

## Atención de Enfermería en Recién Nacido Hospitalizado

### PROCEDIMIENTO

#### 1. Protocolo de Manejo de Gastrostomía

##### a. Objetivo

- i. Mantener sonda fija en el lugar de inserción.
- ii. Evitar desplazamiento.
- iii. Prevenir lesión de la piel alrededor de la sonda.
- iv. Evitar Filtración e Infección
- v. Mantener sonda permeable y evitar obstrucción
- vi. Educación a los padres para el cuidado del niño en el hogar.

##### b. **Responsables:** Matrona, Enfermera, Técnico paramédico.

##### c. **Materiales:**

- i. Tipos de Sondas A elección del cirujano (sonda con balón, sonda con botón o sonda de inserción percutánea) Sonda con balón: Es la sonda usada en neonatos. Sonda de silicona radiopaca de longitud 20 cm., calibre 12 a 14 french. Tiene un balón en un extremo que queda en el interior del estómago inflado con agua, y un soporte en forma de disco en el otro extremo que la sujeta externamente. Tiene dos o tres aberturas en el exterior, una para inflar el balón con agua, y las otras para la administración de medicamentos y alimentación. Se puede utilizar de 8-12 meses.

##### d. **Manejo Post operatorio inmediato de Gastrostomía**

- i. Marcar con un lápiz de tinta indeleble la sonda desde donde emerge de la piel, por sobre el disco cutáneo. Y registrar en hoja de enfermería, evitar desplazamientos.
- ii. Medir longitud de la sonda que protruye del abdomen, y registrar número de cm. de la sonda que queda a nivel de piel y registrar en hoja de enfermería, evitar desplazamientos.
- iii. Registrar el volumen de agua con lo que se infló el balón en pabellón por cirujano, ver en protocolo operatorio.

##### e. **Cuidados diarios de la Gastrostomía**

- i. Observar diariamente número del nivel de la piel.
- ii. Rotar sonda en 360 ° en la atención del día por 6 semanas. Evita adhesión de sonda a piel.
- iii. Curar estoma c/12 h. con suero fisiológico en forma centrifuga, evitando tracción excesiva sonda.
- iv. Cambiar gasa bajo el disco cutáneo c/12 h., mantener limpia y seca.
- v. Técnica de Crusting sobre la piel limpia y seca, cuando hay pérdida de continuidad de la piel.
- vi. Aspirar y medir residuo gástrico en cada atención con jeringa de 10 cc.
- vii. Si sonda se desplaza AVISAR A MÉDICO TRATANTE, si es antes de los 15 días post operatorios debe ser evaluado por cirujano antes de reintroducirla.
- viii. Si ya lleva más de 15 días post operatorio:
  1. Reintroducir Sonda hasta el número medido al inicio.
  2. Reposicionar disco cutáneo pegado a la piel.

3. Fijar sobre disco cutáneo con tela.

**f. Alimentación y administración de medicamentos por Gastrostomía**

- i. Con Jeringa de 60 cc Punta catéter, se debe administrar alimentación por bolo y por gravedad, debe bajar sin resistencia.
- ii. Cambiar jeringa en cada alimentación.
- iii. Lavar sonda de gastrostomía con jeringa de 10 cc, agregar 5 cc de agua bidestilada al término de la alimentación. Desechar jeringa cada vez.
- iv. En caso de alimentación continua:
  1. Programar la bomba de infusión y conectar la bajada a la sonda de gastrostomía.
  2. Cambiar bajada de alimentación continua cada 24 hh a las 07:00 hh.
  3. Si la infusión continua de alimentación tienen descansos se cambia bajada en cada alimentación.

**v. Aspiración de contenido gástrico**

1. Aspirar y medir residuo gástrico con jeringa de 10 cc.
2. Evaluar características del contenido gástrico y registrar en hoja de enfermería.
3. Lavar sonda introduciendo 5 cc agua bidestilada.
4. Nunca aspirar o administrar fluidos por donde se mantiene inflado el balón, identificar claramente cuál es la parte del balón.

