, con los brazos y piernas extendidas y flexionadas .

Es utilizada en la aplicación de inyecciones o enemas.

DECÚBITO VENTRAL:

El paciente estará acostado sobre el abdomen y parte anterior del tórax, la cabeza girada hacia el lado derecho o izquierdo y los brazos extendidos. En esta posición se colocan a los niños lactantes después que hayan ingerido alimentación y se le haya sacado el aire.

SIMS:

Se coloca al paciente en decúbito lateral, la rodilla que queda hacia arriba se flexiona sobre el abdomen tocando el colchón , la pierna contraria extendida y el brazo sobre el que se encuentra acostado el paciente, permanecerá extendido atrás de su espalda.

Esta posición es adoptada para dormir, aplicar sondas rectales, enemas y supositorios.

GENUPECTURAL:

El paciente permanecerá acostado sobre la cara anterior del tórax , apoyando la cara y pecho sobre la almohada previamente colocada a lo largo, las piernas flexionadas y ligeramente separadas.

GINECOLÓGICA:

Se coloca al paciente en decúbito dorsal con las piernas separadas y las rodillas flexionadas, las plantas de los pies apoyadas sobre la cama o mesa de exploración, la cabeza puede colocarse sobre una almohada.

TRENDELEMBURG:

El paciente permanecerá en decúbito dorsal, con la cabeza más baja que el resto del cuerpo, se eleva la parte inferior de la cama por medio de cremalleras, bloques de madera, cajones o con una silla, se quita la almohada al paciente. Esta posición es utilizada en niños con tracción de miembros inferiores, edema de miembros inferiores y en las primeras horas del recién nacido.

FOWLER:

En esta posición la cabeza y hombros del paciente se mantienen más elevados que el resto del cuerpo formando un ángulo de 90 grados, las piernas permanecerán flexionadas o en extensión. En niños con vómito para facilitar el drenaje o en operados del abdomen.

SEMIFOWLER:

Se sube la cabecera de la cama de manera que el niño quede semisentado, en ángulo de 45 grados con las piernas flexionadas o en extensión, para dar esta posición se puede hacer uso de almohadas. Esta posición se utiliza en niños con insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, en niños con lesiones neurológicas.

ROSSIER O EXTENSIÓN DEL CUELLO:

En decúbito dorsal se coloca una almohada o sabana enrollada al nivel de los hombros de manera que el cuello quede en extensión. Se utiliza en niños traqueostomatizados o intubados.

4.15 PREVENCIÓN DE ESCARAS EN GENERAL.

La causa principal de las escaras es la presión constante, que se ejerce principalmente sobre la saliente ósea sostenida por largo tiempo.

Los sitios más frecuentes para la formación de escaras dependen de la posición en que se encuentre el paciente: región occipital, homóplatos, hombros, codos, región sacro – coccigea, glúteos, maleolos, rótulos, etc.

Las medidas de prevención son:

- Dar cambios frecuentes de posición , por lo menos cada una a dos horas.
- Dar una posición adecuada y fisiológica auxiliándose de almohadas.
- Mantener sentado al paciente.
- Dar masaje en las prominentes óseas.
- Mantener estiradas las ropas y sábanas del paciente.
- Evitar el uso de cojines de arena y donas.

EN CASO DE QUE LAS ESCARAS YA ESTEN PRESENTES:

- Hacer lavado mecánico de la región utilizando para esto, gasas, guantes, pinzas, agua y jabón estériles.
- Dejarlas descubiertas.
- No poner taponamientos con gasas vaselinadas o furacinadas.
- No usar violeta de genciana , ya que esta no deja ver la evolución de la escara.
- Es conveniente que el niño reciba sesiones de fisioterapia e hidroterapia.
- Si en la escara hay pérdida de tejido se debe avisar al médico para que el haga la curación y retire las zonas necróticas.

4.16 TECNICAS O PROCEDIMIENTOS QUE EN ALGUNOS CASOS PUDIERAN UTILIZARSE EN NIÑOS CON PADECIMIENTOS RESPIRATORIOS.

OXIGENOTERÁPIA:

Las células necesitan un aporte continuo de oxígeno para que se lleven a cabo las diversas reacciones metabólicas que liberan energía a partir de moléculas nutritivas, Como resultado de estas reacciones, las células también liberan grandes cantidades de bióxido de carbono.

El intercambio total de gases en la atmósfera, la sangre y las células se llama respiración. En la respiración intervienen tres procesos básicos:

1. Respiración externa.
2. Respiración interna.
3. Ventilación pulmonar.

Los sistemas respiratorio y cardiovascular participan por igual en la respiración. La insuficiencia de uno de ellos tiene el mismo efecto en el cuerpo: alteración de la homeostasis y muerte rápida de las células de debido a la ausencia de oxígeno y a la acumulación de productos de desecho.

OXIGENOTERÁPIA:

Es la administración de oxígeno a una concentración de presión mayor que la de la atmósfera ambiental.⁵²

OBJETIVO:

Ministrar al niño la cantidad suficiente de oxígeno para mantener sus niveles sanguíneos dentro de la normalidad.

Los métodos más empleados son:

- Catéter nasal.
- Cono.
- Catéter endotraqueal.
- Mascarilla
- Cámara.
- Incubadora (en el recién nacido).

CATETER NASAL.

PROCEDIMIENTO

1.- Elegir el catéter de acuerdo a la edad del niño y llevarlo a la unidad.

2.- Explicar el procedimiento al niño si está en edad de entender.

FUNDAMENTACIÓN, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN.

La expresión de reacciones emocionales está estrechamente relacionado con la respiración provocando constricción de los músculos lisos.

El conocimiento sobre el funcionamiento del equipo de O₂, el abastecimiento de este gas, un

⁵² LILIAN SHOLTIS BRUNNER. Manual de la Enfermera p. 211

regulador que garantice el flujo constante en la cantidad fijada, un aparato en buenas condiciones de uso y la colaboración del personal capacitado sobre esto, son requerimientos básicos para su eficaz administración.

3.- Lavarse las manos.

4.- Aspirar las secreciones en caso necesario.

5.- Verter agua destilada en el humidificador hasta la marca que se indica en el frasco.

6.- Conectar el catéter al tubo de humidificador, abrir la válvula y graduar la cantidad de litros por minuto, según indicación médica.

7.- Se es necesario sujetar al niño para que no se quite la sonda.

8.- Observar la coloración, actividad y estado general del niño.

La necesidad de oxígeno en el organismo guarda relación con el metabolismo celular.

La Oxigenoterapia continua tiende a propiciar infecciones respiratorias.

La observación continua del paciente y del funcionamiento del equipo, permiten la detección oportuna de trastornos mentales y de la conciencia, cambios de coloración, sudoración, etc.

CAMPANA CEFALICA:

Es un domo de plástico transparente que se adapta sobre la cabeza del niño y que tiene una abertura en la región del cuello.⁵³

⁵³ LILIAN SHOLTIS BRUNNER . Op. Cit. p. 1371

PROCEDIMIENTO

1.- Acostar al niño sobre el vientre o sobre la espalda con la cabeza totalmente cubierta por la campana. La abertura del cuello debe ser lo bastante grande para no impedir los movimientos respiratorios del niño o rozar contra el cuello o los hombros.

2.- Observar constantemente la concentración de oxígeno, así como los signos vitales del niño.

OXIGENO POR MASCARILLA PROCEDIMIENTO

1.- Elegir el tamaño adecuado de mascarilla que cubra la boca, la nariz, pero no los ojos.

2.- Utilizar una mascarilla que permite proporcionar la concentración deseada de oxígeno.

3.- Colocar la mascarilla sobre la boca y la nariz del niño, de tal forma que se ajuste bien. Asegurar la máscara con cinta elástica para la cabeza.

4.- Retirar la mascarilla de oxígeno a intervalos de una hora, lavar y secar la cara.

5.- No utilizar mascarillas en lactantes o niño comatosos.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN.

La campana cefálica proporciona concentraciones elevadas de oxígeno. Se utiliza sobre todo en lactantes que permanecen relativamente inmóviles.

FUNDAMENTACIÓN, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN.

El espacio extra debajo de la máscara y alrededor de la cara añade espacio muerto y disminuye la eficacia del tratamiento.

Las mascarillas de Venturi, disponibles para pediatría proporcionan concentraciones bajas de oxígeno a concentraciones moderadas.

Comprobar que la mascarilla ajuste adecuadamente sobre la boca y la nariz. No dejar que el oxígeno llegue directo a los ojos del niño.

En esta forma el paciente se siente más cómodo.

Estos niños suelen vomitar. El peligro de broncoaspiración puede ser mayor cuando se utiliza una mascarilla porque se obstruye la salida del vómito.

MICRONEBULIZADOR:

Las nebulizaciones consisten en impregnar un chorro de gas con partículas acuosas. Se utilizan con O₂, o con una fuente de gas presurizado.⁵⁴

MATERIAL Y EQUIPO:

- Recipiente de plástico.
- Conexiones.
- Manguera para nebulizar.
- Adaptador.

PROCEDIMIENTO

- 1.- Llevar el equipo a la unidad.
- 2.- Depositar agua en el recipiente.
- 3.- Conectar el tubo de oxígeno, a la conexión gruesa y abrir la llave, al mismo tiempo regular la cantidad de oxígeno prescrita.
- 4.- Acercar el extremo de la manguera a la nariz del niño.
- 5.- Permanecer con el niño el tiempo que se indica en el tratamiento.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN.

El oxígeno es un gas seco y es necesario humedecerlo para evitar que se reseque el árbol traqueobronquial y las secreciones se hagan más viscosas y se endurezcan.

Para el funcionamiento óptimo, es necesario que el equipo este limpio, sin daños y funcione bien.

Si el niño requiere humedad alta, no oxígeno, puede utilizarse aire comprimido.

Se da confianza al niño si comprende el procedimiento y sabe lo que se espera de el previa aplicación.

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES:

Es un método para eliminar el exceso de secreciones de las vías respiratorias. Puede hacerse por las vías bucal, nasofaríngea o traqueal.⁵⁵

⁵⁴ IMAN. Manual de procedimientos de Enfermería Pediátrica p. 186

⁵⁵ LILIAN SHOLTIS BRUNNER. Manual de la Enfermera p. 1362

OBJETIVO:

Asegurar unas vías respiratorias permeables conservándolas sin exceso de secreciones.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Aspirador.
- Sonda para aspiración.
- Sonda para conexión.
- Recipiente estéril.
- Agua destilada estéril.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Frasco para secreciones.
- Abatelenguas acojinados (en caso necesario).

PROCEDIMIENTO

1.- Llevar el material a la unidad del niño.

2.- Lavarse las manos.

3.- Colocar al niño sobre su costado, con la cabeza ligeramente mas baja. Si es necesario, buscar ayuda para conservar esta posición.

4.- Sumergir la punta de la sonda en la vasija y aspirar a través de ella agua destilada estéril.

5.- Utilizar el abatelenguas acojinados para separar los dientes en caso necesario.

6.- Dejar abierta la ventilación e introducir la sonda en el área por aspirar.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN.

La posición ayuda a la acumulación y drenaje de las secreciones.

En esta forma se comprueba la permeabilidad del sistema, se lubrica la sonda y pasa un poco de agua al frasco para drenaje evitando que se adhieran a el las secreciones.

