



HOSPITAL DEL NIÑO
Dr. José Renán Esquivel

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

PRIMERA EDICIÓN

2021

Elaborado por: Docencia de Enfermería Firma: <u>[Firma]</u> Fecha: <u>13 - sept - 2021</u>	Revisado por: Docencia de Enfermería Firma: <u>[Firma]</u> Fecha: <u>13 - sept - 2021</u>	Aprobado por: Departamento de Enfermería Firma: <u>[Firma]</u> Fecha: <u>13/09/2021</u>
--	---	---

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 2 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Contenido

Introducción	5
Revisores.....	5
Alcance y Propósito	5
Alcance:	5
Objetivos	6
Objetivo General:.....	6
Objetivos Específicos:	6
I. Actividad – Movilidad / Reposo- sueño.....	8
1.1- Cuidados de enfermería en pacientes con tracción.....	8
II. Alimentación – Hidratación	10
2.1- Alimentación por sonda nasoduodenal.....	10
2.2- Alimentación por sonda nasogástrica.....	12
2.3- Nutrición parenteral.....	14
III. Eliminación	16
3.1- Enema de limpieza.....	16
IV. Higiene	18
4.1- Baño del recién nacido en bacinete.....	18
4.2- Baño en tina y regadera.....	20
4.3- Baño del escolar y adolescente en cama.....	22
4.4- Baño del lactante y pre-escolar en cuna.....	25
4.5- Higiene de Manos	28
4.6- Lavado de Manos Quirúrgico	30
4.7- Limpieza de la piel en las pruebas cutáneas de alergia.....	32
V. Respiración.....	35
5.1- Administración de oxígeno por catéter nasal o mascarilla de oxígeno.....	35
5.2- Administración de oxígeno por escafandra	37

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 3 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

5.3- Succión de secreciones orofaríngea y nasofaríngea.....	39
VI. Seguridad y Comodidad	41
6.1- Arreglo de la unidad del paciente crítico.....	41
6.2- Cama cerrada	43
6.3- Cama abierta.....	44
6.4- Cama post – operatoria.....	45
6.5- Métodos de inmovilización.....	46
6.6- Método de inmovilización: Tipo momia.....	47
6.7- Método de inmovilización: Brazaletes o Restringidores de Muñeca o Tobillo .	48
6.8- Vestimenta quirúrgica	49
VII. Terapias y Cuidados Especiales.....	51
7.1- Administración de medicamentos por vía intramuscular	51
7.2- Administración de medicamentos por vía intravenosa	54
7.3- Administración de medicamentos por vía intradérmica.....	58
7.4- Administración de insulina	60
7.5- Administración de medicamentos nasales	62
7.6- Administración de medicamentos por vía oral	63
7.7- Administración de medicamentos oftálmicos	65
7.8- Administración de medicamentos óticos.....	67
7.9- Administración de medicamentos en la piel (tópicos)	68
7.10- Administración de medicamentos por vía subcutánea.....	70
7.11- Atención pre y post operatoria de pacientes con escoliosis.....	72
7.12- Cuidados post mortem	74
7.13- Cuidados de la traqueostomía	77
7.14- Hipertermia.....	79
7.15- Hipotermia	81
7.16- Limpieza del tubo universal en el aparato de succión de secreciones.....	83
7.17- Preparación y administración de venoclisis (Terapia Intravenosa)	85
7.19- Uso del microgotero	90

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 4 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

VIII. Métodos diagnósticos	92
8.1- Medidas antropométricas (Peso y Talla)	92
8.2- Recolección de coprocultivo.....	95
8.3- Recolección de muestras de heces	97
8.4- Recolección de muestras de orina para urinálisis.....	99
8.5- Recolección de urocultivo	101
8.6- Temperatura rectal con el termómetro digital electrónico	103
8.7- Toma de temperatura axilar con el termómetro digital electrónico.....	105
8.8- Toma de muestra de orina en pacientes con sonda vesical.....	107
Referencias	109
Anexo	112

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 5 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Introducción

El presente Manual de Procedimientos de Enfermería describe ampliamente los pasos en las diferentes actividades y tareas de acuerdo a las necesidades básicas de los pacientes pediátricos. Se concibe como el instrumento que establece los mecanismos esenciales para el desempeño operativo y de cuidado directo de las áreas de atención de enfermería.

Proporciona información básica para orientar al personal respecto a la dinámica funcional de enfermería en la institución. También se considera como una herramienta imprescindible para guiar, en forma ordenada, la ejecución de las actividades, de manera que se evite la duplicidad de esfuerzos, se optimice el aprovechamiento de los recursos y se agilice el cuidado a los usuarios.

Los procedimientos están estructurados en varios apartados, documentados a partir de las necesidades básicas de los pacientes, con su respectiva definición, intervención de enfermería, recurso humano, equipo a utilizar, ejecución del procedimiento, destacando puntos importantes en cada uno de ellos.

Revisores

Mgter Lilia de Salgado, Mgter Damaris de Andrión, Mgter Amada Acosta, Lic. Aura González, Lic. José L. Alvarez. Docencia de Enfermería

Alcance y Propósito

Alcance: Este manual es de estricto cumplimiento por el personal de enfermería que labora en la institución, al igual que estudiantes de enfermería y enfermeras de pasantías que ofrecen cuidados a pacientes del HNJRE.

Propósito:

- Estandarizar los cuidados de enfermería a pacientes pediátricos
- Mejorar el aprovechamiento de los recursos
- Orientar al personal de nuevo ingreso
- Referencia para controles y seguimiento de su cumplimiento.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 6 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Objetivos

Objetivo General:

- Unificar criterios relacionados con los diferentes procedimientos que realiza el personal de enfermería, así como el rol y las responsabilidades en el cuidado del paciente pediátrico.

Objetivos Específicos:

- Elaborar el Manual de Procedimientos de Enfermería, que identifique los principales procedimientos realizados por el personal de enfermería en la institución.
- Establecer los elementos que conforman los procedimientos.
- Describir los diferentes procedimientos de enfermería enfocados en las necesidades básicas de los pacientes.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 7 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA SEGÚN NECESIDADES

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 8 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

I. Actividad – Movilidad / Reposo- sueño

1.1- Cuidados de enfermería en pacientes con tracción

Definición: La tracción cutánea aplica una fuerza para atraer o estirar, una zona corporal no afectada, mediante la utilización de correas atadas para mantener la posición apropiada, como la que se aplica sobre un hueso para facilitar la curación de un hueso fracturado o una articulación dislocada. Existen diversos tipos de tracciones como: Tracción de Bryant, Extensión de Buck, Tracción de Dunlop, Tracción cervical con collarín en la cabeza, Tracción de Russell, Tracción esquelética, Tracción Cutánea, Tracción Cutánea en la Fractura de Cadera. **Anexo 1**

Intervención de Enfermería:

- Conservar la seguridad comodidad e higiene del paciente.
- Conservar la integridad de la piel.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnicos en Enfermería.

Equipo:

- Pesas
- Barras metálicas
- Venda adhesiva
- Poleas
- Cuerdas
- Férulas
- Gasas
- Banco de madera.

Ejecución:

- Lávese las manos.
- Oriente al paciente y familiar sobre la tracción.
- Valore la posición de las vendas, férulas, cuerdas, poleas y nudos.
- En la tracción esquelética comprobar con frecuencia las agujas o clavos para detectar posibles signos de hemorragia, inflamación o infección.
- Observe color, temperatura, apariencia de los dedos y evidencias de edema local.
- Mantenga al niño en decúbito supino.
- Revise la posición de la cama, elevar la cabecera o los pies, según indicación, para lograr una cantidad adecuada de tensión y contracción.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 9 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Revise la circulación de los dedos a intervalos regulares.
- No retire la tracción esquelética o la venda adhesiva de la tracción cuando se emplea la tracción cutánea.
- Revise la piel alrededor de las correas y vendajes (por irritación).
- Realice el aseo en cama, limpie los pies con suavidad, en el cambio de pañal proteja el área con crema hidratante.
- Frote frecuentemente la espalda y glúteos del niño.
- Limpie la zona de punción si está indicado (técnicos en ortopedia).
- Observe que la tracción ejercida sobre las agujas sea uniforme.
- Realice cambios posturales cada dos horas para aliviar la presión.
- Mantenga las sábanas limpias, secas y libres de arrugas y migajas.
- Estimule al niño para que haga ejercicios con las extremidades no afectadas.
- Proporcione actividades recreativas.
- Favorezca la distracción del niño, a través de juegos, títeres y televisivos.
- Suministre la dieta indicada por el médico y abundante líquido.
- Administre analgesia según indicaciones médicas.

Puntos Importantes:

- El médico retira la tracción esquelética o la venda adhesiva de tracción cuando se emplea la tracción cutánea.
- En la tracción esquelética comprobar con frecuencia las agujas o clavos para detectar posibles signos de hemorragia, inflamación o infección.
- Observar que la tracción que ejerce sobre las agujas sea uniforme.
- Solicite al técnico en enfermería recubrir la punta de las agujas con algún protector (gasas) para impedir que laceren la piel del niño.

Registro: Anote los cuidados suministrados en la hoja de observaciones de la enfermera.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 10 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

II. Alimentación – Hidratación

2.1- Alimentación por sonda nasoduodenal

Definición: aporte de nutrientes y agua a través del tubo digestivo, por medio de sonda nasoduodenal, para evitar los riesgos de bronco aspiración por volúmenes altos de fórmula.

Intervención de Enfermería: Proporcionar medicamentos y mantener aporte nutricional al paciente, mantener la función intestinal.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnicos en Enfermería.

Equipo:

- Sonda de alimentación nasoduodenal #6, #8, #10, o #12
- Recipiente con agua
- Jeringuilla (diferentes tamaños)
- Guantes estériles
- Bomba de infusión
- Bolsa de alimentación enteral
- Conexión cerrada para bolsa de alimentación.

Ejecución:

- Verifique la indicación médica.
- Lávese las manos.
- Reúna el equipo y llévelo a la cabecera de la paciente previa identificación
- Oriente al paciente y/o familiar sobre el procedimiento.
- Coloque el niño en posición semi fowler o en decúbito dorsal según la condición del paciente.
- Colóquese los guantes.
- Compruebe la correcta colocación de la sonda nasoduodenal y su permeabilidad antes de cada toma (utilizando la jeringuilla).
- Acode la sonda y conecte a la bomba de infusión.
- Programe el goteo por hora, indicada por el médico.
- Deje al paciente en posición cómoda y la unidad en orden.
- Retire el equipo, lávelo y déjelo en orden.
- Lávese las manos.
- Realice las anotaciones en el expediente.

Puntos Importantes:

- Si el contenido intestinal es mayor de 30 ml puede deberse a un desplazamiento de la sonda nasoduodenal hacia el estómago.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 11 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Medir el residuo gástrico estricto cada hora al iniciar la alimentación enteral en pacientes quemados.
- Comprobar la tolerancia antes de iniciar la alimentación verificando que el residuo gástrico sea menor de uno a uno y medio, de lo ofrecido en la fórmula.
- El procedimiento de inserción de la sonda nasoduodenal es por el médico residente y/o cirujano.
- La guía se debe mantener en un empaque estéril en la unidad del paciente.
- Al iniciar la alimentación enteral se debe observar lo siguiente:
 - Vigilar por distensión abdominal.
 - En pacientes quemados medir el residuo gástrico cada 4 horas, el pH gástrico y sangre oculta.
 - Ir progresando la fórmula según tolerancia de dieta, se disminuye de cc por cc los líquidos ofrecidos en la solución parenteral (venoclisis) hasta el tope, indicado por el médico.
 - Cuando el residuo gástrico tiene un pH menor de 4 se debe descartar y ofrecer el antiácido (pueden ser hidróxido de aluminio y magnesio), según indicación médica.
- Irrigar la sonda con 20 a 30 cc de agua, siempre que se administre medicamentos.
- Cambiar el sistema de alimentación cada 24 horas.
- Realizar higiene bucal, rotule la sonda al ser colocada.

Registro:

- La técnica en enfermería anota la cantidad de fórmula administrada en la hoja de temperatura diaria y evolución.
- La enfermera registra la alimentación administrada en la hoja de observaciones de la enfermera así como cualquier incidente ocurrido durante su administración.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 12 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

2.2- Alimentación por sonda nasogástrica

Definición: Es la introducción de la alimentación a través de una sonda colocada en la fosa nasal o boca hasta la parte alta del estómago, para mejorar la utilización de los nutrientes de los pacientes que lo ameriten.

Intervención de Enfermería:

- Proporcionar el aporte nutricional al paciente cuando no es posible por vía oral.
- Prevenir y/o controlar complicaciones de la administración de la nutrición enteral.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnico en Enfermería.

Equipo:

- Vasitos
- Jeringuilla de 3cc - 5cc
- Sistema cerrado para bolsa de alimentación
- Cinta adhesiva
- Agua estéril
- Jeringuilla aséptica
- Fórmula o líquidos que se van a administrar
- Estetoscopio
- Bomba de infusión para alimentación
- Cinta adhesiva
- Bolsa de alimentación
- Sistema cerrado para bolsa de alimentación.

Ejecución:

- Revise la indicación médica.
- Lávese las manos.
- Verifique que el paciente tenga la sonda de alimentación colocada.
- Reúna el equipo y llévelo a la cabecera del paciente, previa identificación.
- Oriente al niño (según la edad) y al familiar sobre el procedimiento.
- Coloque al niño en posición semi fowler o decúbito dorsal según la condición del paciente.
- Verifique que la sonda se encuentre en el estómago.
- Utilice la jeringuilla y aspire el contenido gástrico y regrese éste al estómago.
- Valore los ruidos intestinales con el estetoscopio.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 13 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Alimentación a gravedad:

- Pince el extremo proximal de la sonda.
- Coloque la jeringuilla aséptica en la sonda y manténgala suspendida arriba del paciente.
- Vierta el líquido ordenado a una temperatura ambiental, permita que la jeringuilla se vacíe gradualmente.
- Terminada la alimentación irrigue la sonda con agua dependiendo de la edad del paciente.
- Retire la jeringuilla aséptica y tape la sonda.

Alimentación por Bomba de Infusión:

- Verifique la orden médica.
- Lávese las manos.
- Ubique el equipo, en la unidad del paciente.
- Conecte el sistema cerrado a la bolsa de alimentación y purgue el sistema.
- Instale la bolsa en la bomba de infusión.
- Gradúe el goteo según la indicación médica.
- Coloque al paciente en posición semi fowler.
- Conecte el sistema cerrado a la bolsa de alimentación y purgue el sistema.
- Verifique la sonda de alimentación y asegúrese de que la conexión con el sistema sea la correcta.
- Irrigue la bolsa y la conexión con agua; según la cantidad prescrita.
- Rotule la bolsa de alimentación.
- Realice las anotaciones en el expediente.
- Deje al paciente cómodo.

Puntos Importantes:

- Observe el estado respiratorio y abdomen del niño.
- Administre la alimentación o líquido a temperatura ambiente.
- Suspenda la alimentación si hay náuseas y vómitos.
- Cambie la cinta adhesiva si esta flojos o removidos.
- Mantenga en su unidad un aparato de succión nasofaríngea para ser utilizado, en caso de presentarse alguna urgencia.
- Cambie cada 24 horas las bolsas de alimentación.

Registro:

- La enfermera registra la alimentación administrada en la hoja de observaciones de la enfermera así como cualquier incidente ocurrido durante su administración.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 14 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

2.3- Nutrición parenteral

Definición: Es una técnica que permite administrar macro nutrientes, micronutrientes y calorías directamente a través de la circulación sistémica, e implica la administración por vía intravenosa de una dieta elemental en una solución hipertónica a un paciente que es incapaz de ingerir o asimilar las suficientes calorías o que ha aumentado sus necesidades metabólicas que no pueden ser cubiertas por la ingestión oral.

Intervención de Enfermería:

- Garantizar la administración de nutrientes vía circulación sistémica.
- Proporcionar los cuidados en la administración de nutrientes por vía parenteral.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería

Equipo:

- Guante estéril
- Equipo de infusión
- Bomba de infusión intravenosa
- Filtro intravenoso
- Bolsa con nutrición parenteral (NPT)
- Riñonera estéril
- Jeringuilla de 3cc con solución salina.

Ejecución:

- Verifique que la solución parenteral esté preparada.
- Lávese las manos.
- Reúna todo el equipo y diríjase a la unidad del paciente.
- Identifique al paciente, oriente al niño y/o familiar sobre el tratamiento y sus cuidados.
- Lávese las manos y póngase los guantes estériles.
- Revise la bolsa de la nutrición parenteral y verifique que sea la correcta.
- Conecte el filtro intravenoso al equipo de infusión y luego a la bolsa de NPT, purgue el sistema.
- Verifique la permeabilidad de la vena, antes de iniciar el goteo.
- Regule la velocidad de administración en gotas por minuto, en la bomba de infusión.
- Inicie la infusión y cerciórese de que fluya sin interrupción.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 15 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Restrinja la extremidad en caso de niños demasiados inquietos y que estén sin familiar a su lado, tome en cuenta la comodidad del paciente.
- Limpie y ordene el área de trabajo.
- Quítese los guantes y lávese las manos.

Puntos Importantes:

- Observe los signos de infección, oclusión, signos de flebitis o inflamación.
- Los equipos de infusión de la NPT deben ser cambiados cada 24 horas.
- La enfermera debe vigilar que se realice el control de la glicemia periódicamente.
- Todos los pacientes con NPT deben ser observados constantemente para evitar complicaciones. **Anexo 2**

Registro: Realice anotaciones en la hoja de observaciones de la enfermera y cualquier incidente que ocurra durante su administración.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 16 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

III. Eliminación

3.1- Enema de limpieza

Definición: Un enema consiste en la instilación de una solución que se aplica en el recto y en el colon sigmoideo, para extraer la materia fecal.

Intervención de Enfermería:

- Ayudar a la eliminación de heces o flatos del colon y recto.
- Preparar al paciente para intervenciones quirúrgicas o estudios radiográficos.
- Estimular los movimientos peristálticos.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnica en enfermería.

Equipo:

- Solución indicada (Solución Salina)
- Recipiente para enema
- Sonda rectal, con punta redondeada (niño: 12 a 18 Fr)
- Pinza de regulación para el tubo
- Lubricante hidrosoluble
- Papel higiénico y papel toalla
- Paleta
- Jabón
- Atril
- Guantes desechables
- Sabanitas
- Expediente clínico.

Ejecución:

- Lávese las manos.
- Prepare el equipo y revise la indicación médica.
- Identifique al paciente. Explique el procedimiento al paciente y/o familiar.
- Traslade al paciente al cuarto de tratamientos y mantenga su privacidad.
- Lávese las manos y colóquese los guantes.
- Coloque una sabanita debajo de las caderas y nalgas del paciente y sitúe la paleta en un lugar accesible.
- Ayude al niño a colocarse decúbito lateral. Los niños también pueden estar en decúbito dorsal.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 17 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Levante el tanque, despince y elimine el aire de la sonda y pince nuevamente.
- Lubrique la sonda rectal con un lubricante hidrosoluble.
- Separe suavemente las nalgas y localice el ano. Pida al paciente que inspire profundamente e introduzca la sonda en el recto de 5 a 7cm en niños, en bebés de 2.5 a 3.5 cm.
- Presione los glúteos del paciente, despince la sonda y eleve el tanque por encima de los hombros (60cm), sobre el nivel de la cama; dejando pasar lentamente la solución.
- Baje el recipiente y pince la sonda rectal, una vez que haya pasado la solución.
- Retire la sonda y mantenga los glúteos presionados, coloque la paleta y observe el aspecto de las heces.
- Deje el equipo limpio y en orden.
- Retírese los guantes y lávese las manos.
- Haga anotaciones necesarias en el expediente clínico.

Puntos Importantes:

- El equipo de enema debe estar preparado con el conector de goma al tanque y a la sonda rectal, antes de iniciar el procedimiento.
- En bebés y niños pequeños, mantenga suavemente las nalgas juntas durante unos pocos minutos.
- La inserción cuidadosa evita el traumatismo de la mucosa rectal.
- La inserción más allá del límite adecuado puede provocar perforación intestinal.
- Pasar la solución rápidamente puede producir calambres y distensión dolorosa del colon.
- Si el niño no puede controlar su esfínter anal colóquelo sobre la paleta.

Registro: En la hoja de observaciones de la enfermera anote tipo, volumen del enema administrado y las características de los resultados.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 18 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

IV. Higiene

4.1- Baño del recién nacido en bacinete

Definición: Consiste en la higiene corporal practicada al recién nacido que permanece junto a su madre.

Intervención de Enfermería:

- Asegurar la limpieza y comodidad del recién nacido.
- Educar a las madres sobre el cuidado del recién nacido.
- Fortalecer el apego madre- hijo.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnico en Enfermería.

Equipo:

- Cartucho para desperdicios
- Set de baño estéril
- Set de limpieza del cordón umbilical
- Agua estéril
- Termómetro digital
- Aceite mineral
- Jabón en barra neutro o antiséptico
- Guantes no estéril (2 pares)
- Pañal de tela o desechable
- Camisita
- Cinta adhesiva
- Sabanitas, forrito.

Ejecución:

- Lleve el equipo a la unidad del neonato.
- Preséntese a la madre.
- Abra el set de baño, agregue agua estéril, colocar la bolsa de papel en la parte distal del paciente para descartar los desechos.
- Lávese las manos y colóquese los guantes.
- Inicie el baño con motas de algodón y agua estéril, utilice una mota de algodón para la limpieza de cada ojo. Inicie del ángulo interno hacia fuera y descarte, en forma rotativa limpie la cara y el pabellón auricular y descarte.
- Realice el aseo en forma progresiva, utilizando jabón antiséptico empiece por el cuello en hiper extensión, brazos, hombros, tórax, abdomen y espalda en forma circular, séquelo retire el jabón con agua.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 19 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Coloque la camisita.
- Prosiga la limpieza así: pies, piernas, muslos y glúteos con diferentes algodones.
- Limpie los genitales así:
 - **Niñas:** Limpie los labios mayores y menores de arriba hacia abajo y descarte la mota, con otra mota limpie del centro hacia abajo hasta el periné. Termine el aseo con la región anal, limpiando de adelante hacia atrás, utilizando cuantas motas sea necesarias. Ponga el pañal.
 - **Niños:** Limpie el pene y escroto sin retraer el prepucio, de arriba hacia abajo.
- Retírese los guantes, lávese las manos y colóquese otro par de guantes.
- Tome una mota de algodón con alcohol al 70% y comience a limpiar el cordón umbilical. Inicie primero por la base en forma circular descarte y repita. Coloque cinta de hiladillo PRN, lave los guantes.
- Retírese los guantes, lávese las manos.
- Abrigue al recién nacido con la sabanita, si está en cunita colóquelo en posición decúbito lateral.
- Deje el equipo limpio y en orden. Lávese las manos.

Puntos Importantes:

- Verificar las marquillas de identificación.
- Observe la piel y conducta del niño.
- Aplique siempre las técnicas asépticas.
- El baño debe realizarse de 5 a 10 minutos.
- Nunca deje al neonato solo.
- Si el neonato tiene 24 horas retire la horquilla.
- También se puede utilizar para la limpieza del cordón umbilical.
- Toallitas de alcohol (pad con alcohol).
- En la sala de neonatología se utiliza jabón especial con clorexidina al 2%.

Registros:

- Notifique de algún cambio en la condición del neonato.
- Haga anotaciones del aseo del recién nacido en la hoja de observaciones de la enfermera.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 20 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

4.2- Baño en tina y regadera

Definición: Consiste en la higiene corporal realizada al lactante, pre-escolar y escolar cuya condición le permita ir a la tina o regadera.

Intervención de Enfermería:

- Asegurar la limpieza y comodidad del lactante, pre- escolar y escolar.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnico en Enfermería.

Equipo:

- Toalla
- Jabonera con jabón suave
- Tijera
- Peinilla
- Pañal, pantalón, panties (ropa íntima)
- Camisas cerradas (escolares) abiertas atrás (lactantes y pre-escolares) o batas.
- Guantes no estériles
- Recipiente con aceite mineral
- Recipiente con hisopos
- Silla de baño
- Bolsa plástica
- Cepillo de dientes con pasta
- Cinta adhesiva.

