

Montserrat Edo Gual, Ingrid Giró Sanabria,
Gemma March Vilà, Marisol Querol Gil

Manual de procedimientos y técnicas de enfermería en pediatría

Escola Universitària d'Infermeria i de Fisioteràpia «Gimbernat»

Escola Universitària d'Infermeria

Universitat Autònoma de Barcelona
Servei de Publicacions
Bellaterra, 2010

Primera edición: mayo de 2010

Edición e impresión:
Servei de Publicacions
Universitat Autònoma de Barcelona
Edifici A. 08193 Bellaterra (Barcelona). Spain
sp@uab.cat
<http://publicacions.uab.es/>

Impreso en España. Printed in Spain

Deposito legal: B-20.636-2010
ISBN 978-84-490-2628-7

Índice

PRESENTACIÓN	7
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I. DIFERENCIAS ANATOMOFISIOLÓGICAS EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO	11
CAPÍTULO II. CONSIDERACIONES ENFERMERAS PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS EN PEDIATRÍA	15
La comunicación con el niño en las diferentes etapas evolutivas	15
Consideraciones generales para todos los procedimientos	19
CAPÍTULO III. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO SANO	23
Identificación del niño	24
Cuidados del RN en la sala de maternidad	25
CAPÍTULO IV. NUTRICIÓN DEL RECIÉN NACIDO: LACTANCIA MATERNA	35
Inicio de la lactancia materna	35
Poner el niño al pecho	36
Posiciones para dar el pecho	37
Recomendaciones específicas en situaciones especiales	39
Extracción de leche materna	41
CAPÍTULO V. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO	45
Recomendaciones para la administración y preparación de papillas	46
CAPÍTULO VI. MEDIDA DE LOS SIGNOS VITALES EN PEDIATRÍA	47
1. Medida de la frecuencia cardíaca(FC)	47
2. Medida de la frecuencia respiratoria (FR)	48
3. Medida de presión arterial (TA)	49
4. Medida de la saturación de oxígeno	50
5. Medida de la temperatura	50
6. Monitorización continua	51
7. Medidas antropométricas	52
8. Signos vitales según edad del niño	53
CAPÍTULO VII. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN TRATAMIENTO CON FOTOTERAPIA	55

CAPÍTULO VIII. TÉCNICAS DE SUJECIÓN EN PEDIATRÍA	57
Condiciones generales en todas las inmovilizaciones	57
Tipos de sujeciones	57
CAPÍTULO IX. SONDAJE NASOGÁSTRICO EN PEDIATRÍA	61
CAPÍTULO X. SONDAJE VESICAL EN PEDIATRÍA	63
Tipos de sondajes	63
Tipos de sondas en pediatría	63
CAPÍTULO XI. RECOGIDA DE MUESTRAS EN PEDIATRÍA	67
Recogida de muestra de orina	67
Recogida de muestra de heces	71
Recogida de líquido cefalorraquídeo mediante punción lumbar (PL)	72
Recogida de muestra de secreciones nasofaríngeas	74
CAPÍTULO XII. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN PEDIATRÍA	77
Administración de medicación vía oral	78
Administración de medicación por sonda nasogástrica	79
Administración de medicación vía rectal	80
Administración de medicación vía inhalatoria	80
Administración de medicación vía parenteral	83
Cálculo de dosis y preparación del fármaco	83
Administración de medicación vía intramuscular (IM)	86
Administración de medicación vía endovenosa (EV)	88
CAPÍTULO XIII. EXTRACCIÓN DE MUESTRAS DE SANGRE EN PEDIATRÍA	93
Extracción de sangre por punción venosa	93
Extracción de sangre por punción capilar	95
Extracción de sangre arterial	97
CAPÍTULO XIV. CANALIZACIÓN DE VÍA VENOSA PERIFÉRICA EN PEDIATRÍA	99
Canalización de vía venosa periférica	99
Punción intraósea	101
CAPÍTULO XV. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN PEDIATRÍA	103
Algoritmo RCP pediátrica básica	104
Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño	107
BIBLIOGRAFÍA	111

Presentación

La presentación de un libro es siempre motivo de satisfacción por todo lo que supone: ilusión, esfuerzo, búsqueda de conocimiento y una apuesta para la mejora de la calidad docente.

En este caso, el manual que os presentamos a continuación representa, además, un nuevo logro para la Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat, porque, con su publicación, iniciamos una nueva etapa que esperamos sea tan prolífica como la iniciada el año 2003 con la aparición de la primera publicación de nuestra escuela.

El *Manual de procedimientos y técnicas de enfermería en pediatría* pone en marcha la colección TRIVIUM INFERMERIA que las Escoles Universitàries Gimbernat, de la mano del Servicio de Publicaciones de la Universitat Autònoma de Barcelona, ponen a disposición tanto de los estudiantes como de profesores y profesionales de la salud que estén interesados en el tema.

