



Resolución Directoral

Lima, 07 de Noviembre de 2018



Visto, el expediente N° 16596-18;

CONSIDERANDO:

Que, los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla vigilarla y promoverla;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA de fecha 28 de octubre del 2016, se resuelve aprobar el documento denominado "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud, en el marco del proceso de descentralización; dentro de este contexto, el numeral 6.1.3. Guía Técnica, define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales, sanitarias. En ella se establece procedimientos, metodologías instrucciones o indicaciones que permite al operador seguir un determinado recorrido, orientándolo al cumplimiento del objetivo de un proceso o de una buena práctica. Las Guías Técnicas pueden ser del campo administrativo, asistencial o sanitario cuando se aboca al diagnóstico o tratamiento de un problema clínico recibe el nombre de Guía Práctica Clínica GPC;

Que, la Resolución Directoral N° 089-DG-HONADOMANI-SB-2018, aprueba la "Guía Técnica para la elaboración de una Guía de Procedimiento Asistencial", Guía Técnica s/n OGC-HONADOMANI-SB-2018 V.02, cuya finalidad es estandarizar la elaboración de una Guía de Procedimiento Asistencial buscando el máximo beneficio y el mínimo riesgo a los pacientes con su uso racional de recursos en el hospital, con el objetivo de actualizar la metodología para la elaboración, aplicación, difusión e implementación de una Guía de Procedimiento Asistencial (GPA) en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

Que, mediante Memorando N° 434-OGC-2018-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad se dirige a la Jefa del Departamento de Enfermería y manifiesta que recibió las Guías de Procedimiento Asistencial (GPA) de Enfermería del Servicio de Emergencia Pediátrica, el cual contenía el Manual de Guías de Procedimientos Asistenciales de Enfermería:

- 1) Atención en sala de observación de 12 horas a 24 horas (neonatos, niños y adolescentes).
- 2) Atención en sala de shock trauma.
- 3) Traslado de paciente o herido en condiciones en que no está en riesgo potencial su vida y salud.
- 4) Control de temperatura digital en pacientes neonatos, pediátricos y adultos.
- 5) Inserción de catéter intraoseo; documento que es remitido al Director Adjunto mediante Nota Informativa N° 938-2018-DE-HONADOMANI-SB, señalando que cuenta con la opinión favorable de la Oficina de Gestión de la Calidad;



Que, mediante Nota informativa N° 59-2018-DA-HONADOMANI-SB, de fecha 31 de octubre de 2018, el Director Adjunto pone de conocimiento al Director General, que ha evaluado el Manual de Guías de Procedimientos Asistenciales de Enfermería, y otorga su opinión favorable, documento que a su vez es remitido a la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica mediante memorando N° 303.2018.DG.HOADOMANI.SB, para proyectar la Resolución Directoral correspondiente;

Con la visación de la Dirección Adjunta y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial N° 083-2018/MINSA y de la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR el **Manual de Guías de Procedimientos Asistenciales de Enfermería** del Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"; que consta de cinco (05) Procedimientos: 1) Atención en sala de observación de 12 horas a 24 horas (neonatos, niños y adolescentes). 2) Atención en sala de shock trauma. 3) Traslado de paciente o herido en condiciones en que no está en riesgo potencial su vida y salud. 4) Control de temperatura digital en pacientes neonatos, pediátricos y adultos. 5) Inserción de catéter intraoseo; que debidamente visados, en veintitrés (23) folios, se adjunta a la presente Resolución Directoral.

Artículo Segundo.- Disponer que el Servicio de Emergencia Pediátrica, implemente la difusión interna del Manual de Guías de Procedimientos Asistenciales de Enfermería del Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación del Manual de Guías de Procedimientos Asistenciales de Enfermería del Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado por la presente Resolución Directoral, en la dirección electrónica www.sanbartolome.gob.pe.

Regístrese y Comuníquese

MINISTERIO DE SALUD
HOS. DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOMÉ"

M.C. ILDAURO AGUIRRE SOSA

Director General (e)
CIMP 20884 RNE 18828

IAS/CCA/lccs
C.C.

- DA
- Dep. Enfer.
- OGC
- OAJ
- OEI
- Serv. Emerg. Ped.
- Archivo

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOMÉ
Documento Autenticado

SR. RODOLFO MELCHOR ANICAMA GÓMEZ
FEDATARIO

Reg. N° Fecha **09 NOV 2018**



PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento de
Enfermería

Servicio de Emergencia
Pediátrica



HOSPITAL NACIONAL DOCENTE
MADRE NIÑO
"SAN BARTOLOMÉ"

SERVICIO:
EMERGENCIA PEDIÁTRICA

MANUAL DE GUÍAS DE
PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES
DE ENFERMERÍA



2018



PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento de
Enfermería

Servicio de Emergencia
Pediátrica

RESPONSABLES:

Mg. Enf. Ortiz Espinoza, Miriam Esther

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Lic. Enf. Tasayco Retuerto, Elsa

JEFA DE ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIATRICA



ELABORADO POR:

Lic. Enf. Tasayco Retuerto, Elsa

Lic. Enf. Melgar Salcedo, Vilma

Lic. Enf. Medina Grimaldo, Giuliana

COLABORADORAS:

Lic. Enf. Gómez Paima, Yovana

Lic. Enf. Suño Herrera, Lucy Elizabeth



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Emergencia
Pediátrica

INDICE

MANUAL DE GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIATRICA	4
Introducción	4
Objetivos:	4
1. Objetivo General:	4
2. Objetivos Específicos:	4
Base Legal:	4
Ámbito de Aplicación:	5
Inventario de Procedimientos Asistenciales 2018	5
Atención en sala de observación de 12 horas a 24 horas (neonatos, niños y adolescentes)	6
Atención en Sala de shock trauma	10
Traslado de paciente o herido en condiciones en que no está en riesgo potencial su vida y Salud	14
Control de Temperatura Digital en pacientes neonatos, pediátricos y adultos	19
Inserción de Catéter Intraoseo	21



MANUAL DE GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES DE ENFERMERÍA SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA

Introducción

Las guías de procedimientos de enfermería se conforman como un instrumento indispensable de soporte para la práctica clínica, la cual tiene como objetivo sistematiza los cuidados que reciben nuestros pacientes en la asistencia hospitalaria; dotando a los profesionales de enfermería de herramientas e instrumentos que guían y mejoran la práctica clínica.

