



Nombre del alumno: Ingrid del Rosario García Calderón

Nombre del Profesor: María del Carmen López Silba

Nombre de la Materia: Práctica Clínica de Enfermería I

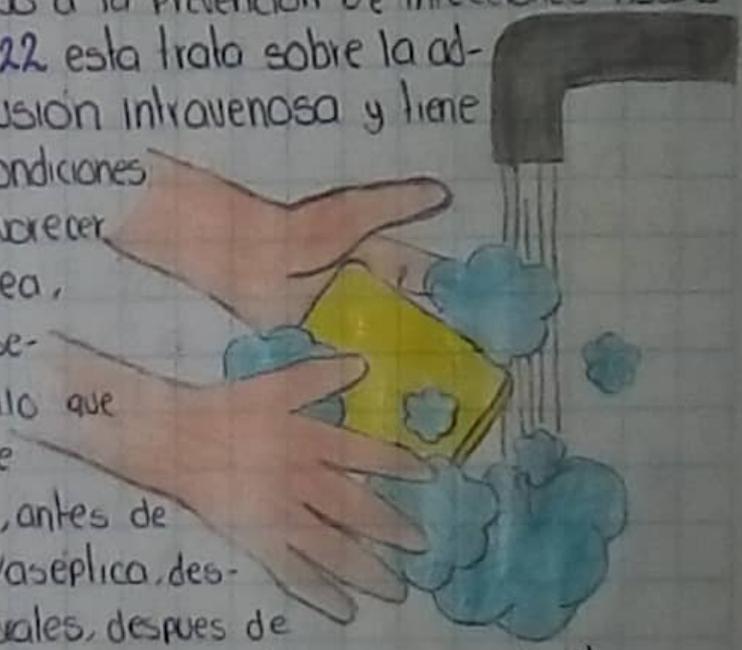
Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en Enfermería

Grado: 6° Cuatrimestre

Grupo: "B"

Técnica de Lavado de Manos y Norm-022 y Norm-045

• El Lavado de manos es muy importante, ya que es un procedimiento en el que el personal de enfermería lo realiza para realizar intervenciones, pero también la población debería realizarlo, ya que así pueden evitar alguna enfermedad o infección, es por ello que igual se hablara de dos Normas importantes que van con relación a este tema. Antes que nada el objetivo general del lavado de manos es para eliminar los microorganismos patógenos de la piel, contribuyendo a la prevención de infecciones nosocomiales. De acuerdo con la NOM-022 esta trata sobre la administración de la terapia de infusión intravenosa y tiene el propósito de establecer las condiciones necesarias y suficientes para favorecer una práctica clínica homogénea, que ayude a lograr una atención segura y libre de riesgos, es por ello que al realizar algún procedimiento se tiene en cuenta los 5 momentos, antes de la realización de una tarea limpia/aseptica, después de exposición a líquidos corporales, después de tocar un paciente y después del contacto con el entorno del paciente. Y asimismo la otra norma que es la NOM-045 trata sobre los criterios que deberán seguirse para la prevención, vigilancia y control epidemiológico de infecciones nosocomiales que afectan la salud de la población, uno de los objetivos que tiene esta norma es el de minimizar la transmisión de infecciones entre pacientes y personal, por lo que todo el personal de salud al entrar en contacto con el ambiente hospitalario debe lavarse las manos antes y después de revisar a cada paciente ya que como mencionaba anteriormente, el aplicar la técnica de lavado de manos con procedimientos o solo revisión a un paciente, reduce infecciones o enfermedades en la que lo pueda pasarle al paciente, ya que debemos tomar en cuenta que el paciente al estar en el hospital tiene las defensas bajas y puede ser transmitido alguna otra enfermedad, por parte de una mala higiene.



Norma Oficial Mexicana NOM-253

- ▶ La norma 253, trata para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, por lo que esta norma debe contribuir la confianza general en cuanto a la donación de sangre y componentes sanguíneos y a su aplicación, dando así protección a la salud de los donantes y el receptor, consiguiendo la autosuficiencia reforzando la cadena transfusional, de una manera suficiente y que lograrse una mejor atención, adoptando las medidas necesarias para alcanzar los objetivos deseados.



