



Mi Universidad

CUADRO SINOPTICO.

NOMBRE DEL ALUMNO: YERENI MADAI VELAZQUEZ RODAS.

TEMA: Practica de enfermería

PARCIAL: 1

MATERIA: prácticas clínicas de enfermería

NOMBRE DEL PROFESOR: Rubén Eduardo

Domínguez

LICENCIATURA: Enfermería.

CUATRIMESTRE: 6

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.

Los 5 momentos del lavado de manos

- 1.- Antes del contacto con el paciente. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que usted tiene en las manos
- 2.- Antes de realizar una tarea limpia/aséptica. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que puedan ingresar a su cuerpo, incluido sus propios gérmenes.
- 3.- Después de una exposición a fluidos corporales y después de quitarse los guantes: Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de gérmenes dañinos del paciente.
- 4.- Después del contacto con el paciente: Realizar la higiene de las manos después de tocar al paciente o su entorno inmediato, cuando nos alejamos del paciente. Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de gérmenes dañinos del paciente.
- 5.- Después del contacto con el entorno del paciente: Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de gérmenes dañinos del paciente.

Técnicas de lavado de manos social y clínico

Es la medida mas importante para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos. Se a demostrado que las manos del personal sanitario son la vía de transmisión de la mayor parte de infecciones cruzadas y de algunos de los brotes epidémicos. Este proceso debe durar 1 minuto.

Lavado de manos clínico

Indicaciones

- Al iniciar y finalizar la jornada laboral.
- Antes y después de realizar cualquier procedimiento al paciente.
- Antes y después de la preparación de alimentos o medicación.
- Antes y después de la realización de procedimientos invasivos.
- Después de contactar con cualquier fuente de microorganismos: fluidos biológicos, membranas mucosas, piel no intacta, objetos que puedan estar contaminados (cuñas, bolsas de diuresis).
- En el manejo de pacientes con criterios de aislamiento, colonizados o infectados por gérmenes multirresistentes de interés epidemiológico, ante brotes o alertas epidemiológicos.

Lavado de manos quirúrgico

Procedimiento

1. Apertura la llave del caño hasta obtener agua a chorro moderado que permita el arrastre mecánico.
2. Humedezca sus manos.
3. Aplicar en la palma de la mano Clorhexidina al 2%.
4. Realice el frotado hasta obtener espuma en toda la superficie de las manos
5. Realice el frotado de las palmas de mano entre sí. 6. Realice el frotado de la palma derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
7. Realice el frotado de las palmas de mano entre sí, con los dedos entrelazados.
8. Realice el frotado del dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
9. Realice el frotado del pulgar izquierdo con movimiento de rotación atrapándolo con la palma de mano derecha y viceversa
10. Realice el frotado de la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa
11. Enjuáguese las manos, de la parte distal a la proximal con agua a chorro moderado y no sacudirlas
12. Tome una toalla de papel y seque sus manos, cierre el grifo con la misma toalla que utilizó.

Remoción química de microorganismos que destruyen o matan la flora transitoria y remueve las residentes presentes en la piel. Este proceso debe durar por lo mínimo 5 minutos.

Indicaciones

- Antes de cualquier intervención quirúrgica.
- Antes de realizar técnicas que requieran una extremada asepsia como colocación de catéter venoso central. 4.-Precauciones
- Verificar que las manos y antebrazos estén libres de anillos, pulseras y reloj
- Tener uñas cortas al borde de las yemas de los dedos y sin esmalte ni acrílico

- Usa ropa quirúrgica, gorro, botas y mascarilla antes de iniciar el lavado.
- No usar debajo de la ropa quirúrgica ropa de calle.
- No debe presentar infecciones respiratorias, enfermedades infectocontagiosas o heridas en las manos