Ejecución:

- Lávese las manos.
- Reúna todo el equipo necesario y llévelo al cuarto de baño.
- Seleccione los pacientes que pueden ir al baño o a la tina.
- Lleve un paciente a la vez
- Realice el aseo oral.
- Oriente al familiar sobre el procedimiento.
- Efectúe el baño minuciosamente de arriba hacia abajo, nunca deje solo al paciente.
- Seque y vista al paciente péinelo, corte la uñas en caso necesario.
- Llévelo a su unidad y arréglela, no lo deje deambulando por la sala.
- Al terminar deje el cuarto de baño en completo orden y equipado.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 21 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Puntos Importantes:

- Lave el cabello si es necesario.
- El baño debe ser realizado por el personal de enfermería y supervisado por la enfermera.
- Cuide la privacidad y el pudor del niño.
- Entre el aseo de un lactante y otro se debe lavar la tina con una solución desinfectante normada en la institución y retire después del tiempo descrito.
- Utilice aceite mineral para retirar la goma del esparadrapo, pegada a la piel si lo amerita.
- El personal de enfermería vigila el baño realizado por el familiar y/o acompañante del paciente según sea el caso.

Registros:

- Realice anotaciones en la hoja de observaciones de la enfermera el aseo realizado (tipo de aseo, quien lo realiza, orientación, supervisión y el aseo bucal).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 22 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

4.3- Baño del escolar y adolescente en cama

Definición:

Es la actividad en la que se proporcionan los cuidados higiénicos a la piel, cabello y cavidad oral que dan bienestar, descanso y comodidad, realizado al escolar y adolescente encamado, por el personal de enfermería. *Editorial CEP (2019).*

Intervención de Enfermería:

- Asegurar y mantener la limpieza y sensación de comodidad y bienestar del lactante y del escolar o adolescente encamado.
- Evitar lesiones secundarias como úlceras y escoriaciones.
- Estimular la circulación sanguínea.
- Favorecer un ambiente sin corrientes de aire y con privacidad.

Equipo:

Canasta de Baño que contiene:	Artículos Generales:
• Frasco con solución antiséptica bucal. • Frasco con aceite mineral • Peinilla • Jabonera con jabón • Hisopos • Motas de algodón. Para las niñas: • Jarra con solución esponjosa • Pinza porta esponja • Paleta.	• Biombo • Tijera • Cartucho para desperdicios • Riñonera y vasos conos • Platón con agua a la temperatura adecuada. • Guantes • Equipo de Protección personal.
Artículos Personales del Paciente:	Ropa:
• Desodorante • Loción emoliente • Pasta y cepillo de dientes.	• Camisa abierta, pañal, pantalón o pañales desechables. • Toallitas • Toallas de baño • Ropa necesaria para el cambio de la cama. • Saco para la ropa sucia.

Ejecución:

- Lávese las manos.
- Coloque el equipo en el carro de baño, en el orden que lo va a utilizar y llévelo a la unidad del paciente.
- Salude al paciente y/o al familiar y oriéntelo sobre el procedimiento.
- Coloque el biombo en la unidad del paciente. Afloje las sábanas de la cama.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 23 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Instruya al paciente para que se realice su aseo bucal; si este no puede debe ayudarlo, (inicia desde la comisura distal en forma circular, verificar que en la cavidad oral no exista presencia de lesiones y de haberlas notificar al médico tratante).
- Retire el equipo utilizado en el aseo bucal.
- Limpie la cara del paciente o instruya la forma correcta de hacer:
 - *Limpieza de ojos* (desde el ángulo interno al externo con una torunda húmeda en agua, girar la torunda y repetir el proceso en ambos ojos).
 - *Limpieza de Narinas* con torunda húmeda en movimientos giratorios, repetir de ser necesario, observar algún tipo de lesión, secreción y cantidad, describa las características.
 - *Limpieza de pabellones auriculares* con hisopo, verificando la integridad y la presencia de lesiones. No introduzca en el canal auditivo.
 - *Limpie el resto de la cara* con una torunda húmeda mejillas, frente y barbilla.
- Coloque la toalla sobre el tórax del paciente.
- Enjuague la toallita aplique el jabón proceda a limpiar el cuello cara anterior y lateral.
- Seque cada área con la toalla a medida que va realizando el aseo.
- Retire la camisa del paciente.
- Con la toallita enjabonada lave la mano, el antebrazo, el brazo, de lo proximal a lo distal.
- Retire el jabón con la misma toalla enjuagándola, las veces que sea necesario y seque cuidadosamente.
- Descubra el tórax anterior y realice la limpieza con la toallita enjabonada haciendo movimientos circulares, enjuague y seque.
- Realice la limpieza de la región axilar con toallita enjabonada enjuague, seque y aplique desodorante. Coloque la camisa cubriendo el área pectoral, deje descubierto el abdomen.
- Deslice la toalla de modo que cubra hasta el área inguinal.
- Descubra el miembro inferior distal haciendo un ángulo con la sábana, desde la pierna hasta el muslo, luego los pies con agua y jabón. Enjuague y seque repita el procedimiento con el otro miembro (corte la uñas si es necesario).
- Coloque al paciente en posición de decúbito lateral. Lave, enjuague y seque la nuca, los hombros la espalda, los glúteos y la parte posterior de los muslos, realizando fricciones con firmeza aplique loción emoliente.
- Ayude al paciente a colocarse en decúbito dorsal separando las piernas. Si es de sexo femenino, deben flexionarlas. Luego coloque la paleta.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 24 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Limpie los genitales de la niña primero los labios mayores y menores, desde el centro hasta el periné, siempre de arriba hacia abajo y por último la región anal. En los varones limpie el pene, escroto, de arriba hacia abajo hasta la región anal.
- Vístalo y cambie la ropa de la cama.
- Peine al paciente.
- Déjelo en posición cómoda.
- Lleve todos los artículos usados a sus respectivos lugares para su limpieza.
- Deje la unidad en orden y limpia.
- Lávese las manos.

Puntos Importantes:

- Cambie el agua del platón cuantas veces sea necesario.
- Desinfecte el platón y la riñonera utilizada.
- Deje equipado la canasta de baño.
- El aseo bucal y general del paciente debe ser registrada en la nota de enfermeras.
- El baño es responsabilidad del personal de enfermería, el familiar puede participar en el aseo de su niño.

Registros:

- Realice anotaciones en la hoja de observaciones de la enfermera el aseo realizado (tipo de aseo, quien lo realiza, orientación, supervisión y el aseo bucal).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 25 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

4.4- Baño del lactante y pre-escolar en cuna

Definición:

Es la actividad en la que se proporcionan los cuidados higiénicos a la piel, cabello y cavidad oral que dan bienestar, descanso y comodidad, realizado al lactante y Pre-escolar en cuna, por el personal de enfermería. *Editorial CEP (2019).*

Intervención de Enfermería:

- Asegurar y mantener la limpieza y sensación de comodidad y bienestar del lactante y pre –escolar que por su condición no puede ir a la tina o a la regadera.
- Evitar lesiones secundarias como dermatitis por pañal y escoriaciones.
- Estimular la circulación sanguínea.
- Promover las relaciones afectivas entre madre e hijo.
- Dar la oportunidad a los padres que conozcan la importancia del aseo de su hijo.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnico en Enfermería.

Equipo:

Artículos:	Ropa:
→ Un carrito con rueda → Platón con agua de la pluma → Peinilla → Jabonera con jabón suave → Tijera pequeña → Cartucho para desperdicios → Motas e hisopos → Papel de segunda para hacer anotaciones. → Cepillo de dientes con pasta (Pre-escolar). → Vaso con agua → Riñonera → Cinta adhesiva → Guantes desechables → Equipo de protección personal.	→ Saco de ropa sucia portable o cartucho desechable. → Toallita de manos → Camisita abierta atrás → Pañal de tela o desechable y pantalón → Un forro de cuna → Sábana clínica (2) → Frazadita → Restringidores en casos de ser necesarios.

Ejecución:

- Lávese las manos.
- Equipe el carro.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 26 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Oriente al familiar sobre el procedimiento.
- Colóquese los guantes.
- Oriente al familiar sobre el procedimiento.
- Si se trata de un Pre-escolar efectúe el aseo bucal.
- Coloque el saco portable en el piecero de la cuna y afloje la ropa de cama.
- Desvista al niño y cúbralo con la toalla de baño.
- Limpie los ojos, cara, orejas y cuello.
- Limpie la cara del paciente o instruya la forma correcta al familiar:
 - *Limpieza de ojos: inicie del canto interno hacia el canto externo del ojo (de **adentro hacia afuera**) con una torunda húmeda en agua, girar la torunda y repetir el proceso.*
 - *Limpieza de los orificios nasales (Narinas) con torunda húmeda en movimientos giratorios, repetir de ser necesario, observar algún tipo de lesión, secreción y cantidad, describa las características.*
 - *Limpieza de pabellones auriculares con hisopo, verificando la integridad y la presencia de lesiones. No introduzca en el canal auditivo.*
 - *Limpie el resto de la cara con una torunda húmeda mejillas, frente y barbilla.*
- Limpie el cuello con la toallita enjabonada, enjuague y seque siguiendo este orden: cuello, pecho, manos, brazos, axilas, abdomen y espalda después de secarlo coloque la camiseta.
- Siga limpiando así: pies, piernas, muslos, entrepiernas, regiones inguinales. Gire ligeramente el cuerpo del niño y lave regiones glúteas.
- Cambie el agua, limpie los genitales, use motas de algodón si se trata de un lactante.
- Si es una niña limpie primero los labios mayores y menores, desde el centro hasta el periné siempre de arriba hacia abajo y por último el área anal.
- Ponga el pañal o el pantalón y arregle la cuna.
- Péínelo.
- Devuelva el equipo y la ropa sucia a sus respectivos lugares, lávelos y guárdelos.
- Deje la unidad en orden.
- Lávese las manos y haga las anotaciones pertinentes.

Puntos Importantes:

- No coloque la ropa sucia en el suelo.
- Observe la integridad de la piel.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 27 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Use el biombo en caso necesario, para respetar la intimidad del paciente.
- Todos los platones de baño deben ser desinfectados después de usados.
- El familiar puede colaborar en el baño del lactante con la supervisión de la enfermera y/o el apoyo de la técnica en enfermería.

Registros:

- Realice anotaciones en la hoja de observaciones de la enfermera el aseo realizado (tipo de aseo, quien lo realiza, orientación, supervisión y el aseo bucal).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 28 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

4.5- Higiene de Manos

Definición: Constituye en gran medida al núcleo de las precauciones estándares. La higiene de las manos es el acto más eficaz para el control de las infecciones con un preparado de base alcohólica o lavándola con agua y jabón. Usando la técnica y el producto adecuado.

Intervención de Enfermería:

- Prevenir la transmisión de microorganismos patógenos.
- Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención de salud.

Recurso Humano: Todo el personal, padres de familia y pacientes.

Equipo:

- Agua
- Jabón líquido antiséptico
- Preparado de base alcohólica /gel alcoholado
- Papel toalla o secador eléctrico.

Ejecución:

- Retírese las prendas (reloj, anillos, y otros).
- Descubra sus manos (remánguese la bata).
- Abra la llave del grifo.
- Mójese las manos con agua.
- Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos.
- Frótese las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados.
- Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
- Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
- Frótese la punta de los dedos de la mano derecha, contra la palma de la mano izquierda y viceversa.
- Enjuáguese las manos con agua.
- Séquese con el papel toalla.
- Cierre la llave del grifo con el papel toalla.
- Sus manos son seguras. **Anexo 3 y 4**

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 29 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Puntos Importantes:

- Es el más simple, importante y efectivo componente en la prevención de la transmisión de microorganismos patógenos y evitar las infecciones asociadas a la atención de salud.
- Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes durante la atención sanitaria.
- Todo profesional de la salud, o persona que participe directa o indirectamente en la atención a un paciente, debe mantener la higiene de sus manos y saber cómo hacerlo correctamente en el momento adecuado.
- La técnica para la higiene de las manos es la misma para el lavado de manos: con agua y jabón o gel alcoholado.
- Lávese las manos cuando estén visibles sucias, o manchadas con sangre u otros fluidos corporales, cuando exista la sospecha o evidencia de exposición a organismos potenciales formadores de esporas o después de usar los sanitarios. Duración del procedimiento: **40-60 segundos.**
- Desinfectese las manos por higiene; Si no están evidentemente sucias utilice gel alcoholado. Duración del procedimiento: **20-30 segundos.**
- Recuerde los 5 momentos de la higiene de manos. **Anexo 5**

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 30 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

4.6- Lavado de Manos Quirúrgico

Definición: Proceso para eliminar el mayor número de microorganismos patógenos de manos y antebrazo, mediante movimientos mecánico y utilización de productos químicos, antes de iniciar una intervención quirúrgica.

Intervención de enfermería:

- Mantener las manos limpias y libres de gérmenes para prevenir el riesgo de contaminación microbiana en la herida quirúrgica causada por las bacterias de la flora cutánea.

Recurso Humano: Todo el personal de salud del salón de operaciones (médicos, enfermeras, técnicos en enfermería).

Equipo:

- Jabón líquido con antiséptico en dispensador desechable, con dosificador.
- Cepillo de uñas desechables (preferiblemente impregnado en solución antiséptica).
- Toalla o compresa estéril
- Lavamanos quirúrgico
- Vestimenta quirúrgica (gorro, cubre bocas, botas).

Ejecución:

- Retire todo tipo de prendas.
- Colóquese la vestimenta quirúrgica (pijama, cubre bocas, gorro).
- Abra el grifo (solo lavamanos con sistema de codo o pedal).
- Moje por completo manos y antebrazo hasta el codo.
- Aplique jabón antiséptico manteniendo siempre las manos más altas que los codos.
- Limpie debajo de la uñas con el palillo que contiene el cepillo quirúrgico.
- Continúe el cepillado con movimientos circulares la palma de la mano (10 veces).
- Siga con los dedos y espacios interdigitales.
- Continúe con el área lateral de la mano y dedo meñique.
- Siga con el dorso de la mano iniciando con los dedos (del dedo pulgar al meñique).
- Se continúa con dorso, luego con movimientos circulares en muñeca.
- Parte media del antebrazo y parte superior del antebrazo, en sus caras antero posterior y lateral.
- Parte inferior del brazo en sus caras anterior y posterior todo esto con movimientos circulares.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 31 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Se termina en el codo, se deja el jabón y se enjuaga el cepillo, se vierte jabón y se realiza el procedimiento en la mano opuesta.
- Enjuague la primera mano, entrando y saliendo del agua sin regresar, dejando escurrir el agua de mano a codo, hasta el tercio superior del antebrazo.
- Repita el procedimiento del brazo opuesto.
- Pase a la sala de operaciones con las manos en alto a la altura de los ojos.
- Proceda a secarse la mano empezando por los dedos, espacios interdigitales, palma, dorso, antebrazo y codo, voltee la toalla y seque la otra mano, de la misma manera.
- Deseche la toalla y colóquela en el lugar indicado.
- Proceda a colocarse la bata estéril.

Puntos Importantes:

- El lavado quirúrgico debe ser de 5 minutos.
- Mantenga las uñas cortas y sin pintar, no utilizar acrílicas o esmalte de gel.
- No use ropa de la calle debajo de la vestimenta quirúrgica.
- No asista con infecciones respiratorias, enfermedades infectas contagiosas o heridas en las manos.
- Si usa lentes, anteojos (colocárselos antes de iniciar el lavado de manos y asegurarlos bien).
- Se debe realizar antes de todo procedimiento quirúrgico.

Registro: Si se presentan eventos adversos por falta de insumos se hacen las observaciones en la hoja de pausa quirúrgica.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 32 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

4.7- Limpieza de la piel en las pruebas cutáneas de alergia

Definición:

Limpieza de piel: La antisepsia cutánea en los procedimientos invasivos tiene como objetivo disminuir la carga bacteriana en el lugar de la incisión o punción. Las soluciones alcohólicas parecen ser más eficaces en la prevención de la infección del sitio quirúrgico. *Nuvials Casals, X. (2019).*

Pruebas cutáneas de alergia: Las pruebas cutáneas de alergia o prick test son unas pruebas que se hacen sobre la piel con objeto de identificar la sustancia que puede desencadenar una reacción alérgica en el paciente. Consiste en la aplicación de diferentes alérgenos en el antebrazo o espalda. Para ello se introduce en la piel una cantidad ínfima del posible agente causante de la alergia. A esta sustancia que desencadena una alergia la llamamos alérgeno. En caso de que el alérgeno desencadene una reacción en la piel se considera que el individuo tiene alergia a esa sustancia. *W. Córdova (2020).*

Intervención de enfermería:

- Establecer el mecanismo para la limpieza de la piel de los pacientes antes de la prueba cutánea de alergia Consulta Especializada.
- Definir la limpieza de la piel para las pruebas cutáneas de alergia.
- Señalar las áreas establecidas para la limpieza de la piel para las pruebas cutáneas de alergias.
- Describir la actuación de enfermería en la limpieza de la piel para las pruebas cutáneas de alergia.

Recurso Humano: Enfermera de la Consulta Externa Especializada.

Equipo necesario para la limpieza de la piel:

- Alcohol al 70%
- Gasas 4X8 (no estéril)
- Guantes no estériles

Ejecución:

Previo a la ejecución del procedimiento:

- Verifique los datos de identificación del paciente:
 - Tener previa cita médica con alergología.
 - Verifique que el familiar ha cumplido con las indicaciones médicas (No uso de fármacos y cremas en piel).
 - Indague sobre posible enfermedad previa, que el paciente haya presentado (resfriado, fiebres, erupciones).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 33 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Indique al familiar y al paciente que debe mantenerse en reposo mientras espera la prueba.
- Llame al paciente por su nombre.
- Explique el procedimiento al paciente y al familiar.
- Coloque cómodamente al paciente.
- Considere la intimidad del paciente.

Durante la ejecución:

- Lávese de manos antes y después del procedimiento.
- Coloque los artículos que se van a utilizar cerca al paciente.
- Desnude la zona de la piel a limpiar (brazo, antebrazo, espalda) de acuerdo a la piel del paciente. **Ver anexo 6**
- Retire cualquier tipo de prendas.

En antebrazos:

- Limpie la piel de antebrazos con el paciente sentado con los brazos extendidos y las palmas hacia arriba.
- Impregne la gasa con alcohol al 70% y con técnica aséptica se procede a la limpieza del área, y se seca el exceso de alcohol.

En la espalda:

- Limpie la espalda con el paciente acostado en posición prona, se le indica al paciente que estire sus brazos hacia arriba con el rostro apoyado en la cama lateralmente. La espalda debe quedar recta.
- Impregne la gasa con alcohol al 70% y limpie con técnica aséptica. Se retira el exceso de alcohol.
- Evite tocar el área una vez limpia.
- Limpie la piel al terminar el procedimiento con alcohol al 70% nuevamente, con el propósito de eliminar cualquier residuo del alérgeno.

Puntos importantes:

- El paciente no debe haber ingerido el medicamento indicado por el especialista (antagonista del receptor de leucotrienos) por lo menos 10 días antes de la prueba, ni haber usado antihistamínicos.
- El paciente siempre debe estar acompañado de un familiar por si se presenta un evento adverso relacionado con el alérgeno, en cuyo caso el paciente debe ser llevado al cuarto de urgencia.
- Debido a estas posibles reacciones el paciente debe permanecer en el consultorio de 20 a 30 minutos.
- Se le informa al familiar que es común que la zona en donde se aplica la vacuna se enrojezca o inflame. Esto suele desaparecer de 4 a 8 horas después.
- El paciente debe acudir una vez por semana a la administración del alérgeno durante 3 años consecutivos, además de su cita de control.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 34 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Si el paciente suspende la aplicación del alérgeno por 6 meses sin ninguna explicación, se considera como abandono del tratamiento y debe reiniciar todo el proceso nuevamente si desea regresar al tratamiento.
- No habrá restricciones en la alimentación.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 35 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

V. Respiración

5.1- Administración de oxígeno por catéter nasal o mascarilla de oxígeno

Definición: Es la administración terapéutica de oxígeno a través de un conducto plástico con dos pequeños tubos de salida que encajan en la nariz, obteniéndose concentraciones de oxígeno entre 22 o 40%.

Intervención de Enfermería:

- Mantener un nivel óptimo de oxígeno para conservar la función vital.
- Controlar la saturación de oxígeno.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnico en Enfermería.

Equipo:

- Catéter nasal
- Humidificador
- Tanque de oxígeno
- Frasco de agua estéril
- Mascarilla de oxígeno.

Ejecución:

- Seguir los cinco primeros pasos del protocolo de administración de oxígeno por escafandra.
- Conecte el humidificador al manómetro del tanque de oxígeno o al dispositivo y el catéter al humidificador.
- Vierta el agua estéril en el humidificador.
- Abra la llave del tanque de oxígeno y gradúe, según orden médica.
- Coloque al paciente con respaldo de 30°, según orden médica.
- Coloque la cánula y ajústela en la parte posterior de la cabeza.
- Rotule el humidificador, con fecha de inicio y vencimiento.
- Vigile el oxígeno y el agua en el humidificador.
- Deje al paciente cómodo.

Puntos Importantes:

- Verifique la permeabilidad de las fosas nasales.
- Realice higiene oral y nasal P.R.N.
- Vigile por lesiones en la mucosa nasal.
- Aspire secreciones cuando sea necesario.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 36 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- El agua estéril utilizada se solicita a central de equipo.

Volumen de flujo y FI02

Catéter Nasal	
Flujo (l/min)	FI02 (%)
1	21-24%
2	24-28%
3	28-32%
4	32-36%
5	36-40
6	40-44
Mascarilla facial	
5-6	40%
6-7	50%
7-10	60%

Registro: En las hojas de observaciones de la enfermera anote la valoración respiratoria, el dispositivo de oxigenación utilizado, el volumen de flujo y la respuesta del paciente a la terapia.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 37 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

5.2- Administración de oxígeno por escafandra

Definición: es la administración terapéutica de oxígeno según concentraciones de la fracción inspirada de oxígeno (FI02) utilizando la campana cefálica (escafandra).

Intervención de Enfermería:

- Proporcionar al paciente una concentración de oxígeno acorde a su requerimiento.
- Garantizar el funcionamiento adecuado del dispositivo de oxígeno.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnico en Enfermería.

Equipo:

- Cilindro de oxígeno
- Manómetro
- Campana Cefálica con tubo en "T" (escafandra) de acuerdo a la edad del paciente.
- Nebulizador con tubo corrugado
- Agua Estéril.

Ejecución:

- Verifique la orden médica.
- Lávese las manos.
- Reúna el equipo.
- Solicite un tanque de oxígeno completo a la central telefónica.
- Conecte el dispositivo de oxígeno al medidor del flujo conectado a la fuente de oxígeno de pared.
- Identifíquese con el paciente y oriente al familiar sobre el procedimiento.
- Vierta el agua estéril en el nebulizador hasta donde se encuentra la línea indicadora y conecte al tanque o dispositivo.
- Coloque la escafandra con el tubo en T, sobre la unidad del paciente con todos sus bordes apoyados en la cuna.
- Conecte el corrugado al nebulizador y al tubo en "T" de la escafandra.
- Abra la llave del tanque de oxígeno o fuente de oxígeno de pared regule los litros de 6-8 y gradúe la concentración de oxígeno en el nebulizador, según la orden médica.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 38 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Coloque la cabeza del paciente ligeramente extendida, dentro de la escafandra con un respaldo de 30°.
- Vigile periódicamente el flujo de oxígeno en el cilindro y la cantidad de agua en el nebulizador.
- Deje al paciente cómodo.

Puntos Importantes:

- Revise constantemente el medidor de flujo y la fuente de oxígeno.
- Evite que la escafandra le roce el cuello al paciente y le toque los hombros.
- Solicite el agua estéril a central de equipo.
- Rotule la escafandra, con fecha actualizada y de vencimiento.
- Elimine el exceso de agua acumulada en el corrugado, viértalo en un recipiente limpio, evitando que regrese al nebulizador.
- Las escafandras deben cambiarse a las 72 horas para evitar infecciones nosocomiales.

Registro:

- En las hojas de observaciones de la enfermera anote la valoración respiratoria, el dispositivo de oxigenación utilizado, el volumen de flujo y la respuesta del paciente a la terapia.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 39 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

5.3- Succión de secreciones orofaríngea y nasofaríngea

Definición:

Es la aspiración del exceso de moco en el tracto respiratorio a través de una sonda, por vía oral o nasal.

Intervención de Enfermería:

- Mantener las vías aéreas permeables.
- Prevenir infecciones respiratorias.
- Favorecer la oxigenación pulmonar.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería.

