



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE  
**CHIHUAHUA**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
LABORATORIO DE  
CUIDADO HUMANO EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE**



Facultad de  
**Enfermería y  
Nutriología**

## INDICE

TOMA DE SIGNOS VITALES.....	3
FOTOTERAPIA.....	8
ALIMENTACION ENTERAL.....	11
INSTALACION DE CATETER VENOSO.....	13
ASPIRACION DE SECRECIONES.....	17
REANIMACION NEONATAL.....	19
BAÑO DE RECIÉN NACIDO.....	23
INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL.....	27
EXANGUINEOTRANSFUSION.....	31
CAMBIOS DE POSICIÓN AL RECIÉN NACIDO.....	34
SONDA OROGASTRICA.....	38
SONDA RECTAL.....	41
SONDA VESICAL.....	43

## **TOMA DE SIGNOS VITALES**

### Definición

Procedimiento por medio del cual se instala un equipo electro médico o manual para la vigilancia continúa de la temperatura corporal, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y presión arterial.

### **OBJETIVOS**

- Vigilar continuamente los signos vitales del paciente.
- Contar con un instrumento de monitoreo de signos vitales que facilite el registro de los mismos.

### **ALCANCE**

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice LA Toma de Signos vitales. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

### **RESPONSABLES:**

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes del Programa de Licenciatura en Enfermería

## MATERIAL Y EQUIPO

Material y equipo:

- Termómetro de mercurio y/o digital
- Alcohol
- Torundas  
(axilar o rectal)



## DESARROLLO

Procedimiento general:

1. Aplicar los cinco momentos de lavado de manos clínico
2. Comprobar que nos encontramos con el paciente correcto
3. Avisar al paciente el procedimiento a realizar
4. Valorar el estado del paciente para la manipulación del área
5. Manipular al paciente de manera cuidadosa

### Temperatura corporal

Verificar el estado del termómetro, si es digital que su batería esté funcional, si es termómetro de mercurio que el marcador se encuentre bajo de la línea inferior de temperatura.

Realizar asepsia al termómetro con una torunda alcoholada antes y después del procedimiento.

Verificar que no existen fuentes de calor que alteren la lectura, tales como la fototerapia.

Temperatura axilar

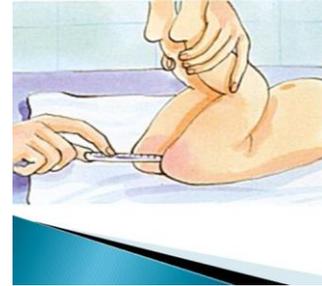
- a) Colocar el termómetro de modo que la ampolla de mercurio quede en el centro de la axila



sosteniendo el brazo del recién nacido durante tres minutos.

### Temperatura rectal

- a) Posicionar al neonato en decúbito dorsal sosteniendo los pies hacia arriba con una mano e introduciendo con la otra el termómetro en el recto a una profundidad de 1.5 cm, durante tres a cinco minutos manteniendo juntos los glúteos del paciente.



### Resultados:

- Paciente normotérmico: 36- 37.5°C
- Paciente hipertérmico: >38.5°C
- Paciente hipotérmico: <35 °C

### Frecuencia respiratoria

#### MATERIAL Y EQUIPO:

- Reloj con segundero
- Estetoscopio
- Alcohol
- Torundas



#### DESARROLLO

- 2.1 Realizar asepsia en el diafragma del estetoscopio antes y después del procedimiento.
- 2.2 Mediante la auscultación, valorar la entrada y salida de aire en ambos



campos pulmonares escuchar los ruidos respiratorios y determinar si existen diferencias entre la parte superior e inferior de un mismo hemitórax y entre los dos hemitórax.

2.3 Mediante la auscultación y observación; contar el número de inspiración/expiración durante 60 segundos

*Resultados:*

- Paciente eupnéico (dentro de los rangos normales)
- Bradipnéico ( < 40 respiraciones por minuto)
- Taquipnéico (>60 respiraciones por minuto)

### **Frecuencia cardiaca**

#### **MATERIAL Y EQUIPO:**

- Estetoscopio
- Alcohol
- Torundas
- Reloj con segundero

#### **DESARROLLO**

3.1 Realizar asepsia en el diafragma del estetoscopio antes y después del procedimiento.

3.2 Mediante la auscultación, colocando el estetoscopio en el hemitórax izquierdo, en la intersección del 4° espacio intercostal y la línea hemiclavicular, a la altura de la tetilla.

3.3 Se auscultarán los ruidos cardiacos (sístole y diástole).

3.4 Contabilizar uno de ellos durante 60 segundos



*Resultados:*

Paciente normocárdico: (dentro de los rangos normales)

Paciente taquicárdico (mayor a 160 latidos por minuto)

Paciente bradicárdico (menor a 120 latidos por minuto)

### ***Tensión arterial***

#### **MATERIAL Y EQUIPO:**

- Manguito neonatal
- Monitor de signos vitales

#### **DESARROLLO**

4.1 Elegir el sitio adecuado (arterial).

4.2 Evaluar la extremidad elegida, inspeccionar que el manguito no se encuentre dentro de los mismos sitios de medida de otros signos vitales, ya que puede alterar los resultados.

4.3 Elegir el tamaño correcto del manguito.

4.4 No colocar el manguito en piel lesionada, ni utilizar el miembro que posee algún catéter de infusión permanente.



- 4.5 Identificar la arteria por medio de palpación o auscultación
- 4.6 Posicionar el manguito de manera justa circunferente a la extremidad y alineado a la arteria.
- 4.7 Presionar el botón de inicio en el monitor de signos vitales del neonato.
- 4.8 Mantener al neonato lo más quieto y tranquilo posible.
- 4.9 Esperar a que termine la medición y arroje los resultados en pantalla.

Resultados:

- Paciente normotenso: (dentro de los percentiles)
- Paciente hipertenso: (sobre el percentil superior)
- Paciente hipotenso : (por debajo del percentil inferior)

***Recomendaciones:***

Los resultados dependerán de la patología presentada, además de la posición en la que se encuentre el recién nacido, se recomienda comprobar de manera manual los resultados de parámetros obtenidos por el equipo electro médico.

En medición de temperatura corporal de forma rectal el resultado será .5°C mayor a la axilar.

**FOTOTERAPIA**

Definición

Procedimiento por medio del cual se emplea luz visible para el tratamiento de la hiperbilirrubinemia indirecta del recién nacido.

## **OBJETIVOS**

- Disminuir la bilirrubina sérica y prevenir su acumulación tóxica en el cerebro donde puede causar complicaciones neurológicas severas y permanentes.

