



Nombre del Alumno: Nelsi Beatriz Morales Gómez

Parcial: 4°

Nombre de la Materia: Enfermería En El Cuidados Del Niño Y Adolescente

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano Rodríguez

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 7°

PRACTICA #1: AMORTAJAMIENTO

Introduccion: El amortajamiento es una función propia de los enfermeros, quienes pueden delegar dicha función, movilizándolo al cadáver para de esta manera facilitar a los enfermeras (os). El amortajamiento deberá realizarse en la mayor intimidad posible y en el menor plazo, para evitar que aparezca el rigor cadavérico (rigidez del cadáver o rigor mortis) y, posteriormente, el cadáver pueda ser trasladado al mortuario.

Justificacion: El amortajamiento es una técnica para tratar a un cadáver, normalmente realizado por un enfermero o embalsamadores profesionales como los nōkanshi en Japón. Este procedimiento sucede luego de la muerte de la persona y en algunas culturas es un ritual importante para la preparación del cuerpo.

Objetivo: el objetivo es preparar un cadáver para su inhumación o cremación, poder participar en la elaboración del duelo de los familiares en el menor tiempo y dolor posible.

Tema: La enfermería en los servicios de hospitalización se enfrenta en muchas ocasiones a una urgencia y emergencias cuyo desenlace es fatal, con el consecuente fallecimiento del paciente. El campo de actuación hospitalario es muy variado y los decesos pueden producirse en cualquier lugar y circunstancia, lo que demanda y exige una actuación estandarizada para el cuidado del cuerpo del fallecido y el apoyo emocional y cognitivo de los familiares, amigos y acompañantes. La investigación y creación de este trabajo son funciones que debe tener el personal de enfermería para el cuidado de los cuerpos en los pacientes fallecidos es de suma importancia en todos los servicios de enfermería y en especial en los de hospitalización ya que las circunstancias de fallecimiento de los pacientes pueden ser multivariadas y con diversos escenarios tanto físicos como emocionales. Enfermería brinda el cuidado de pacientes en fase terminal y la convivencia con el sufrimiento ajeno y el mismo proceso de amortajamiento, las experiencias más temidas.

Tecnica: • Preparación de los profesionales con material. El profesional debe ponerse bata desechable, guantes, gorro, mascarilla.

- Colocar el cuerpo en decúbito supino con la cama en posición horizontal, los brazos a ambos lados del cuerpo y tobillos juntos, para que no se produzcan deformidades en la cara y en el cuerpo.
- Cerrar los ojos bajando los párpados superiores.
- Retirar sondas, vías, y drenajes colocar apósitos secos en cualquier herida o puntos de drenaje. En caso de grandes incisiones se sutura con seda.

- En caso de salida de líquidos corporales con orificios, se puede taponear las zonas que lo requieran con algodón.
- Lavar el cuerpo y secarlo.
- Si el fallecido utilizaba dentadura postiza u otro tipo de prótesis, si es posible se puede colocar.
- Sellar los labios con aerosol de película plástica para evitar que la boca se quede abierta. En caso de necesidad se puede sujetar la mandíbula con una venda elástica.
- Aspirar secreciones si fuera necesario es aconsejable retirar traqueostomía o SNG para evitar reflujos.
- Envolver el cuerpo extendiendo una sábana limpia sobre la cama en forma de pico, semejando a un rombo. Volver a colocar el cadáver en posición decúbito supino centrado.
- Doblar el pico superior de la sabana a modo de toca, sobre La frente del cadáver, asegurando el dobles, a nivel del cuello con tela adhesiva.
 - Envolver el tórax, posteriormente el abdomen y por ultimo las extremidades inferiores. Asegurar con tela adhesiva.
- Se debe procurar que el pico de la sabana que permanece encima sea siempre el mismo. La mortaja con las menos arrugas posibles.
- Con tela adhesiva fijar la sabana alrededor del tobillo.
- Colocar una identificación sobre el torax del cadáver en donde contenga su nombre con apellidos, patología, nombre del médico, fecha y hora de su muerte.
 - Guardar sus pertenencias en una bolsa identificativa para entregar a los familiares procurando que esté presente otra persona el equipo.
 - Registrar en el registro de enfermería la hora de su muerte, así como todos los procedimientos que se realizaron al fallecido antes y su causa de su muerte.
- Avisar al celados siguiendo los trámites burocráticos para realizar el traslado al servicio del velatorio.
- Registrar su baja del fallecido en la unidad y en el reto de los servicios vinculados con el fallecido.
- Limpieza y desinfección del área del fallecido. (Rosales, Reyes, 2009:459). Institución. En una institución se describe el amortajamiento de la siguiente manera.

- Envolver el cuerpo en la sabana, asegurándose de que quede completamente cubierto, y fijar la sabana con una cinta adhesiva o con vendaje de gasa para evitar la exposición del difunto durante su traslado a la funeraria.
- Adherir una tarjeta de identificación o la tarjeta de notificación del deceso en la sabana utilizando cinta adhesiva, para facilitar la identificación ulterior.
- Si hay riesgo de infección, el cuerpo puede colocarse en una bolsa para cadáveres. La bolsa se etiqueta con la frase “peligro de infección” más el nombre de la infección.
- Enumerar la ropa del paciente, creando así un recibo para uso ulterior.
- Colocar a la ropa y las pertenencias del paciente en un lugar seguro para garantizar que se resguarden con seguridad hasta que las recojan los familiares.
- Desechar el equipo y el material con seguridad para reducir cualquier riesgo sanitario.
- Informar al camillero de que el cuerpo ya está listo para que lo recojan: esto permitirá que el cuerpo se enfríe lo antes posible tras el deceso y de esta manera se ralentizara el proceso de descomposición.
- Ala llegada del camillero con las camillas del mortuorio, debe garantizarse la privacidad de los demás pacientes para tratar de evitar la angustia adicional.
- A otros pacientes se les informar amable y honestamente de que el paciente ha fallecido y se les brindara el apoyo necesario.
- Documentar de forma apropiada el procediendo de enfermería para obtener un registro por escrito de los cuidados que se le brindaron.