Siguiendo la línea de la escuela en la formación en competencias, el *Manual de procedimientos y técnicas de enfermería en pediatría* pretende ser un soporte para la actuación enfermera en el ámbito pediátrico que facilite la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes específicas en este campo, incidiendo en las diferencias respecto al paciente adulto tanto en la realización de los diferentes procedimientos y técnicas como en la comunicación con el niño en sus diferentes edades y la relación con su familia.

Quiero agradecer, muy sinceramente, a los autores, y en especial a la coordinadora del libro, la profesora Montserrat Edo, su dedicación para que esta edición llegara a buen término, y cuyo objetivo fundamental no es otro que el de contribuir a la mejora del aprendizaje de nuestros universitarios.

MONTSERRAT ANTONIN
Coordinadora de Titulación
EU d'Infermeria Gimbernat

Introducción

La realización de procedimientos a los niños es uno de los retos que el alumno de enfermería deberá afrontar a lo largo de sus prácticas hospitalarias y en su futuro profesional; las intervenciones enfermeras en el ámbito pediátrico suponen, en muchas ocasiones, una experiencia difícil tanto para el niño y la familia como para el propio profesional. Para favorecer el éxito en la realización de los procedimientos y, a la vez, facilitar una interrelación adecuada con el niño y la familia, es necesario incidir en la formación del profesional en conocimientos, habilidades y actitudes específicas propias del ámbito pediátrico.

La experiencia de la escuela en prácticas de simulación y en la utilización de manuales de soporte nos ha demostrado la gran utilidad de estos recursos para la adquisición de competencias. Siguiendo en esta línea, el *Manual de procedimientos y técnicas de enfermería en pediatría* quiere ser un recurso de soporte pedagógico que aumente el aprendizaje significativo del alumno en las aulas de prácticas de simulación, aportando no sólo los conocimientos teóricos básicos, sino también las habilidades específicas y actitudes adecuadas para la realización de los diferentes procedimientos y técnicas en el ámbito pediátrico. El estudio previo del manual permite al alumno acudir a las sesiones con los conocimientos teóricos preparados, con lo que se optimiza el tiempo de práctica en el aula y se facilita el desarrollo de las sesiones.

Este manual incluye las especificidades anatomofisiológicas del niño que le diferencian del adulto y cómo éstas inciden en la realización de los diferentes procedimientos. La comunicación con el niño en las diferentes edades y etapas evolutivas, así como la relación con su familia, debido a su gran importancia, merecen uno de los capítulos iniciales. Por último, se describen de manera clara y protocolizada todos los procedimientos enfermeros más habituales en el ámbito pediátrico. Con la finalidad de facilitar el aprendizaje del alumno y la dinamización de las sesiones prácticas, en el inicio de cada capítulo se describen los objetivos específicos de aprendizaje que deben alcanzarse al término de las sesiones.

La realización de este manual es fruto de un gran esfuerzo que va desde la inicial delimitación de cuáles son los procedimientos enfermeros más habituales en el ámbito pediátrico y sus especificidades hasta una revisión bibliográfica actualizada que asegura su rigor y validez. Asimismo, la experiencia asistencial y académica de sus autoras quiere ser una garantía más de calidad que aporte recursos al alumno para mejorar su competencia en la práctica asistencial en el ámbito pediátrico.

Siguiendo la línea pedagógica de la escuela, El *Manual de procedimientos y técnicas de enfermería en pediatría* se completará el próximo curso con un DVD que incluirá la demostración práctica de la realización de los diferentes procedimientos, facilitando todavía más la comprensión y puesta en práctica de los contenidos de este manual.

Capítulo I.

Diferencias anatomofisiológicas en el paciente pediátrico

El desarrollo del niño en sus distintas etapas evolutivas supone algunas diferencias anatomofisiológicas importantes respecto al adulto que deben considerarse en el momento de la valoración y realización de procedimientos; así pues, los niños no deben ser considerados como adultos pequeños.

Objetivos de aprendizaje

El alumno, al acabar las sesiones, debe ser capaz de:

- Conocer las diferencias anatomofisiológicas del niño respecto al adulto.
- Identificar las situaciones en que las diferencias anatomofisiológicas precisan consideraciones especiales para la valoración y realización de procedimientos al niño.

Características generales

- El crecimiento y desarrollo de los distintos órganos y sistemas del niño no se produce de forma homogénea ni al mismo tiempo; algunos crecen más rápidamente y otros precisan más tiempo para su total desarrollo.
- El niño sano tiene una rápida capacidad para compensar los posibles efectos ante una lesión o patología, pero, de la misma manera, este mecanismo compensatorio hace que aparezcan pocos indicios de que el niño está enfermo; a su vez, esta capacidad de adaptación puede durar poco tiempo, y si el niño empieza a agotarse, también se deteriora más rápidamente.
- Los valores de los signos vitales de los niños son distintos a los del paciente adulto; cuanto más pequeño es el niño más alta es su frecuencia cardíaca y respiratoria y más bajos los valores de la tensión arterial. A medida que el niño va creciendo, los valores se van acercando a los del adulto hasta llegar a la adolescencia, en que los valores son los mismos.
- Aunque existen estándares aproximados, es necesario tener siempre una valoración ponderal del niño lo más aproximada posible; el cálculo previo de peso y talla del niño son imprescindibles para realizar cualquier intervención pediátrica. No es adecuado establecer una relación directa entre talla, edad y peso del niño; por ejemplo, un niño de 5 años puede tener la misma talla que uno de 8 años, y a la inversa.
- La estructura física de los niños es más frágil y pequeña; se debe extremar el cuidado cuando se practiquen movilizaciones, inmovilizaciones o maniobras para evitar lesiones sobreañadidas.