El protocolizar todas las acciones que realizamos las enfermeras en los diferentes servicios no significa que sea en ningún caso algo rígido e inamovible cuando de profesionales se trata sino una guía para la praxis enfermero sujeta a cuantos cambios sea necesario a tenor de los nuevos avances científicos.

La actualización de nuestras guías de procedimientos de enfermería nos permite unificar criterios, mejorar el aprovechamiento de los recursos ayuda a la investigación, orientan al personal de nueva incorporación y finalmente son la base para el control de calidad.

La elaboración de la presente guía contiene las acciones y tareas que deben de seguirse en los cuidados que brindamos a nuestros pacientes, indicando el recurso humano responsable. Así mismo cada procedimiento comprende la descripción de objetivos, indicaciones, contraindicaciones y complicaciones, determinándose el inventario de procedimientos de acuerdo al orden alfabético.

Cabe resaltar que uno de los aspectos que más ha enriquecido la elaboración de las guías es la participación y la implicación de las profesionales de enfermería en los diferentes ámbitos desde a gestión, docencia y la actividad asistencial con aportaciones y modificaciones que hacen de las guías de procedimientos de enfermería una herramienta imprescindible para actuar desde el prisma de la mejora continua, la calidad de los cuidados integrales y la normalización de los mismos.

Finalmente, la implementación de una guía de procedimientos es una herramienta inicial para plantear una metodología de trabajo basada en cuidados de calidad, facilitando así la elaboración de las carteras de servicio de enfermería.

Objetivos:

1. Objetivo General:

Fortalecer la calidad de cuidados enfermero en el servicio de Emergencia Pediátrica del HONADOMANI "San Bartolomé" mediante la aplicación de guías de procedimientos asistenciales, actuando bajo criterios unificados y/o estandarizados en beneficio del paciente neonato, pediátrico y adolescente.

2. Objetivos Específicos:

- Estandarizar los cuidados de Enfermería de acuerdo a las patologías más frecuentes que presenta el paciente pediátrico a través de procesos efectivos y eficientes.
- Servir de guía a los alumnos y profesionales de enfermería en inducción que laboran en el servicio de Emergencia Pediátrica del HONADOMANI "San Bartolomé".

Base Legal:

1. Ley N° 26842 Ley General de Salud
2. Ley N° 27669 Ley de Trabajo de la Enfermera
3. Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organizaciones y Funciones del Ministerio de Salud
4. R.M. N° 850-2016/MINSA, " Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"
5. R.M. N° 902-2017/MINSA, Documento Técnico "Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud"
6. R.D. N° 046-2008/DG-HONADOMANI-SB, " Procedimientos de Prevención y Control de IHH"



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Emergencia
Pediátrica**Ámbito de Aplicación:**

El presente Manual de Guías Técnicas de Procedimientos Asistenciales de Enfermería será de aplicación por los profesionales de Enfermería que laboran en el Servicio de Emergencia Pediátrica del HONADOMANI "San Bartolomé".

**Inventario de Procedimientos Asistenciales 2018**

(1) DEPARTAMENTO		Departamento de Enfermería
(2) SERVICIO		Emergencia Pediátrica
(3) UNIDAD		Enfermería
Nº. Orden. (4)	Código de catálogo de Procedimientos Médicos y Estomatológicos (5)	Denominación del Procedimiento. (6)
1	99235	Atención en sala de observación de 12 horas a 24 horas (neonatos, niños y adolescentes)
2	99236	Atención en Sala de shock trauma
3	99441	Traslado de paciente o herido en condiciones en que no está en riesgo potencial su vida y salud
4	s/c	Control de Temperatura Digital en pacientes neonatos, pediátricos y adultos
5	36680	Inserción de Catéter Intraoseo

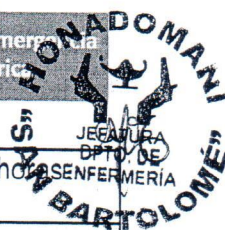
Lima, 17 de Setiembre del 2018

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCTOR MARIANA RE- NIÑO
"SAN BARTOLOME"
.....
LIC. ELSA TASSACON RETUERTO
C.E.P. 9180
JEFA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

Firma y Sello del Jefe



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Emergencia
Pediátrica

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1): Atención en sala de observación de 12 horas a 24 horas (neonatos, niños y adolescentes)		
CODIGO (2): 99235	VERSION (3): 2018.V.01	DEPARTAMENTO (4): Enfermería Emergencia Pediátrica
DEFINICION (5): Cuidados de enfermería que se dan a pacientes de corta estancia para la atención, tratamiento, reevaluación y observación permanente de pacientes con daños de prioridad II y III.		
OBJETIVO (6): Unificar criterios del personal de enfermería en la atención de pacientes pediátricos que ingresan a la sala de observación de Emergencia pediátrica, para garantizar una atención segura y oportuna.		
INDICACIONES (7): - Pacientes neonatos, pediátricos o adolescentes que acuden a emergencia		CONTRAINDICACIONES (8): Ninguna. Paciente con prioridad I o en Ventilación Mecánica.

PERSONAL (9): Licenciada en Enfermería y Técnico de Enfermería

RECURSOS MATERIALES

Nº	DENOMINACION
----	--------------

EQUIPOS BIOMEDICOS (10)

- | | |
|----|---------------------------------------|
| 1 | Bombas de infusión |
| 2 | Balón de oxígeno empotrado y portátil |
| 3 | Pulsioxímetro portátil |
| 4 | Glucómetro |
| 5 | Tensiómetro pediátrico y adulto |
| 6 | Estetoscopio pediátrico y adulto |
| 7 | Linterna de mano |
| 8 | Jeringa perfusora. |
| 9 | Camilla |
| 10 | Silla o banco giratorio |
| 11 | Mesa de Mayo |
| 12 | Soporte de sueros |
| 13 | Extintor de polvo químico. |
| 14 | Termómetro Digital |
| 15 | Incubadora |

INSTRUMENTAL (11)

- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Riñonera o cubeta estéril. |
| 2 | Tambor de acero quirúrgico |
| 3 | Llave inglesa |
| 4 | Equipo de curación |
| 5 | Equipo de sutura |

