

ESCUELA DE ESTUDIOS SUPERIORES DE MAZATEPEC

SUBSEDE TETECALA

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

**“MANUAL DE PROCEDIMIENTOS EN ENFERMERÍA INFANTIL Y DEL
ADOLESCENTE”**



MANUAL ELABORADO POR: M.E ALMA BRIZA GARDUÑO PIZAÑA.

FECHA DE APROBACIÓN POR CONSEJO TÉCNICO.



DIRECTORIO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

Rector de la UAEM.

Dr. Gustavo Urquiza Beltrán

Secretaria General

Dra. Fabiola Álvarez Velasco

Secretario Académico

Dr. José Mario Ordoñez Palacios

Directora de Educación Superior

Dra. Gabriela Mendizábal Bermúdez

Director de la Escuela de Estudios Superiores de Mazatepec y Subsedes.

Dr. Edgar Rivera Diaz

Coordinadora de la Subsede Tetecala

M.E María de los Ángeles Mujica Flores.

Secretaria de docencia

Lic. Brenda Medran Cabrera

Jefe de carrera del programa educativo de la Licenciatura en Enfermería

Lic. Omar Giovanni Domínguez Vilchis.

Responsable Educativo de la Licenciatura en Enfermería.

M.E Alma Briza Garduño Pizaña.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVO DEL MANUAL	4
RESPONSABILIDADES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	5
MARCO JURÍDICO	6
LEYES	6
NORMAS OFICIALES MEXICANAS	6
MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	8
REGLAMENTOS DEL USO DE LABORATORIOS.....	9
PROCEDIMIENTOS	
1.-RECEPCIÓN Y VALORACIÓN INTEGRAL DEL PEDIÁTRICO.....	12
2.-TOMA DE SIGNOS EN PACIENTES PEDIÁTRICO	16
3.-TOMA DE LABORATORIOS.....	25
4.-ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PEDIATRÍA.....	33
5.-INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA Y OROGÁSTRICA.....	45
6.-ALIMENTACIÓN ENTERAL O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR SONDA OROGÁSTRICA.....	51
7.-ALIMENTACION ENTERAL MEDIANTE SONDA GASTROTOMIA O YEYUNSTOMIA.....	58
8.-BALANCE HÍDRICO PEDIÁTRICO.....	61
9.-OXIGENOTERAPIA (CANULA NASAL O MASCARILLA)	66
10.-ASPIRACION DE SECRECIONES (BUCOFARÍNGEA, NASOFARÍNGEA Y ENDOTRAQUEAL)	73
11.-INSTALACIÓN DE LA TERAPIA DE INFUSIÓN	80
12.-CONTROL TERMICO.....	84
13.-PUNCION LUMBAR.....	87
14.-PUNCION INTRAOSEA.....	92
15.-TORACOCENTESIS	98
GLOSARIO	106
BIBLIOGRAFÍA	108
ANEXOS	111

I.-INTRODUCCION

La Enfermería infantil o enfermería pediátrica se define como una profesión que ayuda a la infancia en estado de salud y de enfermedad, en la rehabilitación y ante una circunstancia difícil, como la muerte, por tanto, de una disciplina asistencial, humanística y científica.

El momento actual se considera crucial para la ciencia de la enfermería, teniendo en cuenta el rápido desarrollo de la sociedad, la salud y la ciencia, lo que hace que la enfermería se oriente hacia diferentes prioridades. Los desafíos actuales se esbozan para crear una estructura de disciplina de conocimiento que proporcione un enfoque unificador y renueve el lugar de la teoría en la ciencia de la enfermería.

El arte de la enfermería pediátrica está enfocada hacia los cuidados centrados en la familia y en los cuidados que no causan daño, guiados por la práctica de la enfermería basada en la evidencia. Los niños también pueden tener que someterse a procedimientos que provocan miedo y dolor. Los niños hospitalizados están especialmente vulnerables debido a la enfermedad, a la etapa de desarrollo físico, intelectual y emocional, pero también porque tienen poco control sobre lo que les sucede.

El equipo de enfermería debe mantener un diálogo convincente y transmitir confianza a los niños y a sus familiares, garantizando una actuación humana, de modo que se les mantenga informados y se les oriente en cuanto al tratamiento, procedimientos e interrogaciones. La relación entre la enfermera y la familia debe basarse en el respeto y la comunicación abierta y honesta. Los cuidados centrados en la familia son un elemento central de la asistencia de enfermería pediátrica, ya que el interés superior del niño es ser atendido por su familia. Por lo tanto, tanto el niño como su familia deben tener una participación activa en el proceso de salud -enfermadad orientado en la cultura de seguridad del paciente, por lo cual la enfermera debe estar apegada a las acciones esenciales en la seguridad del paciente en cada procedimiento que realice.

El niño y su familia, como sistema, tienen la capacidad de adaptarse a la nueva situación, que se ve permeada por la aparición de numerosos estímulos. El comportamiento que se presenta depende de sus mecanismos de adaptación y éstos no siempre consiguen adaptarse. En el contexto de enfermedad y hospitalización, el principal estímulo que se siente es la propia enfermedad. Pero hay otros estímulos como el cambio de ambiente y de rutinas diarias y la separación de otros parientes. El conocimiento que se tiene de la enfermedad, el apoyo que reciben el niño y los padres, entre otros, acentuará o atenuará sus efectos.

El Modelo de Adaptación de Roy (MAR) de 1976, esta teoría de Roy se puede retomar en la atención del infante, está basada en la Teoría de Sistemas para definir el sistema de la Persona, identifica los estímulos de entrada (internos y externos) y la respuesta de la persona, que se define como salida. La respuesta se construye a través de los estímulos de entrada y el nivel individual de adaptación. La adaptación significa que el sistema tiene la capacidad de ajustarse a cambios del ambiente y, a su vez, afectarlos, y el objetivo del cuidado de enfermería es promover la adaptación y ayudar a hacer frente a los problemas de adaptación generados. La enfermera pediátrica debe actuar para controlar los estímulos, preparando al niño y a su familia para los cambios previstos, reforzando los mecanismos de enfrentamiento.

El desarrollo del manual contiene los principales procedimientos que se realizan en la atención pediátrica, los procedimientos siguen una secuencia del proceso de enfermería, lo que ayuda a identificar al alumno el PAE y sus etapas(valoración, formulación de diagnósticos de enfermería y la elaboración de un plan de cuidados, incluyendo intervenciones de enfermería dependientes e interdependientes y la evaluación de ellos resultados con lo cual el alumno ; identificara el método científico aplicable en el PAE, reconocerá la profesión como un disciplina científica , la importancia de la investigación y los diferentes modelos de atención de enfermería de acuerdo a los ciclos vitales de vida ,brindando un atención eficaz, eficiente, basada en la evidencia científica y de forma de segura para el individuo, familia o comunidades, por lo cual los procedimientos están desarrollados de acuerdo a las fases de Proceso de Atención Enfermero (PAE).

II.- JUSTIFICACIÓN

El desarrollo del Manual de Procedimientos en Enfermería Infantil y del Adolescente sirve de guía al estudiantado y docente que lo conforma la comunidad estudiantil, con el fin de estandarizar y legalizar su accionar hacia el paciente, de forma que se establezcan sistemáticamente las condiciones ideales que aseguren el cumplimiento de principios científicos y técnicas correctas durante la realización de actividades de Enfermería, reduciendo significativamente los riesgos potenciales a que se encuentran expuestos nuestros usuarios y personal, asegurando con ello la calidad del servicio profesional que se brinda.

Consciente de la Misión de garantizar la seguridad en los Servicios de Enfermería con eficacia, eficiencia, calidad y calidez, en el cumplimiento de tratamientos generales y específicos, que contribuyen a la pronta recuperación de los/as usuarias con las intervenciones independientes e interdependientes del estudiantado en los escenarios reales.

III.OBJETIVO DEL MANUAL.

Este manual busca equilibrar los procesos de enseñanza entre la teoría y la práctica durante el ciclo de formación profesional en el sexto semestre. Ya que durante este tiempo las y los estudiantes adquieren conocimientos y habilidades que se desarrollan en el aula y laboratorios cuya práctica se hace mediante simuladores. De acuerdo a los criterios de evaluación y a la flexibilidad curricular del PE 2022 de la Licenciatura en Enfermería Subsede Tetecala adscrita a la Escuela de Estudios Superiores de Mazatepec, en las actividades de laboratorio durante el ciclo profesional se evalúan los siguientes rubros:

1. Presentación personal (imagen personal), asistencia y puntualidad (formativos)
2. Interés en las actividades que se realizan, actitudes asertivas, participación individual y grupal (prácticos, formativos, teóricos y metodológicos)
3. Demostración y devolución de procedimientos (prácticos)

Para ello cada procedimiento establecido en este manual, cuenta con un instrumento de evaluación individual, que califica los saberes teóricos, prácticos, formativos y metodológicos del estudiante, validándose el documento con una firma del docente y del estudiante. Así mismo las unidades de aprendizaje, incluyen el uso de estrategias didácticas propias de la formación en competencias profesionales dentro de las que se encuentran el aprendizaje basado en proyectos, estudios de caso, solución de problemas, uso de simuladores en laboratorios, elaboración de proyectos de mejora, procesos de atención de enfermería, elaboración de material didáctico, construcción de maquetas, portafolio de evidencias, entre otros, lo que favorece la apropiación y construcción de conocimiento para conducir al estudiantado a tomar decisiones autónomas e independientes en su proceso de formación.

III.-RESPONSABILIDADES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Cuando se habla de responsabilidad, se hace referencia a un valor que está en la conciencia de la persona, que le permite reflexionar, administrar orientar y valorar las consecuencias de sus actos, siempre en el acto de lo moral. Una vez que pasa al plano ético, es decir en la práctica. Se establece la magnitud de las acciones y cómo afrontarlas de manera positiva e integral. La persona responsable es aquella que actúa conscientemente siendo él la causa directa o indirecta de un hecho ocurrido. Está obligado a responder por alguna cosa o alguna persona. También es el que cumple con sus obligaciones o que pone cuidado y atención en lo que hace o decide.

El profesional de enfermería tiene que hacer como mínimo los siguientes deberes y obligaciones con el paciente:

- Atención óptima, oportuna y continua
- Atención cuidadosa
- Consentimiento escrito previa explicación para procedimientos que puedan generar un riesgo en el paciente.

Es por eso que siendo el ejercicio de la enfermería como ciencia de la salud. Implica para el profesional un grado de responsabilidad, y dependiendo de los resultados, puede a llevar controversias justificada o no, tales como: administrativas, disciplinarias, civiles y penales, cuando se sospeche conductas por omisión, descuido, negligencia, impericia, error o imprudencia

Los enfermeros necesitan conocer y entender su propia práctica de adiestramiento en servicio, tanto como las normas de atención que han sido establecidas por las instituciones y sus servicios de enfermería, sin embargo, la mayoría recibe poca información formal relacionada en los aspectos legales, el estudio, la comunicación y la participación activa en organizaciones profesionales, como forma de prevenir o ayudar a responder apropiadamente ante algún tipo de denuncia.

Se establece un marco legal a partir de los preceptos plasmados en la Constitución Política Federal, así como la normativa aplicable (Normas Oficiales Mexicanas) que brindan los aspectos técnicos de la enfermería para posibilitar su práctica correcta y en caso de que no se cumpla esta normativa que es de observancia obligatoria y para todo el territorio mexicano, se genera procedimientos administrativos y/o judiciales.

A). -MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos D.O.F. 05-02-1917, Última Reforma D.O.F.24-12-2020.

B).-LEYES

Ley de Asistencia Social D.O.F. 02-09-2004, Última Reforma D.O.F. 23-04-2013.-

Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia D.O.F. 1°-02-2007. Última Reforma D.O.F. 11-01-2021

Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente modificados D.O.F. 18-03-2005.-

C). - NORMAS OFICIALES MEXICANAS

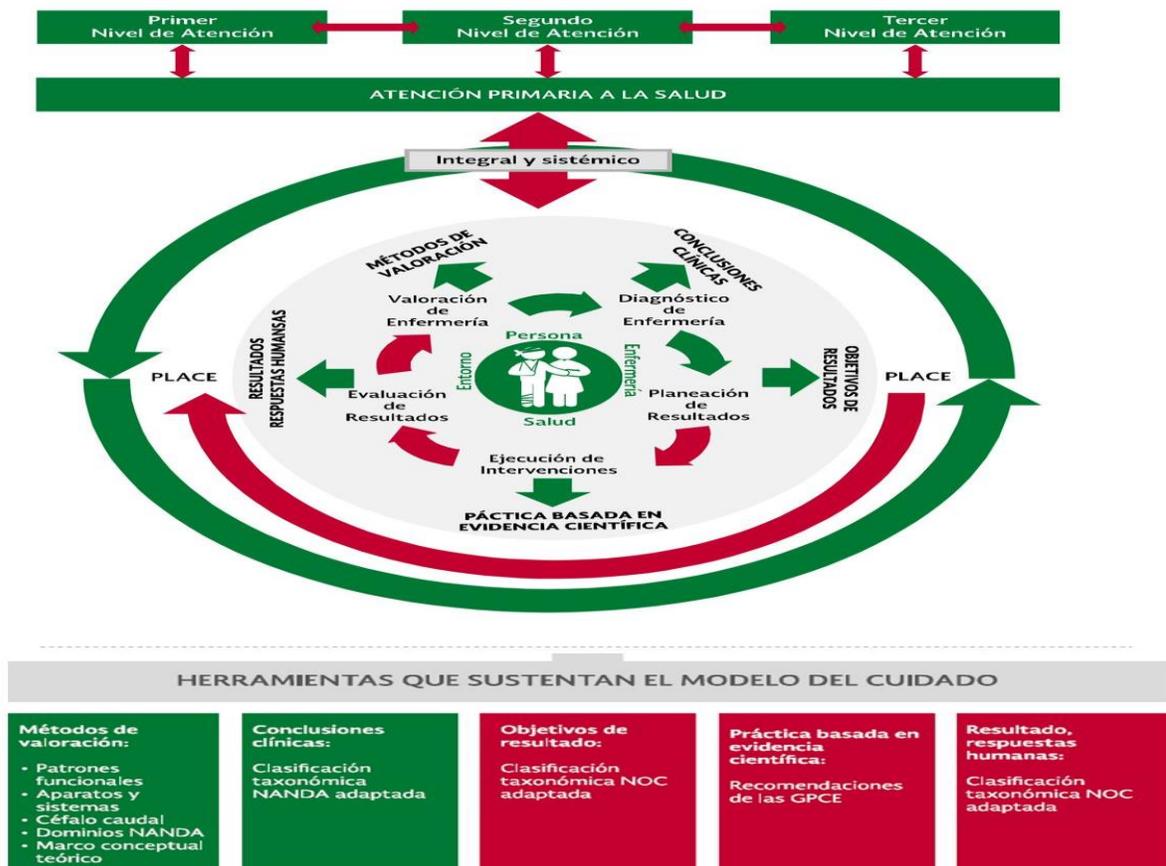
- NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico D.O.F. 5-05-2010.
- NOM-045-SSA2-2005 Para la vigilancia epidemiológica prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- NOM-013-SSA2-2015 Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales. D.O.F. 23-11-2016
- NOM-010-SSA2-2010 Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana D.O.F. 10-11-2010
- NOM-253-SSA1-2012 Para la Disposición de Sangre Humana y sus componentes con fines Terapéuticos D.O.F. 26-10-2012
- NOM-009-SSA2-2013 Para promoción de la Salud Escolar D.O.F 09-12-2013
- NOM-011-SSA2-2011, Para la Prevención y Control de la Rabia Humana y en los perros y gatos D.O.F. 02-12-2011.
- NOM-032-SSA2-2014 Para la Vigilancia, Prevención epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades por vector. D.O.F. 19-02-2013.
- NOM-016-SSA2-2012 Para la Vigilancia, Prevención, Control, Manejo y Tratamiento del Cólera D.O.F. 23-10-2012.
- NOM-036-SSA2-2012 Prevención y Control de Enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el Humano. D.O.F. 28-09-2012 Aclaración Publicada en D.O.F. DE 12-10-2012
- NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño. D.O.F. 09-02-2001 Última Reforma D.O.F. 18-09-2006
- NOM-032-SSA2-2010, Para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Enfermedades Transmitidas D.O.F. 01-06-2011



- NOM-039-SSA2-2014 Para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual. D.O.F. 01-06-2017, Última Modificación D.O.F. 01-12-2017
- NOM-034-SSA2-2013 Para la Prevención y Control de los Defectos al Nacimiento D.O.F. 24-06-2014
- NOM-035-SSA3-2012 En Materia de Información en Salud D.O.F. 30-11-2012
- NOM-007-SSA2-2016, Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida D.O.F. 07-04-2016

IV.- MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Las acciones para la estandarización del cuidado de enfermería, iniciaron desde 2007 con el desarrollo de acciones dirigidas a establecer un "Modelo de cuidados de enfermería" con una postura ecléctica enfocado a dar respuesta a las necesidades de atención de la población mexicana; el enfoque considera la especificidad de sus características, diversidad cultural, así mismo, la estructura organizacional de los elemento del modelo, y la formación de recursos humanos en enfermería, que fortalezcan los procesos de la atención a través de mejorar la calidad técnica y la cobertura de la atención en todos los niveles de atención. Elementos del modelo: Metaparadigma de enfermería o supuestos principales, Proceso Atención de Enfermería (PAE), Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE) y las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de Enfermería (GPCE). El "Modelo del cuidado de enfermería", integra en los planes de cuidados las intervenciones basadas en evidencia científica. (Comisión Permanente de Enfermería CPE)



V.-REGLAMENTO PARA EL USO DE LABORATORIOS

TÍTULO

USO DE LAS INSTALACIONES DE LA ESCUELA

CAPÍTULO I: SON RESPONSABILIDADES DE PERSONAL TRABAJADOR ACADEMICO DENTRO DE LOS LABORATORIOS.

- 1.Cumplir con lo establecido en el estatuto general de la universidad. El reglamento del personal académico y demás normatividad que atañe a sus actividades.
- 2.Permanecer con sus alumnos en el laboratorio y/o taller asignado durante el tiempo establecido oficialmente.
- 3.El material y equipo proporcionados al grupo que esté bajo su cargo, así como de las instalaciones del laboratorio deberá reportar cualquier anomalía a la Coordinación.
- 4.Usar el equipo de seguridad en conjunto con sus alumnos, requerido durante la permanencia en el laboratorio y/o taller, y observar todas las medidas de seguridad pertinentes a la práctica realizada.
- 5.Proporcionar a los alumnos los elementos y orientación necesarios para realizar los experimentos y/o prácticas con el objetivo de que el alumno desarrolle las competencias.
- 6.Forma de disposición de desechos de cada práctica de acuerdo con lo establecido en la NOM-087-ECO-SSA1-2002 sobre el manejo de residuos de RPBI.
- 7.Supervisar personalmente el desarrollo de los experimentos y/o prácticas.
- 8.Solicitar el material y equipo con 1 o 2 días de anticipación, por ningún motivo o excepción de persona s proporcionara el mismo día de la practica el material o equipo.
- 9.Para la solicitud del material se realizará un vale de solicitud de material y equipo a la responsable de CEyE con el VO Bo de la docente responsable, con la credencial de alumno y el registrarlo en la libreta de salida de materia
- 10.Devolver el material que haya solicitado inmediatamente al término de la sesión de laboratorio o taller, limpio el material, los maniquís en orden, camas arregladas, ventanas cerradas y en laboratorio en orden, todo esto con la supervisión de la docente responsable.
- 11.Reponer o reparar en su caso el material que haya destruido o deteriorado respectivamente.

12.El préstamo de material y equipo es únicamente por el tiempo que dura la práctica, por lo que deberá ser devuelto y en las condiciones en que fue prestado, al término de **esta, si** se requiere continuidad de la práctica se realizara nuevamente la solicitud en tiempo y forma.

CAPÍTULO II: RESPONSABILIDADES DE LOS ALUMNOS DENTRO DE LOS LABORATORIO.

- 1.Asistir puntualmente al laboratorio debidamente uniformado y portando su credencial de alumno.
- 2.Usar uniforme reglamentario para quirófano y CEyE (uniforme quirúrgico) completo durante la permanencia en el laboratorio, así como observar todas las medidas de seguridad pertinentes a la práctica realizada.
- 3.Cumplir con los criterios de evaluación para la práctica.
- 4.Si la práctica se realiza en área de CEyE o quirófano no portar el uniforme quirúrgico fuera de esas áreas.
- 5.No sentarse en las camas o camillas.
- 6.Guardar la compostura necesaria dentro del laboratorio o taller.
- 7.Usar el equipo de seguridad personal correspondiente durante la permanencia en el laboratorio y/o taller.
- 8.Permanecer en el laboratorio o taller solamente en el horario que le corresponda y tendrá la obligación de abandonarlo cuando termine el periodo de este. Para el caso de sesiones de laboratorio o taller que involucre exceder el tiempo destinado, únicamente podrán permanecer en el laboratorio o taller con la autorización de los titulares de las Coordinaciones correspondientes y bajo la responsabilidad del profesor de la asignatura.
- 9.No introducir alimentos ni bebidas a los laboratorios o talleres.
- 10.No introducir mochilas o bolsas a los laboratorios.
- 11.Usa de aparatos móviles solo por indicación del docente en actividades que se requiera como apoyo a las actividades a realizar.
- 12.El alumno no podrá compartir en redes sociales fotografías o videos de las actividades que se realicen dentro de los laboratorios, si no hay una supervisión por parte del docente del objetivo y contenidos de estos materiales.

