



**Nombre de alumnos: Paola Del
Carmen Zarquiz Aguilar**

**Nombre del profesor: María Cecilia
Zamorano Rodríguez**

**Nombre del trabajo: Actividades y
Practica**

**Materia: Práctica clínica de
enfermería I**

Grado: 6°

Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 29 de Julio de 2023.

UNIDAD IV

17-Julio-23

ACT I

Lavados de manos social

- 1- Concepto.
- 2- Objetivos
- 3- Material y equipo
- 4- Procedimiento.

1- Es el lavado mediante una frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas seguido de un enjuague con abundante agua, sin la utilización de una técnica planteada.

2- Eliminación de microorganismos

- Prevención de colonización de microorganismos
- Evitar transmisión de microorganismos de persona a persona
- Evitación de enfermedades

3- Jabón

- Agua
- Toallas de papel
- Grifo de agua.
- Toallas de tela.

VI. UNIDAD IV

ACT 1

- I - Abrir la llave del agua brevemente y humedecer las manos.
- II - Tomar una porción adecuada de jabón.
- III - Comenzar la fricción entre las palmas.
- IV - Seguir la fricción en el dorso.
- V - Previamente pasar las manos en el agua comenzando un arrastre de eliminación del jabón.
- VI - Al no tener rastro de jabón cerrar la llave del agua tomar la toalla.
- VII - Secarse con dicha toalla.

ACT 2

- 1 - Concepto
- 2 - Objetivos
- 3 - Material y equipo
- 4 - Técnica o procedimiento

1 - El lavado de manos es lo medido más importante para reducir el riesgo de poder transmitir microorganismos a otras personas. Este procedimiento dura un 1 minuto.

- 2- Eliminar suciedad
• Eliminar microorganismos que se transmiten en la piel.

3- Agua

- Jabón líquido
- Toalla de papel
- Clorexidina

4- Aperturar la llave del grifo.

- Humedecer las manos
- Aplicar clorexidina en las palmas o jabón
- Realizar una fricción hasta hacer espuma
- Frotación de palmas, dorso
- Frotar el dorso de los dedos
- Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo y derecho
- Frotar la punta de los dedos contra la palma de la mano
- Enjuagar las manos con abundante agua
- Tomar una toalla desechable para secarse las manos de la punta de los dedos, hacia la palma y el dorso
- Tomar otra toalla para cerrar el grifo y desecharla.

ACT 3

Espina dividida
Exposición.

ACT-4

24/ Julio-23

Transplante de Corazón heterotópico

Es un procedimiento médico especializado que implica trasplantar un órgano o tejido sin remover el órgano original correspondiente en el cuerpo del receptor. En lugar de eso el órgano o tejido trasplantado se ubica en una posición anatómica diferente a su ubicación normal, de ahí el término "Heterotópico", que proviene del griego y significa "lugar diferente".

Ventajas

El trasplante heterotópico puede ser beneficioso en ciertas circunstancias. Por ejemplo puede ser útil cuando el órgano tiene alguna función residual que podrá mejorarse con el tiempo, o cuando se

espera que el órgano trasplantado funcione solo por un periodo de tiempo limitado.

- También puede ser una opción cuando el órgano a trasplantar no encaja exactamente en el lugar del órgano original debido a diferencias de tamaño o a anomalías anatómicas.

Desventajas

Aunque el trasplante heterotópico puede ofrecer ventajas únicas, también presenta desafíos. El hecho de que el órgano trasplantado se coloque en una ubicación anatómica diferente puede complicar la cirugía y el postoperatorio. Además, como en cualquier trasplante de órganos, existe el riesgo.

Quien inicio el trasplante heterotópico

Barnard le siguió al primer trasplante cardíaco heterotópico (THH) con su propia técnica en 1974

Procedimiento

- El procedimiento quirúrgico pasa por dos etapas: la extracción y el implante. En primer momento el equipo de extracción se dirige al hospital donde se encuentra el donante ya fallecido y se realiza entonces la extracción.

• El corazón extraído se transporta en un contenedor especial con suero frío al hospital donde se realizará el implante.

• El equipo implantador se encuentra en el quirófano con el fin de perder el menor tiempo posible, algo que resulta vital para la viabilidad del corazón donado, con el paciente receptor ya preparado para la intervención.