Equipo:

- Aparato de succión
- Vaso calibrado
- Sonda estéril para aspiración de secreciones con control del número adecuado
- Agua estéril
- Guante no estéril
- Cartucho de papel
- Vaso desechable
- Solución antiséptica de amonio cuaternario de 5ta generación (30 ml).
- Jeringuillas (1cc -2.5cc)
- Solución salina normal
- Mascarilla
- Lentes de protección, batas desechables
- Bolsa para residuos.

Ejecución:

- Lávese las manos.
- Prepare el material y equipo.
- Oriente al familiar y/o al paciente.
- Coloque al paciente en posición adecuada (semi fowler).
- Compruebe el funcionamiento y presión correcta del aspirador.
- Vierta el agua estéril en el vaso desechable.
- Colóquese los guantes.
- Conecte la sonda de succión al tubo de aspiración.
- Asegúrese que el extremo distal de la sonda no se contamine.
- Humedezca la punta de la sonda con agua estéril y aspire.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 40 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Controle la aspiración ocluyendo el orificio de la sonda con el pulgar no aspire durante la inserción.
- Inserte con suavidad la sonda en la cavidad oral, por las mejillas y debajo de la lengua, parte posterior de la nasofaringe, según sea necesario.
- Descarte el catéter envolviéndolo alrededor de la mano enguantada y quitándose el guante, para dejar el catéter dentro de este.
- Descarte en la bolsa roja.
- Realice la limpieza del tubo universal acorde al procedimiento establecido.
- Lávese las manos.
- Registre en las notas de enfermera las características de las secreciones.

Puntos Importantes:

- Valore la necesidad de aspiración del paciente.
- Se aspira primero la cavidad oral y luego las fosas nasales.
- Una presión negativa excesiva puede causar lesiones en la mucosa.
- Los movimientos rotativos facilitan la eliminación de las secreciones de las vías aéreas y previenen el traumatismo por la presión.
- La aspiración máxima debe ser de 10 a 15 segundos.
- El uso de las sondas de succión pueden variar según la edad del paciente, según el cuadro a continuación:

Sondas de Succión y Equipo de vacíos según edad del paciente

Edad		Tamaño del Catéter (Fr)	
Recién Nacido		6-8	
Hasta los 18 meses		6-8	
18 meses		8-10	
24 meses		10	
2-4 años		10-12	
4-7 años		12	
7-10		12-14	
10-12 años		12-14	
Adultos		12-16	
Equipo de vacío	Aspirador de pared	Aspirador portátil	
Neonatos	60-80mmHg	3-5mmHg	
Lactante mayor	80-100mmHg	3-5mmHg	
Niños	100- 120mmHg	5-10mmHg	
Adolescentes	120-150mmHg	7-15mmHg	

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 41 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

VI. Seguridad y Comodidad

6.1- Arreglo de la unidad del paciente crítico

Definición: Área destinada para la atención del paciente con necesidades asistenciales específicas que requiere una vigilancia en sus funciones vitales por su condición crítica.

Intervención de Enfermería:

- Organizar el equipo según el diagnóstico, peso, edad y necesidades especiales del paciente.
- Coordinar con el equipo multidisciplinario la preparación de la unidad.
- Vigilar que el equipo funcione adecuadamente.

Recurso Humano: Personal de salud, Lic. en Enfermería, Técnicos en Enfermería.

Equipo:

- Camas, cunas e incubadoras.
- Monitor con electrodos pediátricos.
- Desfibrilador con paletas pediátricas y de adulto.
- Equipo de precauciones universales: mascarilla, lentes protectores, gafas, guantes estéril, bata.
- Estetoscopio
- Termómetro
- Mascarilla facial según la edad del niño y bolsa de reanimación de diferentes tamaños.
- Tubos traqueales de diferentes tamaños (desde 2.5 a 8.5).
- Laringoscopio con hojas rectas y curvas de 0 a 3.
- Sondas nasogástricas desde 6 a 14
- Fuentes de suministro de oxígeno, con regulador de flujo.
- Dispositivo de cateterización intravenosa.
- Jeringuillas de diferentes tamaños.
- Equipo de infusión
- Solución parenteral
- Bombas de infusión y equipo para las mismas.
- Brazaletes de presión de diferentes tamaños.
- Gasa, vendas, motas, algodón comprimido, esparadrapo.
- Soluciones antisépticas.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 42 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Linternas
- Lámpara de calor.

Ejecución:

- Lávese las manos.
- Verifique la orden de ingreso, la edad, peso, diagnóstico y necesidades especiales.
- Al llamado de las sala de medicina, servicio de urgencias, salón de operaciones, prepare la cuna, cama o incubadora colocando: forro, sabanitas clínicas, protector, bolsa de arena, rodillo, caja de guantes, electrodos, bolso de reanimación, brazalete de presión, férulas restringidores.
- Coloque el equipo de infusión (3 bombas).
- Programe el monitor de signos vitales, incluyendo presiones invasivas si el paciente trae línea arterial o catéter de presión venosa central.

Puntos Importantes:

- El paciente puede necesitar otros equipos como succión intermitente, succión torácica, equipo para la presión intracraneal, marcapaso, succión intermitente baja y otros.
- La notificación del ingreso del paciente puede ser recibida por el médico funcionario, residente o la enfermera.
- El ventilador mecánico es programado por el médico residente o funcionario.
- La enfermera participa con la técnica en enfermería en el arreglo de la unidad.

Registro: Informar cuando la unidad esté preparada para uso.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 43 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

6.2- Cama cerrada

Definición: Es aquella que se encuentra desocupada y lista para ser asignada a un nuevo paciente.

Intervención de Enfermería:

- Mantener uniformidad en la estética de la sala.
- Ofrecer comodidad al paciente que ingresa.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnicos en Enfermería.

Equipo:

- Forro para cama (1)
- Sábana (1)
- Funda para almohada (1)

Ejecución:

- Lávese las manos, prepare el equipo y llévelo a la unidad del paciente.
- Colecte todos los artículos y colóquelos en el orden que los va a usar.
- Colóquelos sobre la silla que debe estar ubicada a los pies de la cama.
- Aplique la mecánica corporal en todo momento.
- Ponga la almohada sobre el espaldar de la silla.
- Coloque y desdoble el forro en el centro de la cama.
- Ajuste bien el forro debajo del colchón.
- Coloque la sabanita e introduzca los extremos debajo del colchón.
- Ubíquese en el lado derecho de la cama, coloque la sábana e introduzca el extremo distal debajo del colchón, haga un ángulo y luego estire la sábana hacia la cabecera, realice el mismo procedimiento del lado izquierdo.
- Introduzca la parte sobrante debajo del colchón en el lado de los pies.
- Coloque y desdoble la sábana y sabanita hacia el centro.
- Ajuste la sábana debajo del colchón comenzando por la sábana base, siguiendo el mismo orden anterior.
- Estire la sábana tanto como sea posible. Evite arrugas.
- Vista la almohada y colóquela en la cabecera de la cama, compruebe que el extremo abierto de la funda no dé hacia la puerta y asegúrese, que los dobleces queden hacia el frente y hacia abajo.
- Coloque la cama, guardando alineamiento con las demás.
- Coloque la silla en su lugar.
- Lávese las manos.

Registro: Informe cuando la unidad está disponible para su uso.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 44 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

6.3- Cama abierta

Definición: Se refiere a la cama o cuna otorgada a un paciente.

Intervención de Enfermería: Promover la comodidad, el reposo y el sueño.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnico en enfermería.

Equipo:

- Forro para cama (1)
- Sábana Grande (1)
- Sábana Chica (1)
- Funda para almohada (1)
- Saco Portable (1).

Ejecución:

- Lávese las manos.
- Coloque el saco de ropa sucia en el carro de transporte.
- Afloje la ropa de la cama o cuna comenzando al lado contrario al que usted va a trabajar.
- Desvista la almohada, coloque la funda y el resto de la ropa sucia en el saco.
- Proceda a hacer la cama o cuna como se explicó en el procedimiento para la cama cerrada.
- Haga un doblez en la sábana que cubrirá al paciente, dejándole a nivel del borde superior de la sábana chica.
- Revise la cama o cuna y corrija cualquier defecto.
- Limpie y ordene la mesita del paciente. Ponga la silla en su lugar.
- Retire el carro de la ropa sucia.
- Lávese las manos.
- Oriente al paciente y familiar sobre el uso adecuado de la ropa.

Puntos Importantes:

- La sabanita se coloca cuando el paciente por su edad o condición lo requiera.
- Recuerde no colocar la ropa sucia en el suelo.
- Evite ventilar o sacudir la sábana.
- Mantenga alejada la ropa sucia de su uniforme.

Registro: Informe cuando la unidad está disponible para su uso.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 45 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

6.4- Cama post – operatoria

Definición: Es aquella cama destinada para recibir pacientes operados.

Intervención de Enfermería:

- Preparar una cama para pacientes post – operados.
- Facilitar el traslado y la movilización del paciente de la camilla a su cama.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnicas en enfermería.

Equipo:

- Un Forro
- Una sábana
- Dos sabanitas clínicas
- Un saco de ropa sucia
- Cuatro restringidores de muñeca
- Una riñonera.

Ejecución:

- Lávese las manos.
- Lleve todos los artículos necesarios a la unidad del paciente.
- Coloque el forro de la cama y luego la sabanita en la parte superior del colchón.
- Estire bien la Sabanita.
- Coloque la otra sabanita en el centro de la cama.
- Coloque la sábana de cubrir al paciente a un costado y pliéguela en forma de abanico.
- Coloque otra sabanita doblada con un ancho de 3 - 4 pulgadas en la parte superior en forma rectangular del lado opuesto a la sábana doblada en abanico. Para colocar la riñonera.
- Ponga la almohada en los pieceros de la cama.
- Arregle la mesita.
- Coloque los restringidores encima de la mesita.
- Lávese las manos.

Puntos Importantes:

El paciente con anestesia general no se le debe colocar almohada, debajo de la cabeza.

Registro: Informe cuando la unidad esté lista para su uso.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 46 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

6.5- Métodos de inmovilización

Definición: Es el empleo de métodos de restricción de los movimientos de las extremidades de todo el cuerpo.

Intervención de Enfermería:

- Brindar seguridad y comodidad al niño durante la realización de un examen o procedimiento, diagnósticos terapéuticos.
- Promover la óptima función motora del paciente.

Recurso Humano: Personal de salud, Enfermeras, Técnicos en Enfermería.

Equipo: Restringidores.

Puntos Importantes:

- Se debe explicar tanto al niño como a los padres de forma sencilla la razón de la inmovilización.
- Comentar con los padres el momento y la forma de quitar los dispositivos y colocarlos de nuevo, además los signos de complicaciones derivadas de su empleo.
- Cualquier clase de inmovilización debe ser revisada con frecuencia y evaluar la circulación y signos de inflamación.
- Se debe interrumpir periódicamente la restricción, a fin de permitir que el paciente mueva los miembros restringidos por lo menos cada dos horas.
- Evitar usarlos cuando un adulto esté con el niño y logre por sí solo evitar los movimientos de este.
- Es esencial una almohadilla adecuada debajo de las muñecas y tobillos, para evitar irritación en la piel.
- Cuando se requiere restricción prolongada, utilice el número menos posible de restringidores.
- Nunca debe anudarse los extremos de los dispositivos de restricción a barandales de las cunas, ya que al bajarlos pueden causar lesión al niño.
- Hacer los nudos sin ejercer tracción excesiva.

Uso en procedimientos específicos:

- Venopunción yugular
- Venopunción de las extremidades
- Venopunción femoral
- Punción lumbar y otros

Registro: Realizar anotaciones en la hoja de observaciones de la enfermera cuando se utiliza algún método de restricción como medida de seguridad.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 47 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

6.6- Método de inmovilización: Tipo momia

Definición: Es aquel en donde se envuelve al niño con seguridad en una sábana, de tal forma que su cabeza y cuello se puedan manejar o examinar.

Intervención de Enfermería:

- Restringir los movimientos del niño para observar su seguridad y protegerlos de lesiones durante el procedimiento.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnica en Enfermería.

Equipo:

- Sábana grande o chica, según tamaño del niño

Ejecución:

- Lávese las manos.
- Instruya al paciente y o familiar sobre el procedimiento.
- Lleve el equipo completo a la unidad del paciente.
- Doble una esquina de la sábana y coloque al niño en el centro.
- Proceda a envolver al niño sujetando primero del brazo que se encuentra del lado proximal de la sábana, colocar esta debajo del cuerpo, luego lleve el inferior de la sábana sobre las piernas y por último doble el extremo distal de la sábana sobre el brazo metiéndolo debajo del cuerpo.

Puntos importantes: La inmovilización debe mantenerse lo mínimo posible.

Registro: Realice anotaciones en la hoja de observaciones de la enfermera.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 48 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

6.7- Método de inmovilización: Brazaletes o Restringidores de Muñeca o Tobillo

Definición: Consiste en una banda de tela larga, cerca del extremo lleva cocidos dos aletas de tela doble, los internos son para proteger la piel, los externos para fijar el miembro.

Intervención de Enfermería:

- Inmovilizar solo el miembro o el área que se desea, permitiendo cierta libertad de movimientos.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnicos en Enfermería

Equipo: Brazaletes (los necesarios)

Ejecución:

- Lávese las manos.
- Oriente al paciente o familiar sobre el procedimiento.
- Lleve el equipo completo a la unidad del paciente, pida colaboración a los padres dependiendo de la edad.
- Abra las aletas internas, envuélvalas alrededor de la muñeca; seguido fije las aletas externas.
- Proceda a sujetar las tiras a la base de la cuna o cama.

Puntos Importantes:

- Las aletas del brazalete tienen cerca de 5 pulgadas de ancho y 28 pulgadas de largo, lo que facilita envolver tobillos y muñecas.
- Además llevan 4 tiras largas para atar a la base de la cama, no atar en los barandales.
- Observe la sujeción constantemente para asegurarse que esté cumpliendo su finalidad (no dificulte la circulación, sensibilidad e integridad de la piel).

Registro: Haga anotaciones en la hoja de observaciones de la enfermera y describa uso de restringidores utilizado y la vigilancia constante.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 49 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

6.8- Vestimenta quirúrgica

Definición: Consiste en la colocación de una bata y guante estéril por parte del personal quirúrgico, que participará en una cirugía dentro del campo operatorio.

Intervención de enfermería:

- Crear una barrera que permita al equipo quirúrgico la formación de un área estéril para evitar la contaminación de una herida quirúrgica, e impedir la diseminación de microorganismos patógenos al paciente.
- Proporcionar al personal de salud protección en el manejo de los pacientes infectocontagiosos.

Recurso Humano: Personal de Salud, Médico, Enfermeras, Técnicos en Enfermería del salón de operaciones.

Equipo:

- Batas quirúrgicas estériles desechables o reutilizables.
- Guantes quirúrgicos estériles.

Ejecución:

- Tome la bata con movimientos firmes directamente del bulto estéril, teniendo precaución de hacerlo de la parte de arriba y al centro; se debe levantar en sentido vertical.
- Localice la entrada de las manos y deslice simultáneamente los brazos dentro de las mismas, sin sacar las manos de los puños, teniendo cuidado de no contaminarse.
- Colóquese el guante estéril.

Puntos Importantes:

- No se permite el acceso al quirófano a una persona con infección aguda, como resfriado o faringitis. El personal que presente cortes, quemaduras o lesiones cutáneas no debe manejar el equipo estéril. Ya que puede existir un exudado seroso en la herida que supone un medio de cultivo bacteriano.
- Los miembros de un equipo portadores de microorganismos patógenos, deben bañarse y lavarse de forma rutinaria con un agente antiséptico cutáneo apropiado y lavarse el pelo a diario.
- Las uñas deben mantenerse cortas, es decir no sobrepasar la punta del dedo.
- Las joyas, bisutería, incluyendo anillos y reloj, deben quitarse antes de entrar en las áreas blancas y grises.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 50 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Las gafas personales deben limpiarse con una solución antiséptica antes de cada intervención.
- Las manos deben lavarse con frecuencia y a fondo.

Registros: Si se presentan situaciones por falta de insumos se describe en la hoja de pausa quirúrgica.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 51 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

VII. Terapias y Cuidados Especiales

7.1- Administración de medicamentos por vía intramuscular

Definición: Es la introducción en el músculo de una sustancia biológica o química.

Intervención de Enfermería:

- Administrar fármacos a través del tejido muscular.
- Obtener una absorción más rápida que por vía subcutánea.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería

Equipo:

- Boleto de Medicamentos
- Carro de Inyectable:
 - Recipientes con motas de algodón secas
 - Frasco con alcohol 70%
 - Porta jeringuillas
 - Pinza auxiliar y porta pinza
 - Jeringuillas (tamaño de acuerdo a la cantidad de medicamentos a administrar)
 - Agua bidestilada
- Aguja 20, 21, 22 de 1 1/2 pulgada (3cm -5cm)
- Medicamento o fármaco
- Papel toalla y jabón líquido
- Recipientes para desechar punzocortantes (tanques rojos plásticos)
- Recipientes para desechos comunes y peligrosos (bolsas transparentes y rojas).
- Sierritas para abrir ampollas
- Calculadora
- Expediente clínico.

Ejecución:

- Verifique los boletos de medicamentos con el expediente clínico.
- Lávese las manos.
- Prepare el equipo y diríjase a la unidad del paciente.
- Revise los antecedentes alérgicos y verifique la identificación del paciente, pregúntele el nombre.
- Lávese nuevamente las manos.
- Calcule la dosis indicada en caso necesario.
- Oriente al niño o familiar acerca del procedimiento.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 52 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Descubra la región y seleccione el sitio de administración: glúteo, deltoides o muslo.
- Dependiendo del sitio de inyección coloque al paciente en posición cómoda.
- Elimine el exceso de alcohol de la mota y limpie el sitio de la inyección en forma rotatoria del centro hacia fuera (deje secar).
- Coloque el algodón seco entre los dedos de su mano dominante.
- Pida al paciente que respire profundo dependiendo de la edad.
- Introduzca la aguja con suavidad y firmemente con un ángulo de 90 grados.
- Inmovilice la jeringuilla y hale suavemente el émbolo.
- Si no aspira sangre comience a inyectar el medicamento lentamente en el tejido muscular.
- Ponga algodón seco cerca de la aguja y retírela con movimiento rápido en el mismo ángulo que la introdujo.
- Haga presión en el sitio de la inyección y coloque sello adhesivo circular (curita).
- Deje cómodo al paciente.
- Deje el equipo limpio y en orden.
- Lávese las manos.

Preparación de medicamentos a partir de una ampolla o vial	
Ampolla	Vial
1. Golpee con suavidad y rapidez el cuello de la ampolla si está marcada en ampollas, utilicé la sierrita. En ampollas no marcadas, utilice la sierrita. 2. Coloque una torunda seca, alrededor del cuello de la ampolla. 3. Rompa el cuello de la ampolla en dirección opuesta. 4. Inserte la aguja en el centro de la boca de la ampolla y aspire. 5. Verifique la dosis cuidadosamente.	1. Retire la tapa de metal para exponer el sello de caucho. 2. Con un algodón húmedo en alcohol limpie el sello de caucho. 3. Tome el vial y diluya el medicamento utilizando la técnica correcta. 4. Rotule el vial con fecha, dosis, hora y firma. 5. Introduzca la aguja en el centro del caucho y extraiga la dosis indicada. 6. Cambie la aguja

Puntos Importantes:

- Lleve el carro de medicamentos al cubículo del paciente
- Cumpla con los 15 correctos establecidos para la administración de medicamentos. **Anexo 7**
- La dilución de los medicamentos se realiza según lo indicado en farmacología (agua Bidestilada).
- Deseche las agujas en el recipiente para punzo cortantes y los materiales sucios en los recipientes apropiados.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 53 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Recuerde cambiar la aguja antes de inyectar al paciente, luego de aspirar el vial.
- Observe al paciente por signos y síntomas de efecto secundario (alergias).
- Los sitios de inyección intramuscular son los siguientes:
 - **Cara externa del muslo**: El punto central entre la articulación de la cadera y la rodilla admite hasta 5ml de volumen, área de elección para niños menores de 3 años.
 - **Brazo Deltoides**: Se utiliza para inyecciones pequeñas, se encuentra en la parte superior del brazo, admite hasta 2ml de volumen.
 - **Dorso**: Se localiza en el cuadrante superior externo del glúteo aproximadamente de 5cm a 8cm por debajo de la cresta iliaca, admite hasta 7ml de volumen se debe evitar el uso en menores de 3 años, evitar puncionar el nervio ciático.
- **Definición de las siguientes áreas:**
 - **Dorso Glútea**: Cuadrante superior externo del glúteo.
 - **Deltoides**: Centro del músculo deltoides (parte superior del brazo)
 - **Muslo**: Punto central entre la articulación de la cadera y la articulación de la rodilla.

Tabla 1: Áreas para aplicar una inyección intramuscular

Área	Posición enfermo	Volumen admitido	Precaución	Otros
Dorso glútea	Decúbito Lateral Decúbito Prono	Hasta 7ml	Nervio ciático	Evitarla en < 3 años
Deltoidea	Prácticamente todas	Hasta 2ml	Nervio radial	--
Cara externa del muslo	Decúbito Supino	Hasta 5ml	- -	De elección en >3 años

Registro: Haga las anotaciones en el expediente clínico (hoja de observaciones y hoja de medicamentos).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 54 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

7.2- Administración de medicamentos por vía intravenosa

Definición: Es la administración de medicamentos, directamente en una vena en forma de bolo, en infusión continua y a través de microgotero. En consecuencia, la administración intravenosa de medicamentos es un procedimiento que realiza el profesional de enfermería para garantizar la seguridad y eficiencia, durante la preparación de mezclas intravenosas prescritas. En este sentido, la interacción farmacológica interfiere con la estabilidad de la mezcla. La concentración, el tipo de diluyente, la luz y la temperatura son factores importantes para la estabilidad y compatibilidad de la mezcla. Estos factores interfieren tanto en la preparación como en la administración. *Ortega, Hernández, y Puntunet, (2014).*

Intervención de Enfermería:

- Obtener efectos terapéuticos rápidos.
- Obtener efectos de un medicamento que no se absorba por otra vía.
- Administrar medicamentos de forma segura.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería.

Equipo:

Administración de Medicamentos por Accesos Venosos Periféricos	
• Casette de bomba de Infusión • Dextrosa al 5% • Solución salina normal • Conexión de venoclisis • Jeringuillas 10cc, 20cc ,60cc • Micro extensiones • Bombas de Infusión.	• Utilizar el mismo equipo para inyección intramuscular. • Catéter venoso cutáneo • Sellos venosos de caucho • Sellos venosos libres de aguja • Torniquete (banda) • Extensiones de venoclisis • Micro goteros.
Administración de Medicamentos Accesos Venosos Centrales	
• Equipo de protección personal estéril (bata, gorro, tapabocas). • Guantes estériles • Solución salina pre llenada • Manejo de los insumos y de equipo estéril • Equipo de accesos venosos periféricos.	

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 55 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Ejecución:

Vías de Acceso	Modos de infusión
Acceso venoso periférico: Utilice las técnicas asépticas indicadas necesarias para la preparación y administración de medicamentos.	En forma de Bolo: • Realice los pasos del 1 al 7 de la administración intramuscular hasta la orientación del familiar y luego continúe con el procedimiento. • Realice los pasos necesarios de la administración de medicamentos. • Prepare el medicamento según la orden médica. • Limpie de forma rotatoria el acceso venoso con alcohol al 70% por 15 segundos. • Verifique la permeabilidad del acceso venoso por medio de la Técnica de lavado de accesos venosos (flushing o pulseo). • Administre de forma lenta observando por cambios en el paciente.
Accesos venosos centrales ya sean de introducción periférica (Picc line) Utilice el equipo de protección personal completo: tapa bocas, gorros y guantes estériles. <i>Técnica estéril en la manipulación de los puertos.</i>	Por Infusión Continua: • Realice los pasos necesarios de la administración de medicamentos. • Prepare el medicamento según la orden médica. • Verifique el funcionamiento correcto de la bomba de infusión. • Programe el goteo de acuerdo a la orden médica.
Catéter venoso centrales (CVC) Utilice el equipo de protección personal completo: tapa bocas, gorros y guantes estériles <i>Técnica estéril en la manipulación de los puertos.</i>	Bomba de Jeringuilla: • Realice los pasos necesarios de la administración de medicamentos. • Verifique que la bomba de Jeringuilla funcione correctamente. • Dependiendo del sitio de inyección coloque al paciente en la posición correcta. • Una vez preparado el medicamento en la jeringuilla, limpie de forma rotatoria el acceso venoso con alcohol al 70% por 15 segundos. • Verifique la permeabilidad del acceso venoso por medio de la Técnica de flushing conecte la micro extensión y purgue el sistema. • Programe el goteo según la orden médica. • Administre el medicamento a través de la bomba de infusión y vigile por cambio.
Umbilicales Utilice el equipo de protección personal completo: tapa bocas, gorros y guantes estériles. <i>Técnica estéril en la manipulación de los puertos.</i>	Por Microgotero: • Realice los pasos necesarios de la administración de medicamentos. • Bajar la solución indicada para diluir el medicamento. • Purgue el sistema. • Limpie el caucho del microgotero con alcohol al 70% y administre el medicamento. • Regule el microgotero según el tiempo. • Administre al paciente y vigile por cambios.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 56 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Acceso Venoso Central Subcutáneo o Reservoirio Venoso Subcutáneo (Port-A-Cath®)

Utilice el equipo de protección personal completo: tapa bocas, gorros y guantes estériles.