Sistema cardiocirculatorio

- Los niños pequeños presentan una disminución de la resistencia arterial periférica que se traduce en una presión arterial más baja, a la vez que el corazón aumenta la F.C para asegurar una correcta perfusión de todo el organismo.
- El volumen sanguíneo total del niño es muy inferior al del adulto; la pérdida de un volumen pequeño de sangre puede ser importante y repercutir en el estado hemodinámico del niño.
- En el niño, el corazón, el pulmón y los grandes vasos sanguíneos se localizan en un espacio mucho más reducido que en el adulto, aumentando el riesgo de lesión en el caso de traumatismos.
- El aparato cardiovascular del niño, generalmente sin ninguna patología de base, hace que inicialmente haya una gran capacidad compensatoria en el caso de pérdidas sanguíneas, ya que existe una mayor capacidad de respuesta de los vasos arteriales y venosos; esta respuesta fisiológica provoca que la hipotensión y taquicardia, en el caso de shock, no se manifiesten hasta que la pérdida de volemia es ya muy importante (40-50%).
- Acceder a las vías de acceso venoso es más difícil debido a su menor calibre y al tejido adiposo, aumentado en el antebrazo del niño, especialmente en lactantes y niños pequeños.

Aparato respiratorio

- Los neonatos, lactantes y niños pequeños tienen una menor superficie alveolar funcional para realizar el intercambio gaseoso; esta característica, junto con un mayor metabolismo basal que aumenta los requerimientos de oxígeno, provoca una frecuencia respiratoria alta.
- En los niños, la musculatura accesoria intercostal no está del todo desarrollada y, en el caso de dificultad respiratoria, el agotamiento aparece más rápidamente.
- Los recién nacidos y lactantes realizan una respiración diafragmática y abdominal, por lo que durante la realización de las técnicas hay que ser cuidadoso y no comprimir el abdomen para no disminuir la capacidad respiratoria del niño.
- En los recién nacidos y lactantes los orificios nasales son más pequeños y los niños respiran obligatoriamente por la nariz; debe valorarse la presencia de secreciones nasales que puedan dificultar la respiración. En estas edades se elegirá la vía oral para el sondaje gástrico (vía orogástrica).
- La cavidad bucal es más pequeña y la lengua es proporcionalmente más grande; este hecho debe tenerse en cuenta en el caso de un estado de inconsciencia, ya que se podría bloquear la vía aérea; también, en el caso de precisarse, hay que ser muy cuidadoso en la colocación del tubo de Guedel para no lesionar estructuras dentarias o partes blandas de la cavidad.
- La laringe está situada en una posición más anterior y las estructuras de la vía respiratoria son más flexibles que en el paciente adulto: los cartílagos de la tráquea son más blandos y compresibles; estas características deben tenerse en cuenta durante la apertura de la vía aérea: en los niños pequeños la posición de cabeza y cuello deberá ser neutra, ya que una hiperextensión podría producir obstrucción por compresión del propio cartílago.
- La tráquea del niño tiene un calibre y longitud menores, aumentando el riesgo de obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño.

Sistema digestivo

- El aparato digestivo del niño adquiere su madurez hacia los dos años; por ello la introducción de los diferentes alimentos se realiza de forma progresiva a lo largo de estos primeros años de vida.
- La capacidad gástrica del neonato es de 10 a 20 ml aumentando hasta 200 ml en el caso del lactante hasta llegar a una capacidad muy similar a la del adulto en la adolescencia.
- El peristaltismo intestinal del niño es mucho más rápido. Debido a ello, los neonatos y lactantes pequeños necesitan alimentarse con mayor frecuencia, a la vez que aumenta la frecuencia del reflejo gastrocólico, produciéndose un mayor número de deposiciones.
- El metabolismo basal de los niños es más activo que el de los adultos; esto hace que los requerimientos de oxígeno y nutrientes estén aumentados.

Sistema urinario

- El desarrollo total del funcionalismo renal no acaba hasta alrededor del primer año de vida; así, la orina del neonato y del lactante es mucho más diluida y de color más claro, ya que la capacidad renal de concentrar orina no está del todo desarrollada.
- La continencia de la orina es menor, debido a que la capacidad de la vejiga urinaria es muy reducida, además de la incapacidad para controlar los esfínteres, que no aparece hasta aproximadamente los dos años de vida.
- Los riñones del niño son proporcionalmente de mayor tamaño en relación al adulto, por lo que son más susceptibles a los traumatismos.