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

- | | |
|---|--|
| 1 | Papel toalla de hojas separadas |
| 2 | Gasa estéril 7.5 x 7.5 cm x 16 pliegues x 5 unidades |
| 3 | Gasa estéril 10 x 10 cm x 16 pliegues x 5 unidades |
| 4 | Mascarilla de 3 filtros descartable |
| 5 | Mascarilla N 95 |
| 6 | Sonda Foley de diferentes calibres. |
| 7 | Mascarillas para oxígeno |



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Emergencia
Pediátrica

8	Sondas de alimentación de diferentes calibres.
9	Llave de triple vía
10	Catéter venoso periférico de diferentes calibres.
11	Apósito autoadhesivo transparente.
12	Línea de infusión para bomba perfusora
13	Set de infusión para bomba
14	Set de Jeringas perfusoras
15	Jeringas de todos los calibres.
16	Equipo de venoclisis
17	Equipo de micro gotero
18	Agujas hipodérmicas de diferentes calibres y tamaños.
19	Algodón estéril

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

Nº	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	Alcohol medicinal 70%	SOL.
2	Gluconato de Clorhexidina al 2%	SOL.
3	Medicamentos indicados por el médico tratante	

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)

Nº	SECUENCIA DE PASOS
1	El personal de enfermería se colocará la mascarilla N 95 al inicio de sus labores
2	Recepcionar al paciente que ingresa a la Sala de Observación
3	Verificar la Identidad de la paciente y colocar la pulsera de Identificación.
4	Higiene de manos.
5	Realizar la valoración del paciente y triaje de enfermería
6	Control de funciones vitales según necesidad.
7	Participar en la Visita Médica
8	Solicitar dotación de medicamentos materiales e insumos.
9	Administrar tratamiento según prescripción médica.
10	Brindar cuidados de enfermería según patología del Paciente.
11	Tramitar exámenes de laboratorio, radiológicos e interconsultas solicitados
12	Registrar al paciente en el libro de ingreso a Emergencia
13	Higiene de Manos
14	Informar a los familiares el destino del paciente.
15	Derivar al familiar al servicio de admisión para los tramites de hospitalización
16	Derivar al familiar a servicio social para la evaluación socio-económica. (AUS, SOAT, SIS).
17	Coordinar con la enfermera responsable a donde será derivado el paciente. Previa prescripción médica de traslado.
18	Solicitar a Archivo la Historia Clínica del paciente
19	Trasladar al paciente al servicio indicado
20	En caso de Alta se les brindará información sobre la administración de medicamentos a los familiares de acuerdo al caso.
21	Registrar el tratamiento, procedimientos y otros que corresponda en las notas de enfermería
22	Registrar en el libro de ingresos el alta del paciente.
23	Eliminar los residuos según su clasificación.
24	Realizar la higiene de manos

COMPLICACIONES (15)



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Emergencia
Pediátrica

Reingreso menor de 3 días

REGISTROS (16)

Historia Clínica: Notas de enfermería.

Kardex de Enfermería

Libro de ingresos de Emergencia Pediátrica

ANEXOS (17)

Niveles de prioridad en la atención de pacientes de Emergencia

- Nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.

- Nivel II: situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.

- Nivel III: urgente pero estable con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.

- Nivel IV: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.

- Nivel V: no urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Demora de hasta 240 minutos.

Tabla 1. Relación entre escalas y niveles de gravedad en el SET.

Nivel	Color	Categoría	Tiempo de atención
I	Azul	Reanimación	Inmediato
II	Rojo	Emergencia	Inmediato enfermería/ Médicos 7 minutos
III	Naranja	Urgente	30 minutos
IV	Verde	Menos urgente	45 minutos
V	Negro	No urgente	60 minutos

SET: Sistema español de triaje

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 33, pp. 55-68). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008
2. Ozámiz Monasterio, N. (2014). Análisis del personal sanitario adecuado para realizar el proceso de triaje hospitalario. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11233/NereaOzamizMonasterio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Crespo, A. L., & Yugsi, L. R. (2013). Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma craneo encefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Julio 2011 a Julio 2012. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1215/1/T-UCE-0006-46.pdf>



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Emergencia
Pediátrica

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1): Atención en Sala de shock trauma

CODIGO (2):

99236

VERSION (3):

2018.V.01

DEPARTAMENTO (4): Enfermería
Emergencia Pediátrica

DEFINICION (5): Son cuidados de enfermería inmediatos que se brindan al paciente en estado crítico con la finalidad de lograr una estabilización o recuperación rápida y libre de riesgo.

OBJETIVO (6): Unificar criterios de enfermería en el cuidado del paciente que ingresa al área de shock trauma.

INDICACIONES (7):

- Pacientes con prioridad I (Insuficiencia respiratoria aguda, shock de diferentes etiologías, TEC moderado-severo y otros).

CONTRAINDICACIONES (8): Pacientes estables.

PERSONAL (9): Licenciada en Enfermería y Técnico de Enfermería

RECURSOS MATERIALES

Nº	DENOMINACION
----	--------------

EQUIPOS BIOMEDICOS (10)

- | | |
|----|---------------------------------------|
| 1 | Incubadora |
| 2 | Monitor cardiaco |
| 3 | Desfibrilador |
| 4 | Bombas de infusión |
| 5 | Aspirador de secreciones |
| 6 | Balón de oxígeno empotrado y portátil |
| 7 | Pulsioxímetro portátil |
| 8 | Glucómetro |
| 9 | Tensiómetro pediátrico y adulto |
| 10 | Estetoscopio pediátrico y adulto |
| 11 | Mango y hojas de Laringoscopia |
| 12 | Linterna de mano |
| 13 | Jeringa perfusora. |
| 14 | Camilla |
| 15 | Silla o banco giratorio |
| 16 | Mesa de Mayo |
| 17 | Soporte de sueros |
| 18 | Extintor de polvo químico. |
| 19 | Tabla rígida |
| 20 | Termómetro Digital |
| 21 | Coche de Paro |

INSTRUMENTAL (11)

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1 | Riñonera o cubeta estéril. |
| 2 | Tambor de acero quirúrgico |
| 3 | Llave inglesa |
| 4 | Guía de Intubación |
| 5 | Equipo de curación |
| 6 | Equipo de sutura |
| 7 | Equipo para catéter venoso central |
| 8 | Equipo para toracotomía. |



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Emergencia
Pediátrica**DISPOSITIVOS MEDICOS (12)**