Técnica estéril en la manipulación de los puertos.

- Limpie la zona con alcohol de forma rotatoria del centro hacia fuera (sello venoso, sitio de inyección del conector del venoclisis). Espere 15 segundos.
- Verifique la permeabilidad de la vena, utilizando la técnica de flushing.
- Conecte el tubo de goma con el conector **Luer lock** al conector libre de aguja con el medicamento y regule el goteo. (**Luer-Lock** es un puerto de conexión, en el que el cono macho tiene una rosca giratoria).
- Inyecte la medicación lentamente y observe al paciente por reacción adversa al medicamento.
- En sellos libres de aguja, desenrosque la aguja de la jeringuilla, administre el medicamento.
- Deje al paciente cómodo.
- Desconecte el sistema de administración y realice la limpieza de la vena utilizando la técnica de flushing, al terminar la aplicación.
- Deje el equipo limpio y en orden.
- Lávese las manos.
- Haga las anotaciones en el expediente clínico.

Puntos Importantes:

Al preparar medicamentos:

- Cumpla con los correctos para la administración de medicamentos.
- Cumpla con los 5 momentos de higiene de manos al realizar el procedimiento.
- Ver protocolo de canalización de vena.
- Verifique siempre la permeabilidad de la vena antes de administrar el medicamento.
- Utilice solución salina normal en técnica de flushing, para ver la permeabilidad del dispositivo.
- Para mayor seguridad se recomienda utilizar la opción de bloqueo de la bomba de infusión durante la infusión del medicamento.
- La solución que se utiliza para diluir los medicamentos deben cambiarse cada 24 horas y rotularse todos los días.
- Reconstituir los medicamentos según recomendaciones del laboratorio o farmacéutica. **Anexo N°8**
- Siga las indicaciones de la posología para la dilución del medicamento.
- En medicamentos que su presentación ya está preparada, se puede colocar directamente a un microgotero y bajar solo la dosis que le corresponde según la orden médica.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 57 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Solicite al médico interno tomar signos vitales, al administrar medicamentos especiales o según indicación médica.
- Mantener las bombas de infusión conectadas a la fuente eléctrica.
- Conocer los efectos adversos del medicamento administrado.
- Verificar al momento de administrar el medicamento diluido que no contenga burbuja de aire.
- Evitar la administración simultanea de varios medicamentos.
- Irrigue la vía endovenosa con SSN entre los medicamentos mediante una jeringuilla utilizando la técnica de flushing.

Al descartar desechos:

- Deseche las agujas, ampollas y viales en el recipiente para punzocortantes.
- Descartar el desecho peligroso o común, segregando en bolsas rojas o transparentes.

Al almacenar los medicamentos:

- Coloque dentro de la nevera los medicamentos reconstituidos que así lo requieran para mayor estabilidad.
- Coloque la concentración de la reconstitución por ml, fecha y hora de dilución.
- Deje el carro de preparación de medicamentos limpio y equipado.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 58 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

7.3- Administración de medicamentos por vía intradérmica

Definición: Es la administración de pequeñas cantidades de medicamentos en la dermis, donde el aporte sanguíneo es menor y la absorción del fármaco se produce lentamente.

Intervención de Enfermería:

- Administrar fármaco a través del tejido dérmico.
- Administrar vacunas para inmunizar o insensibilizar.
- Diagnosticar alergia o sensibilidad a medicamentos.
- Producir efectos locales en vez de generales.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería.

Equipo:

- Utilizar el mismo equipo para inyección intramuscular.
- Aguja calibre de 25 a 27 y de 0.6 1.5 cm de longitud.
- Jeringuillas de 1cc o de tuberculina.

Ejecución:

- Realice los pasos de la administración intramuscular, hasta la orientación del familiar y luego continuar con el procedimiento.
- Seleccione el área del sitio de administración: cara interior del brazo y parte superior de la espalda.
- Dependiendo del sitio de inyección coloque al paciente en posición adecuada.
- Limpie la zona con un algodón de forma rotatoria del centro hacia fuera 5cm aproximadamente.
- Coloque el algodón seco entre los dedos de su mano dominante.
- Inserte lentamente la aguja en un ángulo de 5° a 15° avance la aguja aproximadamente 3mm con el bisel hacia arriba, por debajo de la superficie cutánea.
- Inyecte la medicación lentamente, observe que se forme una pequeña pápula (similar a una picadura de mosquito).
- Ponga algodón cerca de la aguja y retírela con movimientos rápido en el mismo ángulo que la introdujo.
- No de masaje en la zona puncionada.
- Deje al paciente cómodo.
- Deje el equipo limpio y en orden.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 59 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Lávese las manos.
- Haga las anotaciones en el expediente clínico.

Puntos Importantes:

- Cumpla con los correctos para la administración de medicamentos.
- Inspeccione la pápula.
- Con este tipo de inyección tan solo se administran pequeñas cantidades de medicación (0.01cc, 0.1cc).
- En la aplicación de las pruebas de tuberculina (PPD) debe permanecer como hoja frontal donde indica la fecha de lectura de la prueba, por parte del personal de Epidemiología. Hoja que debe ser entregada al egreso del paciente. **Anexo 9**
- Con vacuna anti tuberculosis, debe consignarse el lote y cantidad aplicada.

Registro: Realice las anotaciones en el expediente clínico (hoja de observaciones de la enfermera, hoja de medicamentos).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 60 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

7.4- Administración de insulina

Definición: La insulina es una hormona secretada por las células Beta de los Islotes de Langerhans del páncreas como respuesta al aumento del nivel de la glucosa en sangre. Se encarga de regular el metabolismo de la glucosa, grasa, glúcidos y proteínas, favorece la entrada de glucosa en los músculos y otros tejidos.

Intervención de Enfermería:

- Administrar insulina según orden médica dependiendo de las concentraciones de glucosa en sangre para obtener un control metabólico óptimo.
- Educar al familiar y paciente sobre el autocuidado.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnicos en enfermería.

Equipo:

- Carro de medicamentos
- Boletos de medicamentos
- Viales de insulina
- Jeringuillas de insulina
- Motas de algodón secas
- Expediente clínico
- Recipientes para descartar punzocortantes

Ejecución:

- Lávese las manos.
- Reúna el equipo.
- Retire el vial de la insulina de la puerta del refrigerador.
- Revise los boletos y verifique la orden en el expediente.
- Diríjase a la unidad del paciente.
- Identifique al paciente y oriente al niño y/o familiar acerca del procedimiento.
- Lávese las manos nuevamente.
- Tome el vial de insulina rótelas entre sus manos suavemente.
- Limpie la zona con un algodón seco o humedecido con agua.
- Quite la cubierta de la aguja e introduzca aire en el vial, equivalente a la dosis ordenada.
- Extraiga la dosis de insulina ordenada.
- Si observa burbujas de aire en la jeringuilla, golpee levemente para removerlas.
- Seleccione el área a inyectar.
- Tome un pliegue cutáneo en la zona con los dedos pulgar e índice y proceda a inyectar subcutáneo.
- Retire la aguja rápidamente y aplique presión con suavidad con un algodón.
- Deseche la jeringuilla sin cubierta protectora en el contenedor especial.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 61 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Deje al paciente cómodo.
- Observe la respuesta del paciente a la medicación 30 minutos después de la inyección y administra dieta indicada.
- Anote en la hoja de observaciones de la enfermera el área de aplicación del medicamento y respuesta del paciente. Registre en la hoja de medicamentos firma y hora.

Puntos Importantes:

- Cumpla con los 15 correctos para la administración de medicamentos.
- Mezcla de Insulina:
 - Frecuentemente para mejor control de la diabetes es recomendable utilizar mezcla de insulina para controlar sus niveles de glucosa.
 - La *insulina regular* de acción rápida es una solución transparente cristalina además de administrarse por vía subcutánea se puede administrar por vía intravenosa.
 - La *insulina de acción prolongada o NPH* (Neutral Protamine Hagedorm). Es una solución turbia, por su adición de proteína, retarda la absorción del medicamento solamente se debe administrar por vía sub cutánea.
- Cuando mezcla (2) tipos de insulina; la enfermera debe seguir las siguientes indicaciones: **Anexo 10**
 - La *insulina regular o rápida* es la que se debe aspirar primero puede mezclarse con cualquier otro tipo de insulina.
 - La *insulina NPH o lenta* solo puede mezclarse entre ellas y con la Insulina regular, pero **nunca** con otros tipos de insulina.

Registro:

- Anote en la hoja de observaciones de la enfermera el área de aplicación del medicamento y respuesta del paciente.
- Registre en la hoja de medicamentos firma y hora.
- La técnica en enfermería registra los alimentos ingeridos y las colaciones, en la hoja de temperatura diaria y evolución.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 62 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

7.5- Administración de medicamentos nasales

Definición: Es la introducción de una solución medicamentos en las fosas nasales mediante cuentagotas o atomizador.

Intervención de Enfermería: Aliviar la congestión nasal, contraer la mucosa tumefacta.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnico en Enfermería.

Equipo:

- Medicamentos
- Preparado con un cuentagotas
- Boleto de medicamentos para instilación nasal
- Papel toalla o higiénico
- Guantes limpios (opcional como medida de bioseguridad)
- Bandeja
- Expediente clínico.

Ejecución:

- Lávese las manos.
- Reúna en la bandeja el equipo y medicamentos según la orden médica.
- Identifique al paciente y explíquelo el procedimiento.
- Coloque la cama en posición horizontal y acomode al paciente en posición supina con la cabeza extendida.
- Tome el gotero e instile las gotas en cada fosa nasal, haga que el paciente permanezca en la posición indicada por 1 minuto.
- Seque el borde de la nariz con papel toalla o higiénico.
- Deje cómodo al paciente y proceda a ordenar el equipo utilizado.
- Lávese las manos y efectúe las anotaciones en el expediente clínico.

Puntos Importantes: Procure no tocar las paredes de la nariz para evitar que el paciente estornude y contamine el gotero.

Registros:

Haga las anotaciones en el expediente clínico.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 63 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

7.6- Administración de medicamentos por vía oral

Definición: Es la administración de fármacos líquidos o sólidos para ser administrados por vía gastrointestinal.

Intervención de Enfermería:

- Estandarizar los criterios de las actuaciones de los enfermeros para administrar por vía oral la medicación prescrita.
- Administrar con seguridad los fármacos a través de la vía oral.
- Prevenir posibles complicaciones derivadas de la administración de fármacos por vía oral.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería

Equipo:

- Carrito para llevar los medicamentos
- Boletos de medicamentos
- Medicamentos ordenados
- Vasitos para medicamentos desechables
- Jarra con agua
- Bandeja
- Mortero y pilón
- Goteros graduados
- Papel toalla/gasas
- Dispositivo cortante
- Calculadora
- Expediente clínico.

Ejecución:

- Verifique los boletos de medicamentos con el expediente clínico.
- Lávese las manos.
- Reúna los artículos que va a utilizar.
- Compare el nombre del medicamento que figura en el boleto de medicación, con el de la etiqueta del frasco que lo contiene.
- Calcule la dosis indicada en casos necesarios.
- Agite la botella para mezclar el contenido, especialmente cuando se trate de mezclas o suspensiones.
- Retire la tapa y colóquela sobre la mesa de modo que sólo apoye la parte superior.
- Sostenga el vaso medidor a la altura de los ojos, de manera que pueda observar el nivel deseado y vierta el medicamento hasta la línea que señala la dosis requerida.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 64 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Cuando se trate de tabletas, evite tocar el medicamento con sus dedos, en casos de tabletas ranuradas que requieran partirse para obtener la dosis utilice el dispositivo cortante.
- Si son niños pequeños o que por su condición no puede ser administrado (alimentación por sonda nasogástrica o gastrostomía) triture la tableta y diluya luego en agua estéril.
- Una vez servido el medicamento colóquelo sobre la bandeja junto al boleto correspondiente.
- Antes de colocar nuevamente la tapa, limpie la boca del frasco con una gasa húmeda.
- A medida que se sirven los medicamentos, coloque cada envase o frasco en su lugar correspondiente.
- Limpie y cierre con llave el botiquín y guarde la llave.
- Una vez servidos todos los medicamentos, coloque la bandeja sobre el carrito junto con todo el equipo necesario.
- Lleve en todo momento el carrito junto a la unidad de cada paciente.
- Identifique y oriente al paciente (verifique marquillas o pregúntele al familiar, si está presente).
- Si el niño es pequeño o permanece en cama colóquelo en posición semi-sentado y dele el medicamento poco a poco. Ofrézcale después un poco de agua.
- Si el niño rechaza el medicamento o está con el familiar, permítale que participe. No se retire de su lado hasta que el niño se haya tomado toda su medicina.
- Limpie la boca del niño con papel toalla en caso de ser necesario.
- Una vez terminada la administración de medicamentos limpie y ponga en orden el equipo utilizado. Coloque en su lugar los boletos de medicamentos.

Puntos Importantes:

- Asegúrese de cumplir con los 15 correctos.
- Oriente al familiar / paciente sobre el procedimiento y el medicamento que se va a administrar.
- Si el niño tiene más de un medicamento colóquelo en vasitos individuales. (no mezcle los medicamentos).
- Prepare, administre y firme el medicamento administrado.
- Si el medicamento es en dosis pequeñas en tabletas, diluya la misma y calcule la dosis indicada.

Registro: Realice las anotaciones en el expediente clínico, observaciones de la enfermera y hoja de medicamentos.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 65 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

7.7- Administración de medicamentos oftálmicos

Definición: Los medicamentos oftálmicos se usan con el fin de dilatar la pupila para el examen de las estructuras internas del ojo, paralizar los músculos del cristalino con el propósito de medir la refracción del mismo, aliviar la irritación local, tratar las afecciones oculares, lubricar la córnea y la conjuntiva.

Intervención de Enfermería: Aplicar medicamentos a los ojos por medio de un frasco con cuentagotas o tubo de pomada.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnicos en Enfermería

Equipo:

- Medicamento oftálmico
- Pad de ojo
- Cinta adhesiva
- Tijera de gasa
- Guantes desechables
- Boleto de medicamento oftálmico
- Algodón/gasa estéril
- Expediente clínico.

Ejecución:

- Realice los pasos del 1 al 5 de inyección intramuscular.
- Según la edad del niño pídale que se coloque en posición supina con el cuello en leve hiper-extensión (solicite ayuda del familiar o técnico en enfermería).
- Colóquese los guantes.
- Si hay costras o secreciones a lo largo de los bordes del párpado o el ángulo interno, límpielos con suavidad.
- Remuévalos con algodón humedecido.
- Para limpiar el ojo hágalo del ángulo interno hacia el externo.
- Mantenga la mano que sostiene el frasco con cuentagotas o tubo de pomada en la región frontal del paciente.
- Con el algodón apoyado por debajo del párpado inferior, presione con suavidad hacia abajo con el pulgar o índice contra la órbita ósea.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 66 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Pida al paciente que mire hacia arriba.
- Instile el número prescrito de gotas del medicamento dentro del saco conjuntival.
- Después de instilar las gotas, pida al paciente que cierre el ojo con suavidad.

Instilación de Pomada Oftálmica:

- Mientras sostiene el aplicador por encima del borde del párpado aplique una fracción delgada de pomada a lo largo del borde interno del párpado inferior sobre la conjuntiva.
- Pida al paciente que mire hacia abajo.
- Aplique una fracción a lo largo del borde superior del párpado sobre la conjuntiva interior.
- Haga que el paciente cierre el ojo y frote suavemente el párpado en un movimiento circular con un poco de algodón.
- Limpie el exceso.
- Coloque el pad de ojo sobre el ojo afectado cubriéndolo por completo. Asegúrelo con cinta adhesiva de baja adhesión, sin hacer presión sobre el ojo (si está ordenado).

Puntos Importantes:

- Observe la respuesta a la medicación y/o presencia de efectos secundarios y notifique por cambios.
- El ojo es un órgano muy sensible: La cornea, o porción anterior del globo ocular, tiene un rico abastecimiento de fibras sensibles al dolor.
- Es importante hablarle al niño con suavidad.
- Asegúrese de inmovilizarle la cabeza para evitar accidentes.
- Es necesario instruir a los padres en caso de tratamiento ambulatorio.
- Verifique la fecha de elaboración y vencimiento del medicamento.

Registro:

- Realice las anotaciones en la hoja de observaciones de la enfermera la aplicación del medicamento y aspecto del ojo.
- En la hoja de medicamentos firme con sus iniciales y según el horario del medicamento administrado.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 67 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

7.8- Administración de medicamentos óticos

Definición:

Es la introducción de una solución medicamentosa en el conducto auditivo, externo mediante una cuenta gotas.

Intervención de Enfermería:

- Aliviar el dolor, la inflamación, combatir las infecciones y ablandar cerumen.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnicos en Enfermería.

Equipo:

- Medicamento
- Gotero
- Boleto
- Hisopos y torundas de algodón
- Guantes limpios.

Ejecución:

- Lávese las manos.
- Prepare el equipo y llévelo a la unidad del paciente.
- Identifique al paciente y familiar explíquelo el procedimiento.
- Acomode al paciente en posición dorsal, con la cabeza hacia el lado contrario de la instilación.
- Tibie el medicamento frotando el envase entre sus manos.
- Colóquese guantes.
- Limpie el pabellón de la oreja y orificio externo antes de hacer la instilación.
- Estire el pabellón hacia atrás y hacia abajo en el niño menor de 3 años. Hacia atrás y hacia arriba en niños mayores de 3 años.
- Instile las gotas prescritas sujetando el cuentagotas 1cm. Sobre el canal auditivo.
- Oriente al paciente y familiar que permanezca en decúbito lateral durante 2-3 minutos.
- Deseche el material utilizado, quítese los guantes y lávese las manos.
- Deje al paciente limpio y cómodo en su unidad.
- Haga las anotaciones necesarias en el expediente.

Puntos Importantes:

- Evite lesionar el canal auditivo
- En caso necesario solicite asistencia al Técnico en Enfermería o restrinja al paciente (tipo momia).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 68 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

7.9- Administración de medicamentos en la piel (tópicos)

Definición: La vía tópica consiste en la aplicación de medicamentos directamente sobre el tejido u órgano afectado y tiene como finalidad proporcionar una acción local para: mantener la hidratación de las capas de la piel, reducir irritaciones locales, aplicar anestesia local ó tratar infecciones.

Intervención de Enfermería:

- Administrar de medicamentos de uso tópico de forma segura.
- Aplicar un medicamento para lograr un efecto local y proteger la superficie dérmica.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnicos en Enfermería.

Equipo:

- Bandeja
- Medicamento (crema, loción, aerosol, polvo)
- Papel toalla y jabón líquido
- Hisopos
- Guantes desechables o estériles
- Toalla
- Boletos de medicamentos tópicos
- Agua estéril, gasas, jabón suave, si es necesario.
- Expediente clínico.

Ejecución:

- Realice los pasos del 1 al 5 de inyección intramuscular.
- Examine con detenimiento el estado de la piel del paciente.
- Verifique que el paciente este aseado.
- Seque la piel con una toalla, déjela secar.
- Póngase los guantes.
- Aplique el medicamento tópico.
- Cubra el área de la piel con vendajes si está prescrito por el médico.
- Deje al paciente cómodo.
- Deseche los suministros usados en los recipientes apropiados, quítese los guantes y lávese las manos.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 69 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Puntos Importantes:

- Se usan guantes estériles cuando se aplican medicamentos a lesiones dérmicas abiertas y no infectadas.
- El paciente debe estar aseado.
- Agite vigorosamente los aerosoles y lociones.
- Al aplicar polvo asegúrese que la piel esté bien seca.
- Al aplicar agentes tópicos en la piel es necesario cubrir el área afectada con un vendaje seco, de otra forma el niño podría tratar de quitarse o comerse el medicamento.

Registro: Anote en la hoja de medicamentos y la nota de enfermeras, la administración del medicamento.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 70 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

7.10- Administración de medicamentos por vía subcutánea

Definición: Introducción terapéutica de una sustancia medicamentosa a través de la piel hasta el tejido celular subcutáneo.

Intervención de Enfermería:

- Administrar fármaco a través del tejido subcutáneo.
- Obtener un efecto terapéutico con mayor rapidez que por la vía oral y una absorción lenta.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería

Equipo:

- Utilizar el mismo equipo para inyección intramuscular
- Aguja calibre 25 a 27 y de 1 a 1.2 cm de longitud
- Jeringuillas de 1 a 3 ml
- Expediente clínico.

Ejecución:

- Realice los pasos de la administración intramuscular hasta la orientación del familiar y luego continúe con el procedimiento.
- Seleccione el área del sitio de administración:
 - Cara anterior del brazo izquierdo y derecho
 - Cara anterior del muslo
 - Región abdominal
 - Región escapular
 - Región de los glúteos
- Dependiendo del sitio de inyección coloque al paciente en posición cómoda.
- Elimine el exceso de alcohol del algodón limpie el sitio de la inyección en forma rotatoria del centro hacia fuera.
- Coloque el algodón seco entre los dedos de su mano dominante.
- Pida al paciente que respire profundo dependiendo de la edad.
- Inserte la aguja con rapidez y firmeza en un ángulo de 45 grados
- Inmovilice la jeringa y hale suavemente el embolo.
- Si no aspira sangre empiece a inyectar el medicamento lentamente al tejido subcutáneo.
- Ponga algodón cerca de la aguja y retírela con movimientos rápido en el mismo ángulo que lo introdujo.
- Haga presión en el sitio de la inyección.
- Deje cómodo al paciente.
- Lávese las manos.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 71 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Puntos Importantes:

- Cumpla con los 15 correctos para la administración de medicamentos.
- El sitio de Inyección depende de la necesidad del paciente, en particular las áreas más comunes son:
 - Zonas de la parte posterior del brazo
 - Zonas anterior y lateral del muslo
 - Zonas ventro abdominal inferior
 - Zona escapulares de la región superior de la espalda
 - Zona antero superior de los glúteos
- Para la selección apropiada del área inspeccione la superficie cutánea por la presencia de cicatrices, hematomas, inflamación, masa, edemas o zonas de sensibilidad.
- Seguir los puntos importantes de la administración intramuscular, excepto las áreas o sitios de la inyección (I.M).
- El uso más frecuente de la vía subcutánea para la administración de insulinas, heparinas y vacunas.
- El volumen admitido por vía sub cutánea es de 5 a 1ml (pequeñas dosis).

Registro: Haga las anotaciones en el expediente clínico (hoja de observaciones de la enfermera, hoja de medicamentos).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 72 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

7.11- Atención pre y post operatoria de pacientes con escoliosis

Definición:

Desviación lateral de la línea vertical normal de la columna vertebral, puede coincidir o no rotación o deformidad de las vertebrae.

Intervención de Enfermería:

- Facilitar la preparación pre-operatoria, post-operatoria y cuidados generales de enfermería.
- Brindar apoyo emocional al paciente y la familia ante la intervención quirúrgica.
- Realizar cuidado integral del paciente durante la etapa pre y post operatorio.
- Integrar al familiar en la ejecución de las acciones del post operatorio temprano y tardío.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería y Técnicos en Enfermería.

Equipo

- Cama con mandos eléctricos
- Ropa de cama
- Ropa de pacientes (bata abierta)
- Medias anti embolicas
- Dispositivos para ejercicio respiratorio
- Equipo para enema
- Lubricante o aceite mineral
- Bomba de Infusión
- Equipo para canalización de venas.

