



Portal de Medicina de Emergencias.

<http://fly.to/emergencias>
<http://www.emergencias.es.org>
<http://www.emergencias.es.org>

José Ramón Aguilar Reguero
Equipo de Emergencias 061 Málaga. España

Ed: Junio 1999
Ed: Colegio oficial de Enfermería de Granada
Depósito legal: GR – 740/99
© 1999: Los Autores

AUTORES

José Tomás Rojas

Yolanda Castillo García

José Díaz Rodríguez

Carmen Barranco Galiano

Isabel Arcos Romero

M^a Cruz Medina Vilchez

Virginia Romero Castro

Concepción García Salmerón

Eloisa Castro Gómez

Cristina Alcón Santaolalla

Concepción Prades Fernández

Remedios Lázaro Gómez

Isabel Jimenez Martínez

Azucena Orantes Galindo

M^a José Perez Martinez

Mercedes Garrido Grandes

M^a Dolores Fernández Rodrigo

Catalina Herrera Guzmán

Lucía Andújar Fernández

Pilar Malagon Malagon

DIBUJOS:

Oscar Riazzo Gordillo

DISEÑO:

José Tomás Rojas

INDICE

INTRODUCCIÓN

Pag-2

LOCALIZACIÓN Y ESTRUCTURA FÍSICA DE NUESTRO SERVICIO

4

DOTACIÓN DE PERSONAL, SISTEMA DE TURNOS Y
DISTRIBUCIÓN POR TURNOS.

Pag-6

ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO DIARIO EN U.C.I.P.

Pag-8

FUNCIONES DE LAS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN UC.I.P.

14

PECULIARIDADES DEL NIÑO

18

ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS

20

VÍAS USADAS EN UCIP

22

MEDICACIÓN Y SUEROTERAPIA

25

PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

27

PROTOCOLO DEL ENFERMO CRÍTICO EN U.C.I.P.

30

APARATAJE MÁS USUAL Y ESPECÍFICO

33

REGISTROS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO.

38

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A LOS NIÑOS CRÓNICOS.

41

Pag-

INTRODUCCIÓN

Yolanda Castillo García; José Tomás Rojas; Pilar Malagón Malagón

¡Bienvenido/a a la U.C.I.P.!

El personal de esta Unidad quiere que tu incorporación a este servicio sea lo más satisfactoria posible para los niños, para ti y tus compañeros.

Hemos elaborado este manual básico, que No pretende ser un Curso intensivo del trabajo que vas a realizar en la UCIP, pero sí un punto de partida para que conozcas el funcionamiento del servicio.

No pretendemos hacer un Resumen de Protocolos, ya que estos están elaborados y archivados y en cualquier momento puedes y debes consultarlos y conocerlos.

No queremos con esto, Responderte a todas las dudas que te van a ir surgiendo, ya que para eso Siempre tendrás a un compañero con la experiencia suficiente en el servicio para resolvertelas (*En tu turno de trabajo, estarás siempre con alguien con más antigüedad que tú*).



Queremos que el manual
Sea un punto de partida
Para que puedas llegar a
Conocer el funcionamiento
Del servicio.

En este manual te vas a encontrar:

Ubicación del servicio, costumbres, datos generales de funcionamiento, patologías más frecuentes, distribución del trabajo según turnos, material más frecuente y

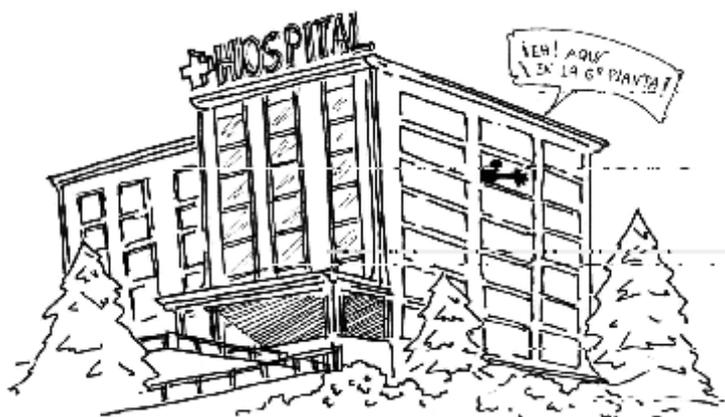
localización de este, manejo con los niños, etc.

Con todo esto, lo que sí pretendemos y es nuestro objetivo principal, es que te sientas cómodo/a trabajando, que sepas, que a pesar de ser un trabajo de mucha responsabilidad, tienes los instrumentos y el apoyo necesario por parte del personal para realizarlo. Ya que solo con la experiencia que vayas adquiriendo y con tu motivación, estamos seguros que pronto podrás realizar este como uno más.

LOCALIZACIÓN Y ESTRUCTURA FÍSICA DE NUESTRO SERVICIO.

José Díaz Rodríguez; Carmen Barranco Galiano; Isabel Arcos Romero

Nuestra unidad se encuentra ubicada en la 6ª planta del Hospital Materno Infantil. Se accede a ella por la parte trasera de los ascensores y ocupa el lateral derecho del pasillo que da acceso a los quirófanos de pediatría (ver plano).



Nuestro servicio tiene capacidad para seis camas y está dividido en tres boxes; uno de ellos con capacidad para 4 camas y dos individuales: uno para los niños intervenidos de cirugía cardíaca y otro para patologías infecciosas. Todos los boxes están dotados de material y aparataje necesario en una situación de urgencia; están acristalados y todos están comunicados con un pasillo central que es el que distribuye todas las dependencias de nuestro servicio. En este mismo pasillo se encuentran: el puesto de observación de enfermería, el box de farmacia, el vertedero, el aparataje de gases y electrolitos, el cuarto de lencería, el carro de parada, la mesa del teléfono y donde hay unas estanterías que contienen todos los impresos y hojas de peticiones de la unidad.

En el pasillo principal también hay 2 ordenadores: uno de ellos es de uso interno del hospital, donde se hacen las peticiones de dietas, farmacia ,almacén y movimientos de enfermos y el otro que está dotado de impresora y pertenece al personal de enfermería.

El servicio también consta de una cocina-estar, dos almacenes de material los cuales tienen una lista por orden alfabético y enumerada de las existencias de material que os facilitara la búsqueda. Estos dos almacenes, disponen de cuatro estanterías (A - B - C - D) y cada estantería está numerada por estantes (A-1; A-2 ...)

**Para buscar las cosas
En el almacén, disponéis
De un listado por orden
Alfabético, con su
ubicación**

Nuestra unidad tiene dos vestuarios de personal: uno femenino, y otro masculino. Este último se encuentra en el cuarto de baño del personal.

Existe una sala de espera de familiares con sillones taca y teléfono y a través de ella se accede al pasillo de visitas para ver los niños encamados.

