



Nombre de alumnos: Cristhian Nájera Jiménez.

Nombre del profesor: Mahonrry De Jesús Ruiz.

Nombre del trabajo: Mapa Conceptual.

Materia: Practica Clínica De Enfermería I.

Grado: 6to Cuatrimestre.

Grupo: "A"

UNIDAD 1

1.1 TECNICA DE LAVADO DE MANOS BASICO.

¿QUE ES?

El lavado de manos es la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente, y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona.

POR OTRO LADO

Es el que se realiza con una solución jabonosa antiséptica de amplio espectro microbiano, que tiene rápida acción, no es irritante y está diseñado para su uso en situaciones de brotes de infección hospitalarias, áreas críticas, realización de procedimientos invasivos, y en áreas de pacientes inmunosuprimidos, Este es el lavado de manos antiséptico el cual es el método más efectivo.

TECNICA BASE

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

INDICACIONES

Al llegar y al salir del hospital, Antes y después de los siguientes procedimientos: Procedimiento invasivo como colocación de un catéter vascular periférico, catéter urinario o toma de muestras, etc. Medir presión nerviosa central o monitoreo de presión intra vascular, Curación de heridas, Preparación de soluciones parenterales, Administrar medicación parenteral.

1.2 TECNICA DE LAVADO DE MANOS QUIRURGICO.

¿QUE ES?

Es el lavado realizado por los integrantes del equipo quirúrgico antes de su ingreso al quirófano, siempre está indicado un jabón antiséptico.

OBJETIVO

Prevenir la contaminación del sitio quirúrgico mediante la remoción y destrucción de microorganismos transitorios y la reducción de la flora residente presentes en las manos del equipo quirúrgico.

TECNICA BASICA

La llave se accionara con pedal o con el codo o célula fotoeléctrica.

Mojar las manos con agua, aplicar el jabón antiséptico 3-5ml, restregar enérgicamente por un periodo de cinco minutos en el primer lavado y de tres minutos en los lavados siguientes.

Frotar las manos, palma con palma, palma derecha con dorso de mano izquierda y palma izquierda con dorso de mano derecha, los espacios interdigitales de mano derecha y luego de mano izquierda.

Con movimientos rotatorios descienda por el antebrazo derecho hasta 6 cm por encima del codo y luego antebrazo izquierdo.

Limpie uña por uña, de una mano y luego la otra. Se recomienda el cepillado quirúrgico, incluyendo los lechos ungueales y yema de dedos, durante 2 minutos.

Enjuagar las manos manteniéndolas levantadas sobre los codos.

Durante el procedimiento se recomienda mantener los brazos hacia arriba y alejadas del cuerpo favoreciendo el escurrimiento hacia los codos, no tocar superficies o elementos.

Este procedimiento se realizara dos veces, La duración del procedimiento es de 5 minutos, Secar las manos y antebrazos con toallas estériles, Ingrese al quirófano dando la espalda a la puerta.

INDICACIONES.

Antes de todo procedimiento quirúrgico, Antes de cada procedimiento invasivo con incisión en piel.

1.3 PREVENCION Y TRATAMIENTO DE ULCERAS POR PRESION.

¿QUE ES?

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial.

FISIOPATOLOGIA.

Las UPP se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un período prolongado, la presión capilar máxima se cifra en torno a los 20mmHg, y la presión tisular media entre los 16-33mm Hg.

PRINCIPALES CAUSAS

El factor causal más importante es la presión, sin embargo la humedad, el escoriamiento de la piel y el desgarro de los vasos capilares que la nutren contribuyen para aumentar el riesgo, habitualmente las úlceras aparecen en adultos mayores debilitados por una enfermedad intercurrente.

FACTORES DE RIESGO

Fisiopatológicos: Lesiones cutáneas: envejecimiento y patológicas, Trastornos del transporte de oxígeno: Insuficiencia vascular periférica, estasis venosa, trastornos cardiopulmonares, déficit nutricional: delgadez, obesidad, anemias, hipoproteinemias, trastornos inmunológicos: cáncer, infección. Alteraciones del estado de conciencia: fármacos, confusión, coma, déficit motor: ACV (accidente cerebrovascular), fracturas, déficit sensorial: pérdida de la sensibilidad térmica y dolor, Alteraciones de la eliminación: urinaria y fecal.

Derivados del tratamiento: Inmovilidad impuesta por tratamiento, tratamiento inmunosupresor: radioterapia, quimioterapia, Sondajes con fines diagnósticos o tratamiento.

