



Carrera: Lic. En enfermería

Nombre de alumnos: Cristhian Nájera Jiménez.

Nombre del profesor: María Del Carmen López Silba.

Nombre del trabajo: “Cuadro Sinóptico”.

Materia: Prácticas Profesionales.

Grado: 9no Cuatrimestre.

Grupo: “A”

UNIDAD IV OBSTRUCCION DE LAS VIAS RESPIRATORIAS.

4.1 APOYO VITAL BÁSICO

El Soporte Vital Básico es un conjunto de maniobras que permiten identificar si una persona está sufriendo una parada cardiorrespiratoria y aplicar en ella una sustitución temporal de las funciones respiratorias mediante dichas maniobras hasta que la víctima pueda recibir atención médica.

El principal objetivo de un Soporte Vital Básico es el de reestablecer las funciones vitales básicas consiguiendo la oxigenación de los tejidos.

La reanimación cardiopulmonar (RCP) es una respuesta organizada y secuencial al paro cardíaco, la iniciación inmediata de las maniobras de compresión torácica ininterrumpidas y la desfibrilación temprana (cuando está indicada) son fundamentales para el éxito.

4.1.1 RCP Básico: el protocolo para desarrollar un buen Soporte Vital Básico consta de cinco eslabones, siguiendo siempre las recomendaciones del ERC-ILCOR:

1. Reconocer el problema y pedir ayuda al 112, indicando a los servicios de emergencias la situación de la parada cardiorrespiratoria, además de nuestros datos de localización.

2. Comprobar el nivel de consciencia y si el paciente respira o no.

3. Realizar RCP. Si entra en parada cardiorrespiratoria se tiene que empezar inmediatamente con el masaje cardiaco, cada minuto que pasa es clave para la recuperación de esa persona, cuando antes se empiece mejor.

4. El cuarto eslabón es aplicar una desfibrilación precoz en el caso de tener el dispositivo.

5. La quinta pauta es seguir con la RCP hasta que venga la ayuda especializada para que te sustituyan.

Antes de comenzar la reanimación cardiopulmonar (RCP), comprobar lo siguiente:

1.-Verifique las condiciones del lugar: Verificar y observar que el lugar y las condiciones donde se encuentra la víctima sean seguros para usted y para ella, nunca ponga en peligro su integridad, sino se convertirá en una víctima más y no podrá ayudar ayúdela allí mismo.

2.- comprobar la respiración: ver, oír y sentir, Valorar signos vitales
• Respiración
• Movimientos
• pulso

3.-valore el nivel de conciencia de la víctima Compruebe que la víctima responda.
• Si el lugar es seguro se aconseja no trasladar a la víctima
• Tóquela en los hombros con energía (sin sacudirla) y pregúntele si se encuentra bien, con voz enérgica, en ambos oídos.
• Observe si tiene movimientos respiratorios (estos deben manifestarse en no más de 10 segundos).
• Si no responde verbalmente ni con ningún tipo de movimiento, pida ayuda:
• solicite a una persona específica que llame al servicio de emergencias y permanezca junto a la víctima para comenzar la RCP.
• A partir de ahora debemos tener en cuenta tres primeras letras del abecedario que lo guiarán en su accionar y le permitirán actuar con seguridad. C (compresiones) / A (Abrir vía aérea) / B (Buena Ventilación).

3.- Comenzar la RCP:
• Comience con la RCP básica recordando siempre el C - A - B.
• Una vez que comprobó el estado de conciencia y activó el sistema de Emergencia, ubique correctamente a la víctima (de frente y sobre una superficie plana y dura).
• Inmediatamente comience con las compresiones torácicas.
• Proteja el cuello durante la maniobra.

Pasos de la Reanimación Cardio-pulmonar (RCP):
C. (compresiones torácicas), técnica MCE:
• Despéjale la zona del pecho, que se vea la piel.
• Ubique el reborde de las costillas y llegue hasta la cruz de referencia (punta del esternón), luego ubique sus manos en el centro del pecho, entrelácelas para evitar tocar las costillas.
• Debe apoyar sólo el talón de la mano y comenzar las compresiones suavemente hasta conocer la resistencia del pecho.
• Solamente debe tocar el talón de una mano ya que cuanto menos superficie haya apoyada mayor será la presión que puedas realizar.