1	Papel toalla de hojas separadas
2	Gasa estéril 7.5 x 7.5 cm x 16 pliegues x 5 unidades
3	Gasa estéril 10 x 10 cm x 16 pliegues x 5 unidades
4	Mascarilla de 3 filtros descartable
5	Mascarilla N95
6	Sonda de aspiración de diferentes calibres
7	Sonda Foley de diferentes calibres
8	Bolsa de reanimación: Neonatal, Pediátrico y de adulto
9	Mascarillas para oxígeno
10	Tubo de Mayo de diferentes calibres
11	Sondas de alimentación de diferentes calibres.
12	Electrodos pediátricos y de adultos.
13	Llave de triple vía
14	Tubos endotraqueales de diferentes tamaños.
15	Catéter venoso central de diferentes calibres
16	Catéter venoso periférico de diferentes calibres.
17	Apósito autoadhesivo transparente.
18	Línea de infusión para bomba perfusora
19	Set de infusión para bomba
20	Set de Jeringas perfusoras
21	Jeringas de todos los calibres.
22	Equipo de venoclisis
23	Equipo de micro gotero
24	Equipo de transfusión
25	Agujas hipodérmicas de diferentes calibres y tamaños.
26	Algodón estéril

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

N°	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	Alcohol medicinal 70%	SOL.
2	Gluconato de Clorhexidina al 2%	SOL.
3	Cloruro de Sodio al 0.9%	INY.
4	Cloruro de Sodio al 20%	INY.
5	Cloruro de Potasio al 20%	INY.
6	Sulfato de Magnesio al 20%	INY.
7	Gluconato de Calcio al 10%	INY.
8	Dextrosa al 5%	INY.
9	Dextrosa al 10%	INY.
10	Dextrosa al 33%	INY.
11	Poligelina 3.5%	INY.
12	Medicamento indicados por el médico tratante	

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)

N°	SECUENCIA DE PASOS
1	Verificar la Identidad de la paciente.
2	Comunicar a la paciente y/o familiar el pase del paciente a shock trauma por indicación médica.
3	Higiene de manos.
4	Recibir al paciente estado crítico procedente de triaje de emergencia



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Emergencia
Pediátrica

- 5 Realizar la valoración de enfermería
- 6 Aplicar el CABD (Circulación, Apertura de vía aérea, Respiración y Administración de drogas) de la reanimación, según la condición del paciente
- 7 Monitorizar al paciente delicado a horario.
- 8 Administrar tratamiento según prescripción médica.
- 9 Tramitar exámenes de laboratorio, radiológicos e interconsultas solicitados
- 10 Registrar al paciente en el libro de ingreso a la unidad de Trauma Shock
- 11 Derivar al familiar al servicio de admisión para los trámites de hospitalización
- 12 Derivar al familiar a servicio social para la evaluación socio-económica. (AUS, SOAT, SIS).
- 13 Tramitar receta médica en farmacia.
- 14 Orientar al familiar sobre las medidas de bioseguridad y los trámites a seguir durante la estancia del paciente en la unidad de Trauma Shock
- 15 Realizar la higiene de manos
- 16 Registrar los cuidados de enfermería en la historia clínica
- 17 Coordinar con la enfermera responsable a donde será derivado el paciente. Previa prescripción médica de traslado.
- 18 Trasladar al paciente crítico en condición estable a: la unidad de cuidados intensivos de acuerdo a la edad del paciente o Centro quirúrgico, etc.
- 19 En caso de fallecimiento al paciente se le brindará los cuidados post mortem establecidos según guía, luego pasará al mortuario de la institución o morgue central de acuerdo al caso.
- 20 Registrar en el libro el alta del paciente de la unidad de Trauma Shock.
- 21 Eliminar los residuos según su clasificación.
- 22 Higiene de manos.

COMPLICACIONES (15)

Arritmias cardíacas

Paro cardiorrespiratorio

REGISTROS (16)

Historia Clínica: Notas de enfermería.

Kardex de Enfermería

Libro de ingresos de Unidad de Shock Trauma

ANEXOS (17)

Tabla 1. Relación entre escalas y niveles de gravedad en el SET.

Nivel	Color	Categoría	Tiempo de atención
I	Azul	Reanimación	Inmediato
II	Rojo	Emergencia	Inmediato enfermería/ Médicos 7 minutos
III	Naranja	Urgente	30 minutos
IV	Verde	Menos urgente	45 minutos
V	Negro	No urgente	60 minutos

SET: Sistema español de triaje

Niveles de prioridad en la atención de pacientes de Emergencia

- Nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.

- Nivel II: situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.



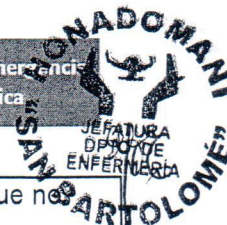
- Nivel III: urgente pero estable con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.
- Nivel IV: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.
- Nivel V: no urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Demora de hasta 240 minutos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 33, pp. 55-68). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008
2. Ozámiz Monasterio, N. (2014). Análisis del personal sanitario adecuado para realizar el proceso de triaje hospitalario. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11233/NereaOzamizMonasterio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Crespo, A. L., & Yugsi, L. R. (2013). Nivel de conocimientos de las enfermeras/os sobre el manejo inicial de pacientes con trauma cráneo encefálico grave, en el área de shock trauma y su relación con la atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Julio 2011 a Julio 2012. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1215/1/T-UCE-0006-46.pdf>
4. Manual de la Enfermera, Océano-Centrum -2012.



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Emergencia
Pediátrica

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1): Traslado de paciente o herido en condiciones en que no está en riesgo potencial su vida y salud

CODIGO (2): 99441	VERSION (3): 2018.V.01	DEPARTAMENTO (4): Enfermería Emergencia Pediátrica
-----------------------------	----------------------------------	--

DEFINICION (5):
TRANSPORTE ASISTIDO: Es aquel que proporciona asistencia sanitaria a pacientes durante su traslado en vehículos especialmente acondicionados para estos efectos denominados Ambulancias que cuentan con personal capacitado y equipamiento necesario para otorgar soporte vital. El transporte asistido requiere de asistencia médica y de enfermería.

OBJETIVO (6): Estandarizar los criterios del traslado, así como todas las actuaciones médicas, enfermería y administrativas relacionadas con los mismos.