Procedimiento

1. Apertura la llave del caño de codo o pedal hasta obtener agua a chorro.
2. Humedezca sus manos y antebrazos.
- 3.-Deposite una cantidad suficiente de clorhexidina al 4% en el cepillo.
4. con técnica de arrastre o circular cepille la yema de los dedos en cinco segundos
- 5.- con técnica de arrastre o circular cepille las uñas de los dedos en cinco segundos
- 6.- con técnica de arrastre o circular cepille los interdigitales en cinco segundos
- 7.- con técnica de arrastre o circular cepille la palma de la mano en cinco segundos
- 8.- con técnica de arrastre o circular cepille el dorso de la mano en cinco segundos
- 9.- con técnica de arrastre o circular cepille desde las muñecas de la mano hasta cinco centímetros después del codo en pequeños espacios de cinco centímetros en cuatro tiempos.
- 10.- con técnica de arrastre o circular cepille por último el codo en movimientos circulares
- 11.- enjuague su cepillo páselo a la otra mano y repita la operación
- 12.- enjuague su cepillo y páselo a la otra mano y enjuague el primer tiempo de la primera mano que lavo.
- 13.- inicie el segundo tiempo de lavado quirúrgico con los mismos pasos del primer tiempo en la mano que enjuago solo que esta vez cinco centímetros debajo del codo
- 14.- enjuague su cepillo páselo a la otra mano y enjuague el primer tiempo de la otra mano
- 15.- enjuague su cepillo páselo a la otra mano y enjuague el segundo tiempo de la primer mano
- 16.- realice el tercer tiempo con los mismos pasos en la mano que enjuago solo que hasta la muñeca de la mano
- 17.- enjuague su cepillo páselo a la otra mano y enjuague el segundo tiempo de la otra mano

18.- realice el tercer tiempo de la mano que enjuago con los mismos pasos del primero solo que hasta la muñeca de la mano.

19.- enjuague su cepillo déjelo caer y enjuague el tercer tiempo de las dos manos

20.- con las manos levantadas diríjase al quirófano, entre y tome su toalla del bulto de ropa de cirugía mayor y séquese las manos con los mismos pasos del lavado de manos

21.- tire su toalla y proceda a vestirse con ropa estéril.

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.

Factores que contribuyen al desarrollo de las upp

*Presión: Es la fuerza ejercida por unidad de superficie perpendicular a la piel; debido a la gravedad, provoca aplastamiento tisular que ocluye el flujo sanguíneo con posterior hipoxia de los tejidos y necrosis si continúa. Representa el factor.

*Fricción: Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimiento o arrastre. La humedad aumenta la fricción aparte de macerar la piel.

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.

El factor causal más importante es la presión, sin embargo, la humedad, el escoria miento de la piel y el desgarramiento de los vasos capilares que la nutren contribuyen para aumentar el riesgo. El tiempo de inmovilidad no necesita ser demasiado largo, inclusive el tiempo que se pasa sobre la mesa de cirugía puede ser causa de la aparición de estas úlceras.

Practica prevención de úlceras por presión

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 pacientes.

Valoración de lesión

1.- Localización y número de lesiones: Los trocánteros, el sacro, glúteos y talones son las localizaciones más frecuentes.

2.- Estadio: tiene en cuenta su aspecto externo:

*Estadio I: eritema cutáneo que no palidece.

*Estadio II: úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

*Estadio III: pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.

*Estadio IV: pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructura de sostén.

Prevención

- 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 resequedad 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.
- Evitar la exposición de la piel a la orina, materia fecal, transpiración y drenaje de la herida mediante el uso de pañales desechables que se cambiarán con frecuencia, hidratantes y barreras para la humedad.
- Reducir al mínimo la fricción y rozamiento mediante técnicas adecuadas de posición, transferencia y cambios de posición.
- Tratar la desnutrición y mejorar la movilidad.
- Ejercicios pasivos y activos que incluyen desplazamiento para disminuir la presión sobre prominencias óseas.

Tratamiento

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. También influyen la inmovilidad y el soporte informal.

SENSIBILIDAD

*Capacidad para reaccionar y responder con quejas a la presión
Inexistente: 1 punto

*Severamente restringido: 2 puntos

*Un poco restringido: 3 puntos

* Sin restricciones: 4 puntos

Escala de braden

HUMEDAD

*Medida en que la piel está expuesta a la humedad Constantemente húmeda: 1 punto *A menudo húmeda: 2 puntos *A veces mojada: 3 puntos *Raramente húmeda: 4 puntos

ACTIVIDAD

*Medida de la actividad física Postrado en cama: 1 punto

*Sentado: 2 puntos *Camina poco: 3 puntos *Camina regularmente: 4 puntos

MOVILIDAD

*Capacidad para cambiar de posición y mantenerse Completamente inmóvil: 1 punto *Movilidad severamente restringida: 2 puntos