• Ayúdate de la mano superior para traccionar de los dedos de la de abajo y así forzar la mano para que solo apoye el talón.
• Si llevas reloj, pulseras es mejor que te las quites, no es una posición cómoda.
• Extiende los brazos completamente y mantenlos rígidos, con hombros y codos bloqueados. La fuerza de las compresiones debe provenir del movimiento del torso desde la cadera no de los brazos. Colócalos perpendiculares al pecho de la persona para poder aprovechar todo el peso del cuerpo.
• El pecho debe bajar unos 5-6 cm. Es mucha fuerza la que debes aplicar para comprimir el corazón que está bajo ese punto y que este bombee la sangre que contiene al chocar contra la columna.
• comprimir a una frecuencia de 30 veces con duración de 18 a 22s., por ciclo, con frecuencia de 100 por minuto no excediendo las 120 compresiones.

• Se estima que hay que realizar 40 kilos de fuerza para bajar la distancia necesaria en un adulto de 70 kilos.
• Debes permitir que el pecho vuelva a subir para que el corazón se descomprima y vuelva a llenarse de sangre
• Una vez finalizadas las 30 compresiones abra la vía aérea y administre dos ventilaciones de rescate, en caso de no poder realizarlas, continúe con las compresiones torácicas únicamente hasta la llegada del sistema de emergencia
• Tras una reanimación larga puede que alguna costilla se rompa, sería un daño justificado. En primeros auxilios prima la vida a las lesiones.

4.2.1 La obstrucción de vías aéreas por cuerpo extraño

La presencia de cuerpos extraños constituye un accidente que habitualmente se presenta como un evento súbito en un niño previamente sano con manifestación de dificultades respiratoria severa, que incluso puede conducir a la muerte

Los materiales aspirados se clasifican en orgánicos e inorgánicos, los primeros son los más comunes, como cacahuates, frijol, maíz, nuez, y pistache. De los inorgánicos, objetos diversos de metal y plástico.

La presentación del cuadro clínico de cuerpos extraños en vía aérea depende de si el evento fue presenciado, la edad del niño, el tipo de objeto aspirado, el tiempo transcurrido desde el evento y la localización del cuerpo extraño.

Los niños con dificultad respiratoria severa, cianosis, estado mental alterado, tienen una verdadera urgencia médica que demanda una detección precoz, soporte vital y remoción del cuerpo extraño mediante broncoscopia rígida, la clásica triada de sibilancias, tos y disminución de los ruidos respiratorios, no está universalmente presente.

El cuadro clínico de aspiración de cuerpos extraños cursa con tres etapas clínicas que pueden variar en tiempo y severidad, después del evento inicial al ser aspirado el cuerpo extraño, el paciente presenta sensación de atoramiento, paroxismos de tos, inhabilidad para hablar, náuseas y potencialmente obstrucción completa de la vía aérea.

Una vez los reflejos de defensa se fatigan y el cuerpo extraño se aloja, el paciente experimenta una mejoría transitoria, que con frecuencia lleva al diagnóstico errado o tardío (por la "resolución" de los síntomas). Este corresponde al período asintomático o silente.

En la tercera etapa, se presentan síntomas de las potenciales complicaciones, que pueden manifestarse entre minutos a meses después del episodio. Estos incluyen tos, fiebre, hemoptisis, neumonía, abscesos, atelectasias, hemitórax, neumotórax, perforación, mediastinitis, fistula bronco cutánea e incluso muerte.

Diagnóstico Clínico a) Existen tres signos altamente sugestivos de un cuerpo extraño traqueal:) La "Palpada audible", se detecta escuchando de cerca al paciente mientras inspira o tose con la boca abierta, oyéndose el golpe del cuerpo extraño contra las paredes de la tráquea.

2) El "golpe palpable", es el equivalente al frémito táctil de los soplos cardíacos, en el que al colocar un dedo sobre la tráquea se siente el golpe del cuerpo extraño al moverse dentro de la misma.

3) La "sibilancia asmatoide", es una sibilancia audible directamente o con el fonendoscopio a nivel de la tráquea y que casi no se detecta en el tórax.

4.3 HERIDAS.

Una herida es una lesión física en el cuerpo que causa daño a la estructura del área lesionada, la herida puede estar debajo de la piel, puede afectar solo la superficie de la piel o podría afectar la superficie de la piel y debajo de ella.