En el pasillo de entrada al servicio y acceso de quirófanos se encuentra un pequeño almacén donde se guardan los respiradores y otro tipo de aparataje , a continuación se encuentra el despacho de médicos que es donde reciben información los familiares de los niños encamados en nuestro servicio y a continuación se encuentra el dormitorio del médico de guardia.

DOTACIÓN DE PERSONAL, SISTEMA Y DISTRIBUCIÓN POR TURNOS.

José Díaz Rodríguez

Aunque en ocasiones transitorias la plantilla del servicio puede fluctuar un poco, tanto en la cantidad de personal, como en su distribución, en general la plantilla es la siguiente:

- 12 Enfermeros/as.
- 8 Auxiliares.



En nuestro servicio esta funcionando el llamado turno Anti-estres (sin doblaje), distribuido de la siguiente manera:

- 8 Enfermeros / as. Integrados en el Anti-estres.
- 2 Enfermeras en turno fijo de noches.
- 2 Enfermeras de turno de incidencias o refuerzo
- 8 Auxiliares de enfermería integradas en el turno anti-estres..

La distribución por turnos es:

El numero mínimo de personas por turno es de 2 enfermeros y 2 auxiliares en turno de mañana , 2 enfermeros y 2 auxiliares en turno de tarde y 2 Enfermeras y 1 Auxiliar en turno de noche.

**Siempre estaréis con un
Compañero con más experiencia,
A quien podréis recurrir**

Todos los lunes y el 2º jueves de cada mes operan niños de cirugía cardiaca es por lo que esos días se encuentran reforzados los turnos de mañana y de tarde

ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO DIARIO EN U.C.I.P.

M^a Cruz Medina Vilchez; Virginia Romero Castro; Concepción Gracia Salmerón

En este capítulo vamos a describir las actividades y en general la dinámica de trabajo en los tres turnos.

T. MAÑANA

1- Al llegar nos distribuimos los pacientes según el nº de enfermeras/os y teniendo en cuenta el seguimiento de estos.

2- Recibimos novedades orales del turno que ha finalizado, preferentemente y siempre que las circunstancias lo permitan (que no cree más ansiedad en el niño) visualizando al paciente para poder comentar detalles.

3- Leemos las novedades escritas, ver si tiene pendiente alguna medicación, constantes, analítica, prueba diagnóstica, etc; y comprobar funcionamiento de sueroterapia, oxigenoterapia, drenajes, alimentación, etc.

4- Cambiamos impresiones con el resto del equipo mientras tomamos café, si la situación y carga de trabajo lo permiten.

5- Toma de constantes (la frecuencia de estas va a depender de la gravedad del niño y/o de la pauta médica) y medicación.



6- Aseo del paciente; lo realizamos conjuntamente enfermera/o y auxiliar

(si hay personal nuevo en el servicio, procurar que no coincidan dos personas nuevas con un mismo paciente).Incluyendo:

- Fisioterapia respiratoria.
- Aspiración de secreciones (aumentando la FiO2 al 100% si el niño está con Tubo endotraqueal)
- Curas y cambio de apósitos.
- Cambio de circuitos del respirador y S.N.G. (Ver procedimientos renovables.)

Dejando al niño-a cómodo, confortable, y perfectamente monitorizado.

7- Después del aseo, se prepara al niño-a para el desayuno (si tiene S.N.G. ,se comprobará su posición.)

-Petición a través del ordenador de la dieta del niño-a, si esta viene de cocina.

8- El médico explora al niño-a y revisa tratamientos.

-En caso de tener algún niño/a con Nutrición Parenteral, hay que pedirla al servicio de Farmacia a través del teléfono y enviarla por escrito posteriormente, procurando dejarla puesta antes de que finalice el turno.

9- Desayuno del personal: se suele desayunar en el servicio, para lo cual, hay establecida una cuota mensual para compra de víveres comunitarios..

10- Comprobar gráfica (cambios en el ttº, sueroterapia, perfusiones, ordenes especiales, etc.)

-Ver si le han pedido analítica, Rx, cultivos, etc.

-Pautar la medicación para las 24 horas.

11- Realizar cuidados de aspiración de secreciones, cambios posturales, etc. Según necesidades.

**El relevo se suele dar de 5 a 10
Minutos antes, para evitar
Prisas En las novedades, que son
Orales y escritas**

Por supuesto estos cuidados se deberán hacer en cualquier momento que el niño-a lo precise.

12-Visita de familiares (ver normas de visita) .

Se hará a las 13 horas, después de que los médicos les hayan informado y siempre que la situación del servicio lo permita, pasará un familiar con el niño-a y se abrirá el pasillo de las visitas.

13- Alimentación . Dependiendo de las circunstancias se podrá contar con la colaboración de los padres.

14- Dejar reflejado por escrito las incidencias a lo largo del turno: toma de constantes y medicación , incluidas las de las 15 horas .

T. TARDE.

Los puntos 1,2,3,4 y 5 son igual que en el turno de mañana.

6- Visita de familiares : ver normas de visita.

7- Alimentación del niño-a según pauta.

8-Merienda del personal después de las visitas de familiares.

9- A partir de las 19horas 30minutos se arregla a los niños-as.

- Cambio de sábanas si precisa (sudor)
- Masaje en la espalda , fisioterapia respiratoria , si su situación lo permite.
- Aspiración de secreciones.
- Dejar al niño-a cómodo.

10-Si se producen cambios en el tratamiento, o en las pautas a seguir, se modificará la gráfica.

11-Toma de constantes y medicación, incluidas las de las 22 horas .

12-Dejar reflejado por escrito en las gráficas las incidencias que se han producido durante el turno.

T. NOCHE.

Los puntos 1,2,3,y 4 son igual que en los turnos anteriores.

5- Visita de familiares: Ver normas de visita.

6-Pedimos en el ordenador la planilla de extras.

7-Durante la noche se aplican todos los cuidados necesarios:

- Aspiración de secreciones
- Cambios posturales
- Medicación
- Constantes, etc.

Teniendo siempre en cuenta la situación del niño-a y respetando el descanso nocturno.

8- A las 7 horas realizamos:

- Apertura de gráfica del día
- Balance hídrico de las 24 horas
- Se ponen a "0" las bombas de perfusión I.V..

**Al finalizar cada turno, se
Dejan tomadas las constantes
Y puesta
La medicación correspondiente
A esta hora**

9-Constantes y medicación incluidas las de las 8 horas. Registrar por escrito las incidencias.

Con carácter cotidiano esta es la distribución y organización de las actividades de enfermería y derivadas de estas, teniendo siempre en cuenta, que puede estar sujeto a modificaciones ,dado que es una unidad de cuidados críticos y cuyo ritmo se afecta frecuentemente por la llegada de un nuevo paciente en situación de mayor o menor gravedad (ver protocolo del niño crítico) o por el empeoramiento brusco de los ya ingresados.