*Movilidad restringida: 3 puntos *Movilidad: 4 puntos

NUTRICION

* Hábitos nutricionales Dieta muy pobre: 1 punto * Dieta moderada: 2 puntos *Nutrición adecuada: 3 puntos *Nutrición buena: 4 puntos

FRICCION

*La fricción y cizalla Problema existente: 1 punto *Problema potencial: 2. * No es un problema en el momento: 3 puntos

Escala de emina

Es una gradación hecha y validada por la colectividad de enfermería del organismo catalán de la salud para el rastreo de las UPP. Distingue cinco elementos de peligro: Estado mental, movilidad, incontinencia, alimentación y actividad, clasificados de 0 a 3 cada uno de ellos. Así con la originaria gráfica de cada agente se le ha asignado apelativo a la escala. Es similar a la escala de Braden que tiene una hábil explicación operante de palabras, lo que hace que reduzca la versatilidad entre Inter observadores.

Escala de Norton

se utiliza generalmente en geriatría para pacientes encamados, tanto crónicos (en domicilios, residencias geriátricas o centros sociosanitarios) como en pacientes ingresados en unidades en los hospitales para prevenir la aparición de úlceras. La Escala de Norton, sirve para cuantificar el riesgo que tiene un paciente de desarrollar úlceras por presión o UPPs. 5 aspectos que se analizan para prevenir las úlceras Esta escala se realizan rápidamente y analiza 5 características del paciente: Estado físico general, Estado mental, Actividad física, Movilidad, Continencia urinaria y fecal. Para cada uno de estos cinco aspectos, se establece una puntuación que va de 1 a 4 puntos (el más alto es mejor) y finalmente se suman las puntuaciones. Así, la puntuación puede ir de 5 (la peor puntuación) a 20 (la mejor). A partir de esta puntuación se establecen niveles de riesgo de aparecer úlceras por presión en el paciente: De 5 a 9 puntos, riesgo muy alto De 10 a 12, riesgo alto De 13 a 14, riesgo medio Más de 14 puntos riesgo mínimo o nulo.

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.

Terapia transfusional Procedimiento terapéutico consistente en la administración de sangre o componentes sanguíneos a un ser humano. 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 se deben de conocer 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 hemo componente de forma continua, a menos que sea necesario debido al estado del receptor.
- * En caso de no contar con el Grupo y Rh del hemo componente prescrito, notificar al médico para valorar alguna alternativa de compatibilidad del elemento sanguíneo a transfundir, según grupo sanguíneo del receptor.

Transfusión de hemoderivados

Antes de la transfusión

- 1.- verificar que hay consentimiento informado del paciente o familiar.
- 2.- realizar la identificación y verificación de la calidad del componente sanguíneo conjuntamente con el médico.
- 3.- evitar transfundir productos que hayan estado sin refrigeración controlada durante más de 4 horas.
4. Transportar los hemo componentes en contenedores preferentemente de material plástico, herméticos, termoaislantes y lavables que aseguren la temperatura interior.
5. Hacer una pausa para confirmar que se trata del paciente correcto, procedimiento correcto y elemento correcto previo inicio a la administración del elemento sanguíneo.
6. Registrar el pulso y la presión arterial al comienzo de una transfusión, y posteriormente cada 15 minutos en la primera media hora y por último al finalizar transfusión de la unidad.
7. Los hemo componentes no deben ser calentados por medios no idóneos, como ponerlos encima de un monitor o bajo un chorro de agua caliente.
8. Tomar y registrar la temperatura previa transfusión, e informar el incremento de $> 1^{\circ}\text{C}$ respecto a la temperatura basal.
9. Utilizar una vía venosa gruesa y corta para la administración de hemo componentes, empleando las medidas de asepsia y antisepsia en su inserción.
10. Utilizar preferentemente un catéter periférico calibre N°18 para favorecer la infusión y evitar la hemolisis. Optar por venas de la mano o del antebrazo.
11. Utilizar un equipo de transfusión por cada unidad de hemocomponente a transfundir.
12. Administrar concentrados eritrocitarios en equipos con filtro convencional de 170 – 260 micras.

