

Mi Universidad

Reporte de práctica

Nombre del Alumno: Omar David Franco Navarro

Nombre del tema: RCP básico y avanzado, manejo de carro rojo y cuidados post mortem

Parcial: 4

Nombre de la Materia: Práctica clínica de enfermería

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano Rodríguez

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Fecha: 10/05/2023

Introducción

En la materia de Práctica Clínica se realizaron dos prácticas, de las cuales la primera fue RCP básico y avanzando y manejo de carro rojo, se formaron equipos para que a partir de casos clínicos se otorgaran cuidados de enfermería, la segunda práctica consistía en proporcionar cuidados para la prevención de UPP en donde se utilizaron aditamentos elaborados manualmente para disminuir la presión sobre prominencias óseas, además de proporcionar cuidados posmortem, llevando a cabo baño de esponja y amortajamiento.

Primero hay que comenzar con las definiciones de paro o parada cardiorrespiratoria, resucitación cardiopulmonar, resucitación cardiopulmonar básica y avanzada:

El Paro cardiorrespiratorio, consistente en el cese de la actividad mecánica cardíaca, se diagnostica ante la falta de conciencia, pulso y respiración. La OPS lo define como la interrupción repentina y simultanea de la respiración y el funcionamiento del corazón debido a la relación que existe entre el sistema respiratorio y circulatorio.

Aunque las causas del paro respiratorio y cardíaco son diversas, desde el punto de vista asistencial se tiende a considerar como una entidad única denominada PCR (Paro cardiorrespiratorio). La interrupción de una de las dos funciones vitales lleva rápida e indefectiblemente a la detención de la otra, por lo que su manejo se aborda de forma conjunta.

La Resucitación Cardiopulmonar (RCP) comprende un conjunto de maniobras encaminadas a revertir el estado de paro cardiorrespiratorio, sustituyendo primero, para intentar reinstaurar después, la circulación y respiración espontanea.

La Resucitación Cardiopulmonar Básica (RCPB) Agrupa un conjunto de conocimientos y habilidades para identificar a las víctimas con posible parada cardiaca y/o respiratoria, alertar a los sistemas de emergencia y realizar una sustitución (lo más eficaz posible) de las

funciones respiratorias y circulatoria, hasta el momento que la víctima pueda recibir el tratamiento calificado.

El carro rojo o de parada cardiorrespiratoria, es un instrumento obligatoriamente necesario y útil, ya que en el se pueden encontrar diversos materiales e instrumentos que tienen un uso específico en el tratamiento de pacientes graves o muy comprometidos, es por ello que resulta importante se encuentre abastecido de material y que este sea funcional y de fácil acceso.

Cuando se habla de cuidados post mortem, se hace referencia a la técnica o conjunto de pasos que involucran el aseo general del paciente una vez fallecido, baño de esponja, amortajamiento y etiquetado del cadáver, estos cuidados de enfermería fueron practicados con un modelo anatómico habiendo previamente realizado la práctica de prevención de UPP empleando aditamentos y realizando cambios posturales en paciente encamado.

Objetivo general

- Dar un RCP de calidad, evitar la incidencia de UPP, otorgar cuidados post mortem

Objetivos específicos

- Conocer las intervenciones propias del RCP básico y avanzando
- Hacer uso correcto de los aditamentos en pacientes con riesgo moderado o elevado a desarrollar UPP, junto con cambios de posición

Justificación

Las prácticas de RCP y prevención de UPP con cuidados paliativos, involucran un gran número de pasos que permiten cuidar la integridad del paciente estando en vida e incluso después de la muerte.

En primera instancia, la resucitación cardiopulmonar supone un tema indispensable para el profesional de enfermería, en donde prácticamente es de carácter obligatorio tener conocimiento de ello y en casos intrahospitalarios, conocer protocolos y el manejo va a permitir preservar una vida.

La prevención de UPP engloba el uso de aditamentos y herramientas para disminuir la presión, cizallamiento y humedad, así que se debe de mantener una vigilancia continua y un poco más rigurosa en pacientes críticos.

Los cuidados post mortem permiten preservar la dignidad e intimidad a medida de lo posible una vez habiendo fallecido la persona, se deben otorgar cuidados con respeto, dignidad y profesionalismo, teniendo en cuenta que enfermería es la ciencia del cuidado en los distintos instantes de la vida incluso después de la muerte.