También existen ingresos programados, son los pacientes que vienen de quirófano intervenidos de cirugía cardíaca y que requieren un mayor control médico y de enfermería (ver protocolo: preparación y actuación en la recepción del enfermo cardíaco). Los días destinados a esta intervención son los lunes de cada semana y el 2º jueves de cada mes.

OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA

1-PROCEDIMIENTOS RENOVABLES.

Son aquellos que se realizan con cierta periodicidad .

- Circuitos y cascadas de respiradores en uso: se cambian una vez a la semana, generalmente los viernes.
- S.N.G., Sondas de gastrostomía, S.vesicales no siliconadas, se cambian una vez a la semana (viernes).
- S.N.G., sondas de gastrostomía, sondas vesicales siliconadas, se cambian una vez al mes, coincidiendo con un viernes.
- Medicación de parada. Se prepara cada 48 horas y siempre que se utilice.
- Revisión del carro de parada. Los lunes y cada vez que se haya utilizado
- Sistemas de venoclisis. Se cambian cada 48 horas si no llevan filtro antibacterias y si lo llevan se cambiarán cada 4 días (hay que dejar puesto en el sistema o en el filtro la fecha del cambio) .

- Sistemas de Nutrición Parenteral. Se cambian cada 48 horas, aunque la solución a perfundir se cambie a diario.
- Gomas del aspirador y alargaderas de oxígeno se cambian una vez a la semana (viernes) y cada vez que un niño se va de alta.
- Revisar el perfecto funcionamiento del aparataje.

2- VISITA DE FAMILIARES

Existe una hoja informativa que se entrega y explica a los padres cuando el niño ingresa en el servicio. En ella se reflejan una serie de datos como:

- Conceptos generales (¿qué es una U.C.I.P.?)
- Composición del equipo sanitario.
- Horario de información médica y de enfermería.
- Horario de visitas.
- Consejos generales.
- Teléfono del servicio.
- etc.



3-APARATAJE QUE SE PRESTA:

Existe un libro donde se debe anotar el tipo de aparato que se presta ,la fecha, el turno, y la persona que lo presta. Cuando este aparato es devuelto, también se anotará en el libro.

4-ALTA O TRASLADO A OTRO SERVICIO.

- Avisar a los padres
- Explicar al niño-a (si procede) que va a ser trasladado
- Rellenar hoja de alta de enfermería, se suelen hacer dos copias
- Avisar al servicio donde se va a trasladar, solicitando cama, para hacer traslado en el ordenador
- Llamar al celador
- Acompañar, al niño, al nuevo servicio junto con la historia general y una copia del alta de enfermería (La otra copia se pondrá en la carpeta que hay para tal fin).
- Comunicarlo al servicio de admisión mediante el ordenador.

Cuando el niño-a se va de alta se procede a la limpieza y reposición del material. En cada box existe una lista del material que debe haber disponible en él.

6-HISTORIA CLÍNICA:

En este servicio tenemos dos tipos de historias:.

1º.- Historia General, que se va con el niño al servicio destinado o se envía a archivos generales, si el niño-a se va a su domicilio.

2º.- Historia de U.C.I.P. Que se queda archivada en el despacho médico y son estos los encargados de seleccionar la documentación que se queda en ella.

7- EXITUS.

- Avisar a los padres
 - Preparación de sudario.
 - Comunicarlo al encargado de turno de los celadores.
 - Rellenar 4 copias del impreso de éxitus:
 - Una para la historia general
 - Una para la identificación del cuerpo.
 - Dos copias se lleva el encargado de turno para el servicio de admisión
-

FUNCIONES DE LAS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN C.I.P.

Eloisa Castro Gómez; Cristina Alcon Santaolalla

En este servicio, como en todos en general, es fundamental el trabajo en equipo de todos los profesionales, entendiendo que debe existir una responsabilidad de nuestro trabajo y una relación e intercambio con los demás compañeros, buscando siempre como fin último EL MEJOR CUIDADO DEL NIÑO.

Existen una serie de funciones, actividades y tareas básicas que deben tenerse en cuenta en cualquiera de los tres turnos

TRABAJO A REALIZAR EN LOS TRES TURNOS



Inicialmente a la entrada de cada turno se organizará el trabajo, distribuyendose los niños en función del número y gravedad de estos, haciendose responsable en todo momento de su cuidado, junto con la enfermera encargada de dichos niños, no olvidando que trabajamos en equipo y que en todo momento servirá de apoyo en el cuidado de los demás niños siempre que sea necesario.

TURNO DE MAÑANA

1º.-Recibir novedades del turno de noche y mirar el estado de cada niño.

2º.- Nos tomamos el Café y cambiamos impresiones con

el resto del equipo, si la situación y la carga de trabajo lo permiten

3°.- Tomar constantes y anotarlas en la gráfica, se hará responsable de la temperatura y medición de diuresis, según la pauta de cada niño

4°.- Aseo del niño-a dependiendo de su estado, se hará con palangana o en bañera.

5°.- Limpieza del material utilizado en el baño .

6°.- Alimentación, la especifica para cada niño siguiendo la pauta de la gráfica. Generalmente es a las 10horas.

**En todos los turnos se
Repone el material de las
Habitaciones si es necesario**

7°.- Limpieza de la habitación del niño-a, mesitas, termometro, cánula de traqueostomia etc..

8°.- Desayuno del personal.

9°.- Lista de biberones: Hacer lista, llevarla a biberoneria, junto con los biberones vacios, antes de las 12 horas.

10°.-Reposición del material de la habitación, Si es presiso se hará también en el turno de tarde y noche (ver protocolo de reposición de material, en cada habitación suele haber uno).

- Almohadillado de tablillas.
- Abrir sueros fisiológicos para aspiración.

11°.- Recoger de esterilización material (paños verdes, gasas etc.).

12°.- Colocar:

- farmacia (diaria)
- colocar almacén, (viene un día a la semana).

13°- Limpieza de los distintos almacenes: farmacia, boxes, estar, etc. Según cuadro

de mantenimiento de limpieza.

-A las 13 horas aproximadamente, se abre pasillo de familiares.

-A las 14 horas se realizan cambios posturales, de pañal, etc., y alimentación.

T. -TARDE.

1°.-Recibir novedades del T. de mañana.

2°.- Café y cambio de impresiones con el resto del equipo, si la situación y la carga de trabajo lo permiten

3°.- Tomar constantes y anotarlas en la gráfica, se hará responsable de la temperatura y medición de diuresis, según la pauta de cada niño

4°.- Doblar y colocar ropa en el almacén de lencería y carro.

5°.- Abrir puerta de visitas para las familias(ver normas de visita)

6°.- Preparar y bajar a esterilización el material que se ha limpiado en el turno de mañana y recoger el que haya. Los sábados, domingos y festivos, esto se hará en el turno de mañana.

