



**Nombre del alumno: Yoli Melina Escobedo
Montejo**

**Nombre del profesor: Rubén Eduardo
Domínguez García**

Nombre del trabajo: Mapa conceptual

Materia: Practica clínica de enfermería I

Grado: 6to.

Grupo: C

Frontera Comalapa, Chiapas a 18 de mayo de 2021.

TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS

Que es

Frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas con el fin de eliminar suciedad.

Puede ser

Lavado de manos clínico

Es

El que se realiza con solución jabonosa antiséptica de amplio espectro microbiano

Indicada

Técnica básica

Consiste

- Humedecer las manos con agua.
- Aplicar de 3-5 ml de jabón antiséptico.
- Frotar vigorosamente por 15 a 30 segundos toda la superficie de la mano, espacios interdigitales hasta la muñeca.
- Seque con una toalla de papel por mano.
- Use toalla para cerrar el grifo.

- Al llegar y salir del hospital.
- Antes y después de realizar un procedimiento.
- Curación de heridas.
- Preparación de soluciones.
- Administración de medicamentos.
- Aspiración de secreciones.
- Administración o manipulación de sangre y sus derivados.
- Antes y después del contacto con el paciente.

Lavado de manos quirúrgico

Es

El lavado realizado por los integrantes del equipo Qx antes del ingreso al quirófano.

Indicada

Técnica básica

Consiste

- Mojar las manos, aplicar jabón antiséptico 3 a 5 ml, restregar por un periodo de 5 minutos el primer lavado y 3 minutos en los siguientes.
- Frotar las manos palma con palma, palma derecha con dorso izquierdo y palma izquierda con dorso derecho, espacios interdigitales.
- Descender con movimientos rotatorios hasta 6 cm por encima del codo.
- Limpiar uña por uña de ambas manos.
- Enjuagar las manos manteniéndolas por encima de los codos.
- Secar manos y antebrazos con toalla estéril.
- Ingresar al quirófano dando la espalda a la puerta.

- Antes de todo procedimiento Qx.
- Antes de procedimiento invasivo con incisión en piel

Objetivo

Prevenir la contaminación del sitio Qx mediante la remoción y destrucción de microorganismos.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ULCERAS POR PRESIÓN

Que es

Lesión de origen isquémico localizada en la piel, con pérdida de sustancia cutánea.

Causas

- Presión ejercida por unidad de superficie perpendicular a la piel.
- Fricción que produce rozaduras por movimientos de arrastre.
- Pinzamiento vascular, combina los efectos de presión y fricción.

Valoración de la lesión

Incluye

Localización y número de lesiones

Estadio:
 I: Eritema cutáneo que no palidece.
 II: Úlcera superficial con aspecto de ampolla o cráter.
 III: pérdida del grosor de la piel que implica lesión o necrosis.
 IV: pérdida total del grosor de la piel, lesión del músculo y hueso.

Tratamiento

Dependerá del estadio de la lesión.

Se debe Estadio I

Limpiar la herida, evitar la presión, están indicadas las barreras líquidas o apósitos semipermeables.

Se debe Estadio II

La irrigación con fenitoína puede mejorar la evolución de la úlcera.

Estadio III y IV

Realizar

- Desbridamiento del tejido necrótico, realizar cura seca de 8 a 24 horas, en caso de no tolerarlo proteger la piel perilesionada y realizar cura húmeda sobre el agente desbridante.
- Administración de medicamentos para aliviar el dolor
- Limpieza de la herida con suero salino isotónico.

Prevención

Se debe

- Inspección sistémica de la piel.
- Limpiar la piel con agua tibia y jabones neutros.
- Minimizar factores ambientales que causen sequedad de la piel.
- Tratar la piel seca con agentes hidratantes.
- Evitar masaje sobre prominencia ósea.
- Evitar la exposición de la piel a orina, materia fecal y drenaje de la herida.
- Reducir la fricción y rozamiento.
- Tratar la desnutrición y mejorar la movilidad.

