



Mi Universidad

Nombre del Alumno: yuriceyda López velasco.

Nombre del tema: resumen.

Parcial: I

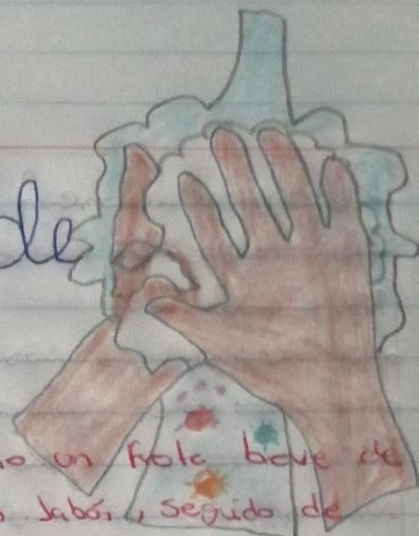
Nombre de la Materia: práctica clínica de enfermería.

Nombre del profesor: Lic. María del Carmen López silba.

Nombre de la Licenciatura: enfermería.

Cuatrimestre: 6

Lavado de manos.



lavado de manos: Se define como un frote breve de todas sus superficies de las manos con jabón, seguido de enjuague el chorro de agua, su objetivo es remover la suciedad. es parte de la higiene personal, independiente del contacto con pacientes.

lavado de manos clínicos: Se define como un frote breve pero enérgico de todas las superficies de las manos con una solución antiséptica -anti microbiana. seguido de enjuague con chorro de agua.

Sanitización: la higienización. Se define como un frote breve con una solución antiséptica a partir de alcohol y emolientes buscando destruir los microorganismos de la flora bacteriana transitoria adquirida recientemente por contacto directo con pacientes, familiares.

Requerimientos básicos.

- lavamanos.
- Jabón líquido o desinfectante
- Centro quirúrgico: Clorhexedina al 4%
- Servicios asistenciales: Hospitalización, sala de quimioterapia.
- Áreas críticas: Unidad de cuidados intensivos.

Recomendaciones.

- el personal deberá tener las uñas cortas, limpias y sin esmalte.
- antes del lavado, retirar todos los joyas y reloj de manos.
- el uso de guantes no reemplaza el lavado de manos.
- las áreas de las manos donde se encuentra un mayor número de microorganismos.

Los 5 momentos del lavado de manos.

1. Antes del contacto con el paciente: Para proteger al paciente de los germenés dañinos que usted tiene en las manos.
2. Antes de realizar una tarea limpia/aséptica: Para proteger al paciente de los germenés dañinos que puedan ingresar a su cuerpo, incluido sus propios germenés.
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 germenés, ejemplo: cuidado oral, aspiración de secreciones, orina, heces.
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.
5. Después del contacto con el entorno del paciente: Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de germenés, Ejemplo: Cambiar la ropa de la cama, ajustar la velocidad de perfusión.



ULCERAS POR PRESIÓN

Objetivo:

Realizar intervenciones en pacientes con lesiones del aparato músculo-esquelético a través de una aplicación de Procedimientos.

Introducción.

La dimensión y el impacto que producen las upp hace que estas sean consideradas un problema de salud social y económico además de un generador del deterioro de la calidad de vida de pacientes.

Prevenir, cuidar y disminuir la incidencia de la upp es un objetivo de calidad asistencial.

es de vital importancia motivar y formar al equipo cuidador sobre todos aquellos aspectos que tengan referencia sobre temas como higiene, movilización, nutrición.

¿Qué es una úlcera por presión?

Son lesiones en la piel y partes blandas con pérdida de la continuidad de la piel que inicia un proceso de curación lento.

Causas.

Cizallamiento: fuerza aplicada o presión ejercida contra la superficie y las capas de la piel a medida de las lesiones.

Presión: la presión y el tiempo necesarios para producir una isquemia. Varían de un paciente a otro. Se considera una presión superior a 15 y 20 mm/Hg (presión interna de los capilares y arteriolas).

Fricción: además de por presión directa se puede producir por presiones tangenciales que actúan paralelamente a la piel produciendo rozas por movimiento o arrastre.