Reporte de práctica 1

Las prácticas se iniciaron habilitando el carro rojo, en donde a partir de la formación de equipos, se fue habilitando cada una de las gavetas, una vez habilitado el carro de reanimación en su totalidad, se realizó un sorteo de casos clínicos, en donde en mi equipo nos tocó un caso de una paciente femenina con infarto, cuyos síntomas comienzan en casa.

Al ser un equipo grande nos dividimos en dos, el primer equipo realizó actividades pertinentes a la atención de un PCEH, realizando maniobras de RCP básico, las cuales consisten en asistencia al paciente en su domicilio, verificación de signos vitales, solicitud de asistencia para el traslado hospitalario e inicio de compresiones, el segundo equipo representó los cuidados hospitalarios, comenzando con maniobras de RCP avanzado, monitorizando a la paciente, administración de medicamentos y fluidos I.V, manejo de la vía aérea a través de un TOT, traslado de la paciente a sala hemodinámica para realizar angiografía y angioplastia, logrando así una estabilización de la paciente.

Reporte de práctica 2

En la segunda práctica, se realizaron medidas preventivas de UPP, en donde se utilizaron aditamentos elaborados manualmente, para ello se realizó un sorteo de casos clínicos en donde a mi equipo nos tocó un paciente con tétanos neonatal, a partir de allí dirigimos nuestras acciones hacia el confort del paciente y su protección, para ello se elaboró un nido neonatal, se despoja al neonato de su ropa para el control de la fiebre, se coloca antifaz y protección ocular ya que la patología lo amerita, se hace mucho hincapié en el uso de almohadas para la prevención de UPP, se realizan cambios de posición y se piensa en la administración de analgésicos, antipiréticos y anticonvulsivos.

De manera simultánea a la práctica de prevención de UPP, se proporcionan los cuidados post mortem, en donde las actividades se repartieron entre los integrantes del equipo, a manera de que algunos realizaran el baño de esponja, otros se encargaran de taponear los orificios naturales del organismo con algodón y otros finalmente envolvieron el cadáver con sábanas, agregando una etiqueta adherida al tórax del paciente y otra sobre la sábana que lo envuelve.

Se da por terminada la práctica de prevención de UPP al exponer el caso a los demás equipos, se comenta las generalidades de la patología, los cuidados que se deben realizar y se realizaron durante la práctica, también se explican los cuidados post mortem que se le dieron al neonato y se aclaran dudas.

Conclusiones

Las úlceras por presión son lesiones provocadas por periodos prolongados de tiempo en donde el paciente presenta movilidad limitada o nula y al no ser movilizado, o al ser movilizado de manera incorrecta, se producen estas lesiones, por lo tanto la principal causa de incidencia es la falta de movilidad provocada por descuido u omisión del personal, así que la prevención, ayuda a evitar estancias prolongadas, infecciones, mayores gastos y complicaciones.

Los cuidados post mortem deben ser brindados con calidad y respeto a la persona, como cualquier otra actividad, dándole la misma importancia y empatía a la familia, se debe estar preparado psicológicamente para realizar el procedimiento de la mejor manera.

Sugerencias

Para hacer la práctica más real, estaría bien realizar los cambios de posiciones entre compañeros, ya que el peso natural del organismo es más similar a lo que encontraremos en la vida real, totalmente diferente a mover un modelo.

Siempre y cuando se tengan en cuenta los principios de mecánica corporal e higiene postural.

Anexos













INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
CIUDAD DE LA HABANA

CASO CLÍNICO

MUERTE SÚBITA EXTRAHOSPITALARIA POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Dr. CM. Julio César Echarte-Martínez¹, Dr. Benito Sainz González de la Peña², Dra. Eleana Pacheco Álvarez², Dr. Luis Benito Ramos Gutiérrez², Dr. Iovank González Artilés², Dra. Carmen Sainz Rodríguez³ y Dr. Fidel Cáceres Lóriga⁴

1. Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de I y II Grados en Cardiología. Profesor Titular del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular de Ciudad de La Habana. e-mail: jecharte@infomed.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Cardiología.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral.
4. Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de I y II Grados en Cardiología.