Ello evita que el niño muerda la sonda.

El área puede incluir las mejillas debajo de la lengua y atrás de la boca; evitar el estímulo del reflejo de la nausea para evitar que vomite.

7.- Ocluir la ventilación con el pulgar y extraer lentamente la sonda en tanto se gira entre el pulgar para determinar la aspiración.

8.- Sumergir la sonda en el recipiente, aspirando agua destilada estéril a través de ella para asearla.

9.- Repetir las etapas 5 a 8 según sea necesario, no aspirar mas de 10 segundos a la vez y dejar de uno a tres minutos entre los periodos de aspiración.

10.- Dejar al niño cómodo y asear su boca.

DRENAJE POSTURAL:

Es la colocación del paciente de tal manera que la gravedad ayuda a eliminar las secreciones de las vías respiratorias bronquiales mas pequeñas hacia los bronquios principales y la traquea de los cuales pueden eliminarse por la tos o con la aspiración.⁵⁶

PROCEDIMIENTO

1.- Valorar el estado respiratorio del niño.

- a) Obtener una frecuencia respiratoria basal.
- b) Observar si hay insuficiencia respiratoria, retracciones, aleteo nasal, etc.

2.- Identificar las porciones afectadas del pulmón, mediante auscultación, percusión, examen del informe radiológico, etc.

Si la sonda se deja en un sitio la mucosa se adhiere contra ella lesionando los tejidos.

Utilizar 50 a 100 ml de agua para limpiar adecuadamente la sonda. Las burbujas que produce el flujo interrumpido de agua a través de la sonda aumentan el aseo mecánico.

La aspiración prolongada puede producir laringospasmos, bradicardia intensa, arritmias cardiacas, o ambas, por estimulación vagal y perdida de oxígeno.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACION.

Es necesario para estimar la eficacia terapéutica.

Las posturas para drenaje dependen de la porción afectada del pulmón.

⁵⁶ LILIAN SHOLTIS BRUNNER. Op. Cit. p. 1359

3.- Explicar el procedimiento al niño, los padres o ambos.

4.- Poner cómodo al niño.

a) Quitar las ropas apretadas.

Flexionar las rodillas y caderas del niño.

5.- Proporcionar broncodilatadores, nebulizaciones, o ambos si esta indicado.

6.- Colocar al niño en una serie de posiciones adecuadas. El área por drenar debe elevarse para que los bronquios respectivos queden en posición vertical. La columna debe estar tan recta como sea posible para permitir la expansión óptima de la caja torácica.

7.- A menos que este contraindicado golpear la pared del tórax uno o minutos.

8.- Pedir al niño que inhale profundamente; después, a medida que aspira, hacer tracciones en la pared del tórax durante tres o cinco espiraciones.

9.- Alentar al niño a que tosa.

10.- Dejar que el niño descanse un minuto y en seguida repetir los golpes con la mano en copa, la vibración y la tos hasta que no se produzca mas moco o el estado del niño indique que debe interrumpirse el tratamiento.

11.- Proporcionar al niño medios de seguridad.

Ello evita la ansiedad y ayuda a asegurar la colaboración del niño.

Para ayudar a su relajación y disminuir el esfuerzo en los músculos abdominales durante la tos.

Es mas sencillo desalojar el moco mecánicamente después de dilatar los bronquios y adelgazar las secreciones.

Las posiciones se eligen y modifican según la zona pulmonar afectado, la edad y el estado general del niño y el equipo, como IV, traqueotomía, monitores, ventiladores, etc.

Cuando se añaden a la postura los golpes con las manos en copa, la vibración es posible, eliminando mas secreciones en un periodo mas corto.

En lactantes y en niños pequeños quizá sea necesario aspirar.

El tiempo total del tratamiento no suele exceder de los 3 a los 5 minutos. En trastornos agudos como la atelectasia, el drenaje postural, puede hacerse durante 5 minutos cada hora.

Permanecer con el niño durante el procedimiento, en especial cuando esta con la cabeza hacia abajo.

12.- Ayudar al niño a que tome lentamente la posición normal.

Quizá se necesiten algunos minutos para que el niño recupere su equilibrio.

13.- Valorar y registrar la eficacia del tratamiento.

PALMOPERCUSIÓN Y VIBRACIÓN.

La percusión es una técnica que se vale de golpes suaves y rítmicos, con la mano a modo de taza.⁵⁷ Por su parte de vibración se vale de movimientos circulares firmes y rigurosos con las manos abiertas para producir vibraciones semejantes a las ondas. Ambas acciones tienen como finalidad desprender las secreciones engrosadas de la vía aérea.

Cuando se ejecutan la vibración y la percusión, el paciente se coloca en diversas posturas: de costado, de espalda o sobre el abdomen, a fin de que todas las áreas correspondientes a los pulmones se sometan a estos procedimientos. Tanto la percusión como la vibración se aplican aproximadamente durante 15 minutos en caso de que el paciente presente un grado de tolerancia suficiente a la terapia.

Las áreas sobre la espina dorsal, el hígado, los riñones, el abdomen, los senos la clavícula y el esternón no deben ser percutidas ni vibradas debido al peligro latente de lesionar tejidos.

1.- El acoplamiento o percusión, debe llevarse a cabo con una mano en copa ajustada al contorno del tórax. En lactantes puede ser eficaz utilizar los dedos en copa o una mascarilla facial pequeña de una bolsa autoinflable.

2.- Puede utilizarse ropa ligera o un pañal delgado entre la mano del terapeuta y el tórax del niño para reducir al mínimo las molestias durante el procedimiento.

3.-Debe producirse un ruido hueco por el aire atrapado entre la mano en copa y el paciente. Un ruido batiente indica que la mano no está bien acopada.

4.- El acopamiento no debe hacerse directamente sobre incisiones reciente, las heridas abiertas o sondas de drenaje.

5.- El acopamiento debe interrumpirse si se enrojecen los sitios de percusión.

⁵⁷ LUVERNE WOLF LEWIS Y COLS. Fundamentos de Enfermería p. 980

CUIDADOS DE UNA TRAQUEOSTOMÍA.

Limpia la cánula interna regularmente a fin de prevenir infecciones. La cánula interna debe retirarse para limpiarla con rapidez, ya que las secreciones pueden acumularse y secarse en la superficie de la cánula externa que no debe retirarse. Si eso llega a suceder, lo más seguro es que dificulte la entrada de la cánula interna, ocasionando incluso la necesidad de cambiar todo al equipo, con lo que se pone en peligro la vida del paciente. Por eso es importante contar con un equipo estéril suplementario al lado de la cama del paciente, con todos los suministros e implementos necesarios.

Al limpiar la cánula interna también se cuida al estoma, cambiando las gasas que la circulación y las sujeciones de la sonda de traqueostomía. Tanto las gasas como las tiras de cinta adhesiva, por lo que habrá que cambiarlas siempre que se ensucien o humedezcan.

CUIDADOS DEL NIÑO CON TRAQUEOSTOMÍA.

PROCEDIMIENTO.

- 1.- Proporcionar la humedad adecuada, por lo general el ventilador humidificador o tienda.
- 2.- Aspirar las secreciones siempre que esté indicado por la respiración ruidosa, retracciones, mal color o cambio de los signos vitales.
- 3.- La aspiración debe hacerse después de efectuada la terapia con nebulización, torácica y drenaje postural.
- 4.- Observar muy de cerca si aumenta la frecuencia cardíaca y hay inquietud.
- 5.- Observar con frecuencia las respiraciones y observar si la expansión torácica no es uniforme.
- 6.- Conservar el área alrededor de la sonda limpia y seca.

FUNDAMENTACIÓN, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN.

No se utiliza más la vía natural de humidificación de la bucofaringe. El vapor afloja el moco y las secreciones y reduce la posibilidad de un tapón de moco.

Una sonda pequeña puede obstruirse con una cantidad relativamente pequeña de secreciones.

Después de estos procedimientos las secreciones serán más líquidas, más abundantes y se eliminarán con más facilidad.

Son los primeros signos físicos de insuficiencia respiratoria y deben ir seguidos de aseo traqueobronquial cuidadoso.

Estas pueden indicar el desarrollo de neumotorax.

Para reducir al mínimo la irritación y el peligro de infección.

7.- Observar al niño muy de cerca para evitar que extraiga accidentalmente la sonda. Quizá sea necesario sujetarle los brazos.

Estas son precauciones de seguridad.

8.- Comprobar que las cintas que sostienen las sondas estén seguras y con la tensión adecuada.

Ello evita que la sonda se desaloje cuando el niño este inquieto, atemorizado o se mueve.

9.- Cambiar las ataduras según sea necesario.

El nudo debe quedar en uno de los lados del cuello, para evitar que sea presionado si el niño yace sobre su espalda.

10.- Si se utiliza una cánula interna debe quitarse y asearse eliminando los desechos, según sea necesario.

4.17 TÉCNICAS O PROCEDIMIENTOS QUE EN ALGUNOS CASOS PUEDEN UTILIZARSE EN NIÑOS CON PADECIMIENTOS DEL SISTEMA URINARIO Y RENAL.

La orina que expulsa la vejiga urinaria mediante un acto que se llama micción, que en forma común se llama acto de orinar o vaciamiento. Esta acción se lleva a cabo mediante una combinación de impulsos voluntarios e involuntarios.

La falta de control voluntario sobre la micción se denomina incontinencia. En los niños mayores a los dos años de edad la incontinencia es normal debido a que las neuronas que inervan al músculo del esfínter externo no se han desarrollado en forma completa. Los niños evacúan la vejiga cuando están lo suficientemente distendidos para orinar. La retención urinaria es la insuficiencia para vaciar la orina en forma completa o normal y se puede deber a una obstrucción en la uretra o cuello de la vejiga urinaria, contracción nerviosa de la uretra o a la falta de sensación para orinar, o simplemente inflamación.

INSTALACIÓN DE SONDA VESICAL.

Es la inserción de una sonda estéril en la vejiga para drenar la orina.⁵⁸

⁵⁸ SUSANA ROSALES BARRERA. Fundamentos de Enfermería, p. 279

OBJETIVOS:

- Obtener una muestra de orina exenta de contaminación.
- Vaciar la vejiga.
- Facilitar la eliminación urinaria en pacientes inmovilizados.

MATERIAL Y EQUIPO:

Charola con:

- Equipo para aseo de genitales.
- Sonda foley calibre 8 a 10.
- Gasas y torundas estériles.
- Solución antiséptica.
- Pinzas y guantes estériles.
- Bandeja riñón o cómodo.
- Lámpara de pie.

PROCEDIMIENTO

- 1.- Preparar el material y llevarlo a la unidad del paciente.
- 2.- Explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar, de manera que pueda entenderlo para obtener su colaboración.
- 3.- Aislarlo y colocarlo en posición de decúbito dorsal al varón y en posición ginecología a la mujer cubriéndola con una sabana e instalar el cómodo.
- 4.- Realizar el aseo de genitales externos con solución antiséptica.
- 5.- Colocar una lámpara encendida que permita iluminar el campo.
- 6.- Disponer del equipo que va a utilizar según el caso. Abrir paquetes con gasas, jeringas, pinzas, sonda vesical, ampollas, solución antiséptica, etc.
- 7.- Colocarse guantes y comprobar la permeabilidad de la sonda.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACION

El cubrir correctamente al paciente asegura una colaboración máxima durante el procedimiento.