ACT 5.

Transplante de riñón.

IRC

Deterioro paulatino de la función renal

Causas

- Vida sedentaria
- Drogas
- Medicamentos
- Patologías agregadas: hipertensión y diabetes
- Productos tóxicos: gramoxone: inhalado o tópico

Factores de riesgo

- Hereditario
- Personas mayores de 60 años
- Hipertensión
- Diabetes

Sintomatología

- Mal estado general
- Náuseas
- Cefalea
- Emesis
- Insomnio
- Aumento de peso
- Hiporexia

ACT 2

Tratamiento

- Medicamentos
- Diálisis
- Hemodiálisis
- Trasplante renal.

Trasplante renal

Es una cirugía para colocar un riñón sano en una persona con insuficiencia renal.

Se necesita un riñón donado realizado para reemplazar el trabajo previamente realizado.

¿Quién te puede donar?

- Un donante familiar vivo
- Un donante no emparentado con el paciente
- Un donante muerto.

Cuidados de enfermería

Preoperatorio

- Informar al paciente de la cirugía
- Preparación física
- Preparación psicológica.

Postoperatorio

Posoperatorio

Cuidados inmediatos

- Signos de hemorragia
- Monitorizar signos vitales

Control de líquidos

- Diuresis
- Drenajes
- Reposición de líquidos

Sondaje vesical

- Fijar bien la sonda
- Vigilar la permeabilidad
- Realizar higiene
- Se retira entre 4-6 día.

Herida quirúrgica

- Si hay presencia de dolor o distensión se inspecciona y se precisa se toma muestra para cultivo
- En el apósito se le coloca etiquetas (fecha de ora y evolución).

Aseo general

- Baño (espuma o jabón)
- Aseo bucal.

Pieta

- Dieta líquida los primeros 12-24 hrs
- Según tolerancia, progresiva se le documenta
- 3-4 días se le pasa a normal, con restricciones

Deambulación

- Procurar un movimiento precoz
- los primeros 24 hrs ayudamos al px a hacer ejercicio con extremidades inferiores
- Realizar cambios de postura
- Aplicación de apósitos
- Según indicaciones se levanta cada 24-48 horas y comienza a caminar progresivamente según tolere.

Información y educación sanitaria

- Si el paciente no oír se le explica que el injerto antes de funcionar tiene que recuperarse de las lesiones producidas en el proceso y en unos días se recuperará de las lesiones producidas en el proceso y en unos días (1-4 semanas) empezará a orinar

Si tiene rechazo agudo se le informa al px que tiene una complicación habitual de trasplante

- Apoyo psicológico
- Explicarle al px

Enseñar o detectar signos y síntomas de alarma como:

- Fiebre
- Vomito
- Dolor
- Disminución de la diuresis
- Dolor de la zona de la ingesta
- Edema
- Hipertensión arterial
- Fatiga

Epidemiología.

La enfermedad renal crónica (ERC) afecta aproximadamente al 10% de la población adulta en diferentes partes del mundo.

En México, la incidencia ha sido calculada en 466 casos por millones de personas.

La prevalencia ha sido calculada en 1409 casos por millones de personas.

El trasplante de riñón es sin duda la terapia de elección para estos pacientes

Acorde a la información del censo nacional de trasplante 12,741 px, se encuentran en la lista de espera renal.

Existe alrededor de un 30% de pacientes que el donante potencial es incompatible. Con su receptor ya sea por incompatibilidad de grupos sanguíneos o inmunidad.

ACT 6

26-Julio-23

Hernia del hiatal

Es una afección en la cual una porción del estómago se extiende a través de una abertura en el diafragma ubicado en el tórax.

Causas

No se conoce la causa exacta de este tipo de hernia. La afección puede deberse a la debilidad del tejido de soporte

Cirugía diafragma del bebé

TAC, Tomografía

- Riesgo Broncoaspiración
- Alimentación parenteral

Síntomas

- Dolor torácico
- Acidez gástrica que empeora al acostarse o acostarse
- Dificultad para deglutir

ACT 7

Pie equino varo.

También llamado pie zambo, es una malformación congénita del pie. Las deformidades presentes son: retro pie equino, medio pie varo y antepie aducto.