7°.- Llevar a biberonería los biberones vacíos y subir los de las 24 horas siguientes. Si hay algún cambio de biberón en cualquier turno se comunica para que lo preparen.

8°- Aproximadamente, a las 18 horas, alimentación de los niños-as.

- A las 18 horas 30 minutos se cierra el pasillo de las visitas y después merienda del personal

- A partir de las 19 horas 30 minutos, junto con la enfermera se arregla a los niños (cambio de sábanas, fisioterapia respiratoria, etc.).

9°.- El turno de tarde dejará preparada la alimentación de las 22 horas.

T.NOCHE.

1°.- Recibir novedades del turno de tarde.

2°.- Café y cambio de impresiones con el resto del equipo, si la situación y la carga de trabajo lo permiten

3°.- Tomar constantes y anotarlas en la gráfica, se hará responsable de la temperatura y medición de diuresis, según la pauta de cada niño

4°.- A las 22 horas alimentación

5°.- A las 22 horas 30 minutos abrir el pasillo de las visitas.

6°.- Durante este turno se atenderá cualquier necesidad del niño-a

7°.- Rellenar la hoja de petición de ropa

8°.- A las 7 horas se realizan cambios de bolsas de orina y nasogástricas.

" Cuando un niño se va de alta sea en el turno que sea, se limpia la habitación y se repone material según hoja de existencias que debe haber en la habitación."

PECULIARIDADES DEL NIÑO

Concepción Prades Fernández; Remedios Lázaro Gómez; Isabel Jiménez Martínez

La edad de ingreso en esta UCI es desde el mes de vida hasta los 14 años, como veis es muy variada.

Las patologías son muy distintas así como las situaciones que presenta cada niño:

- Estado muy grave (normalmente sedado).
- Estado grave.
- Estado leve.
- Estado crónico.



La variedad de situaciones unida a las edades tan dispares y a la Maduración propia de cada niño hace que el trato con ellos sea bastante complejo. No olvidéis que cada niño por tanto es “único”.



La gran mayoría de los niños que ingresan en UCI reaccionan con rechazo, manifestándolo normalmente con llanto, postración, silencio, agitación, agresividad, etc.. Nunca debemos olvidar que debemos cubrir las necesidades tanto físicas como psíquicas del niño. Somos nosotros lo que él tiene más cerca .

Cuidamos el factor ambiental procurando que no se sienta solo, hablándole y dándole toda la información que nos sea posible acerca de todo lo que le vamos a hacer incluso en las situaciones en que no nos conteste ni reaccione aparentemente. Sugeriremos a la familia que le traiga juguetes, libros, música (dependiendo de la edad y situación del niño). Procuraremos mantener siempre que sea posible los ritmos de día y noche.

La inmovilización en la mayoría de los niños es necesaria, pero nunca abusaremos de ella. La asistencia al dolor y otras molestias (vómitos, sudor) debe ser continua dando masajes, cambios posturales o cualquier otro tipo de técnicas que lleven al niño a mejorar o suplir esas necesidades.

No olvideis que cada niño Es único

No debemos olvidar a los familiares del niño, que presentan una gran ansiedad por esta situación, dándoles toda la información que nos sea posible para quitar sus dudas y temores, permitiéndoles estar con su hijo siempre que sea posible y dentro de las normas establecidas. Nunca dar información médica.

La gran cantidad de aparataje no debe ponernos nerviosos, pero tampoco confiados. Hay que valorar siempre cualquier alarma que suene, observando siempre al niño antes de desconectarla.

Aunque existe asignación enfermero-paciente, en caso de ingreso o empeoramiento brusco se actúa en equipo. Nunca vas a estar sólo, ante una dificultad o situación desconocida pide ayuda a tu compañero de más experiencia.

ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS

Concepción Prades Fernández; Remedios Lázaro Gómez; Isabel Jiménez Martínez

En general, cuando nos ingresa un niño en la UCIP, se suele dejar a dieta, después y siempre según la evolución que tenga comenzaremos a introducirle la alimentación poco a poco. Esta, lógicamente va a variar según la patología y según la edad, os resumiremos como sería esta:



Alimentación enteral:

1.- Lactantes:

- . Se inicia con suero o manzanilla y leche (según edad) en pequeñas tomas y concentraciones bajas. Si tolera se continúa según prescripción médica.
- . Si la alimentación es por SNG, siempre se pondrá por bomba, así controlaremos mejor el ritmo y la cantidad, la bomba de alimentación enteral es muy fácil de manejar
- . Intentaremos, en la medida de lo posible adaptar las tomas a horarios estandar,

según los ritmos prescritos:

- 6 tomas al día (pasar en 3 horas y 1 de descanso) 10-14-18-22-2-6
- 5 tomas al día (pasar en 3 horas y 1 de descanso) 10-14-18-22-2
- Continua.

. Cuando se termina de pasar la alimentación, se lavará la SNG con agua hasta la siguiente toma, excepto cuando es continua, que se lavará al final a primera hora de la mañana (10), aunque el biberón se cambiará cada 4 horas.

. Los sistemas de la bomba se cambian cada 24 horas.

**Siempre preguntaremos
A los padres por las
Costumbres, gustos y horarios
De los niños**

. Los biberones serán pedidos a biberonería en turno de mañana o cuando se comienza una alimentación.

. En los demás casos que el niño no tome por SNG, se procurará que la alimentación se la de su madre.

. Si el niño tiene lactancia materna y la patología no lo impide, la madre le dará el pecho.

. Siempre se les preguntará a los padres por sus gustos, horarios etc.

2.- Preescolar:

. Se iniciará con pequeñas tomas de manzanilla, zumo, leche o yogurt. Continuando con la dieta prescrita.

. Se procura que el niño coma casi siempre lo que le apetezca, ya que el servicio de dietética nos lo permite.

. A ser posible, se le dará por los padres.

. Las dietas se pedirán siempre por ordenador en las horas establecidas (Ver capítulo de registros). Cada dieta tiene su código y la Dieta especial hay que poner lo que quiera comer el niño.

Siempre después de cada toma hay que anotar en la gráfica lo que ha comido.

VIAS USADAS EN UCI

Concepción Prades Fernandez, Remedios Lazaro Gómez, Isabel Jimenez Martinez

Para administración de sueroterapia y fármacos.

ENTERAL:

-Boca: Siempre que el estado del niño lo posibilite se utilizará para la administración de medicación por vía oral.

-Sonda nasogástrica: Con una jeringa adecuada administraremos la medicación, lavándola después y manteniéndola cerrada durante dos horas después para asegurar su absorción.

-Gastrostomía

PARENTERAL

-Intramuscular: poco usada.

-Subcutánea.

-Intavenosa: Es la vía más usada en UCI. Las perfusiones las ponemos prácticamente siempre por bomba, escogeremos el sistema en función de la bomba que vamos a utilizar y ponemos siempre al final una alargadera corta con llave de tres pasos, así evitaremos manipulaciones cercanas al lugar de punción.