13. Cumplir con los requisitos de operación y préstamo de material de cada laboratorio o taller en particular.

VI.- PROCEDIMIENTOS

FICHA GENERAL DE LA PRACTICA

Nombre del procedimiento:	1. RECEPCIÓN Y VALORACIÓN INTEGRAL DEL PEDIÁTRICO.
Propósito del procedimiento	Los estudiantes estandarizaran los procedimientos en la recepción, valoración inicial y secundaria en los pacientes pediátricos, que le ayudara a brindar una atención segura y de calidad durante la recepción del pediátrico en los escenarios reales.
Número de estudiantes.	15 alumnos por procedimiento
Alcance	Personal de enfermería, Pasantes de Enfermería y Estudiantes de Enfermería
Tiempo de dedicación	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-laboratorio 20 minutos • Laboratorio 110 minutos • Post-laboratorio 20 minutos
Responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión de Calidad de Enfermería: Supervisar el cumplimiento del proceso de la Identificación del Paciente. • Enfermeras jefas de Servicio: Vigilar que el personal de enfermería a su cargo cumpla con la identificación correcta de los pacientes. • El personal de enfermería en áreas operativas: Debe identificar al paciente desde el momento en que éste solicite la atención con al menos dos identificadores, que son el Nombre completo del Paciente y su Fecha de Nacimiento (día, mes y año).
Referencia	<ul style="list-style-type: none"> • Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. NOM-004-SSA3-2012 • Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Consejo de Salubridad General. Secretaría de Salud. http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/Acciones_Esenciales_Seguridad_Paciente.pdf. • NOM- 019-SSA3-2013, Para la práctica de Enfermería, en el Sistema Nacional de Salud.

ETAPA DE PLANIFICACIÓN: PREPARACION DE EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS

- Pulsioxímetro.
- Baumanómetro.
- Estoscopio de doble campana.
- Termómetro.

- Glucómetro.
- Lancetas.
- Torundas con alcohol al 70%.
- Balanza.

Jalea.

EQUIPO Y/O MATERIAL NECESARIO QUE DEBE DE PRESENTAR EL ESTUDIANTE:

- Uniforme completo.
- Historia clínica preparada.
- Registros clínicos.
- Pluma de cuatro colores
- Reloj con segundos.
- Procedimiento con fundamentación.
- Escalas de valoración pediátricas

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

“RECEPCIÓN Y VALORACION INTEGRAL DEL PEDIÁTRICO”

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTACIÓN
1.-Verificar que la unidad que se destinó para el paciente esté limpia y desinfectada, cama o camilla con sabanas limpias, correcto funcionamiento de los equipos biomédicos a usar.	Disminuir IAAS. El uso de barandales en cunas o camillas, acción esencial en la seguridad para el paciente (núm. 6).
2.- Realice lavado de manos de acuerdo a la recomendación de la OMS	Acción esencial en la seguridad del paciente (núm. 5).
3.-Identificación del paciente y presentación con él.	Disminuir eventos adversos. Cumplir con la acción esencial en la seguridad de paciente (núm. 1).
4.- Brindar orientación a él y familiar sobre el ingreso a la unidad de atención.	Cumplir con la acción esencial en la seguridad de paciente, para disminuir eventos adversos con la mejora en la comunicación. Derecho del paciente a recibir información sobre la atención que se le brinda.
5.- Instalación en su unidad de acuerdo con la patología y estado del paciente. Explicarle al niño y al familiar el uso de barandales, los cuales deberán estar siempre arriba durante la estancia en la unidad.	Disminuir eventos adversos. Cumplir con las acciones esenciales en la seguridad de paciente al disminuir riesgos por caídas y favorecer la cultura de seguridad del paciente.

<p>6.-Implementar acciones esenciales en la seguridad del paciente e informar al paciente y familiar sobre estas medidas. Realizar valoración de Enfermería (exploración física, toma de constantes vitales, somatometría) apoyar en la toma de laboratorios/ gabinete)</p>	<p>Disminuir eventos adversos. Cumplir con la acción esencial en la seguridad de paciente, para disminuir eventos adversos con la mejora en la comunicación. Derecho del paciente a recibir información sobre la atención que se le brinda. Modelo de atención de enfermería.</p>
<p>7.-Realizar lavado de manos</p>	<p>Acción esencial en la seguridad del paciente (núm. 5).</p>
<p>8.-Registro de los resultados de la valoración en los registros clínicos de enfermería y expediente clínico de acuerdo a la normativa.</p>	<p>Cumplir con la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico y el indicador de calidad de enfermería del expediente clínico (núm. 7).</p>
<p>9.- Dejar cómodo al paciente. Retirar el material, realizar desinfección de este para tener disponible.</p>	



EVALUACION DE LAS COMPETENCIAS ALCANZADAS DURANTE LA PRACTICA, MEDIANTE LISTA DE COTEJO (ANEXOS)

FICHA GENERAL DE LA PRACTICA

Nombre del Procedimiento:	2. TOMA DE SIGNOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.
Propósito del procedimiento	El estudiante Identificara alteración en las constantes vitales y determinar el estado de salud del pediátrico o adolescente, con el objetivo de realizar un plan de intervenciones independientes e interdependientes que podrá aplicara de forma oportuna y eficiente en los escenarios reales.
Número de Estudiante	15 alumnos por procedimiento
Alcance	Personal de enfermería, Pasantes de Enfermería y Estudiantes de Enfermería
Tiempo de dedicación	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-laboratorio 20 minutos • Laboratorio 150 minutos • Post-laboratorio 20 minutos
Responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • El personal de enfermería en áreas operativas: Debe de valorar e identificar desviación de las constantes vitales.
Referencia	<ul style="list-style-type: none"> • NOM 004-SSA3-2012 del Expediente clínico • NOM 030-SSA2-2009 Para la prevención, detección, diagnostico tratamiento y control de la presión arterial sistémica.

DEFINICION:

Los signos vitales (SV) son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos. Son la cuantificación de acciones fisiológicas, como la frecuencia (FC), la frecuencia respiratoria (FR), la temperatura corporal (TC), la presión arterial (TA) y la oximetría (OXM), que indican que un individuo está vivo y la calidad del funcionamiento orgánico.

}

ETAPA DE PLANIFICACIÓN: PREPARACION DE EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS.

- Termómetro de mercurio o digital.
- Torundas algodón con solución antiséptica clorhexidina al 2% o alcohol al 70% o yodopovidona.
- Porta termómetro con desinfectante.
- Brazaletes de diferentes tamaños de acuerdo con la edad y la complejión del paciente.
- Estetoscopio pediátrico y de doble campana.
- Medidor de glucemia (glucómetro)
- Tira reactiva para glucemia compatible con el medidor
- Gasa de 5 x 5
- Paño caliente o dispositivo calentador (opcional)

EQUIPO Y/O MATERIAL NECESARIO QUE DEBE DE PRESENTAR EL ESTUDIANTE:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ▪ Uniforme completo. | ▪ Reloj con segundos. |
| ▪ Tabla de signos vitales de acuerdo al ciclo de vida. | ▪ Procedimiento con fundamentación. |
| ▪ Registros clínicos. | ▪ Tarjetas de Escalas de valoración |
| ▪ Pluma de cuatro colores | |

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

“TOMA DE SIGNOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.”

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTACIÓN
1.-Identificar al paciente de acuerdo a la normatividad de la institución y presentarnos con él y su familiar.	Acción esencial en la seguridad del paciente (núm. 1)
2.-Realizar lavado de manos de acuerdo con las recomendaciones de la OMS.	Acción esencial en la seguridad del paciente (núm. 5) para disminuir IAAS.
3.-Preparar el material y equipo necesario, llevarlo a la unidad del paciente. Explicarle el procedimiento al paciente y a su familiar.	Derecho del paciente recibir información durante su atención.
4.-Proporciona intimidad al paciente, el paciente pediátrico deberá estar acompañado de un familiar durante el procedimiento. Descubrir al paciente para la exploración física con forme a la necesidad de la zona a explorar.	Atención integral. Derecho del paciente.

<p>5.- Se ayuda al paciente a adoptar una posición cómoda en reposo. Valorar el patrón respiratorio, frecuencia y profundidad de la respiración.</p>	<p>Adoptar una posición alineada favorece la expansión de los pulmones. Lo más conveniente en los niños es valorar la respiración mientras está en sueño fisiológico o antes de valorar otro signo vital para que el niño no se irrite y se dificulte la adecuada valoración del patrón respiratorio.</p>
<p>6.-Valorar ritmo cardiaco (frecuencia, intensidad y ritmo).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se palpa el ángulo de Louis (ángulo entre el manubrio o extremo superior del esternón y el cuerpo de dicho hueso). Se palpa inmediatamente por debajo de la hendidura supraesternal donde se nota como una prominencia <p>Se desliza el dedo índice a la izquierda del esternón, y se palpa el segundo espacio intercostal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se coloca el dedo medio o el siguiente en el tercer espacio intercostal, y se continúa palpando hacia abajo hasta localizar el quinto espacio intercostal. • Se desplaza el dedo índice en sentido lateral a lo largo del quinto espacio intercostal hacia la LMC. 	<p>Se localiza el pulso apical, que es el punto sobre el vértice del corazón donde se oye con mayor claridad el pulso apical.</p>
<p>7.- Se auscultan y cuentan los latidos cardíacos. Los auriculares y el diafragma del estetoscopio se limpian con un antiséptico. Se calienta el diafragma (disco plano) del estetoscopio sosteniéndolo en la palma de la mano. Se colocan los auriculares del estetoscopio en los oídos en dirección a cada conducto auditivo, o ligeramente hacia fuera. Esto se hace para asegurarse de que es el lado funcionante de la cabeza del estetoscopio. Si es necesario se rota la cabeza para seleccionar el lado del diafragma.</p>	<p>Se ha demostrado que los auriculares y el diafragma albergan bacterias patógenas (Whittington, Whitlow , Hewson, Thomas y Brett, 2009).</p> <p>El metal del diafragma suele estar frío y puede sobresaltara al paciente cuando se le coloca inmediatamente sobre el pecho.</p> <p>La posición facilita la audición. Se golpea ligeramente con el dedo en el diafragma</p>

<p>8.- Toma de presión arterial. Se coloca al paciente de forma adecuada. El paciente debe permanecer sentado a menos que se especifique lo contrario. Los dos pies tienen que descansar planos sobre el suelo. El codo debe estar en ligera flexión, con la palma de la mano hacia arriba y el antebrazo apoyado a la altura del corazón La lectura en cualquier otra posición solo debe hacerse si así se especifica. Se descubre la parte superior del brazo. Se enrolla el manguito desinflado de manera uniforme alrededor del brazo. Se localiza la arteria braquial. Se aplica el centro de la vejiga directamente sobre la arteria. Se palpa la arteria braquial con la punta de los dedos. Se cierra la válvula de la pera. Se bombea aire en el manguito hasta que deja de notarse el flujo braquial, a la presión en la que la sangre no puede fluir en la arteria. Se registra la presión que señala el esfigmomanómetro cuando deja de percibirse el pulso. Esto proporciona. Se coloca el estetoscopio en una posición adecuada.</p>	<p>Las piernas cruzadas por las rodillas provocan una elevación de las presiones arteriales sistólica y diastólica (Pinar, Ataalkin y Watson, 2010). (British Hypertension Society, 2009; National Heart, Lung, and Blood Institute, 2004). La presión arterial aumenta cuando el brazo está más bajo que el corazón y disminuye cuando se encuentra por encima de él. La presión arterial sistólica de un neonato está comprendida entre 50 y 80 mmHg; la diastólica, entre 25 y 55 mmHg (DAico y Barbarito, 2007). una estimación de la presión sistólica. Se libera por completo la presión en el manguito y se espera 1 o 2 minutos antes de hacer una nueva medida.</p>
<p>9.-Se limpian los auriculares con un paño con antiséptico. Se introducen los auriculares del estetoscopio en los oídos de forma que se dirijan ligeramente hacia fuera. Los sonidos se oyen con mayor claridad cuando los auriculares siguen la dirección del conducto auditivo. Se comprueba que el estetoscopio cuelga libremente de los oídos hasta el diafragma.</p>	<p>Si los tubos del estetoscopio rozan con un objeto, el ruido del roce puede bloquear el sonido de la sangre en la arteria.</p>

<p>Se coloca la campana del amplificador del estetoscopio sobre el lugar del pulso braquial. El estetoscopio se aplica directamente sobre la piel, no sobre la ropa que la cubre. Con ello se evita el ruido producido por el roce del amplificador con el tejido.</p> <p>LACTANTES</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Se usa un estetoscopio pediátrico con un diafragma pequeño o el uso de monitores. ■ El borde inferior del manguito de presión debe quedar cerca del espacio ante cubital del lactante. ■ Si la auscultación con el estetoscopio o el EUD no son satisfactorios se utiliza el método de la palpación. ■ Las presiones en el brazo y el muslo son similares en los niños menores de 1 año. ■ La presión arterial debe medirse en los niños mayores de 3 años y en los menores de esa edad que tienen determinadas enfermedades (p. ej., cardiopatías congénitas, malformaciones renales) o que toman medicamentos que pueden afectar a la presión arterial. ■ La anchura de la vejiga del manguito debe ser del 40% y su longitud del 80 al 100% de la circunferencia del brazo ■ En los niños se considera que la presión diastólica corresponde al comienzo de la fase 4, cuando los sonidos se amortiguan. ■ La presión en el muslo de los niños es unos 10 mmHg más alta que en el brazo. 	<p>Como el sonido de la presión de la sangre es de baja frecuencia, se escucha mejor con el diafragma en forma de campana.</p> <p>La presión arterial se toma antes de otros procedimientos molestos para que la incomodidad no eleve artificialmente sus valores.</p> <p>Una forma rápida de determinar la presión arterial sistólica normal de un niño consiste en utilizar la fórmula siguiente: PA sistólica normal = 80 + (2 x edad del niño en años)</p>
<p>9.- Toma de Pulsimetría. Elegir un sensor adecuado para el peso y el tamaño del paciente. Como los límites de peso de los sensores se superponen, es posible usar un sensor infantil para un adulto pequeño.</p>	

<p>Se garantiza la seguridad del paciente, para ello se inspecciona o se cambia la localización de los sensores con adhesivo de los dedos del pie o de la mano cada hora y los sensores sujetos con un resorte a presión cada 2 horas. Se vigilan las localizaciones de los sensores con adhesivo para detectar irritaciones del tejido.</p>	<p>La presión continua por un dispositivo al tejido blando puede provocar un evento adverso, se debe de valora continuamente la piel para evitar eventos adversos.</p>
<p>10.-Toma de temperatura. Axila Se comprueba que el mercurio este marcando menos de 35 grados. Se explica el procedimiento que se va a realizar. Se limpia la axila con una gasa seca. Se coloca la ampolla del termómetro en el centro de la axila, es necesario sostener el brazo del lactante contra su pecho. Se deja de 3 a 4 minutos. Se realiza lectura sin tocar la ampolla del mercurio. Se desinfecta el termómetro. Recto Se comprueba que el mercurio este marcando menos de 35 grados. Se explica el procedimiento que se va a realizar. Se colocar en posición de Sims al niño Introducir el ámpula del termómetro rectal, Si hay resistencia, nunca debe forzarse el termómetro. Se deja de 2 a 3 minutos. Colocar el termómetro dentro de solución desinfectante</p>	

Obtención de una muestra de sangre capilar para medir la glucemia

Preparación

Revisar el tipo de medidor y las instrucciones del fabricante.

Realización

1. Antes de realizar el procedimiento hay que presentarse uno mismo y comprobar la identidad del paciente siguiendo el protocolo de la institución. Informar al paciente de lo que se va a hacer, por qué es necesario hacerlo y cómo puede cooperar.

2. Efectuar la higiene de las manos y seguir los procedimientos adecuados para el control de la infección, (p. ej., guantes).

3. Proporcionar intimidad al paciente.

4. Preparar el equipo.

Algunos medidores se encienden cuando se les inserta la tira reactiva.

Calibrar el medidor y medir una muestra control siguiendo las instrucciones del fabricante y/o confirmar el número de código.

5. Seleccionar y preparar la zona de punción vascular.

· Elegir una zona de punción vascular (p. ej., el lateral de un dedo

de la mano de un adulto). Evitar lugares con hueso debajo.

· Envolver primero el dedo en un paño caliente o mantener el dedo o talón en posición en declive (por debajo del nivel del corazón).

· Limpiar la zona con una torunda de antiséptico o jabón y agua y dejarlo secar completamente.

6. Obtener una muestra de sangre.

◦ Colocarse los guantes.

◦ Colocar el inyector, si se va a usar, contra la zona y liberar la

Lactantes: la acra externa del talón es la zona más común en los recién nacidos y lactantes. Colocar un paño caliente en el talón aumenta el flujo sanguíneo.

Una muestra adecuada y reducen la necesidad de repetir la punción.

El alcohol puede afectar a la precisión y la zona pinchada escocer al humedecerse con alcohol.

aguja, lo que permite perforar la piel. Asegurarse de que la lanceta está perpendicular a la zona.

- Pinchar la zona con una lanceta o aguja usando un movimiento rápido.
- Apretar suavemente (pero sin tocar) la zona de punción hasta que se forme una gran gota de sangre. El tamaño de la gota puede variar dependiendo del medidor. Algunos medidores necesitan tan solo 0,3 ml de sangre para medir la glucemia con precisión.

Mantener la tira reactiva debajo de la zona de punción hasta que una cantidad adecuada de sangre cubra el cuadrado indicador. La almohadilla absorberá la sangre y se producirá una reacción química. No extender la sangre. Pedir al paciente que aplique presión sobre la zona de punción de la piel con una gasa de 5 x 5.

7. Exponer la sangre a la tira de prueba durante el período y la forma especificada por el fabricante. Tan pronto como se coloca la sangre sobre la tira reactiva seguir las recomendaciones del fabricante sobre el medidor de glucosa y vigilar el período de tiempo indicado por el fabricante. Algunos glucómetros tienen la tira reactiva colocada en la máquina antes de obtener la muestra.

8. Medir la glucemia.

- Colocar la tira en el medidor siguiendo las instrucciones del fabricante. Consultar las recomendaciones del fabricante para el procedimiento específico.
- Tras un período designado, la mayoría de los medidores de glucosa mostrará las lecturas de glucosa de forma automática.

La lanceta está diseñada para atravesar la piel una profundidad específica cuando está en posición perpendicular respecto a la piel.

Esto daría lugar a una lectura imprecisa. Algunos medidores absorben la sangre solo La presión ayudará a la hemostasia tocando la zona de punción con la tira.

La sangre debe permanecer en contacto con la almohadilla de prueba e l tiempo prescrito para obtener resultados precisos.

<p>Los tiempos correctos aseguran resultados precisos. Apagar el medidor y desechar la tira y la gasa 5 x 5 en un contenedor para riesgos biológicos. Desechar la lanceta en el contenedor de objetos punzantes. Quitarse y desechar los guantes. Efectuar la higiene de las manos. 9. Registrar el método de prueba y los resultados sobre el historial del paciente. Si es adecuado, registrar el conocimiento y capacidad del paciente de demostrar la técnica. El registro del paciente también puede incluirse en un organigrama sobre el que se registren los resultados de la glucemia capilar y la cantidad, tipo y momento de administración de la insulina.</p>	
<p>11.- Dejar cómodo al paciente, retirar el material y desinfectarlo.</p>	
<p>12.- Registrar los valores de las constantes vitales en los registros clínicos de enfermería.</p>	<p>Cumplir con la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico y el indicador de calidad de enfermería del expediente clínico (núm. 7).</p>



EVALUACION DE LAS COMPETENCIAS ALCANZADAS DURANTE LA PRACTICA, MEDIANTE LISTA DE COTEJO (Anexos)

FICHA GENERAL DE LA PRACTICA

Nombre del Procedimiento:	3. TOMA DE LABORATORIOS
Propósito del Procedimiento	EL estudiante estandarizara los procedimientos en la toma, conservar y transportar de los diferentes exámenes diagnosticas, con calidad en el área de toma de productos de acuerdo a los lineamientos para la toma, manejo y envío de muestras de laboratorio.
Número de Estudiantes	15 alumnos por procedimiento
Alcance	Personal de enfermería, Pasantes de Enfermería y Estudiantes de Enfermería
Tiempo de dedicación	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-laboratorio 20 minutos • Laboratorio 110 minutos • Post-laboratorio 20 minutos
Responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Químico Técnico-laboratorista • Enfermera(o) del área operativa • Médica (o)
Referencia	<ul style="list-style-type: none"> • Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. NOM-004-SSA3-2012. • NOM- 019-SSA3-2013, Para la práctica de Enfermería, en el Sistema Nacional de Salud. • NOM-- ECOL-- 087 Marco normativo CNDH SSA1 2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico infecciosos Clasificación y especificaciones de manejo • Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Consejo de Salubridad General. Secretaría de Salud.

CONCEPTO: Definir de manera específica y clara los pasos para llevar a cabo la toma de muestra primaria de los pacientes externos que acuden al servicio de toma de productos.

ETAPA DE PLANEACIÓN MATERIAL Y EQUIPO NECESARIO:

- Equipo alado 21G ¾ x 7”.
- Aguja para toma múltiple al vacío 21G x 1 1/4”.
- Soporte para aguja para toma al vacío.
- Agujas hipodérmicas calibre 21 x 32 mm.
- Jeringas de 3 mL. Jeringas de 5 mL.
- Lancetas de color azul con profundidad de 2.0 mm.
- Lancetas de color lila con profundidad de 1.5 mm.
- Portaobjetos.
- Cubrebocas.
- Hisopos con punta de algodón.
- Abatelenguas.
- Ligadura (torniquete).
- Toallitas con alcohol isopropílico.
- Banditas adhesivas.
- Torundas de algodón.
- Gasas.
- Guantes de látex.
- Tubo con tapón color lila de 3 mL con EDTA K2.
- Tubo con tapón color rojo de 4 mL sin anticoagulante.
- Tubo con tapón color azul de 2.7 mL, con citrato de sodio al 3.2% (0.109 M).
- Tubo con tapón color azul de 1.8 mL, con citrato de sodio al 3.2% (0.109 M).
- Tubo con tapón color verde esmeralda de 3 mL con heparina de sodio.
- Tubo microtainer con tapón color rojo sin anticoagulante de 800 L.
- Tubo microtainer con tapón color ámbar con gel separador de 600 L.
- Tubo microtainer con tapón lila con EDTA K de 2 500 L.
- Tubo microtainer con tapón verde claro con heparina de litio de 600 L.
- Botella BacT/ALERT PF (aeróbico pediátrico).

MATERIAL (OPCIONAL) PARA TOMA DE HEMOCULTIVO

Botella BacT/ALERT PF (anaeróbico).

Solución de iodine o solución yodada.

Alcohol etílico al 70%. Equipo estéril.

MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA PREVENIR EL RIESGO DE INFECCIONES DURANTE LA TOMA DE MUESTRAS

- Utilizar bata cerrada.
- Usar cubrebocas.
- Lavarse las manos antes y después de atender a cada paciente.