Se basa en 6 signos clínicos (tanto del retro pie como de medio pie), adjudicando 0, 0,5 o 1 punto según la severidad de la anomalía que presenta.

Clasificación de pirani

Estos signos son: pliegue posterior del tobillo talón vacío, equinismo rígido, pliegue medial de la planta del pie, palpación de la parte lateral de la cabeza del astrágalo y curvatura lateral del borde del pie.

Clasificación de Dimaggio

- Benigno
- Moderado
- Severo
- Muy severo

Diagnóstico

Actualmente y gracias a la ecografía prenatal el pie varo congénito se puede diagnosticar en los 5^{os} semanas 18-20 de gestación con un 80% de precisión y alta tasa de falsos positivos.

Tratamiento.

El objetivo del tratamiento del pie zamba es la corrección de la deformidad para conseguir un pie plantigrado indoloro, sobre el que realizar deambulación.

- Tratamiento conservador

Los métodos aprobados son los de Ponseti, kite y Belsabel.

Tratamiento quirurgico.

La deslacion del método operatorio adecuado depende de la edad del paciente el grado de rigidez.

Cuidados de enfermería.

- Tratar inmediatamente los síntomas de circulación comprometida.
- Monitorizar la circulación de los tejidos por debajo del yeso
- Evitar humedad del yeso
- Cuidar la piel que no está cubierta con el yeso con un paño
- Mantener los ángulos del yeso durante el periodo de secado.

ACT 8

Hemisferectomía.

Es una intervención quirúrgica que consiste en la extirpación o desconexión de uno de los dos hemisferios del cerebro.

La hemisferectomía sirve fundamentalmente para tratar los casos más extremos de epilepsia.

Tipos

- Funcional (desconectiva)
- Anatómico.

Síntomas

- Dolores de cabeza
- Migrañas
- Fatiga
- Convulsiones

Tratamiento

La hemisferectomía funcional es una de las técnicas quirúrgicas con intención paliativa que se pueden realizar en pacientes con epilepsia farmacorresistentes y síndromes hemisféricos.

BTDA

Secuelas

Luego de una hemisferotomía los pacientes presentan hemiparesia contralateral, hemianopsia, pérdida del lenguaje

- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Terapia del lenguaje
- Atención neuropsicológica

Cuidados de enfermería

- Monitorización clínica y radiológica
- Monitorización respiratoria
- Administración de antibióticos
- Prevención de convulsiones
- Oxigenación cerebral.

PRACTICA CÍCLICA DE ENFERMERÍA I

Nombre del alumno: Paola del Carmen Zarquiz Aguilar.

Fecha: 29/07/2023

Docente a cargo María Cecilia Zamorano Rodríguez

INTRODUCCIÓN

Principalmente ante todo concepto podemos deducir que en algún caso de emergencia la utilización del “carro rojo” es indispensable a través de un equipo multidisciplinario y capacitado para realizar una reanimación cardiopulmonar, no obstante el profesional de enfermería tendrá que actuar mediante un caso clínico que recurrirá a la utilización de dicho material, hay que ser notar que nos enfocaremos en la prevención de úlceras por presión utilizando aditamentos ante otro caso clínico y contar las maniobras postmortem ante un paciente.

JUSTIFICACIÓN

Establecer un manejo adecuado, integral y funcional del carro rojo, RCP, aditamentos y las técnicas adecuadas de los cuidados postmortem con el fin de asegurar de manera eficaz y efectiva la realización de los equipos, intentando asegurar el funcionamiento adecuado para el mejoramiento del paciente.

OBJETIVO GENERAL

Tener el conocimiento adecuado para la capacidad de saber actuar ante una situación de emergencia como para la mejora del paciente ante la utilización de elementos para su mejoramiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✚ La utilización correcta, manejo e importancia del carro rojo.
- ✚ La aplicación adecuada de la RCP
- ✚ La realización de un cuidado mediante aditamentos y manejar adecuadamente la situación postmortem.