## **ALCANCE**

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la Fototerapia. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

## **RESPONSABLES:**

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes del Programa de Licenciatura en Enfermería

## **MATERIAL Y EQUIPO:**

- Lámpara de fototerapia
- Antifaz

## **DESARROLLO**

Procedimiento general:

1. Aplicar los cinco momentos de lavado de manos clínico
2. Comprobar que nos encontramos con el paciente correcto
3. Avisar al paciente el procedimiento a realizar
4. Valorar el estado del paciente para la manipulación del área
5. Manipular al paciente de manera cuidadosa

## **DESARROLLO**

1. Verificar los valores de bilirrubinemia y la indicación de fototerapia
2. Controlar el estado de los equipos a utilizar
3. Verificar la intensidad de radiación
4. Controlar signos vitales antes de la exposición del recién nacido a la terapia
5. Abrir una hoja de balance de egresos e ingresos
6. Desvestir al bebé, dejándolo sólo en pañal y colocarle el antifaz
7. Ubicar la lámpara a la distancia correspondiente, el centro de luz deberá estar colocado sobre el tronco del bebé
8. Continuar con la lactancia materna cada que se requiera
9. Mantener lubricación ocular y cambio de posición del antifaz cada determinado tiempo para evitar lastimar la piel del bebé
10. Verificar los niveles de bilirrubina para continuar o no con la terapia por medio de un examen sanguíneo de valores de bilirrubina
11. Apagar la lámpara al obtener muestra sanguínea
12. Enviar las muestras sanguíneas cubiertas para evitar alteraciones del nivel de bilirrubina por la luz



## **ALIMENTACIÓN ENTERAL**

### **Definición**

La vía de alimentación enteral es la ordinaria para la nutrición una técnica de soporte nutricional que consiste en administrar los nutrientes directamente en el tracto gastrointestinal. Debe elegirse un método adecuado para su capacidad de succión y deglución.

### **OBJETIVOS**

- Mantener el estado nutricional correspondiente a la edad del recién nacido.

### **ALCANCE**

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice alimentación enteral.

Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

## **RESPONSABLES:**

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

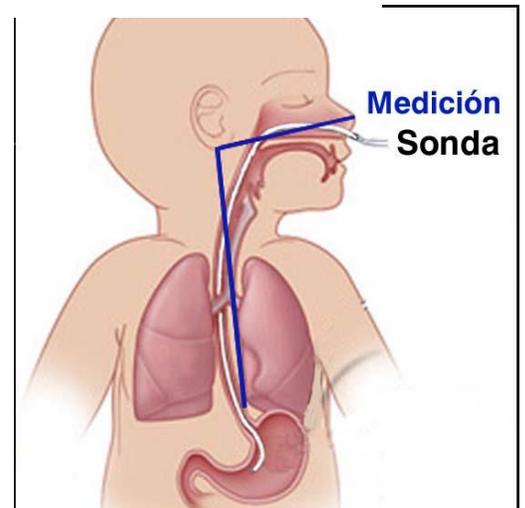
## ***Colocación de sonda orogástrica y nasogástrica***

### **MATERIAL Y EQUIPO:**

- Sonda orogástrica/ nasogástrica de calibre adecuado
- Estetoscopio
- Riñón
- Jeringa de 10 cc
- Fijación para sonda
- Marcador
- Guantes
- Cubre boca
- Gel lubricante

### **DESARROLLO**

1. Medir con la sonda del puente de la nariz al lóbulo de la oreja y de ahí en línea recta al apéndice xifoideo, realizar la marca en la sonda donde quedará el extremo de la fijación de la sonda
2. Lubricar la punta de la sonda
3. Introducir por la boca del recién nacido hasta llegar a la marca donde se midió
4. Verificar que se encuentre en posición correcta aspirando algo de contenido gástrico, o bien introduciendo aire con la jeringa y auscultando el ruido intestinal



5. Una vez que se comprueba que está en cavidad correcta, se procede con la fijación de la sonda.
6. Para colocación de sonda nasogástrica se realiza la introducción a través de la nariz.

#### Recomendaciones

- 1.-Aplicar los cinco momentos de lavado de manos clínico.
- 2.-Comprobar que nos encontramos con la persona de cuidado correcta.
- 3.-Avisar a la persona de cuidado el procedimiento a realizar.
- 4.-Valorar el estado de la persona de cuidado para la manipulación del área.
- 5.-Manipular a la persona de cuidado de manera cuidadosa.

#### Lactancia materna

Debe ofrecerse a todo recién nacido con buena succión y deglución, en el que no esté contraindicada. Cuando no exista madurez de succión y deglución se puede emplear otras modalidades:

El biberón en los casos que no sea posible ofrecer seno materno por producción insuficiente de leche o por otra causa materna. El vaso de precipitado o gotero cuando no haya succión pero si deglución. En caso que no exista succión ni deglución se procede a la alimentación por sonda por medio de la cual se puede suministrar leche humana o fórmula de manera continua o intermitente.

#### INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO



## Definición

Procedimiento invasivo consistente en la colocación de un catéter corto en una vena periférica para realizar tratamiento intravenoso de corta duración, administración de medicamentos o sustancias con fines diagnósticos.

## OBJETIVOS

- Canalizar un vaso sanguíneo para obtener un acceso venoso periférico, cuando se requiera administración de soluciones para hidratación, medicamentos con fines diagnósticos o terapéuticos y/o hemoderivados.

## ALCANCE

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la instalación de catéter periférico. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

## RESPONSABLES:

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes del Programa de Licenciatura en Enfermería

## MATERIAL Y EQUIPO:

- Catéteres N.º 22 y 24
- Guantes
- Cubre boca
- Gasas estériles o torundas
- Antiséptico: Alcohol al 70 % o Clorhexidina al 2%
- Ligadura
- Material de sujeción
- Sistema de perfusión, solución endovenosa,

fármaco prescrito, tubos para recolección de muestras. La solución endovenosa debe estar rotulada, con información referida a su contenido, la persona de cuidado al que va dirigida la solución,

velocidad de infusión, fecha y hora de preparación y responsables de la elaboración y verificación de la misma.