13. El plasma fresco congelado y los crioprecipitados deberán descongelarse en bolsa de plástico individual a una temperatura de 30 a 37°C para no desactivar los factores de la coagulación.
14. Las bajas temperaturas pueden causar fracturas de las bolsas contenedoras del plasma o crioprecipitados, por lo que durante el descongelamiento se revisará la existencia de fugas, en caso de haber alguna, se le dará destino final a la unidad de laboratorio.
15. El plasma se debe descongelar en agua sin sumergir los puertos, de no ser así, sumergirlo dentro de una bolsa sellada.

Durante la transfusión

1. 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.
2. 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.
3. En caso de colocar un manguito de presión en la unidad del hemocomponente para acelerar su flujo, no superar los 300 mmHg ya que puede ocasionar hemólisis.
4. Orientar al paciente sobre los signos y síntomas de una reacción transfusional para su notificación oportuna.
5. Monitorizar el sitio de punción intravenosa para saber si hay signos de infiltración o flebitis.

Posterior a la transfusión

1. Tomar y registrar los signos vitales.
2. Vigilar la aparición de signos clínicos de reacción transfusional
3. 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.
4. 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.

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. Las caídas de los pacientes son relativamente frecuentes en la mayoría de los hospitales del mundo, de modo que su cuantificación es uno de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de los cuidados a los pacientes en las instituciones de salud

Las caídas generan un daño adicional para el paciente, pudiendo ocasionar lesiones serias, incapacidad y en algunos casos la muerte. 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.

Prevención de caídas

Recomendaciones para prevenir caídas en adultos mayores

- 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). Preferiblemente, nunca utilizar zapatos de tacón alto. No caminar sin zapatos o zapatillas.
- Deambulación: mirar bien por donde se camina y hacerlo despacio, comprobando que no hay obstáculos ni irregularidades 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 asas en la ducha o baño y junto al inodoro.
- Dormitorio: incorporarse lentamente y permanecer sentado en la cama durante unos instantes antes de levantarse. El acceso a la cama debe ser amplio y permanecer libre de objetos.
- 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. Las estufas de gas deben mantenerse alejadas del lugar donde se sientan las personas y de cualquier elemento susceptible de arder.
- Aparatos eléctricos: no deben utilizarse en el baño. Hay que evitar utilizar al mismo tiempo diferentes electrodomésticos de alta potencia para evitar una sobrecarga.

La definición de una caída según la Real Academia Española, es aquel movimiento de un cuerpo de arriba hacia abajo por la acción de su peso debido a la atracción que sobre él ejerce la tierra.

Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales, siendo un grave problema de Salud Pública. Se calcula que anualmente alrededor del mundo se producen 37.3 millones de caídas cuya gravedad requerirá atención médica y mueren unas 424,000 personas debido a esta causa.

Los factores que intervienen en las caídas de los pacientes en una institución hospitalaria pueden ser muy diversos. Algunos están relacionados con la salud o su atención: deficiencias en el equilibrio, la marcha, la fuerza muscular, la agudeza visual y la cognición. También se asocian a la presencia de enfermedades crónicas y el uso de medicación psicotrópica.

Escalas de valoración de riesgo de caídas mas conocidas

a. Escala de riesgo de caídas múltiples de A. M. Tromp et al., la cual es utilizada para población de 65 años o más Este instrumento valora la presencia de caída en los últimos 12 meses, el puntaje máximo asignado en esta variable es de 5. Se evalúan también los problemas visuales, aquí el puntaje mayor es 4; la presencia de incontinencia urinaria o limitación funcional para lo cual se asignan 3 puntos a cada una. El puntaje total varía entre 0 y 15 puntos; el corte está establecido en 7 a partir del cual se considera que el riesgo de caídas es alto.

b. Escala de funcionalidad de Crichton, empleada en población adulta Ésta permite estimar la limitación física, el estado mental alterado, el tratamiento farmacológico que implica riesgo, los problemas de idioma o socioculturales, así como pacientes sin factores de riesgo evidentes.