Ejecución:

Pre- operatoria:

- Lávese las manos.
- Coloque al paciente en su unidad camas (1-4).
- Oriente al paciente y familiar (normas del hospital).
- Anote en la hoja clínica los signos vitales de admisión (temperatura, peso y talla).
- Realice las órdenes médicas de admisión.
- Envíe el cupo al salón.
- Rotule y anexe hoja frontal de preparación pre operatoria de enfermería.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 73 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Revise los laboratorios y hoja de consentimiento operatorio firmado.
- Verifique las evaluaciones previas de especialidades (cardiología, odontología hematología, neumología).
- Canalice una vena periférica.
- Verifique la tomas de muestras de laboratorios (Tipaje, Rh, Hemograma Completo, TP.TPT, Plaquetas).
- Notifique la toma de cruce de componentes sanguíneos (GRE, plaquetas, plasma fresco congelado).
- Anexe al expediente la constancia de donación de sangre, traídas por los familiares suministradas por el Banco de Sangre.
- Administre los enemas de limpieza según indicación médica (solución salina normal).
- Controle la temperatura del paciente, cada cuatro horas.

Post - Operatorio:

- Continúe las indicaciones médicas.
- Lávese las manos en los 5 momentos de atención al paciente.
- Prepare cama post – operatoria.
- Reciba al paciente y colóquelo en su unidad.
- Utilice mecánica corporal al movilizar al paciente.
- Movilice en bloque al paciente.
- Realice cambio de posición cada 2 horas, según indicación médica.
- Controle la temperatura del paciente cada 4 horas.
- Revise el área quirúrgica, notifique por cambios.
- Administre medicamentos de analgesia según horario establecido.
- Supervise la realización de ejercicios respiratorios.
- Asista en la alimentación.
- Supervise y asista en la movilización del paciente al sentarse en cama previa indicación médica, en la movilización de cama a silla; y la deambulación asistida.
- Asistir en curación.

Puntos Importantes:

- En los pacientes que van a ser operados de la columna se debe utilizar las camas con mandos eléctricos, para mejor movilización del paciente
- Los enemas evacuantes deben ser colocadas a las 9:00pm para que el paciente descanse y/o evitar colocarlas en la madrugada para que no se contamine el área quirúrgica durante el procedimiento.
- Las medias anti embolicas se deben colocar según la orden médica.
- Administrar analgesia según orden médica.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 74 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

7.12- Cuidados post mortem

Definición: Son los cuidados de enfermería que se proporcionan al cadáver, una vez que el médico haya certificado la muerte.

Intervención de Enfermería:

- Preparar el cadáver para su envío seguro a la morgue.
- Brindar soporte emocional a los familiares.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería y Técnicos en Enfermería.

Equipo:

- Bandeja de cadáver (contiene: motas de algodón, cordón de algodón, pinza).
- Sábana impermeable
- 3 tarjeta de identificación de cadáver
- Certificado de defunción
- Hoja de entrega de cadáver
- Tijera, jabón, toalla, guante no estériles
- Mascarilla, cinta adhesiva
- Platón, riñonera
- Bolsa de cadáver
- Bolsa de papel
- Delantal manga larga impermeable
- Protectores oculares
- Gorro.

Ejecución:

- Solicite la bandeja de preparación de cadáver a Central de Equipo.
- Llene con los datos del paciente las tres (3) tarjetas de identificación del cadáver a lápiz.
- Lávese las manos.
- Solicite la ayuda del Técnico en Enfermería.
- Colóquese el delantal, guante, gorro protectores oculares y mascarilla.
- Aísle el cadáver conduciéndolo a un lugar privado (ejm: cuarto de procedimientos, cuarto de curaciones)
- Cierre los párpados, en caso de que tenga los ojos abiertos.
- Retire y resguarde los elementos personales.
- Retire todos los elementos invasivos como: apósitos, drenajes, venoclisis y otros. *Se exceptúan casos médicos legales.*
- Limpie el cadáver (*se exceptúan casos médicos legales*).
- Selle con apósitos y adhesivos todas las ostomías.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 75 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Colóquelo en posición supina sobre la sábana, ponga la cabeza hacia una esquina de la misma.
- Tapone con algodón, boca, oído, fosas nasales y ano cuidadosamente.
- Alinee los brazos a lo largo del cuerpo.
- Amarre el cordón de algodón, una de las tarjetas de identificación en el tobillo derecho, en niños pequeños y en el dedo grueso del pie derecho en niños más grandes.
- Envuelva el cuerpo con la sábana sujetándolo, inicie por la cara (doblando la esquina de la sábana) luego el lado proximal y distal del cuerpo.
- Amarre con el cordón de algodón la segunda tarjeta de identificación alrededor del cuello.
- Recoja todo el equipo que utilizó y colóquelo en su sitio.
- Retírese los guantes y lávese las manos.
- Llame al personal de la morgue en el turno de 7-3 y en los turnos de 3-11 y 11-7 al camillero o mensajero, avise a la oficina de seguridad, envíe el cadáver a la morgue.
- Entregue al personal que transporta el cadáver, la tarjeta de identificación, hoja de entrega de cadáver, llena con el nombre, fecha, hora de defunción, firma de la enfermera y firma del trabajador manual o camillero que lo entrega.
- En la hoja de la enfermera anote, fecha, hora de fallecimiento y cuidados administrados con tinta roja, además el nombre del camillero o mensajero con quien envía el cadáver a la morgue.
- Anote en la boleta de admisión original y copia con tinta roja: fecha, hora de defunción y días de hospitalización.
- Anótelo con tinta roja en el libro censo
- Cierre el expediente, coloque la certificación y la hoja de entrega de cadáver después de ser firmada por el personal de la morgue.
- Solicite al Técnico en Enfermería la limpieza y desinfección de la unidad.
- Notifique a la supervisora de la defunción en todos los turnos.

Puntos Importantes:

- El médico que atendió al paciente, es el encargado de localizar y dar la noticia del fallecimiento a los padres.
- En caso de que el familiar no esté presente, el cadáver reposará en la sala 60 minutos antes de trasladarlo a la morgue.
- El personal de enfermería debe brindar apoyo emocional al familiar.
- Recordar el aspecto espiritual durante la etapa agónica del paciente.
- Todo cadáver se debe manejar con medidas estándar de bioseguridad.
- Al manejar el cadáver se debe tratar con todo respeto, velando por su privacidad.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 76 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- En el turno de 7-3 la enfermera de la sala notifica de la defunción a Epidemiología.
- En los turnos de 3-11 y 11-7, días feriados y fines de semana se le notifica a la supervisora de turno quien llena el formulario de epidemiología.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 77 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

7.13- Cuidados de la traqueostomía

Definición.

Es la limpieza de la piel alrededor de la traqueostomía y de la cánula.

Intervención de Enfermería:

- Conservar la piel limpia y seca.
- Prevenir las infecciones.
- Evitar complicaciones.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnica en Enfermería.

Equipo:

- Bolsa autoinflable con reservorio conectado a sistema de oxígeno
- Riñonera estéril
- Solución salina
- Cartucho para desperdicios o recipiente de basura
- Equipo de protección personal (mascarilla, gorro, bata y lentes)
- Guía de traqueostomía
- Clorhexidina al 4%
- Botella de agua estéril
- Gasas estériles
- Collarín confeccionado /cinta de hiladillo
- Hisopos estériles
- Bisturí
- Guantes estériles
- Crema indicada para curación de lesión.

Ejecución:

- Identifique al paciente y explíquele el procedimiento si está consciente.
- Coloque al paciente semi fowler (con respaldo).
- Prepare el equipo y llévelo a la unidad del paciente.
- Lávese las manos.
- Colóquese el equipo de protección personal: bata, mascarilla, lente de protección y guantes.
- Mantenga la guía de la traqueostomía a la vista.
- Prepare su campo estéril.
- Abra las gasas y divida en 3 partes; a una le vierte agua estéril, a la otra clorhexidina al 4% y la otra para secar.
- Descarte los apósitos sucios de la traqueotomía y tírelos en el recipiente de basura peligrosa.
- Retírese los guantes y lávese las manos.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 78 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Colóquese guantes nuevos para iniciar la limpieza del área.
- Para el cambio del collarín utilice la ayuda de otro profesional.
- Es importante la presencia de 2 personas para la limpieza y cambio de collarín, en una emergencia se debe estar preparado.
- Realice el lavado bronquial antes (prepare el equipo de succión).
- Una persona sostiene la cabeza del niño, manteniéndola del lado derecho o izquierdo sujetando la cánula de traqueotomía para mantenerla en su lugar.
- La segunda persona corta con el bisturí un extremo del collarín sucio en su totalidad, aprovecha para limpiar el área alrededor del cuello. Inmediatamente inserte la cinta de hiladillo del collarín limpio y lo amarra con tres nudos, en ambos lados.
- Limpie alrededor del estoma con palillo estéril o gasa impregnada de clorhexidina, luego con una gasa húmeda con agua estéril. Seque rápidamente.
- Tenga cuidado de que el collarín no quede justo o apretado, coloque su dedo índice entre el collarín y la piel del niño.
- Aplique medicamento indicado según necesidad.
- Despliegue una gasa estéril y dóblela a lo largo debajo de la cánula.
- Deje el paciente limpio y cómodo.
- Quítese los guantes.
- Recoja el equipo y deje todo en orden.
- Realice anotaciones en las notas de enfermera.

Puntos Importantes:

- El cambio de collarín se realiza con la asistencia de otro profesional los días *lunes, miércoles y viernes* y en el caso que sea necesario.
- Vigile cualquier signo de infección y notifique por enrojecimiento, piel inflamada, moco mal oliente, sangre roja brillante en el moco.
- El cuidado de la piel debe hacerse al menos dos veces al día.
- Si hay mal olor en el cuello o en la estoma debe realizar limpieza c/8hrs.
- Mantenga limpio y seco alrededor del cuello.
- Notificar al médico para evaluar e indicar medicamentos para evitar infecciones.
- No se debe cortar las gasas, ya que los flecos sueltos pueden entrar en la estoma y causar irritación, infección y formación de absceso.
- Si la institución no cuenta con collarines, usted puede confeccionarlo con gasas, cinta de hiladillo y surgifix según la edad del paciente.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 79 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

7.14- Hipertermia

Definición: Temperatura corporal por encima de los valores normales.

Intervención de Enfermería:

- Disminuir la temperatura corporal a niveles normales.
- Aplicar técnicas terapéuticas para control de la temperatura corporal.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnicos en Enfermería.

Equipo:

- Dos toallitas
- Termómetro digital
- Platón con agua a temperatura ambiente
- Cartuchos de papel para desperdicios
- Formato de control de temperatura
- Sabanitas
- Hoja de temperatura diaria y evolución.

Ejecución:

- Revise la orden médica.
- Lávese las manos.
- Prepare el equipo necesario.
- Oriente al paciente y /o familiar.
- Retire el exceso de ropa.
- Hidrate al niño por vía oral mientras efectúa el tratamiento, si no está contraindicado.
- Coloque el equipo sobre la mesita cerca del paciente.
- Moje la compresa en el platón con agua, exprímala y colóquela en forma de turbante de manera que cubra la frente, pabellones auriculares y la nuca.
- Cambie las compresas cada 2 o 3 minutos. Según el caso durante 20 minutos, seque al paciente y cambie las sábanas.
- Espere 10 minutos, tome nuevamente la temperatura y anótela en el formato para control de temperatura.
- Notifique a la enfermera o al médico los cambios de temperatura en el paciente.
- Vigile al paciente por cambios en su condición.
- Deje al paciente limpio y seco.
- Retire el equipo.
- Lávese las manos.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 80 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- La enfermera registra la temperatura en el formato para el control de temperatura.

Puntos Importantes:

- Cuando las temperaturas sean de 38°C o más elevadas se pueden colocar los paños en las axilas y en la región inguinal, en la misma forma como se aplican los turbantes en la cabeza.
- Los niños que puedan deambular pueden llevarse a la tina o a la regadera según orden médica acompañados por el familiar y/o personal de enfermería.

Registro:

- Anote cada 20 minutos la temperatura en la hoja clínica de temperatura diaria y evolución, en la columna de observación anote los cuidados proporcionados.
- La enfermera registra la temperatura en la hoja clínica.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 81 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

7.15- Hipotermia

Definición:

Temperatura corporal anormalmente baja. La regulación térmica es difícil en prematuros y en niños en estado crítico o severo según diagnóstico, donde disminuye la circulación periférica, se reduce el pulso y presión arterial, la temperatura cae conforme baja el metabolismo general.

Intervención de Enfermería:

- Aumentar la cantidad de calor producido en el cuerpo.
- Reducir al mínimo los efectos de la hipotermia.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnica en Enfermería.

Equipo:

- Termómetro digital
- Bandeja de temperatura
- Pad de calor
- Algodón comprimido
- Frazadas o manta térmica
- Lámpara de calor.

Ejecución:

- Realice toma de temperatura según normas.
- Notifique a la enfermera por pacientes hipotérmicos.
- Si realizan aplicación de calor por medio de:

Pad de Calor	• Verifique funcionamiento del pad eléctrico y conéctelo a la toma de corriente. • Forre con sabanitas y colóquelo debajo del colchón. • Regule la temperatura del pad de calor. • Tome la temperatura c/20 minutos al paciente. • Realice cambios de posición, mantenga cómodo y seco al paciente. • Mantenga abrigado al niño. • Realice anotaciones en la hoja de temperatura diaria y evolución.
Algodón Comprimido	• Mantenga al paciente limpio y seco. • Coloque algodón comprimido en las extremidades superiores e inferiores, sin apretar. • Cubrir la cabeza con algodón comprimido en forma de turbante. • Mantenga abrigado con una frazada. • Realice control de temperatura c/4 horas y anote.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 82 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Manta de Calor	• Verifique funcionamiento, conecte a la toma corriente y regule la temperatura. • Mantenga limpio y seco al paciente. • Coloque una sabanita sobre el paciente y luego cúbralo con la manta de calor. • Realice control de temperatura c/4horas registre en la hoja indicada.
Lámpara con radiación ultravioleta o infrarroja	• Verifique funcionamiento de la lámpara. • Coloque a una altura de 75 a 100 cm (depende del tamaño del paciente). • Realice cambios de posición c/30 minutos y control de temperatura.

Puntos Importantes

- Debe mantener la piel del paciente libre de ungüentos o aceites.
- Mantener la rigurosidad del control de temperatura anotado.
- Vigilar los signos vitales del paciente en busca de deterioro metabólico.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 83 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

7.16- Limpieza del tubo universal en el aparato de succión de secreciones

Definición: El tubo universal o caucho es un instrumento cilíndrico hueco que se coloca al motor de la succión que permite la extracción de secreciones a función de ejercer una presión negativa para lograr el aspirado o salida de líquidos.

Intervención de Enfermería:

- Reducir el riesgo de las infecciones asociadas a la atención del paciente.
- Prevenir infecciones cruzadas.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnicos en Enfermería.

Equipo.

- Carrito
- Vasos desechables de cono
- Dos recipientes calibrados
- Solución clorada al 0.50%
- Solución de amonio cuaternario de 5ta generación
- Frasco de agua estéril
- Guante no estéril
- Cartuchos de papel manila
- Dos frasquitos de vidrio
- Gasa 3x3 estéril
- Equipo de protección personal (bata, mascarilla y protector facial).

Ejecución.

- Lávese las manos.
- Reúna los artículos necesarios.
- Prepare la solución de amonio cuaternario de 5ta generación acorde a las indicaciones del fabricante.
- Prepare la solución clorada al 0.50% en un recipiente calibrado.
- Diríjase a la unidad del paciente.
- Colóquese los guantes.
- Tome 2 vasos desechables y colóquelos sobre los frasquitos de vidrio o similar.
- Vierta en un vaso 50cc de solución clorada al 0.50% y en otro 50cc de la solución de amonio cuaternario de 5ta generación.
- Encienda la succión y tome el extremo del tubo universal que va al paciente y aspire 50cc de la solución de amonio cuaternario de 5ta generación. Espere 5 minutos antes de proceder a retirar la solución con agua estéril.
- Retire el frasco de succión, descarte el material que contiene según las técnicas asépticas y proceda al lavado con jabón y enjuáguelo.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 84 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Verifique fechas de vencimiento del tubo y del filtro (3meses).
- Cámbiese los guantes.
- Encienda la succión y tome el extremo del tubo universal que va al paciente Introduzca el tubo en el vasito con solución clorada al 0.50% aspirando hasta terminar.
- Apague la succión.
- Cubra con una gasa estéril el extremo del tubo y colóquelo dentro del cartucho.
- Lave los artículos que usó para la limpieza y guárdelos.
- Retírese los guantes y lávese las manos.

Puntos Importantes.

Los tubos Universales o cauchos:

- Son descartados por cada paciente, en el salón de operaciones y recuperación de anestesia.
- Cuarto de Urgencias, Inhaloterapia, Sala de Corta Estancia Respiratoria se descartan cada 24 hrs.
- Se cambian lunes, miércoles y viernes en: Cuidados Intensivos, Neonatología 1 y 2, Recobro, Cuidados Intermedios y Quemados.
- Se cambian cada 8 días en pacientes hospitalizados en salas de medicina.
- Las succiones de uso común en las salas deben cambiarse cada vez que sea utilizada, la limpieza y desinfección del tubo y frasco recolector.
- El tubo que se cambia es el que va del frasco al paciente.
- El tubo que va del frasco al motor no se descarta hasta que se retire el equipo; cada 3 meses, al igual que el filtro (anotar fecha de vencimiento).
- Descarte los vasos desechables por cada limpieza del tubo universal.
- Rotule la fecha de colocación del tubo (tubo que va al paciente).
- Este procedimiento se realiza con cada aparato de succión en uso al finalizar cada turno por el personal Técnico en Enfermería asignado.
- La solución de amonio cuaternario de 5ta generación y el tubo Universal se solicita en central de equipo.
- Para preparar 50cc de solución clorada al 0.50% se debe agregar 5cc de cloro y 45 cc de agua.
- El agua estéril se utiliza para enjuagar el conducto del tubo antes de colocar la sonda para aspirar el paciente.
- Para preparar la solución desinfectante siga las guías dadas por la casa comercial.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 85 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

7.17- Preparación y administración de venoclisis (Terapia Intravenosa)

Definición:

Es la introducción terapéutica de cantidades de líquido gota a gota a través de una vena.

Intervención de Enfermería:

- Administrar cantidades necesarias de líquidos para mantener el equilibrio hidroelectrolítico y la presión arterial.
- Prevenir el riesgo de complicaciones durante la preparación y administración de líquidos intravenosos.
- Mantener vena permeable
- Ayudar a la eliminación de toxinas.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería

Equipo:

- Boleto o rótulo de la solución prescrita
- Frasco de alcohol al 70 %
- Motas de algodón
- Equipo de venoclisis
- Jeringuillas y agujas estériles
- Soluciones parenterales
- Medicamentos y/o suplementos (IMV, KCL, CALCIO)
- Atril
- Esparadrapo.

Ejecución:

- Lávese las manos.
- Reúna todo el equipo incluyendo los boletos de todas las venoclisis que va a preparar.
- Revise la etiqueta de la bolsa de solución y asegúrese que sea la solución prescrita y verifique la fecha de vencimiento.
- Utilice el flujo laminar o en su efecto un área de trabajo que permite la limpieza con solución desinfectante alcohol yodado o alcohol al 70%.
- Lávese las manos nuevamente tome una bolsa de solución parenteral según orden médica.
- Conecte el equipo para venoclisis (evitando contaminar la espiga) a la bolsa de solución para lo cual debe agarrar con firmeza la vía de entrada. Mantenga la llave o pinza cerrada.
- La espiga se inserta en su totalidad con movimientos suaves y giratorios hasta que perfore la membrana interna de la bolsa.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 86 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Prepare la venoclisis con los suplementos o medicamentos, según la indicación médica.
- Cuelgue la bolsa al atril y llene la cámara de goteo apretando y soltando la misma.
- Coloque la venoclisis preparada y rotulada en el carro de inyectable y llévelas a la unidad de cada paciente.
- Identifique al paciente, oriente al niño y/o familiar sobre el tratamiento y sus cuidados.
- Verifique la permeabilidad de la vena antes de iniciar el goteo. Recanalice al paciente en caso de infiltrado, flebitis o dolor en el sitio de venopunción.
- Comience la infusión. Regule la velocidad de administración en gotas por minutos. Cerciórese de que fluya sin interrupción.
- Restrinja la extremidad en caso de niños demasiados inquietos y que estén sin familiar a su lado, tome en cuenta la comodidad del paciente.
- Los pacientes que reciben líquidos parenterales deben ser observados constantemente para evitar complicaciones.
- Limpie y ordene el área de trabajo.
- Lávese las manos.

Registro: Realice anotaciones en las notas de enfermera. Coloque la hora de inicio de la venoclisis, en la hoja clínica en vía parenteral (VP).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 87 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

7.18- Técnica de lavado de acceso venoso (flushing pulsátil)

Definición: Inyecciones repetitivas cortas (por ejemplo: de 1 ml) seguidas de una breve pausa, para crear turbulencia dentro del lumen del dispositivo de acceso vascular.

Lavado (Flushing) es el acto de mover líquidos, medicamentos, sangre y hemoderivados fuera del dispositivo de acceso vascular hacia el interior del torrente sanguíneo; se utiliza para evaluar y conservar la permeabilidad y prevenir la precipitación causada por incompatibilidad de una solución o medicamento. *Secretaría de Salud, Gobierno de México (2020).*

También es conocida como la técnica de lavado pulsátil, puede facilitar el lavado intra y extraluminal de los catéteres intravenosos periféricos. Además, un volumen insuficiente por bolo puede conducir a un lavado ineficaz y una sobredosis de un solo empujón puede causar una lesión endotelial mecánica. *Zhu, et al. (2020).*

Intervención de enfermería:

- Mantener el catéter venoso libre de sangre y hemoderivados.
- Prevenir la incompatibilidad química entre medicaciones intravenosas.
- Reducir el riesgo de oclusión del catéter venoso periférico, dispositivo de acceso venoso central, dispositivo central con inserción periférica (Pick line), catéter venoso centrales (CVC), umbilicales o acceso venoso central subcutáneo o reservorio venoso subcutáneo (Port-A-Cath®).
- Valorar la permeabilidad de los catéteres durante el lavado o flushing (identifica resistencia).
- Disminuir riesgo de infecciones asociados a catéteres venosos periféricos y centrales.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería.

Equipo:

<u>Para catéter periférico</u>	<u>Para catéter Central</u>
• Jeringuilla de 10 ml • Bolsa de solución salina normal estéril. • Pad de alcohol isopropílico al 70%. • Guantes.	• Utilizar jeringas prellenadas de solución salina normal 10 ml. • Guantes estériles • Equipo de protección personal (tapa bocas, bata, gorro) • Pad de alcohol isopropílico al 70%.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 88 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Ejecución:

Para catéter periférico:	• Lávese las manos • Prepare el material a utilizar • Maneje de forma aséptica la jeringuilla de 10 ml al extraer la solución salina de la bolsa estéril. • Colóquese los guantes desechables • Utilice los pad de alcohol para limpiar rotatoriamente por 15 segundos el conector libre de aguja. Espere 5 segundos. • Coloque en la rosca del conector la jeringuilla de 10 ml con la cantidad recomendada de solución salina acorde a la edad del paciente. Anexo N°11 • Proceda a verificar el retorno venoso e infunda si encuentra resistencia 1 ml, presionando el embolo, y pare e introduzca nuevamente 1ml, parando hasta llegar al término de la cantidad recomendada.
Para catéter central:	• Lávese las manos • Prepare el material a utilizar • Colóquese el equipo de protección personal y los guantes estériles. • Maneje de forma aséptica la jeringuilla de 10 ml pre llenada de solución salina. • Utilice los pad de alcohol para limpiar rotatoriamente por 15 segundos el conector libre de aguja, que accede al catéter central. Espere 5 segundos. • Coloque en la rosca del conector, la jeringuilla de 10 ml con la cantidad recomendada de solución salina acorde a la edad del paciente. • Proceda a verificar el retorno venoso e infunda si encuentra resistencia 1 ml, presionando el embolo y pare e introduzca nuevamente 1ml, parando hasta llegar al término de la cantidad recomendada. • Cierre el acceso con la llave oclusora si no está en uso el lumen del catéter.