- Contenedor de RPBI

## **DESARROLLO**

1. Preparar el material y purgar el sistema en el cuarto de medicamentos
2. Elegir el sitio de punción, en una posición cómoda para el recién nacido y para el profesional que va a realizar la técnica (altura adecuada, material al alcance de la mano) y con adecuada iluminación.
3. Permitir el amamantamiento antes y durante la punción.
4. Seleccionar la vena: abordar siempre de la zona distal a la proximal de miembros superiores. Elegir catéter de calibre adecuado
5. Colocarse guantes y cubre boca
6. Colocar ligadura 10 cm de margen a la punción
7. Aplicar alcohol al 70 % o clorhexidina al 2 % en un área de 3 cm a 5 cm<sup>2</sup> del sitio de inserción siguiendo principios de asepsia
8. Tomar el catéter con la mano dominante. Fijar la piel con la mano no dominante para evitar desplazamiento de la vena. Insertar el catéter con el bisel hacia arriba y con un ángulo entre 15° y 30° (dependiendo de la profundidad de la vena), ligeramente por debajo del punto elegido para la venopunción y en dirección a la vena. Una vez atravesada la piel, se disminuirá el ángulo para no atravesar la vena. Introducir el catéter hasta que se observe el reflujo de sangre. Cuando esto ocurra, avanzar un poco el catéter e ir introduciendo la cánula a la vez que se va retirando la aguja o guía, hasta insertarlo completamente en la luz de la vena.

9. Comprobar la correcta canalización de la vena
10. Retirar la ligadura
11. Conectar el equipo de perfusión al catéter
12. Fijar el catéter cubriendo sitio de punción con cubierta adhesiva transparente estéril
13. Comprobar la correcta perfusión
14. Eliminar el material de desecho según la norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002.
15. Registrar fecha, hora, nombre del profesional de enfermería, número de catéter, en etiqueta de fijación

#### Recomendaciones

- Aplicar los cinco momentos de lavado de manos clínico
- Comprobar que nos encontramos con el paciente correcto
- Avisar al paciente el procedimiento a realizar.
- Valorar el estado del paciente para la manipulación del área
- Manipular al paciente de manera cuidadosa

## **ASPIRACIÓN DE SECRECIONES**



### **Definición**

Extracción de las secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía aérea oral o la tráquea de la persona de cuidado.

### **OBJETIVOS**

- Mantener la permeabilidad de la vía aérea para salvaguardar el equilibrio en el intercambio de gases ventilación/perfusión.

### **ALCANCE**

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la aspiración de secreciones. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

### **RESPONSABLES:**

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes del Programa de Licenciatura en Enfermería

### **MATERIAL Y EQUIPO:**

- Guantes estériles
- Cubre boca
- Solución salina 500cc
- Sonda de aspiración de secreciones (calibre adecuado al neonato)
- Aspirador manual de secreciones
- Gasas
- Oxímetro

## **DESARROLLO**

### *Aspiración de las vías aéreas superiores*

1. Colocarse cubre boca y guantes de manera estéril
2. Vigilar que la saturación de oxígeno se encuentre de 90-100%
3. Introducir la sonda de manera estéril a cavidad bucal, al terminar este ciclo introducirla en nariz
4. Comenzar el proceso de aspiración de manera circular y presionando el interruptor de aspiración de la sonda de manera intermitente
5. Limitar el tiempo de succión de aproximadamente cinco segundos entre cada aspiración, verificar la tolerancia y respuesta de niño, así como la saturación de oxígeno
6. La presión de aspiración máxima debe ser de 80 mm Hg

### Recomendaciones:

- No realizar aspiración sistemática de secreciones y evitarla después de la aplicación de surfactante
- Verificar la longitud de inserción del catéter de aspiración para no sobrepasar el extremo distal y causar daño e inflamación en el tejido bronquial

## REANIMACIÓN NEONATAL



La reanimación o resucitación cardiopulmonar al nacer es una emergencia mayor en pediatría, no hay otro período de la vida en que la probabilidad de requerir reanimación sea superior. El tratamiento del niño deprimido, que no respira, puede ser fundamental para su sobrevivencia y calidad de vida. Debe ser realizado con el más alto nivel de competencia, lo que incluye personal calificado, equipamiento y medicamentos. La reanimación del RN en el salón de partos constituye procedimientos que se realizan para asegurar la función cardiorrespiratoria inmediatamente después del nacimiento, cuando existe alguna alteración que compromete las funciones vitales.

### OBJETIVOS

El objetivo primario de la reanimación neonatal es que se priorice en el menor tiempo posible el ABC.

A - Establecer una vía aérea permeable.

B - Iniciar una respiración eficiente.

C - Mantener una circulación adecuada.

## **ALCANCE**

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la reanimación neonatal. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

## **RESPONSABLES:**

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes del Programa de Licenciatura en Enfermería

## **EQUIPOS Y MATERIALES**

- Estetoscopio.
- Respiradores manuales con mascarillas para recién nacido a término (RNT) y pretérminos.
- Laringoscopio y tubos endotraqueales de diferentes calibres.
- Bandeja de cateterismo con catéteres umbilicales de diferentes calibres y tubos de drenaje pleural.
- Monitores de frecuencia cardíaca, respiración y presión.

- Jeringuillas.

## **DESARROLLO**

Las decisiones y acciones de la reanimación se basan en la evaluación sucesiva de 3 signos clínicos en el RN:

1. Esfuerzo respiratorio: puede estar presente o ausente, ser eficaz o no.
2. Frecuencia cardíaca: se determina si es inferior o superior a 100 latidos/min.
3. Coloración: cianosis central o palidez.

Esfuerzo respiratorio. Si el RN está en apnea o con respiración irregular tipo jadeo, se efectúa una estimulación táctil, en caso de no responder en los primeros 30 s de vida, se inicia ventilación con presión positiva (VPP) utilizando bolsa autoinflable o de anestesia a través de una mascarilla acorde con el peso del RN con oxígeno adicional, con una frecuencia de 40 a 60 por min y una presión de 20 a 25 mbar durante 30 s. Después de los 30 s se procede a evaluar la frecuencia cardíaca. La persona que realiza la reanimación debe evaluar la gravedad de la depresión respiratoria de acuerdo con los antecedentes y aspecto del niño. La ausencia de esfuerzo respiratorio, la presencia de cianosis central y flacidez completa, son signos de gravedad. Generalmente los RN responden iniciando la respiración espontánea después de las primeras VPP con máscara, en estos casos lo más probable es que se haya presentado una apnea primaria.

Frecuencia cardíaca. Si es inferior a 100 latidos/min, aunque parezca aceptable o no el esfuerzo respiratorio, se debe iniciar la VPP con máscara; la frecuencia cardíaca por debajo de 100 latidos/min especialmente si no responde a la VPP, necesita de las acciones de urgencia y se procede al masaje cardíaco (Fig. 2.2), alternando 3 compresiones por cada insuflación pulmonar (3:1), para mantener oxigenados los órganos vitales. Se debe colocar una sonda para evacuar el gas del estómago, porque la distensión gástrica puede elevar el diafragma y dificultar la expansión del pulmón, además, puede producirse regurgitación y

broncoaspiración. Posteriormente se evalúa la respuesta del paciente, si la frecuencia cardíaca es mayor que 100/min y existen esfuerzos respiratorios vigorosos, se descontinúa el apoyo ventilatorio y se mantiene la observación de la coloración del paciente.