Sistema osteomuscular

- Los huesos de los niños son más cortos, delgados y flexibles. Durante la infancia los huesos presentan las llamadas placas de crecimiento compuestas mayoritariamente por cartílago, que, a medida que el niño crece, va siendo sustituido por tejido óseo; el tejido cartilaginoso dota a los huesos de una gran capacidad de deformidad plástica haciendo que muchos traumatismos no provoquen fracturas.
- Las costillas del niño presentan una gran elasticidad debido a la osificación incompleta; muchos traumatismos torácicos no provocan fracturas costales, pero los impactos de alta energía, por transferencia, pueden lesionar los órganos torácicos (pulmones y corazón), aunque inicialmente puede no haber manifestaciones concordantes con la magnitud real de la lesión.
- La pared abdominal de los niños es más débil y menos resistente, ya que los músculos están menos desarrollados; en caso de traumatismo, los órganos abdominales internos presentan mayor riesgo de lesiones, sobre todo el bazo, el hígado y los riñones.

Sistema nervioso

- El desarrollo neurológico del niño se inicia durante las primeras semanas de vida intrauterina y la maduración más importante finaliza alrededor de los 5 años. Esta maduración progresiva supone que el niño vaya evolucionando para poder realizar

las distintas actividades, funciones y habilidades que le corresponden según la edad. La mielinización progresiva desde la gestación hasta la edad escolar permite la transmisión de estímulos cada vez más diferenciados, finos y precisos.

- En la etapa neonatal la maduración nerviosa está en una fase muy inicial, por lo que el niño presenta los llamados reflejos primitivos que van desapareciendo a lo largo del primer medio año de vida.
- La valoración neurológica del niño debe realizarse teniendo en cuenta la edad del niño, la etapa evolutiva en la que se encuentra y su estado general

Regulación térmica

- En los niños la mayor superficie corporal en relación a su masa provoca pérdida de calor con mucha facilidad; este hecho se agudiza cuanto menos edad tiene el niño.
- Las reservas energéticas del niño son menores y el panículo adiposo es insuficiente como mecanismo de termorregulación, aumentando más el riesgo de pérdida de calor.
- Cuando el niño sufre hipotermia, aumenta el consumo de oxígeno para mantener la temperatura corporal. Este hecho provoca que los requerimientos de oxígeno, ya de por sí más elevados, aún se incrementen más. Durante la reanimación de un niño en estado crítico se debe asegurar la temperatura del niño tanto con medidas físicas locales como del entorno.
- Debido a la labilidad en la termorregulación del niño, existe también un mayor riesgo de sobrecalentamiento en los casos en que el niño esté en entornos que lo favorezcan.

Capítulo II.

Consideraciones enfermeras para la realización de procedimientos en pediatría

La realización de procedimientos y técnicas supone una situación altamente estresante para el niño y familia, así como para el propio profesional de salud. El profesional de enfermería debe conocer las especificidades en el trato con el niño y las estrategias específicas para disminuir la ansiedad del niño y de la familia, aumentando su colaboración, minimizando las molestias a lo largo del procedimiento y favoreciendo el éxito de la técnica.

Objetivos de aprendizaje

El alumno, al término de las sesiones, debe ser capaz de:

- Conocer las especificidades de la comunicación con el niño, valorando las distintas edades y situaciones.
- Identificar estrategias para aumentar la colaboración del niño durante el procedimiento.
- Reconocer la importancia de establecer una relación efectiva y afectiva de ayuda con los padres y/o la familia del niño.

La comunicación con el niño en las diferentes etapas evolutivas

Las interacciones con el paciente pediátrico deben establecerse de acuerdo con la edad y el desarrollo del niño. En el caso del niño enfermo, la ansiedad y miedo situacional ante la realización de procedimientos provocan actitudes propias de niños más pequeños, apareciendo conductas de regresión defensiva como sistema de afrontamiento ante una situación amenazante.

No existe un perfil único de desarrollo según el grupo de edad; hay niños que no tienen las habilidades conseguidas por otros de su misma edad, sin que este hecho suponga ninguna alteración. Antes de valorar la conducta observada en el niño, se debería interrogar a los padres sobre su comportamiento habitual y adaptar las estrategias de interacción de forma individualizada.

Neonato (desde el nacimiento hasta los primeros 28 días de vida)

La comunicación del neonato con su entorno se establece principalmente a través del tacto y del contacto; su agudeza visual es aún muy precaria, el niño mira las caras y objetos, pero no tiene la capacidad de seguir sus movimientos. Cuando el niño está des-

pierto muestra una actitud de alerta hacia el entorno y oye los sonidos aunque no los identifica.

El recién nacido expresa su malestar mediante el llanto; en estos casos el mejor consuelo es tenerlo en brazos y proporcionarle seguridad mediante el contacto físico, la voz y las caricias. En este periodo el recién nacido es poco sensible a la presencia de extraños, por lo que generalmente no se asusta ante su presencia.