Anexos: (no hay evidencias)

Bibliografía:

<http://www.minsa.gob.gob/enfermeria/docinter/manual/protocolosprocedimientos.pdf>: (11/mayo/2017, 4:40pm)

PRACTICA #1: CURACION DE HERIDAS

Introduccion: Al enfrentar el tratamiento de una herida o úlcera es fundamental tener conocimientos básicos sobre; manejo de las heridas, apósitos, coberturas, cintas quirúrgicas y vendajes. La aplicación de estos conocimientos permitirá lograr una cicatrización permanente, funcional y estética, al facilitar el proceso fisiológico y prevenir o eliminar los factores locales, sistémicos o externos que lo alteran,

contribuyendo así al bienestar físico y mental del paciente durante todo el periodo que dure el proceso de curación.

Justificación: Existen diversos tipos de heridas y se clasifican según: integridad de la piel (abierta y cerrada), gravedad de la lesión (superficial o penetrante) y limpieza o grado de contaminación (limpia, limpia/ contaminada, contaminada, infectada).

Herida limpia: Es aquella que se origina en forma quirúrgica bajo condiciones asépticas, con trauma tisular mínimo y exposición a microorganismos estrictamente controlado.

Heridas contaminadas: Se considera a aquellas donde el tiempo transcurrido a partir de la injuria es corto, los tejidos han sido dañados e inoculados con microorganismos que aún no se han comenzado a desarrollar en el tejido desvitalizado.

Herida infectada: Es aquella donde ha transcurrido el tiempo suficiente para que los microorganismos se comiencen a desarrollar. Por lo general, se caracterizan por inflamación, dolor, exudado purulento, y síntomas sistémicos.

Objetivo: La curación se puede definir como el conjunto de técnicas que favorecen la aparición de cicatrización en una herida, hasta lograr su cierre. La curación puede tener como objetivo, utilizada sola o con otra modalidad de tratamiento, el cierre completo de la herida o la preparación de ésta para cirugía como terapia adyuvante.

Tema: La piel es el órgano más grande del cuerpo. Entre las principales funciones de la piel está la protección. Ésta protege al organismo de factores externos como bacterias, sustancias químicas y temperatura. La piel contiene secreciones que pueden destruir bacterias y la melanina, que es un pigmento químico que sirve como defensa contra los rayos ultravioleta que pueden dañar las células de la piel. 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.

Anexos: (no hay evidencias)

Bibliografía:

fm.uacam.mx/view/download?file=174/adjuntos/CURACION_DE_HERIDAS

PRACTICA #2: DILUSION DE MEDICAMENTOS

Introducción: Es el procedimiento mediante el cual se obtienen, concentraciones y dosis requeridas de medicamentos a través de fórmulas matemáticas.

Justificación: El conocer la preparación y disolución de los medicamentos es esencial en la vida profesional de la enfermera ya que es un quehacer diario y un compromiso ético que tenemos con el paciente ya que influye directamente en la recuperación o complicación del estado de salud del mismo.

Objetivo: Realizar en forma exacta y precisa la dilución del fármaco prescrito, con la técnica ya establecida. Obtener la dosis exacta en gramos (g), miligramos (mg) y microgramos (µg). Obtener la acción farmacología selectiva y efectiva mediante una dilución adecuada. Evitar lesión tisular en vasos periféricos.

Técnica: La regla de tres es el procedimiento que se realiza para obtener la dosificación indicada en forma exacta, aún en cantidades muy pequeñas, y así evitar reacciones adversas por concentración del fármaco. Primero, debes calcular de forma exacta y precisa la dilución del fármaco prescrito. Segundo, obtener la dosis exacta en gramos (g), miligramos (mg) y microgramos (µg). Y, por último, debes obtener la acción farmacológica efectiva mediante una dilución adecuada.

Anexos:

cuenta colocar miligramos debajo de miligramos. Y en el extremo inferior derecho colocar una X, que será en este caso los mililitros a aplicar. 20 mg ► 2 ml 80 mg ► X Primer paso: Dividir los 20 mg entre 80 mg $20 \text{ mg} / 80 \text{ mg} = 0.25$ Segundo paso: Multiplicar el 0.25 por los 2 ml $0.25 \times 2 \text{ ml} = 0.5 \text{ ml}$ En este caso, se administrarán 0.5 ml de Gentamicina.

Ejercicios de práctica:

- Protonix de 80mg, diluido en 100 ml N.S. Indicación médica de 30mg cada 8 horas IV. $\frac{30 \text{ mg} \times 100 \text{ ml}}{80 \text{ mg}} = 37.5 \text{ ml} = 4.6 \text{ hr}$
- Ibuprofeno de 200mg diluido en 5ml. Indicación médica de 175mg cada 12 horas. $\frac{175 \text{ mg} \times 5 \text{ ml}}{200 \text{ mg}} = 4.3 \text{ ml} = 0.36 \text{ ml/hr}$
- Claritromicina de 250mg diluido en 5ml. Indicación médica de 350mg cada 12 horas. $\frac{350 \text{ mg} \times 5 \text{ ml}}{250 \text{ mg}} = 7 \text{ ml} = 0.58 \text{ ml/hr}$
- Azitromicina de 400mg diluido en 10ml. Indicación médica de 900mg cada 12 horas. $\frac{900 \text{ mg} \times 10 \text{ ml}}{400 \text{ mg}} = 22.5 \text{ ml} = 1.85 \text{ ml/hr}$
- Vancomycin de 500mg diluido en 20ml. Indicación médica de 39mg cada 8 horas IV. $\frac{39 \text{ mg} \times 20 \text{ ml}}{500 \text{ mg}} = 1.56 \text{ ml} = 0.19 \text{ ml/hr}$
- Cefazolin de 10gm diluido en 100ml N.S. Indicación médica de 8mg cada 6 horas. $\frac{8 \text{ mg} \times 100 \text{ ml}}{1000} = 0.8 \text{ ml/hr}$
- Kefurox 1.5gm con diluyente 12 ml. Indicación médica de 750mg IV q8h. $\frac{750 \times 100}{1.500} = 50 \div 6 = 8.3 \text{ ml/hr}$
- Garamycin 80mgs con diluyente 2ml. Indicación médica 50mgs IV bid. 8h. $\frac{50 \times 100}{80} = 62.5 \div 8 = 7.8 \text{ ml/hr}$
- Cleomicin 300 mgs con diluyente de 2ml. Indicación médica de 750mgs IV q8h. $\frac{750 \times 100}{300} = 250 \div 8 = 31.2 \text{ ml/hr}$

Yo preparo

Yo administro

Yo registro

Yo respondo

TENGA SIEMPRE PRESENTE (LOS 16 CORRECTOS DE LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS)

2

EJERCICIOS CÁLCULO Y DILUCION DE MEDICAMENTOS.