Seguir las normas de asepsia limita la entrada de microorganismos patógenos a la piel.

Una buena iluminación permite la mejor visualización del meato urinario y previene de contaminación.

El uso del equipo estéril y técnica aséptica previene de infecciones ascendentes del aparato urinario.

A mayor calibre de la sonda mayor rapidez en la eliminación de orina por la vejiga.

8.- Proceder a instalar la sonda: En paciente femenino, con una mano separar y levantar ligeramente hacia arriba los labios menores para localizar el meato.

9.- Sin cerrar los labios menores, tomar la sonda e introducirla de 5 a 7 cm hasta que empiece a fluir la orina.

10.- En el varón: Con una mano protegida con gasa tomar el pene y colocarlo en posición erecta.

11.- Retraer el prepucio y localizar la uretra.

12.- Introducir el catéter de 15 a 20 cm aplicando una presión suave y continua, bajar el pene para que por gravedad fluya la orina hacia el exterior.

13.- Al terminar de fluir la orina, ocluir el catéter y extraerlo con movimiento rápido y suave. Hacer las anotaciones sobre cantidad y características de la orina.

CATETER VESICAL A PERMANENCIA

PROCEDIMIENTO

1.- Tomar la solución estéril con la jeringa.

2.- Una vez introducida la sonda detenerla sin moverla y pasar el líquido que tiene la jeringa al globo según su capacidad.

3.- Fijar la sonda.

Un error en la localización del meato urinario favorece la contaminación del catéter.

La uretra femenina mide 3.5 centímetros de longitud.

La erección del pene se presenta de una manera refleja por la estimulación de receptores nerviosos sensitivos, que a su vez ocasionan aumento en la vascularización de los cuerpos cavernosos.

La longitud de la uretra masculina es de 16 a 23 cm.

La orina está constituida por un 94 % de agua y sustancias orgánicas e inorgánicas en los que van los productos de desecho del metabolismo.

La sonda actúa como canal para vaciar la vejiga.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN

La capacidad del globo de una sonda es de 3 a 5 cm en niños.

El uso de material para fijación de la sonda a la piel previene de lesiones a esta.

4.- Obturar el tubo por donde se introdujo el líquido al globo si es necesario.

5.- Conectar el extremo libre de la sonda con el tubo de derivación y el extremo libre de este frasco a bolsa colectora.

El uso de frascos o bolsas graduados en milímetros facilita la cuantificación de la orina por parte del personal de enfermería.

PROCEDIMIENTO PARA LA TOMA DE E.G.O Y UROCULTIVO.

Son las maniobras que se realizan para obtener una muestra de orina necesaria para realizar dichos estudios.⁵⁹

OBJETIVOS:

- Valorar el funcionamiento renal.
- Valorar la alteración y presencia de componentes normales o anormales en la orina.

MATERIAL Y EQUIPO NECESARIO.

- Recipiente en proporción al volumen solicitado, limpio o estéril según sea el caso.
- En lactante bolsas estériles.
- Orinal o cómodo.

PROCEDIMIENTO

1.- Conocer las formas de obtención de orina con un mínimo de contaminación externa, tales como:

- a) Obtención de orina en un recipiente limpio.
- b) Al "chorro medio". en el paciente previa asepsia de manos, se separan los labios menores y se limpian los genitales externos con una solución antiséptica; en tanto que en el varón, se limpia el glande previa retracción del prepucio.

Dejar salir la orina inicial.

FUNDAMENTOS, CONCEPTOS Y/O JUSTIFICACION

El contacto de orina con la secreción vaginal induce a hallazgos erróneos en su análisis.

⁵⁹ IMAN. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. p. 161

En el caso de la paciente separa los labios menores.

Sin detener el chorro, se toma la segunda porción en un recipiente estéril, una vez tomada, retirar el recipiente para evitar o prevenir contaminación con cualquier tipo de flora.

2.- Explicar al paciente, si puede comprender, la forma de obtener la muestra de orina.

3.- Obtener el volumen suficiente de orina para cada estudio.

4.- Enviar la muestra de orina al laboratorio clínico, previamente rotulada y con la solicitud correspondiente.

5.- Comparar los resultados obtenidos en la muestra con los valores establecidos como normales.

La orina emitida por la mañana reúne condiciones normales y alta concentración de solutos.

Los volúmenes inadecuados de orina interfieren en su análisis correcto.

La orina recién emitida a 4°C permite su análisis sin temor a la existencia de alteraciones en su carácter físico o componentes anormales.

La aparición de los elementos anormales, en sedimentos urinarios, son indicadores de infecciones renales, u otros problemas.

c) CUIDADOS AL CATETER DE DIÁLISIS PERITONEAL

Diálisis: Es el proceso de separación de sustancias en solución filtrándolas a través de una membrana semipermeable.

OBJETIVO:

Conservar la vida sustituyendo la función renal durante la insuficiencia renal.

Eliminar el exceso de líquido corporal.

TIPOS DE DIALISIS:

A.- DIÁLISIS PERITONEAL.

MECANISMO.

- a) Se utiliza el peritoneo de recubrimiento como membrana semipermeable.
- b) Se introduce una sonda a través de la pared abdominal anterior y se instala en la cavidad abdominal el líquido de diálisis.
- c) Después de un tiempo de equilibrio (unos 30 minutos aproximadamente), se drena el líquido por gravedad y se instala nuevo líquido de diálisis

USOS PRINCIPALES.

- a) Episodios agudos reversibles de uremia como los causados por enfermedades repentinas, traumatismos, envenenamientos o intoxicaciones por fármacos.
- b) Enfermedades terminales, para conservar al niño cómodo el mayor tiempo posible.
- c) Antes de aceptarse en un programa de hemodiálisis a largo plazo y trasplante.
- d) En casos seleccionados de insuficiencia renal crónica.

VENTAJAS.

Relativa seguridad y fácilmente disponible.

DESVENTAJAS.

- a) Periodos prolongados necesarios para eliminar con eficacia los productos de desecho.
- b) Puede causar dolor y molestia abdominal
- c) Complicaciones
 - 1) Peritonitis
 - 2) Perforación intestinal durante la introducción de la sonda.
 - 3) Chequeo por pérdida excesiva de líquidos.
 - 4) Recuperación inadecuada de líquido.
 - 5) Náuseas, vomito, diarrea.

B.- HEMODIALISIS.

MECANISMO:

- a) La membrana semipermeable se localiza en un aparato por la que pasa la sangre del niño
- b) El acceso a la circulación es a través de una derivación arteriovenosa de teflón y silastic o una fístula arteriovenosa implicada subcutáneamente.
- c) La sangre del niño se deriva por el aparato adyacente a la membrana semipermeable, para equilibrarse con el líquido de diálisis del otro lado de la membrana.

USOS PRINCIPALES.

- a) Terapéutica prolongada en la insuficiencia renal crónica.
- b) Procedimientos de sostén de un trasplante renal.

VENTAJAS.

- a) Menor tiempo para eliminar con eficacia los productos de desecho.
- b) No requiere líquido de diálisis estéril.
- c) Es menos traumático una vez que hay un acceso a la circulación.

DESVENTAJAS.

- a) Es cara.
- b) Hay problemas morales, legales, logísticos.

COMPLICACIONES.

- 1) Coagulación, infección, separación accidental de la derivación.
- 2) Anemia, por que en cada sesión queda una pequeña cantidad de sangre en el aparato.
- 3) Malestar, cefalea, nauseas y vomito durante la diálisis.
- 4) Convulsiones, posiblemente relacionadas con los grandes cambios en la osmolaridad del sodio.

CUIDADOS DE NIÑOS QUE SE SOMETEN A DIÁLISIS.

PROCEDIMIENTO

- 1.- Preparar al niño para el procedimiento, explicándole si esta en edad de entender.
- 2.- Proteger al niño de infecciones.
- 3.- Proporcionar vitaminas complementarias, ya que una dieta con restricción de proteínas es baja en vitaminas.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN

La diálisis atemoriza a la mayoría de los niños y puede despertar temores de dolor mutilación, inmovilización, desamparo y dependencia.

Estos niños son propensos a infecciones por su debilidad general, la pérdida de proteínas y la anemia.

4.- Administrar una dieta hipercalórica, bajo en sodio y proteínas. Restringir líquidos, ya que estos niños pueden tener anorexia, es útil permitirles que seleccionen sus alimentos entre los que se toleran y ofrecerles raciones pequeñas frecuentes.

5.- Conservar registros de la ingestión y eliminación, los signos vitales, la presión arterial y el peso diario.

6.- Proporciona alivio sintomático para las náuseas, vómito, malestar o cefalea.

7.- proporcionar un medio tan normal como sea posible.

8.- Ofrecer el apoyo adecuado a la familia.

9.- Enseñar al niño y los familiares todos los aspectos importantes de la insuficiencia renal y la diálisis; como son: signos y síntomas de uremia, cuidados y protección de la derivación, protección contra infecciones, etc.

Los líquidos y el sodio deben ser restringidos para evitar sobrecarga líquida, el potasio se limita para prevenir complicaciones a causa de la hiperpotasemia. La restricción de proteínas reduce el BUN llevado.

El niño puede considerar las restricciones dietéticas como castigo y es necesario ayudarlo para que se de cuenta del propósito de las limitaciones.

Estos parámetros proporcionan información de valor sobre eficacia de la terapéutica.

Aunque se conserva la vida, de ninguna manera es normal durante la época en que recibe la diálisis o en el intervalo entre ellas.

Las familias suelen necesitar gran apoyo por parte de muchos profesionales de la salud para afrontar los aspectos físicos, psicológicos, financieros y logísticos de la insuficiencia renal y la diálisis.

La familia debe estar preparada para cuidar bien al niño en casa antes del día de su alta. Aprender sobre los cuidados del niño también ayuda a restablecer cierto sentido de control en una situación atemorizante.

4.18 PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN PADECIMIENTOS INFECTO-TRANSMISIBLES.

La inmunidad es una reacción normal y de adaptación. Protege al cuerpo contra la destrucción por sustancias extrañas y la invasión por microorganismos. La inmunidad activa indica que el cuerpo ha formado o adquirido la capacidad de defenderse contra un microbio específico. Se lleva a cabo al sufrir de hecho la enfermedad o por inmunización. La inmunidad pasiva es la inmunidad temporal que se pide prestada de otras fuentes, como la que recibe el lactante de la leche de su madre.

Varia mucho la resistencia de los pacientes a microorganismos patógenos. La paciente con diabetes, linfoma, leucemia, neoplasia, granulocitopenia, etc. Y los tratados con ciertos antimicrobianos corticosteroides, radiación o inmunosupresores tienden en especial a complicarse.

Los microorganismos se transmiten por varias vías. Las cuatro principales son las siguientes:

POR CONTACTO:

DIRECTO: transferencia física directa entre un huésped susceptible y una persona infectada o colonizada, según ocurre cuando el personal voltean o bañan a los enfermos.

INDIRECTO: contacto personal del huésped susceptible con un objeto intermedio contaminado, por lo general inanimado, como instrumental y apósitos.

GOTITAS DE FLUGGE: los microbios infecciosos entran en contacto con las conjuntivas, nariz o boca de las personas susceptibles por tos, estornudos o conversación de la persona infectada. Las gotitas no viajan más de un metro.