- Utilizar y cambiar guantes con cada paciente.
- Mantener el área de trabajo limpia.
- Mantener el material de toma de muestras limpio y en orden

EQUIPO Y/O MATERIAL NECESARIO QUE DEBE DE PRESENTAR EL ESTUDIANTE:

- Uniforme completo
- Hoja de registros clínicos
- Formatos para solicitud de laboratorio
- Gradillas para tubos.
- Gradillas para microtubos.
- Pluma de cuatro colores
- Tijera
- Contenedor de hielo para conservación de muestras.
- Contenedor de punzocortantes.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

“TOMA DE LABORATORIOS”.

PROCEDIMIENTOS	FUNDAMENTACIÓN
1.-Identificar la persona y presentarnos con ella y su familiar. Corroborar que este firmado por le familiar el consentimiento informado.	Cumplir con la acción esencial en la seguridad al paciente (núm. .1)
2.-Realice lavado de manos de acuerdo con a las recomendaciones de la OMS.	Cumplir con la acción esencial en la seguridad al paciente en la disminución de IAAS (núm. 5)
3.-Preparación del equipo y llevarlo a la unidad del paciente, etiquetar los tubos de laboratorio con los datos del paciente.	Optimizar tiempos en la atención. Disminuir eventos adversos.
4.-Explicarle el procedimiento al niño y al familiar.	Cumplir con las acciones esenciales en la seguridad de paciente, para disminuir eventos adversos con la mejora en la comunicación.
5.- Asegúrese de que el paciente esté en posición cómoda y segura, acostado o sentado. En los niños si es necesario pedirle al familiar u otro personal de la salud que lo contenga.	La preparación de los pacientes pequeños es física, de manera principal, ya que, aunque se le hable y se le conforme, el paciente va a llorar durante el procedimiento. Inmovilizar al paciente de las manos con algún dispositivo, en especial en el sitio de la punción,

	para garantizar la precisión de la técnica y, al mismo tiempo, evitar provocarle alguna lesión durante el procedimiento
6.- Preparación y selección del sitio de punción. Inspeccionar el sitio de punción para seleccionar la vena adecuada, antes de proceder a tomar la muestra.	La elección del sitio de punción dependerá de la edad del paciente y de la complejidad para localizar las venas, tomando en cuenta localización, trayecto, tamaño, tonicidad, calibre y estado de conservación de la vena, y de forma más distal a las más proximales para conservar recurso venoso.
7.-Localización de la vena para la punción	Palpar todo el camino de la vena con el dedo índice varias veces hasta estar convencido de que es la vena correcta para la punción Para diferenciar una vena de una arteria durante la palpación, se debe sentir el latido de la arteria, a diferencia de la vena, que no presenta latido
8- Realizar la asepsia del sitio de punción usando antisépticos como clorhexidina al 2 %, yodopovidona o alcohol al 70 %.	El uso de un agente químico en piel u otros tejidos vivos con el propósito de inhibir o destruir microorganismos (NOM-045-SSA2-2005)
9.- Colocación del torniquete a una distancia de 3 a 5 cm por arriba del sitio de punción.	El torniquete debe ser liberado o más tardar en 1 minuto, ya que la estasis venosa localizada puede ocasionar hemoconcentración y formación de hematomas. Si la vena deja de drenar a los tubos, se recomienda volver a aplicar el torniquete durante otro minuto
10.- Punción de la vena. Realizar calzado de guantes. Realizar asepsia de la piel. Alinear la aguja con la vena y puncionarla, con el bisel hacia arriba un ángulo de 35 grados. Sujetar el soporte para aguja y empujar el tubo hacia adelante hasta que la punta de la aguja del soporte penetre el tapón del tubo; en ese momento inicia el fluido de la sangre al interior del tubo. Permitir que el tubo se llene hasta ajustar el volumen Nota: en caso de que se requiera llenar varios tubos, se procede a	

<p>cambiar el tubo, siguiendo el orden recomendado.</p> <p>Aflojar el torniquete mientras se llena el tubo o los tubos</p> <p>Retirar la aguja y colocar una torunda seca sobre el sitio de punción durante unos minutos hasta hacer hemostasia.</p> <p>Activar el broche de seguridad de la aguja y depositar en el contenedor de punzocortantes.</p> <p>Revisar el sitio de punción: si ya no hay sangrado, colocar un parche (cinta adhesiva) e indicar al paciente que se puede r</p>	
<p>10.- Revisión del paciente.</p> <p>Desechar el material de acuerdo a la normativa.</p> <p>Realizar registros clínicos de enfermería</p>	<p>Valorar el estado de alerta del paciente, en caso de presentar mareo, náuseas, sudoración para ofrecer una atención oportuna.</p> <p>Cumplir con la NOM-087-ECOL-SSA1-2002 e indicador de enfermería del expediente clínico.</p>
<p>Toma de muestras con jeringa</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavado de manos. ➤ Preparación del material y etiquetar los tubos. ➤ Realizar calzado de guantes. ➤ Asegure la aguja en la jeringa. ➤ Preparación de la piel con un antiséptico. ➤ Punción de la vena en un ángulo de 35 grados. 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Almacenamiento de la muestra. <p>Destapar el tubo y vaciar la sangre, dejando que ésta se deslice por las paredes del mismo, hasta ajustar el volumen necesario (nunca se debe pinchar el tapón del tubo para vaciar la sangre, ya que puede ser causa de hemólisis) y/o evitar un accidente. El llenado de los tubos se hace de acuerdo con el orden indicado</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desechar el material y equipo. 	<p>Cumplir la Norma-087-ECOL-SSA1-2002</p>
<p>Toma de muestras para gasometría arterial.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lavado de manos. ➤ Preparación de material. <p>Realizar calzado de guantes.</p>	

<p>preparar la jeringa impregnada con heparina y rotular con los datos del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Punción de la arteria. <p>Palpan de forma suave la arteria por encima de las prominentes óseas.</p> <p>Realizas asepsia de la piel.</p> <p>Alinear el bisel de la aguja hacia arriba en un ángulo de 90 grados e introducir la aguja manera suave, jalar el émbolo de la jeringa hasta ajustar el volumen necesario (de 1 a 2 mL)</p> <p>Retirar la aguja y colocar una torunda seca sobre el sitio de punción durante unos minutos hasta que no haya sangrado.</p> <p>Activar el broche de seguridad de la aguja y depositar en el contenedor de punzocortantes.</p> <p>Revisar el sitio de punción: si ya no hay sangrado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Escanear la muestra en el registro electrónico, o entregue al laboratorio de forma inmediata conservando en un medio las muestras. ➤ Presionar el sitio de punción por lo menos de 3 a 5 minutos. 	
<p>Toma de muestra para hemocultivo</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Preparación del equipo y paciente. <p>Realizar con técnica estéril utilizando barrera máxima de protección.</p> <p>Realice primer calzado de guantes.</p> <p>Abrir el equipo estéril sobre la compresa que lo envuelve.</p> <p>Destapar las jeringas y las agujas que se van a utilizar y dejarlas caer dentro del campo mencionado.</p> <p>Agregar en una manera solución de yodo y, en la otra, el alcohol al etílico al 70% (sobre las torundas de algodón)</p> <p>Colocar al paciente en posición cómoda (acostado o sentado, según la edad del mismo)</p>	<p>Cumplir los lineamientos de la NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Localización del sitio de punción, <p>Inspeccionar el sitio de punción, para seleccionar la vena adecuada antes de proceder a tomar la muestra.</p>	

<p>Colocar el torniquete unos 3 a 5 cm arriba del sitio de punción elegido.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Asepsia del sitio de punción. <p>Realizar la asepsia del sitio de punción con la pinza de anillo, limpiando un área de 10 cm alrededor del sitio de punción. Primero con la solución de clorhexidina al 2% yodopovidona o alcohol al 70%. Retirar los guantes.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Punción de la vena. <p>Realice calzado de los segundos pares de guantes Puncionar la vena, aspirar la sangre hasta ajustar el volumen necesario. Retirar la aguja y colocar una torunda seca sobre el sitio de punción durante unos minutos hasta que no haya sangrado.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Colocación de muestra en el tubo de cultivo. <p>Solicitar al personal de toma de muestra que retire las tapas del frasco. Vaciar la muestra en el tubo y desechar la aguja en el contenedor de punzocortantes</p>	<p>Cumplir la Norma-087-ECOL-SSA1-2002</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisar el estado de alerta del paciente, en caso de presentar mareo, náuseas, sudoración, etc., proporcionar la atención pertinente. ➤ Retirar el material y desechar de acuerdo a la normativa. ➤ Realizar lavado de manos. ➤ Realizar registros clínicos de enfermería. 	<p>Cumplir la Norma-087-ECOL-SSA1-2002 y el indicador de enfermería del expediente clínico.</p>



EVALUACION DE LAS COMPETENCIAS ALCANZADAS DURANTE LA PRACTICA, MEDIANTE LISTA DE COTEJO (Anexos).

FICHA GENERAL DE LA PRACTICA

Nombre del Procedimiento:	4.ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN PEDIATRÍA
Propósito del Procedimiento	Desarrollar la habilidad para la aplicación de fármacos en las diferentes vías, mediante una práctica simulación y real que le ayude a los estudiantes a adquirir las competencias clínica.
Número de alumnos	15 alumnos por procedimiento
Alcance	Personal de enfermería, Pasantes de Enfermería y Estudiantes de Enfermería
Tiempo de dedicación	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-laboratorio 20 minutos • Laboratorio 160 minutos • Post-laboratorio 20 minutos
Responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera (o) del área operativa.
Referencia	<ul style="list-style-type: none"> • Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. NOM-004-SSA3-2012. • NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. • NOM- 019-SSA3-2013, Para la práctica de Enfermería, en el Sistema Nacional de Salud. • NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. • Norma Oficial Mexicana NOM-- ECOL-- 087 Marco normativo CNDH SSA1 2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico infecciosos Clasificación y especificaciones de manejo • Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Consejo de Salubridad General. Secretaría de Salud.

VÍA PARENTERAL- El término parenteral hace referencia a la vía de administración de los fármacos. Esto es, atravesando una o más capas de la piel (constituidas por la dermis, la epidermis y tejido celular subcutáneo) o las membranas mucosas mediante una inyección. La vía parenteral es diariamente empleada en atención primaria en multitud de situaciones. (Botella.C, 2011)

ETAPA DE PLANEACIÓN MATERIAL Y EQUIPO NECESARIO

- Antiséptico: clorhexidina al 2% ,yodopidona o Alcohol de 70°
- Jeringas de diferentes calibres.
- Guantes desechables.
- Equipo de perfusión.
- Catéter de diferentes calibres.
- Torniquete.
- Esparadrapo.

EQUIPO Y/O MATERIAL NECESARIO QUE DEBE DE PRESENTAR EL ESTUDIANTE:

- uniforme completo
- medicamentos en diferentes presentaciones
- calculadora
- registros clínicos
- tablas de concentración

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

“ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.”

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTACIÓN
<p>1.-Identificación del paciente e indicación médica, revisar dosis, vía y prioridad para la administración.</p> <p>Indagar con los familiares si es alérgico a algún medicamento.</p>	<p>Cumplir con la acción esencial en la seguridad al paciente (núm. .1)</p> <p>Optimizar tiempos en la atención.</p> <p>Disminuir eventos adversos.</p>
<p>2.-Realizar lavado de manos.</p>	<p>Cumplir con la acción esencial en la seguridad al paciente en la disminución de IAAS (núm. 5)</p>
<p>3.-Prepara el material y el área a preparar el medicamento.</p> <p>Comprobar la etiqueta de la ampolla con atención frente al RAM para asegurarse de que se está preparando el medicamento correcto.</p> <p>Seguir las tres comprobaciones para la administración de medicamentos. Leer la etiqueta del medicamento:</p>	<p>El medicamento de preferencia se debe de preparar dentro de una campana de flujo laminar y si no posible si se deben de cumplir con la esterilidad en el procedimiento.</p>

<p>1) cuando se coja del carro de medicamentos; 2) antes de extraer el medicamento, y 3) después de extraer el medicamento.</p>	
<p>4.- PREPARACIÓN DEL MEDICAMENTO A ADMINISTRAR.</p> <p>b. Colocarse los guantes de manera adecuada.</p> <p>c. Comprobar el funcionamiento de la jeringuilla para ello debemos ajustar el cono de la aguja en el cono de la jeringuilla y comprobar que el émbolo baje y suba con fluidez.</p> <p>d. Realice doble verificar nombre del medicamento, vía de administración y fecha de expiración.</p> <p>e. Identificar el punto en la parte superior de la ampolla y dar ligeros golpes en la parte superior de la ampolla usando el dedo índice de la mano dominante hacer que el líquido baje a la base de la ampolla</p> <p>f. Colocar una gasa alrededor del cuello de la ampolla, para evitar un posible corte. g. Sujetar la ampolla con la mano no dominante. Con los dedos pulgar e índice de la otra mano, romper el cuello de la ampolla en dirección opuesta a usted.</p> <p>h. Tomar la jeringa previamente preparada con la aguja de carga e inserte ésta en el centro de la boca de la ampolla. No permitir que la punta o el cuerpo de la aguja toquen el borde de la ampolla. Si ello sucede, desechar el material y reiniciar el procedimiento.</p> <p>inclinarse ligeramente la ampolla y aspirar el medicamento con la jeringa. Recordar que para movilizar el émbolo no debe apoyarse en éste, sino en las dos lengüetas que posee la jeringuilla.</p>	<p>Esto llevará todo el medicamento a la parte inferior de la ampolla.</p> <p>La gasa estéril protege los dedos del cristal roto, y cualquier fragmento de cristal saldrá despedido lejos del profesional de enfermería.</p>

<p>j. Una vez cargada la medicación, sacar la aguja de la ampolla. Sostener la jeringa con la aguja apuntando hacia arriba para que el líquido se asiente en el fondo de la primera. Golpear la jeringa con un dedo para favorecer que asciendan las burbujas de aire que se puedan haber aspirado.</p> <p>empujar suavemente el émbolo hacia arriba para expulsar el aire, procurando que no se pierda dosis del medicamento.</p>	
<p>ADMINISTRACIÓN POR VÍA INTRADÉRMICA.</p> <p>1.-Informar al paciente pediátrico y al familiar el procedimiento que va a realizar y pedir la colaboración de este.</p> <p>2.- Lavarse las manos</p> <p>3.-Preparar los materiales a utilizar.</p> <p>Comprobar la etiqueta de los medicamentos con atención frente al RAM para asegurarse de que se está preparando el medicamento correcto.</p> <p>Seguir las tres comprobaciones para la administración de los medicamentos. Leer la etiqueta del medicamento: 1) cuando se coja del carro de medicamentos; 2) antes de extraer el medicamento, y 3) después de extraer el medicamento.</p> <p>Preparar la ampolla o vial del medicamento para extraer el fármaco.</p> <p>4.-Realice asepsia de la piel en una superficie de 5 cm de diámetro tomar una torunda alcoholada.</p> <p>5.-Preparar al paciente</p>	<p>Cumplir con la acción esencial en la seguridad al paciente (núm. .1)</p> <p>Cumplir con la acción esencial en la seguridad al paciente en la disminución de IAAS (núm. 5)</p> <p>Optimizar tiempos en la atención.</p> <p>Disminuir eventos adversos.</p>

<p>· Antes de realizar el procedimiento, presentarse y verificar la identidad del paciente usando el protocolo de la institución.</p> <p>*Explicar al paciente que el medicamento le producirá un pequeño habón, a veces llamado ampolla. Un habón es una pequeña zona elevada, como una ampolla. El paciente sentirá una ligera punción cuando la aguja entre en la piel. Algunos medicamentos se absorben lentamente a través de los capilares hacia la circulación general, y la ampolla desaparece gradualmente. Otros fármacos permanecen en la zona e interactúan con los tejidos corporales para producir enrojecimiento e induración (endurecimiento), que será necesario interpretar en un momento particular (p. ej., en 24-48 horas). Esta reacción desaparecerá gradualmente.</p>	<p>La información puede facilitar la aceptación del tratamiento y su cumplimiento.</p>
<p>ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VÍA SUBCUTÁNEA.</p> <p>1. Realizar lavado de manos. 2. Comprobar la etiqueta de los medicamentos con atención frente al RAM para asegurarse de que se está preparando el medicamento correcto. Seguir las tres comprobaciones para la administración de los medicamentos. Leer la etiqueta del medicamento: 1) cuando se coja del carro de medicamentos; 2) antes de extraer el medicamento, y 3) después de extraer el medicamento. 3. Organizar el equipo.</p> <p>Realización</p> <p>1. Efectuar la higiene de las manos y seguir los procedimientos adecuados para el control de la infección (p. ej., guantes limpios). 2. Preparar la ampolla o vial del medicamento para extraer el fármaco. 3.-Prepara al paciente</p>	<p>Cumplir con la acción esencial en la seguridad al paciente en la disminución de IAAS (núm. 5)</p>

<ul style="list-style-type: none">• Antes de realizar el procedimiento, presentarse y verificar la identidad del paciente usando el protocolo de la institución. <p>4.-Explicar al paciente que el medicamento le producirá un pequeño habón, a veces llamado ampolla. Un habón es una pequeña zona elevada, como una ampolla. El paciente sentirá una ligera punción cuando la aguja entre en la piel. Algunos medicamentos se absorben lentamente a través de los capilares hacia la circulación general, y la ampolla desaparece gradualmente. Otros fármacos permanecen en la zona e interactúan con los tejidos corporales para producir enrojecimiento e induración (endurecimiento), que será necesario interpretar en un momento particular (p. ej., en 24-48 horas). Esta reacción desaparecerá gradualmente.</p> <p>5. Proporcionar intimidad al paciente.</p> <p>6. Seleccionar y limpiar la zona.</p> <ul style="list-style-type: none">• Seleccionar un lugar (p. ej., el antebrazo alrededor de la anchura de la mano, por encima de la muñeca y tres o cuatro traveses de dedo por debajo del espacio ante cubital).• Evitar usar lugares dolorosos, inflamados o tumefactos o que tengan lesiones. <p>Ponerse guantes según indiquen las normas de la institución.</p> <ul style="list-style-type: none">• Limpiar la piel en la zona usando un movimiento circular firme comenzando en el centro y ampliándose hacia fuera. Dejar que la zona se seque completamente. <p>7. Preparar la jeringa para la inyección.</p>	<p>Esto asegura que el paciente correcto reciba el medicamento.</p> <p>Disminuye eventos adversos.</p> <p>La información puede facilitar la aceptación del tratamiento y su cumplimiento.</p>
--	---

<p>◦ Quitar el capuchón a la aguja mientras espera que se seque el antiséptico.</p> <p>◦ Expulsar cualquier burbuja de aire de la jeringa. Las pequeñas burbujas que se adhieren al tambor no tienen consecuencias.</p> <p>Agarrar la jeringa con la mano dominante, cerca del cono, manteniéndola entre el pulgar y el dedo índice. Mantener la aguja casi paralela a la superficie cutánea, con el bisel mirando hacia arriba.</p> <p>8. Inyectar el líquido.</p> <p>◦ Con la mano no dominante, tirar de la piel en la zona hasta que esté tensa. Por ejemplo, si se usa la zona ventral del antebrazo, agarre su cara dorsal y tire suavemente hasta tensar la piel ventral.</p> <p>Insertar la punta de la aguja lo suficiente para colocar el bisel a través de la epidermis hasta el interior de la dermis.</p> <p>El perfil del bisel debe ser visible bajo la superficie cutánea.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Estabilizar la jeringa y la aguja. Inyectar el medicamento con cuidado y lentitud para que produzca un pequeño habón en la piel. · Sacar la aguja rápidamente con el mismo ángulo en que se introdujo. Activar el dispositivo de seguridad de la aguja. <p>No masajear la zona.</p> <p>o Desechar la jeringa y la aguja en el contenedor de objetos cortantes.</p> <p>Quitarse y desechar los guantes. Efectuar la higiene de las manos.</p>	<p>Una pequeña cantidad de aire no dañará los tejidos.</p> <p>La posibilidad de que el medicamento entre en el tejido subcutáneo aumenta cuando se usa un ángulo mayor de 15°</p> <p>Tensar la piel facilita la entrada de la aguja y que el paciente tenga menos molestias.</p> <p>Esto verifica que el medicamento ha entrado en la dermis.</p> <p>El masaje puede dispersar el medicamento en el tejido o a través de la zona de inserción de la aguja.</p> <p>No volver a colocar el capuchón en la aguja para evitar lesiones por pinchazo.</p>
--	--

<p>Rodear con un círculo la zona de inyección con tinta para observar la aparición de enrojecimiento o induración (endurecimiento), según las normas de la institución.</p> <p>Registrar toda la información relevante.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Registrar el material de prueba administrado, la hora, la dosis, la vía, el lugar y las evaluaciones de enfermería. 	
<p>ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR.</p> <p>Preparación</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar lavado de manos. 2. Comprobar la etiqueta de los medicamentos con atención frente al RAM para asegurarse de que se está preparando el medicamento correcto. <p>Seguir las tres comprobaciones para administración de medicamentos. Leer la etiqueta del medicamento: 1) cuando se coja del carro de medicamentos; 2) antes de extraer el medicamento, y 3) después de extraer el medicamento.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Organizar el equipo. <p>Realización</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Efectuar la higiene de las manos y seguir los procedimientos adecuados para el control de la infección (p. ej., guantes limpios). <p>Preparar el medicamento de la ampolla o vial para la extracción del fármaco.</p> <p>Siempre que sea posible cambie la aguja en la jeringa antes de la inyección.</p>	<p>Cumplir con la acción esencial en la seguridad al paciente en la disminución de IAAS (núm. 5)</p> <p>Como el exterior de una aguja nueva está libre de medicamento, no irrita los tejidos</p>