**vi. Administración de medicamentos por gastrostomía**

1. Administración de medicamentos en gotas y jarabe:
  - a. Sin diluir, en jeringa de acuerdo a volumen, lavar con 5 cc de agua bidestilada una sola vez al final.
2. Administración de medicamentos sólidos:
  - a. Diluir en 5 cc de agua bidestilada con jeringa de 10 cc.
  - b. Lavar con 5 cc de agua bidestilada después de administrar medicamento.
  - c. Nunca aspirar o administrar fluidos por donde se mantiene inflado el balón.

**g. Manejo de Complicaciones**

**i. Obstrucción de sonda de gastrostomía**

1. Lavar con jeringa de 60 cc punta de catéter, con 50 cc de agua bidestilada tibia.
2. Introducir agua con presión suave.
3. Aspirar y lavar alternadamente hasta que se destape.
4. No utilizar una jeringa de menor tamaño, se rompe sonda.
5. En caso que no funcione lo anterior lavar con agua mineral con gas, y repetir el mismo procedimiento.
6. Nunca introducir guía por el lumen de la sonda a destapar.

**ii. Filtración a través de estoma**

1. Reintroducir Sonda hasta el no medido al inicio.
2. Reposicionar disco cutáneo pegado a la piel.
3. Fijar sobre disco cutáneo con tela.

4. Comprobar balón y volumen de llenado, si falta completarlo.
  - iii. **Salida de sonda**
    1. Gastrostomía < 15 días: Reinstalar sonda de inmediato para evitar cierre de ostomía por cirujano y requiere control radiológico.
    2. Gastrostomía > 15 días: Puede esperar hasta 24 hh, pero reinstalar lo antes posible por cirujano.
  - iv. **Dermatitis de piel periestomal**
    1. Limpiar estoma c/12 hh. con suero fisiológico en forma centrifuga, evitando tracción excesiva sonda.
    2. Si hay pérdida de continuidad de la piel, dejar puesto estomahesive polvo o polvo karaya + CAVILON en spray, repetir 3 veces, esto se llama Técnica de Crushing.
    3. Cambiar gasa bajo el disco cutáneo c/12 hh, mantener limpia y seca.
    4. Curar antes de las 12 hh en caso de ser necesario.
  - v. **Granuloma**
    1. Avisar a cirujano
  - h. **Educación a los padres**
    - i. Dar material de lectura respecto Gastrostomía.
    - ii. Estimular a los padres en asumir los cuidados diarios de su hijo.
    - iii. Educar respecto a:
      1. Manejo y cuidados diarios de gastrostomía.
      2. Alimentación por sonda de gastrostomía.
      3. Administración de medicamentos por gastrostomía.
      4. Evaluar educación de los padres: Devolución del procedimiento y aplicación de pauta de cotejo que queda en la ficha.
- 2. Manejo de Ostomías**
- a. **Objetivo:**
    - i. Establecer los cuidados del Ostoma.
    - ii. Establecer cuidados de la piel Periestomal.
    - iii. Educación a los padres para el cuidado del niño en el hogar.
  - b. **Responsables:**
    - i. Matrona, Enfermera, Técnico paramédico
  - c. **Tipos de dispositivos:**
    - i. Dispositivo de una pieza, 32 mm, con sello de Hidrocoloide. Dispositivo fijo, que no permite sacarlo para vaciar contenido, sino que debe limpiarse estando IN SITU.
    - ii. Dispositivo de 2 piezas, 32 mm, consta de una placa fija a la piel de Hidrocoloide y una bolsa recolectora removible para medir contenido y limpiar ésta bolsa fuera del paciente.
  - d. **Manejo postoperatorio inmediato de Colostomías**
    - i. Examinar y registrar en cada atención color del ostoma y línea de sutura.
    - ii. Irrigar suavemente mucosa del ostoma con jeringa de 5cc cargada con suero fisiológico en cada atención.
    - iii. No limpiar mucosa del ostoma con gasas o algodón.
    - iv. Limpiar y secar piel periestomal con tómulas y suero fisiológico en cada atención.
    - v. Colocar polvos de Stomahesive en piel periestomal.

