



# Mi Universidad

## Mapas Conceptuales.

**Nombre del Alumna:** Beatriz Adriana Gómez Robrero.

**Nombre de Los Temas:** Unidad I – Enfoque Teórico y Unidad II – Introducción a la CEYE

**Nombre de la Materia:** Práctica Clínica de Enfermería I.

**Nombre del Profesor:** Rubén Eduardo Domínguez García.

**Nombre de la Licenciatura:** Enfermería.

**Parcial:** 1er. Parcial.

**Cuatrimestre:** 6to. Cuatrimestre.

21 de mayo de 2024.

# UNIDAD I - ENFOQUE TEÓRICO.

## 1.1 TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS CLÍNICO

**FINALIDAD** Disminuir la incidencia de las infecciones intrahospitalarias del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN Norte a través de la realización de prácticas seguras.

**OBJETIVOS** Garantizar la práctica del lavado de manos de forma adecuada para reducir la transmisión de gérmenes hospitalarios y prevenir las infecciones intrahospitalarias.

**REQUERIMIENTOS BÁSICOS**  
 [?] Lavamanos.  
 [?] Jabón líquido o desinfectante: Según áreas: Centro quirúrgico: Clorhexidina al 4%. Servicios asistenciales: Hospitalización, Sala de quimioterapia, Clorhexidina al 2%. Áreas críticas: Unidad de cuidados intensivos, Sala de Inmunodeprimidos, Tópico y Urgencias: Clorhexidina al 2%. Para procedimientos invasivos: Clorhexidina al 4%. Áreas no críticas: Farmacia, baños para público en general y de áreas administrativas, etc., Jabón con triclosán al 2%. [?] Papel Toalla 8.3.

**PROCEDIMIENTO**  
 1. Abrir la llave del agua.  
 2. Humedezca sus manos.  
 3. Aplicar en la palma de la mano Clorhexidina al 2%.  
 4. Realice el frotado hasta obtener espuma.  
 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.  
 8. Realice el frotado del dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta.  
 9. Realice el frotado del pulgar izquierdo con movimiento de rotación.  
 10. Realice el frotado de la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma.  
 11. Enjuáguese las manos, de la parte distal a la proximal con agua a chorro moderado y no sacudirlas.

## 1.2 TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO

**DEFINICIÓN:** Es la remoción química de microorganismos que destruyen o matan la flora transitoria.

**OBJETIVO:** Eliminar los microorganismos transeútes y reducir la flora residente.

**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. Abrir la llave del agua.  
 2. Humedecer las manos y antebrazos.  
 3. Poner suficiente clorhexidina.  
 4. Cepillar la llema de los dedos.  
 5. Cepillar las uñas.  
 6. Cepillar los interdigitales.  
 7. Cepillar la palma de la mano.  
 8. Cepillar el dorso de las manos.  
 9. Cepillar las muñecas.  
 10. Cepillar los codos.  
 11. Enjuague el cepillo.  
 12. Enjuague las manos.  
 13.- Inicie un segundo lavado quirúrgico.  
 14. Enjuague el cepillo.  
 15. Enjuague las manos, haciendo que el agua corra hacia abajo del codo.  
 16.- Con las manos levantadas diríjase al quirófano, entre, se toma una toalla y se seque las manos.  
 17.- Tire la toalla y coloque ropa estéril.

## 1.3 PRÁCTICA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN.

**Prevencción y tratamiento de úlceras 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.

**Epidemiología:** La incidencia y prevalencia de las UPP varía ampliamente dependiendo de su ubicación. Diversos estudios estiman que entre un 3-11% de los pacientes que ingresan en los hospitales desarrollan UPP; cerca del 70% de éstas se producen en las primeras dos semanas de hospitalización.

**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: éxtasis, comatosis, coma.  
 [?] Déficit motor: ACV (accidente cerebrovascular), fracturas.  
 [?] Déficit sensorial: pérdida de la sensibilidad térmica y dolor.  
 [?] Alteraciones de la eliminación: urinaria y fecal.

**Superficies de apoyo:**  
**Estáticas:** hule espuma, aire estático, gel o agua o su combinación.  
**Dinámicas:** aire alternante, pérdida limitada de aire, aire fluidificado.

**Tratamiento de las úlceras por presión:** 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.

**Prevencción y abordaje de la infección:** Aunque todas las úlceras están en principio contaminadas, en la mayoría de los casos, una buena limpieza y el desbridamiento pueden prevenir la infección.