Factores de riesgo

Puede ser

Fisiopatológico

Son

Lesiones cutáneas, trastornos de transporte de O₂, déficit nutricional, déficit motor, etc.

Por tratamiento

Son

Inmovilidad, tratamiento inmunopresor, sondaje.

Situacionales

Son

Falta de higiene, arrugas en ropa, objetos de roce, inmovilidad por dolor o fatiga.

De entorno

Son

Falta o mala utilización del material de prevención, sobrecarga de trabajo, falta de educación sanitaria, deterioro de la propia imagen de la enfermedad.

TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS

Que es

Administración de sangre o componentes sanguíneos a un ser humano.

Realizar

Medidas de seguridad antes, durante y posterior a la transfusión.

Antes de la transfusión

Se debe

- Verificar la existencia de conocimiento informado del paciente o familiar.
- Identificar y verificar la calidad del componente sanguíneo junto con el médico.
- Evitar trasfudir productos sin refrigeración durante más de 4 horas.
- Transportar los componentes en contenedores que aseguren la temperatura interior.
- Hacer una pausa para confirmar que se trata del paciente, procedimiento y elemento correcto.
- Registrar presión arterial y pulso al comienzo de la transfusión y después cada 15 minutos.
- Tomar y registrar la temperatura previa transfusión.
- Utilizar una vía venosa corta y gruesa.
- Utilizar un catéter N° 18 para favorecer la infusión.

Durante la transfusión

Realizar

- Regular el goteo inicialmente a 30 gotas por minuto y observar presencia de alguna reacción y graduar a 60 gotas por minuto.
- No mezclar el componente con ningún fármaco o fluido de reposición.
- Orientar al paciente sobre los signos y síntomas de una reacción transfusional.
- Monitorizar el sitio de punción intravenosa para saber si hay signos de infiltración o flebitis.

Posterior a la transfusión

Se debe

- Tomar y registrar signos vitales.
- Vigilar la aparición de signos de reacción transfusional.
- Registrar la administración del hemopocomponente, cantidad y tiempo de administración, fecha, tipo y número de folio de componente, volumen, hora de inicio y término, observaciones y firma del responsable.
- Desechar la bolsa del equipo de transfusión y desecharlo en el contenedor rojo.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Se refiere

La consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad.

Medidas preventivas

Incluye

- Cambiar luces tenues por otras intensas que permitan la visibilidad.
- Cambiar los suelos resbaladizos.
- Instalar pasamanos y bandas antideslizantes en los escalones.
- El calzado debe ser cómodo, ajustado y con suela de goma.
- Si se puede, cambiar a bañera por un plato de ducha a nivel de suelo y antideslizante.
- El acceso a la cama debe ser amplio y permanecer libre de objetos.
- No usar cuchillos muy afilados
- Evitar los braseros de carbón y estufas eléctricas.
- No subirse a taburetes, sillas o escaleras para reparaciones domésticas.
- Utilizar bastón o apoyo si no se siente seguro al caminar.

Recomendaciones generales

Se debe

- Practicar ejercicio físico diario.
- Cuidarse y revisarse periódicamente la vista y el oído.
- En casa tener siempre a mano el teléfono para llamar al 112 en caso de emergencia.
- En la calle llevar documentación y una anotación de a quien llamar en caso de accidente.

ESTERILIZACIÓN CON VAPOR

Se refiere

Matar o inactivar de manera irreversible todos los microorganismos.

Tipos de esterilización

Son

Calor seco

El material a esterilizar debe sufrir una temperatura de 180°C durante 30 minutos

Calor húmedo

La esterilización se producirá teniendo en cuenta la temperatura, presión y tiempo.

Método fisico-químico

Consiste

Esterilización mediante un gas como óxido de etileno, formaldehído o gas plasma.

