

Nombre del alumno: Luz Alejandra Pérez Hernández.

Nombre del profesor: María del Carmen López.

Nombre del trabajo: resúmenes y ensayos.

Materia: práctica clínica de enfermería I.

Grado: 6.

Grupo: A.

Nombre del alumno: ~~Iduz~~ Alejandra Pérez
Hernández.

Nombre del Profesor: María del Carmen
Díaz Silva.

Nombre del trabajo: UNIDAD I.

Materia: Práctica clínica de
enfermería.

Grado: 6^o

GRUPO: "A"

Fecha: 16 de mayo del 2022.

UDS

PLANACION LICENCIATURA ESCOLARIZADO

DIRECCION ACADEMICA

DAC-FOR-01

12 Técnica de lavado de manos quirúrgico

Licenciatura:

Enfermería

Materia: Práctica Clínica de enfermería I

Clave: F. LE040

Modalidad:

Escritorio

Cuatrimestre: 4º

Horas: 4

OBJETIVO:

Desarrolla un conocimiento práctico mediante la experiencia práctica y la reflexión. Integra el conocimiento teórico en la práctica. Proporciona cuidados de enfermería personalizados, con una visión integral. Adquiere y desarrolla actitudes y habilidades profesionales. Se capacita de tomar decisiones conforme a una valoración. Conoce y desarrolla las competencias profesionales.

S	CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4	ACTIVIDADES EN PLATAFORMA
1	Unidad I. 1.1 Presentación/enfoque teórico	1.2 Técnica de lavado de manos social y clínico	1.2 Técnica de lavado de manos social y clínico	1.3 Técnica de lavado de manos quirúrgico	
1	1.3 Técnica de lavado de manos quirúrgico	1.4 Prevención y tratamiento de úlceras por presión	1.5 Técnica de la extracción de formetas de riesgo de úlceras por presión (escala de Braden, Erima, Norton)	1.5 Técnica de la valoración de formetas de riesgo de úlceras por presión (escala de Braden, Erima, Norton)	
1	1.6 Transfusión de hemoderivados	1.7 Prevención de caídas	1.8 Técnica para valoración de riesgos de caídas (escala de Norton modificada)	1.9 Técnica de sujeción y utilización de instrumentos para prevenir caídas	
4	EXAMEN 1er. Parcial	Unidad II: introducción a la CEYE	2.1 Generalidades de la Central de Equipos y Esterilización	2.2 Tipos de esterilizadores	
5	2.3 Baño de regadera	2.4 Baño de esponja	2.4 Baño de esponja	2.5 Preparación de soluciones intravenosas	
6	2.6 preparación de soluciones intravenosas en la lámpara de flujo laminar	2.7 Intervenciones y resultados para la mejora continua del proceso de preparación de soluciones intravenosas	2.8 registros y observaciones de enfermería	2.9 registros y observaciones de enfermería	
7	EXAMEN 2do. Parcial	Unidad III: Técnicas y procedimientos	3.1 Instalación de catéter venoso periférico	3.2 Instalación de catéter venoso central	
8	3.3 Aspiración de secreciones traqueales bronquiales con sistema abierto	3.4 Aspiración de secreciones traqueales bronquiales con sistema cerrado	3.5 Cuidas peritoneal	3.6 Técnica del proceso de cambio de bolsas de diálisis peritoneal	

NOM.022

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012 Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.

La terapia de infusión intravenosa es un procedimiento con propósitos / profilácticos, diagnósticos o terapéuticos este consiste en la inserción de un catéter en la luz de una vena, a través del cual se infunden al cuerpo humano líquidos, medicamentos, sangre o sus componentes, su objetivo es establecer los criterios para la instalación, mantenimiento, vigilancia y retiro de vías de acceso venoso periférico y central.

Normas para la correcta aplicación.

Nom. 003 Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Norma Oficial mexicana Nom.-010 para la prevención y control de la infección por virus de inmunodeficiencia humana.

Nom. 045 para la vigilancia, epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

Nom. 168 Del expediente clínico.

Nom. 087 protección ambiental - Salud ambiental - residuos peligrosos

biológicos - infecciosos clasificación y especificaciones de manejo.

Nom. 170 Para la práctica de anestesiología.