**Cura húmeda:** El ambiente húmedo previene la deshidratación tisular y la muerte celular; promueve la angiogénesis, estimula la eliminación de fibrina y tejido muerto y permite la interacción celular y de factores de crecimiento para la cicatrización.

**Situaciones especiales:** Otros tratamientos, como cámara hiperbárica, infrarrojos, ultravioleta, factores de crecimiento, pentoxifilina sistémica, no han demostrado su eficacia; la electroterapia parece ser efectiva en casos seleccionados.

**Fisiopatología:** Las UPP se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un período prolongado.

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

**De pizamiento vascular:** Combina los efectos de presión y fricción; por ejemplo, la posición de Fowler que provoca presión y fricción en sacro.

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

**Formas de presentación:** 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.

**Principales causas:** El factor causal más importante es la presión, sin embargo la humedad, el escoramiento de la piel y el desgarro de los vasos capilares que la nutren contribuyen para aumentar el riesgo.

## 1.4 TÉCNICA DE LA VALORACIÓN DE FORMATOS DE RIESGOS DE ULCERAS POR PRESIÓN.

**Escala de Braden:** Esta escala fue desarrollada en EEUU por Bárbara Braden y Nancy Bergstrom en el año 1986, en el contexto de un proyecto de investigación en centros socio sanitarios, como intento de dar respuesta a algunas de las limitaciones de la Escala de Norton.

**SENSIBILIDAD**  
 – Capacidad para reaccionar y responder con quejas a la presión.  
 Inesistente: 1 punto  
 – No hay respuesta a estímulos dolorosos por posibles razones: Inconsciencia, sedación.  
 – Trastorno de la sensación de dolor por parálisis, la mayor parte del cuerpo (por ejemplo, la sección transversal de altura).

**HUMEDAD**  
 – Medida en que la piel está expuesta a la humedad.  
 Constantemente húmeda: 1 punto – La piel está constantemente húmeda con orina, sudor o heces.  
 – Cada vez que el paciente se gira está húmedo.

**NUTRICIÓN**  
 – Come porciones pequeñas nunca más 2/3.  
 – Comer sólo 2 o menos porciones de proteína (Lícteos, pescado, carne) – Beber demasiado poco.  
 – No suplementar la dieta.  
 – O no se puede tomar una dieta oral.  
 – O sólo toma líquidos claros.  
 – O toma o más infusiones al día.

**MOVILIDAD**  
 – Capacidad para cambiar de posición y mantenerse completamente inmóvil: 1 punto  
 – No se puede mover. No puede cambiar de posición sin ayuda.- A veces se mueve ligeramente (cuerpo o extremidades) – No se puede asear solo.

**ACTIVIDAD**  
 – Medida de la actividad física.  
 Postrado en cama: 1 punto  
 – Confinados a la cama.  
 Sentado: 2 puntos  
 – Puede moverse pero con ayuda de otros.  
 – No puede cargar su propio peso solo.  
 – Necesita ayuda para sentarse.

**ESCALA 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 opeletivo a la escala.

**Escala de Norton:** La 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.

## 1.5 TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS

**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 a pesar de los estrictos controles que anteceden a la transfusión.

**Intervenciones de enfermería:** Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.

**Terapia transfusional:** Procedimiento terapéutico consistente en la administración de sangre o componentes sanguíneos a un ser humano

**Objetivos.**  
 [?] Asegurar la administración de hemoderivados con seguridad para el paciente, detectando y evitando los posibles errores.  
 [?] Administrar el hemocomponente indicado, en tiempo y forma adecuados para cada caso, detectando en forma precoz cualquier reacción adversa.

**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.

La transfusión de sangre y sus componentes sigue siendo el trasplante de tejido más común, y salva vidas cuando se producen hemorragias intraquirúrgicas, anemias severas crónicas y agudas, grandes traumas, cáncer, etc

## 1.6 PREVENCIÓN DE CAÍDAS

**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.

La mayoría de los accidentes que sufren las personas mayores se producen en el hogar, generalmente por una falta de adecuación de las instalaciones a sus condiciones físicas, derivadas del envejecimiento: menor agudeza visual, deterioro de las capacidades físicas.