Recibido: 22 de diciembre de 2009
Aceptado para su publicación: 14 de enero de 2010

Resumen

Los resultados de la reanimación cardiopulmonar en el paro cardíaco extrahospitalario son poco satisfactorios en los mejores centros asistenciales del mundo, con un porcentaje de supervivientes muy bajo. El tema constituye en la actualidad un desafío para los médicos de asistencia; para otros, una asignatura pendiente. En este artículo presentamos el caso de una paciente con muerte súbita, producida por un infarto agudo de miocardio anterior extenso,

asistida y recuperada por su médico de familia y por especialistas del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Palabras clave: Muerte súbita, infarto agudo de miocardio, paro cardiorrespiratorio

Abstract

The results of cardiopulmonary resuscitation in cases of out-of-hospital cardiac arrest are not very satisfactory in the best health care centers of the world, with a very low percentage of

survival. Currently, this topic represents a challenge for practicing doctors; while it is an unresolved subject for others. The case of a patient with sudden death, caused by an extensive acute anterior myocardial infarction, who was assisted and recovered by the family

doctor and specialists from the Cardiology and Cardiovascular Surgery Institute, is presented in this article.

Key words: Sudden death, acute myocardial infarction, cardiac arrest

Introducción

La cardiopatía isquémica constituye la principal causa de muerte en los países desarrollados y en vías de desarrollo¹. Uno de sus principales exponentes, el infarto agudo de miocardio, es causa importante de parada cardiorrespiratoria principalmente, debido a la aparición de arritmias ventriculares malignas. Cuando el paro cardíaco se produce antes de la llegada del paciente a un centro asistencial tiene una elevadísima letalidad^{2,3}.

Los resultados de la reanimación cardiopulmonar en paradas cardíacas extrahospitalarias son poco satisfactorios, incluso en los mejores centros hospitalarios del mundo, con un porcentaje de supervivientes muy bajo. El tema constituye en la actualidad un desafío para los médicos de asistencia; para otros, una asignatura pendiente³.

Caso clínico

Paciente DO (HC-840613) femenina, mestiza, de 45 años de edad, con antecedentes de ser fumadora inveterada por más de 20 años y ausencia de enfermedad coronaria isquémica. En horas de la mañana del 23 de septiembre de 2009, en su domicilio, comenzó a presentar síntomas inespecíficos consistentes en fatigabilidad extrema que la obligó a acostarse y seguidamente, manifestó una sensación de

opresión retrosternal. Se incorporó para pedir ayuda a sus familiares y cayó bruscamente al suelo.

Al llamado de auxilio de su mamá fue asistida rápidamente, en aproximadamente 3 minutos, por la doctora de su área de salud, quien constató una parada cardiorrespiratoria y de inmediato, inició las maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar (RCP), las cuales en ningún momento fueron interrumpidas durante el traslado hasta el sitio de atención médica más cercano, en este caso, el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. El tiempo total transcurrido desde la parada cardiorrespiratoria y el inicio de la reanimación extrahospitalaria hasta la llegada al hospital, fue de 13 minutos.

A su llegada al cuerpo de guardia fue atendida de forma inmediata por el personal médico y de enfermería, quienes inicialmente, optimizaron las maniobras básicas de RCP, por tratarse de un paro cardiorrespiratorio extrahospitalario.

Conjuntamente con las medidas generales se logró constatar en el monitor una fibrilación ventricular gruesa, de ahí que se procedió a desfibrilar de inmediato con terapia eléctrica (corriente bifásica 300 WATT) y seguidamente, se continuó con RCP y se iniciaron maniobras de RCP avanzada, que incluyeron intubación

survival. Currently, this topic represents a challenge for practicing doctors; while it is an unresolved subject for others. The case of a patient with sudden death, caused by an extensive acute anterior myocardial infarction, who was assisted and recovered by the family

doctor and specialists from the Cardiology and Cardiovascular Surgery Institute, is presented in this article.

Key words: Sudden death, acute myocardial infarction, cardiac arrest

Introducción

La cardiopatía isquémica constituye la principal causa de muerte en los países desarrollados y en vías de desarrollo¹. Uno de sus principales exponentes, el infarto agudo de miocardio, es causa importante de parada cardiorrespiratoria principalmente, debido a la aparición de arritmias ventriculares malignas. Cuando el paro cardíaco se produce antes de la llegada del paciente a un centro asistencial tiene una elevadísima letalidad^{2,3}.

Los resultados de la reanimación cardiopulmonar en paradas cardíacas extrahospitalarias son poco satisfactorios, incluso en los mejores centros hospitalarios del mundo, con un porcentaje de supervivientes muy bajo. El tema constituye en la actualidad un desafío para los médicos de asistencia; para otros, una asignatura pendiente³.