Especificidades

- Si el estado del niño y la técnica lo permiten, se procurará que el recién nacido esté en brazos de sus padres durante la exploración o la realización del procedimiento.
- Deben evitarse los ruidos fuertes y las luces muy potentes para evitar una sobrees-timulación sensorial e incomodar o asustar al niño.
- Hablarle en voz baja y afectuosa; sonreírle.
- Mantener caliente cualquier objeto o parte del cuerpo que pueda entrar en contacto con el niño: manos, fonendoscopio, sábanas, juguetes, etc.
- La succión aumenta la confortabilidad del niño y lo tranquiliza; hay que valorar si alguna técnica puede realizarse cuando el niño está lactando o utilizando el chupete en el caso de que la lactancia materna esté establecida.

Lactante (de 1 a 12 meses)

En este periodo el desarrollo es muy rápido, y en poco tiempo se producen cambios importantes en las interacciones del niño con su entorno. La agudeza visual ya está muy desarrollada y el niño ya se fija en los objetos en movimiento y los sigue con la mirada. En los primeros meses el lactante aún no entiende las expresiones verbales aunque identifica la voz de su madre; en esta etapa el niño es muy receptivo a la comunicación no verbal. El niño ya reconoce a sus padres y su presencia le consuela; hacia los 5-7 meses ya identifica a los extraños y le pueden causar miedo.

Especificidades

- Si el estado del niño y la técnica lo permiten, se procurará que los padres estén cerca, manteniéndose dentro del campo visual del niño.
- Durante el procedimiento puede ser útil algún medio de distracción para atraer la atención del niño: hacer luces con una linterna, proporcionarle algún juguete, cantar-le canciones o emitir sonidos agradables.
- Aplicar medidas sensoriales relajantes durante el procedimiento: acariciar al niño, hablarle en un tono bajito y de manera afectuosa, proporcionarle un chupete o acer-carle objetos personales que le proporcionen seguridad.
- Cabe esperar resistencia del niño cuando se le practiquen procedimientos dolorosos, por lo que es necesario asegurar una correcta sujeción a lo largo de toda la técnica.

Niño pequeño (de 1 a 3 años)

En esta etapa aumenta de forma muy rápida la autonomía del niño en sus movimientos; el niño aprende a caminar, correr, saltar y a controlar más sus movimientos, por lo que

puede mostrar una resistencia muy activa ante ciertos procedimientos; cuando el niño está despierto se muestra muy activo. Aunque el niño ya posee las habilidades básicas en el lenguaje, su comunicación verbal es simple y generalmente limitada a su entorno más cercano. Su conducta ante los extraños es imprevisible, puede mostrar indiferencia, miedo y/o resistencia.

Especificidades

- Preservar la intimidad del niño; a esta edad el niño ya siente pudor cuando se le desnuda.
- Al comunicarse con el niño se le debe informar del procedimiento que se le va a realizar utilizando frases sencillas, cortas y concretas, pero evitando hablarle como a un bebé.
- Dejar que el niño se familiarice con los aparatos y el material, dejándole verlos y tocarlos.
- La exploración y algunos procedimientos se pueden plantear como un juego donde el niño sea partícipe.

Niños en edad preescolar (de 3 a 6 años)

A esta edad el desarrollo motor del niño ya está establecido y su autonomía en la marcha es total; puede realizar por sí solo algunos hábitos diarios: comer, vestirse, lavarse las manos y ayudar en alguna de las tareas domésticas.

La socialización con otros niños se produce a través de la escuela y del juego. La interacción con los adultos cercanos está bien establecida y ya se relaciona con mayor facilidad con los extraños, aunque muestra miedo ante la separación de los adultos cercanos.

La iniciativa del niño se desarrolla y quiere participar y controlar las actividades en las que se ve implicado. En este periodo el pensamiento es lineal, concreto y anclado en el presente; los pensamientos son dicotómicos: dolor/no dolor, bueno/malo. No hay un concepto claro de los acontecimientos futuros y es fácil que el niño fantasee sobre lo que le puede ocurrir, siendo característico el pensamiento mágico, en el que el niño se identifica con la fantasía atribuyendo cualidades vitales a los juguetes y objetos. El niño tiene miedo al dolor y a la separación y puede expresar con facilidad la localización del dolor.

Especificidades

- Se debe informar al niño sobre todo lo que irá sucediendo, explicándole lo que se le hará utilizando un lenguaje claro y sencillo.
- Preservar la intimidad del niño y respetar su pudor; en esta etapa el niño ya puede sentir vergüenza.
- Si el procedimiento es molesto o doloroso, se le debe explicar antes de proceder a realizar la técnica.
- Pedir permiso y colaboración al niño para demostrarle su protagonismo; en este periodo al niño le gusta que le reconozcan como una figura importante.
- Favorecer la expresión de dudas y fantasías clarificando pensamientos erróneos.
- Respetar la expresión de emociones dándole a entender que le comprendemos.
- Dejar que el niño se familiarice con los aparatos y el material, dejándole verlos y tocarlos explicándole de manera entendible para qué sirven.
- Puede ser útil el relato de un cuento como método de distracción.