- vi. Colocar sobre ostoma gasa con Vaselina Estéril las primeras 24 hh. Cambiar cada atención.
- vii. Colocar sobre ostoma gasa con Vaselina medicinal los días siguientes. Cambiar cada atención.
- viii. NUNCA usar desinfectante directo en ostoma.
- ix. **Antes y después de cada atención del paciente, realizar higiene de manos**
- e. **Colocación de dispositivo de recolección (Aproximadamente 1 semana post op)**
  - i. Se coloca un dispositivo de una o dos piezas según, de preferencia siempre será el dispositivo de una sola pieza:
    - 1. Inicio de alimentación.
    - 2. Estado cicatriz herida operatoria.
    - 3. Ubicación del ostoma.
    - 4. Tamaño del recién nacido.
  - ii. **Reunir material:**
    - 1. Dispositivo de 32 mm, una o dos piezas.
    - 2. Suero fisiológico de 10 cc.
    - 3. 2 Gasas 5x5 cm
    - 4. paquete de 2 Tómulas estériles.
    - 5. Tijeras limpias.
    - 6. Pasta de estomahesive.
    - 7. Polvo de estomahesive.
    - 8. Cavilon en spray.
  - iii. **Procedimiento limpieza de Ostoma:**
    - 1. Irrigar suavemente ostoma con suero fisiológico.
    - 2. Limpiar y secar con tómulas y suero fisiológico la piel adyacente.
    - 3. Cubrir ostoma con gasa mientras se coloca dispositivo .
    - 4. Medir ostoma con dispositivo a usar y adaptarlo al paciente .
    - 5. Aplicar polvos de estomahesive en piel irritada y eliminar excedente con flujo de aire.
    - 6. Aplicar pasta de estomahesive en caso de que existan irregularidades en la piel.
    - 7. Aplicar Cavilon en spray para crushing.
    - 8. Retirar cubierta de papel de la placa.
    - 9. Colocar bolsa recolectora en caso de dispositivo de dos piezas.
  - iv. **Cuidados diarios de enfermería:**
    - 1. **Materiales en la unidad del paciente**
      - a. 2 Dispositivos del que está usando.
      - b. 1 Tubo de polvos de estomahesive.
      - c. 1 Tubo de pasta de estomahesive.
      - d. 2 pinzas de bolsa recolectora.
      - e. Cavilon spray.
    - 2. **Procedimiento**
      - a. Vaciar y medir contenido del dispositivo cada 12 hh, 18 - 06 h.
      - b. Cambiar bolsa recolectora en dispositivo de dos piezas cada 12 h. 18-06 h. En el caso de dispositivo de una pieza cada 72 hh y/o SOS.

- c. Realizar procedimiento de limpieza ostoma.
- d. Limpiar placa del dispositivo de dos piezas con tómulas y suero fisiológico.
- e. Lavar, secar y guardar en unidad del paciente bolsa recolectora de dos piezas.
- f. Cambiar placa de dispositivo cuando se filtre o despegue.
- g. Se puede bañar al paciente sin problemas y sin dispositivo, después de 3 semanas de hecha la Ostomía.
- h. Usar jabón neutro y no aplicar directamente sobre la mucosa.
- i. En caso de llenarse bolsa recolectora a 3/4 de su capacidad se debe vaciar

**f. Complicaciones**

**i. Dermatitis de piel periestomal**

1. Se mantiene cuidados diarios según lo descrito.
2. Se debe colocar dispositivo de recolección lo antes posible. Contenido en Ileostomía es muy irritante.
3. En caso de no poder instalar dispositivo, aplicar Cavilon.
4. Uso de Polvos de estomahesive siempre.
5. Uso de CAVILON siempre.

**ii. Filtración**

1. Cambiar Dispositivo.

**iii. Sangramiento o lesión de ostomía**

1. Avisar a Cirujano.
2. Mantener mucosa con gasa húmeda.
3. Mantener cuidados diarios.

**iv. Prolapso**

1. Introducir mucosa suavemente. Avisar a cirujano.
2. Educación a los padres
3. Dar material de lectura respecto Ostomía.
4. Estimular a los padres en asumir los cuidados diarios de su hijo.