Caso clínico

Paciente DO (HC-840613) femenina, mestiza, de 45 años de edad, con antecedentes de ser fumadora inveterada por más de 20 años y ausencia de enfermedad coronaria isquémica. En horas de la mañana del 23 de septiembre de 2009, en su domicilio, comenzó a presentar síntomas inespecíficos consistentes en fatigabilidad extrema que la obligó a acostarse y seguidamente, manifestó una sensación de

opresión retrosternal. Se incorporó para pedir ayuda a sus familiares y cayó bruscamente al suelo.

Al llamado de auxilio de su mamá fue asistida rápidamente, en aproximadamente 3 minutos, por la doctora de su área de salud, quien constató una parada cardiorrespiratoria y de inmediato, inició las maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar (RCP), las cuales en ningún momento fueron interrumpidas durante el traslado hasta el sitio de atención médica más cercano, en este caso, el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. El tiempo total transcurrido desde la parada cardiorrespiratoria y el inicio de la reanimación extrahospitalaria hasta la llegada al hospital, fue de 13 minutos.

A su llegada al cuerpo de guardia fue atendida de forma inmediata por el personal médico y de enfermería, quienes inicialmente, optimizaron las maniobras básicas de RCP, por tratarse de un paro cardiorrespiratorio extrahospitalario.

Conjuntamente con las medidas generales se logró constatar en el monitor una fibrilación ventricular gruesa, de ahí que se procedió a desfibrilar de inmediato con terapia eléctrica (corriente bifásica 300 WATT) y seguidamente, se continuó con RCP y se iniciaron maniobras de RCP avanzada, que incluyeron intubación

CorSalud 2010; 2(1):69-75

oro-traqueal, administración de epinefrina (2 miligramos en total) y uso alternado con la terapia eléctrica y el resto de las medidas de reanimación cardiopulmocerebral. Otros medicamentos que se le suministraron fueron: amiodarona (dosis de 300 mg EV), lidocaína (100 mg EV), bicarbonato de sodio (8 ampulas al 8 %) y tratamiento antiedema cerebral con manitol y betametasona. A pesar de todas las medidas anteriormente mencionadas la paciente continuaba muy inestable desde el punto de vista electrocardiográfico con reaparición de la fibrilación ventricular y ausencia de pulso.

Ante estas circunstancias y al comprobar, en

5/2/16

más de una ocasión, la presencia de supradesnivel del segmento ST en las derivaciones del electrocardiograma que exploran la cara anterior, se decidió (sin dejar las medidas de reanimación cardiopulmonar y cerebral) su traslado inmediato al Salón de Hemodinámica con el diagnóstico de infarto agudo de miocardio anterior extenso. Durante la coronariografía urgente se demostró la presencia de una oclusión trombótica de la arteria descendente anterior a nivel del ostium (Fig 1). Se le realizó una angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) primaria, con implantación de un stent directo de 3 x 18 mm con éxito y sin complicaciones (Figs 2,3).

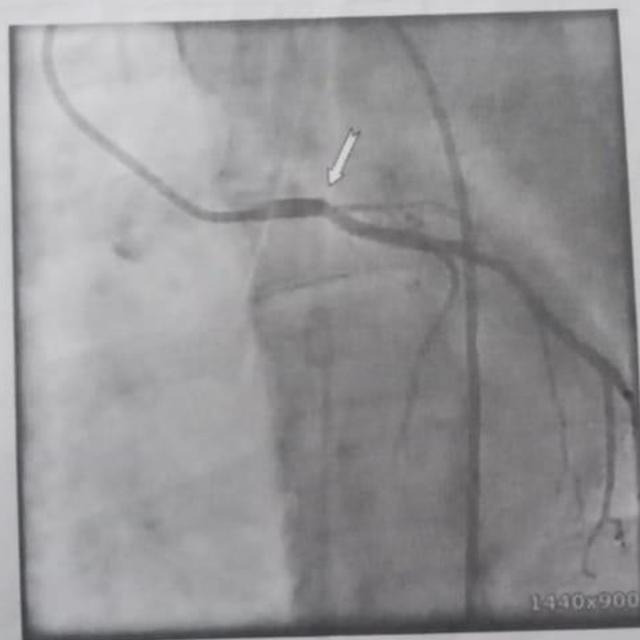


Figura 1. Proyección en vista frontal. Se aprecia oclusión trombótica de la arteria descendente anterior en su origen (flecha).





BIBLIOGRAFÍA

Práctica clínica de enfermería. (2023). UDS PLATAFORMA. Retrieved Julio 25, 2023, de <https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/64552b391767f4bc8f3cb41701dcf5a6-LC-LEN601%20PRACTICA%20CLINICA%20DE%20ENFERMERIA%20I.pdf>