c. Escala de Macdems aplicada en pacientes pediátricos Las variables que incluye son edad, antecedentes de caídas, de daño orgánico a nivel neurológico y compromiso de conciencia. El puntaje asignado va de 0 a 3, y califica de bajo riesgo a puntajes entre 0 y 1, mediano riesgo de 2 a 3 puntos y alto riesgo de 4 a 6 puntos

d. Escala St. Thomas- stratify- para todo tipo de población

La Central de Equipos y Esterilización (CEYE) es un servicio de la Unidad Médica cuyas funciones son: Obtener, centralizar, preparar, esterilizar, clasificar y distribuir el material de consumo, canje, ropa quirúrgica e instrumental médico quirúrgico a los servicios asistenciales de la Unidad Médica. El objetivo de la CEYE es asegurar la distribución adecuada de equipo, material e instrumental de manera oportuna y con la optimización de tiempo y recursos, para que en forma ininterrumpida (las 24 horas del día y los 365 días del año) los artículos requeridos por los servicios médico-quirúrgicos sean proporcionados para el logro de sus actividades.

Distribución de áreas de la ceye

- Área roja o contaminada: Es donde se realiza la recepción de artículos que ya fueron utilizados para su sanitización y descontaminación. Esta área debe contar con una pared divisoria de las demás áreas para evitar que el aire potencialmente contaminado circule en todas direcciones
- Área azul o limpia: Es donde se realiza la selección y empaquetado de los artículos para esterilizar, en esta área se deben localizar mesas de trabajo y los productos limpios aún no esterilizados.
- Área verde o estéril: Es donde se almacenan todos los paquetes estériles, listos para su uso. En esta área se deben localizar solamente la estantería con paquetes estériles

Característica de la planta física de la CEYE

- * Pisos, paredes, techos y plafones de materiales fáciles de conservar y limpiar.
- * Iluminación artificial; debe estar dispuesta de tal manera que no permita tener sombras.
- * Ventilación mecánica; indispensable, debido a la producción y escape de calor y vapor de agua y a la producción de pelusas de gasas, ropa y papel. Por razones de asepsia no se recomienda la ventilación natural.

Introducción a la ceye

Almacenamiento

- La estantería del material estéril debe estar ubicada en el área estéril con anaqueles con puertas corredizas de cristal. Los estantes deben estar colocados a una altura menor del techo de 46 cm y la más baja de 20-25 cm por encima del piso.
- No debe haber puertas abiertas ni corrientes de aire que contaminen el medio ambiente.
- La humedad del área debe estar entre 30-60%, y la temperatura por debajo de 26°C. Se recomiendan 10 intercambios de aire por hora.
- Las condiciones del almacenamiento deben ser óptimas empleando estantería fácil de limpieza, estar libres de polvo, pelusas, suciedad o bichos. La limpieza, de realizarse, debe ser extrema.
- Las áreas de almacenamiento deben tener entrada restringida.

Actividades de enfermería en ceye

Se recomienda realizar una desinfección del área con una periodicidad máxima de quince días, con un desinfectante efectivo que logre una limpieza profunda y completa, aún en la desinfección ambiental de alto riesgo microbiano, que ejerza su acción frente a bacterias grampositivas, gramnegativas, acido-alcohol resistentes, virus, hongos y sobre todo esporas. Además, que no sea irritante ni alergizante y fácil de diluir. Un desinfectante a base de cloro activo sin los efectos nocivos del hipoclorito de sodio ni la toxicidad de la sosa cáustica, altamente recomendable para este fin, puede ser el cloroxidante electrolítico, ya que, por oxidorreducción, destruye los microorganismos.

Funciones que se desarrollan en el servicio de la ceye

- * Obtener los artículos que se requieren para la dotación correcta y que correspondan a los autorizados en los fondos fijos.
- * Mantener en buenas condiciones de funcionamiento del equipo, material e instrumental.
- * Surtir de insumos, equipo e instrumental los Servicios Asistenciales.
- * Realizar técnicas adecuadas de preparación y esterilización de material y equipo.
- * Mantener la existencia de insumos necesarios para cubrir los servicios las 24 horas y los 365 días del año.
- * Cumplir con los sistemas de control establecidos.
- * Llevar el inventario de instrumental y equipo existente en el servicio.
- * Participar en la elaboración de fondos fijos de los servicios.