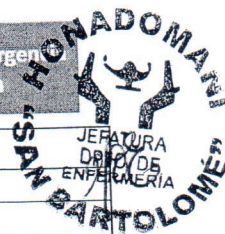
INDICACIONES (7): - Pacientes en situación de emergencia y/o urgencia.	CONTRAINDICACIONES (8): - Paciente inestable - Paciente con orden de alta.
--	---

PERSONAL (9): Licenciada en Enfermería, Técnico de Enfermería y chofer de ambulancia

RECURSOS MATERIALES	
N°	DENOMINACION
EQUIPOS BIOMEDICOS (10)	
1	Ambulancia
2	Incubadora de transporte
3	Camilla de transporte
4	Monitor multiparametro
5	Desfibrilador
6	Aspirador de secreciones
7	Bombas de infusión
8	Tanque de oxígeno portátil
9	Pulsioxímetro portátil
10	Equipo de hemoglucotest
11	Tensiómetro y Estetoscopio (adulto y pediátrico)
12	Mango y hojas de Laringoscopio
13	Linterna de mano
14	Silla de ruedas plegable
15	Maletín de Ambulancia
16	Férulas neumáticas
17	Férulas rígidas.
18	Tabla rígida con correas.
19	Estabilizador de cabeza.
20	Collarín cervical regulable.
21	Termómetro digital
INSTRUMENTAL (11)	
1	Riñonera o Cubeta estéril
2	Equipo de Curación
3	Equipo de sutura
4	Tambor chico de acero quirúrgico
5	Llave inglesa



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Emergencia
Pediátrica

6 Guía de intubación

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

- 1 Mascarilla de 3 filtros o N 95
- 2 Guantes Quirúrgicos diferentes tallas (6 1/2, 7, 7 1/2 y 8).
- 3 Sonda Vesical.
- 4 Sonda de aspiración de diferentes calibres
- 5 Sonda Foley de diferentes calibres
- 6 Agujas hipodérmicas de diferentes calibres y tamaños
- 7 Bolsa de reanimación: Neonatal, Pediátrico y de adulto
- 8 Mascarillas para oxígeno
- 9 Tubo de Mayo de diferentes calibres
- 10 Sondass de alimentación de diferentes calibres.
- 11 Electrodo pediátricos y de adultos.
- 12 Catéter venoso periférico de diferentes calibres.
- 13 Apósito autoadhesivo transparente.
- 14 Gasas 10 x 10 cm.
- 15 Línea de infusión
- 16 Jeringas de todos los calibres.
- 17 Equipo de venoclisis
- 18 Equipo de micro gotero
- 19 Torundas de algodón

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

Nº	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	Alcohol medicinal 70%	SOL.
2	Gluconato de Clorhexidina al 2%	SOL.
3	Cloruro de Sodio al 0.9%	INY.
4	Dextrosa al 5%	INY.
5	Poligelina 3.5%	INY.
6	Medicamento indicados por el médico tratante	

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)

Nº	SECUENCIA DE PASOS
ANTES DEL TRASLADO	
1	Verificar que el médico tratante informe al familiar responsable del traslado del paciente y que lo acompañara durante el traslado.
2	Recepcionar la papeleta de salida, con respectiva autorización de firma de medico a cargo, médico jefe de guardia, enfermera responsable y sello de cuenta corriente. Tramite de FUA en pacientes con AUS y/o boleta de pago.
3	Coordinar con área de transporte para determinar el tipo de móvil.
4	Comprobar: Identidad del paciente, motivo de traslado, destino y hora de salida.
5	Verificar el estado hemodinámico, terapias y procedimientos invasivos del paciente.
6	Verificar la documentación del paciente.
DURANTE EL TRASLADO	
1	Trasladar al paciente a la camilla de transporte, colocando los cinturones de seguridad y barandas.
2	Instalar el monitor, bombas infusoras, oxígeno, ventilador portátil según necesidad del paciente.
3	Trasladar al paciente a la ambulancia de destino realizando monitoreo continuo de signos vitales.



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Emergencia
Pediátrica

4	Instalar al paciente en la unidad móvil.
5	Asegurar la camilla al sistema de fijación del móvil.
6	Continuar con el monitoreo de signos vitales, vigilando signos de alarma hasta su lugar de destino.
EN EL LUGAR DEL TRASLADO	
1	Reportar al personal médico y de enfermería el estado hemodinámico del paciente, procedimientos, tratamiento e incidencias durante el traslado, así como la entrega de la documentación respectiva.
EN EL CASO DE RETORNO AL HOSPITAL	
1	Verificar la documentación entregada al médico responsable del traslado.
2	Instalar al paciente en la unidad móvil.
3	Asegurar la camilla al sistema de fijación del móvil.
4	Reportar a la enfermera responsable de la unidad del paciente sobre el estado hemodinámico del paciente, procedimiento, incidencias durante el traslado.
5	Instalar al paciente en su unidad.
6	Registrar los cuidados, procedimientos e incidencias durante el traslado.

COMPLICACIONES (15)

Paro cardiorrespiratorio

REGISTROS (16)

Historia Clínica: Notas de enfermería.

Kardex de Enfermería

ANEXOS (17)



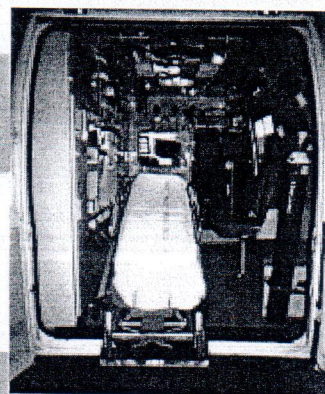
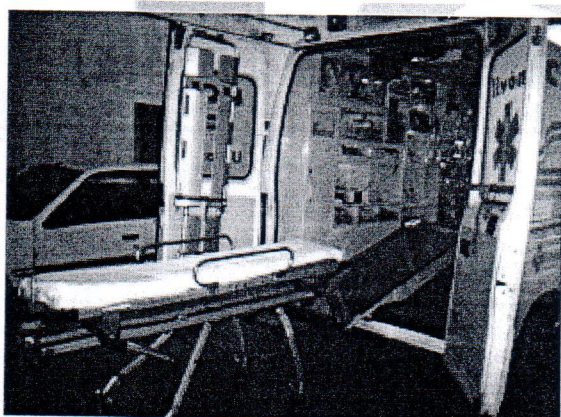
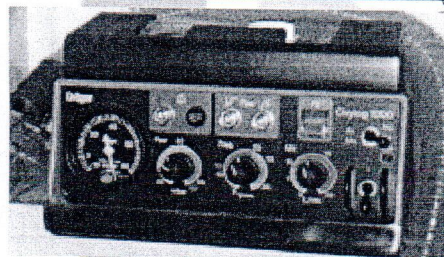
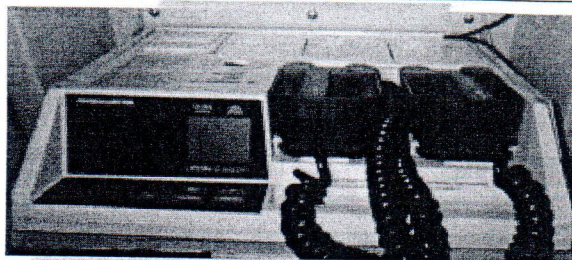
PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento de
Enfermería