Pueden ser:

Periférica: La canalizamos nosotros, por punción de vena basílica, cefálica, dorso de la mano o en piés. Valoramos para ello el obtener la mejor vía posible intentando dar la mayor libertad de movimientos al niño. Accederemos a ella con Abbocath, o

cateter tipo Cavafix, Venocath, Epicutáneo, etc.

Central: Son canalizadas por el médico, a través de yugular externa, femoral, bien por punción o disección.

Radial: Para monitorización de tensión arterial y obtención de sangre arterial para gases, nunca para administración de medicación.

Siempre que ingresa un niño, si no trae vía cogida deberemos hacerlo nosotros y siempre que sea posible en esta maniobra haremos una extracción de sangre para analítica. La vía de elección a priori será periférica pasando a central dependiendo de la situación del niño. Si nunca habeis trabajado en pediatría y encontrais dificultad al pinchar no os desesperéis ya que ocurre debido a las características del niño y a la resistencia que éste pone a que se lo hagamos, nos pasa a todos.

**En caso de duda o desconocimiento
Preguntar al compañero, el niño
Siempre lo agradecerá**

Material necesario.

-La auxiliar siempre debe de colaborar con la enfermera al coger una vía, manteniendo el niño inmobilizado, sobre todo la zona donde se va a coger, ya que el niño, si está consciente nunca se va a estar quieto. Se prepara:

- Tablilla o férula.
- Gasas.
- Esparadrapo. O Steri-strip
- Ligadura.
- Guantes si es necesario.
- Desinfectante.

-En caso de vía central:

- Catéteres según necesidad.
- Paño esteril.
- Guantes del número necesario.
- Anestesia local.

- Desinfectante.
- Catgut, seda, y equipo de canalización si es necesario.

Terminada de obtener la vía, se inmovilizará para permanencia de la vía, intentando que esto sea lo menos agresivo posible. Se necesitan vendas con un trozo de algodón para evitar rozaduras. Es importante, el niño consciente intentará sacarse la vía.

Cuidado de las vías intravenosas

- Del catéter, evitando manipulaciones innecesarias que sólo sirven para su contaminación.
- De la vía elegida, vigilando extravasaciones, reacciones medicamentosas, presencia de burbujas de aire (que en niños muy pequeños son muy importantes).
- Del lugar de punción o disección, vigilando el aspecto de dicha zona con su cambio de apósito etc.
- Del mantenimiento de una fijación correcta, que en el caso de los niños se acentúa por su interés en quitarse todo lo que tienen puesto, siendo necesario en la mayoría de los casos una inmovilización.

Nunca olvidar que estamos tratando con niños, explicarle en lo posible lo que se le va a hacer, lo está pasando mal y está solo, consolarlo y darle un respiro si es posible.

MEDICACIÓN IV Y SUEROTERAPIA

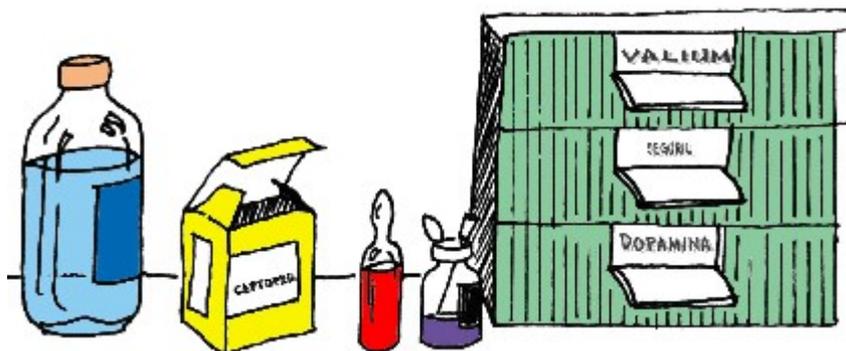
Concepción Prades Fernandez; Remedios Lázaro Gómez; Isabel Jimenez Martinez

SUEROS:

-Cristalóides:glucosados al 5% y 10%,glucosalino, fisiológico, bicarbonato, heparinizados, nutrición parenteral.

-Coloides:albúmina,sangre,plasma.

Para su administración se usan bombas volumétricas con su correspondiente sistema de infusión, que en el caso de plasma o sangre además será con filtro.



MEDICACIÓN:

-Directa:siempre de forma lenta.

-Con bomba de jeringa y sistema adecuado con la dilucción correcta, según el tipo de fármaco y en el tiempo preciso. Disponemos de una tabla que os indica las diluciones y el tiempo en que han de ponerse los fármacos más frecuentes.

-Perfusiones: para la administración de:

Drogas vasoactivas

Sedación

Insulina

Hay que ser muy escrupuloso para el cálculo de las dosis, estamos trabajando con niños y por lo tanto con dosis muy pequeñas, hay que tener las reglas de tres muy al día, así como mirar detenidamente en que están expresadas esas dosis mg., cc., microgramos.” Especial atención a la preparación de drogas”.

Tener especial atención en la Preparación y cambio de drogas

Seguir horario correcto, evitar manipulaciones, anotar en gráfica todos los volúmenes de líquido administrados.

En caso de duda o desconocimiento preguntar al compañero cuanto sea necesario, el niño siempre lo agradecerá.

PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES

Yolanda Castillo García; José Tomás Rojas

Antes de comentaros cuales son las patologías más frecuentes, tendréis que saber que cada una de ellas se comportará de manera distinta, pero nosotros tendremos que valorar en todas los signos y síntomas continuamente.

Los niños son pacientes especiales, ya que su comunicación es distinta a los adultos y las manifestaciones de sus problemas tendremos que saber verlas, en la mayoría de los casos nos lo comunicaran de otra forma (llanto, inquietud, insomnio etc.).

Hay signos que veremos a través de las constantes que ya tenemos monitorizadas, como sabéis las constantes vitales en los niños varían según la edad (tabla).

EDAD	PESO Kg	F. CARDÍAC	F. RESPIR.	PA Sistólica	PA diastólica	Saturación Ox.
RN	2,5-3	120-180	30-50	50-75	30-50	95-100
6m-1a.	7-10	100-130	20-40	80-100	50-70	95-100
2-5 ^a	12-18	90-120	15-25	80-120	50-80	95-100
6-10 ^a	20-32	80-110	15-20	80-130	55-90	95-100
más de 10 ^a	32-50	70-100	13-15	90-140	60-95	95-100

De todas formas, no veáis la tabla como algo exacto, incluso dentro de cada edad y según la patología, cada niño se va a comportar de una forma distinta. Cuando os den el relevo el compañero/a os comunicará el estado del niño y qué constantes son aceptables en su situación.