POR VEHICULOS. Se aplica a enfermedad transmisible por alimentos contaminados (salmonelosis), agua (legionelosis), medicamentos (bacteremia), y productos sanguíneos (hepatitis B).

POR AIRES. Transmisión por diseminación de residuo de gotitas que permanecen suspendidas en el aire, o partículas de polvo que contienen los microbios infecciosos.

a) CONCEPTOS BÁSICOS DE INFECTOLOGIA:

ASILAMIENTO ESTRICTO: es la prevención de la transmisión de infecciones muy contagiosas o virulentas, que pueden propagarse por gotitas y contacto directo.

ASILAMIENTO CONTRA CONTACTO: es la forma de prevención de la transmisión de infecciones muy transmisibles o de importancia epidemiológica.

ASILAMIENTO RESPIRATORIO: es la forma de prevención de la transmisión de enfermedades infecciosas sobre todo a cortas distancias y a través del aire.

AISLAMIENTO CONTRA TUBERCULOSIS: es la forma de aislamiento contra bacilos acidoresistentes.

PRECAUCIONES ENTERICAS: son aquellas que tienen por objeto prevenir infecciones que se transmiten por contacto directo o indirecto con heces.

PRECAUCIONES PARA DERRAMES/ SECRECIONES: tiene por objeto prevenir infecciones que se transmiten por contacto directo e indirecto con el material purulento o derrames de un sitio corporal infectado.

PRECAUCIONES PARA SANGRE/ LIQUIDOS CORPORALES: tienen por objeto prevenir infecciones que se transmiten por contacto directo o indirecto con sangre o líquidos corporales infecciosos.

COLONIZACION: es la existencia de microorganismos en la superficie o interior del huésped, con crecimiento y multiplicación, pero sin invasión o lesión tisulares.

CONTAMINACION: existencia de microorganismos en objetos inanimados o en sustancias.

TRANSMISION CRUZADA: trastorno transmisible que se añade a una persona que se encuentra en el hospital para el tratamiento de un trastorno no relacionado.

HUESPED: organismo del cual el parásito recibe su nutrimento.

INFECCION: penetración u y multiplicación de un agente infeccioso en los tejidos del huésped.

ORIGEN: personas o cosas de las cuales emana el proceso mórbido, puede tratarse de enfermos, personal, visitantes u objetos contaminados en el medio.

b) TÉCNICAS DE AISLAMIENTO.

Las enfermedades contagiosas deben su nombre al hecho de que se transmiten fácilmente a otras personas, debido a la acción de organismo patógenos. Las prácticas o procedimientos conocidos como técnicas de aislamiento, o bien, técnicas para el control de infecciones, se emplean con la idea de prevenir la transmisión de microorganismo patógenos de uno a otro huésped.

Los microorganismos se transmiten por varias rutas, por lo que es importante conocerlas ya que forman la base de diversas técnicas para controlar las enfermedades contagiosas.

Las técnicas de aislamiento limitan la diseminación de enfermedades contagiosas por medio de dos maneras generales: primero proteger a las personas que conviven con la persona infectada de los patógenos que ella

emite. El segundo método, consiste en proteger a las personas altamente susceptibles de la acción de los microorganismos en el ambiente general. Cada institución establece sus propias políticas para controlar las infecciones, pero en general, todos los procedimientos se basan en las recomendaciones de organismos especializados. Se conciben dos tipos generales de procedimientos de aislamiento: por categorías y por enfermedades específicas.

Cualquiera que sea la técnica de aislamiento adoptada por los nosocomios, las prácticas para controlar las infecciones deben indicarse en las puertas de los cuartos de los pacientes.

c) CUIDADOS ESPECÍFICOS

AISLAMIENTO POR ENFERMEDAD ESPECÍFICA

Es un conjunto de prácticas que limitan la diseminación del organismo patógeno causante de una enfermedad contagiosa.

Aislamiento por categorías.

Significa el empleo de clasificaciones respecto a las diferentes técnicas de aislamiento. Cada una de ellas se vale de prácticas que limitan la transmisión de diversos organismos patógenos diseminados por una ruta común, como puede ser por ejemplo, la sangre, las heces o las secreciones corporales. Los grupos de aislamiento por categorías comprenden aislamiento estricto, aislamiento de contacto, aislamiento respiratorio, aislamiento BAR (bacilo ácido resistente), precauciones entéricas, precauciones, drenaje, secreciones y precauciones sangre /líquidos corporales.

Aislamiento estricto.

Es el tipo de confinamiento más restrictivo de cuantos hay en el aislamiento por categorías. Se requiere del uso del número máximo de técnicas de control infeccioso. Se emplea para prevenir la proliferación de enfermedades altamente contagiosas y que pueden transmitirse por diversas rutas, como las secreciones corporales, los artículos contaminados y el aire, entre otros.

Aislamiento de contacto.

Cuando los patógenos se transfieren de manera inmediata a un huésped susceptible, la ruta de transmisión es por CONTACTO DIRECTO. El aislamiento de contacto es un tipo de aislamiento por categorías al que puede recurrirse si se tiene la certeza de que los organismos patógenos se diseminan cuando el paciente toque o establezca contacto con los artículos contaminados, por sus secreciones o excreciones.

Aislamiento respiratorio

Es un tipo de categoría que sirve para prevenir la diseminación de microorganismos por transmisión humedad (gotitas) o aérea. La transmisión por humedad designa las gotas diminutas de humedad emitidas por la nariz o la boca de una persona enferma cuando estornuda, tose, ríe, habla. La transmisión aérea es la transferencia de patógenos por partículas de polvo suspendidas o en residuos de gotitas evaporadas contenidas en corriente de aire y que las emite una persona infectada.

Precauciones entéricas

Son las medidas empleadas para evitar la transmisión de microorganismos patógenos presentes en heces o excrementos. La necesidad de recurrir a estas medidas solo surge en situaciones específicas. Aislamiento BAR es empleado para prevenir la proliferación del organismo que causa la tuberculosis, que es un bacilo ácido resistente.

PRECAUCIONES DRENAJE/ SECRESIONES:

Es un tipo de aislamiento que requiere que se apliquen las técnicas de control infeccioso solo cuando se manejan objetos o áreas corporales que contengan patógenos provenientes de secreciones. Se emplea cuando la posibilidad de que se dispersen organismos patógenos sea leve, aunque no nula.

PRECAUCIONES SANGRE/ LIQUIDOS CORPORALES.

Constituyen un tipo de aislamiento por categorías al que se recurre cuando una enfermedad se disemina mediante patógenos presentes en la sangre o líquidos del suero de las personas infectadas.

AISLAMIENTO DE PROTECCIÓN.

Es un conjunto de procedimientos empleado para evitar que una persona susceptible y no contagiosa contraiga una infección. Dado que este tipo de aislamiento utiliza técnicas que se ejecutan en dirección contraria a la de otras prácticas de control infeccioso, se le denomina

AISLAMIENTO INVERSO. BARRERAS DE TRANSMISIÓN COMUNES.

Todas las técnicas de aislamiento se valen de una combinación de prácticas de asepsia y del uso de las barreras de transmisión es una prenda o técnica que impide la transferencia de organismos patógenos de una persona, lugar u objeto a otros.⁶⁰ Las barreras de transmisión más comunes

⁶⁰ LUVERNE WOLF LEWIS Y COLS. Fundamentos de Enfermería p.472

que interfieren con la proliferación o transmisión de organismos patógenos, incluyen:

Asignar un lugar y equipo a un paciente infectado a fin de confinar o restringir el desarrollo de organismos patógenos en esa área.

El uso de guantes, cubrebocas, batas y ocasionalmente gorros y cubiertas capilares para prevenir la diseminación de microorganismos por contacto ya sea directo o indirecto.

Cuidado de la ropa de cama y del equipo, donde se incluyen las sillas y o cómodas, los orinales y los utensilios de comida.

El uso de técnicas de control infeccioso para contener a los patógenos que se hayan en reservas de las excreciones y secreciones del paciente.

De acuerdo con el tipo de técnica de control infecciosa adoptada, todas o solo algunas de las barreras de transmisión se usan.

PREPARACIÓN DE UN CUARTO DE AISLAMIENTO.

Para controlar la diseminación de la mayor parte de las enfermedades contagiosas en un hospital, se le asigna al paciente un cuarto para su uso exclusivo.

Es preferible que el cuarto de aislamiento cuente con un baño de uso estrictamente personal con agua corriente, con lo que se evita también la transmisión de microorganismos, los cuales pueden diseminarse al transportar heces u orina, o bien por el lavado inadecuado de las manos.

Este tipo de cuartos debe limpiarse con un mismo equipo una sola vez, ya que los implementos no pueden usarse para asear el cuarto de otro paciente.

EQUIPAMIENTO DEL CUARTO DE AISLAMIENTO.

Contiene este cuarto esencialmente los mismo objetos y mueblaje de cualquier cuarto de hospital, excepto por ciertas modificaciones. El equipo que en circunstancias normales lo comparten los pacientes no contagiosos, como puede ser el esfigmomanómetro, debe permanecer en el cuarto del paciente siempre que sea posible y para su uso exclusivamente personal. Debe proporcionársele al paciente un termómetro de uso personal.

ROPAS DE AISLAMIENTO.

Hay cinco prendas que conviene emplearse para prevenir la diseminación de organismo por contacto: bata. Cubreboca, guantes y en ocasiones, gorros y cubiertas para zapatos. En ocasiones se requiere solamente el uso de una prenda, todo depende de la ruta de transmisión del organismo patógeno.

EMPLEO DE LA BATA

El uso de la bata representa el método más eficaz para proteger el uniforme y la ropa de las personas encargadas de brindar cuidados en los hospitales. Los modelos de las batas varían mucho aunque todas tienen en común las siguientes características.

Se abren por detrás a fin de mantener protegida la parte frontal del usuario, ya que esta es la zona que tiene más probabilidades de hacer contacto con el paciente.

Los cierres se localizan en las áreas correspondientes al cuello y la cintura, con el fin de mantener cubierta toda la ropa del usuario.

Cuando sea necesario usar una bata, úsela solamente una vez y luego deséchela. Las partes destinadas a la lavandería pueden depositarse en el cesto de ropa del paciente.

La técnica de la bata múltiple quizá de gran popularidad en el pasado, aunque ahora se considera una práctica poco recomendada, ya que una misma bata la emplean diversas personas o una sola para varias veces. La utilización múltiple aumenta el riesgo de contaminación.

No hay procedimientos especiales que deban seguirse al usar una bata limpia cuando se llevan a cabo las tareas inherentes al aislamiento por enfermedad específica o por cualquiera de los grupos del aislamiento por categorías; sin embargo, cuando se practica el aislamiento por protección, la enfermera debe usar una bata estéril para que los organismos contenidos en el ambiente no se le transmitan al enfermo.

USO DEL CUBREBOCA.

Tiene como objeto proporcionarle al usuario una barrera contra los microorganismos transmitidos por aire o por ruta húmeda, debiendo abarcar este tanto nariz como boca.

Los cubrebocas deben usarse solo una vez y no tocarlos mientras se trabaja. El tiempo que puede usarse el cubrebocas depende de su calidad.

USO DE GUANTES.