Desinfección del área de la ceye

- * Aplica y/o asume disposiciones, normas y procedimientos establecidos.
- * Solicita y registra los suministros de material asignados a los Servicios Asistenciales.
- * Supervisa los fondos fijos establecidos en los servicios.
- * Controla la distribución de material de consumo, de canje, instrumental y equipo.
- * Supervisa y registra los controles de esterilización.
- * Prepara material, guantes y bultos para su esterilización.
- * Mantiene las buenas relaciones interpersonales con el equipo de salud.

Perfil de la enfermera de la ceye

Conocimientos: • Formación básica en salud para la atención del individuo. • Sobre enfermedades infecciosas. • Sobre desinfección y esterilización. • Avances científicos y tecnológicos en cuanto a desinfección y esterilización. • Aspectos legales.

Habilidades: • Aplicación del conocimiento científico a las técnicas y procedimientos desarrollados en el área. • Técnicas de empaque de material e instrumental y equipo. • Funcionamiento de aparatos electro médicos. • Control de inventarios. • Manejo de fondos fijos. • Sistemas de informática aplicada al servicio.

Funciones: • Las funciones técnicas y administrativas propias del servicio. • Funciones de participación en el comité de infecciones intrahospitalarias. • Funciones de monitorización de la efectividad de la esterilización y controles microbiológicos del material y del área

La esterilización es el procedimiento mediante el cual se persigue destruir a todos los microorganismos, incluyendo a las esporas.

Métodos de esterilización

*Métodos físicos Los métodos físicos se realizan a través de la utilización de calor húmedo, seco o radiación, destruyen todas las formas de vida microbiana, incluyendo las esporas, el método más utilizado es el de vapor a presión.

- 1.-Vapor a presión-calor húmedo.
2. Aire caliente-calor seco.
3. Radiación ionizante.

*Métodos químicos

1. Gas óxido de etileno.
2. Gas y solución de formaldehído.
3. Plasma/vapor peróxido de hidrógeno.
4. Ozono.
5. Soluciones: Ácido acético, ácido peracético, glutaraldehído y cloroxidante electrolítico.

Tipos de esterilizadores

Tipos de esterilizadores

*Gravitacional: Posee una cámara interna y una cubierta externa, la cual una vez cerrada la puerta del esterilizador herméticamente, arroja el vapor caliente dentro de la cámara interna y va penetrando; desplaza el aire y después lo expande por la parte inferior de la misma; esto es debido a que el aire pesa más que el vapor y por gravedad el aire queda abajo y el vapor llena la cámara y obliga a salir el aire por un sistema que cuenta con una válvula termosensible para su drenaje.

*Pre-vacío: En este método la cámara del esterilizador evacua el aire por completo antes de introducir el vapor. Cuenta con una bomba de vacío que desplaza el aire de la cámara según el grado de vacío deseado, reemplazando por vapor a través de un sistema de inyectado, que facilita la penetración del vapor a los paquetes, reduciendo los tiempos de funcionamiento y esterilización.

Ciclos de esterilización

*Esterilizador gravitacional:

- Temperatura: 121°C.
- Humedad: 90%.
- Tiempos: (Total 45' del ciclo).
- Para el llenado de la cámara: Hasta alcanzar la temperatura adecuada, 5'.
- Exposición: 20' para la penetración de vapor a los paquetes.
- Expulsión
- Secado y enfriamiento de los paquetes: 15'.

*Esterilizador de pre-vacío:

- Temperatura: 133°C.
- Humedad: 90%.
- Tiempos: (Total 20' del ciclo).
- Para el pre-vacío y alcanzar la temperatura adecuada: 6'.
- Exposición: 4'.

Ciclos de esterilización de acuerdo al tipo de producto

- *Instrumental: Lapso de 20 a 30 minutos a temperatura de 121°C.
- *Telas, huatas y algodones: Lapso de 30 minutos a temperatura de 121°C.
- *Artículos de cristal: Lapso de 20 minutos a temperatura de 121°C.

Principales esterilizadores

- *esterilizador de alta velocidad
- *esterilización por calor seco
- * esterilización por óxido de etileno
- *esterilización por plasma
- *esterilización con soluciones químicas.