**Finalmente, las personas mayores deben tener en cuenta otras recomendaciones más generales:**  
 [?] La práctica de ejercicio físico diario reduce las probabilidades de sufrir accidentes.  
 [?] Debe cuidarse y revisarse periódicamente la vista y el oído.  
 [?] En casa debe tenerse siempre a mano el teléfono para llamar al 112 en caso de emergencia.  
 [?] Cuando se sale a la calle se debe llevar la documentación y una anotación de a quién debe llamarse en caso de accidente

**PREVENCIÓN:** Para prevenir cualquier tipo de accidente de las personas mayores es importante seguir las siguientes recomendaciones:  
 1. Iluminación  
 2. Suelos  
 3. Escaleras  
 4. Calzado  
 5. Deambulación  
 6. Baño  
 7. Dormitorio.  
 8. Cocina.  
 9. Calefactores  
 10. Aparatos Electrónicos.  
 11. Fumar.  
 12. Medicamentos  
 13. Alimentos  
 14. Comer  
 15. Reparaciones Domésticas.

## 1.7 TÉCNICA PARA VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS.

**DEFINICIÓN:** 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

**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.

**Escala de Macdemis 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 puntuajes entre 0 y 1, mediano riesgo de 2 a 3 puntos y alto riesgo de 4 a 6 puntos.

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

**Escala de Morse utilizada en población hospitalizada en general:** Costa de 6 ítems, antecedentes de caídas recientes o en los últimos 3 meses, diagnóstico secundario, ayuda para la deambulación, catéteres IV, hepatomegalia, equilibrio/trastorno estado mental. Su rango total va de 0 a 125. Y la calificación asignada es: sin riesgo (< 24), riesgo bajo (25-50) y riesgo alto (= 50).

**Escala Humpty Dumpty,** específica de pediatría. Valora rangos de edad (o menor edad mayor puntaje), género, diagnóstico, deterioro cognitivo, factores ambientales, cirugía o sedación y medicación.

**Escala de CHAMPS, utilizada en población pediátrica:** Esta escala fue validada por medio de un estudio de cohorte, con niños hospitalizados de 3 o más años de edad. El ingreso fueron los factores para establecer el alto o bajo riesgo de caídas, los factores de riesgo asociados con caídas fueron el cambio o alteración del estado mental, incluyendo episodios de desorientación.

**Escala de J.H. Downton utilizada para valorar riesgo de caídas en adultos mayores:** Evalúa caídas previas, medicamentos (ninguno, diuréticos, hipotensores no diuréticos, antihipertensivos), déficits sensitivo-motores (ninguno), alteraciones auditivas, alteraciones visuales, en miembros como ictus o neuropatías), estado mental.

## 1.8 TÉCNICA DE SUJECCIÓN Y UTILIZACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA PREVENIR CAÍDAS.

**OBJETIVO:** Brindar seguridad a los pacientes especiales, como máximo beneficio mediante medidas de contención, para prevenir riesgos, mejorando la calidad de atención del personal de enfermería respetando la normatividad que se encuentra vigente.

**ALCANCE:** Aplica a todo el personal de Enfermería que labora en las unidades médicas del ISEM. INSUMOS. Notas de Evolución.

**CRITERIOS DE OPERACIÓN PARA LA CONTENCIÓN DE MOVIMIENTOS DE PACIENTES ESPECIALES**  
 - Paciente/Familiar Se entera y recibe información sobre el procedimiento a realizar. Enfermera/Servicio

**CRITERIOS DE OPERACIÓN PARA LA CONTENCIÓN DE MOVIMIENTOS DE PACIENTES ESPECIALES**  
 - Médico/Servicio Si requiere retiro de la contención Actualiza el plan terapéutico en las Notas de Evolución para retirar la contención.  
 - Enfermera/Servicio Retira gradualmente la sujeción previa valoración médica. Retira, material utilizado de la contención y realiza desecho de insumos de acuerdo a la NOM 087-ECOL-SSA1- 2002

**CRITERIOS DE OPERACIÓN PARA LA CONTENCIÓN DE MOVIMIENTOS DE PACIENTES ESPECIALES**  
 - Enfermera/Servicio Entrega- Recepción de la Nota de Evolución, el paciente se Valora con la Escala de Downton la necesidad de sujeción al paciente e informa al médico.

**BASES LEGALES.**  
 - Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.  
 - Diario oficial de la Federación.  
 - Ley General de Salud.  
 - Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado y Municipios.  
 - Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México.  
 - NOM 004SSA3-2012

# UNIDAD II - INTRODUCCIÓN A LA CEYE.

## 2.1 GENERALIDADES DE LA CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN

Antes de la Segunda Guerra Mundial, la Central de Esterilización era el "apéndice" de Sala de Cirugía, el vestuario donde las mujeres auxiliares se reunían para doblar gasas y hacer vendajes.

