



**Mi Universidad**

*Nombre del Alumno: Nelsi Beatriz Morales Gómez*

*Parcial: 1°*

*Nombre de la Materia: Practica Clínica De Enfermería I*

*Nombre del profesor: María Del Carmen López Silba*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería*

*Cuatrimestre: 6°*

## Lavado De Manos

Lavarse las manos, un sencillo acto en centros de salud o en la comunidad, puede ser la diferencia entre la vida y la muerte.

El personal de salud debe lavarse las manos antes y después de tocar al paciente, antes de realizar una tarea aséptica y cuando esta expuesto a líquidos corporales, para disminuir las infecciones intrahospitalarias. Además, lavarse las manos debe ser la base de todas las intervenciones, ya sea al insertar un dispositivo médico invasivo, manipular una herida quirúrgica o al realizar una inyección.

Norma Oficial Mexicana **NOM-022-SSA3-2012** es la norma para la administración de la terapia de infusión, que incluye el lavado de manos con jabón antiséptico, o realizar higiene con solución a base de alcohol, antes y después del manejo del catéter y las vías de infusión, y la **NOM-048** establece los criterios que deberán seguirse para la prevención, vigilancia y control epidemiológicos de las infecciones nosocomiales que afectan la salud de la población. El lavado de manos es de suma importancia para prevenir las infecciones en general.

## Prevención Y Tratamiento De Ulceras Por Presión

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.

### ⇒ MECANISMO DE PRODUCCIÓN DE LAS UPP ⇒

Se basa en la deficiente irrigación sanguínea de la zona por una causa externa: la presión, que produce aplastamiento tisular entre dos planos duros, un perteneciente al individuo (hueso) y otro externo a él (superficie de la cama, sillón, dispositivos terapéuticos etc.).

### ⇒ CLASIFICACIÓN ⇒

#### ÚLCERAS POR PRESIÓN GRADOS:

- Estadio I: una zona enrojecida en la piel que no se vuelve blanca cuando se la presiona con el dedo. Esta es una señal de que se está formando una úlcera por presión.
- Estadio II: se forman ampollas en la piel o una llaga abierta. La zona alrededor de la herida puede estar roja e irritada. La epidermis y/o dermis ya está rota, la piel ha perdido su continuidad.
- Estadio III: La piel pierde totalmente el grosor, se forma un agujero abierto y hundido llamado cráter. El tejido por debajo de la piel, es decir el tejido subcutánea está dañado. Se puede ver grasa subcutánea, no están afectados

el hueso, tendones o el músculo.

→ **Estadio IV:** La úlcera por presión es profunda y/o extensa y hay daño en el músculo y, a veces, en los tendones y las articulaciones, llegando a ver incluso el hueso.

ESCALA DE NORTON					
Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Buena	Alerta	Ambulante	Total camina con ayuda	Ninguna	4
Mediana	Apático	Disminuida	sentado	Ocasional urinaria o fecal	3
Regular	confuso	muy limitado	sentado	urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso comatoso	Inmóvil	Encamado	urinaria y fecal	1

### CLASIFICACIÓN DE RIESGO

- Puntuación de 5 a 9 → Riesgo muy alto
- Puntuación de 10 a 12 → Riesgo alto
- Puntuación de 13 a 14 → Riesgo medio
- Puntuación mayor de 14 → Riesgo mínimo/no riesgo

ESCALA DE BRADEN						
	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Alimentación	Riesgo de lesiones cutáneas
1	completamente limitada	constantemente húmeda	Encamado	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	

- \* Índice < 12 → Riesgo alto
- \* Índice 13-15 → Riesgo medio
- \* Índice 16-18 → Riesgo bajo
- \* Índice > 19 → sin riesgo

ESCALA DE EMINA					
	Estado Mental	Movilidad	Humedad n/a Incontinencia	Nutrición	Actividad
0	Orientado	Completa	NO	Correcta	deambula
1	Desorientado apático o pasivo	Ligeramente limitada	Urinaria o fecal ocasional	Ocasionalmente incompleta	deambula con ayuda
2	Letárgica o hipercinético	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	siempre precisa ayuda
3	comatoso	Inmovil	Urinaria y fecal	No ingesta	No deambula

Puntuación total

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

→ TRATAMIENTO DE UPP

El enfoque terapéutico de las UPP depende de su estadio y las características de la lesión. Las objetivos primordiales en el tratamiento son, por un lado, conseguir que la lesión no evolucione a un estadio superior y, por otro, que la cicatrización se logre en el menor tiempo posible.

## Norma 253

Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSAT-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.

### → HEMODERIVADO ←

Un hemoderivado es todo aquel tejido que se deriva o separa a partir de la sangre. Casi siempre se separan por medio de una centrifuga en un laboratorio, basándose en la densidad de los diferentes componentes de la sangre; lo más denso se va hasta el fondo mientras que lo menos denso queda en la parte superior.

### → Tipos ←

Los principales hemoderivados con interés terapéutico son concentrados de factores de la coagulación (conc. FVIII, conc. FIX y conc. comp.

### → Cuidado Enfermería ←

Identificar a pie de cama del paciente (nombres completos del paciente, registro).

Identificar el componente a transfundir (nombres del paciente, grupo sanguíneo).

\* No calentar

\* Utilizar filtro estándar (170-210  $\mu$ )

\* Medición y registro de signos vitales, antes, durante y después de transfusión.

\* No se combina con medicamentos, ni soluciones.

## → Prevención De Caídas

Una caída es un suceso imprevisto no intencionado que afecta a un paciente o acompañante, donde uno acaba yaciendo en el suelo o en cualquier nivel más bajo desde el que se encontraba, de pie, sentado o estirado.

La introducción de programas de prevención cuyo eje es la identificación de pacientes con riesgo de sufrir caídas puede limitar este problema de seguridad del paciente.

El índice de caídas es considerado uno de los indicadores para evaluar la calidad de los cuidados de Enfermería, por lo tanto dicho personal debe aceptar y tomar conciencia que uno de los aspectos más importantes en los programas de prevención de caída es la correcta "Identificación de los pacientes de riesgo".