Desventajas

Ventajas

- Opción válida para materiales termo sensible.
- Esterilizante eficaz.
- No deja residuos tóxicos.
- El material no precisa aireación.
- Los ciclos son cortos.
- Monitorización y registro adecuados.

- Capacidad de difusión muy baja.
- Se desactiva en presencia de humedad.
- No puede esterilizarse material que contenga celulosa, algodón o madera.
- Requiere envases especiales de tyvek

Tipos de autoclave para esterilización

Son

Pre vacío

Es

Más utilizado en medio hospitalario, es el autoclave de vacío fraccionado.

Gravitatorios, ya casi no se utilizan.

BAÑO DE REGADERA

Que es

Baño que se realiza al paciente cuando su condición lo permite.

Objetivo

Se encuentra

- Promover y mantener hábitos de higiene personal.
- Eliminar sustancias de desechos y facilitar la transpiración.
- Activar la circulación periférica y ejercitar los músculos.
- Observar signos patológicos en la piel y estado general.
- Proporcionar comodidad, confort y bienestar.

Precauciones

Incluye

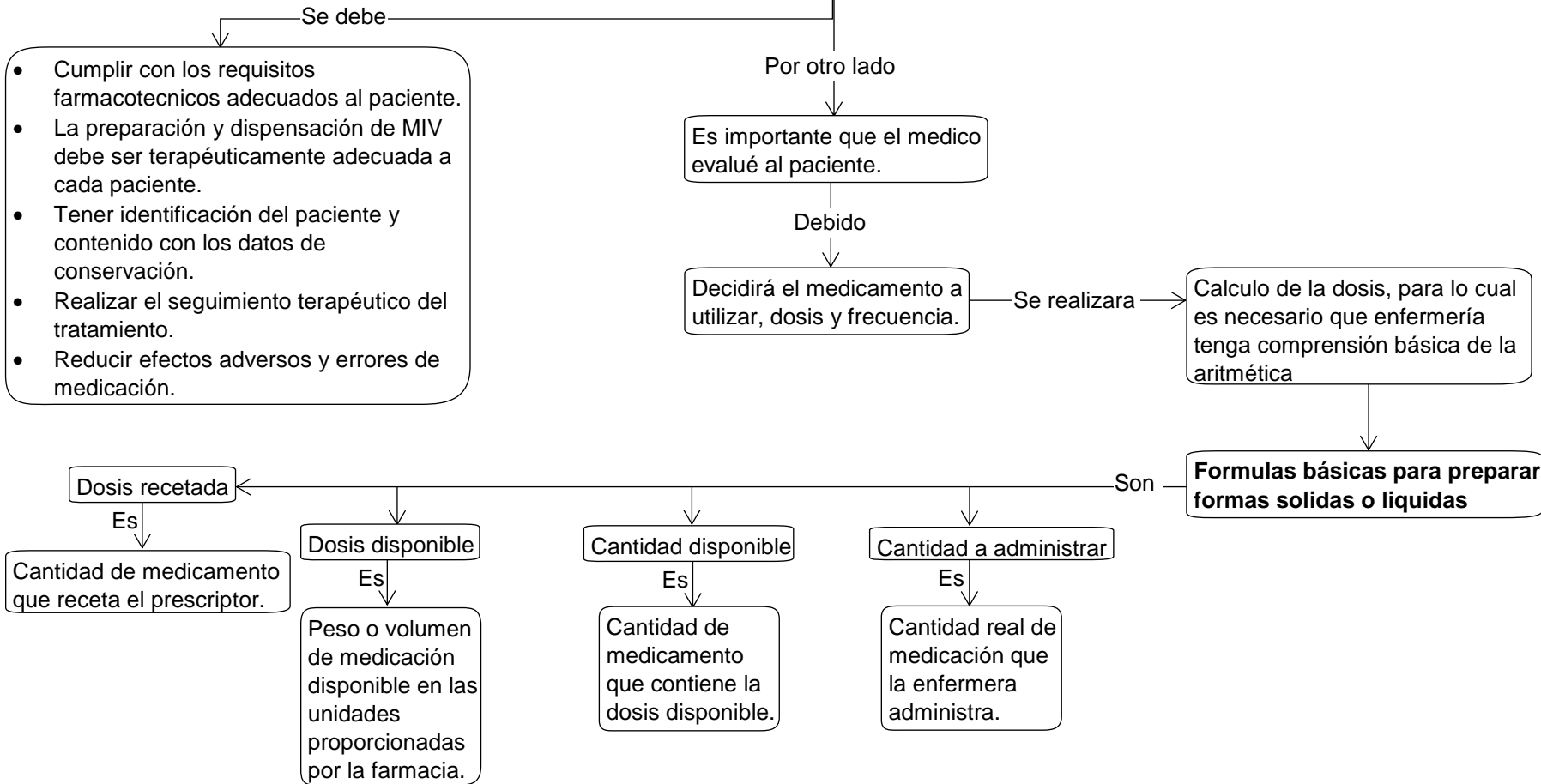
- No permitir que el paciente ponga seguro a la puerta del baño.
- Nunca dejar solo al paciente.