ISO.MOM

La terapia de infusión intravenosa preoperatoriamente deberá ser aplicada por personal de salud con los conocimientos necesarios, se necesitan los insumos necesarios, se debe proporcionar la información suficiente al paciente y a su familiar sobre el procedimiento, sus riesgos, cuidados, así como su participación. Se debe tener los cuidados necesarios para no contraer alguna infección nosocomial; los personal físicos, morales, representantes legos o la persona facultada para ello en los establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria de los sectores público, social y privado en su caso podrán solicitar la evaluación de la conformidad respecto de esta norma, ante los organismos acreditados y aprobados con dicho propósito.

6.7.1.2 Se lavarán las manos con agua y jabón antiséptico o realizar higiene con solución a base de alcohol, antes y después del manejo del catéter y las vías de infusión.

Lavado de manos : (OMS)

El personal de salud debe lavarse las manos en los centros sanitarios, la OMS recomienda disponer de dispositivos base, el lavado de manos debe hacerse antes y después de tocar al paciente, antes de realizar una tarea aséptica y cuando esto expuesto a líquidos corporales, para disminuir las infecciones nosocomiales.

Un correcto lavado de manos debe durar entre 40 y 60 segundos.

Manera de hacerlo:

- Mojarse las manos con agua.
- Depositar en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos.
- Frotarse las manos entre sí.
- Frotarse la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando dedos y viceversa.
- Frotarse las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
- Frotarse el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
- Frotarse con un movimiento de rotación, el pulgar izquierdo, atrapando con la palma de la mano derecha y viceversa.
- Frotarse la punta de los dedos de la mano derecha, contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.

Lavado de manos

FECHA

⌚ Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



0 Mójese las manos con agua;



1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



8 Enjuáguese las manos con agua;



INDICADOR DE ULCERAS POR PRESIÓN

Úlcera por presión: Toda lesión, isquémica de la piel y tejidos subyacentes producida por presión prolongada, fricción o rozamiento entre dos planos duros.

Factores de riesgo:

Permanentes: Son aquellas que no admiten mejora y acompañan naturalmente a las personas durante su vida:

Edad.

Capacidad física mermada.

Variables: Son los que admiten evolución a lo largo del tiempo.

Fisiopatológicos.

Derivados del tratamiento médico.

Derivados de los cuidados y de los cuidadores.

Fisiopatológicos: Son aquellos originados como consecuencia directa de los problemas de salud.

Derivados del tratamiento médico: Son los que tienen como causa determinadas terapias o procedimientos diagnósticos.

Derivados de los cuidados y de los cuidadores: Son todos aquellas factores que influyen las actuaciones externas sobre el paciente.

Valoración del riesgo de úlceras por presión: Una valoración de riesgo estandarizada asociada a protocolos preventivos, disminuye en un 60% la incidencia de UPP, y también reduce la gravedad de las úlceras y costos asociados.

(PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE U.P.P.)

Prevenición de úlceras por presión:

- Valorar y registrar factores de riesgo que predispongan al paciente para la aparición de estas.
- Establecer el plan de cuidados y ejecutar las acciones de enfermería de acuerdo al riesgo.
- Utilizar elementos disponibles y necesarios para prevenir la aparición de úlceras.
- Orientar al paciente y a la familia sobre las formas de prevención de úlceras por presión.
- Revalorar y ajustar de acuerdo al estado del paciente las intervenciones de enfermería establecidos en el plan de cuidados.

TEMA
UPP

FECHA

TABLA 1 Escala EMINA°

	Estado mental	Movilidad	Humedad R/A Incontinencia	Nutrición	Actividad
0	Orientado	Completa	No	Correcta	Deambula
1	Desorientado o apático o pasivo	Ligeramente limitada	Urinaria o fecal ocasional	Ocasionalmente incompleta	Deambula con ayuda
2	Letárgico o hipercinético	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre precisa ayuda
3	Comatoso	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta	No deambula

Puntuación total

Sin riesgo = 0 puntos; Bajo riesgo = 1 a 3 puntos; Medio riesgo = 4 a 7 puntos; Alto riesgo = 8 a 15 puntos.