<p>· Invertir la aguja de la jeringa colocándola en la parte más alta y expulsar el aire.</p> <p>3. Proporcionar intimidad al paciente</p> <p>4. Preparar al paciente</p> <p>Antes de realizar el procedimiento, presentarse y verificar la identidad del paciente usando el protocolo de la institución.</p> <p>Ayudar al paciente a colocarse en una posición en decúbito supino, lateral, prono o sentado dependiendo de la zona elegida.</p> <p>Si el músculo diana es el glúteo medio (zona ventroglútea), poner al paciente en decúbito supino con la(s) rodilla(s) flexionada(s); en decúbito lateral, flexionar la pierna superior; y en decúbito prono, los dedos del pie hacia dentro.</p> <p>Obtener ayuda para sujetar a un paciente que no coopere.</p> <p>5. Explicar el objetivo del medicamento y cómo le ayudará, usando un lenguaje que el paciente pueda comprender. Incluir información relevante sobre los efectos del medicamento.</p> <p>6. Seleccionar, localizar y limpiar la zona.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Seleccionar una zona sin lesiones cutáneas, dolor, tumefacción, dureza ni inflamación localizada y una que no se haya usado con frecuencia. <p>Si las inyecciones van a ser frecuentes, alternar los sitios. Evitar el uso del mismo sitio dos veces en una fila.</p>	<p>subcutáneos cuando pasa hacia el interior del músculo.</p> <p>Esto asegura que el paciente correcto reciba el medicamento.</p> <p>Una posición adecuada favorece la relajación del músculo diana.</p> <p>El vasto lateral se recomienda para las inyecciones intramusculares en los lactantes. No hay vasos sanguíneos ni nervios importantes en esta zona, y es la masa muscular mayor del lactante. Se sitúa en la cara lateral y anterior del muslo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Obtener ayuda para inmovilizar a un lactante o un niño pequeño. <p>Uno de los progenitores puede sujetar al niño. Esto evita lesiones accidentales durante el procedimiento.</p> <p>NIÑOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Usar agujas que depositen el medicamento en la masa muscular principal; los lactantes y los niños suelen precisar agujas más pequeñas y cortas (calibre 22 a 25, 1,56 a 2,5 cm de longitud)
--	---

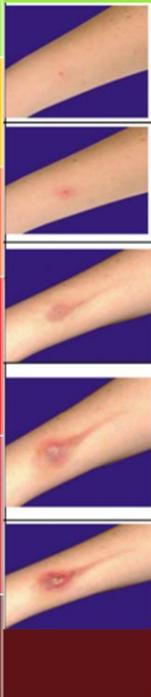
<p>Si es necesario, comentar con el médico que hizo la receta un método alternativo de administrar el medicamento.</p> <p>Localizar el lugar exacto para la inyección.</p> <p>Ponerse guantes.</p> <p>Limpiar la zona con una torunda con antiséptico. Usando un movimiento circular, comenzar en el centro del lugar y limpiaren círculos cada vez más anchos hasta unos 5 cm.</p> <p>Transferir y sujetar la torunda entre el tercer y cuarto dedos de mano no dominante preparado para retirar la aguja, o colocar la torunda sobre la piel del paciente por encima de la zona deseada.</p> <p>Dejar que la piel se seque antes de inyectar el medicamento.</p> <p>7. Preparar la jeringa para la inyección.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Retirar la cubierta de la aguja y desecharla sin contaminar la aguja. · Si se usa un medicamento unidosis precargado, tener la precaución de evitar que el medicamento gotee sobre la aguja antes de la inyección. Si esto ocurre, limpiar el medicamento de la aguja con una gasa estéril. Algunas fuentes recomiendan cambiar la aguja si es posible. <p>8. Inyectar el medicamento usando una técnica en Z.</p> <p>Usar el lado cubital de la mano no dominante para tirar de la piel alrededor de 2,5 cm hacia un lado. En algunas circunstancias, como en pacientes emaciados o en un lactante, puede pellizcarse el músculo.</p> <p>Mantener la jeringa entre el pulgar y el dedo índice (como si sujetara un bolígrafo), perforar la</p>	<p>Esto evita lesiones debidas a un movimiento brusco tras la introducción de la aguja.</p> <p>La información puede facilitar la aceptación del tratamiento y su cumplimiento.</p> <p>Esto reduce las molestias de las inyecciones intramusculares</p> <p>Esto ayudará a reducir las molestias de la inyección.</p>
--	---

<p>piel rápida y suavemente con un ángulo de 90° e insertar la aguja en el músculo.</p> <p>Mantener el cilindro de la jeringa estable con la mano no dominante y aspirar tirando del émbolo con la mano dominante. Aspirar durante 5-10 segundos.</p> <p>Si aparece sangre en la jeringa, extraer la aguja, desechar la jeringa y preparar una nueva inyección.</p> <p>Si la sangre no aparece, inyectar el medicamento de forma estable y lenta (aproximadamente 10 segundos por mililitro) mientras se mantiene la jeringa estable.</p> <p>Después de la inyección esperar 10 segundos.</p> <p>9. Sacar la aguja.</p> <ul style="list-style-type: none">· Sacar la aguja suavemente en el mismo ángulo de inserción.· Aplicar una presión suave en la zona con una esponja seca. <p>No es necesario masajear la zona de la inyección.</p> <p>10. Activar el dispositivo de seguridad de la aguja o desechar la aguja sin capuchón y la jeringa unida en el contenedor adecuado.</p> <p>11. Quitarse y desechar los guantes. Efectuar la higiene de las manos.</p> <p>12. Registrar toda la información relevante.</p> <ul style="list-style-type: none">· Incluir la hora de administración, el nombre del fármaco, la dosis, la vía y las reacciones del paciente. <p>13. Evaluar la eficacia del medicamento en el momento en que se espere que actúe.</p>	<p>El medicamento dejado sobre la aguja puede causar dolor cuando se deja a través del tejido subcutáneo (Nicoll y Hesby, 2002).</p> <p>Tirar de la piel y del tejido subcutáneo o pellizcar el músculo aumenta la firmeza y facilita la inserción de la aguja.</p> <p>El uso de un movimiento rápido disminuye las molestias del paciente</p> <p>El masaje puede hacer que el medicamento se filtre desde la zona y produzca irritación</p> <p>Si se produce una hemorragia, aplicar presión con una gasa estéril seca hasta que se detenga.</p>
---	---

ETAPA DE EVALUACIÓN.

- Corroborar permeabilidad de la terapia de infusión
- Valoración de grado de flebitis.

ESCALA DE VALORACION DE FLEBITIS

	Sin dolor, eritema, hinchazón ni cordón palpable	Sin Dolor	No signos de flebitis, OBSERVE punto de inserción	
	Dolor sin eritema, hinchazón ni cordón palpable en la zona de punción		Posible signo de flebitis, OBSERVE punto de inserción	
	Dolor con eritema, y/o hinchazón sin cordón palpable en la zona de punción	Dolor moderado	Inicio de flebitis, RETIRE el catéter	
	Dolor con eritema, y/o hinchazón, endurecimiento o cordón venoso palpable <6cm por encima del sitio de inserción		Etapa media de flebitis, RETIRE el catéter y valore el tratamiento	
	Dolor con eritema, y/o hinchazón, endurecimiento o cordón venoso palpable <6cm por encima del sitio de inserción y/o purulencia	Dolor Severo	Avanzado estado de flebitis, RETIRE el catéter y valore el tratamiento	
	Trombosis venosa franca, con todos los signos anteriores y dificultad o detención de la perfusión		Tromboflebitis, RETIRE el catéter e inicie el tratamiento	

EVALUACION DE LAS COMPETENCIAS ALCANZADAS DURANTE LA PRACTICA, MEDIANTE LISTA DE COTEJO (ANEXOS)

FICHA GENERAL DE LA PRACTICA

Nombre del Procedimiento:	del	5.-INSTALACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA Y OROGÁSTRICA.
Propósito del Procedimiento	del	El estudiante desarrollara las competencias del saber hacer en el procedimiento de instalación de sondas para poder intervenir de forma oportuna en situaciones específicas que se requieran la instalación de sondas.
Número de Estudiantes		15 alumnos por procedimiento
Alcance		Personal de enfermería, Pasantes de Enfermería y Estudiantes de Enfermería
Tiempo de dedicación		<ul style="list-style-type: none"> • Pre-laboratorio 20 minutos • Laboratorio 110 minutos • Post-laboratorio 20 minutos
Responsabilidad		<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera (o) del área operativa. • Médica (o)
Referencias		<ul style="list-style-type: none"> • Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. NOM-004-SSA3-2012. • NOM- 019-SSA3-2013, Para la práctica de Enfermería, en el Sistema Nacional de Salud. • NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. • Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Consejo de Salubridad General. Secretaría de Salud.

DEFINICIÓN: Corresponde a la introducción de una sonda flexible en la cavidad gástrica a través de las fosas nasales con fines alimenticios, terapéuticos y diagnósticos.

ETAPA DE VALORACION

OBJETIVO ESPECIFICOS:

- Administrar alimentación, medicamentos u otras sustancias terapéuticas por vía enteral al paciente pediátrico.

- Evaluar el contenido gástrico en sus diferentes características aspirando a través de ella.
- Disminuir la presión intragástrica.
- Realizar lavado gástrico.
- Evaluar el estado mental o la capacidad de colaborar con el procedimiento.

COMPLICACIONES:

- Erosión de la mucosa gástrica.
- Neumonía por aspiración.
- Hiperventilación. Bradicardia por estimulación de los reflejos vágales.
- Esofagitis por reflujo.

ETAPA DE PLANIFICACIÓN: PREPARACION DE EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS

- Mesa de procedimiento.
- Sonda de pequeño o gran calibre (preferiblemente, no de látex)
- Cinta adhesiva no alergénica, 2,5 cm de ancho
- Guantes limpios
- Lubricante hidrosoluble
- Jeringa de 20-50mL con adaptador
- Estetoscopio
- Gasa o toalla desechable
- Aparato de aspiración
- Detector de CO2 (opcional)

EQUIPO Y/O MATERIAL NECESARIO QUE DEBE DE LLEVAR EL ESTUDIANTE:

- Uniforme completo.
- Registros clínicos.
- Tijeras
- Historia clínica.
- Pluma de cuatro colores
- Reloj con segundos.
- Procedimiento con fundamentación.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

“INSTALACIÓN DE SONDA OROGÁSTRICA Y NASOGÁSTRICA”.

PROCEDIMIENTOS	FUNDAMENTACIÓN
1.-Identificar la persona y presentarnos con ella y su familiar.	Cumplir con la acción esencial en la seguridad al paciente (núm. .1)

Corroborar que este firmado el consentimiento informado por el familiar.	
2.-Realice lavado de manos de acuerdo con a las recomendaciones de la OMS.	Cumplir con la acción esencial en la seguridad al paciente en la disminución de IAAS (núm. 5)
3.-Preparación del equipo y llevarlo a la unidad del paciente.	Optimizar tiempos en la atención
4.-Explicarle el procedimiento al niño y familiares. Pedirle al familiar si es posible ayude a contener al niño.	Cumplir con las acciones esenciales en la seguridad de paciente, para disminuir eventos adversos con la mejora en la comunicación.
5.- Proporcionarle intimidad a la persona y colocar en posición Fowler o Semifowler si su estado de salud lo permite	Facilita el paso de la sonda
6.- Evalúe las fosas nasales o boca en el caso de los neonatos. Calce los guantes estériles. Pida al paciente que coloque la cabeza en hiperextensión y, usando una linterna, compruebe que los tejidos de las fosas nasales están intactos, así como la presencia de irritaciones o abrasiones. Examine la presencia de obstrucciones o deformidades de las fosas nasales pidiendo al paciente que respire por una fosa nasal mientras ocluye la otra. Seleccione la fosa que tenga la menor entrada de aire.	Respetar la anatomía de las vías respiratorias, disminuyendo el trauma en el procedimiento.
7.-Determine el calibre y la longitud a insertar. Use la sonda para marcar la distancia desde la punta de la nariz de la persona hasta el lóbulo de la oreja y después, desde el lóbulo hasta la punta del apéndice xifoides. En neonatos la colocación es SOG la medición se realizará desde la comisura de la boca de la persona hasta el lóbulo de la oreja y después, desde el lóbulo al punto medio entre el apéndice xifoides y la cicatriz umbilical.	Neonatos y lactantes :5-8 FR 18 meses -7 años :8 -10 FR 7- 10 años:10 -14 FR. 11-14 años:12-16 FR. La longitud corresponde, aproximadamente, a la distancia desde las fosas nasales al estómago. Los neonatos son respiradores nasales por lo tanto no se bloquea su vía de respiración.
8.-Marque esta longitud con cinta adhesiva si la sonda no tiene marcas.	Medida de seguridad, debido a que si se desplaza la sonda accidentalmente se podrá verificar su correcta posición.

<p>9.-Inserte la sonda. Lubrique bien la punta de la sonda con un lubricante hidrosoluble o agua para facilitar su inserción si es de colocación nasogástrica. se aplica anestésico de lidocaína tópica sobre el tubo o en la nariz del paciente para adormecer la zona. Inserte la sonda, con su curvatura natural hacia el paciente, en el orificio nasal seleccionado. Pida al paciente que hiperextienda el cuello e introduzca despacio la sonda hacia la nasofaringe. Si el paciente tiene náuseas, detenga el paso de la sonda por un momento, déjele descansar y pídale que respire unas cuantas veces y beba sorbos de agua para calmar el reflejo nauseoso. Con la colaboración del paciente, introduzca la sonda 5-10 cm con cada deglución, hasta introducir la longitud indicada. Si el paciente sigue teniendo arcadas y la sonda no avanza con cada deglución, retírela ligeramente e inspeccione la garganta desde la boca. Si se usa un detector de CO₂, después de que la sonda haya avanzado 30 cm se extrae aire con el detector. Cualquier cambio de color indicará la colocación de la sonda en el aparato respiratorio. Extraiga inmediatamente la sonda y vuelva a introducirla.</p>	<p>El lubricante permitirá el desplazamiento de la sonda con mayor facilidad. El lubricante hidrosoluble se disuelve si el tubo penetra accidentalmente en los pulmones, mientras que un lubricante oleoso, como la vaselina, no se disolverá y podría provocar complicaciones respiratorias si penetra en los pulmones.</p> <p>La hiperextensión del cuello reduce la curvatura de la unión nasofaríngea. Dirija la sonda por el suelo del orificio nasal y hacia la oreja del mismo lado Nunca se debe forzarla sonda contra una resistencia por el peligro de provocar lesiones.</p> <p>Una vez que la sonda llegue a la orofaringe, el paciente la notará y puede tener náuseas y arcadas. Pídale que incline la cabeza hacia delante y que beba y trague. La sonda puede enrollarse en la garganta; en ese caso, tire de ella hasta que se enderece y vuelva a intentar su inserción.</p>
<p>10.-Verifique la colocación correcta de la sonda:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ aspire el contenido del estómago y compruebe ❖ Colocar el estetoscopio sobre el epigastrio de la persona e inyecte 10-30 ml de aire en la sonda mientras se escuchan los silbidos. ❖ Si los signos indican la colocación de la sonda en los pulmones, extraiga la sonda y empiece de nuevo. 	<p>Una incorrecta localización de la sonda podría ocasionar un evento adverso.</p>

<p>❖ Si los signos no indican la colocación en los pulmones o el estómago, haga avanzar la sonda 5 cm y repita las pruebas.</p>	
<p>11.-Asegure la sonda con cinta en el puente nasal de la persona. Si la persona tiene una piel grasa, limpie primero la piel de la nariz. Corte 7,5 cm de cinta y divídala a lo largo por uno de sus extremos, dejando intacta una pestaña de 2,5 cm. Colocar la cinta sobre el puente de la nariz de la persona y coloque los extremos bajo la sonda, rodeándola, o bajo la sonda y volviendo sobre la nariz. O Compruebe que el tubo está en posición central antes de asegurarlo con esparadrapo para permitir el máximo flujo de aire y no irritar el borde lateral de los orificios nasales. En los neonatos fijar de acuerdo a lo establecido en la institución de salud.</p>	<p>Colocar la cinta de esta forma se evita que la sonda oprima e irrite el borde del orificio nasal.</p>
<p>12. Asegure la sonda en el pijama del paciente. Conecte una pieza de cinta adhesiva a la sonda y sujete la cinta al pijama. Retiré y deseché los guantes.</p>	<p>La sonda se fija para evitar que quede colgando o se tire de ella. Favorecer a la comodidad del paciente.</p>
<p>13.-Realice desinfección de manos con alcohol gel al 70%. Realice indicador con datos de acuerdo a la institución.</p>	<p>NOM-045-SSA2-2005 Para la vigilancia epidemiológica prevención y control de las infecciones nosocomiales.</p>
<p>14.- Efectúe la higiene de las manos.</p>	<p>Uno de los cinco momentos para realizar lavado de manos (OMS)</p>
<p>15.- Documente la información relevante: la inserción de la sonda, los medios por los que se determinó la colocación de la sonda y las respuestas del paciente (p. ej., molestia o distensión abdominal).</p>	<p>Cumplir con la NOM-004-SSA3-2012 Cumplir con el indicador de calidad del expediente clínico (núm. 7)</p>
<p>16.- Establezca un plan para los cuidados diarios de la sonda nasogástrica. ❖ Inspeccione el orificio nasal en busca de secreciones o irritación.</p>	<p>Práctica basada en evidencias. Cumplir con el modelo de atención de enfermería. Modelo de gestión de riesgos en infecciones nosocomiales (NOM-045-SSA2-2005)</p>

- ❖ Limpie el orificio nasal y la sonda con aplicadores humedecidos
- ❖ con punta de algodón.
- ❖ Aplique un lubricante hidrosoluble al orificio nasal si parece estar seco o con costras.
- ❖ Cambie la cinta adhesiva si es necesario.

ETAPA DE EVALUACIÓN:

Realice el seguimiento apropiado, como el grado de comodidad del paciente, su tolerancia a la sonda nasogástrica, la colocación correcta de la sonda nasogástrica en el estómago, el conocimiento de las restricciones por parte del paciente, el color y la cantidad del contenido gástrico si está conectado a una fuente de aspirado, o el contenido del estómago aspirado.



EVALUACION DE LAS COMPETENCIAS ALCANZADAS DURANTE LA PRACTICA, MEDIANTE LISTA DE COTEJO (Anexos)

FICHA GENERAL DE LA PRACTICA

Nombre de la Procedimiento:	6.-ALIMENTACIÓN ENTERAL O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR SONDA OROGÁSTRICA.
Propósito del Procedimiento	El alumno valora la necesidad de prevenir la malnutrición o corregir los problemas nutricionales cuando existan y la administración de medicamentos utilizando esta vía de forma segura y eficiente en los escenarios reales.
Número de alumnos Alcance	15 alumnos por procedimiento Personal de enfermería, Pasantes de Enfermería y Estudiantes de Enfermería
Tiempo de dedicación	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-laboratorio 20 minutos • Laboratorio 110 minutos • Post-laboratorio 20 minutos
Responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera del área (o)
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. NOM-004-SSA3-2012. • Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-418-11Alimentación Enteral del Recién Nacido Prematuro Menor o Igual a 32 Semanas de Edad Gestacional • NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. • Norma Oficial Mexicana NOM-- ECOL-- 087 Marco normativo CNDH SSA1 2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico infecciosos Clasificación y especificaciones de manejo • NOM- 019-SSA3-2013, Para la práctica de Enfermería, en el Sistema Nacional de Salud. • Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Consejo de Salubridad General.Secretaría de Salud.

OBJETIVOS:

- Restaurar o mantener el estado de salud.
- Cubrir con las necesidades energéticas.
- Administración de medicamentos

ETAPA DE VALORACION

- Cualquier signo clínico de malnutrición o deshidratación.
- Alergias a cualquier alimento que se administre.
- Si el paciente tiene intolerancia a la lactosa, comprobar la fórmula de alimentación por sonda. Avisar al médico si existen incompatibilidades.
- La presencia de ruidos intestinales.
- Cualquier problema que sugiera falta de tolerancia de alimentos anteriores (p. ej., retraso del vaciamiento gástrico, distensión abdominal, diarrea calambres o estreñimiento).

COMPLICACIONES

- Broncoaspiración
- Irritación de la mucosa

ETAPA DE PLANIFICACIÓN: PREPARACION DE EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS NECESARIOS

- Corroborar con las indicaciones medicas el tipo y cantidad de la solución de alimentación
- Jeringa de 60 ml con catéter en la punta o bolsa para nutrición enteral.
- Riñón para vómitos
- Guantes limpios
- Jeringa grande o bolsa de plástico calibrada para alimentación con etiqueta y tubos que puedan conectarse con la sonda de alimentación o un frasco precargado con una cámara de goteo, tubos y pinza reguladora del flujo
- Envase medidor, desde el que verter la mezcla (si se usa un sistema abierto)
- Agua (60 ml, a menos que se especifique lo contrario) a temperatura ambiente
- Bomba de alimentación, si es necesario.