Niños en edad escolar (de 6 a 12 años)

El niño de esta edad ya tiene establecidas las habilidades sociales y es capaz de apreciar el punto de vista de los demás. Tiene la capacidad de compartir y cooperar con mayor facilidad cuando se le solicita; en general muestra menos resistencia ante los procedimientos, sobre todo cuando se le pide ayuda y se le ofrecen opciones. Los pensamientos dejan de ser dicotómicos y son más flexibles; ya pueden entender la relación causa-efecto y pueden razonar sobre ello.

Especificidades

- Explicar al niño con un lenguaje sencillo lo que le ocurre y lo que se le hará; a esta edad el niño es muy curioso y muestra interés por saber qué le está pasando.
- Favorecer la autonomía y colaboración del niño durante procedimientos simples como ponerse el termómetro, recoger una muestra de orina o ayudar a ponerse tiritas o apósitos.
- Incluir al niño en la toma de decisiones; si es posible pactar el momento de realizar la técnica, el sitio y las personas que él quiere que le acompañen.
- Fomentar la participación activa del niño durante el procedimiento dejando que participe abriendo algún envoltorio, que corte el esparadrapo o que se retire el apósito.
- Si el niño se muestra muy reticente, darle un tiempo y valorar si necesita estar solo para tranquilizarse.
- Favorecer la expresión emocional preguntándole cómo se siente y qué piensa después de la información recibida.
- Mostrar una actitud abierta y de escucha activa que facilite la verbalización de las dudas en un clima de confianza y reconocimiento.

Adolescentes (a partir de 12 años)

La adolescencia es la etapa de mayor desarrollo de la identidad; a esta edad el deseo de independencia es muy importante. Los/as chicos/as de esta edad pueden tener dificultad para aceptar nuevas figuras de autoridad y resistirse al cumplimiento de los procedimientos.

El adolescente ya tiene las mismas habilidades físicas y de coordinación que el adulto; el nivel de abstracción y razonamiento es casi el mismo, aunque pueden tener dificultades para asumir la perspectiva del otro. En la adolescencia la preocupación por la imagen y función corporal está muy presente

Especificidades

- Hablarle como a un adulto de forma respetuosa y con amabilidad; no tratarlo como a un niño.
- Respetar su independencia y autonomía dirigiéndose directamente a él cuando se deban hacer preguntas o dar explicaciones.
- Preservar con mucho cuidado la intimidad personal proporcionándole privacidad durante la exploración.
- Asegurar la confidencialidad y valorar la necesidad o no de la presencia de los padres.
- Hacerle participe en la planificación de los procedimientos y en la toma de decisiones.

- Imponer el menor número posible de restricciones.
- Evitar las confrontaciones y los juicios de valor.

Consideraciones generales para todos los procedimientos

El profesional de enfermería debe asegurar los cuidados físicos específicos que precisa el niño en cada procedimiento, proporcionándole a la vez seguridad, afecto e información para favorecer el éxito de la técnica.

Consideraciones respecto a la familia del niño

- La presencia de los padres durante el procedimiento debe valorarse de forma individualizada en cada situación; en muchas ocasiones la familia puede ser el mejor apoyo para el niño y, siempre que el procedimiento lo permita, estará presente durante la técnica; en otros casos el estrés situacional que la familia sufre puede dificultar la realización y el éxito de la técnica.
- La familia necesita atención y apoyo emocional por parte del profesional sanitario, ya que las intervenciones y técnicas aplicadas al niño son para ellos una experiencia altamente estresante.
- Siempre que el procedimiento lo permita, serán los padres quienes lo realicen: toma de medicación oral, toma de temperatura o recogida de muestras de orina en niños continentes.
- No es adecuado pedir ayuda a la familia para inmovilizar al niño, ya que para una correcta sujeción se requieren unos conocimientos específicos, además de suponer para el niño la identificación de los padres con procedimientos desagradables.

Consideraciones respecto al niño

- Siempre hay que decir la verdad al niño; no deben minimizarse las molestias de los procedimientos invasivos, ya que la mentira hace perder la confianza del niño hacia el profesional y puede dificultar posteriores interacciones.
- Mantener en todo momento el contacto ocular con el niño colocándose a su altura, dentro de su campo de visión.
- El llanto del niño se debe interpretar como una manifestación emocional ante una situación que para él es amenazante; no debe minimizarse la reacción del niño ni ridiculizarlo; hay que empatizar con él y mostrarle comprensión.
- Explicar que cada niño reacciona de manera diferente ante una misma situación y que su reacción no es mejor ni peor que la de los demás niños; no comparar.
- Si el niño presenta rabietas debemos obviarlas, manteniendo una actitud firme y positiva.
- Preservar en todo momento la seguridad del niño no descuidándolo en sitios o posiciones que puedan suponer algún riesgo o accidente.
- Utilizar el juego como instrumento de expresión emocional o como método de distracción para conseguir el objetivo terapéutico. Se pueden utilizar recursos como: globos, guantes hinchados y pintados, burbujas de agua jabonosa, jeringas para que el niño juegue y se familiarice con ellas y otros materiales que tengan un manejo seguro.