La circulación de las personas es restringida y controlada y sólo el personal adecuadamente vestido ingresará a la misma. También se debe contar con una terminal de aire comprimido para el secado de elementos con lumen (tubuladuras, trócares). Este aire debe llegar limpio y seco al sector, lo que sugiere que sea tratado convenientemente con secador de aire de silicagel o filtrado de aceite. Otro aire utilizado para el secado es el oxígeno.

Esterilización juega un papel muy importante en la prevención de las infecciones adquiridas en el hospital, porque tales infecciones han sido asociadas con una desinfección inapropiada de objetos reusables incluyendo el equipo endoscópico, el equipo de cuidado respiratorio, transductores y equipos de hemodilísis reusables.

Las ventanas tienen que estar permanentemente cerradas. Si no es posible cerrar las ventanas debido al calor producido por las lavadoras, equipos de ultrasonido y el agua caliente utilizada para el lavado del material, las ventanas tendrán que estar dotadas con tela metálica para evitar la entrada de insectos. La humedad relativa ambiente debe ser de entre el 35-50%.

### 2.1.1 TIPOS DE ESTERILIZADORES

**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.

**Métodos químicos:**  
1. Gas oxido 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.

**Gravitacional (por gravedad):** 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

**Pre-vacío:** En este método la cámara del esterilizador evacua el aire por completo antes de introducir el vapor.

**CICLO DE ESTERILIZACIÓN - 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 de vapor 5' para la completa.  
- Secado y enfriamiento de los paquetes: 15'.

**CICLO DE ESTERILIZACIÓN - PRE-VACIO**  
- Temperatura: 133°C  
- Humedad: 90%.  
- Tiempos: (Total 20' del ciclo)  
- Para el pre-vacío y alcanzar la temperatura adecuada: 6'.  
- Exposición: 4'.  
- Secado y enfriamiento de los paquetes: 10'.

#### PRINCIPALES ESTERILIZADORES:

**- ESTERILIZADOR DE ALTA VELOCIDAD:** Funcionan con sistema por gravedad o prevacío, a una temperatura de 132 a 135°C con un tiempo mínimo de exposición de 3' en pre vacío y gravitación de 10'.

**- ESTERILIZACIÓN POR CALOR SECO:** Se considera dentro de los métodos más antiguos, en el cual el calor por oxidación física o calentamiento lento coagula las proteínas celulares de los microorganismos, causándoles la muerte.

## 2.2 TÉCNICA DE BAÑO DE REGADERA

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

**TÉCNICA**  
1. Preparar el baño  
2. Ayudar al paciente  
3. Trasladar al paciente en silla si es necesario.  
4.- Ayudar a desvestirse  
5.- Observar al paciente, verificando su estado general  
6. Ayudar a entrar al baño y cuidarlo  
7. El paciente se bañará solo, si es necesario hay que ayudarle  
8. Ayudarlo a secar la espalda y demás extremidades  
9. Ayudar a vestirse y trasladarlo  
10. Descartar la ropa sucia  
11. Terminar su arreglo personal  
12. Deje el equipo limpio y en orden  
13. Lavarse las manos  
14. Hacer anotaciones en el expediente.

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

## 2.5 PREPARACIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS EN LA CAMPAÑA DE FLUJO LAMINAR

Es por esto, que las campanas de flujo laminar, son aquellas herramientas que permiten obtener una zona estéril y segura para cualquier necesidad que se requiera dentro de un laboratorio.

**La campana de flujo laminar,** también conocida como cabina de flujo laminar, permite mantener libre de polvo, la atmósfera del volumen interior de su área de trabajo.

**La habitación:** suelos, paredes, ventanas se limpiarán una vez por semana con lejía o producto desinfectante similar así como las paredes externas de la cabina que deberán limpiarse con alcohol.

Es conveniente el comportamiento postural del operador dentro de la cabina trabajando con las manos lo más cerca posible de la salida de aire, manteniendo los envases abiertos próximos a él y eliminando los obstáculos (envases, etc)

Una vez finalizada la mezcla comprobar que el contenido corresponde a lo fijado en su etiqueta, anotar las mezclas en la hoja de registro de trabajo.

Limpieza de la cabina con alcohol de 70 % de dentro hacia fuera y de arriba abajo evitando hacer círculos; repetir la operación al finalizar el trabajo

Asegurarse que no existan corrientes de aire en el recinto de área blanca, durante el trabajo hay que evitar la circulación de personal, comer, hablar o fumar, así como las menores interrupciones posibles.

La adición al envase de vidrio (suero) se realizará con el bisel inclinado para evitar el desgarro del tapón de caucho con el consiguiente desprendimiento de partículas.