Resolver los siguientes ejercicios.

$$1 \text{ cc} = 1 \text{ ml}$$

$$1 \text{ cc} = 20 \text{ gotas}$$

$$1000 \text{ cc} = 1000 \text{ ml}$$

UD debe administrar 1000cc de suero glucosado al 5% en 12 horas

$$1000 \div 12 = 83.3 \div = 4.1$$

1 matroces = 500 cc

a. ¿A cuantas gotas por minuto regula el suero? 4.1

b. ¿Cuantos matroces de 500cc necesita para 24 hrs? 4

c. ¿Cuanto es el volumen total a pasar en 48 hrs? 4000 cc = 4 Lt

UD debe administrar a la Sra. Maria 2.400.000 unidades de penicilina

benzatina (1 frasco = 1.200.000). Diluya el frasco en 4cc = 4 ml

$$\frac{2400000 \times 1200000}{4 \text{ ml}} = 7.2$$

¿Cuántos CC de penicilina en total debe administrar? 7.2

¿Cuál vía de administración utilizaría? 1 m

¿Qué sitio de punción utilizaría? cuadrante superior

Si la dosis fuera 700.000 unidades ¿Cuántos CC debe administrar? 2.1

$$\frac{700000 \times 1200000}{4 \text{ ml}} = 2.1$$

UD debe administrar 160 MG de gentamicina cada 8 horas por 7 días (1

ampolla de gentamicina = 80 MG = 2cc) 4 cc /

$$80 \times 2 = 160 \quad 2 \times 2 = 4$$

$$8 \times 7 = 56 \div 2 = 28$$

¿Cuantas tabletas recibirá el paciente? 28 tabletas

9-Se prescribe Binotal tabletas de 500 mg; hay en el servicio Binotal de 250

mg. ¿Cuántas tabletas recibe el paciente? 2 Tabletás

9

10-El médico ordena Amikacina (Amikin) 60 mg I.M. El servicio tiene Amikacina 100 mg / 2ml. ¿Cuántos ml se inyectan al paciente?

$$2 \times 1000 = 2000$$

$$\frac{60 \times 100}{2000} = 3$$

2/10

11. El médico ordena Ampicilina (Ominipen) 400 mg I.M; se cuenta con Ampicilina de 1g, disuélvala en 5 cc de S. S. N. ¿cuántos ml le aplica al paciente?

$$400 \times 5 \div 1000 = 2 \text{ cc}$$

12. La presentación del Keflin es de 1 gr, si ordenan aplicar 250 mgr y el frasco se disuelve en 5 cc, la cantidad en cc a aplicar es de cuántos cc?

$$250 \times 5 \div 1000 = 1.25 \text{ cc}$$

13. El médico indicó Ampicilina- sulbactam de 1,5 g C / 6 h, administración simultanea. El medicamento está disuelto en 100 ml de solución salina, debe pasar en 30 minutos. ¿ cuántas gotas por minuto debo pasar?

$$3.33 \text{ g}^1$$

14. El médico ordena Fentoina sódica (Epamin) 250 mg en 100 ml de solución salina. ¿cuántas microgotas debo pasar para que dure una hora?

$$\begin{aligned} 102.5 \text{ l} &= 60 \text{ s} \\ 1.70 \text{ x}^1 &= 60 \text{ s} \end{aligned}$$

15. El médico ordena Ciprofloxacina (Cipro) 100 mg I.M. contamos con Ciprofloxacina de 100 mg / 10 ml, agréguele 70 ml de solución salina. pasarlo en 50 minutos. ¿Cuántas gotas debo pasar por minuto?

$$160 \text{ g}^1$$

16. Indican Gentamicina de 60 mg disuelta en 50 ml de solución salina, para pasar en 20 minutos . ¿Cuántas gotas debo pasar por minuto?

$$60 \times 50 \div 20$$

2/10

17. Indican 1 g de Calcio disuelto en 200 ml de Dextrosa en agua, pasarlo en 2 horas. ¿Cuántas gotas debo pasar por minuto?

$$0.83 \text{ g}^1$$

18. El médico indica Flagyl 500 mg / 100 ml.

$$\frac{500 \text{ mg} \times 100 \text{ ml}}{500 \text{ mg}} = 100 \text{ ml}$$

Bibliografía: <https://idoc.pub/documents/dilucion-de-medicamentos-134wq61g7w47>

<https://fullseguridad.net/2019/01/03/calculo-dilucion-medicamentos>

PRACTICA #3: TIRAS HORARIAS

Introducción: La tira horaria es un instrumento que la enfermera tradicionalmente ha venido utilizando para el control del suministro de soluciones intravasculares.