EQUIPO Y/O MATERIAL NECESARIO QUE DEBE DE PRESENTAR EL ESTUDIANTE:

- Uniforme completo
- Historia clínica
- Registros clínicos de enfermería
- Formato de Place
- Tijeras
- Calculadora
- Pluma de cuatro colores

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

“ALIMENTACIÓN O ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTO POR SONDA”

<p>Revisar orden médica, tipo de dieta y cantidad.</p>	<p>Acciones esenciales en la seguridad del paciente. Comunicación efectiva entre profesionales.</p>
<p>1. Antes de aplicar el procedimiento, preséntese a sí mismo y compruebe la identidad del paciente siguiendo el protocolo de la institución.</p> <p>Preparación</p> <p>Ayude a la persona a adoptar la posición de Fowler (elevación al menos de 30°) en la cama o sentado en una silla, la posición normal para comer. Si la posición sedente está contraindicada, se puede aceptar una posición en decúbito lateral derecho ligeramente elevada.</p> <p>Compruebe que la sonda en este adecuadamente fijada y compruebe que se encuentre en la cavidad gástrica.</p> <p>Informe al paciente de lo que se va a hacer, por qué es necesario hacerlo y cómo puede cooperar.</p> <p>Informe al paciente de que la alimentación no debería causarle molestias, pero sí una sensación de saciedad.</p>	<p>Cumplir con las acciones esenciales en la seguridad de paciente, para disminuir eventos adversos.</p> <p>En estas posiciones mejora el flujo gravitacional de la solución y se previene la aspiración de líquido hacia los pulmones. Disminuir riesgo de eventos adversos.</p>
<p>2. Efectúe la higiene de las manos y siga los procedimientos adecuados para el control de la infección (p. ej., guantes limpios).</p>	<p>Acción en la seguridad del paciente para disminución de IAAS (núm. 5)</p>
<p>3. Proporcione intimidad al paciente para este procedimiento, si este así lo desea. La alimentación por sonda puede resultar embarazosa para algunas personas.</p>	<p>Derecho del paciente.</p>
<p>4.-Administre la toma. Antes de administrar la toma: Compruebe la fecha de caducidad del alimento.</p>	<p>Un alimento excesivamente frío puede provocar calambres abdominales.</p>

<p>Corroborar que el alimento se encuentre a temperatura ambiente. Cuando se use un sistema abierto, limpie la parte superior del contenedor del alimento con alcohol antes de abrirlo.</p>	
<p>Bolsa de alimentación (sistema abierto) Coloque en la bolsa de alimentación una etiqueta que indique la fecha, la hora de comienzo de la alimentación y las iniciales del profesional de enfermería. Cuelgue la bolsa con la etiqueta de una percha de infusión, unos 30 cm por encima del punto de entrada, de la sonda en el cuerpo del paciente. Pince el tubo y añada la fórmula a la bolsa. Abra la pinza, deje que la fórmula recorra el tubo y vuelva a pinzar la sonda. Conecte la bolsa a la sonda de alimentación y regule el goteo ajustando la pinza según el factor de goteo de la bolsa (p. ej., 20 gotas/ml) si no se usa una bomba.</p>	<p>A esta altura, el preparado deberá fluir a un ritmo seguro hacia el estómago o el intestino. La fórmula desplazará el aire del tubo, evitando que se instile aire en exceso en el estómago o intestino del paciente.</p>
<p>Jeringa (sistema abierto) Retire el émbolo de la jeringa y conéctela a una sonda nasogástrica doblada o pinzada. Añada la mezcla al cuerpo de la jeringa. Permita que fluya lentamente a la velocidad prescrita. Levante o baje la jeringa para ajustar el flujo según se necesite. Doble o pince el tubo para interrumpir el flujo durante 1 minuto si el paciente tiene molestias.</p>	<p>Al pinchar o doblar la sonda se previene que entre el exceso de aire en el estómago y provoque distensión. Administrar rápidamente los alimentos puede provocar flato, calambres o vómitos. Disminuir riesgo de eventos adversos.</p>
<p>5.-Instile 50-100 ml de agua a través de la sonda o del acceso de medicamentos. Compruebe que se añade el agua antes de que la solución de alimentación haya salido del cuello de una jeringa o del tubo</p>	<p>El agua lava la luz de la sonda, para prevenir el bloqueo en el futuro por una fórmula pegajosa o infecciones.</p>
<p>6. Pinzar la sonda de alimentación. Pince la sonda de alimentación antes de que se haya instilado toda el agua. Fundamento:</p>	<p>El pinzamiento previene las pérdidas e impide que el aire entre en el tubo.</p>
<p>7.- Garantice el confort y la seguridad del paciente.</p>	<p>Se reducen los tirones de la sonda, lo que evita molestias y desprendimientos.</p>

<p>Asegure el tubo en el pijama del paciente. Pida al paciente que se quede sentado en la posición de Fowler o en decúbito lateral derecho ligeramente elevado, al menos durante 30 minutos. Compruebe la política del centro sobre la frecuencia del cambio de sonda nasogástrica y el uso de sondas de lúmenes más pequeños si se ha introducido una sonda de gran calibre.</p>	<p>Estas posturas facilitan la digestión y el movimiento del alimento desde el estómago. hacia el tubo digestivo, y previenen la posible aspiración de la fórmula hacia los pulmones. Estas medidas previenen la irritación y la erosión de las mucosas faríngeas y esofágicas.</p>
<p>8.-Deseche correctamente el equipo. Si el equipo se va a reutilizar, lávelo con agua y jabón y déjelo listo para el siguiente uso. Cambie el equipo cada 24 horas o de acuerdo con la política del centro. Retire y deseche los guantes. Efectúe la higiene de las manos.</p>	
<p>9. Documente toda la información relevante. Documente la alimentación, incluyendo la cantidad y los tipos de líquidos administrados (alimentación más el agua que se haya usado para limpiar el tubo), la duración de la alimentación y las valoraciones del paciente. Anote el volumen de la toma y del agua administrada en el registro de entradas y salidas del paciente.</p>	<p>Cumplir con la NOM-004-SSA3-2012 Cumplir con el indicador de calidad de expediente clínico (núm. 7)</p>
<p>10.- Vigile los posibles eventos adversos. Evalúe atentamente la aparición de problemas en los pacientes que reciben alimentos por sonda.</p>	<p>Práctica basada en evidencias. Cumplir con el modelo de atención de enfermería.</p>
<p>Variación: alimentación continua con gotero Pince el tubo al menos cada 4-6 horas, o según indique el protocolo del centro o del fabricante, y mida el contenido gástrico. Después, purgue el tubo con 30-50 ml de agua. Determine el protocolo del centro sobre la retención de la alimentación. En muchos centros se retienen las tomas si se aspiran más de 75-100 ml.</p>	<p>Se determina si la absorción es adecuada y se verifica la colocación correcta de la sonda. Si se duda de la colocación de una sonda de pequeño calibre, se debe repetir la radiografía.</p>

<p>Para prevenir desperdicios o contaminación bacteriana, no deje la solución de alimentación colgada más de 4-8 horas.</p> <p>Compruebe la política del centro o las recomendaciones del fabricante sobre los límites de tiempo.</p> <p>Siga la política del centro sobre la frecuencia de cambio de la bolsa y el tubo de alimentación. El cambio de la bolsa y del tubo cada 24 horas reduce el riesgo de contaminación.</p>	<p>Modelo de gestión de riesgos en infecciones nosocomiales (NOM-045-SSA2-2005)</p>
---	---

ETAPA DE EVALUACIÓN

Realice una exploración de seguimiento de los siguientes aspectos:

- Tolerancia de la fórmula (p. ej., náuseas, calambres)
- Ruidos intestinales
- Patrón de eliminación fecal (p. ej., diarrea, flatulencia, estreñimiento)
- Turgencia de la piel
- Diuresis y densidad de la orina
- Glucosa y acetona en orina
- Relacione las observaciones con los datos previos si están disponibles.
- Comunique las desviaciones significativas de la normalidad al médico.
- Regurgitación y sensación de plenitud después de la toma
- Aumento o pérdida de peso



EVALUACION DE LAS COMPETENCIAS ALCANZADAS DURANTE LA PRACTICA, MEDIANTE LISTA DE COTEJO (Anexos)

FICHA GENERAL DE LA PRACTICA

Nombre de la Procedimiento:	7.-ALIMENTACIÓN ENTERAL MEDIANTE SONDA DE GASTROSTOMÍA O YEYUNOSTOMÍA.
Propósito del Procedimiento	El alumno valora la necesidad de prevenir la malnutrición o corregir los problemas nutricionales cuando existan y la administración de medicamentos utilizando esta vía de forma segura y eficiente en los escenarios reales.
Número de Estudiantes	15 alumnos por procedimiento
Alcances	Personal de enfermería, Pasantes de Enfermería y Estudiantes de Enfermería
Tiempo de dedicación	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-laboratorio 20 minutos • Laboratorio 110 minutos • Post-laboratorio 20 minutos
Responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera (o) del área operativa
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. NOM-004-SSA3-2012. • Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-418-11Alimentación Enteral del Recién Nacido Prematuro Menor o Igual a 32 Semanas de Edad Gestacional • NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. • Norma Oficial Mexicana NOM-- ECOL-- 087 Marco normativo CNDH SSA1 2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico infecciosos Clasificación y especificaciones de manejo • NOM- 019-SSA3-2013, Para la práctica de Enfermería, en el Sistema Nacional de Salud. • Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Consejo de Salubridad General.Secretaría de Salud.

OBJETIVOS:

- Restaurar o mantener el estado de salud.
- Administración de medicamentos
- Cubrir las necesidades nutricionales.

INDICACIONES:

- La alimentación enteral.

ETAPA DE PLANIFICACIÓN: PREPARACION DE EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS NECESARIO.

- Cantidad correcta de la solución de alimentación
- Contenedor graduado y tubo con pinza para retener la fórmula
- Jeringa de 60 ml con catéter en la punta.
- Guantes estériles.

MATERIAL Y EQUIPO QUE DEBE DE PRESENTAR EL ESTUDIANTE.

- Uniforme completo.
- Registros clínicos.
- Pluma de cuatro colores.
- Historia clínica
- Formato de PLACE

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

“ALIMENTACIÓN ENTERAL MEDIANTE SONDA DE GASTROSTOMÍA O YEYUNOSTOMÍA”.

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTACIÓN
1. Antes de iniciar el procedimiento, preséntese identifique al paciente y presentarse con él. Informe al paciente el procedimiento que se le va a realizar y el objetivo y cómo puede cooperar.	Cumplir con las acciones esenciales en la seguridad de paciente, para disminuir eventos adversos.
2. Efectúe la higiene de las manos y siga los procedimientos adecuados para el control de la infección (p. ej., guantes limpios).	Cumplir con las acciones de seguridad al paciente en la disminución de IAAS (acción número cinco)
3. Proporcione intimidad al paciente.	Derecho del paciente. Modelo de atención de enfermería.
4. Evalué y prepare al paciente	Práctica basada en evidencia. Modelo de atención de enfermería.

<p>5. Inserte una sonda de alimentación, si no se ha hecho antes.</p> <p>Usando guantes, retire el vendaje; después, deseche el vendaje y los guantes en una bolsa a prueba de humedad.</p> <p>Lávese las manos y póngase guantes nuevos.</p> <p>Lubrique el extremo de la sonda e introdúzcala 10-15 cm en la abertura de la ostomía.</p>	
<p>6. Compruebe la localización y permeabilidad de una sonda previamente instalada.</p> <p>Determine la colocación correcta de la sonda aspirando las secreciones.</p> <p>Siga la política del centro sobre la cantidad de fórmula residual.</p> <p>En cuanto a la alimentación continua, compruebe la cantidad residual cada 4-6 horas y retenga los alimentos según la política del centro.</p> <p>Quite el émbolo de la jeringa. Vierta 15-30 ml de agua en la jeringa, quite la pinza de la sonda y deje que el agua fluya por la sonda.</p> <p>Si el agua no fluye libremente, avise al profesional de enfermería responsable o al médico de atención primaria</p>	<p>Se determina la permeabilidad de la sonda. Si el agua fluye libremente, la sonda está permeable.</p>
<p>7. Administre la fórmula.</p> <p>Sujete el cuerpo de la jeringa 7-15 cm por encima de la abertura de la ostomía.</p> <p>Vierta lentamente la solución en la jeringa y déjela fluir a través de la sonda por gravedad.</p> <p>Inmediatamente antes de que toda la fórmula haya bajado y de que la jeringa esté vacía, añada 30 ml de agua.</p>	<p>Permeabilizar la sonda y eliminar residuos que genere desarrollo de bacterias.</p>
<p>8. Garantice el confort y la seguridad del paciente.</p> <p>Después de la toma, pida al paciente que se quede sentado o en decúbito lateral derecho ligeramente elevado durante al menos 30 minutos.</p> <p>Evalúe la situación de la piel periestomía.</p> <p>Documente las zonas cutáneas enrojecidas o lesionadas.</p>	<p>Se reduce el riesgo de aspiración.</p> <p>El drenaje gástrico o yeyuno contiene enzimas digestivas que pueden irritar la piel.</p>

<p>En general, la piel periestomía se lava con un jabón suave y agua al menos una vez al día.</p> <p>La sonda puede rotar entre el pulgar y el índice para liberar el material pegajoso y favorecer la formación del tracto.</p> <p>Se puede aplicar vaselina, pomada de óxido de zinc u otro protector cutáneo rodeando el estoma y cuadrados de gasa de 10 x 10 precortados rodeando la sonda.</p> <p>Estos cuadrados precortados se cubren con otros cuadrados de gasa de 10x10 normales y se enrolla la sonda en ellos y se sujetan con esparadrapo.</p> <p>Observe las complicaciones habituales de los alimentos enterales: aspiración, hiperglucemia, distensión abdominal, diarrea e impactación fecal.</p> <p>A menudo, un cambio de la fórmula o de la velocidad de administración puede corregir los problemas.</p> <p>Cuando proceda, enseñe al paciente a administrar los alimentos e indíquele cuándo debe avisar al personal de salud sobre los problemas.</p>	
<p>9.-Realizar lavado de manos.</p>	
<p>9. Documente todas las evaluaciones e intervenciones</p>	<p>Cumplir con la NOM-004-SSA3-2012 Cumplir con el indicador de calidad del expediente clínico (núm. 7)</p>



EVALUACION DE LAS COMPETENCIAS ALCANZADAS DURANTE LA PRACTICA, MEDIANTE LISTA DE COTEJO (Anexos)

FICHA GENERAL DE LA PRACTICA

Nombre del Procedimiento:	8.-BALANCE HÍDRICO PEDIÁTRICO.
Propósito del Procedimiento	El alumno identificara signos de desequilibrio hídrico que le ayudara a intervenir de forma independientes e interdependientes para mantener el equilibrio hídrico en el paciente pediátrico.
Número de Estudiantes	15 alumnos por procedimiento
Alcance	Personal de enfermería, Pasantes de Enfermería y Estudiantes de Enfermería
Tiempo de dedicación	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-laboratorio 20 minutos • Laboratorio 50 minutos • Post-laboratorio 20 minutos
Responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera (o) del área operativa

DEFINICION: Es la cuantificación y registro de todos los ingresos y egresos de un paciente pediátrico, en un periodo de tiempo sujeto a variaciones de acuerdo a la necesidad y condición del paciente.

OBJETIVO: Cuantificar los aportes y pérdidas de líquidos en el paciente durante un tiempo determinado, para la valoración del equilibrio hidroelectrolítico.

INDICACIONES:

- Pacientes con deshidratación.
- Trastornos digestivos (EDA, Vómitos)
- Trastornos renales. Trastornos cardiacos.
- Pacientes en estado crítico.
- Trastornos del equilibrio acido básico y neurológico.
- Quemaduras.
- Post operado.
- Con fluidoterapia permanente endovenoso.
- Malnutridos, trastornos metabólicos.
- En reposo gástrico.

ETAPA DE PLANIFICACIÓN: PREPARACION DE EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS NECESARIO.

- Balanza de peso para el paciente.
- Balanza de peso de pañales.
- Recipientes graduados o milimétricos.
- Ropa limpia.
- Guantes desechables.
- Pañales.
- Bolsa colectora.

MATERIAL Y EQUIPO QUE EL ALUMNO DEBE DE PRESENTAR EL ESTUDIANTE.

- Uniforme completo.
- Registros clínicos.
- Tabla de valoración de grados de deshidratación.
- Pluma de cuatro colores.
- Calculadora.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

“BALANCE HÍDRICO PEDIÁTRICO”

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTACIÓN
1.-Identificar al paciente y presentarnos con él y su familiar.	Cumplir con las acciones esenciales en la seguridad al paciente (núm.1)
2.-Realizar lavado de manos de acuerdo a las recomendaciones de la OMS.	Cumplir con las acciones esenciales en la seguridad al paciente en la disminución de IAAS (núm. 5)
3.- Valorar el estado general del paciente: nivel de conciencia, presencia de edemas, signos de deshidratación y detección de signos de alarma. Explicar al niño y familiar el procedimiento.	Práctica basada en evidencia. Modelo de atención de enfermería.
4.- Pesar al paciente, (en lo posible con menor cantidad de ropa, sin pañal en un ambiente adecuado)	Realizar una adecuada valoración del peso basal del niño.
5.-Aplicar IEC (informar, educar y comunicar) a la madre y/o cuidador acerca del procedimiento y la importancia de su participación. Controlar, monitorear cuantificar y registrar la cantidad de ingesta en los diferentes turnos.	Modelo de atención de enfermería. Reducir eventos adversos con la mejora en la comunicación.

<p>Supervisar el peso de la bandeja con la dieta antes y después de la ingesta y anotar la diferencia entre ambos pesos. Los medicamentos que se registran por vía oral serán cuantificados en jeringas debidamente rotuladas para este uso y/o cucharaditas de medidas. Se cuantifica estrictamente los volúmenes de líquidos intravenosos, incluyendo medicamentos parenterales administrados al paciente y registrar los ingresos en la hoja de balances.</p>	<p>Consideran todas los ingresos y egresos del paciente.</p>
<p>6.-Registra los egresos de balance hídrico. Hacer la sumatoria de los egresos. Se procede a realizar el cálculo de la diferencia entre el ingreso y el egreso registrando el resultado en la hoja de balance hídrico.</p>	<p>Cumplir con la NOM-004-SSA3-2012 Cumplir con el indicador de calidad de enfermería (núm. 7)</p>



EVALUACION DE LAS COMPETENCIAS ALCANZADAS DURANTE LA PRACTICA, MEDIANTE LISTA DE COTEJO (Anexos)

FICHA GENERAL DE LA PRACTICA

Nombre del Procedimiento:	9.-OXIGENOTERAPIA (CÁNULA NASAL O MASCARILLA)
Propósito del Procedimiento.	El alumno establecerá intervenciones independientes se interdependientes para mejorar el patrón respiratorio y con esto evitar complicaciones en el paciente.
Número de alumnos	15 alumnos por procedimiento
Alcance	Personal de enfermería, Pasantes de Enfermería y Estudiantes de Enfermería
Tiempo de dedicación:	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-laboratorio 20 minutos • Laboratorio 120 minutos • Post-laboratorio 20 minutos
Responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera (o) del área operativa
Referencia	<ul style="list-style-type: none"> • Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. NOM-004-SSA3-2012. • NOM- 019-SSA3-2013, Para la práctica de Enfermería, en el Sistema Nacional de Salud. • Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Consejo de Salubridad General.Secretaría de Salud.

DEFINICION: Es la administración de oxígeno suplementario por los diferentes dispositivos para su administración.

INDICACIONES:

Cánula

- Administrar una concentración de oxígeno un Fio2 menor de 40% cuando solo se requiere un apoyo mínimo de oxígeno.
- Permitir la administración ininterrumpida de oxígeno mientras el paciente ingiere alimentos o líquidos.

Mascarilla

- Proporcionar un apoyo moderado de Oxígeno y una concentración mayor de 40% de Fio₂ de oxígeno o humedad que lo aportado con la cánula

ETAPA DE VALORACION

- Color de piel y mucosas: observar si hay cianosis.
- Patrones respiratorios: observar la profundidad de las respiraciones y la presencia de taquipnea, bradipnea u ortopnea.
- Movimientos torácicos: observar si hay tiraje intercostal, subesternal, supraesternal, supraclavicular o traqueal durante la inspiración Y la espiración.
- Configuración de la pared torácica (p. ej., cifosis).
- Ruidos pulmonares audibles mediante auscultación del tórax.
- Presencia de signos clínicos de hipoxemia: taquicardia, taquipnea, intranquilidad, disnea, cianosis y confusión. La taquicardia y la taquipnea son signos precoces, mientras que la confusión es un signo tardío de privación importante de oxígeno.
- Presencia de signos clínicos de hipercapnia: intranquilidad, hipertensión, cefalea, obnubilación o temblor.
- Presencia de signos clínicos de la toxicidad del oxígeno: irritación traqueal y tos, disnea y descenso de la ventilación pulmonar.

Determinar

- La solicitud de oxígeno, el dispositivo de administración y el flujo (l/mln) o porcentaje de oxígeno indicados.
- Los niveles de oxígeno (PaO₂) y dióxido de carbono (PaCO₂) en sangre arterial (la PaO₂ normalmente es de 80 a 100 mmHg).
- Constantes vitales, en especial, frecuencia y calidad del pulso, y ritmo y profundidad de la respiración.
- Si el paciente tiene EPOC. La concentración alta de dióxido de carbono en sangre es el estímulo normal para respirar, pero las personas con EPOC tienen una concentración crónicamente elevada de dióxido de carbono y su estímulo para respirar es la hipoxemia.
- Durante la administración continua de oxígeno se miden periódicamente los niveles de oxígeno (PaO₂) y dióxido de carbono (PaCO₂) en la gasometría arterial para vigilar la hipoxemia.
- Resultados de los estudios diagnósticos, como la radiografía de tórax.
- Hemoglobina, hematocrito y hemograma completo.
- Niveles de la saturación de oxígeno.
- Valorar Gasometría arterial.
- Pruebas de función pulmonar, si es posible.

COMPLICACIONES.

- Irritación de las mucosas
- UPP por los dispositivos
- Hipoxia/hiperoxia.

ETAPA DE PLANIFICACIÓN: PREPARACION DE EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS NECESARIO

Cánula

- Suministro de oxígeno con un caudalímetro y un adaptador
- Humidificador con agua destilada o agua del grifo según el protocolo de cada centro de salud
- Cánula nasal y conductos
- Almohadillado de la banda elástica

Mascarilla

- Suministro de oxígeno con un caudalímetro y un adaptador
- Humidificador con agua destilada o agua del grifo según el protocolo de cada centro de salud
- Mascarilla prescrita del tamaño apropiado
- Almohadillado de la banda elástica

Fio2 que aporta cada dispositivo de acuerdo a litros de oxígeno.

DISPOSITIVO	FLUJO	Fio2
Puntas nasales	1lt/min	24%
	2lt/min	28%
	3lt/min	32%
	4lt/min	36%
	5lt/min	40%
Mascarilla simple	5-6lt/min	40%
	6-7lt/min	50%
	7-8lt/min	60%
Mascarilla con reservorio	4-10lt/min	60-100%

PREPARACION DE EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS QUE DEBEN DE PRESENTAR LOS ESTUDIANTES.