El uso de guantes es necesario cuando hay posibilidades considerables de contagiarse mediante el contacto directo con el paciente. Asimismo se requerirá en ciertas circunstancias en las que ocurrirá contacto con un reservorio de microorganismos, como puede ser durante la cobertura de una herida drenada o cuando se manejan desechos corporales.

Los guantes se utilizan solo una vez, sin embargo, a veces es necesario cambiarlos durante la asistencia de un paciente; lo que ocurre si los guantes se contaminan de manera considerable y la enfermera debe seguir proporcionando cuidados.

USO DE GORROS Y CUBIERTAS PARA ZAPATOS.

Los gorros y las cubiertas para zapatos se usan generalmente en procedimientos quirúrgicos o para trabajo de asistencia en partos, esta con el fin de prevenir la diseminación de organismos patógenos del usuario de las prendas al paciente. Se trata, en suma, de protegerlo a él mas que a las personas encargadas de otorgar los cuidados.

REMOCION DE LAS ROPAS DE AISLAMIENTO.

El principio para remover las ropas de aislamiento consiste en establecer contacto únicamente con dos superficies contaminadas o dos limpias. Primero se retiran las ropas de mayor contaminación, de esta manera se respeta tanto la limpieza del uniforme como del cuerpo que protege.

4.19 PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN EL MANEJO DE QUIMIOTERAPIA.

1.-DEFINICION: Es el tratamiento con sustancias químicas de estructura bien definida las cuales buscan destruir las células malignas sin tener una selectividad en el organismo.

ACCIONES DE ENFERMERIA.

- 1.- Conocer los quimioterapéuticos que se utilizan con mayor frecuencia para tratar niños con cáncer, sus efectos secundarios y las precauciones para su administración.
- 2.- Cuidar a los niños con efectos secundarios de la quimioterapia.
 - a) Preparar al niño y sus familiares para los posibles efectos secundarios de los quimioterapéuticos que se recibe. Explicar al niño que la medicina es para ayudarlo a sentirse mejor, pero que cuando comience a tomarlo quizá se sienta mas enfermo. Esta explicación antes de que comiencen los síntomas le dará mas confianza y le hará sentir menos temor.
 - b) Nauseas y vómitos.
 1. Administrar antieméticos en la forma prescrita.
 2. Planear las actividades y comidas según el programa medico. Muchos niños prefieren recibir los quimioterapéuticos que causan nauseas y vómitos por las tardes, de modo que puedan dormir durante las horas de nauseas intensas.
 3. Observar cuidadosamente durante el sueño a los niños propensos a vomitar. Colocarlos en tal forma que se evita la aspiración.
 4. Ofrecerles los alimentos y líquidos lo más agradable posible.
 5. Anotar la naturaleza de nauseas y vomito.

6. Comunicar si hay nauseas y vómitos prolongados o tardíos que puedan indicar la necesidad de suprimir o disminuir la dosis de medicamento.
- c) Anorexia.
 1. Crear un medio agradable para la comida, sin escenas, ruidos ni aromas que cause nauseas o desaliente y distraiga al niño.
 2. Alentar al niño a que coma en el salón de juegos con otros compañeros.
 3. Cuidar adecuadamente la boca antes de comer.
 4. Proporcionarle raciones pequeñas y frecuentes.
 - d) Variaciones considerables del apetito. Recordar que son temporales y finalmente se restablecerán los patrones normales de alimentación. Tranquilizar a los padres a este respecto.
 - e) Daño a la mucosa gastrointestinal que origina estomatitis, ulceración gastrointestinal, ulcera rectal, diarrea o hemorragia.
 1. Proporcionar higiene meticulosa de la boca. Pueden prescribirse anestésicos locales para úlceras dolorosas de la boca.
 2. Si hay diarreas o úlceras rectales, conservar la piel limpia y seca para evitar maceración o infección secundaria.
 3. Estos signos de toxicidad pueden indicar la necesidad de interrumpir temporalmente al tratamiento o disminuir la dosis.
 - f) Alopecia.
 1. Ayudar a la familia a obtener pelucas o gorros en preparación para la perdida de pelo.
 2. Tranquilizar al niño y a los familiares comentándoles que el pelo va a crecer nuevamente, aunque puede ser de color y de consistencia diferente.

4.20 PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA QUE EN ALGUNOS CASOS SE PUEDEN UTILIZAR EN NIÑOS CON PADECIMIENTOS MUSCULO-ESQUELETICOS.

Algunos pacientes se hallan inactivos y físicamente inmovilizados debido a ciertas condiciones generales debilitantes. El paciente que se encuentra mecánicamente inmovilizado pasa por una situación un tanto diferente. La **INMOVILIZACIÓN MECANICA** se define como la restricción de movimientos corporales que resulta de la aplicación de tablillas, enyesados o dispositivos de tracción.⁶¹

La mayor parte de las personas sujetas a inmovilización mecánica han experimentado traumatismo en el sistema músculo – esquelético. Este tipo de lesiones suelen ser dolorosas y no sanan tan rápidamente como la de la piel o los tejidos suaves, por lo que requieren de un periodo de inactividad para que nuevas células se encarguen de regenerar la integridad de las estructuras dañadas.

⁶¹ LEWIS Y COLS. Fundamentos de Enfermería p. 947

a) VENDAJES.

OBJETIVO:

- Limitar el movimiento de la porción afectada.
- Asegurar férulas.
- Fijar aparatos de tracción.

PROCEDIMIENTOS.

1.- Explicar el procedimiento al paciente si esta en edad de entender.

2.- usar vendas de tamaño acorde a la región a vendar.

3.- colocar la parte del cuerpo que va a ser vendada en una posición de función normal.

4.- Aplicar almohadillas apropiadas para separar partes adyacentes de la piel y proteger prominencias óseas.

5.- Aplicar los vendajes desde las partes distales a las proximales.

6.- Al aplicar el vendaje, asegurarse de una distribución uniforme de la presión. El fijar el extremo de la venda ayuda a mantener una presión uniforme a todo lo largo de la venda. Fijar con tela adhesiva o grapas.

7.- cuando sea posible dejar una pequeña zona descubierta al final de la extremidad vendada, como un dedo. Esto no puede hacerse cuando la zona vendada es la distal.

FUNDAMENTOS, CONCEPTOS Y/O JUSTIFICACION

El colocar la parte del cuerpo en una posición normal en cuanto a función ayuda a evitar deformidades y molestias. Facilita también la circulación de la porción enferma.

La fricción y la presión pueden causar traumatismo mecánico de la piel.

La aplicación del vendaje hacia las líneas media del cuerpo estimula el flujo venoso de retorno al corazón.

La presión irregular puede obstaculizar la circulación sanguínea y la nutrición celular y retardar la curación. La fijación adecuada evita que el vendaje se desplace cuando el enfermo se mueva y se impide la fricción que puede provocar erosiones y excoriaciones a la piel.

Es deseable la observación directa de una extremidad afectada para verificar la normalidad en la circulación.

8.- MODELOS BASICOS DE VENDAJE

CIRCULAR.- cada vuelta de la venda sobrepasa ligeramente la vuelta precedente; así se forma un vendaje del ancho de la misma venda.

ESPIRAL.- cada vuelta de la venda cubre ligeramente la vuelta precedente para crear una progresión proximal en la extremidad.

ESPIRAL INVERTIDA.- la venda es fijada por medio de varias vueltas de espiral, luego, con cada vuelta, la porción de la venda recién aplicada se voltea hacia abajo.

VENDAJE EN 8.- se utiliza para articulaciones. Se fija bajo la articulación por medio de varias en espiral. Luego se hace una vuelta por arriba de la articulación y posteriormente por arriba y abajo en forma alterna para cubrir toda la articulación.

EN ESPIGA.- es lo mismo que el vendaje en 8, excepto que por lo general cubre un área mucho mayor como la cadera.

PRECURRENTE.- el vendaje se fija primero por medio de dos vueltas circulares. Se hace pasar luego el rollo de la venda en dirección perpendicular a las vueltas circulares, de la parte posterior a la frontal y de esta a la posterior, sobreponiendo cada vuelta hasta que toda la zona quede cubierta.

El vendaje circular se utiliza principalmente para fijar en su sitio un vendaje donde se inicia y termina.

El vendaje en espiral es útil para partes cilíndricas del cuerpo como el dedo, muñeca o tronco.

El vendaje invertido en espiral se utiliza para vendar una porción corporal de forma crónica, como el muslo, brazo o antebrazo.

El vendaje en 8 se utiliza para un ajuste ceñido y por lo tanto se emplea para inmovilización alrededor de las articulaciones, como la rodilla, codo, tobillo o muñeca.

El vendaje en espiga es particularmente útil para el pulgar, mama, hombro, ingle o cadera.

El vendaje recurrente se utiliza para fijar un apósito sobre la cabeza, un muñón o un dedo.

b) CUIDADOS DEL APARATO DE YESO

Son las observaciones e intervenciones de enfermería que previene o alivian las complicaciones, consecuencia de la aplicación de un yeso.

OBJETIVO:

1. Conservar la posición anatómica deseada.
2. Producir tracción para la reducción de un fractura.

PROCEDIMIENTO

1.-Conservar la extremidad en alineación correcta hasta que el yeso seque por completo, lo que por lo regular tarda cerca de 24 horas. Si debe levantar el yeso se usan las palmas de las manos, en vez de las yemas de los dedos.

2.-Poner acolchamiento adicional, como molesquina, sobre los bordes rugosos del yeso. Tener cuidado de no trastornar la circulación hacia el pie o mano.

3.-Poner una cubierta protectora, como bolsa de plástico, sobre el yeso durante el baño, si se permite. Procurar conservarlo tan seco como sea posible.

4.-Eleva la extremidad con yeso sostenido todo el contorno con objeto de prevenir las grietas. Puede aplicarse hielo al yeso para prevenir o reducir el edema.

PROCEDIMIENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN

El objetivo del yeso es sostener la extremidad o hueso inmóviles hasta que la curación sea completa; se aplica de forma que ajuste bien, pero que permita la circulación necesaria adecuada para la curación.

Los bordes rugosos del yeso traumatizan la piel, en especial en niños, la presión del borde del yeso también puede causar equimosis.

El yeso es poroso y absorbe agua con facilidad; debe secarse si se humedece.

El retorno venoso defectuoso es común en las partes lesionadas. Las aplicaciones frías constriñen los vasos sanguíneos, anestesian las terminaciones nerviosas y auxilian la coagulación sanguínea.

5.-Verificar los dedos de las manos o pies con frecuencia, en especial durante las primeras 24 horas, para descubrir signos tempranos de trastornos circulatorios.

6.-La alineación y posición corporales apropiadas son muy importantes para el sujeto enyesado. Para fomentar la comodidad máxima, cambiar la posición del enfermo con frecuencia. Evitar pellizcar la piel y la formación de zonas de presión sobre prominencias óseas.

7.-Las partículas extrañas bajo la férula desencadenan irritaciones e infecciones de la piel. Desalentar al paciente que desea aliviar el prurito bajo el yeso rascándose con algún objeto.

8.-Los exudados y secreciones en la piel después de eliminar al yeso deben quitarse con cuidado y suavidad para prevenir el traumatismo.

9.- Suele sostenerse el yeso por algún medio cuando el paciente se encuentra fuera de la cama. Las muletas o cabestrillo son ayuda frecuente para la ambulación con yeso.