Si después de los 30 s de masaje cardíaco externo y ventilación con bolsa no hay signos de recuperación de la frecuencia cardíaca, hay que considerar que esta forma de ventilación no está siendo eficaz y se procede a realizar intubación endotraqueal urgente, para continuar la ventilación por esta vía y el masaje cardíaco. Si después de los 30 s de masaje cardíaco y ventilación por el tubo endotraqueal no mejora la frecuencia cardíaca, será necesario el apoyo medicamentoso, se administra epinefrina por el tubo endotraqueal, y posteriormente si se conserva inalterable la frecuencia cardíaca, se aplicará una segunda dosis. En los casos en que hay paro cardíaco se administra por vía intracardíaca. La reanimación prolongada puede traer consigo aumento de la acidosis láctica, pobre contractilidad cardíaca, disminución del flujo pulmonar e hipotensión arterial. Se valora la administración de bicarbonato de sodio y expansores plasmáticos (sangre, plasma, albúmina, solución salina isotónica).

Coloración. La cianosis distal de las extremidades es una condición que afecta a la mayoría de los niños en los primeros minutos de vida, por tanto no requiere de ninguna acción. Si el RN presenta cianosis central, se debe administrar oxígeno en la mayor concentración posible. Si bien existen datos de los posibles efectos tóxicos del oxígeno en altas concentraciones, no hay evidencia suficiente de peligro en administrarlo en exceso durante el corto tiempo que dura la reanimación. Por lo general, la coloración se normaliza inmediatamente. En los RN que tienen buen esfuerzo respiratorio y una frecuencia cardíaca por encima de 100 latidos/min y que presenten una cianosis persistente que no responde a la administración de oxígeno libre, hay que estar alerta a que se alteren la respiración y la frecuencia cardíaca y que eventualmente requieran VPP. Por lo

que se debe estudiar la causa de la cianosis mantenida, así como descartar la posibilidad de una cardiopatía congénita cianótica.

## **BAÑO DE RECIÉN NACIDO**



El baño es uno de los cuidados rutinarios que se le realizan al RN, para su limpieza y mejor confort. Cada madre deberá tener la oportunidad de observar la demostración del baño y si es posible realizarlo, una vez que la enfermera realice la demostración y diga las instrucciones necesarias, para evitar dificultades cuando el niño se incorpore a la comunidad. En el momento del baño se deben cumplir los principios básicos, aunque cada cual desarrolle su propia manera de bañar de acuerdo con su destreza manual, el tamaño y la actividad del niño.

Se deben extremar las medidas de seguridad sin violar alguno de los principios básicos durante su ejecución.

## **OBJETIVOS**

Proporcionarle mantenimiento de la limpieza de la piel, el pelo, las uñas y los órganos de los sentidos.

## **ALCANCE**

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice el baño del recién nacido. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

## **RESPONSABLES:**

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes del Programa de Licenciatura en Enfermería



## **MATERIAL Y EQUIPO**

- Toalla o paño limpio.
- Recipiente con agua hervida.
- Motas de algodón.
- Jabón.
- Ropa limpia.

## **DESARROLLO**

- Lavado de mano higiénico antes de manipular al RN.
- Desvestir al niño y cubrirlo con un paño, para evitar el enfriamiento.
- Ojos: se debe utilizar una torunda estéril de algodón con agua en cada ojo, empezando desde el ángulo interno del ojo y siguiendo hacia la esquina exterior.
- Cara: se realiza la limpieza en forma de 8, empezando por la zona frontal sin tocar los ojos, no se debe utilizar jabón.
- Orejas: se limpia solamente la parte exterior con agua, teniendo como precaución que no caiga agua en el interior del oído y no se debe introducir aplicadores en los oídos.
- Cuero cabelludo: se realiza de forma circular muy superficial con agua y jabón, sin ejercer presión ninguna, pues esta zona es muy delicada, por estar abiertas las fontanelas.
- Extremidades superiores: se empieza por las manos hacia las axilas con agua y jabón, se insiste en el pliegue bajo los brazos. Se debe enjuagar bien las manos del jabón pues el niño con mucha frecuencia se las lleva hacia la boca y se deben secar bien los pliegues bajo el brazo.
- Tronco: limpiar con agua y jabón, primero la zona anterior y luego la zona posterior. Se debe tener como precaución el secado correcto del cuello y evitar la humedad en la región umbilical.
- Extremidades inferiores: se empieza por los pies hacia la región inguinal con agua y
- jabón, debe cerciorarse de que el secado de los pies sea correcto.
- Glúteos y genitales: en las niñas él es megna (secreción blanquecina) puede acumularse entre los pliegues de los labios, que deberá limpiarse con una torunda de algodón con agua y jabón, utilizado una sola vez cada torunda en dirección desde el frente hacia atrás. En los varones se insiste en el pene, es muy frecuente la adherencia entre el prepucio y el glande del pene, por lo que se acumula orina y es megna, que debe retirarse cuidadosamente. Los glúteos deben estar bien aseados, retirar el material fecal para evitar irritación perianal.

- Vestir al RN con ropa limpia y acomodarlo correctamente.
  - Cambiar y vestir la cuna con paños limpios.
  - Retirar todo el material sucio. Cuidados generales con la piel del RN
  - No utilizar jabones fuertes, aceites o talcos perfumados para evitar irritación en la piel del RN.
  - No utilizar durante el baño estropajos, esponjas o toallas, sólo utilizar la mano, motas de algodón y jabón.
  - La ropa del bebé debe ser de algodón.
  - Evitar abrigarlo en forma excesiva, pues puede favorecer la aparición de salpullido, erupción de pápulas o vesículas diminutas.
  - La ropa del bebé debe lavarse con jabón, se evitarán detergentes, suavizantes y cloro, que pueden irritar la piel e incluso en algunos casos ser tóxicos.
  - Exponer al RN al aire y a la luz varias veces al día.
  - Hervir los pañales, para destruir las bacterias.
  - Usar cremas protectora con vitamina E en la región anal, para evitar la erupción del pañal.
- 
- Recomendaciones
  - Principios básicos
  - Todo el equipo, ropa y material debe estar preparado previamente.
  - Asegurar que en el ambiente no existan corrientes de aire y que la temperatura sea adecuada.
  - La temperatura del agua para el baño será de 37 a 38 °C, el agua que se sienta tibia con el codo estará aproximadamente a tal temperatura.
  - Antes de ejecutar el baño, se debe cerciorar que el niño tenga la temperatura regulada, que mantenga una temperatura mayor de 36,5oC.
  - Se debe proceder al baño de las áreas más limpias hacia las áreas más sucias.
  - Enjabonar, enjuagar y secar cada área antes de pasar a la otra.