Situacionales: Falta de higiene, arrugas en la ropa, objetos de roce, inmovilidad por dolor, fatiga.

Del entorno: Falta o mala utilización del material de prevención, desmotivación profesional por falta de formación y/o información específica, sobrecarga de trabajo, falta de criterios unificados en la planificación de las curas, falta de educación sanitaria de cuidadores y paciente, deterioro de la propia imagen de la enfermedad.

Tratamiento de las úlceras por presión: Valoración general del enfermo La evolución de las heridas cutáneas está a menudo más influenciada por el estado general del enfermo que el de la úlcera per se.

FORMAS DE PRESENTACION

Las úlceras por presión, habitualmente son detectadas en revisiones de rutina o bien las personas encargadas del cuidado del paciente llaman la atención sobre ellas, es frecuente que pasen desapercibidas debido al temor de mover al paciente por la idea errónea de que al movilizarlo puede provocar problemas de salud.

EVALUACION

La evaluación identifica: localización, fase, tamaño, tractos sinusales, túneles, tejidos necróticos, presencia o ausencia de tejido de granulación y epitelización, Una de las escalas de evaluación más utilizadas e importantes es la de Braden.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de una úlcera por presión, no presenta problemas si se recuerda que un área de eritema que no blanquea con la presión constituye ya una úlcera por presión, así mismo, las ampollas sobre prominencias óseas, también deben ser consideradas como úlceras por presión.

VALORACION

Cuando se ha desarrollado una UPP es necesario una valoración integral y llevar a cabo un enfoque sistemático que incluya: a) Localización y número de lesiones: Los trocánteres, el sacro, glúteos y talones son las localizaciones más frecuentes. b) Estado: tiene en cuenta su aspecto externo.

PREVENCION.

El objetivo inicial en la lucha contra las UPP es evitar su aparición, Cuidados de la piel, El objetivo consiste en mantener y mejorar la tolerancia tisular a la presión para prevenir una lesión.

Inspección sistemática de la piel una vez al día por lo menos, limpiar la piel con agua tibia y jabones neutros para minimizar la irritación y sequedad de la piel, minimizar los factores ambientales que producen sequedad de la piel (baja humedad < 40% y exposición al frío), tratar la piel seca con agentes hidratantes, evitar el masaje sobre las prominencias óseas, reducir al mínimo la fricción y rozamiento mediante técnicas adecuadas de posición, transferencia y cambios de posición.

1.4 TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS.

¿QUE ES?

La terapia transfusional puede ser una intervención que salva la vida o mejora rápidamente una condición grave, sin embargo, como todo tratamiento puede conllevar a complicaciones agudas o tardías, además incluye riesgos infecciosos que pueden tener consecuencias graves o mortales a pesar de los estrictos controles que anteceden a la transfusión.

Intervenciones de enfermería: Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

La intervención de enfermería en la terapia transfusional, incluye la administración de los componentes sanguíneos y la monitorización de la respuesta del paciente.

Factores de riesgo que debe considerar el personal de enfermería para identificar de manera oportuna reacciones transfusionales en pacientes sometidos a terapia transfusional, conocer el historial transfusional del paciente que se va transfundir, evitar la transfusión de más de una unidad de sangre o hemocomponente de forma continua, a menos que sea necesario debido al estado del receptor.

Antes de la transfusión: Verificar la existencia del consentimiento informado del paciente o familiar responsable, Realizar la identificación y verificación de la calidad del componente sanguíneo conjuntamente con el médico, a través de: Confirmar la compatibilidad sanguínea con la hoja de solicitud y las hojas de reporte de pruebas de compatibilidad, Confrontar las papeletas con el formato de solicitud (nombre completo del paciente, número de cedula, tipo de sangre y Rh, número de bolsa, fecha de caducidad del hemocomponente), Revisar en forma detallada el componente sanguíneo verificando que la unidad permanezca sellada sin fugas y que tenga los rótulos de calidad correspondientes.

Posterior a la transfusión: Tomar y registrar los signos vitales, vigilar la aparición de signos clínicos de reacción transfusional (escalofríos, cefalea, prurito, mareo, náuseas, vómito, taquicardia, sensación de calor, disnea, hipotensión, dolor lumbar y dolor torácico), registrar la administración del hemocomponente, cantidad y tiempo de administración, fecha, tipo de componente, número de folio del componente, volumen, hora de inicio, hora de término, signos vitales, observaciones y firma del responsable, para el desecho de la bolsa de sangre o hemocomponentes al concluir el procedimiento, separar el equipo de transfusión de la bolsa y desecharlo en el contenedor rojo (bolsa roja).