El yeso no es flexible y se encoge un poco a medida que seca; puede inhibir la circulación y causar hinchazón en la zona de la fractura.

El estrés anormal sobre los huesos causa problemas estructurales. En la alineación apropiada, no se somete a tensión las articulaciones, músculos o huesos y tejido conectivo.

Los rasguños bajo el yeso pueden infectarse a causa del medio caliente oscuro y húmedo.

El color mohoso que proviene debajo del yeso puede indicar la formación de pus.

Después de quitar el yeso, la piel esta escamada, y los músculos adoloridos y rígidos.

El esfuerzo innecesario es indeseable durante la recuperación después de la fractura. El objetivo del yeso colgante es ejercer presión por la tracción de la gravedad con objeto de conservar alineada la fractura del húmero.

c) TRACCIONES

TRACCION: es la extensión de una extremidad lesionada en la dirección y posición que facilita la cicatrización y el funcionamiento óptimos.

TIPOS DE TRACCIÓN:

- 1.- **TRACCION CUTANEA.**- se usa en niños pequeños cuando el estado de la piel es adecuada y vasta con fuerza de tracción leve. Se aplica a la piel de la parte afectada del cuerpo.
- 2.- **TRACCION ESQUELETICA.**- se utiliza cuando se requiere mayor fuerza de tracción o esta lesionada la piel.
- 3.- **TRACCIONES CONTINUAS O INTERMITENTES.**- se utilizan según sea el propósito.

Continuas, cuando no puede interrumpirse, para cambiar apósitos, vestirse u otras actividades.

Intermitentes.- cuando puede desconectarse de forma temporal según lo especifique el medico.

OBJETIVOS:

Conservar aproximados los segmentos fracturados del hueso en tanto se unen.

- Evitar o corregir deformaciones

MATERIAL Y EQUIPO:

- Tela adhesiva
- Vendas elásticas
- Cuerdas, pesas, poleas
- Barras de tracción
- Cabestrillos

PROCEDIMIENTO.

- 1.-explicar el procedimiento al niño y a sus padres.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACION.

Para que la tracción se eficaz es esencial que los padres comprendan el procedimiento y colaboren.

2.-conservar una tracción constante y uniforme: no añadir ni quitar peso.

La tracción debe ser constante para lograr los resultados deseados. Cualquier cambio en el peso o la contracción afecta todo el sistema de tracción.

3.-observar si hay alteraciones de la circulación observando: color de piel, enrojecimiento, cianosis, movimiento articular, temperatura de la piel, etc.

Comparar el miembro afectado con el sano.

4.-proporcionar cuidados de la piel.

Los niños inmovilizados presentan con facilidad áreas de presión a menos que se proporcionen cuidados meticulosos a la piel.

5.-planear ejercicios musculares cortos diariamente.

La falta de uso de los músculos puede causar atrofia y deformación.

6.-hacer que el niño respire profundo a intervalos. Proporcionarle globos para que infle, silbato y otros artículos similares. Un niño mayor no puede soplar botellas.

La inmovilización prolongada puede causar neumonía hipostática.

7.-llevar un registro de la ingestión y eliminación del niño y hacer análisis de orina periódicos.

Por la inmovilización hay propensión a retener orina y la formación de cálculos renales.

8.-proporcionar una dieta alta en fibras y líquidos y baja en calcio.

Esto ayuda a evitar el estreñimiento y la formación de cálculos.

9.-proporcionar diversiones diarias y estimular a la familia a que lo visite con frecuencia.

El reposo forzado en cama hace que el tiempo pase muy lentamente lo que puede ser muy traumático para el niño pequeño.

10.-nunca alterar el aparato de tracción.

Si al parecer necesita ajustarse, comunicarlo al médico.

11.-evitar sacudir la cama o columpiar los pesos.

Esto puede causar dolor y molestias al niño.

12.-no permitir que los pesos cuelguen directamente sobre el peso del niño.

Es una precaución de seguridad.

13.-cuidar todos los sitios de entrada, alfileres, alambres o tenazas, como si se tratara de heridas quirúrgicas.

Esto disminuye el peligro de infección en el trayecto al alfiler.

4.21 ATENCIÓN DE ENFERMERIA AL PACIENTE AGONICO Y TERMINAL

Las fases de la agonía han sido descritas por Elizabeth Kubler Roos. La primera fase es la **NEGATIVA**, en el que el moribundo rehusa a creer que la muerte sea una posibilidad. Es un mecanismo de defensa y se usa para darle a la persona tiempo para ajustarse al hecho de que la muerte es inevitable. La segunda fase a menudo es el enojo por tener que renunciar a la vida. Esta emoción se dirige a personas u objetos. La tercera fase es el **REGATEO** en la que el moribundo intenta hacer un trato con Dios a cambio de mas tiempo de vida. En general ocurre luego la **DEPRESION**, que de hecho, es un periodo de pena por si mismo. La fase fina es la de **ACEPTACION**, cuando la muerte se acepta como inevitable. En cada fase, aun en la de **ACEPTACION**, se necesita todavía sostén y aun se siente esperanza.

ETAPAS EN EL DESARROLLO DEL CONCEPTO DE UN NIÑO SOBRE LA MUERTE

EDAD DEL NIÑO

Niños hasta los tres años de edad.

ETAPAS DEL DESARROLLO.

En esta etapa, no pueden comprender la relación de la vida con la muerte, ya que no han desarrollado el concepto del tiempo infinito. Temen separarse de los adultos que los protegen y consuelan. Perciben la muerte como un hecho irreversible.

Niños en edad preescolar.

En esta edad, no tienen comprensión real del significado de la muerte; se sienten seguros y tranquilos con sus padres.

Pueden considerar la muerte como algo que les sucede a otros.

Pueden interpretar su enfermedad como un tipo de castigo por algo real o imaginario que hicieron mal.

Quizá interpreten como castigo la separación por la hospitalización; las pruebas y procedimientos y procedimientos dolorosos a que se someten apoyan esta idea.

Es posible que se depriman porque no pueden corregir los errores que cometieron y recuperar la gracia de los adultos.

Niños en edad escolar.

El concepto puede relacionarse con pensamientos mágicos y de misterio.

En esta edad, consideran la muerte como terminación de la vida, comprenden que están vivos y pueden "no estar vivos", temen morir.

Los niños diferencian la muerte del sueño.

A diferencia de este último, el horror de la muerte les causa dolor, mutilación progresiva y misterio.

Son vulnerables a los sentimientos de culpa relacionados con la muerte por la dificultad para diferenciar entre los deseos y el hecho real.

Aprenden el significado de la muerte por la experiencia personal.

Mascotas.

Muerte de familiares, figuras políticas, etc.

Adolescentes.

La televisión y las películas han contribuido a sus conceptos de la muerte y a su comprensión del significado de la enfermedad.

Desarrollan más conocimientos sobre el significado del diagnóstico.

El adolescente comprende la permanencia de la muerte tanto como el adulto, aunque quizá no entienda la

muerte como un acontecimiento que le ocurra a personas cercanas a él.

Desea vivir; ve la muerte como el impedimento para alcanzar sus metas; independencia, logro, mejoría física e imagen personal.

Teme a la muerte antes de su realización.

El adolescente puede reprimirse y resentirse por los cambios corporales que puedan ocurrirle, la dependencia y la pérdida de su medio social.

Quizá se sienta aislado y rechazado, ya que sus amigos adolescentes pueden retirarse cuando afrontan su muerte inminente.

El adolescente puede expresar furia, amargura y resentimiento.

Resiente en especial el hecho de estar condenado a morir.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

- A. Analizar los propios sentimientos sobre la muerte y crear una filosofía que le permita a la enfermera apoyar al niño moribundo y a su familia.
 - a) Familiarizarse con la literatura sobre la muerte y moribundos y el uso de un recurso en la planeación y desarrollo de los cuidados de enfermería.
 - b) Reconocer que la meta es ayudar a los niños y a sus familiares a enfrentar esta angustia y dolor en forma tal que la experiencia promueva el desarrollo en vez de destruir la integridad familiar y el bienestar emocional.
 - c) Compartir los sentimientos personales sobre la muerte y los moribundos con los compañeros. No es raro que la enfermera experimenta sentimientos de enojo, frustración, desamparo y culpa.
 - d) No olvidar que el niño moribundo, sus familiares y el personal pasaran por las etapas de la agonía, aunque no necesariamente al mismo tiempo.
 - e) Los niños experimentan estas etapas con gran variación. Tienden a pasar con mayor rapidez por las mismas y tal vez se fusionen en alguna de ellas.
 - f) La meta de enfermería es reconocer nuestros sentimientos y aceptar al niño y sus familiares en donde se encuentren y no forzarlo a través de la etapas.
- B. Comprender el significado de la enfermedad y la muerte para el niño en las diversas etapas del crecimiento y desarrollo y utilizar esta información en la planeación de los cuidados.
 - c) No olvidar otros factores (aparte del concepto de muerte según las etapas del desarrollo del niño) que influyen en el concepto personal del niño sobre la muerte. Son particularmente importantes:
 - 1.- El grado y el tipo de exposición directa que ha tenido un niño con la muerte.
 - 2.- Los valores culturales, creencias y patrones de desamparo.
 - 3.- Creencias religiosas sobre la muerte y la vida futura.
- C. Utilizar los conocimientos acerca de la interpretación del niño sobre el significado de la muerte en las diversas etapas de su crecimiento y desarrollo al platicar con el sobre su enfermedad y preguntarle sobre la muerte.
 - a) Las investigaciones indican que los niños suelen afrontar mejor que los adultos y que reconocen la oportunidad de conocer y comprender lo que les sucede.
 - b) Es importante responder con sencillez y veracidad las preguntas del niño y que se base en su grado particular de comprensión.
 - c) En THE DYING CHILD. Easson sugirió las siguientes respuestas que pueden ser útiles como guía.
 - 1.- NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR:

- (a) Si un niño en esta edad está lo bastante tranquilo para preguntar sobre su enfermedad hay que responderle lo que pregunta. Cuando se prevé su muerte en una época futura y pregunta ¿voy a morir?, una respuesta podría ser, "todos moriremos algún día pero tu no vas a morir hoy ni mañana".
- (b) Cuando la muerte es inminente y el niño pregunta ¿voy a morir?, la respuesta podría ser; "sí, vas a morir, pero te cuidaremos y permaneceremos contigo".
- (c) Hay que permitir a los padres que permanezcan con el niño para proporcionarle apoyo y cariño.
- (d) Cuando el niño pregunta ¿me dolerá? La respuesta debe ser real y sincera. La respuesta debe describirse como una forma de sueño, un sueño en el que tendrá la seguridad del amor de quienes lo rodean.
- (e) Los padres pueden comentarle que no desean que se vaya y que lo extrañarán mucho, se sienten tristes porque van a separarse.