Factores influyen en su aparición.

Lesiones cutáneas: edema, sequedad de la piel.



Trastornos del transporte de O_2 : trastornos vasculares periféricos, cardiopulmonales.



deficiencia nutricional: delgadez, desnutrición, obesidad.

deficiencia motoras: Paresias, Parálisis.

deficiencias sensoriales: Pérdida de la
sensación de brote.

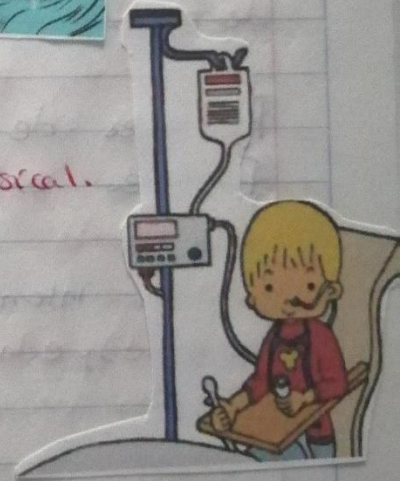


Trastornos inmunológicos alteración del estado de conciencia.
estupor, confusión y Coma.



Derivados del tratamiento.

Sondajes con fines diagnósticos: SNG, vesical.



Tratamientos o Fármacos que tienen acción inmunosupresora:
radioterapia, corticoides.



Situacionales.

Resultado de modificaciones de las condiciones personales y ambientales.

Inmovilidad: relacionado con dolor, fatiga y estrés.

arrugas: en ropa de cama, Piel.

del desarrollo.

niños lactantes: rash por el pañal

ancianos: Piel seca, Pérdida de elasticidad de la piel.

del entorno:

Falta de educación sanitaria: en las pacientes con sobre carga del trabajo profesional, Falta o mala utilización del material de prevención.

Factores de riesgo.

Factores externos: humedad, presión, inmovilización, fricción, fricción.

Factores internos: alteración en la nutrición (delgadez, anemia, obesidad), edad, hidratación.



| Estado | Definición |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I | La piel está intacta, hay eritema que no blanquea, como resultado de la extravasación de sangre de los tejidos isquémicos, usualmente en forma de cono, con la punta del mismo hacia la piel; debajo de la lesión superficial ya hay lesiones mayores. |
| II | Se observa disrupción de la piel e involucra la epidermis y/o la dermis. Puede haber una leve cantidad de secreción. |
| III | Se extiende a través de la dermis, hasta el tejido celular subcutáneo, la grasa y la fascia subcutánea. |
| IV | Alcanza el músculo, el hueso o los tejidos de sostén. Usualmente hay abundante secreción. |

- Ulceras por presión Grado I -

Grado I.

Eritema de la piel intacta que no recupera su color después de 15 a 20 minutos.

En individuos con piel oscura la decoloración, edema.

Grado II.

Pérdida de la piel de profundidad parcial involucra epidermis o dermis.

Grado III.

Involucra daño o necrosis de epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo.

Grado IV.

Pérdida de tejido de profundidad total con extensa destrucción, necrosis tisular o daño a músculos, huesos.



Valoración.

- Antes de iniciar un tratamiento es primordial identificar y describir las características de la lesión.
- localización
- tamaño
- forma
- estado según su características.

Tratamiento.

1. desbridamiento del tejido necrótico
2. limpieza de la herida.
3. descripción del estado de las lesiones.
4. elección de un producto que mantenga continuamente una úlcera húmeda.

Infección de úlceras


Síntomas de infección de úlceras.

- inflamación
- Dolor
- olor.
- exudado purulento.

Bibliografía.

Manual de Prevención y tratamiento de úlceras por presión
2003 Disponible en <http://www.saludmultimedia.net>

José Félix "Prevención y tratamiento de úlceras y escaras"
España, editorial Vertice, 2008.



Norma Oficial

Mexicana NOM-045-SSA2-2005 Para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales.

Las infecciones nosocomiales representan un problema de una gran importancia clínica y epidemiológica debido a que condicionan mayores tasas de morbilidad y mortalidad con un incremento consecuente en el costo social de años de vida potencialmente perdidos, así como los años sabduller perdidos por muerte prematura.