Jugar y hacer representaciones con muñecos, títeres o incluso disfraces pueden ayudar a acercar al niño a la realidad de la situación de una forma cercana y desdramatizada.

Recomendaciones para la preparación del niño antes de la realización del procedimiento

- Explicar al niño el procedimiento que se le practicará evitando darle mucha cantidad de información de una sola vez; la explicación debe ser clara, breve, adecuada a la edad y a la situación.
- Utilizar términos sencillos y ayudas visuales para clarificar la información, como, por ejemplo, hacer un dibujo de la zona o pedir al niño que la dibuje él.
- Si se hacen contratos o pactos se deben cumplir para no disminuir la confianza del niño.
- No ofrecer opciones cuando no existen para evitar frustraciones.
- Cuánto más pequeño es el niño, menor tiempo debe transcurrir entre la explicación de la técnica y su ejecución, ya que si transcurre mucho tiempo su imaginación puede aumentar la ansiedad ante el procedimiento.
- Antes de realizar cualquier procedimiento, hay que tener todo el material preparado para proceder con rapidez; en el caso de que el niño se muestre muy angustiado, se puede preparar el material fuera de la estancia donde se encuentra.
- Enseñar al niño estrategias para que ayude durante la realización de la técnica; toser, respirar profundamente, soplar, contar o apretar fuerte una mano.
- Explicar al niño en qué zona corporal se realizará el procedimiento y asegurarle que ninguna otra parte del cuerpo resultará afectada.
- Observar en todo momento las reacciones del niño.

Recomendaciones durante la realización del procedimiento al niño

- Escoger el sitio adecuado; la estancia debe ser luminosa y la temperatura neutra; idóneamente la decoración de las unidades pediátricas debería crear un entorno amigable, divertido, colorido y con instrumentos o juguetes para el niño.
- A ser posible realizar la técnica en una estancia diferente a su habitación.
- Limitar el número de personas extrañas para el niño a lo largo del procedimiento; debe procurarse que la persona que ha explicado el procedimiento al niño sea la misma que lo realice.
- Centrarse primero en el niño y después en el procedimiento.
- Reforzar la información sobre el procedimiento manteniendo contacto ocular con el niño.
- Hacer de modelo para la conducta deseada, por ejemplo mostrando al niño cómo estirar el brazo en el caso de una venopunción o abrir la boca en caso de exploración de la garganta.
- Avisar al niño del inicio del procedimiento y pedir su colaboración explicándole que con su ayuda la técnica será más rápida y el éxito, más probable.
- Irle explicando paso a paso todo lo que se le haga a lo largo del procedimiento.
- Reforzar la actitud de colaboración del niño agradeciéndole su cooperación.

Actuación después de la realización del procedimiento al niño

- Agradecer al niño y/o la familia su colaboración a lo largo del procedimiento.
- En el caso de que el niño no haya colaborado como se esperaba, no hacer comentarios negativos para evitar que el niño los interprete como un rechazo o castigo.
- Animar al niño a incorporarse a sus actividades habituales.
- Compartir con el niño la experiencia del procedimiento permitiendo que explique su vivencia.
- Contactar de nuevo con el niño después de la realización del procedimiento en un entorno ya más relajado para evitar que el niño asocie al profesional únicamente con situaciones estresantes.

Capítulo III.

Cuidados del recién nacido sano

Inmediatamente después del parto, si el estado de la madre y el niño lo permiten, deben permanecer juntos en contacto piel con piel; en este periodo, el profesional de enfermería debe adoptar un papel activo que favorezca el establecimiento del vínculo materno-filial; en esta fase, el niño está más activo y los reflejos de búsqueda y succión son intensos, favoreciendo el éxito en la lactancia materna.

El contacto piel con la piel asegura de manera óptima el mantenimiento de la temperatura corporal del niño; los focos de calor no son necesarios y además suponen la separación del niño de la madre.

La revisión sistemática del neonato sano se puede posponer unas horas y realizarla en la sala de maternidad con la finalidad de no manipular en exceso al niño y dar prioridad al contacto madre-hijo en estos primeros momentos.

Objetivos de aprendizaje

Al término de las sesiones, el alumno debe ser capaz de:

- Conocer la importancia de mantener el contacto madre-hijo inmediatamente después del parto.
- Reconocer la importancia de una correcta identificación del niño.
- Identificar correctamente al niño en la sala de partos en situación de simulación.
- Conocer las medidas preventivas oculares y de administración de la vitamina K en el niño.
- Realizar correctamente las medidas antropométricas.
- Conocer la importancia del control de la primera micción y deposición del niño.
- Hacer correctamente el cambio de pañal en situación de simulación.
- Realizar correctamente la higiene y vestimenta del niño en situación de simulación.
- Colocar correctamente al niño en la cuna en situación de simulación.
- Conocer el material necesario para la realización de la cura del cordón.
- Realizar correctamente la cura del cordón umbilical en situación de simulación.
- Identificar el material necesario para la realización de la obtención de muestra para el diagnóstico precoz.
- Conocer las diferentes técnicas para la obtención de la muestra de sangre para el diagnóstico precoz.
- Realizar correctamente la extracción de la muestra en situación de simulación.