▶ Cuidados de Enfermería:

- Identificar a pie de cama del paciente (nombre completo del paciente, registro).
- Identificar el componente a transfundir (nombre del paciente y grupo sanguíneo).
- No calentar
- Utilizar filtro estándar
- Medición y registro de signos vitales antes, durante y después.
- No combinar con medicamentos, ni soluciones.

▶ Requisitos para el donador:

- Gozar de buena salud
- Pesar menos de 110 libras
- Pasar de evaluaciones físicas y de antecedentes médicos.
- Beber mucha agua antes de donar.
- No haber tomado algún medicamento, por que eso impide donar.

▶ Tipos de Hemoderivados:

- Globulos rojos
- Globulos blancos
- Plaquetas
- Plasma fresco congelado
- Crioprecipitado
- Inmunoglobulinas

Úlceras Por Presión (UPP)

Definición: Las úlceras por presión (UPP) son lesiones en la piel y partes blandas con pérdida de la continuidad de la piel, que inicia un proceso de curación lento. También se le conoce como escara o úlceras por decúbito.

Causas:

Cizallamiento: Es una fuerza aplicada ejercida contra la superficie y las capas de la piel a medida que los tejidos se deslizan en planos opuestos, pero paralelos, lo que ocasionan una fricción que puede dar origen a lesiones en la dermis.

Presión: La presión y el tiempo pueden producir una isquemia y pueden variar de un paciente a otro y se considera que una presión de 15 y 20 mm/Hg puede provocar UPP.

Fricción: Puede producir una lesión por medio de rozos por movimiento o arrastre en pacientes encamados.

Factores de riesgo:

Externos:

- Humedad
- Presión
- Inmovilización física
- Fricción

Internos:

- Prominencias óseas
- Hidratación
- Edad
- Alteración en la nutrición

Momentos que se desarrollan:

1. Como consecuencia de problemas fisiopatológicos.
2. Derivados de tratamientos.
3. Situacionales
4. Del desarrollo
5. Del envejecimiento.

Clasificación

Escalas:

Norton: Mide el riesgo de desarrollar UPP. La puntuación que se puede obtener 5-9 - riesgo alto, 10-12 - riesgo alto, 13-14 riesgo medio y mayor de 14 - riesgo mínimo.

Braden: Evalúa el riesgo de desarrollar UPP en base a la sensibilidad y humedad de la piel, la fricción del cuerpo con las sábanas, la movilidad, actividad y nutrición del paciente.

Tratamiento

ESCALA DE NORTON

Entubación	A. estado físico	B. estado mental	C. Actividad	D. movilidad	E. incontinencia
4	Buena	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna
3	Justo	Apatía	Camina con ayuda	Algo limitada	Ocasional
2	Pobre	Confusión	Silla de ruedas	Muy limitada	Normalmente
1	Malo	Estupor	Encamado	Inmóvil	Doble

Se considera riesgo muy alto si de 5 a 11 puntos
 Riesgo evidente si: 12 a 14
 Riesgo mínimo o sin riesgo si >14

Escala de Emima

Estado mental	Movilidad	Humedad R/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 Letárgico o hiperactivo	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre necesita ayuda
3 Comatoso	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta	No deambula

Escala de Braden

1	2	3	4

Prevencción de caídas en pacientes hospitalizados

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".

Objetivo:

Evaluar la prevención de caídas y determinar el índice de eficiencia de este procedimiento.



Recomendaciones:

- 1.- Sensibilizar a pacientes y familiares por medios múltiples.
- 2.- Crear una cultura de prácticas seguras desde la valoración del riesgo.
- 3.- Motivar el uso permanente de escalas que cuantifiquen el riesgo.
- 4.- Integrar un protocolo preventivo de caídas desde el enfoque del cuidado como protección y expresión de afecto al ser cuidado.



Indicaciones:

- 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.