2.- NIÑOS EN EDAD ESCOLAR:

- (a) Las respuestas a las preguntas de los niños en edad escolar sobre la muerte deben responderse con sinceridad. El niño busca apoyo de aquellos en los que confía.
- (b) Los niños en edad escolar deben recibir una explicación sencilla sobre su diagnóstico y el significado; asimismo, hay que explicarle los tratamientos y procedimientos.
- (c) No deben proporcionárseles un tiempo específico en términos de tiempo de días o meses, ya que cada niño o enfermedad son diferentes.
- (d) Cuando el niño en edad escolar pregunta ¿voy a morir? y la muerte es inevitable, hay que decirles la verdad. Los niños en edad escolar tienen la capacidad emocional para buscar a sus padres y aquellos en quienes confían para consuelo y apoyo.
- (e) El niño en edad escolar cree en sus padres. Debe permitirle que muera en la tranquilidad y seguridad de su familia.
- (f) Los niños en edad escolar saben que la muerte significa la separación final y saben lo que perderán. Hay que permitirles que lamenten esta pérdida cuando estén muriendo. Pueden estar tristes y amargados y mostrar una conducta agresiva. Hay que darles la oportunidad de que lo expresen si son capaces de hacerlo.

3.- ADOLESCENTES:

- (a) Los adolescentes deben recibir una explicación sobre su enfermedad y todos los procedimientos terapéuticos necesarios.
- (b) El adolescente se siente despojado y razonablemente resentido sobre su enfermedad porque desea vivir y alcanzar su realización.
- (c) A medida que la muerte se aproxima el adolescente se torna emocionalmente más unido a su familia.
- (d) Hay que permitirle que conserve sus defensas personales emocionales. Es posible que lo niegue en forma absoluta. El adolescente indicará por sus preguntas el tipo de respuestas que desea.

- (e) Si afirma "no voy a morir", esta buscando ayuda. Ser sincero y afirmar "no, no vas a morir ahora".
- (f) El adolescente puede preguntar, ¿cuánto tiempo voy a vivir?. Es capaz de afrontar la realidad mas directamente y tolerar respuestas más directas. No debe dársele tiempo absoluto ya que ello bloqueara por completo toda esperanza. Si su pronostico supone para unos tres meses, la respuesta puede ser: "las persona con una enfermedad como la tuya pueden morir en tres o seis meses, pero algunas viven mucho mas".
- (g) La amargura y el resentimiento por estar condenado a morir pueden interrumpir los procedimientos y tratamientos necesarios. Es necesario manejar adecuadamente esta conducta.
- 4.- Consultar con los padres sobre sus sentimientos para comentar la enfermedad con el niño y proporcionarles la información que les ayudara a tener un papel de mayor apoyo.
 - 1.- Valorar la información que les han proporcionado al niño sobre su enfermedad y como reaccionó a ella.
 - 2.- Establecer las preguntas especificas que ha hecho el niño sobre su enfermedad y como le respondieron.
 - 3.- Compartir con los padres la valoración de lo que el niño sabe sobre su enfermedad y lo que desea conocer.
 - 4.- Comentar con los padres como interpretan el significado de la muerte los niños de diferentes edades y ofrecerles sugerencias para responder las preguntas de los niños sobre la muerte.
 - 5.- Proporcionarles literatura que les ayuda a explicar la muerte al niño.
 - 6.- Ayudarles a explicar a los hermanos la enfermedad del niño y responder sus preguntas. Si es adecuado, auxiliarlos para que identifiquen las formas en que los hermanos pueden compartir los cuidados del niño.
 - 7.- Ayudar a los padres a que se adapten a la enfermedad de su niño y a la muerte anticipada.
 - a.- Establecer un plan de cuidados que incluyan lo siguiente:
 - La responsabilidad principal para la comunicación con los padres debe designarse a una enfermera.
 - Es necesario comunicar a todo el personal la información sobre la preocupación de los padres.
 - b.- Aceptar los sentimientos de los padres sobre la muerte anticipada del niño y ayudarlos a afrontarla.
 - No es raro que lleguen al punto de desear la muerte del niño y experimenten sentimientos de culpa y autorreproche por estos pensamientos.
 - Los padres pueden suprimir sus fijaciones emocionales al niño si al paso de la muerte es prolongado. Ello ocurre porque llevan la mayor parte de los procedimientos del duelo antes de la muerte biológica del niño. Pueden referirse al niño como si ya estuviera muerto.
 - c.- Proporcionar información previsor sobre la muerte afectiva del niño y las decisiones y responsabilidades inmediatas después de la muerte.

- Describir como será probablemente la muerte y como saber cuando es inminente. Esto es necesario para desvanecer las fantasías horribles que tal vez tengan los padres.
 - Esclarecer los deseos de los padres sobre estar presente al momento del niño y respetar sus deseos.
 - Si es apropiado, permitir a los padres comentar sus sentimientos sobre cuestiones sobre la muerte como la necropsia y trasplantes, para que tomen decisiones apropiadas.
 - Si es necesario, ayudar a los padres a considerar las disposiciones funerarias.
- d.- Estar consientes de los factores que afectan la capacidad de la familia de enfrentar enfermedades mortales, en especial las características sociales y culturales del sistema familiar, experiencias previas con la muerte, fase actual del desarrollo de la familia, y recursos a su disposición.
- 8.- Alentar a los padres que pasen con el niño tanto tiempo como les sea posible y darles la oportunidad de que participen en sus cuidados.
- a.- Permitir a los padres que bañen al niño y lleven a cabo todos sus procedimientos dentro de sus capacidades y deseos. Ello les da la sensación de que están haciendo algo por él.
 - b.- Enseñar a los padres aquellos aspectos de los cuidados del niño con los cuales no este familiarizado.
 - c.- Proporcionar a los padres un sitio en el que puedan permanecer y estar cómodos, se les debe decir donde pueden estar, solo cuando así lo deseen.
 - d.- Asegurar a los padres que se cuidara bien del niño cuando no estén presentes.

La aflicción es una reacción emocional a la perdida. George Engle ha descrito las fases de la aflicción. El CHOQUE E INCREUDLIDAD, que son las primeras reacciones, se deben a las negativas a creer, aceptar o comprender que ha ocurrido la muerte. Este periodo se ha descrito como el entumecimiento, en que el individuo procura aislarse contra el estrés y el reconocimiento de la muerte. La segunda fase, CONCIENCIA CRECIENTE, ocurre con el tiempo, de varios minutos u horas, en que se siente angustia y una sensación de perdida. Esta fase se acompaña de llanto, enojo y una sensación de impotencia. La tercera fase es la de RESTITUCION, durante la cual se llevan a cabo los rituales normales, como el funeral o el velatorio, que inicia la fase de recuperación. Ocurre luego la RESOLUCION, durante la cual la persona afligida intenta aceptar la perdida, a principio se ve consumida con ideas de la perdida del ser querido y gradualmente se hace consiente de si mismo de nuevo. Por ultimo, la persona afligida puede pensar y hablar sobre el finado, esto a menudo conduce a la idealización, en que se recuerdan solo hechos positivos de la persona muerta. El proceso de aflicción tarda un año o más.

SIGNOS DE MUERTE INMINENTE:

Estos se clasifican en tres tipos:

- Signos precursores.
- Signos de valor absoluto.
- Descomposición de los tejidos.

SIGNOS PRECURSORES.

- Reflejos que desaparecen en forma gradual y no hay movimientos.
- Respiración rápida con periodos de apnea.
- Expresión de angustia y en muchas ocasiones aparición de cianosis.
- Piel húmeda y fría.
- Pulso acelerado y rápido, pupilas midriáticas y mirada fija al aumentar la anoxia.
- Hipotensión e hipertermia.
- Pérdida del conocimiento y sensibilidad.

SIGNOS DE VALOR ABSOLUTO.

- Suspensión de la respiración.
- Falta de circulación.
- Enfriamiento progresivo del cuerpo hasta la temperatura del medio ambiente.
- Resequedad de la piel.
- Aparición de una "tetilla" en la cornea.
- Pupilas dilatadas e inmóviles con retracción de los globos oculares.
- Rigidez de las extremidades superiores e inferiores.

DESCOMPOSICION TISULAR.

Se refiere a la putrefacción, maceración y escorificación.

4.22 CUIDADOS POSTMORTUM.

Es la preparación del cuerpo del finado para el empleo de las pompas fúnebres.

OBJETIVO:

Ayudar a conservar los tejidos corporales en el mejor estado posible, para reducir al mínimo los problemas de preparación del cuerpo para su exhibición.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Mortaja.
- Equipo de baño.
- Apósitos.
- Etiquetas de identificación.
- Torundas de algodón o almohadillas de gasa.
- Solución salina.

PROCEDIMIENTOS

1.-Prestar atención a la familia cuando ocurre la muerte. Puede llamar a un clérigo si así lo solicitan.

2.-Si los miembros de la familia son muy emotivos o sufren manifestaciones físicas, como desmayos, puede notificarse al médico.

3.-Levantar la cabeza y hombros del finado con una almohada o eleve la cabecera de la cama.

4.-Conservar la posición normal del cuerpo. Disponerlo en alineación recta. Poner las prótesis dentales dentro de la boca tan pronto como sea posible después de la muerte y cerrar la boca. Deben brindarse cuidados bucales tan meticulosos como sea posible. Cierra los ojos con naturalidad ejerciendo presión suave con las yemas de los dedos durante un momento. Si los ojos no permanecen cerrados, ponga una almohadilla o torunda de algodón sobre cada uno. Puede ponerse la toalla doblada bajo el mentón para conservar la boca cerrada.

5.-Prevenir la pérdida de artículos personales. Reúna la ropa y objetos de valor del finado; rotúelos y déselos al familiar más cercano. Anote en el expediente lo que se reunió, a quien se dio y las alhajas que permanecen con el muerto.

FUNDAMENTO, CONCEPTO Y/O JUSTIFICACIÓN.

La expresión verbal de los sentimientos permite liberar las emociones lo que tal vez ayude a reducir la angustia mental inicial.

El efecto de la muerte sobre la familia se manifiesta con formas diferentes de estrés y choque.

Al elevar la cabeza se impide que se estanque sangre en la cara y provoque cambios de color.

La disposición en colocación normal impide la deformación de la cara y cuerpo. Se logra el aspecto de sueño normal si los ojos están cerrados con naturalidad. Los cuidados bucales deben eliminar los olores de la boca, pues la familia tal vez desee estar cerca del muerto. Los olores agravan el sufrimiento.

La pérdida de artículos personales puede agravar la angustia y pena de la familia.

Asegúrese que la familia firme todas las formas necesarias de consentimiento antes de salir del hospital.

6.-Aplicar la mortaja conservando la dignidad del finado. Limpiar el cuerpo si es necesario. Cambiar los apósitos y cubrir con almohadillas las zonas de derrame, como nalgas y heridas. Quite todos los drenes, tubos y equipo. Poner el cuerpo tan presentable como sea posible si la familia desea ver al muerto antes de salir del hospital. No aplicar la mortaja sino hasta que la familia se haya ido. Lavar y secar la cara y peinar el cabello. Bajar las barandillas y elevar la cama a una altura accesible para que la familia pueda tocar el cuerpo si así lo desea. Aplicar la mortaja o bata hospitalaria. Poner una etiqueta de identificación en el paciente (tobillo o muñeca) y en la mortaja.

7. Transportar el cuerpo a la morgue. Cubrirlo por completo con sabana y cobijas. Transportarlo a la morgue con tranquilidad y sin que se note.

La limpieza del cuerpo y cambio de apósitos reducen la posibilidad de olores causados por microorganismos. El muerto debe estar tan natural como sea posible para que la familia lo vea. Es esencial que el cuerpo se identifique con exactitud para prevenir traumatismos emocionales desastrosos para la familia, consecuencias legales y dificultades para el hospital. Muchas veces la familia desea tocar o besar al finado antes de irse.