Además de los signos de monitorización tendremos que vigilar cualquier cambio que se produzca: (Cianosis; Palidez; Petequias; Ictericia; Sudoración; Signos respiratorios; Convulsiones; Obnubilación etc. etc. etc.).

Ante cualquier alarma, mirar el estado del niño y después valorar una posible causa mecánica (electrodo despegado, desconexión del respirador etc.), en caso de no ser así, Comunicarlo.

Ya os hemos comentado que tenemos una serie de ingresos que son programados, estos son los niños que intervienen de Cirugía cardíaca, en estos básicamente tenemos dos tipos de intervenciones:

Ante cualquier cambio del niño Comunicarlo

1º.- Cirugía Cardíaca:

A) Abiertas, se hacen con extracorporea:

CIA: Comunicación entre las aurículas cardíacas, por defecto del tabique interauricular.

CIV: Comunicación entre los ventrículos cardíacos por defecto del tabique interventricular.

Valvulopatías: estenosis aórtica, pulmonar, mitral...

Tetralogía de Fallot: Asocia CIV, obstrucción a la salida del ventrículo derecho, hipertrofia del ventrículo derecho y acabalgamiento de la aorta.

Y otras

B) Cerradas:

Coartación aórtica: Estrechamiento congénito de la luz de la aorta.

Persistencia del Ductus Arterioso.

Y otras.

En la carpeta de protocolos podréis ver con detalle todas las cardiopatías congénitas que existen y el tipo de intervención que se hace, así como la forma de actuar en la recepción y seguimiento de un niño operado.

2.- Generales:

- Insuficiencia respiratoria (bronquioltis, neumonias...)
- Insuficiencia renal.
- Insuficiencia cardíaca.
- Deshidratación.
- Meningitis.
- Encefalopatía.
- Sepsis.
- Politraumatismos.
- Paradas cardiorespiratorias.
- Complicaciones intra y post-operatorias.
- Hemorragia masiva
- Intoxicaciones.
- Ahogados.-Quemados.
- Enfermedades metabólicas (Coma diabético, Cetoacidosis metabólica...)

PROTOCOLO DEL ENFERMO CRÍTICO EN LA U.C.I.P.

Protocolos de UCIP

Los niños en estado crítico, pueden venir por varias vías: De Urgencias, de Plantas ó Quirófanos, previo aviso o bien directamente.

En caso de avisar de la llegada de un niño en estado grave o crítico, debemos revisar rápidamente la habitación donde lo vamos a ingresar. Normalmente esta está preparada (según protocolo de la habitación de UCIP), teniendo en cuenta que en la entrada a la Unidad existe un carro donde se suele encontrar la medicación de Parada y el material necesario para reanimación e intubación, bien revisado.

Miraremos especialmente:

- Las tomas de oxígeno, reponiendo el agua destilada de los frascos lavadores, comprobando su funcionamiento.
- Las tomas de aspiración, comprobando su funcionamiento.
- Preparación de un suero, normalmente Glucosalino, montado en una bomba de infusión.

Una vez llegado el niño/a debemos seguir los siguientes pasos, teniendo en cuenta que algunas de las actuaciones deberán hacerse al mismo tiempo, en función de las necesidades concretas del paciente y del personal disponible:

1º Valoración inmediata de las necesidades del paciente:

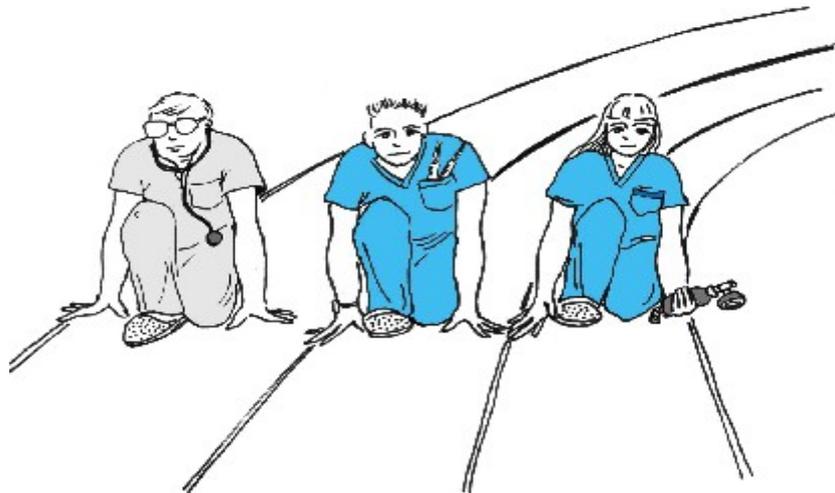
- Valorar problemas respiratorios y actuación según estos:
 - . Oxigenación: aspiración de secreciones, poner Carpa, Gafas nasales, Mascarilla, intubación..., según necesidades
- Monitorización Cardio-respiratoria

- Monitorización de TA, Tª periférica y Central

- Valoración de estado de shock, intoxicación... y preparación de material específico en cada caso.

2º Coger una vía:

Debe ser, al mismo tiempo que estamos valorando el estado, la primera actuación que hay que hacer, si es necesario se pondrá una Enfermera/o por cada lado para agilizar la actuación. Si hay posibilidad y la situación del enfermo lo permite, cogeremos



una vía Central. En cualquiera de los dos casos intentaríamos extraer sangre necesaria para analítica, básicamente para hemograma y bioquímica y según el caso, Hemocultivo y Coagulación.

3º Inmovilización del niño/a:

4º Instauración del tratamiento pautado.

5º Cursar todas las peticiones: Rx, Cultivos...

6º Sondajes:

- Nasogástrico, dejando la sonda abierta a caída libre
- Vesical, con sistema de diuresis horaria.

7º Anotación en la Gráfica de UCIP

Anotaremos todas las actuaciones realizadas hasta el momento, teniendo en cuenta especialmente: ctes en el momento de llegada, Medicación y dosis puestas y líquidos pautados.

Poco a poco aprenderéis
La actuación en cada
Niño

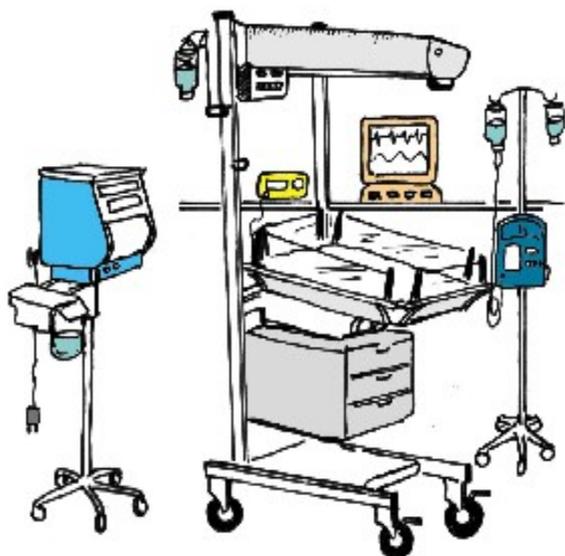
8º Seguimiento continuo de la evolución

APARATAJE MÁS USUAL Y ESPECÍFICO

*Azucena Orantes Galindo; M^a José Pérez Martínez; Mercedes Garrido Grandes;
M^a Dolores Fernández Rodrigo*

En el servicio, además del material humano, disponemos de gran cantidad de aparataje, que nos ayuda de una manera determinante a cuidar mejor y con menos esfuerzo a los niños.