- Precauciones
- Mantener al bebé envuelto con una toalla o pañal.
- Nunca suelte al bebé ante un olvido, se debe envolver en una toalla y llevarlo con usted.
- Debe haber receptáculos para la ropa sucia y para el material de desecho.
- Cada parte del RN debe enjuagarse con abundante agua y secarlas correctamente, se debe evitar la humedad.
- No usar jabones fuertes, ni polvos debido a la sensibilidad de la epidermis del niño, que le puede provocar irritación o lesiones graves en la piel.
- Durante la estancia hospitalaria del niño, se debe garantizar el baño con agua estéril, jabón suave y torundas de algodón estéril.
- Intubación endotraqueal.

## INTUBACION ENDOTRAQUEAL



Se indica cuando la ventilación con mascarilla o penlow no es efectiva, en la ventilación mecánica, para realizar aspiración traqueal y en los pacientes con hernias diafragmáticas.

## **OBJETIVOS**

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Asistir la ventilación pulmonar del recién nacido.
- Ventilación manual o mecánica de los pulmones.
- Aspiración de secreciones.
- Prevenir la entrada de cuerpos extraños.

## **ALCANCE**

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la intubación endotraqueal. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

## **RESPONSABLES:**

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes del Programa de Licenciatura en Enfermería

## **MATERIAL Y EQUIPO**

- Laringoscopio (verificar el correcto funcionamiento).
- Hojas rectas tipo "Miller" o Número "0" - RN pretérmino y menores de 2Kg o Número "1" - RN a término Guía.
- Estetoscopio.
- Guantes estériles.
- Fuente de oxígeno con flujómetro.
- Sonda de aspiración.
- Aspiradora.
- Dispositivo para fijar.
- Penlow.
- Tubo endotraqueal apropiado.

## **DESARROLLO**

- Colocar al RN en decúbito supino en posición neutra, posición de olfateo, sin superextender el cuello.
- Aspirar secreciones bucofaríngeas, si es necesario.
- Tomar el laringoscopio con la mano izquierda e introducir la hoja del laringoscopio por el ángulo derecho de la boca entre la lengua y el paladar.
- Desplazar la hoja hacia la línea media, gentilmente, desviando la lengua.
- Introducir la hoja del laringoscopio sobre el piso de la lengua hasta la vallécula
- Evitar movimientos rotatorios para no dañar la encía.
- Levantar suavemente el laringoscopio para elevar la epiglotis y exponer la glotis, hasta visualizar las cuerdas vocales.
- Ejercer una suave presión sobre el cricoides puede facilitar ver la glotis
- Realizar aspiraciones con sonda de aspiración, si es necesario.
- Introducir el tubo endotraqueal por el ángulo derecho de la boca y a un lado de la hoja del laringoscopio, una vez visualizadas las cuerdas vocales.
- Introducir el tubo endotraqueal 2 cm, tomando como referencia la glotis.

- Retirar el laringoscopio mientras sostiene el tubo endotraqueal con la mano derecha, ejerciendo presión con un dedo contra el paladar duro; si ha utilizado una guía retirarla con cuidado.
- Cerciorar que el proceder no tarde más de 20 s.
- Conectar el penlow e insuflarlo suavemente.
- Verificar con el estetoscopio la posición del tubo endotraqueal, auscultando ambos hemitórax y comprobando que exista ventilación homogénea.
- Fijar el tubo endotraqueal con esparadrapo y seda de sutura en el número seleccionado de acuerdo con el peso del paciente.
- Realizar radiografía de tórax para ver la posición final del tubo endotraqueal.
- Introducción de la hoja del laringoscopio hasta la vallécula, ejerciendo con el dedo meñique una ligera presión sobre la cricoides. Neonato correctamente intubado
- El tórax se expande en cada inspiración.
- Se ausculta el mormullo vesicular bien en ambos pulmones.
- No hay distensión gástrica al ventilarlo.
- Puede verse condensación del vapor de agua dentro del tubo endotraqueal. Durante la espiración. Aspiración de secreciones a través del tubo endotraqueal
- Se debe aspirar cada vez que sea necesario.
- La aspiración se realiza con guantes y sobrebatas estériles.
- Se deben realizar las aspiraciones entre 2 personas.
- Antes de comenzar la maniobra de aspiración se recomienda brindar fisioterapia respiratoria.
- Tomar una sonda de aspiración con el calibre adecuado acorde con el tubo endotraqueal.
- Fijar una presión negativa para la aspiración entre 4 y 8 mmHg.
- Una persona desacopla el tubo endotraqueal y si es necesario, en dependencia de las características de las secreciones, si son fluidas o no, se entila a la persona de cuidado solución salina o acetilcisteína.

- Se introduce la sonda suavemente hasta que tope, se retira realizando movimientos circulares. Esta maniobra no debe durar más de 5 s.
- Se acopla al RN al ventilador mecánico o al penlow con oxígeno adicional.
- Se observan las saturaciones y coloración del RN, si se deteriora se le aumenta la FiO2 hasta que se recupere.
- •Se repiten las aspiraciones hasta no obtener más secreciones en diferentes posiciones.
- Se recomienda realizar cultivos de las secreciones obtenidas, para aislar algún germen en caso que exista.
- Una vez terminada la aspiración por el tubo endotraqueal se aspiran las secreciones bucofaríngeas y se vuelve prefijar los parámetros iniciales de la FiO2
- . Se desecha la sonda de aspiración y se limpia la aspiradora.

## EXANGUINEOTRANSFUSIÓN



Es el recambio de un volumen sanguíneo determinado, por plaquetas globulares o sangre total en pequeñas fracciones, bajo estricta técnica estéril y monitoreo de los signos vitales.

## OBJETIVOS

- Controlar de hidropesía fetal.

- Corregir la anemia (hemoglobina inferior a 11g/dL).
- Prevenir niveles tóxicos de bilirrubina.
- Controlar la Enfermedad hemolítica del RN.
- Corregir la hiperbilirrubinemia.
- Evitar la septicemia generalizada.