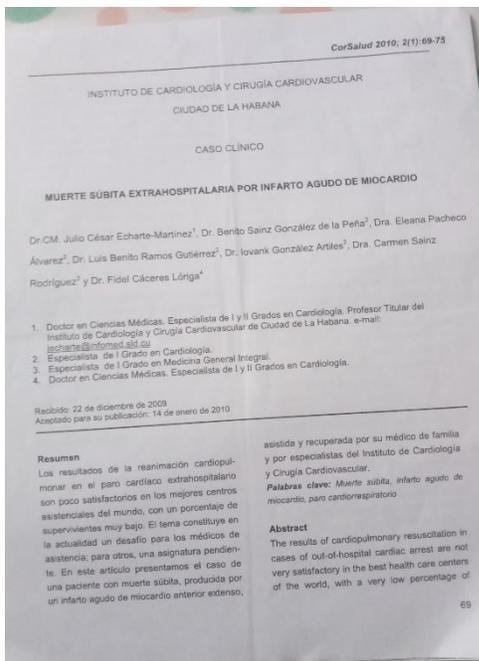
CARRO ROJO

Por definición el carro rojo, de paro o de reanimación es una unidad rodable para fines de concentración de equipo, material y medicamentos para maniobras de reanimación, cardiopulmonar y cerebral; constituida por un mueble con ruedas para desplazar, con espacio suficiente para colocar un desfibrilador portátil.

Objetivo

Garantizar la disponibilidad de los carros de paro en los Servicios de internación clínicos, y críticos.

Anexos



Primera parte del caso clínico, unió del equipo 1 al 4

CorSalud 2010; 2(1):69-75

survival. Currently, this topic represents a challenge for practicing doctors: while it is an unresolvable 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 specialist 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-640613) 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

orotracheal, 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), lidocaina (100 mg EV), bicarbonato de sodio (8 ampulgas 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

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).

50765



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

CorSalud 2010; 2(1):69-75

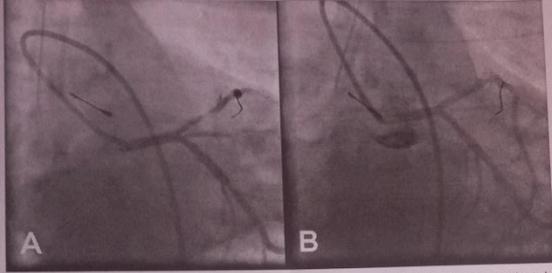


Figura 2. Proyección en vista ántero-posterior con angulación caudal. A. Se observa apertura del vaso tras el paso de la guía, lo que permite ver una lesión significativa en la arteria descendente anterior proximal. B. Stent Apolo de 3.0x18 mm, implantado de forma directa, con buen resultado angiográfico final.

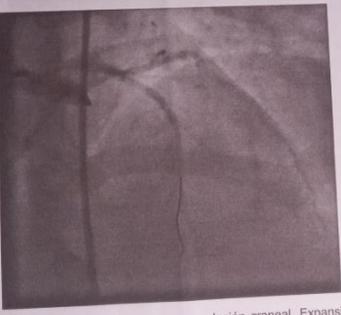


Figura 3. Proyección en vista ántero-posterior con angulación craneal. Expansión total del stent y flujo TIMI III.

72

Segunda parte del caso equipo #1

Después fue trasladada a la Unidad de Cuidados Coronarios Intensivos (UCCI) y atendida durante las primeras 24 horas por un equipo multidisciplinario de cardiólogos, anestesiólogos y enfermeros intensivistas, para optimizar las medidas de protección cerebral. Se estima que el tiempo de paro cardíaco, en esta paciente, fue de aproximadamente 63 minutos y el tiempo de reanimación, 60 minutos.

Durante su evolución en la UCCI, la paciente fue extubada satisfactoriamente a las 24 horas de su llegada al ICCCV. Se interconsultó con el Servicio de Neurología por las posibles secuelas a afrontar y durante la exploración, se comprobó la imposibilidad de recordar sucesos recientes sin otros síntomas o signos de focalización neurológica. Se le realizó una tomografía axial computarizada simple de cráneo que no demostró lesiones crónicas del parénquima cerebral, por lo que se determinó la presencia de amnesia anterógrada secundaria a la hipoxia cerebral. Estas manifestaciones clínicas fueron transitorias y desaparecieron durante la primera semana posterior al ingreso. Fue egresada de la UCCI el 28 de septiembre de 2009 y del hospital, 72 horas después.