Os vamos a mencionar el más usado, no debéis poner os nerviosos, ya que cuando entréis en contacto con el os daréis cuenta de su utilidad y de su poca complicación. Tenemos:



- 1.- Monitor de Frecuencia.
- 2.- Pulsioxímetro
- 3.- Respirador mecánico.
- 4.- Tensiómetro.
- 5.- Oxímetro.
- 6.- Desfibrilador.
- 7.- Cámara de oxígeno del Viracid.
- 8.- Electro cardiógrafo.
- 9.- Bombas de infusión.
- 10.- Gasómetro y aparato de electrolitos.

1.- Monitor de Frecuencia:
tenemos 2 tipos:

a) Hellige Servomed: registra sólo la frecuencia cardíaca, con registro electrocardiográfico.

b) Sirecst de Siemens: registra en pantalla:

- frecuencia cardíaca con registro electrocardiográfico digital y curva.
- frecuencia respiratoria con curva y resgistro digital de ésta.
- tensión arterial sistólica y diastólica con registro digital y curva
- temperatura
- presión venosa central y presión auricular izquierda

Cada monitor consta de 3 electrodos precordiales (rojo, amarillo, y verde o negro) para la monitorización de la F.C. y F.R.

El electrodo rojo se coloca en el hombro derecho.
El electrodo amarillo en el hombro izquierdo.
El electrodo verde debajo de la tetilla izquierda.

Para la monitorización de la T.A. necesitamos tener canalizada una arteria (normalmente la radial aunque también puede ser la femoral) , conectada a un suero fisiológico heparinizado con un manguito de presión (a 300 mm de Hg) y un sistema "intraflow", que consigue un lavado continuo de 3cc/h y cuando lo necesitamos podemos lavar a bolos.

Para la monitorización de la Tª periférica es necesario un sensor que se conecta desde la extremidad distal del paciente al monitor.

Para monitorizar la P.V.C. se necesita tener canalizada una vía venosa central (yugular, femoral safena...)

El monitor de frecuencia cuenta con un sistema de alarma que avisa cuando sobrepasa los límites establecidos. Estos límites son modificables; cuando suene la alarma lo primero que debéis hacer es mirar al paciente para ver como se encuentra (coloración, respiraciones, ...) Buscando la causa por la que ha sonado la alarma, solo después de esto la apagaremos.

(2) PULSIOXIMETRO:

Existen distintos tipos: en general miden la frecuencia cardíaca y la saturación de O₂ que tiene el niño a nivel de capilares. Algunos registran curva de saturación. Tienen

**Cuando suena una alarma,
Primero Miraremos y valoraremos
Al niño, Después apagaremos la
Alarma**

también un sistema de alarma. Antes de apagar la misma observar al niño comprobando la coloración. El sensor se coloca en los dedos de la mano o del pie, debiendo cambiarse a cada 3 ó 4 horas para evitar quemaduras.

(3) RESPIRADOR MECÁNICO:

Conectar tomas de éste a la toma del oxígeno (suele ser blanca) y a la de aire respirable (suele ser negra), de todas formas son conexiones únicas, por lo que es imposible equivocarse; los parámetros los pone el pediatra.

Existen varios tipos los mas utilizados son el SERVO y el SECHRIST, éste último se utiliza fundamentalmente en niños lactantes (los respiradores están en el almacén del pasillo exterior).

(4) MONITOR INCRUENTO DE T.A.

Registra la tensión arterial sistólica diastólica y media, y frecuencia cardíaca , la cual debe coincidir , mas o menos, con la del monitor cardíaco. Se coloca el manguito en el brazo o pierna del paciente y se conecta al monitor.

Existen varios tamaños de manguitos para las diferentes edades del niño, teniendo el monitor 2 posiciones: adultos y neonatos debiendo corresponder el tamaño del manguito con la posición correspondiente y la edad del niño.

5.- OXÍMETRO

Se utiliza para medir la concentración de oxígeno en carpa . Tiene una alarma que se activa cuando la concentración de oxígeno no está dentro de los límites establecidos.

6.- DESFIBRILADOR:

7.- CÁMARA DE OXIGENO DE VIRACID:

Ver protocolo del viracid. El Viracid es el antiviral de elección (Ribavirina) para el tratamiento del Virus respiratorio Sincitial. Se administra mediante un generador de aerosol de pequeñas partículas (Spag-2).

Una vez montado según protocolo, se conecta a una fuente externa de Oxígeno y se administra al niño mediante carpa.

8.- ELECTROCARDIÓGRAFO:

Ver colocación de electrodos y funcionamiento en el mismo aparato.

9.- BOMBAS DE PERFUSIÓN:

Tenemos varios tipos, aunque estos pueden cambiar:

A) Volumétricas:

- IVAC 560 e IVAC 591

- ABBOTH

B) De Jeringa: IVAC 770

C) De Alimentación: ABBOTT (Flexiflow)

A) Volumétricas:

Para la perfusión de fluidos como S. Base, S. Heparinizado, Medicación y coloides (Sangre, Plasma, Albúmina). Cada una tiene su sistema específico.

B) De Jeringa:

Para perfusión de drogas vasoactivas y medicación cuya dosificación deba ser en volúmenes más pequeños.

**El aparataje utilizado es muy
Útil y fácil de manejar**

Tiene un sistema específico que se debe purgar con cuidado. Lavarlo con suero una vez que pasa la medicación. Se pueden seleccionar distintos tipos de jeringas. Para las drogas vasoactivas se utilizan la jeringa IVAC de 50cc.

C) De alimentación Enteral:

Tiene su sistema específico que se debe purgar cuidadosamente y conectar la SNG del paciente. Después de cada toma debe lavarse la SNG.

Todas las bombas tienen sistema de alarma que indican anomalías. Antes de apagar alarmas, ver la causa.