Puntos importantes:

- El procedimiento de lavado (flushing) debe realizarse:
 - Para verificar la permeabilidad y el retorno venoso previo a la administración.
 - Entre la administración de diferentes soluciones/ medicamentos, para evitar incompatibilidad.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 89 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Al culminar la administración, empleando presión positiva y técnica de lavado (flushing) pulsátil con el émbolo de la jeringa (presionar-hacer pausa-presionar).
- Cumplir con los 5 momentos de la higiene de manos; para mantener los principios esenciales de la prevención y control de infecciones.
- Realice los cuidados y mantenimientos del acceso venoso: que consiste en mantener la técnica aséptica, frecuencia de cambio del apósito, monitoreo, visualización del sitio, prevención de la contaminación intraluminal, protocolo de lavado “flushing” del catéter, permeabilidad del dispositivo.
- En caso de incompatibilidad del medicamento con cloruro de sodio, utilice dextrosa al 5 % en agua y posteriormente cloruro de sodio al 0.9 % sin conservantes.
- No se recomienda que la dextrosa permanezca en el interior del lumen del catéter, ya que suministra nutrientes para el crecimiento de biopelículas.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 90 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

7.19- Uso del microgotero

Definición:

Equipo de administración de volumen para diluir medicamentos.

Intervención de Enfermería:

- Administrar cantidades exactas de solución y medicamentos por vía intravenosa.
- Aplicar medicamentos endovenosos que necesitan diluirse y pasarse lentamente.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnicos en Enfermería.

Equipo:

- Solución parenteral
- Microgotero
- Esparadrapo
- Guantes
- Carro de medicamentos inyectables
- Recipiente graduado.

Ejecución:

- Lávese las manos.
- Reúna el equipo necesario.
- Saque el microgotero de la bolsa plástica y cierre las dos llaves de control de flujo (superior e inferior).
- Cuelgue la bolsa de solución en un atril. Retire la cubierta protectora de la vía de entrada de la bolsa de solución parenteral.
- Quite la cubierta protectora de la espiga del microgotero, inserte la espiga en su totalidad con movimientos suaves hasta que perfora la membrana interna.
- Abra la pinza superior, llene la cámara de la bureta con 20 ml de líquido. Verifique la cantidad de líquido según la edad y diagnóstico médico del paciente.
- Oprima con delicadeza la cámara de goteo y suelte lentamente hasta que esté llena en un tercio. Abra posteriormente la pinza inferior y deje que se llene el sistema de líquido.
- Abra nuevamente la pinza de control superior y llene la cámara de la bureta hasta el volumen deseado luego agregue el resto de los medicamentos.
- Desinfecte la superficie de hule de la vía de entrada para medicamentos con alcohol al 70% o yosop.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 91 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Conecte el adaptador al catéter venoso o a la llave de tres vías. Regule el goteo con la pinza inferior de control.
- Rotule el microgotero anotando fecha, hora y firma.
- Realice anotaciones en el expediente.

Puntos Importantes:

- Colóquese guantes en caso de conectar el microgotero directamente al catéter intravenoso.
- Las bolsas de venoclisis se cambian cada 24 horas y el equipo de microgotero cada 72 horas.
- Cada vez que se agregue el medicamento al microgotero debe desinfectarse el puerto de entrada.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 92 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

VIII. Métodos diagnósticos

8.1- Medidas antropométricas (Peso y Talla)

Definición:

Es la medición de los niños en cuanto a tamaño, peso y proporciones del cuerpo humano.

La antropometría permite conocer el patrón de crecimiento propio de cada individuo, evaluar su estado de salud y nutrición, detectar alteraciones, predecir su desempeño, salud y posibilidades de supervivencia. Son diversas las medidas que es posible obtener para evaluar el tamaño, proporciones y composición corporal: peso, longitud, circunferencias, pliegues cutáneos y diámetros. *Rojas G. M. (2009).*

Intervención de Enfermería:

- Evaluar el desarrollo físico.
- Valorar el estado de nutrición del niño.
- Detectar trastornos de crecimiento.
- Calcular dosificaciones para tratamientos terapéuticos.

Recurso Humano: Enfermeras, Técnicos en enfermería.

Equipo:

- Báscula de mesa, báscula de pie
- Papel camilla o papel toalla
- Tallímetro y cinta métrica
- Tabla de conversión
- Hoja de temperatura diaria y evolución
- Expediente clínico.

Ejecución:

Peso con báscula de mesa (para lactante):

- Lávese las manos.
- Identifique al paciente.
- Oriente al familiar sobre el procedimiento.
- Asegúrese que la habitación esté a temperatura ambiente.
- Verifique que la báscula este nivelada (en cero).
- Cubra con papel la plataforma de la báscula.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 93 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Coloque al niño desnudo sobre la plataforma y mantenga una mano por encima del lactante (sin tocarlo) durante la medición; para reducir el riesgo de accidente.
- Anote el peso en kilogramos y regístrelo en la hoja de temperatura y evolución.
- Retire al lactante de la báscula y vístalo.
- Limpie y desinfecte la plataforma de la balanza con solución antiséptica entre cada lactante.

Pesa con báscula de pie (niños mayores de 2 años):

- Siga los pasos de 1 al 4 del procedimiento anterior.
- Verifique que el niño haya miccionado antes de colocarlo en la pesa.
- Cubra con papel la plataforma de la báscula.
- Coloque al niño con los pies descalzos sobre la balanza.
- Asegúrese que el niño permanezca inmóvil y que no se sostenga ni de la balanza ni de usted.
- Deslice la barra indicadora de peso en la balanza y colóquese frente a ella para realizar la lectura.
- Anote el peso en kilogramos y regístrelo en la hoja de temperatura y evolución.
- Ayude al niño a descender de la báscula y regrese la barra indicadora a su posición inicial.
- Limpie y desinfecte la plataforma de la balanza con solución antiséptica.

Talla con tallímetro de mesa: (Recién nacidos hasta 2 años)

- Lávese las manos.
- Identifique al paciente.
- Asegúrese que la habitación esté a temperatura ambiente.
- Cubra con papel la superficie de la camilla y el tallímetro.
- Quite los accesorios del cabello y deshaga las trenzas, en el caso que interfieran con la medición de la longitud/talla.
- Coloque al niño con la cabeza y los pies descubiertos sobre la escala de medición en decúbito dorsal.
- Coloque la cabeza sobre el borde vertical.
- Mantenga al paciente alineado. Debe estar en posición horizontal, sus rodillas, caderas y cuello no deben estar flexionados.
- Desplace el extremo del pedal de la escala hasta que toque la planta de los pies.
- Mientras sostiene las rodillas, empuje la tabla para los pies contra los pies del niño.
- Las plantas de los pies deben estar planas contra la tabla, los dedos deben

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 94 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

apuntar hacia arriba. **Anexo N°12**

- Lea la medición y registre.
- Limpie y desinfecte la plataforma del tallímetro y camilla con solución antiséptica.

Talla de pie:

- Realice los pasos del 1 al 4 del procedimiento anterior.
- Descalce al niño y colóquelo en posición recta sobre la plataforma.
- Coloque al niño de pie y de espalda al tallímetro, con los talones juntos, separando las puntas de los pies en ángulo de 45°.
- Ponga la mano izquierda sobre la frente del niño y con la derecha extienda la barra medidora en forma horizontal, hasta tocar la parte más alta de la cabeza.
- Efectúe la lectura en el ángulo recto que forma la barra medidora con la escala métrica.
- Anote el resultado en la hoja correspondiente.
- Ayude al niño a descender de la plataforma y regrese la barra a su posición inicial.
- Limpie y desinfecte la plataforma de la balanza con solución antiséptica.

Registro:

- La técnica en enfermería anota los resultados en la hoja de temperatura y evolución, o la tarjeta de vacuna, la enfermera lo registra en la hoja de temperatura y evolución y en la casilla correspondiente.

Puntos Importantes:

- En caso de que el paciente rehúse pesarse o por limitación física; se pesa al familiar junto con el paciente y luego se pesa al familiar solo. Realice el cálculo para obtener el peso aproximado del paciente.
- Pacientes con férulas u otro dispositivo, se debe considerar al momento de anotar el peso coloca el peso más férula.
- Limpiar y desinfectar las plataformas de las básculas, es esencial entre pacientes. Utilice el antiséptico adecuado acorde al tipo de material de la plataforma.
- Realizar la limpieza total del tallímetro, pesa y camilla de medición acorde a lo establecido en el protocolo de limpieza y desinfección de la unidad del paciente.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 95 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

8.2- Recolección de coprocultivo

Definición: Procedimiento diagnóstico consiste en obtener una muestra representativa de materia fecal para un medio de cultivo y descubrir la presencia de gérmenes.

Intervención de Enfermería: Obtener una muestra representativa de heces para ser analizada en el laboratorio.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnica en Enfermería.

Equipo:

- Tubos de coprocultivo, con medio de contraste
- Hisopos o palillos estériles.
- Formulario de identificación de laboratorio
- Bolsas bioseguridad
- Guantes no estériles
- Papel higiénico
- Expediente clínico
- Urinal
- Paleta

Ejecución:

- Verifique la orden médica.
- Lávese las manos.
- Prepare el equipo y material.
- Identifique al paciente.
- Rotule el envase (número de registro /cédula, fecha y sala).
- Oriente al paciente o familiar sobre el procedimiento.
- Coloque el paciente en posición decúbito dorsal.
- Lávese las manos.
- Colóquese los guantes.
- Separe los glúteos.
- Introduzca el hisopo en la cavidad anal haciendo movimientos rotativos.
- Introduzca el hisopo en el tubo con medio de cultivo sin tocar los bordes.
- Coloque la muestra tomada en la bolsa de bioseguridad.
- Deje al paciente cómodo.
- Retírese los guantes.
- Lávese las manos.

Puntos Importantes:

- Envíe la muestra inmediatamente al laboratorio junto con el formulario.
- Mantenga estricta asepsia.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 96 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Registro:

- Anote en el cuaderno de laboratorio el envío de la muestra.
- Realice las anotaciones en el expediente clínico (hoja clínica y en observaciones de la enfermera cualquiera características en habitual de las heces).
- Borre la indicación de toma de muestra del Kardex.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 97 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

8.3- Recolección de muestras de heces

Definición: Consiste en el mecanismo de recoger una pequeña cantidad de materia fecal.

Intervención de Enfermería: Obtener muestras fecales correctamente, para ser analizadas en el laboratorio clínico.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería o Técnico en Enfermería.

Equipo:

- Envase para heces con espátula
- Formulario de identificación del laboratorio
- Etiqueta de Identificación
- Bolsas de plásticos para su traslado
- Paleta
- Guantes no estériles
- Papel higiénico.

Ejecución:

- Verifique la orden médica.
- Identifique al paciente.
- Lávese las manos.
- Prepare el equipo y material.
- Rotule el envase (nombre, fecha, sala, N° de cédula o registro).
- Oriente al paciente y familiar.
- Lávese las manos.
- Coloque al paciente en posición supina.
- Colóquese los guantes.
- Recoja la muestra de heces, tomándola de varias partes con la espátula deposítela en el recipiente y tápela.
- Empaque dentro de la bolsa plástica.
- Retírese los guantes.
- Lavase las manos.

Puntos Importantes:

- Envíe la muestra inmediatamente al laboratorio junto con el formulario.
- Mantenga estricta asepsia.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 98 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- El familiar debe avisar cuando el niño evacua, para que el técnico en enfermería tome la muestra.
- Los niños que saben controlar sus esfínteres deben orinar primero y luego evacuar en la paleta.

Registro:

- Llene la solicitud del examen indicado.
- Anote en el cuaderno indicado el examen tomado y envíelo al laboratorio dentro de la bolsa de bioseguridad junto con el formulario.
- Registre la información en: la hoja clínica y en observaciones de la enfermera, anote cualquier característica inusual de las heces, borre la indicación de toma de muestra del kardex.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 99 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

8.4- Recolección de muestras de orina para urinálisis

Definición:

Obtención de muestra de orina para su análisis.

Intervención de enfermería:

- Obtener correctamente una muestra para examen de laboratorio
- Contribuir a establecer el diagnóstico y tratamiento del paciente.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnica en Enfermería.

Equipo:

- Formulario de laboratorio
- Guantes
- Frasco con solución jabonosa
- Frasco con agua estéril
- Riñonera mediana
- Pinza auxiliar
- Recipiente con motas de algodón
- Recipiente para descartar desperdicios
- Envase limpio o bolsita para recolectar la orina
- Etiquetas para la identificación de la muestra
- Paleta.

Ejecución:

- Lávese las manos.
- Prepare y lleve el equipo a la unidad del paciente.
- Oriente al paciente o familiar sobre el procedimiento.
- Acueste al paciente o lactante en posición supina (coloque la paleta en niños encamados).
- Colóquese los guantes.
- Efectúe la limpieza de los genitales con algodón y solución jabonosa.
- Enjuague los genitales con agua estéril y seque.
- Coloque la bolsita y deje al paciente cómodo.
- Retire el equipo.
- Lávese las manos.

Puntos importantes:

- En niños pre-escolares, escolares y adolescentes, se instruye al familiar y /o paciente para la obtención de la muestra, bajo supervisión de la enfermera.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 100 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Después de coleccionar la muestra rotule (sala, cama, nombre del paciente, examen ordenado y fecha).
- Anótelolo en el cuaderno indicado y envíelo al laboratorio dentro de la bolsa de bioseguridad junto con el formulario.
- Realice las anotaciones correspondientes en el expediente clínico y bórralo del Kardex al recoger la muestra.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 101 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

8.5- Recolección de urocultivo

Definición: Obtención de muestra estéril de orina para su estudio de sensibilidad en medios especiales.

Intervención de enfermería:

- Obtener correctamente una muestra de orina para examen de cultivo bajo una estricta técnica aséptica.
- Contribuir a establecer el diagnóstico del paciente.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería.

Equipo:

- Guante estéril
- Equipo para urocultivo (estéril)
- Frasco con solución jabonosa
- Frasco con agua estéril
- Recipiente con motas de algodón
- Recipiente para descartar desperdicios
- Envase estéril o bolsita para recolectar la orina
- Etiquetas para la identificación de la muestra
- Paleta
- Gasa estéril
- Expediente clínico.

Ejecución:

- Verifique la orden médica.
- Identifique al paciente.
- Lávese las manos.
- Prepare y lleve el equipo a la unidad del paciente.
- Oriente al paciente o familiar sobre el procedimiento.
- Rotule el envase (nombre, registro o cédula, fecha, sala).
- Acueste al paciente en posición supina (coloque la paleta en niños encamados).
- Abra el equipo estéril.
- Vierta la solución jabonosa y agua estéril en los recipientes estériles.
- Colóquese los guantes estériles.
- Efectúe la limpieza de los genitales con algodón y solución jabonosa según técnica:

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 102 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- **Niños:** Sujete el pene, limpie el meato desde el centro a la periferia.
- **Niñas:** Separe los labios menores con motas de algodón limpie desde arriba hacia abajo y descarte (repita hasta tres veces y cuantas veces sea necesario, inicie del lado izquierdo y luego el derecho).

- Enjuague los genitales con agua estéril y seque.
- Coloque la bolsita y deje al paciente cómodo.
- Retire el equipo.
- Lávese las manos.

Puntos importantes:

- Estricta técnica asepsia.
- Mantenga la privacidad del paciente.
- En niños pre-escolares, escolares y adolescentes, se instruye al familiar y /o paciente para la obtención de la muestra, bajo supervisión de la enfermera.
- Después de colectar la muestra rotule (sala, cama, nombre del paciente, número de cédula, examen ordenado y fecha).

Registro:

- Anote en el cuaderno indicado y envíe la muestra al laboratorio junto con el formulario en la bolsa de bioseguridad.
- Realice las anotaciones correspondientes en el expediente clínico, hoja clínica y en observaciones de la enfermera anote el aspecto y el olor, bórrelo del kardex.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 103 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

8.6- Temperatura rectal con el termómetro digital electrónico

Definición: Es la medición del grado de calor en el área del recto por medio de un termómetro.

Intervención de Enfermería:

- Valorar la temperatura corporal del paciente (en la región anal).
- Controlar la evolución.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnicos en Enfermería

Equipo:

- Utilice el mismo equipo para la temperatura axilar (sonda de color rojo).
- Frascuito con agua mineral.
- Cobertor para temperatura rectal.

Ejecución:

- Lávese las manos.
- Lleve el equipo a la unidad del paciente.
- Oriente al paciente y/o familiar.
- Encienda el equipo.
- Lubrique el cobertor termómetro con agua.
- Afloje el pañal o pantalón.
- Coloque al paciente en posición lateral.
- Coloque la funda o cobertor en la sonda para la temperatura rectal de 2 a 3 centímetros en el recto y espere de 10-13 segundos hasta que aparezca el valor de la temperatura.
- Póngale el pañal o pantalón y deje al paciente cómodo.
- Presione el botón de eyección y descarte la funda plástica.
- Limpie y desinfecte el termómetro digital con el alcohol al 70%.
- Devuelva la sonda a la unidad de registro.
- Lávese las manos.
- Haga las anotaciones necesarias en la hoja correspondiente.

Puntos Importantes:

- Mantenga especial atención a los niños hipotérmicos e hipertérmicos.
- No se toma la temperatura rectal, si esta región está enferma, se ha realizado una intervención quirúrgica y en caso de diarrea.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 104 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Si utiliza el termómetro digital electrónico verifique que la sonda sea de color rojo.

Registro:

- El técnico en enfermería anota en el formulario indicado la temperatura por medios físicos y lleva un control cada 20 a 30 minutos. **Anexo 13**
- Haga las anotaciones en la hoja de registro de temperatura diaria y evolución.
- La enfermera registra la temperatura en la hoja clínica.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 105 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

8.7- Toma de temperatura axilar con el termómetro digital electrónico

Definición: Es la medición del grado de calor en la región axilar, utilizando el termómetro digital electrónico el cuál es portátil, funciona con batería y está provisto de sonda y un cobertor.

Intervención de Enfermería:

- Valorar la temperatura corporal del paciente.
- Utilizar correctamente el termómetro digital electrónico.

Recurso Humano: Lic. en Enfermería, Técnica en Enfermería.

Equipo:

- Alcohol gel
- Alcohol al 70%
- Termómetro digital electrónico
- Cajas de cobertores o fundas plásticas desechables
- Hoja de temperatura diaria y evolución.

Ejecución:

- Lávese las manos.
- Lleve el equipo a la unidad del paciente.
- Oriente al paciente y familiar.
- Encienda el equipo.
- Coloque la funda o cobertor en la sonda del termómetro hasta que se ajuste.
- Desnude la axila del paciente y límpiela.
- Coloque la sonda en el centro de la axila en posición vertical, hasta que aparezca el valor de la temperatura en la pantalla.
- Presione el botón de eyección y descarte la funda plástica.
- Devuelva la sonda a la unidad de registro.
- Deje al paciente cómodo, proceda al lavado de manos.
- Desinfecte el equipo con alcohol al 70%.

Puntos Importantes:

- Comunique los hallazgos anormales al médico o enfermera.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 106 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- El tiempo máximo requerido para la toma de temperatura axilar son 12-15 segundos
- Por norma en esta institución, se toma la temperatura axilar a todos los pacientes, exceptuando a aquellos que por criterio médico se tomará la temperatura rectal.
- En caso de daños en el termómetro digital, repórtelo a central de equipo para su cambio.
- El termómetro digital electrónico debe ser calibrado por el departamento de biomédica periódicamente.
- Al terminar de tomar la temperatura con el termómetro digital, desinféctelo, y déjelo en un lugar seguro y conectado a una fuente electrónica.

Registro: Registre el valor en la Hoja de temperatura diaria y evolución.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 107 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

8.8- Toma de muestra de orina en pacientes con sonda vesical

Definición: Obtención de muestra de orina estéril del sistema de cateterización urinaria cerrado.

Intervención de enfermería:

- Obtener correctamente una muestra de orina para examen de cultivo bajo una estricta técnica aséptica.
- Contribuir a establecer el diagnóstico y tratamiento del paciente.

Recursos Humano: Lic. en Enfermería, Técnicos en Enfermería.

Equipo:

- Guante estéril
- Jeringuilla estéril de 5cc con aguja n° 21 o menor
- Solución antiséptica
- Gasas estériles
- Envase estéril para recolectar la orina
- Etiquetas para la identificación de la muestra
- Solución antiséptica (clorhexidina al 2%, alcohol al 70%)
- Pinza Kelly o porta esponja
- Expediente clínico.

Ejecución:

- Verifique la orden médica.
- Identifique al paciente.
- Lávese las manos.
- Prepare y lleve el equipo a la unidad del paciente.
- Rotule el envase (nombre, n° de cédula o registro, fecha, sala).
- Oriente al paciente o familiar sobre el procedimiento.
- Pince la bolsa colectora lo más próximo (3 pulgadas) del sitio de toma de la muestra.
- Abra el equipo estéril.
- Colóquese los guantes estériles.
- Desinfecte la membrana para toma de muestras de la bolsa de orina con solución antiséptica (clorhexidina al 2%, alcohol al 70%).
- Utilice la jeringuilla puncionando el puerto del sitio de la toma y extraiga la orina depositándola en el envase estéril. Tape el envase herméticamente.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 108 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

- Retire el equipo y deseche el material utilizado.
- Lávese las manos.
- Envíe la muestra al laboratorio en bolsa biodegradable.

Puntos importantes:

- Estricta asepsia médica.
- Después de coleccionar la muestra rotule (sala, cama, nombre del paciente, examen ordenado y fecha).

Registro:

- Anótelos en el cuaderno indicado y envíelos al laboratorio junto con el formulario.
- Realice las anotaciones correspondientes en el expediente clínico y bórrelos del Kardex.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 109 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Referencias

Ball, J. W., Bindler, R. C., Eby, L., Brown, N. J., Wilkinson, J., Ahearn, N. R., Berman, A., Snyder, S. J., Kozier, B., Erb, G., & Towle, M. A. (2010). *Enfermería Pediátrica*. <http://www.prenhall.com/ball/>

Córdova W. (2020, 15 de junio) Prick Test. *Revista del ILAAI*. Recuperado de www.facebook.com/ilaaai.org

EDITORIAL CEP. (2019). Celadores. Servicio Canario de Salud. SCS. Temario. En Celadores. Servicio Canario de Salud. SCS. Temario (p. 464). https://books.google.com.pa/books?id=oieUDwAAQBAJ&pg=PA117&dq=aseo+del+lactante&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiJ472V_oXyAhVHIGoFHaY7D3kQuwUwAHoECACQBw#v=onepage&q=aseo+del+lactante&

Elsevier. (2020). Elsevier Clinical Skills. *Nutrición enteral por sonda nasogástrica, de gastrostomía o de yeyunostomía*. 10. https://www.elsevier.com/___data/assets/pdf_file/0018/1008801/Nutricion-enteral-por-sonda-nasogastrica,-de-gastrostomia-o-de-yeyunostomia_090420.pdf

Enfermería Pediátrica – Donna Wong, Editorial Mosby

Fundación BBVA (2012). *Libro de las Enfermedades Alérgicas*. Editorial Nerea, S.A. España. Recuperado de www.fbbva.es

Funes Rivera (2017). Universidad de el salvador facultad de medicina. *“Antropometría Pediátrica”*. <http://www.medicina.ues.edu.sv/habilidadesydestrezas/documentospdf4/ANTROPOMETRIA%20PEDIATRICA%202017.pdf>

Gorski, L., Hadaway, L., Hagle, ME, McGoldrick, M., Orr, M. y Doellman, D. (2016). *Normas de práctica de la terapia de infusión*. Revista de enfermería de infusión, 39 (1S), S1-S159. Obtenido de <https://source.yiboshi.com/20170417/1492425631944540325.pdf>

GUIA No14: *Técnicas de higiene en el lactante y del niño* - Free Download PDF. (s/f). Recuperado el 28 de julio de 2021, de <https://silo.tips/download/guia-n14-tecnicas-de-higiene-en-el-lactante-y-del-nio>

Grupo Océano, *Diccionario de Medicina Mosby* Editorial Océano, España.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 110 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Clínica Mayo (2018) Quinta edición. *Libro de la Salud Familiar*. Recuperado de www.mayoclinic.org

Jean Neeson. Mary Lloyd (2002). *Manual de la enfermera*. Editorial Océano.