Los tipos de heridas incluyen una incisión (corte) de la cirugía, una laceración (corte) de un objeto afilado, o un moretón, desgarro, fractura u otra lesión que se encuentra debajo de la piel, en un músculo o tendón o en un hueso u órgano.

Las cicatrices se forman cuando se sanan las heridas de la piel. Son parte natural del proceso de curación cuando el cuerpo repara el daño de la piel que se ha cortado.

Las heridas son lesiones que rompen la piel u otros tejidos del cuerpo, incluyen cortaduras, arañazos y picaduras en la piel, suelen ocurrir como resultado de un accidente pero las incisiones quirúrgicas, las suturas y los puntos también causan heridas, las heridas menores no suelen ser serias, pero es importante limpiarlas bien.

4.3.1 Clasificación de las heridas

Clasificación de las heridas y escala de valoración: Aspectos que considerar en la valoración de una herida:
• Las heridas crónicas son manifestaciones de una enfermedad subyacente combinada con otros factores como el cáncer, SIDA, etc.
• En presencia de una herida infectada se debe valorar calor local, eritema, dolor, edema, pérdida de la función y exámenes complementarios.
• La presencia de microorganismos en la herida sin signos locales de infección, con cultivo positivo, indican la colonización de una herida.
• La valoración de una herida está dirigida a la identificación y descripción de las características de la lesión. Una manera práctica de realizar la valoración es utilizando el Diagrama de Valoración de Heridas que establece 10 parámetros de evaluación.

Aspecto	Úlceras Venosas			
	1	2	3	4
Mayor extensión	0 - 1cm	> 1 - 5 cm	> 5 - 10 cm	> 10 cm
Profundidad	0	< 1 cm	1 - 1.5 cm	> 1.5 cm
Exudado cantidad	Ausente	Escaso	Moderado	Abundante
Exudado calidad	Sin exudado	Seroso	Turbio o Hemático	Purulento
Tejido esfacelado o necrótico	Ausente	>0% - 25%	>25% - 50%	> 50%
Tejido granulatorio	100%	<100% - 75%	< 75% - 50%	< 50%
Edema	Ausente	+	++	+++
Dolor	0 - 1	2 - 3	4 - 6	7 - 10
Piel circundante	Sana	Pigmentada o Descamada	Macerada	Eritematosa

Tipo 1 = 10 a 15 puntos
Tipo 2 = 16 a 21 puntos
Tipo 3 = 22 a 27 puntos
Tipo 4 = 28 a 40 puntos

4.3.2 CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN

Tipo 1: Hay cambios en la coloración, temperatura, puede haber edema, aumento de la sensibilidad, induración, no hay pérdida de continuidad de la piel.

Tipo 2: Hay pérdida de la epidermis, dermis o ambas, se presenta como un orificio cubierto de tejido de granulación o fibrina.

Tipo 3: Hay pérdida de todas las capas de la piel y daño del tejido subcutáneo que puede llegar hasta el músculo, a veces produce bastante secreción serosa y/o pus en caso de infección.

Tipo 4: Hay pérdida de todas las capas de la piel, con necrosis y gran destrucción de tejidos que compromete el tejido muscular, óseo ó estructuras de soporte (tendón, cápsula articular) con abundante secreción serosa y/o pus en caso de infección.

4.3.3 Fisiología de la cicatrización

La cicatrización es un proceso dinámico, interactivo en el cual participa mediadores solubles extracelulares, células sanguíneas, células de la matriz tisular, y del parénquima, para facilitar el estudio y comprensión del proceso de reparación de las heridas, se le ha dividido en 3 fases;

Fase inflamatoria o Hemostasia o Inflamación Fase proliferativa o Migración

Ocurre desde la herida al tercer o cuarto día. Incluye la hemostasia de la hemorragia por la llegada de plaquetas y la formación del trombo de fibrina al lecho de la herida.

Producción de la matriz extracelular o Angiogénesis o Epitelización

En un sentido amplio, la matriz extracelular es el componente celular que aparece en todos los tejidos y órganos de los organismos pluricelulares

Fase madurativa Fase inflamatoria A-Hemostasia

Se produce la maduración o remodelación de la cicatriz. Se caracteriza por el depósito de colágeno en la herida

4.4 TÉCNICA DE VENDAJES

Procedimiento o técnica consistente en envolver una parte del cuerpo cubriendo lesiones cutáneas e inmovilizando lesiones osteoarticulares con el objetivo de aliviar el dolor y proporcionar el reposo necesario para favorecer la cicatrización de los tejidos.