Servicio de Emergencia
Pediátrica



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. Herrera Carranza, M; Ortega Carpio, A. Procedimiento de transporte medicalizado. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva. 1995.
2. American Academy of Pediatrics Committee on Interhospital Transport. Guidelines for air and ground transport of neonatal and pediatric patients. Pediatrics 1993; 4: 30-31.



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Emergencia
Pediátrica

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1): Control de Temperatura Digital en pacientes neonatos, pediátricos y adultos		
CODIGO (2): s/c	VERSION (3): 2018.V.01	DEPARTAMENTO (4): Enfermería Emergencia Pediátrica
DEFINICION (5): Control de temperatura mediante un dispositivo electrónico.		
OBJETIVO (6): Medir y valorar la temperatura corporal.		
INDICACIONES (7): Todos los pacientes que acuden al servicio de Emergencia.		CONTRAINDICACIONES (8): Ninguna

PERSONAL (9): Licenciada en Enfermería

RECURSOS MATERIALES

N°	DENOMINACION
----	--------------

EQUIPOS BIOMEDICOS (10)

1	Incubadora
2	Camilla
3	Termómetro digital

INSTRUMENTAL (11)

1	Riñonera o Cubeta estéril
---	---------------------------

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

1	Papel toalla cortado
2	Mascarilla de 3 filtros o N 95
3	Algodón - torundas

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

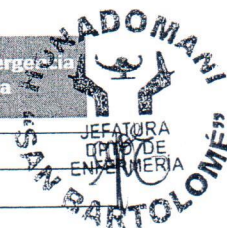
N°	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	Alcohol medicinal 70%	SOL.
2	Gluconato de Clorhexidina al 2%	SOL.
3	Vaselina sólida o líquida	SOL REC.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)

N°	SECUENCIA DE PASOS
1	Verificar la Identidad del paciente
2	Informar a la madre y/o paciente el procedimiento a realizar
3	Higiene de manos
4	Colocar al paciente en decúbito dorsal o semifowler
5	Desinfectar el termómetro digital con algodón humedecido en alcohol y asegúrese que no tome contacto con el indicador y luego séquelo completamente
6	Presionar el botón de encendido, colocar el termómetro según la zona de medición: axilar o rectal (para seguridad y precisión, sostenerlo con una mano cuando este colocado el termómetro) para T° Rectal lubricar con vaselina
7	Efectuar la lectura luego de que el termómetro emita un sonido Bip por tres veces y registrar el valor obtenido. Apague el termómetro
8	Lavar y desinfectar el termómetro con una torunda de algodón de arriba hacia abajo, sin que tome contacto el agua con el indicador y colocarlo en su estuche
9	En caso de termómetro clínico sin contacto: pulse el botón de encendido y apagado y tras una breve comprobación automática y dos pitidos cortos el termómetro está listo para ser usado.
10	Mantenga el termómetro entre 2 o 3 cm. del punto de medición (la frente no debe tener ni sudor ni maquillaje). Pulse el botón SCAN y desplace el termómetro por la zona de la frente.



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Emergencia
Pediátrica

- | | |
|----|---|
| 11 | Higiene de manos |
| 12 | Anotar en la hoja respectiva. (libro de atenciones, hoja grafica) |

COMPLICACIONES (15)

Ninguno

REGISTROS (16)

Historia Clínica :Notas de enfermería y hoja gráfica
Libro de atenciones al ingreso del paciente

ANEXOS (17)

Definición de fiebre: La fiebre puede ser definida en términos clínicos y fisiopatológicos.
Clínicamente: es el aumento de la temperatura corporal 1°C (1,8°F) por encima de la media en el lugar de registro de la temperatura.
Los siguientes grados de temperatura son aceptados como fiebre:

- Temperatura axilar: > 37,4°C
- Temperatura rectal: > 38°C
- Temperatura oral: > 37,6°C
- Temperatura timpánica: > 37,6°C

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. Balaguer. (2010). Revisandfo Técnicas: Control de signos vitales. Revista de Enfermería, 10,5-10
2. Sanjuanelo, A.B. (2013). Fiebre: actualización en el uso de antipiréticos. PRECOP.,11, 26-35
3. Manual de la Enfermera, Océano-Centrum - 2012



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Emergencia
Pediátrica

FICHA DE PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO (1): Inserción de Catéter Intraoseo

CODIGO (2):

36680

VERSION (3):

2018.V.01

DEPARTAMENTO (4): Enfermería

Emergencia Pediátrica

DEFINICION (5): Acceso vascular de urgencia para la infusión de fármacos. Su utilización se basa en el hecho de que en la cavidad medular de los huesos largos ésta ocupado por una rica red de capilares sinusoides que drenan a un gran seno venoso central, que no se colapsa ni siquiera en situaciones de PCR, pasando los fármacos y líquidos a la circulación general con una rapidez similar a como la harían por cualquier otra vena periférica.

OBJETIVO (6): Establecer un acceso venoso rápido en situaciones en donde la vida del paciente pediátrico está en peligro, haciéndose imprescindible un acceso vascular.

INDICACIONES (7): Situaciones de emergencia como:

- Paro cardiorrespiratorio.
- Shock en cualquiera de sus etiologías.
- Poli traumatizados graves.
- Grandes quemados.
- Convulsiones intratables.
- Pacientes muy graves y tras noventa segundos o dos minutos.
- 3 intentos fallidos para obtener vía endovenosa.