Martínez Costa, Cecilia, & Pedrón Giner, Consuelo. (2017). *Requerimientos en nutrición parenteral pediátrica*. *Nutrición Hospitalaria*, 34(Supl. 3), 14-23. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1376>

Nestlé Healthcare Nutrition, S. (2020). *Nutrición por sonda nasogástrica Cómo administrarla en casa*. <https://sgxx.org/docs/documentacion/guia-nutricion-sonda-nasogastrica.pdf>

Nuvials Casals, X. (2019). Skin antisepsis in invasive procedures. *Medicina Intensiva*, 43, 35–38. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.09.006>

OMS, & OPS. (2008). Material de Apoyo – *Pesando y Midiendo a un Niño*. http://www.who.int/childgrowth/training/apoyo_midiendo.pdf?ua=1

Ortega, M., Hernández, C., y Puntunet, M. (2014). *Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería*. Bogotá: Médica Panamericana.

Parreira, P. M., Marques, I. A., Santos-Costa, P., Sousa, L. B., Braga, L. M., Apóstolo, J. A., & Salgueiro-Oliveira, A. (2020). *Flushing em cateteres venosos periféricos: um protocolo de scoping review*. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), e19066. doi: 10.12707/RIV19066

Pérez E., S. (2020). *Nutrición parenteral. Claves para evitar el riesgo de infección e incompatibilidad*. Campus Vygon. 14/07/2020. <https://campusvygon.com/nutricionparenteral-linea-cateter/>

Pita Miño, P., Loureiro Vilariño, M. P., Rumbo Prieto, J. M., Cortizas Rey, J. S., Aneiros Castro, M. M., Aramburu García, M. C., Galego Novo, M. del C., García Rivera, M. G., López Serantes, A., Miralles Frutos, C., Rivera Herrero, P., Rodríguez Cazorla, I., & Rodríguez del Prado, M. R. (2019). *Procedimiento de canalización y cuidados de la vía venosa periférica femoral. Procedimientos de enfermería: canalización y cuidados de las vías vasculares*. <https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Publicaciones-da->

Docencia de Enfermería (2017). *Protocolo de Atención de Enfermería Pediátrica*. Hospital del Niño Doctor José Renán Esquivel. Panamá.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 111 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

R. Cardona, C. Serrano (2010). *Alergia. Abordaje Clínico, Diagnóstico y Tratamiento*. Editorial médica panamericana.

Rojas Gabulli, M. I. (2009). Aspectos prácticos de la antropometría en Pediatría. *Paediatrica*, 26.
https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatica/v03_n1/aspectos.htm

Royal College of Nursing. (2016). *Standards for infusion therapy*. Recuperado de <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-005704>

Sagalés Torra, M, Zuasnabar, A, Hernández, V, López, M, Pardo, C, & Mas, M^aP. (2004). *Complicaciones asociadas a nutrición parenteral en una unidad neonatal*. *Nutrición Hospitalaria*, 19(Supl. 1), 74. Recuperado en 30 de junio de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112004000700070&lng=es&tlng=es.

Secretaría de Salud, Gobierno de México (2020). *Recomendaciones sobre mejores prácticas para el manejo de los catéteres venosos periféricos cortos*. http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:c9FsN0h3YZgJ:www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/recomendaciones_manejo_cateteres.pdf+&cd=24&hl=es-419&ct=clnk&gl=pa

Torres, J. F. M., & Fe, L. (2015). *Manual de Nutrición Artificial*. www.novabernia.es

María José Aguilar (2005). *Cordero Tratado de Enfermería Infantil*. Editorial Mosby

Zhu, L., Liu, H., Wang, R., Yu, Y., Zheng, F., & Yin, J. (2020). *Mechanism of pulsatile flushing technique for saline injection via a peripheral intravenous catheter*. *Clinical Biomechanics*, 80.
<https://doi.org/10.1016/J.CLINBIOMECH.2020.105103>

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 112 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Anexo

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 113 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Anexo N° 1

TRACCIÓN	DESCRIPCIÓN	CAUIDADOS
Tracción de Bryant	Se trata de una tracción bilateral de ambas piernas, que se mantienen en posición vertical. Este tipo de tracción puede utilizarse en niños que pesan de 18 Kg se aplican adhesivas a las superficies laterales de cada pierna y se vendan con vendajes elásticos para mantenerlas en posición fija.	→ Mantener la alineación del paciente. → Asistir al paciente al realizar sus necesidades fisiológicas. → El banco de madera se utiliza para lograr las inclinaciones de la cama o cuna. → En el depósito de la Sala de Ortopedia, se encuentra el material a utilizar (banco de madera, barras metálicas).
Extensión de Buck	Se trata de una tracción unilateral o bilateral aplicada horizontalmente, esta se puede aplicar en dos formas, una con cintas adhesivas en las superficies laterales de una o ambas extremidades (generalmente una pierna o antebrazo) y se vendan con vendaje elástico. Se une a una barra separadora a las cintas adhesivas y a continuación a cuerdas polea y pesas. Esta se utiliza para la reparación de las fracturas de cadera, para reducir el espasmo muscular, las contracturas y las luxaciones.	
Tracción de Dunlop	Se trata de una forma horizontal simultánea de la extensión de Buck en el húmero, acompañada de una extensión vertical en el antebrazo.	
Tracción cervical con collarín en la cabeza	Se trata de una tracción ejercida mediante un collarín especialmente diseñado, con área de sujeción para las orejas, mejillas y occipucio.	
Tracción de Russell	Se trata de una modificación de la extensión de Buck, que utiliza la segunda ley Newton de la termodinámica, (para cada fuerza en una dirección determinada, existe otra fuerza igual en la dirección opuesta.	
Tracción esquelética	Esta puede aplicarse a uno o varios huesos. Se inicia externamente, pero continúa internamente. Se fija directamente en el hueso. Las pesas se sujetan, mediante cuerdas y poleas a agujas, alambres o clavos fijados en el sistema esquelético.	
Tracción Cutánea	La fuerza longitudinal será aplicada mediante sujeción cutánea con tira adhesiva, vendaje y la aplicación de un peso. La más frecuente es la aplicada en la fractura de cadera.	
Tracción Cutánea en la Fractura de Cadera	La fuerza de tracción aplicada a la piel es transmitida al hueso a través de la fascia superficial, la fascia profunda y el septo intermuscular. La tracción cutánea es fracturas de la cabeza o tercio proximal del fémur puede emplearse como tratamientos definitivos o como medida temporal.	
<i>En los pacientes con tracción se debe utilizarlas las camas (8, 10, 12, 14,16). Ya que estas facilitan la elevación y colocación de bancos y demás dispositivos.</i>		

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 114 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Revisión N°:0	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa		

Anexo N° 2

Posibles complicaciones de la administración de Nutrición Parenteral

Problemas	Causas	Síntomas	Acción inmediata	Prevención
Embolia Gaseosa <i>Elsevier. (2020).</i>	Conexión intravenosa desconectada; parte del Sistema de catéter abierto o sin pinzar.	Distres respiratorio agudo; tos, dolor torácico.	Pinzar el catéter; colocar al paciente en posición trendelemburg llamar al médico.	Comprobar que todas las conexiones estén cerradas.
Infección <i>Pérez, E.(2020)</i>	Técnica aséptica inadecuada.	Hiperglucemia inexplicable, eritema en la zona de infección, fiebre.	Llamar al médico.	Utilizar técnica aséptica adecuada.
Hiperglucemia <i>Martínez C., Pedrón G., (2017)</i>	Administración de la solución demasiado rápido.	Sed excesiva, poliuria, glicemia, sanguínea mayor de 160mg/ml.	Llamar al médico, puede ser necesario disminuir la velocidad de la infusión.	Comprobar intolerancia a la glucosa o diabetes. Monitorizar la glucosa.
Hipoglucemia <i>Sagalés Torra (2004)</i>	Interrupción brusca de la NTP	El cliente está agitado, mareado, nervioso, ansioso	Llamar al médico; si la NPT se ha Interrumpido bruscamente puede ser necesario administrar suero glucosado.	Disminuir la NPT de forma progresiva hasta finalizar. Monitorizar la glucosa.

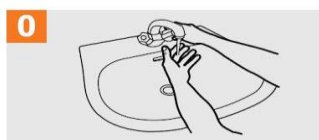
	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 115 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Revisión N°:0	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa		

Anexo N° 3

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

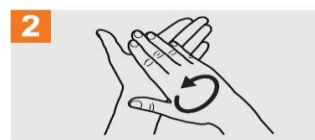
 **Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos**



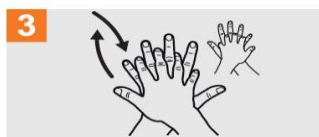
0 Mójese las manos con agua;



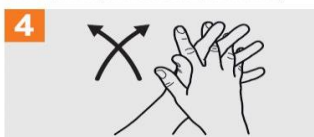
1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



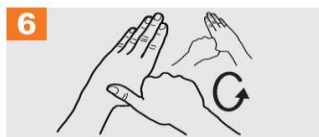
3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



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



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



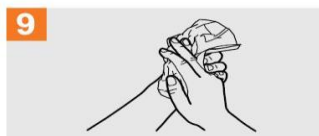
6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



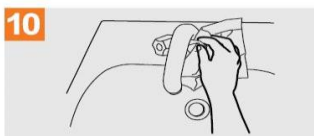
7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



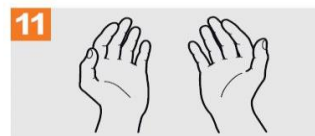
8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sirvase de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.



**Organización
Mundial de la Salud**

Seguridad del Paciente
UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para comprobar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Complete al lector la responsabilidad de la interpretación y del uso del material. La Organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiere ocasionar su utilización. La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG), en particular a los miembros del Programa de Control de Infecciones, su participación activa en la redacción de este material.

Organización Mundial de la Salud, Octubre 2010

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 116 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Anexo N° 4



¿Cómo desinfectarse con alcohol gel las manos?

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

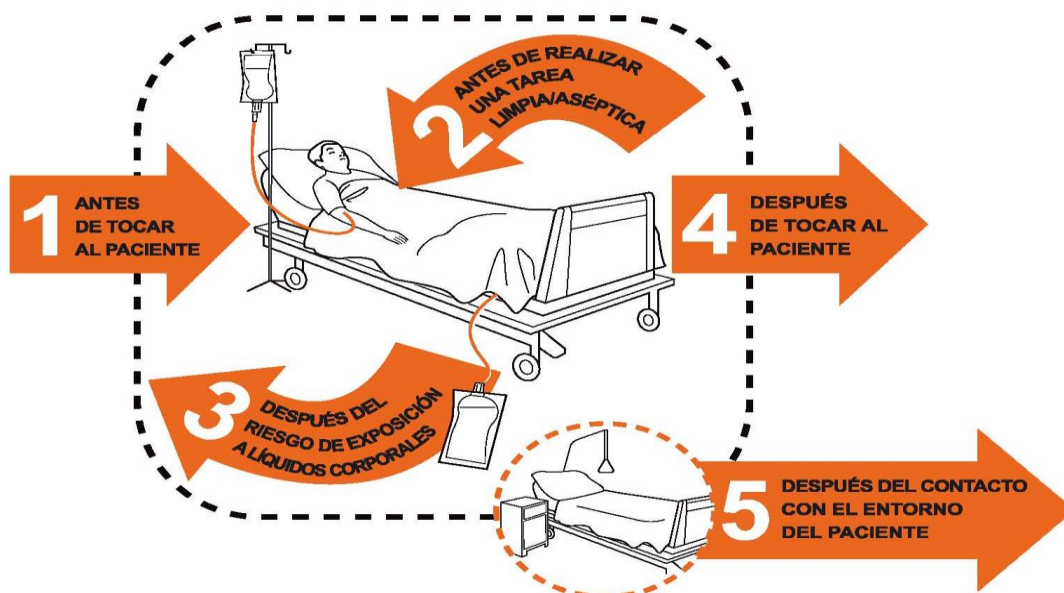
 **Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos**

1a  Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies;	1b 	2  Frótese las palmas de las manos entre sí;
3  Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;	4  Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;	5  Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;
6  Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;	7  Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;	8  Una vez secas, sus manos son seguras.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 117 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Revisión N°:0	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa		

Anexo N° 5

Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



1	ANTES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO?	Lávese las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él.
		¿POR QUÉ?	Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
2	ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASÉPTICA	¿CUÁNDO?	Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
		¿POR QUÉ?	Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
3	DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES	¿CUÁNDO?	Lávese las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes).
		¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
4	DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO?	Lávese las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deje la cabecera del paciente.
		¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
5	DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE	¿CUÁNDO?	Lávese las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente).
		¿POR QUÉ?	Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.



**Organización
Mundial de la Salud**

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES

Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para comprobar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Comperte al lector la responsabilidad de la interpretación y del uso del material. La organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que pudiere ocasionar su utilización. La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Sinsara (HUCS), en particular a los miembros del Programa de Control de Infecciones, su participación activa en la redacción de este material.

Organización Mundial de la Salud, Octubre 2010

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 118 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Anexo N° 6

Limpieza de la Piel en las Pruebas Cutáneas de Alergia

Limpieza de antebrazos:



Rev Iberoam Cir, Mano, 2015:43:50-6D

Coloque el antebrazo del paciente sobre la mesa o camilla.

Descubra el antebrazo y pida la familiar que retire las prendas de vestir del área y anillos, pulseras o relojes.

Limpie con gasas no estériles y alcohol al 70% desde el área braquioradial en forma de zigzag, sin regresar al área ya limpia hasta la muñeca en forma descendente. Descarte la gasa.

Si es necesario vuelva a realizar el procedimiento si el área requiere más limpieza.

Limpieza de Espalda:

Posición decubito prona con brazos en extension arriba de la cabeza y aplicacion en zigzag de la limpieza de la espalda



- Descubra la espalda y pida la familiar que retire la camisa.
- Limpie con gasas no estériles y alcohol al 70% desde el área de la espalda empezando en los hombros en forma de zigzag, sin regresar al área ya limpia hasta el área lumbar en forma descendente. Descarte la gasa.
- Si es necesario vuelva a realizar el procedimiento si el área requiere más limpieza.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 119 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Anexo N°7

Los 15 correctos de la administración de medicamentos

Los 15 correctos en la administración de medicamentos son reglas de seguridad que se deben cumplir al momento de suministrar un fármaco con el objetivo de evitar errores.		
1	Higiene de Manos	Cumplir con los 5 momentos de la Higiene de las Manos.
2	Orden médica correcta	
3	Paciente correcto	Comprobar la identificación del paciente preguntándole <i>“nombre y apellido”</i> , ¿Cuál es su nombre? En caso de que el paciente no pueda se debe hablar con los familiares y verificar la marquilla.
4	Medicamento correcto	Comprobar por lo menos 3 veces: <i>al sacarlo del recipiente, al prepararlo y antes de administrarlo.</i>
5	Dosis correcta	Comprobar dos veces la dosis farmacológica, en caso de parecer inapropiada confirmarla, <i>“si hay duda, averigüe”</i> .
6	Vía correcta	Cada medicamento debe administrarse por la vía indicada. Cada vía tiene diferentes tiempos de absorción. Asegúrese de que el paciente ingiera la medicación vía oral de retirarse de la habitación. <i>“Nunca deje la medicación en la unidad del paciente”</i> .
7	Hora correcta	Las concentraciones correctas terapéuticas en sangre de muchos medicamentos dependen de la constancia y regularidad de los tiempos de administración. <u>C/4 hrs son:</u> 6 veces al día, <u>C/8hrs son:</u> 3 veces al día, <u>C/6 hrs son:</u> 4 veces al día, <u>C/12 hrs:</u> 2 veces al día.
8	Técnica correcta	
9	Verificar fecha de vencimiento del medicamento	
10	Educación al paciente y/o familiar	
11	Historia farmacológica del paciente (alergia)	Las reacciones adversas son un efecto farmacológico no deseado. El efecto puede ser incontrolable, problemático o peligroso.
12	Interacciones farmacológicas	Modificación del efecto de un fármaco por la acción de otro cuando se administran conjuntamente. Esta acción puede ser de tipo sinérgico (cuando el efecto aumenta) o antagonista (cuando el efecto disminuye).
13	Documentación correcta	Boleto, expediente, hoja de medicamentos
14	Estado de consciencia	Orientado y alerta
15	Registro del medicamento	Firma con inicial del nombre y apellido

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 120 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Anexo N°8
Reconstitución, tiempo de infusión y dilución de mayor uso del HNJRE
Tabla 1 Medicamentos que deben reconstituirse

Medicamento / Presentación	Reconstitución	Tiempo y método de infusión	Dilución	Estabilidad
Aciclovir ¹ Vial de 250 -500 mg	Agua Bidestilada 10 ml -250mg 20 ml- 500 mg	Bomba de Jeringuilla o por Microgotero	60 minutos 7 a 10 mg/ml en D/A 5% o SSN	Diluida: 24 horas a temperatura ambiente Reconstituida: 12 horas a temperatura ambiente; no refrigerar.
Ampicilina Vial de 1gr	Agua Bidestilada 5 ml al momento de administrar	Bolo: Si De 3 – 5 minutos Bomba de jeringuilla: SI	10 a 25 mg/ ml en D/A 5% o SSN	Emplear inmediatamente. Estabilidad menor de 1 hora, post reconstitución.
Ampicilina – Sulbactam Vial de 500mg	Agua Bidestilada 5-10 ml	Bomba de jeringuilla y Microgotero Administrar lentamente en 30 – 60 minutos	Concentración a 10-30 mg/ml no debe exceder 45 mg/ml en SSN D/A5%	Emplear inmediatamente. Estabilidad menor de 1 hora, post reconstitución.
Anfotericina B ¹ Desoxicolato Vial 50 mg	Agua Bidestilada 10 ml	Bomba de jeringuilla o Microbureta Administrar lentamente en 2 – 6 horas	D/A5% EXCLUSIVAMENTE **Seguir la indicación médica de dilución** Sugerencia: Vía Periférica 0,1 mg/ml o menos Vía central 0,25 - 0,5 mg/ml	La solución para infusión debe ser usada inmediatamente Proteja de la luz después de su reconstitución.
Caspofungina ¹ Vial de 50mg	Agua Bidestilada 10,5 ml	Bomba de jeringuilla o Microbureta Administrar lentamente en 1 hora	0.5 mg/ml en SSN No utilizar D/A 5%.	Emplear inmediatamente. Estabilidad de 1 hora temperatura ambiente.
Cefalotina Vial de 1 gr	Agua Bidestilada 5 ml	Bolo 3-5 minutos Bomba de jeringuilla o Microgotero Administrar en 30 - 60 min. para infusión	100 mg/ ml en SSN D/A 5%	A temperatura ambiente 12 horas Nevera 24 horas.
Cefepime ¹ Vial de 1 gr	Agua Bidestilada 10 ml	Bomba de jeringuilla o Microgotero Administrar en 30 min	1 - 40 mg /ml SSN D/A 5%	Temperatura ambiente 24 horas
Cefotaxima ¹ Vial de 1 gr	Agua Bidestilada 10 ml	Bomba de jeringuilla o Microgotero Administrar en 15 - 30 min	10 - 60 mg /ml SSN D/A 5%	Temperatura ambiente 12- 24 horas Diluida puede tener color amarillo claro.

¹ Medicamentos restringidos por Infectología. Comité de PROA. 2017 HNJRE. (Pertenece al listado de medicamentos que están restringidos sujetos a la aprobación por Infectología para su utilización).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 121 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Medicamento / Presentación	Reconstitución	Tiempo y método de infusión	Dilución	Estabilidad
Ceftazidima ¹ Vial de 1 gr	Agua Bidestilada 10 ml	Bomba de jeringuilla y Microgotero Administrar en 15 - 30 min	10 – 40 mg/ml SSN D/A 5%	Temperatura ambiente 8 horas.
Ceftriaxona ¹ Vial de 1 gr	Agua Bidestilada 10 ml	Bomba de jeringuilla o Microgotero Administrar en 30 min	10 – 40 mg/ml SSN D/A 5%	Temperatura ambiente 6 horas. En nevera 24 horas. No administrar en la misma vía ni mezclar con Lactato de Ringer y soluciones que contengan calcio.
Cefuroxima ¹ Vial 750 mg 1.5 gr	Agua Bidestilada/ 750 mg-8ml 1.5 gr-16 ml 90 mg/ml	Bomba de jeringuilla o Microgotero Administrar en 30- 60 min	1– 30mg/ml SSN D/A 5%	Temperatura ambiente 24 horas. El cambio de color no implica pérdida de actividad.
Ertapenem ¹ Vial 1 gr	Agua Bidestilada 10 ml	Bomba de jeringuilla o Microgotero Administrar en 30 min	20 mg/ ml en SSN EXCLUSIVAMENTE	Diluir y administrar inmediatamente Estabilidad menor a 6 horas temperatura ambiente.
Fosfomicina Vial 1 gr	Agua Bidestilada 5 ml	Bomba de jeringuilla o Microgotero Administrar en 60 min	20 mg/ ml en Recomendado D/A 5%	Contiene 330 mg de Sodio. Temperatura ambiente 24 horas.
Ganciclovir ¹ Vial 500mg	Agua Bidestilada 5 ml	Bomba de jeringuilla o Microgotero Administrar en 60 min	10 mg/ml en SSN D/A 5%	Temperatura ambiente 12 horas.
Hidrocortisona Vial de 100 ó 500 mg	Agua Bidestilada 100mg–2 ml 500mg- 10 ml (50mg/ml)	Bolo Sí Concentraciones 50mg/ml 3-5 minutos Dosis mayor de 500mg 10 minutos	1mg/ml D/A 5% SSN	Soluciones diluidas de 1 mg/ml: 24 horas a temperatura ambiente. Preferir D/A 5% en pacientes con restricción de sodio.
Imipenem ¹ Vial 500mg	SSN 10 ML	Bomba de jeringuilla o Microgotero Administrar en 30 minutos dosis igual o menor de 500 mg 60 minutos a dosis mayores a 500 mg	5 mg/ml en SSN No utilizar D/A 5%.	Temperatura ambiente 4 horas. En la nevera 24 horas.
Meropenem ¹ Viales 500mg 1 gr	Agua Bidestilada o SSN 5 ml-500 mg 10 ml- 1 gr	Bolo Sí Lentamente 5 min Bomba de jeringuilla o Microgotero en 15–30 minutos. Para dosis mayor a 20 mg/kg	2.5-10mg/ml Exclusivamente bolos SSN, D/A 5% Se puede diluir con D/A 5%, se debe Preparar y usar inmediatamente. CVC: 50mg/ml	De preferencia no utilizar D/A 5%. Soluciones para infusión en SSN 8 horas a (2,5 – 10 mg/ml): temperatura ambiente y 48 horas si se refrigera.

¹ Medicamentos restringidos por Infectología. Comité de PROA. 2017 HNJRE. (Pertenece al listado de medicamentos que están restringidos sujetos a la aprobación por Infectología para su utilización).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 122 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Medicamento / Presentación	Reconstitución	Tiempo y método de infusión	Dilución	Estabilidad
Oxacilina Vial de 1g	Agua Bidestilada 10ml	Accesos venosos Periférico-Centrales Bomba de jeringuilla o Microgotero 30-60 minutos	Acceso Periférico: 25-40mg/ml CVC: 100 mg/ml SSN, D/A 5%	Temperatura Ambiente 24 horas.
Penicilina G sódica Vial 1.000.000 UI	Agua Bidestilada 5 ml	Bomba de jeringuilla o Microgotero en 15–60 minutos	50,000-100.000 UI/ml SSN D/A 5%	Reconstituir, Diluir y administrar inmediatamente, estabilidad a temperatura ambiente menor de 1 hora.
Piperacilina Tazobactam ¹ Vial de 4.5 gr	Agua Bidestilada, SSN, D/5% 20 ML	Bomba de jeringuilla y Microgotero en 30 -60 minutos	20-80 mg/ml en Acceso Periférico CVC: más de 80mg/ml D/A 5% SSN	Temperatura Ambiente 24 horas. Refrigerada 24 horas
Rifampicina Vial de 600 mg	Agua Bidestilada 6 ml	Bomba de jeringuilla y Microgotero en 1 – 3 horas	Menos de 6mg/ ml Acceso periférico CVC: 6mg/ml D/A 5% SSN	Temperatura Ambiente 4 horas.
Vancomicina ¹ Viales de 500 mg	Agua Bidestilada 500mg-10ml	Bomba de jeringuilla o Microbureta en 1 – 2 horas	2.5 - 5 mg/ml Acceso periférico CVC: mayor a 5mg/ml D/A 5% SSN Dosis mayores a 1gr: 10mg/mín.	Temperatura Ambiente 24 horas. La administración demasiado rápida puede dar lugar al síndrome del "hombre rojo", con caída de la presión arterial y eritema en cara, cuello, pecho, y extremidades superiores.
Voriconazol ¹ Vial 200 mg	Agua Bidestilada 9 ml	Bomba de jeringuilla o Microbureta en 2 – 3 horas	0.5 - 2 mg /ml Acceso periférico CVC: 5mg/ml D/A 5% SSN	Reconstituido: Refrigerado 24 horas Diluido: Protegido de la luz

¹ Medicamentos restringidos por Infectología. Comité de PROA. 2017 HNJRE. (Pertenece al listado de medicamentos que están restringidos sujetos a la aprobación por Infectología para su utilización).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 123 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Tabla N° 2 Medicamentos en presentación de ampollas o viales disueltos.