## **ALCANCE**

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice la exaguineotransfusión. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

## **RESPONSABLES:**

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes del Programa de Licenciatura en Enfermería

## **MATERIAL Y EQUIPO**

- Guantes.
- Paño estéril fenestrado.
- Equipos de exanguinotransfusión (pinzas estériles, paño hendido).
- Dos llaves de 3 pasos.
- Jeringuillas de 3 ó 5 cc.
- Dos equipos de conexión para la bolsa de sangre y para la extracción de esta del RN.
- Bolsa de sangre a una temperatura adecuada.
- Bolsa extraedora

## DESARROLLO

- Una vez realizada la canalización de las venas umbilicales, se selecciona el grupo y el Rh de la sangre total o derivado de acuerdo con su indicación.
- Analizar si la sangre a administrar es citratada (ácido-citratodextrosa) que es la que se utiliza con más frecuencia o sangre heparinizada, que es la mejor en los niños graves y elimina el empleo de calcio.
- Se verifica la posición del catéter mediante rayos X.
- Aspirar las secreciones gástricas mediante lavado.
- Se calcula la cantidad de sangre a intercambiar.
- El RN debe estar estable, se debe corregir el estado ácido-base, hidroelectrolítico, glicemia y temperatura.
- Se acopla al cardiomonitor, para monitorizar los signos vitales y las saturaciones de oxígeno.
- El RN debe estar restringido por las 4 extremidades.
- Una persona se encargará de realizar las anotaciones en la hoja de exanguinotransfusión: la hora de entrada y salida de la sangre, el volumen de sangre administrado y extraído, los signos vitales y la dosis de gluconato de calcio (sangre citratada).
- La persona que realiza el procedimiento debe extremar las medidas de asepsia y antisepsia, se realizará un lavado de mano quirúrgico y posteriormente con colocación de guantes, cubrebocas y batas estériles.
- Armar el equipo de exanguinotransfusión y acoplar la bolsa de sangre y la bolsa extraedora.
- Verificar que la sangre tenga una temperatura adecuada.
- Preparar las jeringuillas con solución salina, solución heparinizada y gluconato de calcio (sangre citratada).
- Los recambios en el RN con peso menor de 1 500 g son hasta 5 mL, de 1 500 g a 2 500 g hasta 10 ml. y mayores de 2 500 g hasta 20 ml.
- La primera extracción de sangre se utiliza para cultivo y complementarios.

- Si se administra sangre citratada, cada 100 ml. de sangre intercambiada se debe administrar 1ml. de gluconato de calcio y 0,5mL en los pretérminos.
- Si durante el recambio se presenta deterioro, se suspenderá el procedimiento y se reiniciará al estabilizarse, si esto no se logra y la persona de cuidado presenta paro cardiorrespiratorio se suspenderá.
- La última sangre que se extraiga se usa para cultivo y análisis.

## CAMBIOS DE POSICIÓN AL RECIÉN NACIDO



**Figura 2.** Maniobra de gatico en plano ascendente (A, B y C). La posición inicial del cuerpo en decúbito ventral sobre el plano inclinado, promueve una serie de movimientos complejos similares a los del gatico, los cuales se ejecutan en contra de la gravedad, favoreciendo la actividad motora espontánea de grupos musculares de la cintura pélvica y escapular.

### Definición

Son las formas de alineamiento y distribución de las partes del cuerpo del recién nacido adoptadas con la ayuda del personal de enfermería, para acomodar fisiológicamente al neonato en flexión, contención y mantenimiento de la línea media.

### OBJETIVOS

- Reafirmar los conocimientos y las aptitudes necesarios para brindar el posicionamiento correcto al recién nacido utilizando nidos y barreras,

con el fin de disminuir la superficie corporal expuesta y, por ende, la pérdida de calor.

- Evitar que se formen lesiones cutáneas en zonas de presión en el recién nacido.
- Proporcionar descanso y comodidad al recién nacido.
- Disminuir el riesgo de complicaciones en el recién nacido.
- Favorecer la estimulación táctil.
- Reducir la incidencia de apneas y de deformidades de la cabeza del recién nacido.
- Estimular el sistema vestibular y propioceptivo del recién nacido.

## **ALCANCE**

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice los cambios de posición al recién nacido. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

## **RESPONSABLES:**

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes del Programa de Licenciatura en Enfermería

## **MATERIAL Y EQUIPO.**

- Toallas o mantas pequeñas, y nidos prefabricados de uso institucional.
- Colchones de agua (bolsa de 100-200 cm<sup>3</sup> de agua).
- Sábanas.
- Compresa o sábana pequeña para el rollito escapular.

## DESARROLLO

- Hacer el nido acorde con el tamaño del recién nacido, para acunarlo y contenerlo.
- Utilizar colchón de agua.
- Verificar que las sábanas ubicadas debajo del recién nacido no tengan arrugas.
- Cambiar de posición al neonato cada dos horas, según la estabilidad, es decir, si los signos vitales están dentro de parámetros normales, o si el recién nacido lo requiere por cansancio de la posición actual.
- Poner rosier bajo los hombros del recién nacido en posición supina o decúbito lateral.
- Estimular a los padres o los acudientes a interactuar con su hijo permitiéndoles participar en el arreglo y fomentando el contacto físico a través del masaje y del posicionamiento, en la medida en que el estado del recién nacido y las condiciones de salud lo permitan.

### Posiciones

- Posición supina: Caderas y rodillas un poco flexionadas hacia el abdomen; hombros doblados, con las manos sobre el pecho o el abdomen; brazos y piernas simétricas; cabeza en línea media o cómodamente vuelta a un lado. En nidos, utilizar bordes elevados, para promover la flexión de las extremidades hacia la línea media y sobre el tronco; las rodillas, en semiflexión, con los pies dentro de los bordes del nido. No ubicar rollos bajo las rodillas.
- Posición prono: Caderas y rodillas dobladas con las rodillas debajo de las caderas; brazos flexionados, con las manos cerca de la boca, para facilitar la succión y con almohadilla escapular debajo de los hombros, ubicando el extremo de la almohadilla a la altura de la línea media mamilar, con los brazos alrededor, para evitar la retracción de los hombros y facilitar la

protracción. Alternar la posición de la cabeza entre los lados derecho e izquierdo.

- Posición decúbito lateral: Caderas y rodillas flexionadas; brazos suavemente flexionados hacia los hombros, y la cabeza en línea con el cuerpo o un poco flexionada. Alternar sobre hemicuerpo derecho e izquierdo.

#### Recomendaciones:

- Cambios de posición cada dos horas, en horas de contacto y llevados a cabo entre dos personas.
  - Hacer el reposicionamiento al recién nacido despierto o en sueño activo; proceder a tocarlo y moverlo lentamente, y siempre con un propósito definido.
  - Favorecer la flexión; utilizar las dos manos, y evitar las conductas de desorganización como llanto incontrolable, actividad frenética, agitación psicomotriz, contorciones, extensión o hipotonía de las extremidades.
  - El personal de enfermería evalúa y controla los signos de estrés y de fatiga.
- Si

aparecen, detiene la actividad dejándolo cómodo, permitiendo que el recién nacido se tranquilice y organice antes de continuar con el cambio de posición.