## 2.3 TÉCNICA DE BAÑO DE ESPONJA

**CONCEPTO:** 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

**PROCEDIMIENTO:**  
- Lavarse las manos.  
- Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del paciente. Identificar al paciente.  
- Dar preparación psicológica.  
a) Aislarlo.  
b) Posición de decúbito dorsal.  
c) Acercar al paciente a la orilla de la cama.  
- Ajustar la ventilación del cuarto.

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

**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

**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 ascendentes por los brazos y piernas aumentan el flujo venoso.  
- Compuestos químicos de algunos jabones irritan la piel y en particular los ojos

## 2.6 INTERVENCIONES Y RESULTADOS PARA LA MEJORA CONTINUA DEL PROCESO DE PREPARACIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS

Desarrollar políticas o procedimientos para una administración precisa y segura de medicamentos, considerando la posibilidad de reducir que los errores ocurran, detectar los errores.

Dirigir esfuerzos para la construcción de una cultura de seguridad orientada al paciente, dentro de la cual todos los profesionales participantes en el sistema de medicación sean conscientes de la necesidad de identificación, notificación y prevención de EM

Establecer un plan estructurado para implantar de forma organizada y efectiva las prácticas de prevención de errores en la medicación

Evitar el uso de abreviaturas y símbolos no estandarizados, no solo en la prescripción médica, sino que se aplique también en la unidad médica, tanto manuscritos como generados a través de medios electrónicos

Aplicar los principios científicos de farmacología que fundamentan la acción de enfermería, para prevenir y reducir errores, dar la seguridad necesaria al cliente y garantizar la calidad del servicio.

Sensibilizar a todos los profesionales que manejan los medicamentos sobre el impacto que puede tener un error por medicación.

Implantar controles en los procedimientos de trabajo para detectarlos antes de que lleguen al paciente. Los sistemas de "doble chequeo" permiten interceptar los errores, ya que es muy poco probable que dos personas distintas se equivoquen al controlar el mismo proceso.

Es importante no abreviar tampoco los términos utilizados en ocasiones como parte del nombre comercial para denominar especialidades farmacéuticas o presentaciones con diferentes características.

## 2.4 PREPARACIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS

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.

Para lograr este objetivo, la preparación y dispensación de las MV deben cumplir con las siguientes condiciones: - Cumplir con los requisitos farmacotécnicos adecuados al paciente, exentos de contaminantes microbiológicos, pirogenos, tóxicos y de partículas materiales.

**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.

**Dosis Recetada:** es la cantidad de medicamento que receta el prescriptor.  
**Dosis Disponible:** es el peso o volumen de medicación disponible en las unidades proporcionadas por la farmacia.  
**Cantidad Disponible:** es la unidad básica o cantidad de medicamento que contiene la dosis disponible  
**Cantidad a administrar:** es la cantidad real de medicación que la enfermera administrará.

Entre las diversas fórmulas que se dispone para calcular la dosis de un medicamento nos referimos a la siguiente fórmula básica que se puede aplicar para preparar formas sólidas o líquidas

**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

## 2.7 REGISTROS Y OBSERVACIONES DE ENFERMERIA

**IDENTIFICACIÓN - LOCALIZACIÓN**  
Rellenar los datos de los pacientes:  
[X] Historia  
[X] Cama  
[X] Dos apellidos  
[X] Nombre  
[X] Servicio  
[X] Edad  
[X] Fecha ingreso  
[X] Cuando se tenga la pegatina del Servicio de Admisiones, se colocará sobre este apartado

**CONTIENE.**  
A.- Identificación-localización.  
B.- Fecha/hora.  
C.- Observaciones/firma

**OBSERVACIONES.**  
Debe ser cumplimentado por orden cronológico, con bolígrafo azul o negro.  
Se registrará:  
- Incidencias por turno.  
- Observaciones en función de problemas y cuidados.  
- Anotación de actividades de enfermería no rutinaria y no incluida en el plan de cuidados.  
- Detección de complicaciones derivadas del proceso patológico, los tratamientos médicos o quirúrgicos y las técnicas diagnósticas.

**OBJETIVIDAD.**  
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

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.

**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 metódica, tipo, forma, tamaño.

La enfermería como disciplina profesional se desarrolla en base a la existencia de documentos a través de los cuales los profesionales dejemos constancia de todas las actividades que llevamos a cabo en el proceso de cuidados.

**LEGIBILIDAD Y CLARIDAD**  
- Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán leídas por los demás sino pueden descifrarse.  
- Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.  
- Anotaciones correctas ortográficamente y gramaticalmente