Indicaciones de los vendajes

- Fijar apósitos y medicamentos tópicos.
- Limitar el movimiento de la parte afectada, minimizando el dolor.
- Fijar férulas, impidiendo que se desplacen.
- Comprimir adecuadamente una zona corporal para controlar la inflamación y el edema.
- Facilitar sostén a alguna parte del cuerpo.
- Fijar en su sitio los aparatos de tracción.
- Favorecer el retorno venoso.
- Moldear zonas del cuerpo (muñones de amputación).
- Proteger la piel como prevención de lesiones.
- Contener una hemorragia.

4.4.1 Tipo de vendaje

Venda de gasa orillada: Es un tipo de venda de algodón, porosa y que se suele utilizar para la realización de vendajes contentivos.

Venda elástica adhesiva: Es una venda realizada con tejido elástico con una cara adhesiva

Venda de papel: Es papel pinocho con cierto grado de elasticidad, se usa en la colocación de los yesos, entre éste y el algodón

Venda algodónada: Venda de algodón prensado que se emplea para almohadillar vendajes compresivos o de yeso.

Vendajes tubulares: Son vendas en forma de tubo que permiten la adaptación a diferentes partes del cuerpo según su tamaño, pueden ir desde los dedos hasta el tronco.

Venda de espuma: Es aquella que se utiliza como prevendaje a fin de evitar el contacto de la piel con vendajes adhesivos.

Venda elástica: Son vendas de algodón y tejido elástico que se usan en aquellos vendajes en los que se requiere aplicar cierto grado de presión.

Venda impregnada en materiales: Es aquella venda impregnada de yeso, que al humedecerla, se vuelve rígida, antes de aplicarla, es necesario vendar con algodón y papel.

Venda cohesiva: Es una venda de fibra de poliéster que se adhiere a sí misma pero no a la piel.

4.4.2 técnicas de vendaje

Vendaje contentivo o blando: usado para contener el material de una cura o un apósito, proteger la piel de erosiones y sostener otra inmovilización (férulas).

Vendaje compresivo: Es un vendaje blando que se utiliza para obtener un gradiente de presión Se usa para Ejercer una compresión progresiva a nivel de una extremidad, de la parte distal a la proximal, con el fin de favorecer el retorno venoso, limitar el movimiento de alguna articulación en el caso de contusiones y esguinces de grado I.

Vendaje suspensorio: Sostiene escroto o mamas. Vendaje funcional: Realiza una inmovilización selectiva de la articulación afectada, permitiendo cierto grado de movilidad en aquellas estructuras músculo-tendinosas no lesionadas.

Vuelta circular: Consiste en dar vueltas sobre la vuelta anterior, se usa para iniciar y finalizar vendajes, para fijar apósitos y para contener hemorragias.

Vuelta en espiral: Cada vuelta de la venda cubre 2/3 partes de la vuelta anterior de forma oblicua al eje de la extremidad que se está vendando, el vendaje se debe iniciar en la parte más distal, avanzando a medida que se venda, hacia la más proximal.

Vuelta en espiga: Se comienza por la zona distal de la extremidad, realizando vueltas hacia arriba y hacia abajo con una inclinación de 45º en cada una de ellas, la primera vuelta se inicia hacia arriba y la segunda hacia abajo, y así sucesivamente, se aplicará una mayor tensión a las vueltas que se dirigen hacia arriba

Recomendaciones al iniciar un vendaje

- Antes del inicio de cualquier vendaje existen una serie de puntos que tenemos que tener en cuenta:
- Informar al paciente sobre el procedimiento al que va a ser sometido.
 - Adoptar una postura cómoda y hacer que el usuario, dentro de lo posible, la adopte también.
 - Elegir el tamaño de venda adecuado para la zona que se va a vendar.
 - Inspeccionar la piel: color, temperatura, limpieza, lesiones en la zona, etc.
 - Retirar anillos, pulseras y otros objetos de la extremidad lesionada, aunque no se encuentre en la zona a vendar, por ejemplo, en caso de un vendaje de muñeca, retirar los anillos.
 - La posición del paciente para realizar el vendaje es aquella en que la presión capilar es menor, es decir, no debe hacerse con el miembro en declive.