CONTRAINDICACIONES (8):

Fracturas en la extremidad elegida como zona de aplicación.
Osteomielitis.
Celulitis en el sitio de inserción.
Osteogénesis imperfecta.
Osteoporosis.

PERSONAL (9): Licenciada en Enfermería

RECURSOS MATERIALES

N°	DENOMINACION
EQUIPOS BIOMEDICOS (10)	
1	Bombas de infusión
2	Pistola Intraoseo
3	Pulsímetro portátil
4	Camilla
5	Silla o banco giratorio
6	Mesa de Mayo
7	Soporte de sueros
8	Coche de Paro
INSTRUMENTAL (11)	
1	Riñonera o Cubeta estéril
2	Equipo de curación
3	Tambor de acero quirúrgico
DISPOSITIVOS MEDICOS (12)	
1	Papel toalla cortado
2	Mascarilla de 3 filtros o N 95
3	Algodón estéril - torundas
4	Trocar intraoseo descartable.(calibre 15 al 18)
5	Guantes quirúrgicos N° 7, 7 ½, 8
6	Agujas hipodérmicas de diferentes calibres y tamaños

EQUIPOS BIOMEDICOS (10)

1 Bombas de infusión

2 Pistola Intraoseo

3 Pulsímetro portátil

4 Camilla

5 Silla o banco giratorio

6 Mesa de Mayo

7 Soporte de sueros

8 Coche de Paro

INSTRUMENTAL (11)

1 Riñonera o Cubeta estéril

2 Equipo de curación

3 Tambor de acero quirúrgico

DISPOSITIVOS MEDICOS (12)

1 Papel toalla cortado

2 Mascarilla de 3 filtros o N 95

3 Algodón estéril - torundas

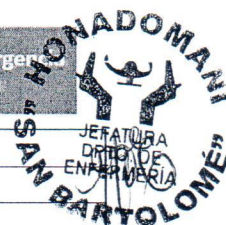
4 Trocar intraoseo descartable.(calibre 15 al 18)

5 Guantes quirúrgicos N° 7, 7 ½, 8

6 Agujas hipodérmicas de diferentes calibres y tamaños



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Emergencia
Pediátrica

7	Bolsa de reanimación: Neonatal y Pediátrico
8	Mascarillas para oxígeno
9	Llave de 3 vías
10	Apósito adhesivo transparente 10 x 12 cm
11	Vendas elásticas de 4" o 6" de acuerdo a la edad del paciente
12	Catéter venoso periférico de diferentes calibres.
13	Gasas 10 x 10 cm.
14	Línea de infusión
15	Jeringas de 10cc.
16	Equipo de enclisis
17	Equipo de micro gotero
18	Esparadrapo

PRODUCTOS FARMACEUTICOS (13)

Nº	DENOMINACION	FORMA FARMACEUTICA
1	Alcohol medicinal 70%	SOL.
2	Gluconato de Clorhexidina al 2%	SOL.
3	Cloruro de Sodio al 0.9%	INY.
4	Dextrosa al 5%	INY.
5	Yodopovidona espuma al 7.5%	SOL.
6	Yodopovidona solución al 10%	SOL.

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO (14)

Nº	SECUENCIA DE PASOS
1	Verificar la Identidad del paciente
2	Informar a la madre y/o paciente el procedimiento a realizar
3	Higiene de manos
4	Preparar el equipo necesario.
5	Preparar físicamente al paciente.
6	Elegir y valorar la zona para el acceso intraoseo.
7	Si la zona de punción es en la tibia proximal, debe localizarse 1 - 3 cm. Debajo de la tuberosidad, en la superficie interna (aproximadamente un través de dedo por debajo e inmediatamente por dentro de la tuberosidad tibial) en donde se encuentra el hueso por debajo de la superficie cutánea.
8	Limite el movimiento de la pierna con un campo o almohadilla por detrás de la rodilla.
9	Colocarse los guantes estériles
10	Realizar la asepsia de la zona elegida con solución antiséptica según protocolo de la institución.
11	Colocar un campo estéril sobre la zona en donde se realizó la asepsia.
12	Infiltrar en la zona de inserción un anestésico local, sólo si el cuadro lo amerita.
13	Sujete el muslo y la rodilla por fuera y por arriba del sitio de la inserción con la mano no dominante
14	Identifique nuevamente la superficie plana de la tibia.
15	Introduzca la aguja a través de la piel que cubre la superficie plana antero-interna de la tibia ya identificada, en un Angulo de 60° a 90° respecto de la piel y lejos del cartilago del crecimiento, dirigida en forma discreta hacia los pies para evitar la placa epifisaria
16	Haga avanzar la aguja con movimiento rotatorio en un solo sentido o como taladro suave pero firme, a través de la cortical ósea, sin modificar el ángulo de ingreso.
17	Avance la aguja hasta cuando sienta una pérdida súbita de la resistencia al movimiento de la aguja. Habitualmente esto indica el ingreso a la cavidad medular.



18	Desenrosque el extremo posterior del trocar y retire el estilete, conectando inmediatamente una jeringa para la aspiración y confirmación.
19	En caso de haber ingresado con aguja, coloque inmediatamente la jeringa para el mismo procedimiento.
20	Aspire con precisión continua uniforme y compruebe la extracción de médula ósea. La médula se debe aspirar con facilidad en la jeringa, pero cuando no es así, no indica necesariamente que el trocar está mal colocado.
21	El material obtenido en la aspiración no debe ser desechado porque es útil para análisis sanguíneos, que pueda requerir el paciente.
22	Estabilice la aguja e inyecte 10 cc de solución fisiológica. Evalúe cualquier signo de aumento de la resistencia a la inyección o aumento del perímetro de la extremidad.
23	Si es exitoso el procedimiento, conecte la extensión preparada y una el equipo de infusión a la aguja.
24	Si la inyección de prueba muestra que no es exitosa, debe retirarse la aguja e intentar el procedimiento en la otra pierna.
25	Los líquidos se deben infundir sin limitaciones. Observar que no hay infiltraciones.
26	Asegurar el trocar con cinta adhesiva, a veces es necesario un apoyo para la fijación de la porción externa y puede hacerse con una pinza.
27	Retire la aguja intraoseo tan pronto se logre un acceso intravenoso seguro para la situación que motivó esta ruta (acceso venoso central o periférico) de preferencia dentro de las 2 primeras horas.
28	Al retirar aplique presión en el lugar de la punción por lo menos 5 minutos.
29	Vendar con gasas y vendas estériles.
30	Dejar limpio y cómodo al paciente.
31	Disponer y segregar desechos según norma.
32	Realiza la higiene de manos clínico.
33	Registrar en las notas de enfermería y Kardex el procedimiento realizado, fecha, hora y nombre de la persona que realizó el procedimiento.