A las 10 semanas del alta hospitalaria la paciente asistió a consulta externa, no refirió síntomas cardiovasculares y mantenía indemnedad neurológica.

Comentario

La muerte súbita, entendida como aquella forma de muerte natural, casi siempre por causa cardíaca, inesperada en el tiempo y en su forma de presentación, que viene precedida por la pérdida brusca de conciencia y que sucede en un intervalo corto de tiempo desde el inicio de los síntomas, si estos existen⁴, se

manifiesta, casi siempre, en forma de parada cardíaca brusca que generalmente, sucede fuera del entorno asistencial, como se deduce de su propia definición.

De manera general, los resultados de la RCP en el paro cardíaco extrahospitalario son poco satisfactorios, solo entre el 1,2-6 % de los pacientes sobreviven, con porcentajes de egresos del hospital que oscilan en alrededor del 30 % en pacientes con fibrilación ventricular en el área de Seattle⁵, comunidad «estrella» en temas de resucitación, y el 1,4 % en Nueva York⁴, ciudad con dificultades logísticas importantes para el rápido acceso de los equipos de reanimación hasta el lugar donde se encuentra la víctima.

En el trabajo de Escorial *et al*⁷, el 30 % de los 110 pacientes ingresados fue egresado sin secuelas neurológicas graves y un 70 % falleció (67 pacientes) o fue dado de alta con secuelas neurológicas graves (10 pacientes). En un estudio franco-belga⁶, sólo un 6,2 % de los que llegaron a ingresar en la unidad de cuidados intensivos salió sin secuelas neurológicas, aunque sus pacientes tenían mayor edad que los de la serie de Escorial *et al*⁷, la proporción de casos con fibrilación ventricular era menor, hubo menos intentos de hacer maniobras de RCP básicas que, además, se iniciaron tardíamente y el retraso en la llegada de los equipos de emergencia fue mayor.

Las principales variables predictoras en relación con las posibilidades de supervivencia tras ser asistido por una parada cardíaca ya han sido definidas. Estas posibilidades se incrementan cuando el paro es presenciado, el tiempo que se tarda en iniciar las maniobras de RCP es inferior a 3 minutos, se realizan maniobras básicas de RCP antes de las avanzadas,

el ritmo inicial monitorizado es una fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso y se realiza desfibrilación eléctrica precoz⁸. De las medidas empleadas en las maniobras de RCP solo la desfibrilación eléctrica, la práctica de maniobras básicas de RCP y la intubación orotraqueal han demostrado su eficacia en relación con la supervivencia, aunque recientemente la administración de amidarona en

bolo a pacientes con fibrilación ventricular refractaria ha permitido que un mayor número de enfermos llegaran vivos al hospital⁹. Es necesario señalar que todas estas características se encontraban en nuestra paciente.

Desde finales de los años 80, la fibrinólisis es la terapia de reperfusión más ampliamente aplicada a los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Sin embargo, durante la última década, el intervencionismo coronario percutáneo (ICP) primario se ha convertido en la estrategia de reperfusión preferida porque se asocia con tasas significativamente menores de reinfarto (el 3 contra el 7 %), de mortalidad a los 30 días (el 5 contra el 7 %) e ictus hemorrágico (el 0,5 contra el 1%) en relación con la fibrinólisis^{11,12}.

Nadie duda de que al ICP primario sea la mejor terapia de reperfusión que existe, siempre que la haga un hemodinamista experimentado con prontitud tras el inicio de los síntomas. Las guías de práctica clínica americanas y europeas recomiendan que el ICP primario se haga antes de los 90 minutos desde que el paciente se presenta en urgencias^{13,14}. Los retrasos en la administración del fibrinolítico y en la realización del ICP primario se asocian con un aumento de la mortalidad. Cada 30 minutos de retraso en la realización del ICP primario supone un aumento porcentual de la

mortalidad al año de un 7,5 %.

La muerte súbita constituye en la actualidad un desafío para los médicos de asistencia; para otros, una asignatura pendiente⁵.