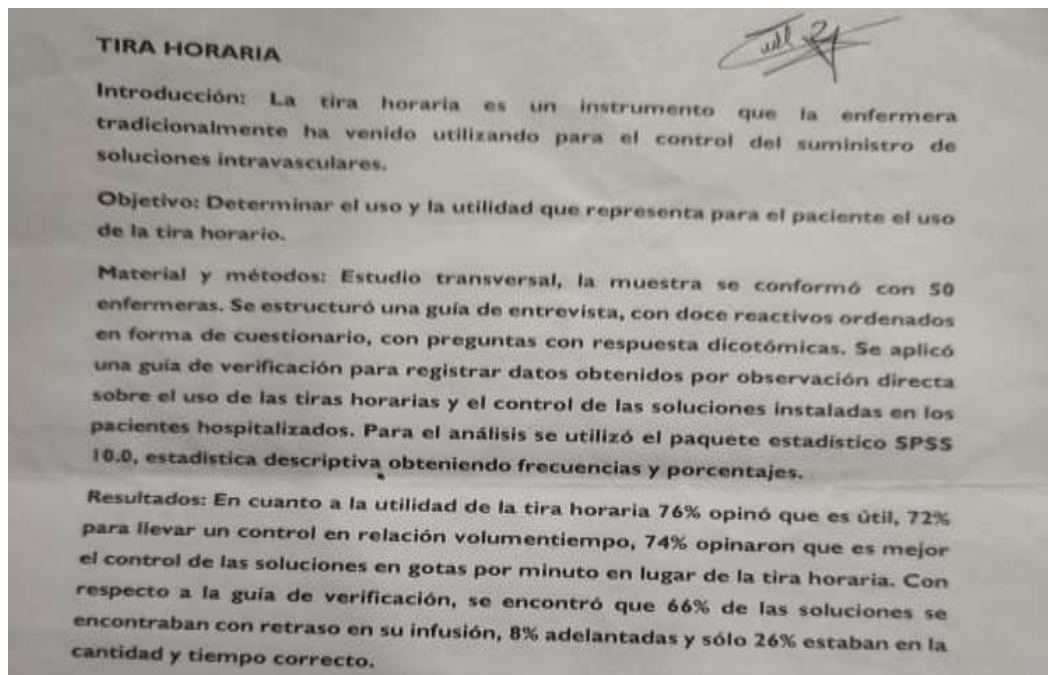
Justificación: El término, tira horaria se ha conceptualizado como una escala graduada en mililitros por hora sobre una cinta generalmente de tela adhesiva larga y angosta, con la finalidad de llevar a cabo el control de soluciones parenterales, que se infunden a un paciente en un tiempo determinado.

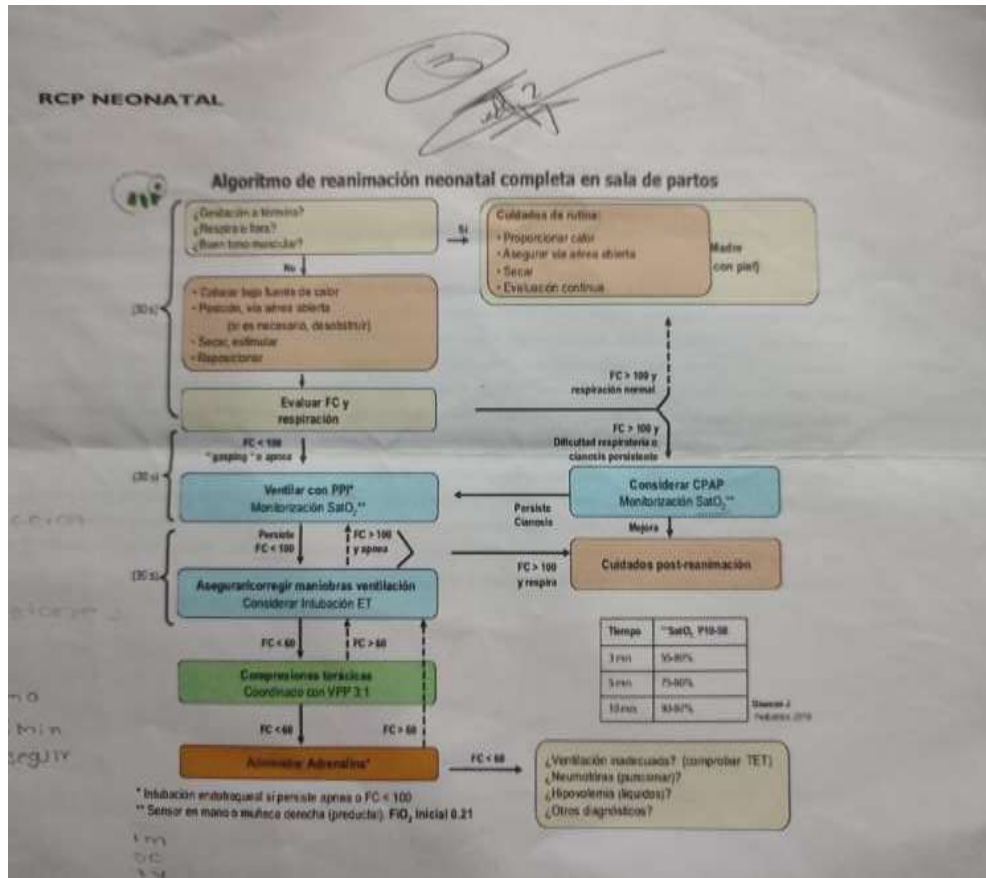
Objetivo: Determinar el uso y la utilidad que representa para el paciente el uso de la tira horario.

Tema: La tira horaria es una herramienta para el control de soluciones intravenosas; permite regular la cantidad de líquido a administrar. La responsabilidad de la enfermera es calcular de manera correcta la velocidad de la infusión, por lo que como herramienta de control utiliza la tira horaria. Para elaborar ésta se marca sobre una tira de tela adhesiva los mililitros por hora, tomando en cuenta la hora en que inicia la solución.

Técnica: Se deben dividir los mililitros de solución entre los minutos a administrar, el resultado se multiplica por el número de gotas por mililitro (velocidad de flujo) correspondientes al venopak que se vaya a utilizar. De esta manera obtendrás los mililitros por minuto (lo puedes convertir a horas) de acuerdo a la prescripción médica tomando en cuenta la cantidad de la solución, la velocidad de flujo (goteo) y el tiempo de administración. Sin embargo, es importante considerar que es más seguro el control de soluciones parenterales con apoyo de bombas de infusión.

Anexos:





Bibliografía: www.expertos.uanl.mx/enfermeria/temas/enfermeria_general

PRACTICA #4: VACUNACION

Introducción: El acto de la vacunación (los preparativos, la vacunación propiamente dicha y los cuidados posteriores) es un elemento clave en las prácticas vacunales para asegurar la mayor eficacia y seguridad de las vacunas.