COMPLICACIONES (15)

Extravasación de líquidos
 Celulitis localizada
 Necrosis de la piel
 Sepsis (osteomielitis)
 Lesión del cartílago del crecimiento

REGISTROS (16)

Historia Clínica: Notas de enfermería y hoja gráfica.
 Kardex de Enfermería

ANEXOS (17)**LUGARES DE PUNCION**

Las zonas de punción dependen de la edad, así nos encontramos que:

Niños menores de 6 años:

- Tibial proximal: Línea media de la cara antero-interna Tibial, entre 1-3 cm por debajo de la tuberosidad Tibial. Aconsejándose una penetración de la aguja de aproximadamente 1cm.
- También se pueden realizar en caso de fracturas, quemaduras o algún tipo de contraindicación que haga que no sea factible la inserción en la cara antero-interna Tibial en el fémur distal, tibia distal, cresta iliaca o trocánter mayor.



PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento de
Enfermería

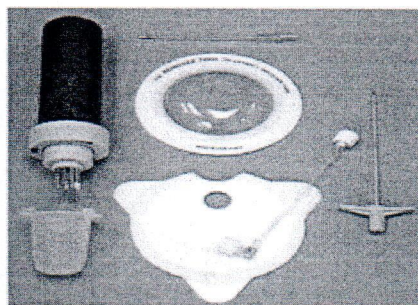
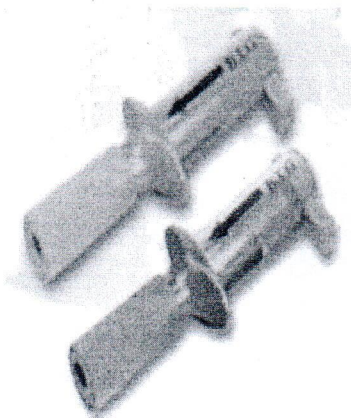
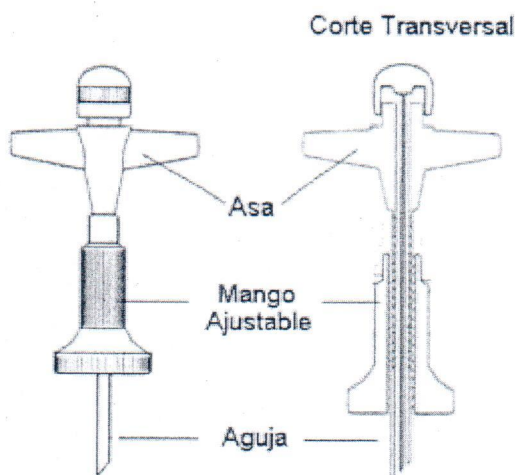
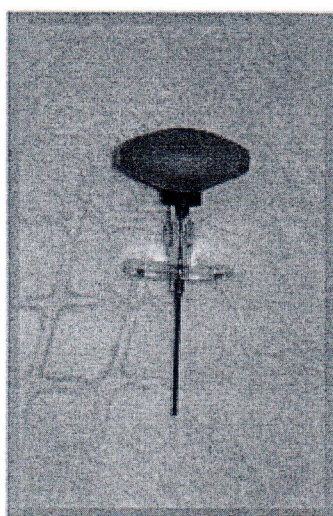
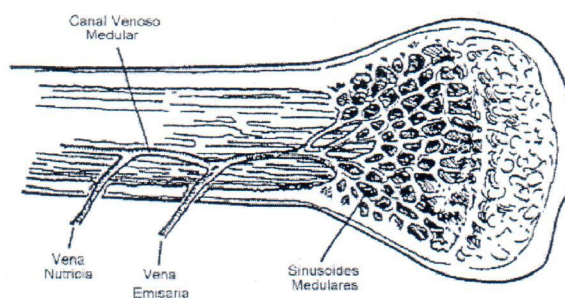
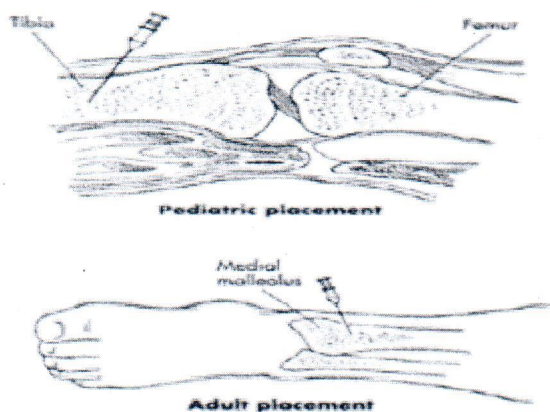
Servicio de Emergencia
Pediátrica



que haga que no sea factible la inserción en la cara antero-interna Tibial en el fémur distal, tibia distal, cresta iliaca o trocánter mayor.

A partir de los 6 años de edad (Fig. 7 y 8):

- Maléolo Tibial interno: Aproximadamente 1-2 cm por encima del maléolo interno evitando de este modo la vena safena. Debe de utilizarse esta zona debido a que conserva médula roja en su cavidad durante toda la vida.
- Otras alternativas son: la cara posterior de la metáfisis del radio, cara anterior de la cabeza humeral, cóndilo humeral, esternón y crestas iliacas





PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Docente
Madre Niño
"San Bartolomé"Departamento de
EnfermeríaServicio de Emergencia
Pediátrica

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS (18)

1. Sánchez, O. L., Guerrero, M. J. C., & Expósito, R. M. O. (2017). Guía de actuación enfermera en inserción de vía intraósea en el paciente crítico. *Hygia de enfermería: revista científica del colegio*, (94), 27-29. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/wp-content/uploads/Hygia94.pdf#page=27>
2. Míguez Burgos, A., Muñoz Simarro, D., & Tello Pérez, S. (2011). Una alternativa poco habitual: la vía intraósea. *Enfermería global*, 10(24), 0-0. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000400014&script=sci_arttext&lng=en