En general todas las bombas tienen el mismo sistema de puesta en marcha:

- Cebado del sistema (que es específico para cada bomba)
- Colocación del sistema en la bomba.
- Encendido.
- Pautar el ritmo
- Puesta en marcha
-

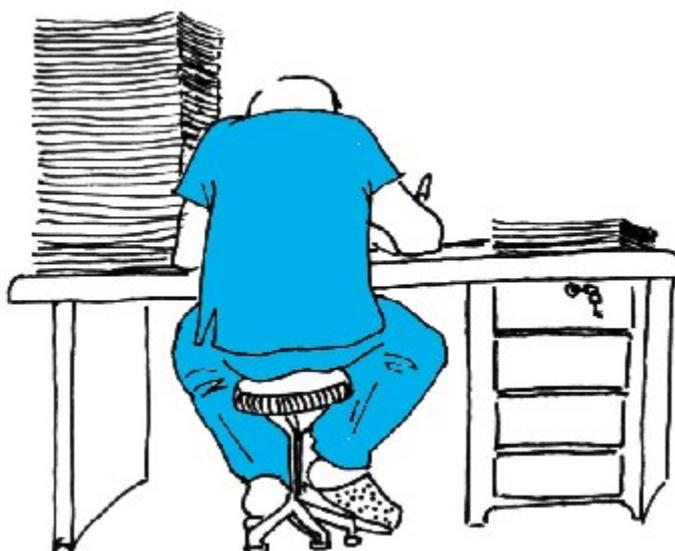
REGISTROS EN EL SERVICIO.

Catalina Herrera Guzman; José Tomás Rojas

Os vamos a comentar de una manera rápida todos los registros de enfermería que tenemos así como todos los documentos de que disponemos y donde podéis encontrarlos.

Registros:

En este servicio, disponemos de dos tipos de gráficas en las que se llevan a cabo los Registros de Enfermería.



Gráfica diaria, de uso conjunto médicos/ enfermeros/as y auxiliares, para las 24 horas, en cuya cara anterior:

- Datos personales identificativos del niño y sus constantes (en cuatro colores), generalmente horarias,
- Registro de medicación administrada, así como sueros perfusiones , transfusiones... es decir, líquidos ingresados y pérdidas de líquidos (diuresis, drenajes, vómitos, pérdidas insensibles etc) y el balance de los mismos al final de las 24 horas,
- Alimentación concentración de O2 saturación de O2 transcutánea

En la cara posterior:

- disponemos de tres apartados, uno por turno, para reflejar las novedades relativas al estado general del niño.

- También se refleja, en otro apartado, los análisis de orina realizados mediante tiras reactivas

En su parte correspondiente, los médicos realizan las prescripciones de medicación, sueros, alimentación, oxigenoterapia, órdenes especiales etc.

Gráfica de crónicos se utiliza para cada 2 días y está dividida en 12 columnas una para cada 2 horas y tiene la misma función que la de niños agudos.

Hoja de diálisis peritoneal: Se registra balance de los pases de diálisis

Hoja de Alta de Enfermería: se rellena cuando se da de alta al niño y es trasladado a otro servicio y en la cual se hace un resumen del estado del niño, constantes, medicación, sueros etc. Se hace dos copias: una se manda con la historia del niño y la copia se archiva en una carpeta habilitada para esto.

Registro del carro de parada: Se anota la fecha y firma de su revisión (ver)

Hoja de éxitus de las que se deben rellenar 4 copias con los datos del niño cuando se produzca un fallecimiento.

Hojas de Petición de biberones: La rellena la auxiliar de enfermería y se debe hacer antes de las 12 horas, siempre que los médicos hayan visto a los niños, una vez hecha, se lleva a biberonería (4ª planta).

Hojas de esterilización: Se rellena por la auxiliar de enfermería en el turno de tarde, antes de las 16 h. Con todo el material que se va a bajar a esterilización.

Hoja de petición de ropa: Se rellena por la auxiliar en el turno de noche

Hojas de estupefacientes: Se rellena cada vez que se utiliza algún vial

Registros en ordenador:

- Ingresos y altas: cada vez que ingresa un niño o se va de alta hay que registrarlo. En el cajón de la mesa está la “chuleta” de como se hace.

- Petición de dietas: Hay que hacerlo, por la mañana antes de las 10 h. o por la tarde antes de las 17 h. En caso de necesitarlo fuera de estas horas, habría que llamar directamente a la cocina.

- Petición de extras: Se piden en el turno de noche antes de las 8h.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A LOS NIÑOS CRÓNICOS.

Lucía Andújar Fernández; Concepción García Salmerón; M^a Cruz Medina Vilchez

En este servicio tenemos un niño crónico, está aquí por su dependencia de un aparato de ventilación mecánica.

Vino a nuestro servicio cuando tenía 4 meses y procedía de Cuidados Intensivos de la Unidad Neonatal. Su movilidad es muy reducida (cabeza y manos son las partes que más mueve).

Debido a la MIOPATÍA MIOTUBULAR que padece es incapaz de mantener una respiración efectiva sin agotarse, por lo que necesita ventilación mecánica.

Presenta Traqueostomía y Gastrostomía con sonda Foley para alimentación.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE SE LE REALIZAN:

T. Mañana.

- Constantes.
- Baño en bañera (teniendo especial cuidado que no entre agua por la cánula de traqueostomía).
- Fisioterapia respiratoria (clapping)
- Monitorización: habitualmente se le pone un pulsiosímetro ya que los electrodos del monitor le producen dermatitis.

**Debeis jugar con el
Siempre que podais**

- Aspiración de secreciones (se le suele aumentar la FiO₂ al 50-60% para que las tolere mejor)
- Cambio de cánula de traqueostomía.

-Se le pone un arco protector en piernas para aliviar el peso de la ropa de cama y facilitarle el movimiento.

-Medicación.

-Se deja al niño cómodo, poniendo a su alcance objetos (juguetes) para estimular y reforzar la movilidad de manos, así como favorecer el área de aprendizaje.

-Alimentación a las 10h por gastroclisis.

-Cambios posturales, aspiración de secreciones y de pañal a las 14h y cada vez que precise.

-Alimentación a las 14h.

T. Tarde.

-Aspiración de secreciones, cambio postural y de pañal a media tarde (y cada vez que precise)

-Alimentación a las 18h.

-Por la tarde se puede levantar a un carrito y cambiar las sábanas de la cama porque suda mucho.

-Se deja acostado antes de acabe el turno, se le hace clapping y aspiración de secreciones.

T.Noche.

-Cena a las 22h y suele dormir durante toda la noche. Se le hace un cambio postural a las 3h, aspirándole secreciones si es necesario.

Desconfía y llora cuando no conoce a las personas que se le acercan.

“Esperamos que este manual os sirva de ayuda para vuestro trabajo con los niños, también esperamos que nos ayudéis a mejorarlo”

AGRADECIMIENTOS

Al Colegio Oficial del Enfermería de Granada, que ha hecho posible la Edición de este Manual

A Oscar Riazzo Gordillo, que nos ha elaborado todos los dibujos desinteresadamente

A Yolanda Fornieles y Emilio Perea-Milla, que nos han asesorado en la evaluación

A Carmen Escobar, supervisora de la Unidad, que ha colaborado en el reparto del Manual

Al Comité de Investigación y Docencia del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, que nos ha dado su confianza en este trabajo