Justificación: La vacunación es una forma sencilla, inocua y eficaz de protegernos contra enfermedades dañinas antes de entrar en contacto con ellas. Tras vacunarnos, nuestro sistema inmunitario produce anticuerpos, como ocurre cuando nos exponemos a una enfermedad, con la diferencia de que las vacunas contienen solamente microbios (como virus o bacterias) muertos o debilitados y no causan enfermedades ni complicaciones. La mayoría de las vacunas se inyectan, pero otras se ingieren (vía oral) o se nebulizan en la nariz.

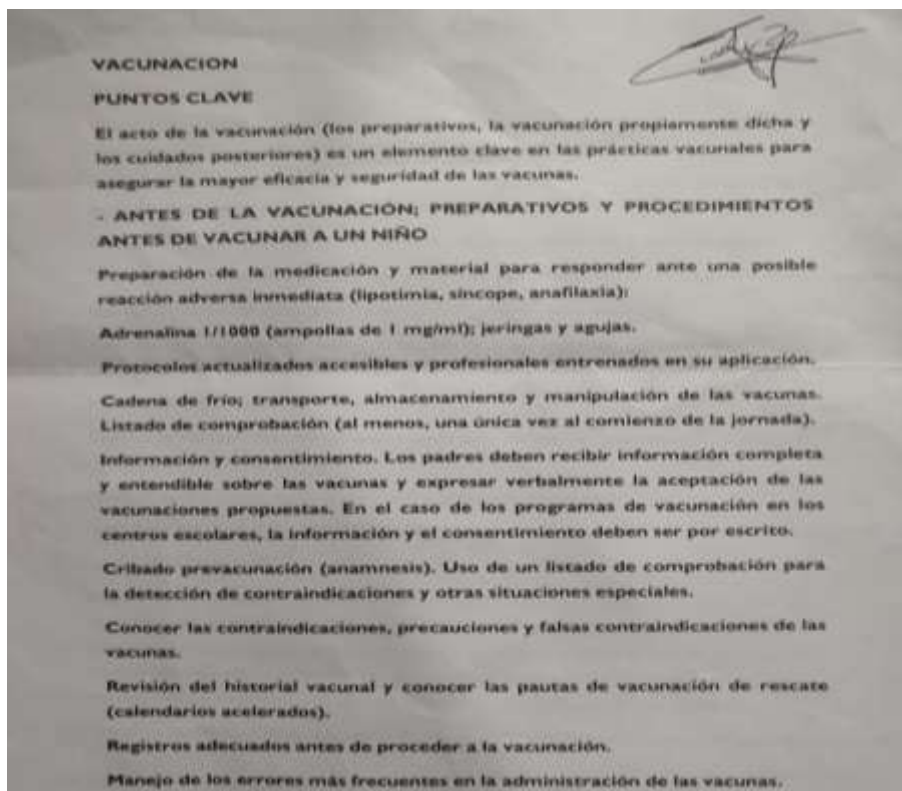
Objetivo: Las vacunas activan las defensas naturales del organismo para que aprendan a resistir a infecciones específicas, y fortalecen el sistema inmunitario.

Tema: En definitiva, las vacunas son una forma ingeniosa e inocua de inducir una respuesta inmunitaria sin causar enfermedades. Nuestro sistema inmunitario está

diseñado para recordar. Tras la administración de una o más dosis de una vacuna contra una enfermedad concreta, quedamos protegidos contra ella, normalmente durante años, décadas o incluso para toda la vida. Por eso las vacunas son tan eficaces: en vez de tratar una enfermedad cuando esta aparece, evitan que nos enfermemos.

Técnica: a) Intradérmica (ID): Limpiar la piel. Estirar la piel de la zona a pinchar. Introducir el bisel hacia arriba con la jeringa paralela a la piel (ángulo de 0°-15°). Cuando el bisel desaparece, relajar la piel e inyectar. Debe formarse una pápula, que desaparecerá en 10-30 minutos. Esperar unos segundos, retirar lentamente la aguja. b) Subcutánea (SC): Limpiar la piel. Se toma un pellizco de piel y tejido subcutáneo entre índice y pulgar. Pinchar con un ángulo de 45°. Soltar el pellizco e inyectar lentamente. No es necesario aspirar previamente. Terminada la inyección, retirar la aguja y comprimir con una gasa, sin masajear. c) Intramuscular (IM): Limpiar la piel. Sujetar la zona de inyección entre índice y pulgar, tensando la piel. Pinchar con un ángulo de 90° con un movimiento rápido y seguro. Soltar el pellizco e inyectar lentamente. Una de las medidas que se han mostrado efectivas en la disminución del dolor ha sido no aspirar en las inyecciones IM y hacerlo lo más rápidamente posible. Es recomendable administrar las vacunas de forma que la más dolorosa sea la última. Terminada la inyección, retirar la aguja y comprimir con una gasa, sin masajear.

Anexos:



Bibliografía: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica>

PRACTICA #5: TOMA E INTERPRETACION DE ELECTROCARDIOGRAMA

Introducción: Gráfico en el que se registran los movimientos del corazón y es obtenido por un electrocardiógrafo. Un electrocardiograma (ECG) es un procedimiento simple e indoloro que mide la actividad eléctrica del corazón. Cada vez que el corazón late, una señal eléctrica circula a través de él. Un electrocardiograma muestra si su corazón está latiendo a un ritmo y con una fuerza normal.

Justificación: Ayuda a diagnosticar varios problemas cardíacos. El proveedor de atención médica puede utilizar un electrocardiograma para determinar o detectar: Ritmo cardíaco irregular (arritmias).

Objetivo: Un electrocardiograma es un procedimiento indoloro y no invasivo que ayuda a diagnosticar varios problemas cardíacos.

Tema: Los Electrodo del Electrocardiograma (EKG o ECG) son los dispositivos que ponen en contacto al paciente con el electrocardiógrafo. A través de ellos se obtiene la información eléctrica para la impresión y el análisis del Electrocardiograma. Para realizar un Electrocardiograma estándar se colocan 10 electrodos divididos en dos grupos: Los Electrodo Periféricos y los Electrodo Precordiales. De los datos aportados por ellos se obtienen las 12 derivaciones del EKG. Cuando se realiza un Electrocardiograma es imprescindible conocer con rigurosidad la ubicación de los electrodos en el paciente. Un cambio de localización de un electrodo podría provocar, desde pequeñas variaciones en la morfología del QRS, hasta graves errores diagnósticos.