**v. Educar respecto a:**

- a. Manejo y cuidados diarios de Ostomía.
- b. Baño diario de su hijo.
2. **Evaluar educación de los padres:**
  - a. Devolución del procedimiento.
  - b. Aplicación de pauta de cotejo.
  - c. Contactar previo al alta con Laboratorio Convatec o Laura Care.
  - d. Previo al alta aplicar varios check list de capacitación recibida y guardar en la ficha.

**3. Manejo de Gastrosquisis:**

**a. Atención Inmediata**

- i. Preparar insumos específicos para atención
- ii. Bolsa plástica estéril. y bolsa para plasma estéril.

iii. Sonda nasogástrica N° 10 y jeringa punta catéter de 60 cc.

**b. Atención en Pabellón**

- i. 2 Neonatólogos vestidos con ropa estéril ( ó 1 Neonatólogo+ 1 cirujano)
- ii. 2° Neonatólogo cubre (introduce) intestino en bolsa plástica. No usar S. Fisiológico.
- iii. Traslado a Intensivo luego de proteger intestino.

**c. Atención inmediata en Intensivo**

- i. 2° Neonatólogo mantiene protegido intestino
- ii. Instalación inmediata de SNG N°10 y aspiración
- iii. Conexión a ventilación mecánica
- iv. Instalación de vía periférica
- v. Sedo-paralización: morfina 0,1 mg/kg + pancuronio 0,1 mg/kg
- vi. Administración de suero fisiológico 20 cc/kg
- vii. Instalación de catéter venoso umbilical.
- viii. Instalación de Sonda vesical

**d. Cirugía:**

- i. Programar cirugía en primeras 6 hh de vida o posponer según evaluación de cirujano neonatal

**e. Manejo postoperatorio**

- i. Nutrición Parenteral. Régimen 0 hasta meconio (+), residuo bilioso(-)
- ii. Instalar Percutáneo doble lumen lo antes posible. Catéter venoso umbilical central se retira lo antes posible.
- iii. Ventilación mecánica + sedoparalización < 48 h : Morfina 0,1 mg/kg + Pavulon 0,1 mg/kg c/4 h > 48 h: Midazolam 0,2 mg/kg/dosis SOS . Morfina SOS en procedimiento
- iv. Manejo Hidroelectrolítico, balance hídrico estricto.
- v. Suero Fisiológico 10-20 cc/kg/dosis c/4 h hasta aparición de orina
- vi. Reponer pérdidas por SNG con igual volumen de Suero Fisiológico c/12 hh.
- vii. Antibióticos Cefazolina 3 dosis. SI no hay cierre primario, mantener cefazolina 3 días.

**4. Manejo Piel del Prematuro**

a. **Objetivo:** Prevenir lesiones e infecciones

b. **Responsables:** Matrona, Enfermera, Técnico paramédico

**c. Manejo preventivo de lesiones Aseo Piel**

**i. Atención inmediata:**

1. Dejar a prematuro dentro de bolsa neohelp o bolsa de polietileno al menos 72 hh, según termorregulación, si se ensucia cambiar por bolsa estéril mientras se limpia neohelp, evaluar suspender cuando no esté termolábil.
2. Secar piel con compresa, sin refregar.
3. No limpiar. No remover secreciones ni sangre.
4. Aseo de piel con agua bidestilada.
5. No remover telas para realizar aseo
6. No aplicar vaselina ni cremas
7. Aseo perianal con agua.

**d. Monitorización**

1. Poner electrodos cardiacos neonatales, fijar con tegaderm.

2. Sensor de saturación.
  - a. Colocar duoderm en zonas de contacto del sensor
  - b. Cambiar de posición de extremidad en cada atención
3. Sensor de temperatura: Colocar duoderm fenestrado en zona de contacto con sensor de T°
4. Presión arterial: NO tomar presión con manguito si se va a instalar Presión invasiva
5. Presión arterial con manguito:
  - a. Cambiar lugar de toma de presión en cada atención
  - b. Colocar tegaderm en 4 extremidades en zona de toma de presión.