TEMA

UPP

FECHA

Escala de NORTON

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy limitada	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso o comatoso	Inmóvil	Encamado	Urinaria y fecal	1

TEMA

UPP : 00

FECHA

20/02/2020

ESCALA DE BRADEN BERGSTROM

Escala de Braden Bergstrom

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	En cama	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

Norma Oficial mexicana Nom-263-SSA1-2012.

Norma oficial Mexicana Nom-263-SSA1-2012 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, con la finalidad de implementar técnicas de laboratorio con mayor seguridad para etiquetar muestras de sangre y sus componentes.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud establecen que toda clínica de gobierno y privada debe funcionar bajo un mismo criterio con el fin de garantizar la autosuficiencia, cobertura universal y seguridad de la sangre y sus componentes debe actualizarse en el marco jurídico en la materia.

La norma oficial mexicana Nom-263-SSA1-2012 debe contribuir a la confianza general en cuanto a la donación de sangre y componentes sanguíneos. Las etiquetas de los componentes sanguíneos y de las muestras deben estar firmemente adheridas y ser fácilmente legibles.

Las normas exigen los siguientes factores o **Marbete**: Información contenida en una etiqueta que acompaña a una unidad de sangre o de algún componente sanguíneo.

En las bolsas conectadas más empleadas, la cantidad de solución anticoagulante y preservadora está calculada para obtener $450 \text{ ml} \pm 10\%$

Identificación de las unidades y de las muestras sanguíneas:

- Los bancos y servicios de transfusión deben utilizar etiquetas.
- Etiquetas legibles.
- Deben usarse etiquetas con sistema electrónico.
- Identificación numérica o alfanumérica exclusiva.

Procedimiento de identificación: Algunos procedimientos que se obtienen en identificación de las unidades:

- No procesadas.
- De sangre y concentrados de eritrocitos.
- De sangre reconstituida.
- Electrolitos lavados.

Con el fin de garantizar la autoseguridad, cobertura universal y seguridad de la sangre.

PREVENCIÓN DE CAIDAS.

Hasta hace muy poco tiempo se le había dado poca importancia a los daños cometidos a los pacientes por causa de errores del personal sanitario, no obstante un estudio mostró que el paciente que ingresa a una institución hospitalaria se encuentra vulnerable en su entorno tanto en lo físico como en lo anímico, por lo que se enfrenta a riesgos que no se limitan a las infecciones nosocomiales.

El objetivo es:

General: Estandarizar el uso de una herramienta técnica, confiable y aplicable a las condiciones de la población mexicana, que unifique los criterios en la valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados.

Específicos: Identificar el grado de riesgo de caídas en los pacientes, establecer un plan de intervención de enfermería con base en el grado de riesgo identificado, disminuir el riesgo de caídas de los pacientes hospitalizados y proporcionar a los pacientes un ámbito hospitalario seguro.

Barreras de seguridad para la prevención de caídas:

Barandas arriba, Uso de frenos, correa Flemingson, alfetas upyales, Alfetas acústica visual (chambre de llamado), Escala de clasificación Pasamanos en los baños, antideslizantes en baños y escaleras.

Prevención de caídas en pacientes hospitalizados:

- Valorar y registrar los factores de riesgo de caída en pacientes durante su estancia.
- Establecer en el plan de cuidados, las intervenciones de enfermería de acuerdo al riesgo de caídas.
- Utilizar recursos disponibles y necesarios para la seguridad del paciente.
- Informar al paciente y al familiar sobre el riesgo de caída.
- Orientar sobre el uso y manejo del equipo y elementos para la seguridad del paciente.
- Revalorar y ajustar las intervenciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados.
- Registrar presencia o ausencia de incidente o accidente que el paciente presente.

TEMA

FECHA

P. De caídas :

ESCALA DE NORTON MODIFICADA

ESTADO FISICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	4
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1

CLASIFICACION DE RIESGO:

PUNTUACION DE 5 A 9----- RIESGO MUY ALTO.
PUNTUACION DE 10 A 12----- RIESGO ALTO
PUNTUACION 13 A 14 ----- RIESGO MEDIO.
PUNTUACION MAYOR DE 14 ---- RIESGO MINIMO/ NO RIESGO.