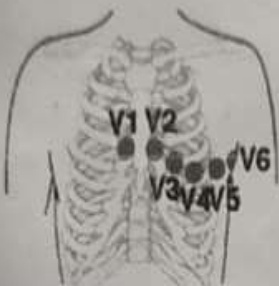
Técnica: Informar al paciente en qué consiste la prueba, y los riesgos que conlleva. Solicitar al paciente que retire equipos eléctricos como móviles o relojes que pueden interferir en la señal cuando se vaya a hacer el electrocardiograma. También deberá retirar objetos metálicos, como cadenas o pulseras en la zona de los electrodos del EKG. Solicitarle que se desnude de cintura hacia arriba y que descubra los tobillos, para colocar de forma correcta los electrodos del electrocardiograma. Acostar al paciente en decúbito supino, en una camilla cercana al electrocardiógrafo (equipo del electrocardiograma). Limpiar y desinfectar con solución alcohólica las zonas de colocación de los electrodos del electrocardiograma, para garantizar un correcto contacto con la piel y una mejor obtención de la señal del electrocardiograma. Colocar los electrodos del EKG en el tórax, ambas muñecas y en ambos tobillos. Es importante ser riguroso en la colocación exacta de los electrodos, para garantizar una correcta lectura del electrocardiograma. Informar al paciente que no puede moverse, ni hablar y que respire normalmente mientras se obtiene el EKG. Obtener el electrocardiograma. Revisar el electrocardiograma, antes de retirar los electrodos al paciente. Verificar que todas las derivaciones se observan bien o que no existen

muchos artefactos. En caso de duda consultar con un médico. Repetir el EKG si fuera necesario.

Anexo:

V5: En la misma línea horizontal que el electrodo V4, pero en la línea axilar anterior (línea que baja perpendicularmente desde el punto medio entre el centro de la clavícula y su extremo lateral).

V6: En la misma línea horizontal que los electrodos V4 y V5, pero en la línea medio axilar (línea que baja perpendicularmente desde el centro de la axila).



Preparación de
Quinofano

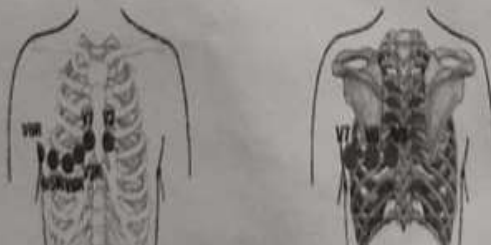
②

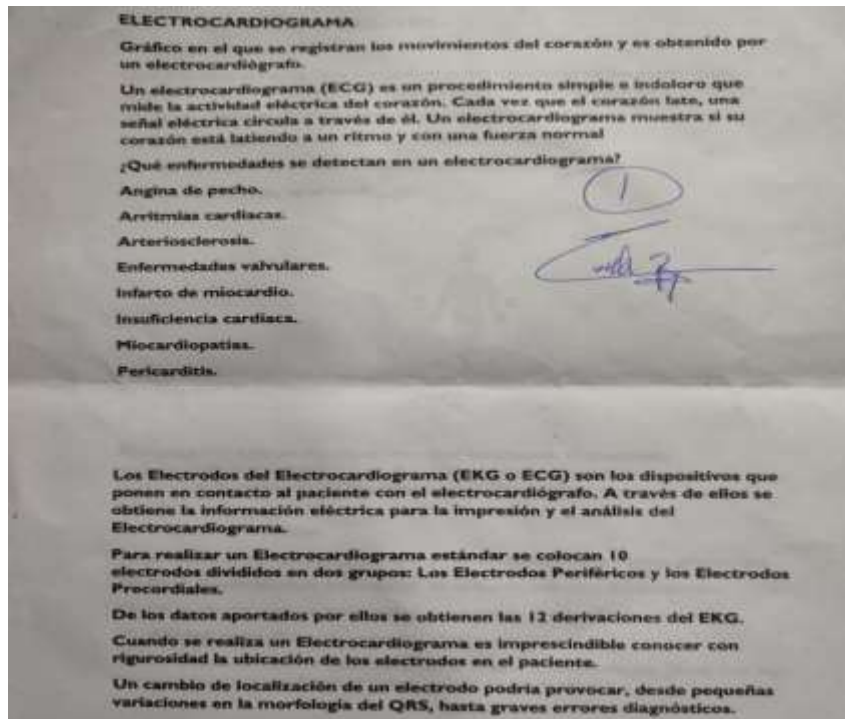
[Handwritten signature]

Electrodos Precordiales

En determinados pacientes y ante la sospecha de Infarto Posterior o de Ventriculo Derecho, es recomendable colocar los electrodos en posiciones distintas a las descritas, para poder obtener las Derivaciones Derechas y Posteriores.

No confundir los electrodos con las derivaciones cardíacas.





Bibliografía: <https://cicardio.mx/que-es-un-electrocardiograma>

<https://www.bupasalud.com/salud/electrocardiograma>

PRACTICA #6 FRACTURA E INMOVILIZACION DEL PACIENTE

Introducción: El manejo de un paciente con una fractura puede pertenecer a emergente o post-emergente. Inmediatamente después de la lesión, si se sospecha una fractura, es importante inmovilizar la parte del cuerpo antes de mover al paciente. La colocación de una férula adecuada es esencial para evitar el movimiento de los fragmentos de la fractura.

Justificación: Las técnicas de inmovilización en enfermería son la que habitualmente tienen lugar una vez que se ha trasladado al paciente a un hospital o centro médico. Estas técnicas de inmovilización se realizan para limitar el movimiento a largo plazo y tienen por objetivo específico la curación de la lesión tras un plazo de tiempo determinado.

Objetivo: tienen por objetivo específico la curación de la lesión tras un plazo de tiempo determinado.