**e. Prevención UPP:**

- i. Instalar picaron y corderito
- ii. Colocar duoderm en toda zona donde se instalen telas o sensores.
- iii. NO colocar colchón de agua
- iv. Disminuir pérdidas insensibles
- v. Colocar cúpula plástica con humedad al 80% con 10 litros de aire, sistema base calefactora 810, por al menos 7 días. Obligatorio en menores de 28 semanas, según evaluación de la madurez de la piel en pacientes en mayores 28 semanas
- vi. No realizar primer aseos hasta suspensión de cúpula.

**vii. Procedimientos**

1. TET: Procedimiento habitual
2. SNG: Procedimiento habitual
3. Catéter arterial y venoso:
  - a. NO colocar clorhexidina en piel, solo utilizar en cordón umbilical.
  - b. Colocar duoderm peri umbilical antes de pincelar el cordón con clorhexidina.
4. Instalación percutáneo: Aplicar clorhexidina sólo en sitio de punción
5. Vías venosas: NO puncionar, sólo usar catéteres umbilicales

**viii. Manejo de piel seca:** Usar vaselina.

**ix. Manejo lesiones de piel:**

1. Lesión exudativa cada 4 hh
  - a. Aseo con suero fisiológico
  - b. No aplicar cremas ni ungüentos
2. Lesión infectada según tipo de apósito:
  - a. Aseo con suero fisiológico
  - b. Cubrir con Aquacel AG

**5. Oxigenoterapia**

- a. **Descripción:** Administrar oxígeno, según indicación médica, en los en pacientes que lo requieren para su recuperación.
- b. **Responsables:** Enfermera/Matrona, Auxiliar de enfermería.
- c. **Materiales:**
  - i. Flujómetro 15 lts /1 lts.

- ii. Blender
- iii. Halo con desinfección intermedia
- iv. Base Calefactora 810.
- v. Set armado de oxigenoterapia halo.
- vi. Humidificador desechable, Aquapack.
- vii. Naricera
- viii. Niple para conectar a flujómetro.
- ix. Agua destilada estéril
- x. Oxímetro Para medir FIO<sub>2</sub>

**d. Procedimiento**

- i. Cupo completo y armado según necesidad de oxigenoterapia.
- ii. Recepción paciente desde ATI conectado a Neopuff o mascarara de alto flujo con blender durante el traslado. Evaluar necesidad de humidificación con filtro. En el caso de prematuros extremos con Neopuff humidificado.
- iii. Se cambia paciente a su cupo con profesional y TENS a cargo sin suspender oxígeno, flujo libre mientras se instala la modalidad necesaria: Halo – VMNI – VMI.
- iv. Se debe humidificar con agua destilada desde instalación del paciente en su cupo cualquier modalidad de oxígeno o ventilatoria y se debe calentar con calefactor adecuado para la modalidad usada para ello.
- v. Medir FIO<sub>2</sub> y registrar en hoja de enfermería.
- vi. Controlar parámetros de sistema utilizado y registrar en hoja de enfermería.
- vii. Poner fecha de instalación a todo el circuito.
- viii. Todo es desechable y se cambia según lo siguiente:
- ix. Aquapack cada 10 días.
  1. Set de oxigenoterapia al suspender se elimina, no es necesario su cambio.
  2. VMI cada 30 días y sos
  3. VMNI cada 30 días y sos.
  4. Naricera SOS.
  5. Airvo cada 30 días

**e. Observaciones**

- i. La administración de oxígeno es de indicación médica y se debe lograr la siguiente meta: RN Término debe saturar sobre 95%
- ii. RN Pretérmino debe saturar con O<sub>2</sub> entre 88%-95%

**6. Instalación y manejo de CPAP:****a. Protocolo manejo CPAP Cánula corta Hudson y se agrega 2018 Máscara Nasal Fisher and Paykel.****i. Introducción**

1. El uso de CPAP en UPC Neonatal es frecuente, el sistema existente en el mercado requiere un manejo de enfermería que requiere tiempo y expertise para la prevención de complicaciones en piel, las lesiones en



piel tipo UPP están consideradas como un indicador de calidad, la existencia de ellas habla de una calidad de atención que debe mejorarse.