Clasificación de artículos reusables según el riesgo

- *Artículos críticos Son artículos que han tenido contacto directo con sangre y tejidos del paciente, entre los que podemos citar: Instrumental quirúrgico, implantes, agujas para biopsia, entre otros; el riesgo de producir infección es elevado, por lo tanto, requieren de una esterilización para su reusó.
- *Artículos semicríticos Son artículos que están en contacto directo con mucosas, de los cuales se pueden considerar: Sondas endotraqueales, equipo para terapia respiratoria, endoscopios, entre otros, éstos requieren de esterilización y/o desinfección de alto nivel.
- *Artículos superficiales no críticos Entre éstos se incluyen: Mobiliario, pisos, paredes y techos, los cuales requieren de procedimientos de limpieza y desinfección de alto, intermedio o bajo nivel.

Es el baño que se realiza en la ducha cuando la condición del paciente lo permite.

Objetivo

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

Material

*Toalla. *Toallitas. * Jabonera con jabón. * Silla. * Camisón o pijama. * Silla de ruedas si es necesario. * Shampoo.

Precauciones

- *No permitir que el paciente ponga seguro en la puerta del baño.
- * Nunca deje solo al paciente.

Baño de regadera

Técnica

1. Prepare el baño con todo lo necesario al alcance del paciente.
2. Ayude al paciente a ir al baño.
3. Si es necesario traslade al paciente en silla de ruedas.
4. Ayude a desvestirse proporcionando privacidad.
5. Observar al paciente en busca de lesiones en la piel o cambios en su estado general.
6. Ayúdele a entrar al baño cuidando que no se caiga el paciente.
7. Deje al paciente que se bañe solo si su condición lo permite, ayúdelo a lavarse la espalda.
8. Ayúdalo a secar la espalda y miembros inferiores, la humedad ayuda al crecimiento de microorganismos.
9. Ayude a vestirse y trasládelo a la unidad del paciente.
10. Descarte la ropa sucia.
11. Termine con el arreglo personal del paciente, proporcionándole seguridad emocional y confort.
12. Deje el equipo limpio y en orden.
13. Lávese las manos.
14. Haga anotaciones del expediente clínico del paciente si es necesario, permite el seguimiento sistemático y oportuno de la atención del paciente.

Son las maniobras que se realizan para mantener el aseo del cuerpo del paciente a excepción del cabello, siempre que sean imposibles los baños de tina o regadera.

Objetivos

-Limpiar la piel y aumentar así la eliminación por dicho órgano. -Estimular la circulación. -Proporcionar bienestar y relajación al paciente. -Eliminar las secreciones y descamación de la piel.

Principios

-El calor del cuerpo se pierde por convección o corrientes de aire. -La tolerancia al calor es diferente en las personas. -Las pasadas suaves, largas y ascendientes por los brazos y piernas aumentan el flujo venoso. -Compuestos químicos de algunos jabones irritan la piel y en particular los ojos.

Precauciones

Programar el baño de manera que no se interponga con las actividades hospitalarias, por ejemplo: obtención de muestras de laboratorio, radiografías, consultas y los alimentos. -Verificar la temperatura del agua. -No dejar mucho tiempo el jabón sobre la piel. -No interrumpir el baño para proveerse material. -Cambiar de agua cuantas veces sea necesario

Equipo

Carro pasteur con charola con cubierta que contenga: -2 palanganas con agua a temperatura de 43.3 a 46.1 °C -3 toallas fricción. -2 toallas grandes. -Jabonera con jabón. -Sábana auxiliar. -Artículos de higiene personal. -Guantes.

Procedimiento

Lavarse las manos. Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del paciente. Identificar al paciente. Dar preparación psicológica. Dar preparación física: a) Aislarlo. b) Posición de decúbito dorsal. c) Acercar al paciente a la orilla de la cama. Ajustar la ventilación del cuarto. Sustituir la ropa de encima por una sábana sosteniendo al paciente con ambas manos el borde superior de la misma mientras se retira la ropa de encima. Acercar las palanganas con el agua a temperatura conveniente. Ayudar al paciente a quitarse el camión o pijama. Iniciar el baño aseando cada párpado con movimientos suaves en sentido de la nariz a la sien, utilizando para ello la toallita fricción colocada a manera de guante y sin ponerle jabón. Después asear la cara sin jabón, continuar lavando orejas, cuello y parte superior de los hombros, enjuagar y secar. Colocar una toalla grande debajo del brazo del paciente, proceder a lavarlo con movimientos largos, sostener el brazo desplazándolo a su máxima amplitud normal de movimiento y lavar región axilar. Enjuagar y secar con la misma toalla. Repetir el mismo procedimiento con el otro brazo. Permitir que el paciente se remoje las manos antes de proceder a lavarlas, enjuagar y secar las manos. Colocar una toalla sobre el tórax para proteger el pecho del paciente, lavar región torácica y abdomen, enjuagar y secar. Cambiar de agua antes de lavar las piernas. Ayudar al paciente a flexionar la rodilla y se coloca una toalla debajo de la pierna y pié, lavar la pierna con movimientos largos, enjuagar y secar. Repetir el mismo procedimiento con la otra pierna. Remojar ambos pies del paciente en la palangana antes de lavárselos.