Terapia transfusional: Procedimiento terapéutico consistente en la administración de sangre o componentes sanguíneos a un ser humano.

Estrategias para prevenir los errores relacionados con la administración de elementos sanguíneos en pacientes: Aplicar los principios científicos que fundamenten la acción de enfermería, para prevenir y reducir riesgos y errores, con la finalidad de dar la seguridad necesaria al paciente y garantizar la calidad del servicio, Capacitar al personal encargado de transfundir elementos sanguíneos, Revisar las indicaciones médicas para confirmar la prescripción de la transfusión y la forma en que ha de realizarse constatando: Componente, Cantidad, Velocidad de transfusión, Tipo de filtro, Y si se ha de administrar alguna premedicación.

Durante la transfusión: Regular el goteo inicialmente a 30 gotas por minuto y observar la presencia de alguna manifestación clínica de reacción y posteriormente graduar el goteo a 60 gotas por minuto, verificando el ritmo de infusión, no mezclar el hemocomponente con ningún fármaco o fluido de reposición, con excepción de solución salina al 0.9% de forma simultánea por un equipo alterno, En caso de colocar un manguito de presión en la unidad del hemocomponente para acelerar su flujo, no superar los 300 mm Hg ya que puede ocasionar hemólisis, orientar al paciente sobre los signos y síntomas de una reacción transfusional (ansiedad, escalofríos, cefalea, prurito, mareo, náuseas, vómito, taquicardia, sensación de calor, disnea, dolor lumbar y dolor torácico) para su notificación oportuna, monitorizar el sitio de punción intravenosa para saber si hay signos de infiltración o flebitis.

1.5 PREVENCION DE CAIDAS.

¿QUE ES?

La Organización Mundial de la Salud, OMS, define a la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad.

POR OTRO LADO

Las caídas tienen diferentes repercusiones como lo son: aspectos físicos (complicaciones de su estado de salud, fracturas, daño en tejidos blandos, secuelas permanentes debido a la lesión presentada, etc.), psicológicos (temor y ansiedad ante las caídas) y sociales (familia excesivamente protectora); también repercuten en los costos de atención de las instituciones prestadoras y aseguradoras.

Para prevenir cualquier tipo de accidente de las personas mayores es importante seguir las siguientes recomendaciones:

Iluminación: cambiar las luces tenues por otras intensas que permitan una correcta visibilidad de muebles y otros obstáculos que puedan encontrarse en el camino.

Suelos: cambiar los suelos que puedan ser resbaladizos, eliminando o fijando las alfombras y retirando cualquier objeto que pueda haber en ellos que suponga un obstáculo al caminar.

Escaleras: instalar pasamanos y bandas antideslizantes en los bordes de cada escalón.

Calzado: debe ser cómodo, ajustado y con suela de goma (antideslizante).

Deambulación: mirar bien por donde se camina y hacerlo despacio, comprobando que no hay obstáculos ni irregularidades (especialmente en la calle, como es el caso de agujeros y los desniveles inesperados) en el suelo.

Baño: si se puede, cambiar la bañera por un plato de ducha colocado al nivel del suelo y que sea antideslizante, utilizar siempre alfombra de baño al salir de la ducha, instalar asimismo asasen la ducha o baño y junto al inodoro.

Dormitorio: incorporarse lentamente y permanecer sentado en la cama durante unos instantes antes de levantarse.

Cocina: no utilizar cuchillos muy afilados y cortar siempre sobre una tabla de cocina, no en las manos. Controlar si se ha apagado correctamente el gas o la vitrocerámica cuando se haya acabado de cocinar.

Calefactores: evitar los braseros de carbón y las estufas eléctricas con resistencias incandescentes sin protección.

Comer: hacerlo despacio y masticando correctamente los alimentos, en caso de utilizar prótesis dentales, hay que seguir las recomendaciones del odontólogo.

Finalmente, las personas mayores deben tener en cuenta otras recomendaciones más generales, la práctica de ejercicio físico diario reduce las probabilidades de sufrir accidentes, debe cuidarse y revisarse periódicamente la vista y el oído, en casa debe tenerse siempre a mano el teléfono para llamar al 112 en caso de emergencia, cuando se sale a la calle se debe llevar la documentación y una anotación de a quién debe llamarse en caso de accidente.