2. Para Ministerio de Salud la aparición de una UPP es un evento centinela, debe ser cero.

ii. **Objetivo general:**

1. Estandarizar manejo de enfermería de paciente en CPAP y su registro.

iii. **Objetivo específico**

1. Estandarizar cuidados de paciente neonatal en CPAP en nuestra unidad de UPC Neonatal-Indisa.
2. Estandarizar fijación usada.
3. Estandarizar registro de los cuidados.

iv. **Responsable**

1. Profesional y Técnico en los cuidados estandarizados.

**b. Estandarización de cuidados de enfermería en paciente neonatal en CPAP en unidad de UPC Neonatal- Indisa.**

**Procedimiento:**

- i. Registrar valor del riesgo UPP, Según escala de NSRAS.
- ii. Elección de cánula adecuada al paciente, con 2 criterios: Peso del paciente y tamaño real de fosa nasal.

1. Cánula Hudson

Nº cánula Hudson	Peso
0	Menor a 700 g.
1	700-1250 g.
2	1250-2000 g.
3	2000-3000 g.
4	Mayor a 3000 g.

2.- En el caso de Máscara nasal Fischer and Paykel hay dos tamaños, tubo nasal trae regla para medir nariz y elegir, se incorporan solo tamaño S y M.

Código fábrica	Descripción	Peso pacientes
FPBC181	TUBO NASAL 70 MM BC191-05	Igual o menor a 2500 g
FPBC801	MASCARILLA BBCPAP MEDIANA	Igual o menor a 2500 g
FPBC800	MASCARILLA BBCPAP PEQUEÑA	Igual o menor a 1500 g
FPBC306	GORRO NEONATAL 25-29 CM 1 16.840	Igual o menor a 2500 g
FPBC303	GORRO NEONATAL 22-25 CM 1 16.840	Igual o menor a 1500 g
FPBC180	TUBO NASAL 50 MM BC190-05	Igual o menor a 1500 g

### iii. Fijación estándar en nuestra unidad:

Preparar piel con Skin barrier u otro protector de piel.
Cortar Duoderm según forma nariz y hasta por encima de labio superior, cortar con sacabocado 2 agujeros para cada fosa nasal. Para Mascara nasal el tamaño del duoderm es más grande, abarca mejillas, labio superior y nariz completa.
Cortar Velcro para superficie sobre labio superior y para colocar en cánula Hudson elegida. La máscara nasal se fija únicamente con su gorro de fábrica.
Mantener visualmente un colchón de aire, distancia entre tabique nasal y cánula Hudson
Poner gorro de tela al paciente
Fijar corrugados del ventilador mecánico con tela adhesiva al gorro.

- iv. Cambio total de la fijación cada 12 hh, se hará a las 09 y 21 h. al momento en que el profesional a cargo realiza examen físico, en conjunto con TENS, de manera de evaluar la piel directamente sin duoderm puesto. En ese momento se hará masaje y lubricación con Linovera en pacientes sobre 1 kg y vaselina en pacientes bajo 1 kg. Cabe destacar que si el paciente presenta ya alguna lesión en grado 1 se usará Linovera con cualquier peso.
- v. Descompresión y lubricación en cada atención, sin cambio de la fijación. Cada atención será de acuerdo al tipo de paciente, cada 3 o cada 4 h.

- vi. Programar en plan de enfermería los cuidados, agregando horario para que personal a cargo registre cada cumplimiento del cuidado. Para facilitar éste ítem se usará un sticker impreso y solo se pegará en la hoja de enfermería.
- c. Ver Pauta de Supervisión y hoja de Registros en Anexos

**7. Técnicas de atención del Neonato en UPC Neonatal**

- a. Ver en Anexos Manual estandarizado para la Atención del Neonato

**Anexo 1 .**

Registro hoja de enfermería de cumplimiento de los cuidados.

	Horario de atención							
Cánula tamaño adecuado								
Cambio fijación cada 12 h								
Lubricación sobre piel cada 12 h								
Descompresión cada atención								
Masaje y lubricación cada atención								

Marque con un Ticket (✓) si la acción es cumplida .  
 Marque con una Equis ( X ) si la acción es incumplida.