- Colocar el nido en la incubadora o en la cuna para acostar al recién nacido adentro o poner rollos alrededor del recién nacido, de forma envolvente, para hacer la contención postural en flexión simulando el útero materno, formando nidos.
- Promover siempre el alineamiento cabeza-cuerpo, en sentido ascendente, para permitirle al neonato que visualice sus propias manos y facilitar el contacto mano-cara-boca.
- Utilizar colchones de agua en recién nacidos en protocolo de mínima manipulación.

- Colocar rosier o almohadilla escapular para aumentar la capacidad torácica, favorecer la ventilación y evitar la retracción de los hombros del neonato.

Manual de procedimiento de enfermería, unidades neonatales de Bogotá (2016).

## **SONDA OROGÁSTRICA**



Es el paso de una sonda a través de la boca hasta el estómago.

### **OBJETIVOS**

- Permitir la alimentación enteral en los recién nacidos con inmadurez en la succión-deglución o en quienes el aporte por vía oral no es suficiente.
- Permitir la alimentación enteral en los recién nacidos con trastornos respiratorios, anatómicos o neurológicos que les impidan alimentarse por vía oral.
- Hacer el lavado gástrico.
- Permitir el drenaje permanente del contenido gástrico.
- Permitir la administración de medicamentos.

### **ALCANCE**

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice colocar sonda orogastrica. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

### **RESPONSABLES:**

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

### **MATERIAL Y EQUIPO**

- Sonda Nelaton Nº 5, 6, 8 o 10. Tenga en cuenta su uso al momento de seleccionarla y el peso del recién nacido (tabla 8).
- Jeringa de 5 cm<sup>3</sup> y de 10 cm<sup>3</sup>
- .
- ♦Guantes de manejo para > 1200 g.
- Guantes estériles para < 1200 g.
- Agua destilada.
- Solución salina normal.
- Mascarilla.
- Bolsa recolectora.
- Equipo perfusor.
- Cinta adhesiva.
- Fonendoscopio.
- Riñonera.

### **DESARROLLO**

- Lavarse las manos.
- Alistar el equipo en una bandeja.

- Lavarse las manos para iniciar el procedimiento.
- Ponerse los elementos de protección personal.
- Ubicarse en el lado derecho si es diestro, o en el lado izquierdo si es zurdo: hacerlo facilita la manipulación de la sonda.
- Verificar la posición del recién nacido: debe estar en decúbito dorsal, preferiblemente con la base de la colchoneta levantada a 30°, o puede estar totalmente recta.
- Recibir la sonda; verificar el calibre.
- Determinar la longitud de la sonda. Tomar la medida de la comisura de la boca al lóbulo de la oreja, y de ahí a la apófisis xifoidea (punta distal del esternón); adicionar 2 cm y hacer una marca con marcador indeleble. Enrollar la sonda en la mano.
- Lubricar con agua destilada la punta de la sonda.
- Colocar suavemente la mano libre en la cara del recién nacido, para permitir la apertura de la boca.
- Introducir suavemente la sonda hacia la pared posterior de la faringe, hasta la marca. Sostener la sonda con una mano. En caso de que el recién nacido presente signos de asfixia (cianosis, apnea, tos o sangrado), retirarla inmediatamente. Esperar a que se compense, e intentarlo nuevamente.
- Si se encuentra algún tipo de obstrucción que impida el paso, marcarla, fijarla e informar inmediatamente al especialista de turno.
- Verificar que la sonda quede ubicada correctamente.
- Observar si en la sonda hay evidencia de contenido gástrico, o aspirar el contenido gástrico, valorando el color.
- Solicitar al colaborador que insufla 2 cm<sup>3</sup> de aire por la sonda, previa colocación del fonendoscopio en el epigastrio; se debe escuchar un ruido sibilante o un burbujeo. En caso de requerir control radiológico, se verificará ubicación.
- Fijar con cinta adhesiva la sonda, en forma de H, sobre el labio superior, o de forma lateral, sobre la mejilla, previa colocación de una cinta

transparente, para proteger la piel. La fijación debe contener la fecha y el número de sonda.

- Utilizar la sonda para el fin que se dispuso:
- Lavado gástrico.
- Drenaje: poner bolsa recolectora y marcarla.
- Iniciar la alimentación por gavage o en infusión.
- Administrar el medicamento.
- Hacer el registro de enfermería indicando la fecha y la hora del procedimiento; describir si se presentó alguna complicación

## **SONDA RECTAL**



Es la introducción de una sonda a través del esfínter anal hasta el recto.

### **OBJETIVOS**

- Administrar medicamentos para uso terapéutico o diagnóstico.
- Valorar la permeabilidad del esfínter anal.
- Disminuir la distensión gástrica.

### **ALCANCE**

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice colocar sonda rectal. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

### **RESPONSABLES:**

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

### **MATERIAL Y EQUIPO**

- Sonda Nelaton N.º 6, N.º 8 y N.º 10.
- Jeringa de 5 cm<sup>3</sup> y de 10 cm<sup>3</sup>.
- Guantes de manejo.
- Agua destilada.
- Mascarilla.
- Cinta adhesiva.
- Gasas.
- Bolsa recolectora.

### **DESARROLLO**

- La auxiliar de enfermería se lava las manos y alista el equipo en una bandeja, simultáneamente, el profesional de enfermería realiza el lavado de manos.
- Ponerse los elementos de protección personal.
- Ubicarse en el lado derecho si es diestro, o en el lado izquierdo si es zurdo: eso facilita la manipulación de la sonda.
- Poner al paciente en Sims izquierda o lateral izquierda.
- Recibir la sonda y lubricarla.

- Separar los glúteos para ver el ano.
- Con suavidad, introducir la sonda en dirección al ombligo (esta dirección sigue el trayecto anatómico del intestino grueso. Se debe introducir unos 2-2,5 cm.
- Cuando sea necesario dejarla, fijar la sonda en la cara interna del muslo para aliviar la distensión abdominal. Proteger la piel y marcar la fijación con la fecha.
- Poner la bolsa recolectora en la parte distal de la sonda.
- Hacer el registro de enfermería.

#### Recomendaciones:

- Mantener el confort del recién nacido.
- Valorar las características y el volumen del drenaje.
- Valorar la posición de la sonda.

## SONDA VESICAL



Es el paso de una sonda estéril hacia la vejiga a través del meato urinario.