Técnica

Consiste

- Preparar el baño con lo necesario al alcance del paciente.
- Ayudar al paciente a ir al baño, si es necesario trasladarlo en silla de ruedas.
- Ayudarlo a desvestirse dándole privacidad y al mismo tiempo observar presencia de lesiones o cambios en su estado general.
- Dejar que el paciente se bañe solo si su condición lo permite, ayudarlo a lavarse y secarse la espalda y miembros inferiores.
- Ayudarlo a vestirse y trasladarlo a su unidad.
- Terminar con el arreglo personal del paciente.
- Dejar el equipo limpio y en orden.
- Lavarse las manos.
- Hacer anotaciones del expediente clínico si es necesario.

PREPARACIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS



**INTERVENCIONES Y RESULTADOS PARA LA
MEJORA CONTINUA DE PREPARACIÓN DE
SOLUCIONES IV**

Se encuentra

- Desarrollar políticas o procedimientos para administración precisa y segura de medicamentos.
- Dirigir esfuerzos para la construcción de una cultura de seguridad orientada al paciente.
- Establecer un plan para implantar de forma organizada y efectiva las prácticas de prevención de errores en la medicación.
- Implantar controles en los procedimientos de trabajo para descartarlos antes de que lleguen al paciente.
- Realizar cambios en los procedimientos de trabajo.
- Aplicar principios científicos de farmacología que fundamenten la acción de enfermería.
- Sistematizar el proceso de la administración de medicamentos intravenosos.
- Administrar el medicamento de acuerdo a prescripción médica.
- Evitar el uso de abreviaturas y símbolos no estandarizados.

REGISTRÓ DE OBSERVACIONES DE ENFERMERIA

Se lleva a cabo

Hoja de observaciones de enfermería

Que es

Documento donde se registra las incidencias que se producen en la asistencia al paciente

Conformada

Identificación-localización

Contiene

- Datos del paciente.
- N° de historia.
- Cama.
- Dos apellidos.
- Nombre.
- Servicio.
- Edad.
- Cuando se tenga la pegatina del servicio de admisiones se colocara sobre este apartado.

Fecha-hora

Se pondrá en el primer registro del día.

Observaciones-firma

Incluye

- Incidencias por turno.
- Observaciones en función del problema y cuidado.
- Anotación de actividades de enfermería no rutinaria y no incluida en el plan de cuidados.
- Detección de complicaciones derivadas del proceso patológico, tratamiento médico o Qx y técnicas Dx.
- Respuesta del paciente ante los cuidados.
- Razón de omisión de tratamientos y/o cuidados.
- Información emitida al paciente o familiar respecto a las actividades de enfermería realizadas.
- Evolución del aprendizaje respecto a la educación que se imparte al paciente/familia.
- Firma de la persona que realice las actividades u observaciones.