Baño de esponja

El objetivo primordial de las UMIV en la racionalización de la terapia intravenosa es garantizar la seguridad y eficacia de la terapéutica intravenosa administrada a los pacientes hospitalizados.

Condiciones para lograr la preparación y dispensación de las MIV

- Cumplir con los requisitos farmacotécnicos adecuados al paciente, exentos de contaminantes microbiológicos, pirógenos, tóxicos y de partículas materiales. Garantizando además que los aditivos agregados no pierdan más del 10% de su actividad terapéutica desde que se efectúa la preparación hasta que finaliza su administración al paciente;
- Ser terapéuticamente adecuadas a cada paciente en particular, de tal manera que contengan los medicamentos prescritos y en las concentraciones correctas para garantizar la máxima seguridad y efectividad terapéutica;
- Tener la identificación del paciente y del contenido con datos de conservación, caducidad, horario de administración y velocidad de perfusión;
- Realizar, en conjunto con el equipo de salud, el seguimiento terapéutico de aquellos tratamientos que por sus características especiales de complejidad, incompatibilidad o estabilidad requieran la participación del farmacéutico, tanto en el paciente internado, como en el ambulatorio o domiciliario

Preparación de soluciones intravenosas

La administración de medicamentos intravenosos es importante en varios tratamientos médicos. Esta vía es más utilizada en pacientes ingresados en un hospital, en centros de diagnóstico y tratamiento (CDT), en farmacias especializadas que ofrecen el servicio en el hogar del paciente, entre otros. Se prefiere la vía intravenosa por ventajas como mayor la biodisponibilidad del fármaco y, en consecuencia, el efecto terapéutico deseado inmediato.

El médico, luego de evaluar al paciente, decide lo siguiente:

Medicamento a utilizar;

Dosis (estandarizada o personalizada); y

Frecuencia. La orden es recibida por el farmacéutico que evalúa la dosis, la frecuencia y las interacciones e incompatibilidades, tomando en consideración el peso del paciente, así como sus funciones hepática y renal.

Cálculo de Dosis

La preparación del medicamento requiere un cálculo exacto de la dosis. Es esencial que la enfermera tenga una comprensión básica de la aritmética para calcular la dosis de los medicamentos, mezclar soluciones y realizar conversiones de medida dentro de un mismo sistema o a un sistema diferente, por ejemplo de gramos a ml. Esta actividad es importante porque los medicamentos no siempre son dispensados en la dosis y unidad de medida en la que se han recetado para ello, se debe recurrir, al uso de operaciones matemáticas simples como son la regla de tres o ecuaciones.

Los registros de enfermería forman parte del trabajo que desarrolla la enfermera en su labor de asistencial de atención a las necesidades de cuidados de la población, por ello, los profesionales, debemos ser conscientes de su importancia, y relevancia, así como conocer la adecuada forma de cumplimentación los mismos, así como las repercusiones tanto a nivel profesional, fomentando el desarrollo de la profesión, como a nivel legal, conociendo la legislación y las responsabilidades que debemos asumir en el trabajo diario.

Objetivos

Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales. No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos

Precisión y exactitud

- Deben ser precisos, completos y fidedignos.
- Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa.
- Expresar sus observaciones en términos cuantificables.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño y aspecto.

Legibilidad y claridad

- Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.
- Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta. - Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente
- Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término.

Simultaneidad

- Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno.
- Evitando errores u omisiones.
- Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente.
- Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompleta

Registros y observaciones de enfermería