Identificación del niño

La legislación española protege los derechos humanos y civiles del menor. La identificación del neonato salvaguarda su identidad y lo protege de peligros como la sustitución de un niño por otro o errores en la filiación.

La identificación del niño junto con la madre se realiza en la sala de partos justo después del nacimiento y debe mantenerse a lo largo de toda su estancia hospitalaria.

En la actualidad se utilizan unos equipos de identificación compuestos por una pulsera identificadora para la madre, una para el niño, una pinza de cordón umbilical y una etiqueta para la hoja del partograma; todos estos elementos llevan un mismo código identificativo y son de un mismo color.

Material

- Guantes desechables
- Equipo de identificación

Descripción del procedimiento

- Realizarse un lavado higiénico de manos.
- Ponerse los guantes no estériles desechables.
- Abrir el equipo de identificación comprobando la integridad de todos sus componentes: pulsera de la madre, pulsera del niño, pinza del cordón umbilical y etiqueta; las pulseras deben ser de plástico flexible, impermeables y con cierre seguro.
- Verificar que todo el equipo sea del mismo código y color.
- Rellenar los datos de la pulsera del niño y de la madre: nombre, apellidos, fecha y hora de nacimiento y número de historia clínica.
- Colocar la pinza del cordón umbilical al niño.
- Colocar las pulseras en la muñeca de la madre y en el tobillo del niño, asegurando un correcto ajuste y sujeción.
- Pegar la etiqueta identificadora en la hoja del partograma.
- Gestionar correctamente el material utilizado.
- Hacerse un lavado higiénico de manos.
- Verificar nuevamente la correcta identificación del niño y de la madre al salir de la sala de partos.

Consideraciones específicas

- En el caso de dos o más partos a la vez, se utilizaran equipos de colores diferentes.
- Si el parto es múltiple se utilizará un equipo de identificación para cada uno de los neonatos; la madre llevará un brazalete de cada uno de los niños.
- En el caso de muerte fetal, la identificación se realizará de la misma manera.
- Si al niño se le cae la pulsera identificativa, deberá colocarse una nueva, anotando el número de código previo ya asignado que constará en la pinza del cordón y en el brazalete de la madre añadiendo el nombre y apellidos, fecha y hora de nacimiento e historia clínica.

Cuidados del RN en la sala de maternidad

Para fomentar el vínculo materno-paterno-filial, padres e hijos deben cohabitar en la misma habitación; la convivencia desde el inicio familiariza a los padres en los cuidados y la asistencia del niño sano y facilita el éxito de la lactancia materna.

A lo largo de la estancia del niño en la unidad de maternidad, se le practican unos controles y cuidados sistemáticos; siempre que sea posible, los cuidados se realizarán en presencia de los padres.

Verificar y mantener la correcta identificación de niño y de la madre

- A la llegada del niño y la madre a la unidad maternal se debe verificar la correcta identificación comprobando los respectivos brazaletes, la pinza del cordón umbilical y las etiquetas correspondientes. La correcta identificación del niño y la madre debe controlarse y mantenerse a lo largo de todo el ingreso y verificarse en el momento del alta.

Administración de vitamina K y profilaxis ocular

- La vitamina K debe administrarse en dosis de 1 mg por vía intramuscular antes de las cuatro primeras horas de vida. Esta medicación se administra sistemáticamente como prevención de la enfermedad hemorrágica neonatal; la punción se realizará sin separar al niño de la madre, inyectando la medicación en la cara anterolateral de la pierna siguiendo la secuencia indicada para la administración de medicación intramuscular.
- La profilaxis ocular del niño se realiza mediante la aplicación de pomada ocular antibiótica en ambos ojos; esta medicación protege al niño de la oftalmia gonocócica neonatal, infección que se puede producir por contacto del niño con el germen en el canal del parto; su administración puede esperar entre 1-2 horas desde el nacimiento para no interferir en el vínculo materno-filial y alterar el estado de alerta tranquila del niño.

Valoración del estado general del niño

- El profesional de enfermería debe controlar el estado general del niño valorando su actitud, coloración, tono muscular y signos vitales.

Actitud del niño

- El niño sano duerme la mayor parte del día; cuando el niño está incómodo, tiene hambre o precisa un cambio de pañal puede mostrar desde una actitud de alerta tranquila hasta reclamar la atención mediante el lloro.

Coloración

- Desde el nacimiento hasta las primeras 24 horas de vida, la coloración de la piel del niño es rojiza debido a la poliglobulia fisiológica del neonato; la piel es brillante,