Tema: Las técnicas de inmovilización en primeros auxilios son las que se aplican en situaciones de urgencia, a menudo, en el mismo lugar donde tiene lugar un accidente, por ejemplo. Para aplicar estas técnicas, hay que tener en cuenta una serie de parámetros: Accesibilidad de la víctima: Si podemos maniobrar fácilmente para realizar todas las técnicas de inmovilización. En accidentes de coche no se suele dar este caso, con lo que tendremos que buscar soluciones alternativas. Situación clínica de las víctimas: Estudiar sus signos vitales para saber qué debemos evitar. Disponibilidad de materiales. Número de personal sanitario disponible que pueda atender ese caso, ya que para algunas técnicas se requiere la participación de varias personas.

Anexo:



Venderle
Tijera
Yeso

FRACTURA DE LAS VERTEBRAS 3 Y 4

Las vértebras C3, C4 y C5 forman la sección media de la columna cervical, cerca de la base del cuello. El segmento de movimiento espinal L3-L4, situado en el Centro de la columna lumbar, desempeña un papel importante en el soporte del peso del torso y la protección de la cauda equina (nervios que descienden de la médula espinal). Si bien el segmento de movimiento L3-L4 es menos probable que se lesione en comparación con sus contrapartes más bajas, puede estar sujeto a degeneración, trauma y problemas relacionados con el disco.

Anatomía del segmento de movimiento espinal L3-L4

El segmento de movimiento L3-L4 incluye las siguientes estructuras:

Vértebras L3 y L4. Cada vértebra consiste en un cuerpo vertebral en la parte delantera y un arco vertebral en la parte posterior con las siguientes características:

La altura del cuerpo vertebral de L3 es igual en la parte delantera y trasera; L4 es más alta en la parte delantera en comparación con la espalda. El arco vertebral tiene 3 protuberancias óseas: un proceso espinoso prominente en el medio y dos procesos transversales a cada lado. L3 tiene el proceso espinoso más largo en la región lumbar. La región entre el proceso espinoso y el proceso transversal se llama la lámina. La región entre el proceso transversal y el cuerpo vertebral se llama pedículo. Las vértebras L3 y L4 están conectadas en la parte posterior por un par de articulaciones facetarias (articulaciones cigapofisarias), que están cubiertas por cartilago articulado para proporcionar movimientos suaves entre las superficies articulares. Disco intervertebral L3-L4. Un disco hecho de un núcleo blando y gelatinoso (núcleo pulposo) rodeado por capas duras de tejido fibroso (anillo fibroso) está situado entre los cuerpos vertebrales de L3 y L4. Este disco proporciona funciones de amortiguación y absorción de impactos para proteger las vértebras de la fricción entre sí durante los movimientos espinales.

Tratamiento de las fracturas vertebrales

Tratamiento no quirúrgico: La mayoría de fracturas por compresión consolidan por sí solas, aunque lentamente. Por lo cual, ante fracturas vertebrales, el tratamiento inicialmente será no quirúrgico, e incluirá:

- Reposo. Siendo recomendable volver a las actividades normales lo más pronto posible.
- Analgésicos. Los cuales aliviarán el dolor inicial. En ocasiones puntuales, si el dolor es intenso, el médico puede prescribir analgésicos opiáceos.
- Fisioterapia. Su objetivo es permitir la funcionalidad normal de la columna de la persona afectada
- Ortesis (corsé o faja). Se utilizará en caso de que la fractura produzca dolor lumbar en el paciente. Se utilizará aproximadamente durante tres meses.
- Fármacos para la osteoporosis. Fármacos tales como los bisfosfonatos o calcitonina ayudan a prevenir la descomposición del hueso y a aumentar la densidad ósea.

Tratamiento quirúrgico: En determinados casos en los que el dolor de espalda sea intenso, o las fracturas afecten a la estructura vertebral, podrá recurrirse a diversos tratamientos quirúrgicos. Inicialmente se realizarán procedimientos mínimamente invasivos:



PRACTICA #7: SUTURAS

Introducción: La sutura es una técnica que favorece la cicatrización de las heridas, ya que las mantiene a salvo de agresiones externas, facilita la reepitelización aproximando los bordes y proporciona un mejor resultado estético.