Medicamento / Presentación	Tiempo y método de infusión	Dilución	Estabilidad
Acetaminofén Vial de 1 gr- 100 ml	Bomba de jeringuilla o Microgotero 15 minutos	10mg/ ml SSN, D/A5%	Usar después de diluido antes de 1 hora.
Ácido Valproico Vial de 5 ml: 500 mg	Bolo Sí En 4- 8 minutos (3-6 mg/kg/min) Bomba de jeringuilla o Microgotero A 20mg/min	10mg/ml SSN, D/A5%, Lactato de Ringer	Duración de 24horas. Descarte el resto de inyectable porque no contiene preservantes
Albúmina Vial 200 mg/ml (20%)	Bolo o Infusión intermitente (Expansor de volumen rápido) Albúmina 20%: 1ml/min Albúmina 5%: 2-4 ml/min Acceso Venoso periférico CVC. Uso de Bomba de jeringuilla o Microbureta	50- 200 mg/ml SSN	Prepare y use inmediatamente. Estabilidad en 4 horas posterior a su apertura. La velocidad de administración debe ajustarse a las necesidades del paciente.
Amikacina Ampolla de 100 mg/2 ml 500 mg/2 ml	Bomba de jeringuilla o Microgotero En 60 minutos Lactantes: 1-2 horas	25-5 mg/ml SSN D/A5% No exceder de los 10mg/ml CVC	Diluida 24 horas. Administrar cefalosporinas o Penicilinas 1 hora antes o después.
Aminofilina Ampolla de 10 ml: 250mg (25mg/ml)	Bolo no recomendado (20mg/ mín.) Bomba de jeringuilla o Microgotero Infusión intermitente de 20-30 minutos	DOSIS INICIAL: 2.5 mg/ml MAX.: 10 mg/ml CVC D/A 5% SSN	48 horas a temperatura ambiente. Protegida de la luz.
Atracurio Besilato Ampolla de 2.5 ml: 25mg (10mg/ml)	Bolo: 60 segundos inicialmente	0.5 mg/ml SSN, D/A 5%	Diluida: 24 horas a temperatura ambiente. Incompatible con soluciones alcalinas.
Buscapina N-Butilbromuro de Hioscina. Ampolla de 20mg/1 ml	Bolos Sí 2- 3 minutos lentamente	10 mg/ ml Agua Bidestilada	No conservar diluido.
Ciprofloxacino ¹ Inyectable 200mg/100ml (2mg/ml)	60 minutos Accesos venosos Periférico y Centrales Bomba de jeringuilla y Microgotero	2mg/ml Otras presentaciones que tengan que diluirse puede ser en SSN, D/A 5%	Proteger de la luz dentro de su envase. No es necesario proteger durante la administración. Irritante, produce flebitis Estable 24 horas.
Clindamicina Ampollas de 600mg/ 4ml	60 minutos Accesos venosos Periférico y Centrales Bomba de jeringuilla o Microgotero	Accesos venosos Periférico 6mg/ml CVC: 18mg/ml SSN	Diluida: 24 horas a temperatura ambiente o Nevera. Descarte los sobrantes si es una ampolla abierta.

¹ Medicamentos restringidos por Infectología. Comité de PROA. 2017 HNJRE. (Pertenecen al listado de medicamentos que están restringidos sujetos a la aprobación por Infectología para su utilización).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 124 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Medicamento / Presentación	Tiempo y método de infusión	Dilución	Estabilidad
Dexametasona Fosfato sódico 4mg/ml	Bolo: Sí dosis menor o igual a 10 mg 1-4 minutos Dosis mayores de 10mg 15-30 min. Bomba de jeringuilla	1 mg/ml (Bolo) En dosis mayores a 10 mg diluir a 0,1-1 mg/ml. SSN, D/A5%	Diluida: 24 horas a temperatura ambiente.
Dexketoprofeno Trometamol Ampolla de 50 mg/2ml	30 – 60 min Accesos venosos Periférico y Centrales Bomba de jeringuilla Microgotero	30-100 ml SSN, D/A5%	Diluido: 24 protegido de la luz en nevera ó a T° Ambiente a 25°.
Difenhidramina Clorhidrato 10 mg/ml	Bolo a 1mg/min (menos de 10mg/ml) Mínimo: 3-5 minutos Infusiones: Dosis mayores de 10 mg 15 minutos Bomba de jeringuilla	1mg/ml (Bolo) 1-2 mg/ml (Infusión). SSN, D/A 5%	Diluido uso inmediato No debe ser utilizado en recién nacidos y los lactantes prematuros. Vigilar por alucinaciones, convulsiones.
Difenilhidantoina <u>Fenitoína Sódica</u> Ampolla 250mg/5ml (50mg/ml)	Bolo estatus epiléptico: Dosis no mayores a 25 mg/kg de 4 – 8 minutos, a una velocidad de 3 - 6 mg/kg/minuto. Infusiones mayores de 25mg/kg A velocidad Máx. 20 mg/ mín. Bomba de jeringuilla o Microgotero	Accesos venosos Periférico y Centrales 10mg/ml SSN	Diluida: 24 horas a temperatura ambiente. Administrar inmediatamente preparada. Lavar la vena con SSN antes y después de aplicado.
Digoxina 0.25mg/ml	Bolos Sí. 5 minutos mínimos. Accesos venosos Periférico y Centrales	Menos de 50 mcg/ml SSN, D/A %	Diluir y administrar inmediatamente. Precipitaciones en la Solución, frecuentes en diluyentes menores a 4 veces su volumen.
Dimenhidrinato 10mg/ml	Bolo 3 -5 minutos Bomba de jeringuilla Microgotero	1mg/ml SSN	Descarte el sobrante. Uso inmediato al diluirse.
Dipirona magnésica 2g/5ml 400 mg/ml	30-60 minutos Bomba de jeringuilla Microgotero	50 mg/ml SSN, D/A5%	Administrar inmediatamente se diluye. Evite el uso en menores de 3 meses.
Fentanyl Ampolla 0.1mg/2ml	Bolos: 3-5 minutos Infusión continua en 24 horas por Accesos venosos Periférico y Centrales Bomba de jeringuilla o Microbureta	Bolos: 10mcg/ml SSN, D/A 5% <u>Infusión continua:</u> Concentraciones de dilución se mantiene según la indicación médica.	Estable en 24 horas T° ambiente. Es compatible con atracurio, dobutamina, dopamina, epinefrina, Midazolam, milrinona, norepinefrina, pancuronio, rocuronio, vecuronio, morfina, lorazepam, ketamina.

¹ Medicamentos restringidos por Infectología. Comité de PROA. 2017 HNJRE. (Pertenece al listado de medicamentos que están restringidos sujetos a la aprobación por Infectología para su utilización).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 125 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Medicamento / Presentación	Tiempo y método de infusión	Dilución	Estabilidad
Fenobarbital Ampolla 200mg/ml	Bolo en Status epiléptico 3 - 5 min Bolos intermitentes 1mg/kg/minuto. No pasar de 30mg/min en niños bajo 60 kg	Bolos:10mg/ml SSN	Estable a concentraciones de 10mg/ml con SSN a temperatura ambiente.
Gentamicina 80mg/ 2 ml	30 min- 2 horas Accesos venosos Periférico y Centrales Bomba de jeringuilla o Microgotero	1-2 mg/ml (Accesos venosos Periférico) Menos de 10 mg/ml (CVC) SSN D/A 5%	Soluciones 24 horas a T° ambiente. Coloración ligeramente amarilla no indica pérdida de actividad. Administrar cefalosporinas o penicilinas 1h antes o después.
Ketamina Vial 500mg/10ml (50mg/ml)	Bolos de sedación: 1 minuto Administración continua: Accesos venosos Periférico y Centrales Bomba de jeringuilla o Microgotero 0.3-1 mg/kg/hora	Bolos de sedación: Menos de 50mg/ml Administración continua: 1-2 mg/ml SSN, D/A 5%	Temperatura ambiente 24 horas. Compatible en la misma vía con amiodarona, fentanyl, midazolam, morfina, propofol.
Levetiracetam 100mg/ml	NO BOLO Infusión intermitente: Bomba de jeringuilla o Microgotero 15-30 minutos	5-15mg/ml SSN, D/A 5%	No usar si cambia de color.
Levofloxacin ¹ 500 mg/100 ml (5 mg/ml)	500 mg: > 60 min 750 mg: > 90 min Accesos venosos Periférico y Centrales Bomba de jeringuilla o Microgotero	5 mg/ml (Accesos venosos Periférico y CVC) SSN D/A 5%	Diluida: 24 horas a T° ambiente o Nevera Lavar el acceso venoso antes y después de la infusión con SSN.
Linezolid ¹ 600 mg / 300 ml 2mg/ml	Infusión intermitente: Accesos venosos Periférico y Centrales Bomba de jeringuilla o Microgotero 1-2 horas.	2mg/ml	Lavar el acceso venoso antes y después de la infusión con SSN o D/A 5%.Proteger de la luz. Puede cambiar de color sin afectar la actividad.
Manitol al 20% 100mg/ml	15- 30 minutos Bomba de infusión o Microgotero	No se diluye	No se debe administrar junto con sangre completa debido al riesgo de aglutinación.
Metilprednisolona 500mg	Bolo depende de la dosis: Bajas 10-20 min Dosis altas 30 min Infusiones Intermitentes: dosis mayores a 15 mg/kg o mayor a 1g administrar en una hora. Por accesos venosos Periférico y Centrales Bomba de jeringuilla o Microgotero	Bolo: 125mg/ml Máxima concentración en infusión: 2,5 mg/ml SSN, D/A 5%	Soluciones reconstituidas y diluidas 48 horas a temperatura ambiente o bajo refrigeración.

¹ Medicamentos restringidos por Infectología. Comité de PROA. 2017 HNJRE. (Pertenece al listado de medicamentos que están restringidos sujetos a la aprobación por Infectología para su utilización).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 126 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Medicamento / Presentación	Tiempo y método de infusión	Dilución	Estabilidad
Metronidazol 500mg/100 ml	Infusión intermitente: Accesos venosos Periférico y Centrales Bomba de jeringuilla o Microgotero 60 minutos	5 mg/ml	Conservar la botella Cerrada a T° ambiente y protegido de la luz. Para neonatos puede diluirse en SSN o D/A 5%
Midazolam Clorhidrato 5mg/ml	Bolo sí 2 minutos Infusiones continuas por CVC: 1-4-mcg/kg/min	Bolo 0.5 mg/ml CVC: 5mg/ml SSN, D/A 5%	Temperatura ambiente 24 horas. Es compatible por la misma vía con dopamina, epinefrina, milrinona, morfina, norepinefrina, fentanyl, atracurio, vecuronio, Lorazepam, rocuronio, ketamina.
Milrinona lactato Vial de 10mg/10ml 1mg/ml	Bolo NO Infusión intermitente (carga) 15 minutos Infusión continua: por CVC 0.5-0.75 mcg/kg/minuto Bomba de jeringuilla o Microbureta	Carga: 200 mcg/ml CVC: 800 mcg/ml SSN, D/A 5%	Estable concentraciones de 200mcg/ml.
Morfina 10mg/ml	Bolo Sí: 5 minutos Infusión continua: 15 - 30 minutos. Bomba de jeringuilla o Microbureta	0.5- 5 mg/ml SSN, D/A 5%	Temperatura ambiente 24 horas. El cambio de color de la solución indica degradación de la droga. NO utilizar. Es compatible en solución con midazolam, fentanyl, lorazepam, vecuronio, ketamina.
Tramadol 50mg/ml	Bomba de jeringuilla o Microgotero 30- 60 minutos	10 mg/ml SSN, D/A 5%	Diluciones en 24 horas estables.
Trimetoprima (TMP) Sulfametoxazol (SMX) 80 mg TMP 400 mg SMX / 5ml	Bomba de jeringuilla o Microgotero 30- 60 minutos	16 mg TMP/ 25 ml (0.64mg TMP / ml) SSN, D/A 5%	No administrar IM.

¹ Medicamentos restringidos por Infectología. Comité de PROA. 2017 HNJRE. (Pertenece al listado de medicamentos que están restringidos sujetos a la aprobación por Infectología para su utilización).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 127 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Tabla N° 3 Medicamentos del Carro de Paro Cardiorespiratorio

Medicamento / Presentación	Tiempo y método de infusión	Dilución	Estabilidad
Adenosina Ampolla 3mg/ ml	Bolo Sí 1-2 segundos posterior lavado rápido con SSN	3 mg/ml SSN	No Refrigerar.
Adrenalina Ampolla 1 mg/ml (1:1000)	Bolo Sí Admiración rápida Repetir cada 3 - 5 minuto	1 ampolla de adrenalina (1mg/ml) en 9ml de SSN (1:10 000) Dosis: 0.1ml/Kg peso	Puede usarse IV (1 ^{ra} opción). Intra ósea (2 ^{da} opción). Por tubo Endotraqueal (3 ^{ra} opción)
Amiodarona Ampolla 150/3 ml (50 mg/ ml)	Bolo en emergencia: (5mg/kg peso) en 20-60 minutos	3mg/ml D/A 5%	24 horas a T° ambiente. <i>Pacientes con Arritmias Supra ventriculares con mala perfusión.</i>
Atropina Ampolla de 1mg/ml	Bolo Sí: Menos de 1 min.	Dilución estándar 1 mg en 10 ml de SSN (0,1 mg/ml)	Diluida: 24 horas refrigerada. Se puede administrar IM o SC
Bicarbonato de Sodio 7.5%/50 ml 1mEq/ml	Bolos Sí 10 mEq/mín.	Neonatos y menores de 2 años (0.5 mEq/ml) Mayores de 2 años: 1mEq/ml D/A 5%, SSN	No conservar diluido.
Gluconato de Calcio 10% Ampolla de 10ml 100 mg/ml	Bolo 3-5 minutos	20 mg/ml SSN, D/A 5%	Soluciones 24 horas a T° ambiente. Administrar con Monitoreo de Frecuencia Cardiaca. No administrar IM, SC, ni Intra arterial.
Sulfato de Magnesio 100 mg/ml	Bolo solo emergencias: 10 -15 minutos 25-50mg/kg peso	20mg/ml SSN, D/A 5%	T° ambiente 24 horas Incompatible con Calcio, bicarbonato, fosfato; excepto soluciones muy diluidas.
Lidocaína clorhidrato 2% 50 ml	Bolos (1mg/kg) 2-3 minutos	20mg/ml D/A 5% recomendada	Temperatura ambiente 24 horas.

Referencia:

- ARIAS, L. M. P., & REYES, M. A. L. (2018). ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS DE USO ENDOVENOSO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. *Mathematics Education Journal*, 1(1), 75. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.biotechadv.2010.07.003%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.scitotenv.2016.06.080%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.bbapap.2013.06.007%0Ahttps://www.frontiersin.org/article/10.3389/fmicb.2018.02309/full%0Ahttp://dx.doi.org/10.1007/s13762->
- Lizana, C., González, C., & Villena, R. (2012). Manual de medicamentos endovenosos. Hospital de niños Dr. Exequiel González Cortés, 230. <https://www.laboratoriochile.cl/ebook/files/mme.pdf>
- Menssenzani, M. A., Lemos, N. L., & Serrano, M. V. (2019). Guía para la administración parenteral de medicamentos. DIVISIÓN FARMACIA HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ, 35. <https://www.biol.com.ar/descargas/Guia-para-la-administracion-parenteral-de-medicamentos.pdf>
- Norero, X., & Castaño, E. (2017). Manual De Profilaxis Antimicrobiana Pre-Operatoria Elaborado Por Comité De Infecciones Asociadas A La Atención De Salud Hospital Del Niño Dr. José Renán Esquivel. <https://hn.sld.pa/wp-content/uploads/2018/06/profilaxis-antimicrobiana-final.pdf>
- PROA, HNIRE (2017). Manual de Programa de Optimización en el uso de antibióticos. Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel. <https://hn.sld.pa/wp-content/uploads/2018/08/programa-de-PROA-manual2.pdf>
- Taketomo, C. Hodding, J. Kraus, D. (2018-2019) Pediatric & Neonatal dosage handbook with international trade names index 25th Edition. Walters Kluwer Lexicomp.
- Vicente Merchán, A. M., Rodríguez Cocho, C., Moreno Gutiérrez, M., & Al., E. (2014). Guía Administración Medicación Parenteral En Pediatría. https://gruposdetrabajo.sefh.es/gefp/images/stories/documentos/Administracin_Medicacin_Pediatra_2014.pdf

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 128 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Anexo N° 9
Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel

Servicio de Epidemiología

Formulario de administración y lectura de PPD (Prueba de Tuberculina)

Nombre: _____ Sala: _____

Cédula o Registro: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Se administra prueba de PPD de _____ Unidades equivalentes a _____ ml, intradérmica.

Fecha de administración: ____/____/____.

Administrado por: _____.

Fecha de Lectura: ____/____/____.

Resultado: _____ mm

Interpretado por: _____.

Se administra prueba de PPD de _____ Unidades equivalentes a _____ ml, intradérmica.

Fecha de administración: ____/____/____.

Administrado por: _____.

Fecha de Lectura: ____/____/____.

Resultado: _____ mm

Interpretado por: _____.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	CÓDIGO: MP-14-01	Página 129 de 132
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Anexo N° 10

TÉCNICA PARA LA MEZCLA DE INSULINAS	
Al mezclar (2) tipos de insulina; la enfermera debe seguir los siguientes pasos:	
1	Inyecte en el frasco de insulina lenta o retardada el aire correspondiente a las unidades que quiere administrar.
2	Asegúrese que la aguja no toque la solución.
3	Inyecte el aire con el frasco de insulina rápida y aspirar la insulina de dicho frasco sin burbujas.
4	Sin mover el émbolo, pinchar la aguja en el frasco de la insulina lenta y aspirar las unidades que había prescrito, obteniéndose la mezcla de las insulinas en la jeringuilla.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 130 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Revisión N°:0	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa		

Anexo N° 11

Técnica de lavado de acceso venoso (Flushing o pulseo)

Recomendaciones de volúmenes según edad del paciente. INS.2016

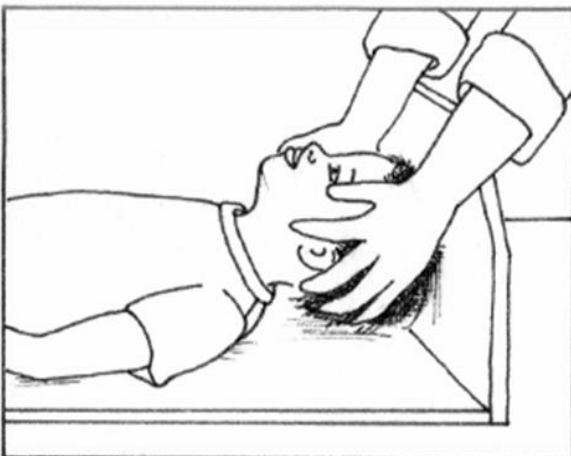
Edad del paciente	Cantidad de SNN 0.9%
Micro neonatos y neonatos	1 a 2 ml
Lactantes menores a mayores	3 a 4 ml
Escolares a adolescentes	5 a 8 ml
<i>Estándar 40 Lavado y Bloqueo Recomendaciones de INS 2016</i> La cantidad mínima de uso para lavado será dos veces el volumen interno del sistema, (tener en cuenta conector libre de aguja, catéter y dispositivos complementarios).	

Utilización de la Técnica de Flushing o pulseo	
Acciones a realizar con jeringuilla de 10 ml con SSN 0.9%	Accesos venosos utilizados
- Irrigación previa y posterior administración de medicamentos. - Limpieza de luz de los CVC posterior a la extracción de muestras sanguíneas. - Limpieza de la luz del catéter endovenoso, posterior a la administración de componentes sanguíneos. - Comprobar permeabilidad de la vía endovenosa.	- Accesos venosos periféricos - Accesos venosos centrales ya sean de introducción periférica (Pick line), - Catéter venoso centrales (CVC), Umbilicales. - Acceso Venoso Central Subcutáneo o Reservorio Venoso Subcutáneo (Port-A-Cath®)

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 131 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

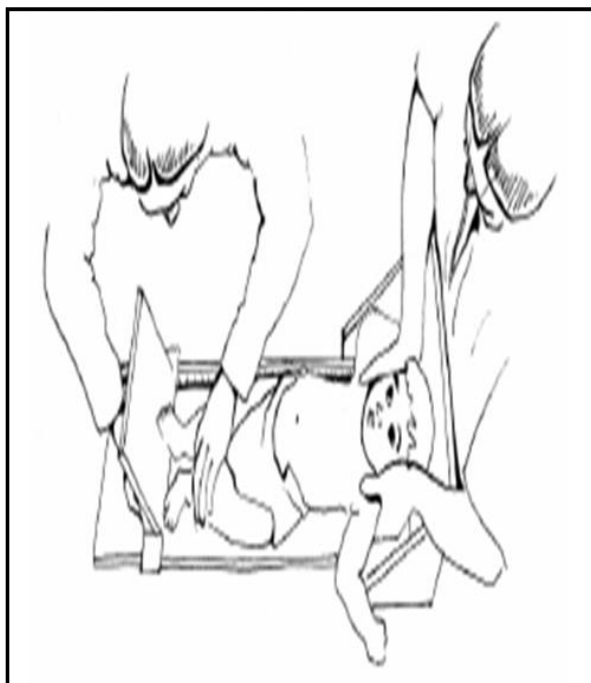
Anexo 12

Talla con Tallímetro de mesa: (Recién nacidos hasta 2 años)



- Enseñe a la madre el área en la que tiene que colocar la cabeza del bebé (contra la pieza fija para la cabeza) de manera que pueda hacerlo rápido con la seguridad de que no inquiete al bebé.
- Pida a la madre que acueste al niño boca arriba con su cabeza contra la tabla fija para la cabeza, presionando el cabello

- Sujete las piernas del bebé con una mano y mueva la pieza para los pies con la otra mano.
- Aplique presión suave sobre las rodillas para estirar las piernas tanto como se pueda sin causar daño. Nota: No es posible estirar las rodillas de los recién nacidos tanto como es posible para niños mayores. Sus rodillas son frágiles y pueden dañarse fácilmente, de manera que debe aplicar el mínimo de presión.
- Mientras sostiene las rodillas, empuje la tabla para los pies contra los pies del niño. Las plantas de los pies deben estar planas contra la tabla, los dedos deben apuntar hacia arriba.



	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENAN ESQUIVEL	CÓDIGO: MP-14-01	Página 132 de 132
	Departamento de Enfermería - Docencia de Enfermería		
	Título: Manual de Procedimientos de Enfermería	Edición: Septiembre 2021	
	Elaborado: Docencia de Enfermería	Revisión N°:0	
	Aprobado: Mgter Elidya Espinosa	Revisado: Comité de Protocolos de Enfermería	

Anexo 13

Formato para control de Temperatura

Sala: Cama: Nombre del paciente:

Fecha	Hora	Temperatura	Tratamiento	Observaciones	Firma

Instructivo: El formato para control de temperatura nos permite realizar un cuidado de enfermería con mayor eficiencia.

Sala: lugar donde se encuentra ubicado el paciente

Cama: número de cama o cuna del paciente

Nombre: anote su nombre y sus apellidos completos

Fecha y hora: cuando se realiza el tratamiento

Tratamiento: dependido de la orden médica (medicamento, medio físico)

Observaciones: observe cambios físicos en el paciente (ejm, temblores, cianótico, en compañía del familiar).

Firma: Inicial del nombre y apellido completo del personal de enfermería que aplica el tratamiento.