## OBJETIVOS

- Tomar muestras de orina para pruebas diagnósticas.
- Cuantificar la diuresis en el recién nacido en estado crítico.
- Aliviar la retención urinaria en pacientes con alteraciones neurológicas.
- Administrar medios de contraste para estudios diagnósticos.
- Medir la presión intraabdominal.

## **ALCANCE**

El presente procedimiento, aplica y debe ser del conocimiento de todo el personal, docente o estudiante, que solicite y utilice colocar sonda vesical en varones y niñas. Quienes tienen la responsabilidad de llevar a cabo este procedimiento, de manera correcta con el fin de lograr el aprendizaje esperado.

## **RESPONSABLES:**

Coordinador del Laboratorio de Enfermería.

Docentes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Pasantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

Estudiantes del Programa de Licenciatura en Enfermería.

## **MATERIAL Y EQUIPO**

- Guantes estériles.
- Mascarilla.
- Bata.
- Sonda Nelaton N.º 5, N.º 6 y N.º 8, para toma de muestras.
- Sonda Foley N.º 6 y N.º 8, para sonda permanente.
- Catéter umbilical N.º 3,5 o N.º 4, para prematuros extremos.
- Gasas estériles.
- Antisépticos (clorhexidina o yodopovidona).
- Lubricante.
- Agua destilada.

- Cinta métrica.
- Cinta adhesiva.
- Bolsa recolectora.
- Jeringa.

## **DESARROLLO**

- Alistar el equipo en una bandeja, según la indicación.
- Lavarse las manos antes de iniciar el procedimiento.
- Ponerse los elementos de protección personal.
- Ubicarse en el lado derecho si es diestro, o en el izquierdo si es zurdo: eso facilita el manejo de la sonda.

Colocación de sonda vesical en varones.

- Verificar que el paciente no presente deposición en el pañal. En caso positivo,

hágale limpieza genital.

- Tomar la medida de la distancia que hay entre la punta del pene y la mitad de la distancia entre la sínfisis pubiana y el ombligo. Esta medida corresponde a la longitud de la sonda que se debe introducir, para asegurar una adecuada posición de la misma. Es el circulante del procedimiento quien toma dicha medida.
- Hacer la limpieza del pene del recién nacido comenzando por el meato y moviéndose en dirección proximal. De esta manera, se minimiza el riesgo de contaminación de la uretra. Primero se limpia con jabón, luego se retira con solución y, finalmente, se aplica el desinfectante. Dejar actuar el desinfectante el tiempo estipulado por el proveedor. Proteger el área desinfectada cubriéndola con gasas estériles.
- Hacer el cambio de guantes.
- Colocar campo de ojo y dejar expuesto el órgano genital.
- Recibir sonda, lubricarla y mantener la marca de la longitud de la sonda que se debe introducir. Si se va a recoger una muestra en este momento, se

debe poner la bolsa de drenaje en el extremo distal de la sonda. Si la sonda es permanente, mantener la bolsa protectora.

- El circulante deberá mantener al recién nacido con las piernas separadas y flexionadas.
- Retirar el prepucio y visualizar la uretra, con la mano no dominante. Sostener el pene de manera que forme un ángulo de 45° respecto a las piernas, para enderezar la uretra peneana y evitar lesionarla. Insertar suavemente la sonda en el meato, hasta la medida deseada.
- Durante la inserción, traccionar el pene ligeramente hacia arriba, para enderezar la uretra. Es importante no forzar el pasaje de la sonda, ya que se podría lesionar la uretra.
- Observar la aparición de orina a través de la sonda; mantener fija la sonda en este punto.
- Si se va a recoger una muestra, esperar unos minutos, mientras se obtiene un volumen adecuado de acuerdo con el tipo de examen solicitado.
- Si la sonda es permanente, dejar expuesto el puerto, para que el circulante infle el balón con una jeringa previamente llenada con el volumen indicado por el proveedor. Verificar que el balón quedó inflado traccionando un poco la sonda.
- Colocar el sistema de drenaje cerrado y fijar la sonda al abdomen: de esta manera, disminuye el riesgo de estenosis causadas por la presión de la sonda sobre la uretra posterior, en el ángulo que se forma entre el pene y el escroto.

#### Colocación de sonda vesical en niñas

- Verificar que la paciente no presente deposición en el pañal. En caso positivo, hágale limpieza genital.
- Tomar la medida desde el meato uretral hasta la mitad de la distancia entre la sínfisis pubiana y el ombligo.

- Hacer la limpieza, y usar la mano no diestra para separar los labios mayores; esto último se debe hacer de adelante hacia atrás (hacia el ano), para evitar la contaminación fecal. Primero se hace con jabón, se retira con solución y, por último, se aplica el desinfectante. Dejar actuar el desinfectante el tiempo estipulado por el proveedor. Proteger el área desinfectada cubriéndola con gasas estériles.
- Visualizar el meato; recuerde que está entre el introito vaginal, que es la estructura más prominente, y el clítoris (puede ser difícil de visualizar). En ocasiones, se encuentra en un pliegue del introito.
- Insertar con suavidad la sonda los centímetros indicados; si no se obtiene orina, es posible que se haya introducido por la vagina, y en tal caso es necesario cambiar la sonda e intentarlo de nuevo.
- Observar la aparición de orina a través de la sonda; mantener fija la sonda en este punto.
- Si se va a recoger una muestra, esperar unos minutos, mientras se obtiene un volumen adecuado, de acuerdo con el tipo de examen solicitado.
- Si la sonda es permanente, dejar expuesto el puerto para que el circulante infle el balón con una jeringa previamente llenada con el volumen indicado por el proveedor. Verificar que el balón quedó inflado traccionando un poco la sonda.
- Colocar el sistema de drenaje cerrado y fijar la sonda a la pierna; previamente, proteger con cinta transparente la piel.
- Hacer el registro del procedimiento.

#### Recomendaciones

- Utilizar técnica aséptica durante el procedimiento.
- El procedimiento no debe ser realizado por una sola persona.
- Inflar con agua destilada el balón, para evitar el deterioro y la posible salida de la sonda.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

Gomella, T. (2009). *Neonatología* (5ta ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Castro López Frank, Urbina Laza Omayda, Manual de Enfermería en Neonatología,(2007) Habana, Editorial Ciencias Médicas.

Ceriani, J. M. (2009). *Neonatología práctica* (4ta edición ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Sánchez, M. d., Arévalo, M., & Figueroa, M. (2014). *Atención del neonato prematuro en la UCIN* (Primera edición ed.). México: El Manual Moderno.

Salas Alvarado, R. H. (2017). *Guía para el diagnóstico y terapéutica en pediatría*. México: El Manual Moderno.

Manual de procedimiento de enfermería, unidades neonatales de Bogotá (2016).