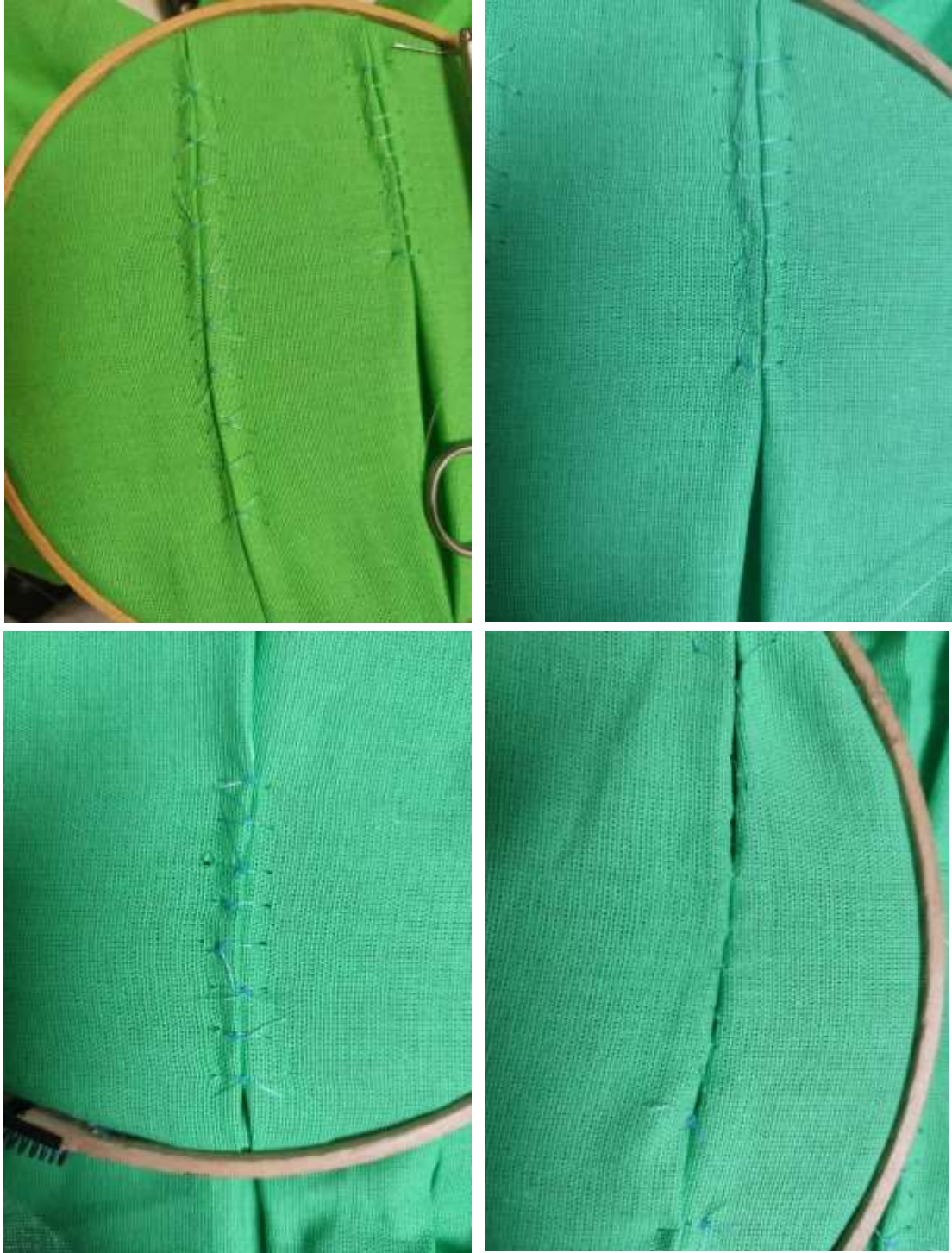
Justificación: La palabra "sutura" describe cualquier hilo de material utilizado para ligar o aproximar los tejidos. Se han encontrado referencias escritas tan antiguas como 2000 A.C., que describen el uso de cuerdas y tendones animales como suturas. A través de los siglos, se ha utilizado una amplia variedad de materiales como seda, lino, algodón, pelo de caballo, tendones, intestinos de animales y alambre metálico en los procedimientos quirúrgicos. Algunos de estos todavía están en uso. La evolución del material de sutura ha progresado de modo tal que incluye suturas diseñadas para procedimientos quirúrgicos específicos.

Objetivo: Reposicionar los tejidos en su lugar original, o colocarlos en alguna otra posición deseada, coaptar los bordes de la herida de manera precisa y atraumática, eliminar espacios muertos.

Tema: En la práctica se emplearon tres tipos de suturas que son: anclado continuo, surgente anclado y punto en x. Los puntos de sutura pueden realizarse con distinta variedad de hilos, entre ellos los de seda, nylon, catgut, metálicos, etc. dependiendo del tipo de intervención quirúrgica a realizar. La ley habitualmente no especifica a qué profesionales del arte de curar corresponde suturar, trabajo que en general puede realizar el personal de enfermería de los centros de salud públicos ante la presencia de un herido o accidentado, siendo las más comunes las suturas de piel, de tejido celular subcutáneo, aponeurosis (membrana que recubre los músculos) y suturas de músculos.

Técnica: Surgente continuo simple: La sutura empieza desde el borde más lejano a la herida, a unos 0.5 cm del borde, entrando en la herida de afuera para adentro y saliendo al revés, en el borde más cercano a la herida. Después de que se anude la sutura, puede continuarse con el camino de la aguja a un ángulo de 45 o 90° de la herida. Para terminar esta sutura, el último paso debe hacerse a 3 mm de la esquina de la herida. La aguja se pasa del mismo lado, aproximadamente a 2 mm de distancia desde la última salida hasta el lado más lejano a la herida. La sutura se anuda después en un lazo dejado en el lado más cercano. Surgente continuo anclado: En este tipo de sutura, la aguja atraviesa el asa hecha en la sutura previa. El resto de la técnica es similar a la sutura continua simple, usando la posición de la aguja a un ángulo de 90° de los bordes de la herida. Los puntos dobles tienen dos entradas y dos salidas en el tejido, confieren a la sutura una mayor seguridad y fuerza, y permiten abarcar largos tramos de tejido en un solo punto. Mientras que los simples nos ayudarán a acabar de cerrar bien la herida en las zonas distal y mesial de la incisión.

Anexos:



Bibliografía: <https://www.vericatformacion.com/blog/tecnica-sutura-procedimientos>

<https://yoamoenfermeriablog.com/2018/02/05/tecnica-de-sutura>

PRACTICA #8: PROMOCION A LA SALUD

Introducción: La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población.

Justificación: La promoción de la salud es uno de los pilares sobre los que se sustenta una sociedad exitosa. Es la clave para tener ciudadanos más saludables y también la vía para disminuir los gastos derivados de la enfermedad, sobre todo ante el escenario de cambio demográfico al que nos enfrentamos debido al envejecimiento de la población.

Objetivo: La promoción de la salud es una estrategia esencial para mejorar la salud y el bienestar y reducir las inequidades en salud y al efectuar eso, ayuda a lograr las metas internacionales y nacionales de salud.

Tema: Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social. La Promoción de la Salud constituye un proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva. Carta de Ottawa (OMS). Aunque la salud es un concepto dinámico, habitualmente se aborda desde la visión de pérdida (enfermedades o factores de riesgo). La promoción de la salud reconoce la salud como un concepto positivo y se centra en los factores que contribuyen a ella. Busca que todas las personas desarrollen su mayor potencial de salud tomando en cuenta los activos de la comunidad y las condiciones sociales subyacentes que determinan una mejor o peor salud - los Determinantes Sociales de la Salud - sabiendo que para alcanzar la equidad es necesario una redistribución del poder y los recursos. El abordaje de Promoción de la Salud implica una manera particular de colaborar: parte de las diferentes necesidades de la población, fomenta sus capacidades y sus fortalezas, empodera, es participativa, intersectorial, sensible al contexto y opera en múltiples niveles.

Anexos:



Bibliografía: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>