- Uniforme completo
- Escala de valoración de Silverman
- Tabla de aporte de Fio2 por cada dispositivo
- Registros clínicos
- Plumas de cuatro colores
- Historia clínica
- Formato de PLACE

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

“OXIGENOTERAPIA (CÁNULA NASAL O MASCARILLA)”

PROCEDIMIENTO.	FUNDAMENTACIÓN
<p>PREPARACIÓN</p> <p>1. Valorar la necesidad de oxigenoterapia y verificar la solicitud de este tratamiento. Realizar una evaluación respiratoria para obtener los datos basales.</p>	<p>Modelo de atención de enfermería. Práctica basada en evidencia.</p>
<p>2. Preparar al paciente. Ayudar al paciente a adoptar una posición de semi-Fowler, si es posible. Explicar que el oxígeno no es peligroso cuando se observan las precauciones de seguridad. Informar al paciente y al personal de apoyo sobre las precauciones de seguridad en relación con el uso de oxígeno.</p>	<p>Esta postura permite la expansión torácica de una forma más sencilla y, por tanto, es más fácil respirar. Práctica basada en evidencia. Modelo de atención de enfermería.</p>
<p>REALIZACIÓN</p> <p>1.-Antes de realizar el procedimiento hay que presentarse uno mismo y comprobar la identidad del paciente siguiendo el protocolo de la institución. Informar al paciente de lo que se va a hacer, por qué es necesario hacerlo y cómo puede cooperar. Explicarle cómo se usarán los resultados de la oxigenoterapia en la planificación de los cuidados o tratamientos posteriores.</p>	<p>Cumplir con las acciones de seguridad al paciente (núm. 1). Disminuir los eventos de adversos al mejorar la comunicación.</p>

<p>2. Efectuar la higiene de las manos y seguir los procedimientos adecuados para el control de la infección.</p>	<p>Acción números cinco en la seguridad del paciente para a disminución de IAAS</p>
<p>3. Proporcionar intimidad al paciente, si procede.</p>	<p>Derecho del paciente.</p>
<p>4. Configurar el equipo de oxígeno y el humidificador. Conectar el caudalímetro a la toma de pared o a la bombona, llenar el frasco del humidificador. Conectar el frasco del humidificador a la base del caudalímetro. Conectar el conducto de oxígeno y el dispositivo de administración prescritos (o de acuerdo a valoración) con el humidificador.</p>	
<p>5. Encender el oxígeno con la velocidad prescrita y garantizar el funcionamiento adecuado. Comprobar que el oxígeno fluye libremente por el conducto. No debe haber acodamientos, y las conexiones deberán ser estancas. En el humidificador debe haber burbujas cuando el oxígeno fluye. Se debe sentir el oxígeno en las salidas de la cánula, mascarilla o tienda. Configurar el oxígeno con el flujo solicitado</p>	
<p>6. Aplicar el dispositivo de administración de oxígeno apropiado. Cánula Poner la cánula sobre la cara del paciente, ajustando las gafas en las fosas nasales y la banda elástica rodeando la cabeza Algunos modelos tienen una tira que se ajusta bajo la barbilla. Si la cánula no está en su lugar, poner una cinta a ambos lados de la cara. Poner una almohadilla en el conducto y en la banda sobre las orejas y las mejillas, según necesidades. Mascarilla</p>	

<p>Llevar la mascarilla sobre la cara del paciente y aplicarla desde la nariz hacia abajo. Ajustar la mascarilla al contorno de la cara Asegurar la banda elástica rodeando la cabeza del paciente, para que la mascarilla se sienta confortable pero ajustada. Almohadillar la banda detrás de las orejas y sobre las prominencias óseas.</p>	<p>La mascarilla debe amoldarse a la cara, de manera que se escape muy poco oxígeno hacia los ojos, las mejillas o la barbilla.</p> <p>El almohadillado evitará la irritación.</p>
<p>7. Valorar regularmente al paciente. Valorar las constantes vitales, el nivel de ansiedad, el color y la facilidad de las respiraciones, y dar apoyo mientras el paciente se adapta al dispositivo. o Valorar al paciente en 15 o 30 minutos, dependiendo de su situación, y periódicamente después. Valorar regularmente los signos clínicos de hipoxia, taquicardia, confusión, disnea, intranquilidad y cianosis. Revisar la saturación de oxígeno o la gasometría arterial, si es posible.</p> <p>Cánula nasal Valorar los orificios nasales en busca de incrustaciones e irritación. Aplicar un lubricante hidrosoluble si es necesario para suavizar las mucosas. Valorar la parte superior de las orejas del paciente por si la tira de la cánula provoca irritaciones. En ese caso, el almohadillado con una gasa puede aliviar las molestias.</p> <p>Mascarilla o tienda facial Inspeccionar con frecuencia la piel de la cara, en busca de humedades o rozaduras, y secarlas y tratarlas según las necesidades.</p>	<p>Práctica basada en evidencia. Cumplir con el modelo de atención de enfermería.</p>
<p>8. Inspeccionar periódicamente el equipo. Comprobar el flujo y el nivel de agua en el humidificador a los 30 minutos y siempre que se atienda al paciente.</p>	<p>Modelo de atención de enfermería. Práctica basada en enfermería.</p>

<p>Comprobar que el agua no se acumula en las zonas colgantes del tubo. Comprobar que se siguen las precauciones de seguridad.</p>	
<p>9. Documentar los resultados en el historial del paciente utilizando formularios o listas de comprobación complementadas con notas narrativas cuando proceda.</p>	<p>Cumplir con la NOM-004-SSA3-2012 Cumplir con el indicador de calidad del expediente clínico (núm. 7)</p>

ETAPA DE EVALUACION

Realizar el seguimiento según los resultados que se desvíen de lo esperado o de la normalidad para ese paciente.

Relacionar las observaciones con los datos previos si están disponibles (p. ej., comprobar la saturación de oxígeno para evaluar la oxigenación adecuada).

Mejoría en el patrón respiratorio y demás constantes vitales.

Evaluar ajustar el Fio2 de acuerdo al patrón respiratorio, saturación e indicaciones médicas.



EVALUACION DE LAS COMPETENCIAS ALCANZADAS DURANTE LA PRACTICA, MEDIANTE LISTA DE COTEJO (Anexos)

FICHA GENERAL DE LA PRACTICA

Nombre del Procedimiento:	10.-ASPIRACIÓN DE SECRECIONES (BUCOFARÍNGEA, NASOFARÍNGEA Y NASOTRAQUEAL).
Propósito del Procedimiento.	El estudiante las habilidades técnicas en el procedimiento de aspiración de secreciones que le ayude a establecer un plan de cuidados e intervenciones oportunas y seguras para el paciente.
Número de alumnos Alcance	15 alumnos por procedimiento Personal de enfermería, Pasantes de Enfermería y Estudiantes de Enfermería
Tiempo de dedicación:	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-laboratorio 20 minutos • Laboratorio 120 minutos • Post-laboratorio 20 minutos
Responsabilidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera (o) del área operativa.
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. NOM-004-SSA3-2012. • NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. • Norma Oficial Mexicana NOM-- ECOL-- 087 Marco normativo CNDH SSA1 2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico infecciosos Clasificación y especificaciones de manejo • NOM- 019-SSA3-2013, Para la práctica de Enfermería, en el Sistema Nacional de Salud. • Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Consejo de Salubridad General.Secretaría de Salud.

DEFINICION: La aspiración de secreciones es la extracción de secreción de la faringe y de la tráquea del paciente, para mantener las vías respiratorias permeables. El procedimiento debe ser estéril a través de la cavidad bucal, nasofaríngea, endotraqueal, para extraer las secreciones acumuladas en el tracto respiratorio.

OBJETIVOS

- Eliminar las secreciones que obstruyen la vía respiratoria
- Mejorar la ventilación

- Obtener secreciones con fines diagnósticos
- Prevenir la infección como consecuencia de las secreciones acumuladas

ETAPA DE VALORACION

Valorar los signos clínicos que indican la necesidad de aspiración:

- Agitación, ansiedad
- Respiraciones ruidosas
- Ruidos respiratorios adventicios (anormales) al auscultar el tórax
- Cambios del estado mental
- Color de la piel
- Frecuencia y patrón de respiraciones
- Pulso y ritmo cardíaco
- Disminución de la saturación de oxígeno

ETAPA DE PLANIFICACIÓN: PREPARACION DE EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS NECESARIO

Aspiración oral y nasofaríngea o nasotraqueal (con una técnica estéril)

- Toalla o almohadilla impermeable
- Equipo de aspiración portátil o de pared, con tubos, receptáculo colector y manómetro de aspiración
- Contenedor estéril desechable para los líquidos
- Solución salina normal o agua estériles
- Gafas o escudo facial, si procede
- Bolsa desechable impermeable
- Aspiración con un dispositivo para el esputo, si se va a obtener una muestra

Aspiración oral y bucofaríngea (con una técnica limpia)

- Sonda de aspiración de Yankauer o sistema de sonda de aspiración
- Guantes limpios

Aspiración nasofaríngea o nasotraqueal (con una técnica estéril)

- Guantes estériles
- Estuche estéril de sonda de aspiración (12 a 18 Fr para adultos, 8 a 10 Fr para niños y 5 a 8 Fr para lactantes)
- Lubricante hidrosoluble
- Conector en Y

MATERIAL Y QUIPO QUE DEBE DE PRESENTAR EL ESTUDIANTE:

- Uniforme Completo
- Caso Clínico
- Hoja de Place
- Pluma de Cuatro Colores
- Calculadora
- Hoja de registros Clínicos de Enfermería.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

“ASPIRACIÓN DE SECRECIONES (BUCOFARÍNGEA, NASOFARÍNGEA Y NASOTRAQUEAL)”.

PROCEDIMIENTO.	FUNDAMENTACIÓN
<p>1. Antes de realizar el procedimiento hay que presentarse uno mismo y comprobar la identidad del paciente siguiendo el protocolo de la institución. Informar al paciente de lo que se va a hacer, por qué es necesario hacerlo y cómo puede cooperar. Informar al paciente de que la aspiración aliviará la dificultad respiratoria y de que el procedimiento es indoloro, aunque puede ser incómodo y estimular tos, náuseas o estornudos reflejos. Proporcionar intimidad al paciente</p>	<p>Acción número uno en la seguridad del paciente.</p> <p>Saber que el procedimiento aliviará los problemas respiratorios es tranquilizador y consigue la colaboración del paciente.</p> <p>Derecho del paciente.</p>
<p>2. Efectuar la higiene de las manos de acuerdo a las recomendaciones de la OMS.</p>	<p>Acción números cinco en la seguridad del paciente para a disminución de IAAS</p>
<p>3. Preparar al paciente. Colocar al paciente consciente que tiene un reflejo nauseoso funcional en la posición de semi-Fowler con la cabeza vuelta de lado para la aspiración bucal, o con el cuello en hiperextensión para la aspiración nasal. Poner al paciente inconsciente en decúbito lateral, mirando hacia el profesional de enfermería. Poner la toalla o un cojín impermeable sobre la almohada o bajo la barbilla.</p>	<p>En estas posturas es más fácil la inserción del catéter y se previene la aspiración de las secreciones.</p> <p>En esta postura la lengua cae hacia delante, por lo que no obstruirá el catéter durante la inserción. El decúbito lateral también facilita el drenaje de las secreciones desde la faringe y previene la posibilidad de aspiración.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 4.-Preparar el equipo. 	<p>Una presión excesiva puede hacer que el catéter se adhiera a la pared traqueal, causando irritación o un traumatismo.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Encender el dispositivo de aspiración y programar la presión negativa apropiada en el manómetro. La presión negativa deberá • ser suficientemente alta para limpiar las secreciones, pero no demasiado alta. • Para la aspiración oral y bucofaríngea • Ponerse guantes limpios. • Humedecer la punta de la sonda de Yankauer o de la sonda de aspiración con agua o solución salina estériles. • Tirar de la lengua hacia fuera, si fuera necesario, usando una gasa. • No aspirar (es decir, dejar el dedo sobre el acceso) durante la inserción. • Hacer avanzar el catéter unos 10 o 15 cm siguiendo uno de los laterales de la boca hasta entrar en la bucofaringe. • Puede ser necesario aspirar las secreciones que se acumulan en el vestíbulo de la boca y debajo de la lengua durante la aspiración bucofaríngea. • Quitarse y desechar los guantes. Efectuar la higiene de las Manos. • Para la aspiración nasofaríngea • Abrir el lubricante si se realiza una aspiración nasofaríngea o nasotraqueal. • Abrir el envase estéril para aspiración. <ul style="list-style-type: none"> ○ Poner el cuenco o contenedor, tocando solo el exterior. ○ Poner agua o solución salina estériles en el contenedor. ○ Ponerse guantes estériles, o un guante no estéril en la mano no dominante y después un guante estéril en la mano dominante. 	<p>Como regla se puede emplear la menor presión de aspiración necesaria para limpiar las secreciones. Ireton (2007) recomienda unas presiones de aspiración:</p> <p>60-80 mmHg para los neonatos 80-100 mmHg para los niños 80-120 mmHg para los adolescentes.</p> <p>Lemone y Burke (2008) recomiendan unas presiones de aspiración de 80-120 mmHg para los adultos.</p> <p>Se reduce la fricción y se facilita la inserción.</p> <p>Aspirar durante la inserción provoca traumatismos en las mucosas.</p> <p>Si se dirige el catéter por los lados se evita el reflejo nauseoso.</p> <p>La mano con el guante estéril mantiene la esterilidad de la sonda de aspiración y la mano</p>
---	---

- Tras colocarse el guante estéril, coger el catéter y conectarlo a
- una unidad de aspiración.
- **Aspiración de secreciones con método invasivo - ventilación mecánica.**
- Se requiere de dos personas para el procedimiento, la primera realizara el procedimiento y la segunda apoyara en la vía aérea.
- Lavado de mano, tener el equipo necesario disponible y al alcance.
- Colocar al paciente en posición semisentado y monitorizar oximetría de pulso durante el procedimiento.
- Encender aspirador y regular el dispositivo de vacío a presión de 30 mmHg.
- Colocarse guantes estériles empleando técnicas asépticas.
- Conectar la sonda al tubo del equipo de aspiración.
- Recibir con la mano dominante la sonda de aspiración, luego sujete el tubo del aspirador con la mano no dominante y conecte la sonda.
- Comprobar la fuerza de succión del equipo, aspirando agua estéril en pequeña cantidad.
- Introducir la sonda de teniendo en cuenta la profundidad del tubo endotraqueal y los centímetros externos (orofaringea), sin activar la aspiración, con suavidad y rapidez.
- Lubricar la punta del catéter con agua, solución salina o lubricante hidrosolubles estériles.
- Retirar el oxígeno con la mano no dominante, si procede.
- Realizar la aspiración.
- Poner el dedo en el acceso de control de la aspiración y rotar suavemente el catéter.
- Aspirar durante 5 o 10 segundos mientras se retira lentamente el catéter, después retirar el dedo del control y extraer el catéter

con el guante no estéril previene la transmisión de los microorganismos al profesional de enfermería.

Una introducción más allá de la Carina podría ocasionar daño de la mucosa pulmonar. Lubricar la sonda reduce la fricción y disminuye la molestia.

Riesgo de hipoxia.
No introducir solución a la vía aérea ya que aumenta la incidencia de Neumonías.

Aplique aspiración intermitente con el pulgar dominante, realice movimientos giratorios al retirar la sonda de aspiración con la mano dominante en caso de no utilizar sonda de circuito cerrado, **NO** prolongar el procedimiento más de 20 segundos.

- La segunda persona que apoya en este procedimiento, será la que estará a cargo de la vía aérea y la ventilación con bolsa de reanimación entre cada intento de aspiración.
- Utilizar gasa estéril para limpiar la sonda de aspiración del extremo proximal al distal por una vez y descartar la gasa.
- Enjuagar la sonda y el tubo de conexión con agua estéril; introduzca la sonda al frasco de agua estéril aplicando succión. En caso de circuito cerrado permeabilizar con solución salina utilizando jeringa de 5cc.
- Valore el estado del paciente, observe características de secreciones eliminadas y detecte eventos adversos. Repetir el proceso para eliminar las secreciones. Esperar 1 min entre cada aspiración.
- Descartar guantes después de cada aspiración. En la mano dominante enrolle la sonda de aspiración y envolver con una gasa.
- Auscultar ambos campos pulmonares, verificando liberación de secreciones y buena ventilación.
- Registrar características de las secreciones y cantidad aspirada.
- Conectar a la cánula endotraqueal los circuitos del ventilados.
- Retirar el material y desechar el de insumo.
- Dejar cómodo al paciente y revisar que las fijaciones de la cánula endotraqueal estén bien sujetas.
- Documentar los datos relevantes. Registrar el procedimiento: la cantidad, consistencia, color y olor del esputo (p. ej., moco blanco y

La rotación del catéter garantiza que se alcancen todas las superficies y se previene el traumatismo a cualquier área de la mucosa respiratoria debido a la aspiración prolongada.

Práctica basada en evidencia.
Modelo de atención de enfermería.

Práctica basada en evidencia.
Modelo de atención de enfermería.
Cumplir con la NOM-004-SSA3-2012
Cumplir con el indicador de calidad número siete en, registros clínicos

espumoso, moco verdoso y espeso, moco con hebras de sangre) y la situación respiratoria antes y después del procedimiento, con los ruidos respiratorios, la frecuencia y carácter de la respiración y la saturación de oxígeno. Si el procedimiento se realiza con frecuencia (p. ej., cada hora), puede proceder a registrarlo solo una vez, al final del turno. No obstante, se debe registrar la frecuencia de la aspiración.

COMPLICACIONES:

- Hipoxemia, arritmia, atelectasia, lesión de la mucosa traqueal, broncoespasmo



EVALUACION DE LAS COMPETENCIAS ALCANZADAS DURANTE LA PRACTICA, MEDIANTE LISTA DE COTEJO (Anexos)

FICHA GENERAL DE LA PRACTICA

DEFINICIÓN: Es un procedimiento invasivo que permite permeabilizar una vía venosa periférica colocando un catéter de acceso a la circulación general del paciente pediátrico

Nombre del Procedimiento:	11.-INSTALACIÓN DE LA TERAPIA DE INFUSIÓN
Propósito del Procedimiento	Unificar el procedimiento de la instalación de la terapia de infusión apegado a la NOM 022, que le brindara una atención libre de riesgos y de calidad al paciente en escenarios reales.
Número de Estudiantes	15 alumnos por procedimiento
Alcance	Personal de enfermería, Pasantes de Enfermería y Estudiantes de Enfermería
Tiempo de dedicación:	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-laboratorio 20 minutos • Laboratorio 150 minutos • Post-laboratorio 20 minutos
Responsabilidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera (o) dela área operativa
	<ul style="list-style-type: none"> • Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. NOM-004-SSA3-2012. • NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. • NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. • Norma Oficial Mexicana NOM-- ECOL-- 087 Marco normativo CNDH SSA1 2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico infecciosos Clasificación y especificaciones de manejo • NOM- 019-SSA3-2013, Para la práctica de Enfermería, en el Sistema Nacional de Salud. • Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Consejo de Salubridad General.Secretaría de Salud.

con fines terapéuticos, soporte metabólico e hidroelectrolítico en condiciones asépticas.

OBJETIVOS:

- Reposición de volumen sanguíneo.
- Garantizar la administración de medicamentos.
- Administración de soluciones parenterales (Coloides o cristaloides)
- Administración de hemoderivados.

INDICACIONES:

- Paciente que requiera tratamiento farmacológico.
- Paciente que requieren reponer líquidos.
- Pacientes que se someterán a una cirugía.

COMPLICACIONES

- Flebitis mecánica
- Flebitis química
- Infecciones sistémicas
- Sobre carga hídrica

ETAPA DE PLANIFICACIÓN: PREPARACION DE EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS

- | | |
|--|--|
| ▪ Lámpara de iluminación. | ▪ Jeringa descartable. |
| ▪ Mesa de procedimientos. | ▪ Llave de triple vía. |
| ▪ Calefactor. | ▪ Esparadrapo. EPPs Teghaderm. |
| ▪ Torundas de algodón y/o gasas estériles. | ▪ Ligadura. |
| ▪ Agua estéril o solución salina. | ▪ Lámpara láser para visualización de venas. |
| ▪ ANTISÉPTICOS | ▪ Cubeta de acero inoxidable. |
| ▪ Catéter n°24,22 | |

MATERIALES Y EQUIPO QUE DEBE DE PRESENTAR EL ESTUDIANTE:

- | | |
|------------------------------------|---------------------------|
| • Uniforme completo | • Pluma de cuatro colores |
| • Caso clínico | • Calculadora |
| • Registros clínicos de enfermería | • Escala de fleblitis |
| • Formato de PLACE | |

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

“INSTALACIÓN DE LA TERAPIA DE INFUSIÓN”

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTACIÓN
1.- Corroborar la indicación médica. Corroborar que este firmado el consentimiento informado por el familiar.	Acción esencial en la seguridad del paciente, mejora en la comunicación.
2.- Identificar al paciente y presentarse con él y familiar.	Acción número uno en la seguridad del paciente.
3.-Lavado de manos de acuerdo a las recomendaciones de la OMS.	Acción números cinco en la seguridad del paciente para a disminución de IAAS
4.- Preparar los materiales a utilizar.	Optimizar tiempos
5.- Explicarle al niño y familiar el procedimiento, colocar al paciente pediátrico en posición adecuada.	Mejorar la seguridad en el paciente con la mejora de la comunicación.
6.- Aplicar medidas de bioseguridad (calzado de guantes) y permeabilizar la llave de triple vía.	Precauciones estándares en la atención de la salud.
7.- Realizar el procedimiento entre dos personas.	En los niños es necesario un personal que ayude a contener al niño en procedimientos que causan temor en ellos
8.- Localizar la vena a puncionar y ligar unos 5 cm arriba de la zona y presentar zona de punción.	
8.- Insertar el catéter periférico N° 24 o 22 según calibre de la vena elegida, en un punto de 0.5 cm por debajo del sitio elegido para la punción. Introducir la punta de la aguja con el bisel hacia arriba en ángulo de 15°, introducir el catéter hasta observar el retorno de sangre, retirar el trocar y administrar suero fisiológico para comprobar la permeabilidad de la vena e instalar llave de triple vía.	De acuerdo a la NOM-022-SSA3-2012.
10.- Fijar el catéter de acuerdo a la normativa de la institución con teghaderm y/o esparadrapo. El material no estéril no debe quedar en contacto directo con el sitio de punción. Colocar el indicador de calidad de acuerdo a la normativa.	De acuerdo a la NOM-022-SSA3-2012.
11.- Registrar el procedimiento en los registros clínicos.	Cumplir con la NOM-004-SSA3-2012 Cumplir con el indicador número siete en, registros clínicos.
12.- Mantener la terapia de infusión, aplicar escala de valora de flebitis y mantener el circuito cerrado durante la terapia de infusión.	Modelo de atención de enfermería. Practica basada en la evidencia. Cumplir con la NOM-004-SSA3-2012



EVALUACION DE LAS COMPETENCIAS ALCANZADAS DURANTE LA PRACTICA, MEDIANTE LISTA DE COTEJO (Anexos)

FICHA GENERAL DE LA PRACTICA

Nombre del Procedimiento:	12.-CONTROL TÉRMICO CON MEDIOS FÍSICOS
Propósito del Procedimiento.	El estudiante aplicara intervenciones independientes en el control de la fiebre de forma oportuna y segura en escenarios reales.
Número de alumnos Alcance	15 alumnos por procedimiento Personal de enfermería, Pasantes de Enfermería y Estudiantes de Enfermería
Tiempo de dedicación:	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-laboratorio 20 minutos • Laboratorio 50 minutos • Post-laboratorio 20 minutos
Responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera (o) del área operativa

DEFINICIÓN: El Medio físico es un procedimiento que sirve para estabilizar la temperatura adecuada del cuerpo. Se realiza con agua templada, para favorecer la vasodilatación superficial. Puede ser a través de compresas con agua tibia o baños(inmersión) y masajes en la piel.