Al observar y conocer una muerte en el hospital pueden intranquilizarse los pacientes que se están recuperando. El decoro y discreción al llevar al cuerpo a la morgue ayudan a evitar perturbar a otros enfermos y visitantes.

4.23 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

Todo ser humano tiene derechos y debemos recordar que el niño cuenta con los propios. Estos fueron creados y asentados en la Carta de la Naciones Unidas como "Derechos Universales del Niño" y dados a conocer en nuestro país en el V congreso Panamericano del Niño en el año de 1935.

Por la naturaleza de la actividad de la Enfermera, podemos aseverar que en la relación con los pacientes, resulta tan importante la atención técnica, como la atención humana.

Al terminar este trabajo puedo concluir que solo estando preparada para utilizar los conocimientos disponibles sobre muchos aspectos del desarrollo del niño podremos servir mejor a los niños que, debido a su enfermedad, nos proporcionan una extraordinaria oportunidad de velar no solo sobre su padecimiento inmediato, sino sobre su adaptación general.

Es una verdad absoluta, que en un tratamiento rendirá mejores resultados en la medida que exista fe y confianza del niño hacia las personas responsables de su cuidado.

Seres humanos, implicando para ello el orientarnos hacia nuestra realización en tres niveles: profesional, espiritual y personal.

Profesionalmente.- actualizándonos constantemente en las materias, medicas, éticas y psicológicas, las cuales nos ayudan a desarrollar nuestra profesión con sentido de responsabilidad y dignidad.

Espiritualmente.- comprendiendo lo que significa para el niño tener que enfrentarse a una enfermedad, a un medico desconocido, rodeado de gente y objetos extraños y tener muchas dudas que nadie se toma el tiempo para tratar de aclararlas.

Personalmente.- procurándonos una salud física y mental que permitan liberar la tensión emocional acumulada durante horas de trabajo.

Muy cierto es también que en esta época que nos ha tocado vivir la mayoría de las personas que se dedican a este trabajo no lo hace porque realmente le satisface hacerlo; sino porque se ven obligados por necesidades económicas, lo que se refleja en nuestras tareas diarias, pero también es bien cierto que nuestros niños no tienen ninguna culpa de ello.

Quisiera concluir finalmente con un mensaje que en alguna ocasión nos mando una persona a quien debo una profunda admiración y respeto ya que gracias a ella aprendí a conocer, querer y entender mejor a los niños y que hoy quiero compartir con todos ustedes :

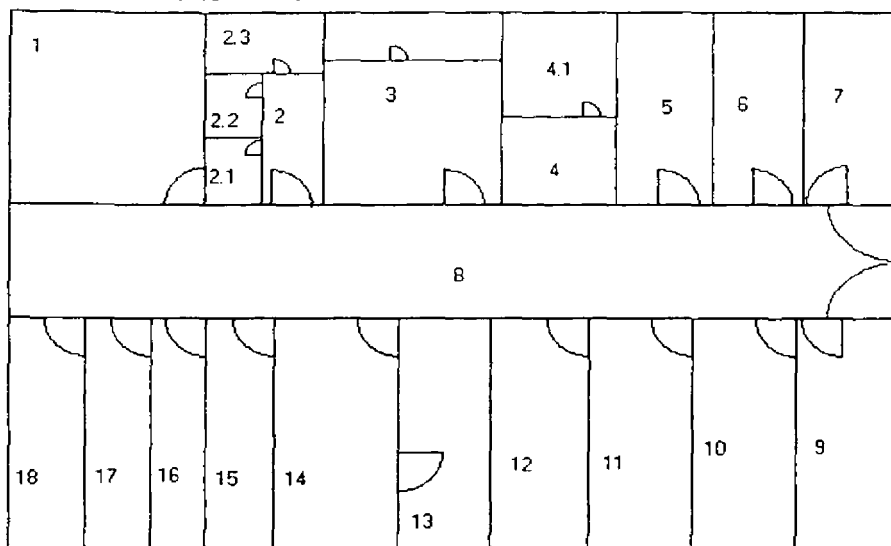
"ENFERMERA (O) PROFESIONAL DE LA SALUD, TU PARTICIPACION ES TRASCENDENTAL Y SI DEL NIÑO SE TRATA DALE LO MEJOR DE TI MISMA (O)".

GRACIAS!

CAPITULO V

5.1 ANEXOS

3.3 CROQUIS DEL SERVICIO.



1.Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

2.Aislados.

2.1Aislados (1025).

2.2Aislados (1026).

2.3Aislados (1027).

3.Escolares mujeres.

4.Lactantes I (Enf. Respiratorias).

4.1Lactantes I (Medicina interna).

5.Lactantes II (Enf. de patología digestiva).

6.Escolares hombres.

7.Aula de médicos.

8.Pasillo central.

9.Séptico.

10.Residencia médicos.

11.Baño escolares hombres.

12.Cuarto clínico.

13.Ropería (anexo, baño personal).

14.Control de enfermería.

15.Cirugía pediátrica.

16.Cuarto limpieza.

17.Oficina médico coordinador de servicio.

18.Inhaloterapia.

5.2 GLOSARIO.

CATETER.- Tubo o sonda para instalar o retirar líquidos.

COLECISTOGRAFÍA.- Registro gráfico de la vesícula biliar.

COMA.- Inconciencia profunda de la cual no se puede despertar al individuo, incluso con estimulación intensa.

DIÁLISIS.- Separación de partículas cristaloides (más pequeñas) de las coloides (más grandes) con base en la diferencia de sus velocidades de difusión a través de una membrana semipermeable.

DIASTOLE.- Periodo de relajación del músculo cardíaco.

ENEMA.- Resquebrajamiento de la piel como resultado de una presión ininterrumpida sobre una prominencia ósea. Sinónimo de úlcera decubital.

FRECUENCIA.- Número de vibraciones sonoras en la unidad de tiempo.

INGRESO.- Proceso de admisión del paciente a una institución hospitalaria; a fin de recibir cuidados y tratamiento.

NUBULIZACIÓN.- Proceso para transformar un líquido en vaho o neblina de gotitas finas.

PERCUSIÓN.- Técnica para desprender secreciones respiratorias golpeando la pared torácica con movimientos rítmicos y suaves.

POSICIÓN.- Situación de un órgano.

POSTURA.- Posición del cuerpo o forma en que éste es sostenido.

SUCCIÓN.- Procedimiento en el que se emplea un catéter para remover las secreciones de las vías aéreas.

TRAQUEOSTOMÍA.- Abertura artificial en la tráquea.

ÚLCERA.- Llaga o lesión abierta en la piel o las mucosas, semejante a un cráter volcánico.

VIBRACIÓN.- Técnica para remover secreciones respiratorias mediante movimientos firmes y circulares en el pecho.

5.3 BIBLIOGRAFIA.

- Añorue López Raquel
Manual de Procedimientos esenciales de Enfermería.
México 1989.
UNAM: ENEO

- Balderas Pedrero Maria de la Luz
Administración de los servicios en Enfermería.
2ª Edición.
Editorial Interamericana
México 1994.

- Bare C. Brenda
Enfermería Pediátrica.
6ª Edición
Editorial Interamericana
México 1994.

- Barquin C. M.
Dirección de Hospitales.
Vol. 3
Editorial Interamericana.

- Berhman Richard E.
Tratado de Pediatría.
14ª Edición.
Editorial Interamericana.
México 1992.
2224 p.

- Berry Edna Cornelio
Técnicas de Quirófano.
Editorial Interamericana.
México 1981.

- Blake Waecher
Enfermería Pediátrica.
9ª Edición.
Editorial Interamericana.
794 p.

- Brunner Sholtis Lillian
Enfermería Peidatrica.
3ª Edición.
Editorial Interamericana.
México 1981.
856 p.

- Brunner Sholtis Lillian
Manual de Enfermeria.
4ª Edición.
Editorial Interamericana.
México 1991.
1795 p.

- CIESS
Administración de los servicios de salud de Enfermería.
Editorial Organización Panamericana.
México 1992.
557 p.

- DIF
Guía de Orientación Alimentaria.
México 1998.
124 p.

- DUUGAS
Tratado de Enfermería Pediatrica.
México 1989.

- ENEP ZARAGOZA
Plan de Enseñanza Clínica.
México 1984.
392 p.

- Evans L. Marilyn
Enfermería Pediatrica. Guía Clínica.
Editorial Manual Moderno.
México 1983.

- Gerard J. Tortora
Principios de Anatomía y Fisiología.
6ª Edición.
Editorial Harla
México 1981.
1205 p.

- González S. Napoleón
Infectología Clínica Pediátrica.
5ª Edición.
Editorial Trillas.
México 1993.

- Henderson Niete
Enfermería Teórica y Práctica.
Editorial La Prensa Médica.
México 1987.
484 p.

- Jabbourd / Ovenas
Manual de Neurología Infantil.
Editorial Fondo Educativo Interamericano.
México 1980.
496 p.

- Joyce Beebe Thompson
Ética en Enfermería.
3ª Edición.
Editorial Manual Moderno.
México 1995.
394 p.

- Konhke Mary F.
Asesoría Profesional en Servicios de Enfermería.
Editorial Limusa.
México 1987.
208 p.

- Ledezma Pérez Ma. del Carmen
Introducción a la Enfermería.
Editorial Limusa.
México 1985.

- Louverne Wolff Lewis
Fundamentos de Enfermería.
Editorial Harla.
México 1992.
1109 p.

- Manual Moderno.
Fundamentos de Enfermería.
4ª Edición.
Editorial Manual Moderno.
México 1991.
452 p.

- Marlow Doroll y R.
Enfermería Pediátrica
4ª Edición.
Editorial Interamericana.
México D.F.
828 p.

- Mendiza L.C.
X Curso de Enfermería Pediátrica. "Técnicas Específicas de Enfermería pediátrica".
1965.
UNAM.

- Morgan Willram J.
Administración de personal de Instituciones Hospitalarias.
Editorial Limusa.
México D.F.
212 P.

- Océano Centrum
Enciclopedia de la Enfermería.
Editorial Océano Centrum.
Vol. 3
México 1997.

- Ramos G. Ma. Cristina.
Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica.
Editorial Panamericana.
México 1996.
252 p.

- Ramos Galván Rafael
Alimentación Normal en Niños y Adolescentes.
Editorial Manual Moderno.
México 1985.
785 p.

- Ramón Sopena
Diccionario Enciclopédico Ilustrado.
Editorial Ramón Sopena.
México 1996.

- Trueba Barrera Jorge
Ley Federal del Trabajo de 1970.
49ª Edición.
Editorial Porrúa.
México 1982.

- Vorrey Broe
Manual de Enfermería Pediátrica.
Editorial Salvat.
México 1988.
410 p.

- Waecher Blake
Enfermería Pediátrica.
9ª Edición.
Editorial Interamericana.
México D.F.
828 p.

- Weller Barbara F:
Diccionario Enciclopédico Ilustrado.
Editorial Mc. Graw – Hill.
México 1997.
1056 p.

- Wholey F. Lucilla
Tratado de Enfermería Pediátrica.
Editorial Interamericana.
México 1988.

- Wingerden y Smith
Tratado de Medicina Interna.
18ª Edición
Editorial Interamericana.
México 1991.
2754 p.