A pesar de que se reconoce a la infección nosocomial como una complicación donde se conjugan diversos factores de riesgo y que es susceptible, en la mayoría de los casos de prevenirse, se debe señalar que existen casos en los que se presenta debido a condiciones al huésped.

Generalidades

La Vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales deberá realizarse a través de un sistema que unifique criterios para la recopilación dinámica, sistemática y continua de la información generada por cada unidad de atención médica para su procesamiento, análisis, interpretación, difusión y utilización en la resolución de problemas y de operación por los niveles técnico-administrativos.

Norma Oficial Mexicana Nom - 022 - SSA3 - 2012.


Administración de la Terapia de Infusión.

La terapia de infusión intravenosa es un procedimiento terapéutico de diagnóstico y profiláctico que consiste en la inserción de un catéter en la luz de una vena a través del cual se infunden líquidos, medicamentos, sangre o sus componentes al cuerpo humano.

representa un importante apoyo durante el proceso asistencial de los pacientes de la complejidad del problema de salud. Sin embargo este procedimiento también ofrece serios riesgos para los pacientes, para el personal y para las instituciones prestadoras de servicios de salud en virtud de que se ve incrementada la estancia hospitalaria,

Objetivo.

establecer las técnicas y procedimientos que deberán llevar a cabo los establecimientos para la atención médica así como los requisitos del personal del salud, para la administración de la terapia de infusión intravenosa con fines diagnósticos terapéuticos y profilácticos de disminuir complicaciones y costos asociados a la práctica.



Norma Oficial mexicana NOM-253-SSA1-2012.

Para la disposición de sangre
humana y sus Componentes Con
Fines Terapéuticos.

Esta norma debe contribuir a la confianza general en cuanto a la donación de sangre y Componentes Sanguíneos dando protección a la salud de los donantes, receptores y el personal de salud, conseguir la autosuficiencia reforzar la seguridad de la cadena transfusional de manera suficiente y que pueda lograrse un mejor nivel de obtención adoptando las medidas necesarias para alcanzar los objetivos planteados.

La donación voluntaria no remunerada y regular la selección adecuada del donante y el mejoramiento de las Pruebas de laboratorio han permitido que en las dos últimas décadas hubiera una reducción importante del riesgo de transmisión transfusional de agentes infecciosos, con el fin de disminuir los riesgos de transmisión de agentes infecciosos transmisibles por transfusión en forma de que los laboratorios con pruebas más sensibles y específicas que se aplican a los donantes.



Transfusión de hemoderivados.

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.

Seguridad.

Conjunto de procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos.

Factores de riesgo.

1. Conocer el historial transfusional del paciente que se va a transfundir.
2. Evitar la transfusión de más de una unidad de sangre o hemocomponente de forma continua del estado del receptor.
3. En caso de no contar con el grupo y Rh del hemocomponente, Prescrito, notificar al médico.

Al finalizar la transfusión anotar y describir la transfusión realizada:

- Signos vitales, antes, durante, y después.
- Volumen total transfundido.
- Tiempo de transfusión.
- Respuesta del paciente.

Prevención de caídas.

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.

Las caídas generan un daño adicional para el paciente pudiendo ocasionar lesiones serias, incapacidad y en casos la muerte, tienen diferentes repercusiones como son los aspectos físicos (complicaciones de salud, fracturas, daños en tejidos blandos, secuelas permanentes debidas a la lesión, psicológicos (temor y ansiedad ante las caídas).

La mayoría de caídas de las personas mayores se producen en el hogar generalmente, por una falta de adecuación de las instalaciones a sus condiciones físicas y derivadas del envejecimiento: menor agudeza visual, deterioro de las capacidades físicas (marcha, coordinación).

Caídas, golpes, cortes, atropellos, quemaduras, e intoxicación son los accidentes más frecuentes.

- Deben cuidarse el oído y revisarse la vista
- en casa debe tenerse siempre a la mano el teléfono para llamar al 112 en caso de emergencia.