OBJETIVOS:

Contribuir a disminuir la temperatura corporal hasta los valores normales, y prevenir complicaciones derivadas de la hipertermia: convulsiones, lesiones neurológicas, et

ETAPA DE VALORACION

Valora signos vitales

ETAPA DE PLANIFICACIÓN: PREPARACION DE EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS

- Toallas de baño.
- Compresas.
- Tina.
- Termómetro.
- Agua.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTACIÓN
1.-identificar al paciente y presentarnos con él y el familiar.	Acción número uno en la seguridad del paciente.
2.- Realizar lavado de manos de acuerdo a las recomendaciones de la OMS.	Cumplir con las acciones de seguridad al paciente en la disminución de IAAS (acción número cinco)

<p>3.- Valoración del estado general del paciente e identificación del grado de hipertermia. Explicar al paciente y al familiar el procedimiento a realizar-</p>	<p>Modelo de atención enfermero. Practica basada en evidencias.</p>
<p>4.-Baño en tina. Preparar agua en tina a temperatura corporal en un ambiente adecuado (sin corrientes de aire.) Sumergir el cuerpo del paciente en la tina, con cierta fricción, para ayudar a la reducción del calor por evaporación, especialmente en las axilas, inglés y abdomen. Mantener al paciente pediátrico dentro del agua de 15 a 20 minutos; siempre el paciente pediátrico deberá estar acompañado por su familiar. Después retirar al paciente del agua, cubrir con una toalla para el secado respectivo.</p>	<p>El contacto con agua tibia favorece la disminución de la temperatura por medio del mecanismo de conducción.</p>
<p>5.- Mantener al paciente con ropa ligera hasta lograr disminución de la temperatura. 20 minutos después del baño monitorizar la temperatura, si la fiebre persiste repetir el procedimiento hasta lograr el valor normal.</p>	
<p>6.-APLICACIÓN DE COMPRESAS FRIAS. Educar al procedimiento madre y/o acompañante sobre el procedimiento. Preparar agua temperada en una palangana y compresas. Humedecer las compresas y aplicar en forma constante sobre la cabeza, axilas y área del abdomen de paciente hasta lograr el objetivo. Luego de 15 a 30 minutos evaluar resultado de la intervención.</p>	<p>Son zonas más vascularizada por grandes vasos sanguíneos.</p>
<p>7.-Registrar la temperatura y la intervención de enfermería en los registros clínicos.</p>	<p>Cumplir con la NOM-004-SSA3-2012 Cumplir con el indicador de calidad número siete en, registros clínicos.</p>



**EVALUACION DE LAS COMPETENCIAS ALCANZADAS DURANTE LA PRACTICA, MEDIANTE
LISTA DE COTEJO (Anexos)**

FICHA GENERAL DE LA PRACTICA

Nombre del Procedimiento:	13.-PUNCIÓN LUMBAR
Propósito del Procedimiento	El estudiante establecerá un plan de intervenciones independientes e interdependientes que le permita participar en el procedimiento de punción lumbar de forma segura en los escenarios reales que ayudará a brindar un cuidado seguro y de calidad.
Número de Estudiantes Alcances	15 alumnos por procedimiento Personal de enfermería, Pasantes de Enfermería y Estudiantes de Enfermería
Tiempo de dedicación:	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-laboratorio 20 minutos • Laboratorio 120 minutos • Post-laboratorio 20 minutos
Responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Medico (a)
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. NOM-004-SSA3-2012. • NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. • Norma Oficial Mexicana NOM-- ECOL-- 087 Marco normativo CNDH SSA1 2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico infecciosos Clasificación y especificaciones de manejo

	<ul style="list-style-type: none">• NOM- 019-SSA3-2013, Para la práctica de Enfermería, en el Sistema Nacional de Salud.• Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Consejo de Salubridad General. Secretaría de Salud.
--	--

DEFINICIÓN: La punción lumbar (PL) es una de las técnicas más empleadas en pediatría, mediante la cual se accede al espacio subaracnoideo espinal a nivel de la cisterna lumbar mediante la utilización de una aguja. Es empleada para la obtención de una muestra de líquido cefalorraquídeo (LCR) con fines diagnósticos o terapéuticos.

INDICACIONES:

Diagnósticas:

- Sospecha de infección del SNC (meningitis o encefalitis).
- Medición de la presión intracraneal.
- Síndrome de Guillain
- Barré (disociación albúmino citológica)
- Diagnóstico de infiltración leucémica en el SNC.
- Hemorragia subaracnoidea (previa realización de TAC craneal)
- Estudio de ciertas metabolopatías como la hiperglicemia no cetósica
- Estudio de imagen: perfusión de contraste para visualizar el canal medular (mielografía).

Terapéuticas:

- Administración de quimioterapia intratecal.
- Administración de antibióticos en caso de ventriculitis, la mayoría por infección relacionada con válvula de derivación ventrículo peritoneal.
- Vía de administración de ciertos analgésicos vía epidural.
- Tratamiento de la hipertensión intracraneal benigna (pseudotumor cerebral).
- Tratamiento de la hidrocefalia comunicante (previa a la colocación de válvula de derivación ventrículo peritoneal).

CONTRAINDICACIONES

- Aumento de la presión intracraneal, por riesgo de enclavamiento o herniación cerebral.
- En estos casos está indicada la realización previa de TAC de cráneo y fondo de ojo.
- Inestabilidad hemodinámica o cardiorrespiratoria.
- Coagulopatía grave.
- Trombocitopenia inferior a 50.000 /mmc.
- Infección de la piel o del tejido celular subcutáneo cercano a la zona de punción.
- Lesión traumática grave de la médula espinal que impida la movilización del paciente.
- Compresión de la médula espinal.

ETAPA DE PLANIFICACIÓN: PREPARACION DE EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS

- Material para técnica estéril (barrera máxima de protección)
- Mascarilla
- Antisépticos (povidona yodada al 10% o clorhexidina al 2%)
- Oxígeno en gafas nasales o mascarilla.
- Antiséptico cutáneo (povidona yodada 10 % o clorhexidina).
- Anestésico local: lidocaína 1 % o crema de EMLA (mezcla de lidocaína al 2,5 % y procaína al 2,5%).
- Aguja de punción lumbar o Aguja de tipo Quincke (traumáticas)
- Aguja de tipo Whitacre y tipo Sprotte (atraumáticas). El orificio se encuentra en un lateral de la aguja y la punta es roma, sin filo.
- Tamaño de la aguja:
 - prematuros: 22 .24 G, 4 cm.
 - menores de dos años: 22G, 4cm.
 - de 2 a 12 años: 22G, 6.5 cm.
 - mayores de 12 años: 20 a 22G, 9 cm.
- Tres tubos transparentes estériles: Tubo 1: cultivo, Tubo 2: citoquímica, tinción de Gram y aglutinaciones, Tubo 3: por si fuera necesario la solicitud de pruebas virológicas o estudios especiales.

SEDOANALGESIA PARA EL PROCEDIMIENTO

Crema de EMLA. Se ha de aplicar en la zona de punción de 45 a 60 minutos antes de la realización de la prueba.

Lidocaína al 1%. Es otro anestésico local que se puede administrar en piel, y menos frecuentemente en tejido subcutáneo y ligamento interespinal con aguja subcutánea.

Óxido nitroso inhalado con oxígeno. En niños colaboradores, generalmente a partir de los 4-6 años.

Sedación: midazolam (vía intravenosa o intranasal) o ketamina (vía intramuscular o intravenosa).

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

“PUNCIÓN LUMBAR”

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTACIÓN
1.-identificar al paciente y presentarnos con él y el familiar. Corroborar que este firmado el consentimiento informado por el familiar.	Acción número uno en la seguridad del paciente.
2.- Realizar lavado de manos de acuerdo a las recomendaciones de la OMS.	Cumplir con las acciones de seguridad al paciente en la disminución de IAAS (acción número cinco)
3.- Valoración del estado general del paciente y monitorizar signos vitales. Vigilancia durante el proceso de sedación. Prepara material y equipo. Rotular tubos para las muestras.	Modelo de atención enfermero. Practica basada en evidencias.
4.-Colocar al niño en posición adecuada, decúbito lateral con cuello, caderas y rodilla en máxima flexión. Sentado con la columna y cadera flexionadas	Aumenta el espacio intervertebral
5.-Abrir material estéril. Ayudar al médico a colocar barrera máxima de protección y calzar guantes estériles. Asepsia de la piel. Retirar guantes al termino.	Disminuir incidencias de IAAS.
6.-Se coloca segundos guantes el médico. Colocar campo hendida en la zona lumbar.	Precauciones estándares en la atención de la salud.
7.-Ayudar en a contener al niño durante el procedimiento.	Se puncionara en el primer o segundo espacio intervertebral inmediatamente inferior a esa línea (espacios L3,L4 o L4-L5)
8.-Revalorar signos vitales.	Modelo de atención de enfermería.

9.-Proporcionar tubos para cultivo y rotularlos previamente rotulados.	Se recolectará aproximadamente 1 ml en cada tubo.
10.-Al término del procedimiento retirar material y equipo, dejar cómodo al paciente.	
11.-Mantener en vigilancia el patrón respiratorio y neurológico del niño.	Modelo de atención de enfermería.
12.- Realizar lavado de manos.	Acción esencial en la seguridad del paciente.
13.- Registrar el procedimiento.	Cumplir con la NOM-004-SSA3-2012 Cumplir con el indicador de calidad número siete en, registros clínicos.ç

ETAPA DE EVALUACIÓN:

Dolor de intensidad moderada, de localización habitualmente occipital, que se puede irradiar al cuello, región frontal y retroorbitaria. Se relaciona con la pérdida de LCR a través del orificio de punción, que provoca una disminución de la presión intracraneal.

Parestesias transitorias, por la punción de alguna raíz nerviosa.

Infección meníngea

Hematoma epi o subdural.

Tumor epidermoide.

Herniación cerebral o enclavamiento



EVALUACION DE LAS COMPETENCIAS ALCANZADAS DURANTE LA PRACTICA, MEDIANTE LISTA DE COTEJO (Anexos)

FICHA GENERAL DE LA PRACTICA

Nombre del procedimiento:	14.-PUNCIÓN INTRAÓSEA
Propósito del procedimiento	El estudiante desarrollará las habilidades técnicas para poder intervenir en el procedimiento de punción intraósea de forma segura en los escenarios reales lo que le ayudará a brindar un cuidado seguro y de calidad.
Número de alumnos Alcance	15 alumnos por procedimiento Personal de enfermería, Pasantes de Enfermería y Estudiantes de Enfermería
Tiempo de dedicación:	<ul style="list-style-type: none"> • pre-laboratorio 20 minutos • laboratorio 120 minutos • post-laboratorio 20 minutos
Responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Médica (o) • Enfermera (o)
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. NOM-004-SSA3-2012. • NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. • Norma Oficial Mexicana NOM-- ECOL-- 087 Marco normativo CNDH SSA1 2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico infecciosos Clasificación y especificaciones de manejo • NOM- 019-SSA3-2013, Para la práctica de Enfermería, en el Sistema Nacional de Salud. • Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Consejo de Salubridad General.Secretaría de Salud.

DEFINICIÓN: La punción intraósea equivale a la canalización de una vena periférica de mediano calibre, es un medio excepcional de acceso vascular y no se debe mantener más de 12 hr.

Basado en la existencia en los huesos largos de una extensa red de capilares sinusoides que drenan en un gran seno venoso central. Este sistema no se colapsa en situaciones de shock manifiesto.

ETAPA DE VALORACIÓN:

Situaciones de riesgo vital en que se precise infundir sin demora líquidos/o fármacos, y no se ha logrado canalizar una vía venosa tras 90-120 segundos.

CONTRAINDICACIONES:

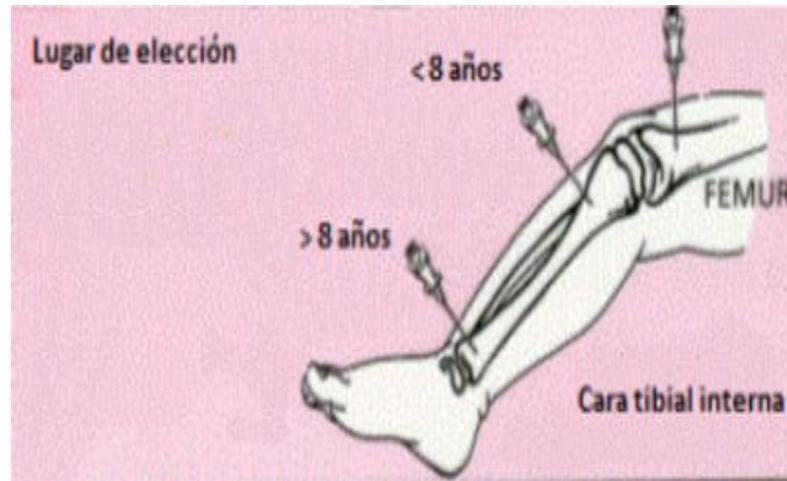
Fractura ósea, infección cutánea, celulitis o quemaduras en el lugar de acceso (no contraindican la técnica, pero se debe ser cuidadoso con el lugar de punción).

ETAPA DE PLANIFICACIÓN: PREPARACION DE EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS

- Guantes, gasas estériles
- Bata estéril.
- Gorro quirúrgico.
- Campo hendido.
- cinta de fijación.
- Solución antiséptica (povidona iodada 10% o clorhexidina).
- Anestésico local (lidocaína 1%).
- Aguja de punción intraósea: consta de una aguja, un fijador interno (que evita la obstrucción durante su inserción y una cánula externa.
En los menores de 2 años se emplean del 18-20 G;
En mayores de 2 años se usan tamaños de 12-16 G.
- Si no se dispone de equipo de punción intraósea, se puede emplear una aguja de punción lumbar con mandril.
- Jeringas de 5 y 10 ml cargadas con suero fisiológico.

MATERIALES Y EQUIPO QUE EL ESTUDIANTE NECESITA PRESENTAR.

- Uniforme completo
- Hoja de PLACE
- Registros clínicos de enfermería
- Caso clínico



EVALUACION DE LAS COMPETENCIAS ALCANZADAS DURANTE LA PRACTICA, MEDIANTE LISTA DE COTEJO (Anexos)

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

“PUNCIÓN INTRAÓSEA “

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTACIÓN
<p>1.-Identificar al paciente y presentarnos con él y el familiar.</p> <p>Corroborar que este el consentimiento informado firmado por los familiares.</p>	<p>Cumplir con las acciones esenciales en la seguridad del paciente (Núm. 1)</p>
<p>2.- Realizar lavado de manos</p>	<p>Cumplir con las acciones de seguridad al paciente en la disminución de IAAS (Núm. 5)</p>
<p>3.- Valoración del estado general del paciente y monitorizar signos vitales.</p>	<p>Modelo de atención enfermero.</p> <p>Practica basada en evidencias.</p>
<p>4.-Prepara el material/equipo y llevarlo a la unidad de paciente.</p>	<p>Optimizar tiempos en la atención del paciente.</p>
<p>5.-Utilizar barrera máxima de seguridad.</p>	<p>Precauciones estándares en la atención de la salud.</p>
<p>6.-Realizar cambio de guantes.</p> <p>Se elige la zona a puncionar.</p> <p>Se realiza asepsia de la zona y se coloca campo hendido.</p> <p>Se Infiltrar piel y tejido celular subcutáneo con anestésico local.</p>	<p>Aplicar principios de asepsia.</p> <p>No se recomienda el esternón por riesgo de lesiones cardiacas y/o de grandes vasos, además de dificultar las maniobras de RCP</p> <p>En niños < 8 años: tibia proximal, 1-2 cm por debajo de la protuberancia, en mitad de la cara interna.</p> <p>En > 8 años: tibia distal, 1-2 cm por encima del maléolo interno, en mitad de la cara interna.</p> <p>Sitios alternativos a cualquier edad: fémur distal (2-3 cm por encima de la rótula, en zona cabeza del húmero.</p>

<p>7.- Colocar la pierna en rotación externa, sobre una superficie dura (para puncionar a nivel tibial proximal o distal).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sujetar la aguja intraósea con la mano dominante. <p>Inserción: con la aguja perpendicular al hueso, se ejerce una fuerte presión mientras se realiza un movimiento rotatorio alternante, hasta que se atraviesa la cortical.</p> <p>Fijar la aguja debe quedar firmemente insertada. Retirar el fiador y comprobar la posición funcional de la aguja mediante aspiración con jeringa (únicamente se extrae sangre o médula ósea en el 15% de los casos); o bien se infunden 2-3 ml de SSF comprobando que no hay resistencia ni extravasación en piel o tejido celular subcutáneo circundante.</p>	
<p>8.- Fijar la aguja a la piel mediante cintas de fijación.</p> <p>Administración de fármacos: es preciso infundir además un bolo de 5-10 ml de SSF para acelerar su llegada a la circulación sistémica.</p>	
<p>9.-Se monitoriza al paciente y evalúa estado de salud.</p>	
<p>10.-Se retira material y equipo desechando el material consumible de acuerdo a la normativa.</p>	<p>NOM-087-ECOL-SSA1-2002, protección ambiental - salud ambiental - residuos peligrosos biológico infecciosos - clasificación y especificaciones de manejo</p>
<p>11.-Se realiza lavado de manos.</p>	
<p>12.- Se realizan registros clínicos de enfermería y se monitoriza permeabilidad de la vía y la posibilidad de contar con otra vía en cuanto el estado de salud del paciente lo permita</p>	<p>Modelo de atención de enfermería</p>

ETAPA DE EVALUACIÓN:

COMPLICACIONES:

- Extravasación de fármacos y/o líquidos de infusión:
- Necrosis, síndrome compartimental.
- Embolia grasa o aérea.
- Osteomielitis en zona de inserción-Fracturas y/o fisuras óseas



EVALUACION DE LAS COMPETENCIAS ALCANZADAS DURANTE LA PRACTICA, MEDIANTE LISTA DE COTEJO (Anexos)

FICHA GENERAL DE LA PRACTICA

Nombre del Procedimiento:	15.-TORACOCENTESIS.
Propósito del Procedimiento	El estudiante desarrollara las habilidades teórico prácticas que le ayudara a identificar la necesidad de este procedimiento en el paciente y así poder apoyar en el desarrollo del procedimiento de forma segura en los escenarios reales.
Número de alumnos Alcance	15 alumnos por procedimiento Personal de enfermería, Pasantes de Enfermería y Estudiantes de Enfermería
Tiempo de dedicación:	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-laboratorio 20 minutos • Laboratorio 120 minutos • Post-laboratorio 20 minutos
Responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Médica (o)
Referencias	<ul style="list-style-type: none"> • Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. NOM-004-SSA3-2012. • NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. • Norma Oficial Mexicana NOM-- ECOL-- 087 Marco normativo CNDH SSA1 2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico infecciosos Clasificación y especificaciones de manejo • NOM- 019-SSA3-2013, Para la práctica de Enfermería, en el Sistema Nacional de Salud. • Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Consejo de Salubridad General.Secretaría de Salud.

DEFINICIÓN: La toracocentesis consiste en la introducción de una aguja en la cavidad pleural con objeto de extraer líquido o aire.

OBJETIVO:

- Diagnóstico para obtener y analizar el líquido extraído.
- Terapéutico para aliviar síntomas en el paciente. Puede ir acompañada de la colocación de un tubo pleural.

ETAPA DE VALORACIÓN

INDICACIONES:

- Derrame pleural de causa desconocida.
- Derrame pleural de evolución tórpida.
- Derrame pleural con repercusión clínica respiratoria o hemodinámica: masivo, insuficiencia respiratoria y/o cardiaca.
- Neumotórax a tensión confirmado
- Sospecha de neumotórax a tensión con deterioro clínico brusco y compromiso vital.
- Neumotórax no a tensión con compromiso respiratorio.

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS:

- Alteraciones en la coagulación, plaquetopenia o tratamiento anticoagulante.
- Si es posible su corrección, aunque solo sea transitoria, se podría realizar la técnica.
- Infección cutánea o quemadura extensa en el sitio de punción.
- Paciente en situación clínica inestable o crítica, no secundaria a la patología pleural (si el derrame o el neumotórax son los responsables, deben evacuarse).
- Derrames de escasa cuantía (<10 mm espesor medido ecográficamente) o muy tabicados o de localización complicada (p.ej. derrame sub- pulmonar).
- Derrame pleural de posible etiología tuberculosa.
- Indicación absoluta de colocación de tubo de drenaje pleural: se debe proceder a colocar el tubo directamente, sin realizar toracocentesis previa.
- Patología pulmonar subyacente con riesgo de complicaciones: bullas, enfisema.
- Hernia o relajación diafragmática: derecha, riesgo de dañar hígado; izquierda, bazo y asas intestinales.

COMPLICACIONES MENORES:

- obstrucción en caso de derrames espesos (inyectar SF suavemente y aspirar con jeringa);
- pérdida del espacio pleural;
- punción en blanco, ocurre en aproximadamente 12% de los casos.

COMPLICACIONES MAYORES:

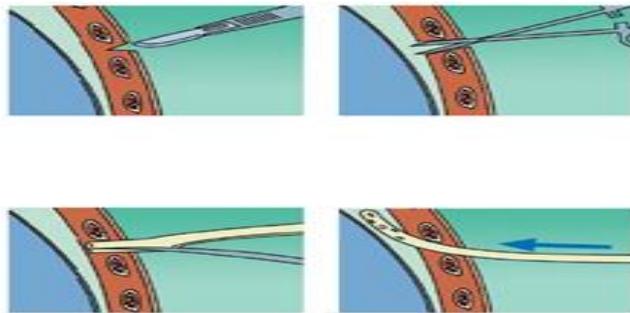
- neumotórax por punción: es la complicación más frecuente, si bien su incidencia ha disminuido debido al uso de la ecografía. Se sospechará clínicamente, frente a la aparición de un síndrome de dificultad respiratoria, acompañado de una disminución de la auscultación del murmullo alvéolo vesicular en el sitio de punción. Para su confirmación se debe realizar radiografía de tórax en forma inmediata;
- hemotórax: secundario a la lesión del paquete vascular intercostal y/o lesión de parénquima;
- infección por contaminación durante la maniobra ha sido reportada hasta en 2% de los casos.

ETAPA DE PLANIFICACIÓN: PREPARACION DE EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS

- Guantes, gasas estériles
- Bata estéril.
- Gorro quirúrgico.
- Campo hendido.
- Cinta de fijación.
- Antiséptico local.
- Monitor de frecuencia cardiaca, pulsioxímetro y esfingomanómetro.
- Toma de oxígeno.
- Material de oxigenación/reanimación adecuados a la edad/tamaño del paciente (carro de parada).
- Aguja intramuscular o de punción lumbar o catéter sobre aguja (tipo Abocath[®]) de 16-22 G según la edad.
- Llave de 3 pasos.
- Jeringas estériles de 1-2 ml heparinizada (para pH de primera muestra) y de 10-20 ml.
- Tubos estériles (1 para cada muestra distinta de pH).
- Vaselina para oclusión del punto de punción tras finalizar técnica.
- Material para anestesia local: jeringa de 0,5 ml + aguja de 22-25 G
- Anestésicos locales: parche de lidocaína y prilocaína (EMLA[®]) ó bupivacaína al 0.25% ó lidocaína al 1%
- Medicación a preparar para sedo-analgésia sistémica (a criterio médico):
Midazolam: 0,1 mg / kg / dosis, i.v. lento (alternativa: 0,2 mg/kg/dosis vía intranasal).
Fentanilo: 1-2 microgramos / kg / dosis i.v. lento.
Ketamina: 0,5-1 mg / kg / dosis i.v. lento.
Naloxona (antagonista opiáceo): 10 microgramos/kg/dosis, vía intravenosa en

MATERIAL Y EQUIPO QUE NECESITA PRESENTAR EL ESTUDIANTE

- Uniforme completo
- Hoja de PLACE
- Caso clínico
- Registro clínico
- Pluma de cuatro colores
- Reloj con segundero
- Tijeras



DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.

“TORACOCENTESIS”

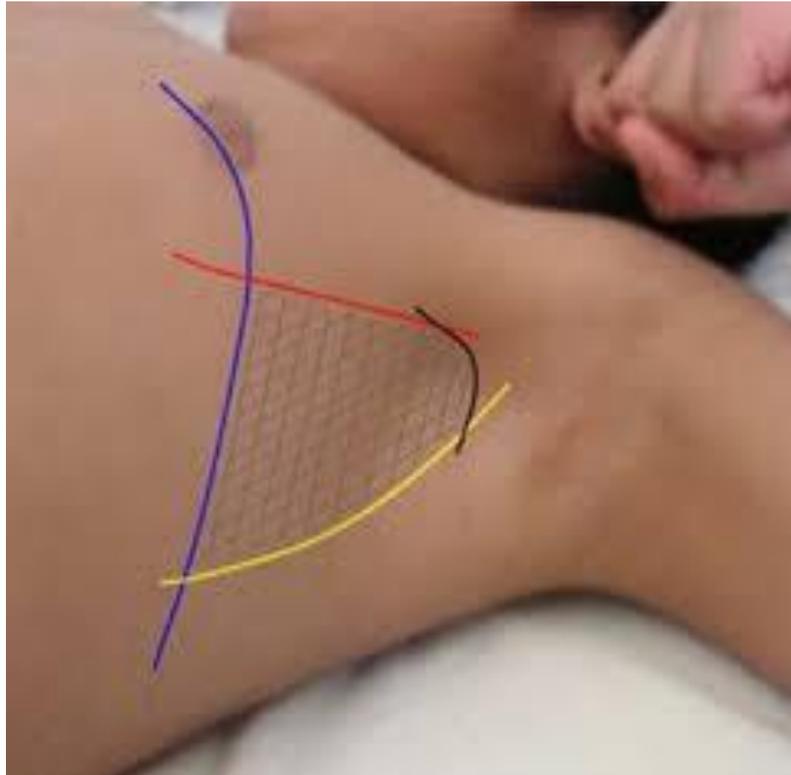
PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTACIÓN
1.-Identificar al paciente y presentarnos con él y el familiar. Corroborar que este el consentimiento informado firmado por los familiares.	Acción esencial en la seguridad del paciente (Num.1) Derechos del paciente.
2.- Realizar lavado de manos de acuerdo a las recomendaciones de la OMS.	Cumplir con las acciones de seguridad al paciente en la disminución de IAAS (acción número cinco)
3.- Valoración del estado general del paciente y monitorizar signos vitales.	Modelo de atención enfermero. Practica basada en evidencias.
4.-Prepara el material y equipo	Optimizar tiempos en la atención
5.-Utilizar barrera máxima de seguridad.	Precauciones estándares en la atención de la salud.

<p>6.-Preparación a la técnica, corroborar ayuno mínimo de 3 a 4 hrs. Revisar consentimiento informado.</p>	<p>salvo en procedimiento terapéutico urgente de neumotórax a tensión. Derecho de los pacientes.</p>
<p>7.- Apoyar en la sedación del paciente y mantener monitorizado.</p>	<p>La sedación puede deprimir el patrón respiratorio.</p>
<p>8.-Posicionar al paciente adecuadamente. Paciente sentado en el borde de la cama o la camilla con los pies preferiblemente apoyados en taburete (no colgando) y apoyando los brazos sobre una mesa auxiliar alta, o bien con la mano del lado afecto sobre la cabeza o sobre el hombro opuesto. En pacientes menores de 3-4 años, o con imposibilidad de sedestación, valorar realizar la punción en posición de decúbito lateral del lado afecto. Marcar sitio de punción entre 5º-7º espacio intercostal a nivel de línea axilar posterior o justo por debajo del vértice de la escápula o individualizado según la radiología y los datos exploratorios (auscultación, percusión torácica)</p>	<p>Ayuda a exponer los espacios intercostales.</p> <p>Acción esencial en la seguridad de los procedimientos.</p>
<p>9.-Procedimiento: Toracocentesis Diagnostico -Usar barrera máxima de protección. -Realizar preparación de la piel con antisépticos. -se elige el sitio a puncionar. -Realizar procedimiento con técnica estéril, y colocar Campo estéril. -Realizar anestesia local. -Armar el set de punción sobre campo estéril. -Conecta la llave de tres vías a la jeringa de gasometría. Verifica que la llave funcione correctamente, girando la misma en sentido horario y antihorario. -Ubicar el sitio de punción. Éste será variable dependiendo de los hallazgos clínicos-radiológicos.</p>	<p>Derrame en cavidad libre: se punciona en cara posterior del tórax a nivel del 7º espacio intercostal, sobre la línea axilar posterior. Se corresponde con el espacio inmediatamente por debajo del borde de la escápula. Derrame tabicado: se punciona en cara posterior del tórax en la zona de mayor matidez, o se topografía mediante ecografía. Neumotórax: se punciona en cara anterior, a nivel del 2º espacio intercostal, sobre la línea medio clavicular.</p>

<p>Retirar el material y dejar cómodo al paciente.</p> <ul style="list-style-type: none">-Mantener monitorizado los signos vitales del paciente.-Registrar el procedimiento en la historia clínica del paciente.	
---	--

Complicaciones:

- Neumotórax.
- Enfisema subcutáneo
- Laceración de; vasos intercostales (hemotórax), viseras abdominales (hígado o bazo)
- Infecciones, celulitis, empiema.
- Edema pulmonar, dolor hemotórax o hipotensión.
- Lesiones nerviosas; sx Horner o parálisis diafragmático (frénico)
- Obstrucción del tubo de drenaje, fribrina, coagulos.



EVALUACION DE LAS COMPETENCIAS ALCANZADAS DURANTE LA PRACTICA, MEDIANTE LISTA DE COTEJO (Anexos)

GLOSARIO:

Acceso venoso central: Al abordaje de la vena cava a través de la punción de una vena proximal.

Acceso venoso periférico: Al abordaje de una vena distal a través de la punción de la misma.

Apósito transparente semipermeable: A la película de poliuretano adherente y estéril utilizada para cubrir la zona de inserción del catéter, que permite la visibilidad y el intercambio gaseoso.

Antisepsia: Al uso de un agente químico en la piel u otros tejidos vivos con el propósito de inhibir o destruir microorganismos.

Antiséptico: A la sustancia antimicrobiana que se opone a la sepsis o putrefacción de los tejidos vivos.

Asepsia: Condición libre de microorganismos que producen enfermedades o infecciones.

Barrera máxima: Al conjunto de procedimientos que incluye el lavado de manos con jabón antiséptico, uso de gorro, cubre-boca, bata y guantes, la aplicación de antiséptico para la piel del paciente y la colocación de un campo estéril para limitar el área donde se realizará el procedimiento; con excepción del gorro y cubre-boca, todo el material de uso debe estar estéril.

Catéter: Al dispositivo o sonda plástica minúscula, biocompatible, radio opaca, que puede ser suave o rígida, larga o corta dependiendo del diámetro o tipo de vaso sanguíneo en el que se instale; se utiliza para infundir solución intravenosa al torrente circulatorio.

Catéter venoso central: Al conducto tubular largo y suave, elaborado con material biocompatible y radio opaco, que se utiliza para infundir solución intravenosa directamente a la vena cava.

Evento adverso: Al incidente, que ocurre como consecuencia del proceso de atención médica y que puede producir o no daño al paciente.

Expediente clínico: Al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento de atención médica, ya sea público, social o privado, el cual consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra

índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

Catéter venoso periférico: Al conducto tubular corto y flexible, elaborado con material biocompatible y radio opaco, que se utiliza para la infusión de la solución intravenosa al organismo a través de una vena dista.

Hipoxia: Déficit de oxígeno en un organismo.

FiO₂: Es la fracción de oxígeno inspirado que recibe el paciente.

Flujo: Es la cantidad de gas administrado, medido en litros por minuto.

Ostomía: es una abertura artificial (estoma) creada quirúrgicamente desde el cuerpo hacia afuera para permitir el paso de orina y heces.

Oxigenoterapia: Es la administración de oxígeno a una concentración superior a la del aire ambiental, con la finalidad de aumentar la presión parcial de oxígeno (PaO₂) por encima de 60mmHg y prevenir una insuficiencia respiratoria hipoxémica. La concentración de oxígeno en sangre se puede valorar con un pulsioxímetro o a través de una gasometría arterial.

Periostomal: es la piel que rodea la estoma.

PaO₂: Presión parcial de oxígeno, medido en milímetros de Mercurio (mmHg)

Sistema de Bajo Flujo: Dispositivos que permiten administrar una concentración exacta de oxígeno, siendo regulada por la cantidad de litros por minuto.

Sistema de Alto Flujo: Dispositivos que permiten administrar oxígeno a diferentes concentraciones, correspondiendo a cada concentración una cantidad determinada de litros por minuto.

Técnica aséptica: Al conjunto de acciones utilizada en la atención del paciente para lograr y mantener los objetos y las áreas en su máximo posible libre de microorganismos que incluye: lavado de manos con solución antiséptica, uso de guantes, mascarilla simple (cubre-boca) y solución antiséptica en el sitio a manipular.

Técnica estéril: Al conjunto de acciones que incluye el lavado meticuloso de las manos con jabón antiséptico, uso de barreras estériles, como: campos quirúrgicos, guantes estériles, mascarilla simple cubre-bocas el uso de todo el instrumental estéril, así como la utilización de antiséptico para preparación de la piel.

Terapia de infusión intravenosa: Introducción de sustancias químicas, medicamentosas o sanguíneas al torrente circulatorio con fines diagnósticos, terapéuticos y profilácticos.

Mascarilla venturi (Ventimask): Mascarillas que succionan el aire del medio ambiente y lo mezclan con el flujo de oxígeno. Permite niveles de FiO₂ de entre 24% - 50%, con una cantidad de litros por minuto que oscila entre 3 y 15 litros por minuto.

Yeyunostomía: Cirugía que se realiza para crear una abertura en el yeyuno (parte del intestino delgado) desde el exterior del cuerpo, que permite la colocación de la sonda la alimentaria en el intestino delgado.

BIBLIOGRAFÍA

-  Kozier, B., Erb, G., Blais, K. y Wilkinson, J.M. *“Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica”*. 9ª ed.1620 págs. Editorial Person:. España.2013.
-  Reyes, G.E. *“Fundamentos de Enfermería”*. 2ª. Edición.495 págs. Editorial Manual Moderno. México.2015.
-  Potter, P. A. y Perry, A. G.. *“Fundamentos de Enfermería”*. 9ª ed. 1355 págs. Editorial Elsevier España. 2019.
-  Pamela Lynn. *Enfermería Clínica de Taylor*. Wolters Kluwer.4ª. Edición 1116 págs. Editorial LWW. España.2017.
-  Nelson, *Tratado de pediatría*, Elsevier 20ª Edición 4924 páginas, volumen 1Elsevier España 2016.
-  Nanda , *“Diagnostico Enfermeros”* Definiciones y Clasificación 2018-2020 Duodécima edición ,987 páginas ,Thieme ,Nueva York, 2022.
-  NOC, *clasificación de resultados*, sexta edición Ed. Elsevier Moby España. España. 2018.
-  NIC, *clasificación de intervenciones*, séptima edición Ed. Elsevier Moby España. España. 2018.

ANEXOS

}

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.

Nombre del estudiante: _____

Fecha: _____ Semestre y grupo: _____

Competencias a desarrollar:

CB01. Capacidad de comunicación oral y escrita (Saber-Hacer).

CB03. Capacidad para organizar y planificar el tiempo (Saber-Hacer).

CG06. Capacidad de trabajo en el equipo profesional (Saber-Ser/Convivir).

E: Excelente MB: Muy bien B: Bien R: Regular NA: No aplica

Saberes teóricos	E	MB	B	R	NA
Concepto del procedimiento					
Propósito del procedimiento.					
Valora la necesidad del procedimiento.					
Saberes prácticos					
Prepara material y equipo necesario para la realización del procedimiento					
Explica el procedimiento al paciente					
Provee de un ambiente de intimidad					
Brinda contención y preparación física al paciente.					
Realiza registros clínicos.					
Saberes formativos					
Respeto los derechos de los pacientes					
Respeto la individualidad del paciente.					
Brinda acciones esenciales para la seguridad del paciente.					
Demuestra responsabilidad en el procedimiento.					
Respeto a todos los integrantes del equipo de salud.					
Saberes Metodológicos.					
Brinda orientación / apoyo educativo					
Evaluación final					
Observaciones					

**Nombre y firma del (a) docente
estudiante**

Nombre y firma del

ANEXOS

¿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;



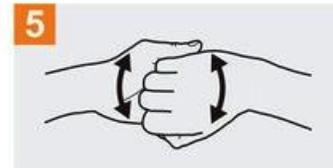
2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



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



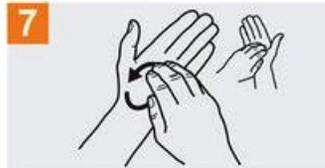
4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



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;

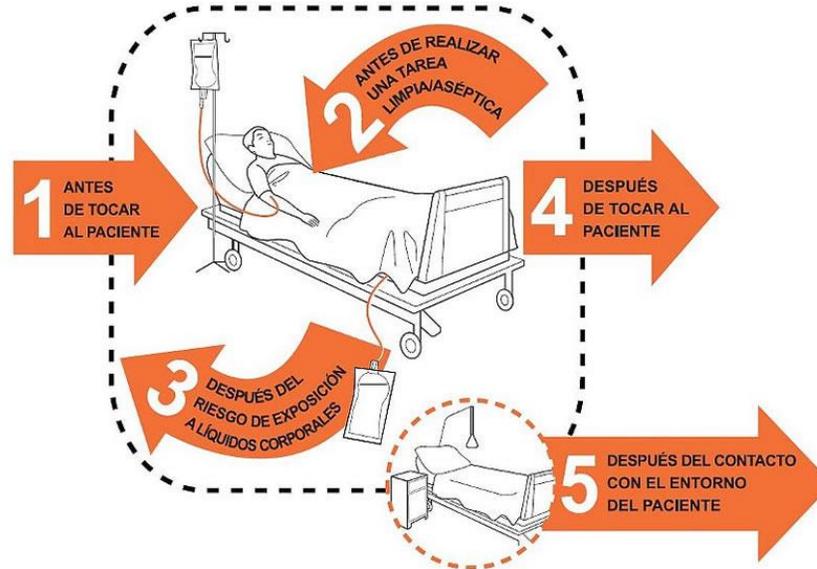


10 Sírvasse de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.

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

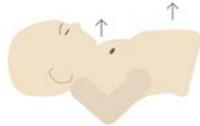
LAS MANOS LIMPIAS
SALVAN VIDAS

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. Compete 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.

TEST DE SILVERMAN

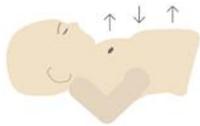
- 0 puntos: No hay dificultad respiratoria
- 1 a 3 puntos: Dificultad respiratoria leve
- 4 a 6 puntos: Dificultad respiratoria moderada
- 7 a 10 puntos: Dificultad respiratoria severa

MOVIMIENTOS TORACOABDOMINALES



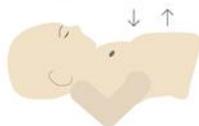
expansión coordinada

0 PUNTOS



retraso en la inspiración

1 PUNTO



expansión descoordinada

2 PUNTOS

TIRAJE INTERCOSTAL



ausente

0 PUNTOS



débil

1 PUNTO



marcado

2 PUNTOS

RETRACCIÓN XIFOIDEA



ausente

0 PUNTOS



poco visible

1 PUNTO



marcado

2 PUNTOS

ALETEO NASAL



ausente

0 PUNTOS



mínimo

1 PUNTO



marcado

2 PUNTOS

QUEJIDO RESPIRATORIO



ausente

0 PUNTOS



audible con fonendoscopio

1 PUNTO



audible

2 PUNTOS

ESCALA DE APGAR

valoración del recién nacido tras el parto

A	P	G	A	R
aparición	pulso	gestos	actividad	respiración
COLOR	FRECUENCIA CARDIACA	REFLEJOS	TONO MUSCULAR	ESFUERZO RESPIRATORIO



La **evaluación de Apgar** puede realizarse junto a la madre durante el primer minuto de vida del recién nacido. Si la **evaluación es mayor a 7, el neonato puede seguir** con ella acompañado de un sanitario hasta la valoración de los 5 minutos; **si es menor se debe trasladar al bebé** a una zona de atención y estabilización.

AEPEd, Asociación Española de Pediatría

SATISFACTORIO

7-10

DIFICULTAD
MODERADA

4-6

DIFICULTAD
MARCADA

0-3

TEST DE CAPURRO

Criterio para estimar la edad gestacional de un neonato.

Tamaño de la oreja	Chano-deforme pabellón no incurvado	Pabellón parcialmente incurvado en el borde superior	Pabellón incurvado en el borde superior	Pabellón totalmente incurvado		
Tamaño de la glándula mamaria	No palpable	Palpable menor de 5mm	Palpable entre 5 y 10 mm	Palpable Mayor de 10 mm		
Formación del pezón	Apenas visible sin areola	Dímetro menor de 7.5 mm Areola lisa y chata	Dímetro mayor de 7.5 mm Areola punteada Borde no levantado	Dímetro mayor de 7.5 mm Areola punteada Borde levantado		
Textura de la piel	Muy fina Gelatinosa	Fina Lisa	Más gruesa Descamación Superficial Discreta	Gruesa Grietas superficiales Descamación en manos y pies		Gruesa Grietas profundas Apergamadas
Pliegues plantares	Sin pliegues	Marcas mal definidas en 1/2 anterior	Marcas bien definidas en 1/2 anterior Surcos en el 1/3 anterior	Surcos en la 1/2 anterior		Surcos en más de la 1/2 anterior

Puntuación	Edad gestacional
0 - 0	29 SEMANAS
5 - 5	30 SEMANAS
10 - 16	31 SEMANAS
18 - 23	32 SEMANAS
24 - 30	33 SEMANAS
31 - 36	34 SEMANAS
38 - 44	35 SEMANAS
45 - 51	36 SEMANAS
53 - 58	37 SEMANAS
59 - 65	38 SEMANAS
66 - 71	39 SEMANAS
73 - 79	40 SEMANAS
84 - 86	41 SEMANAS
89 - 89	42 SEMANAS
94 - 94	43 SEMANAS



Postmaduro:
42 semanas o más.

A término:
Entre 37 y 41 semanas.

Prematuro leve:
Entre 35 y 36 semanas.

Prematuro moderado:
Entre 32 y 34 semanas.

Prematuro extremo:
Menos de 32 semanas.

SamiraCmo

TABLA DE MEDIDAS PARA NIÑOS Y NIÑAS

NIÑOS			NIÑAS		
Edad	Peso Medio	Talla	Edad	Peso Medio	Talla
Recién nacido	3,4 kg	50,3 cm	Recién nacido	3,4 kg	50,3 cm
3 meses	6,2 kg	60 cm	3 meses	5,6 kg	59 cm
6 meses	8 kg	67 cm	6 meses	7,3 kg	65 cm
9 meses	9,2 kg	72 cm	9 meses	8,6 kg	70 cm
12 meses	10,2 kg	76 cm	12 meses	9,5 kg	74 cm
15 meses	11,1 kg	79 cm	15 meses	11 kg	77 cm
18 meses	11,8 kg	82,5 cm	18 meses	11,5 kg	80,5 cm
2 años	12,9 kg	88 cm	2 años	12,4 kg	86 cm
3 años	15,1 kg	96,5 cm	3 años	14,4 kg	95 cm
4 años	16,07 kg	100,13 cm	4 años	15,5 kg	99,14 cm
5 años	18,03 kg	106,40 cm	5 años	17,4 kg	105,95 cm
6 años	19,91 kg	112,77 cm	6 años	19,6 kg	112,22 cm
7 años	22 kg	118,50 cm	7 años	21,2 kg	117,27 cm
8 años	23,56 kg	122,86 cm	8 años	23,5 kg	122,62 cm