Referencias bibliográficas

- Moreno-Martínez FL, Escobar A, Díaz F, Alegret F, López-Bernal OJ, Aladro I, *et al*. Factores de riesgo coronario y riesgo cardiovascular en personas adultas de un área de salud de Rancho Veloz (Cuba). *Clin Invest Arterioscl*. 2008;20(4):151-61.
- Van de Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom-Lundqvist C, Crea Filippo, *et al*. Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación persistente del segmento ST. *Rev Esp Cardiol*. 2009;62(3):293.
- Abadal AC. Parada cardíaca extrahospitalaria, nuestra asignatura pendiente *Rev Esp Cardiol*. 2001;54:827-30.
- Marrugat J, Elosua R, Gil M. Epidemiología de la muerte súbita cardíaca en España. *Rev Esp Cardiol*. 1999;52:717-25.
- Weaver WD, Cobb L, Hallstrom AP, Copass MK, Ray R, Emery M, *et al*. Considerations for improving surviving from out-of-hospital cardiac arrest. *Ann Emerg Med*. 1986;15:1181-6.
- Lombardi G, Gallager EJ, Gennis P. Outcome of out-of-hospital cardiac arrest in New York city: the Pre-hospital Arrest Survival Evaluation (PHASE) study. *JAMA*. 1994;271:678-83.
- Escorial V, Melzoso T, Alday E, López de Sa E, Guerrero JE, López-Sendón JL. Pronóstico de los pacientes ingresados en la Unidad Coronaria o de Cuidados Inten-

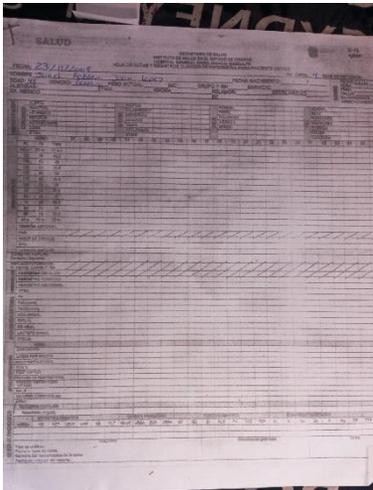
sivos tras un episodio de muerte súbita extrahospitalaria. *Rev Esp Cardiol*. 2001; 54:832-7.

- Gueugniard P, Mols P, Goldstein P, Pham E, Dubien P, Deweert C, *et al*. A comparison of repeated high doses and repeated standard doses of epinephrine for cardiac arrest outside the hospital. *N Engl J Med*. 1998;339:1595-601.
- Cummins RO, Hazinski MF. Guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care: an international consensus on science. *Circulation*. 2000;102 (Supl 1):1-776.
- Kudenchuk P, Cobb L, Copass M, Cummins R, Doherty A, Fahrebruch C, *et al*. Amiodarone for resuscitation after out-of-hospital cardiac arrest due to ventricular fibrillation. *N Engl J Med*. 1999;341:871-8.
- Keeley EC, Boura JA, Grines CL. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet*. 2003;361:13-20.
- Boersma E. Does time matter? A pooled

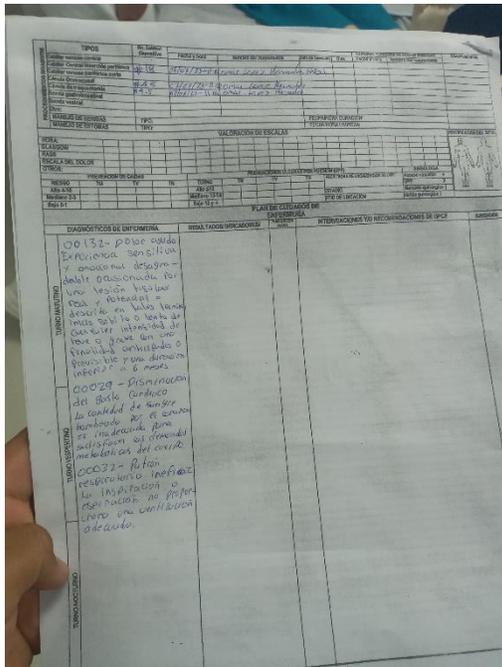
analysis of randomized clinical trials comparing primary percutaneous coronary intervention and in-hospital fibrinolysis in acute myocardial infarction patients. *Eur Heart J*. 2006;27:779-88.

- Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M, *et al*. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients with Acute Myocardial Infarction). *Circulation*. 2004; 110:e82-e292.
- Van de Werf F, Ardissino D, Betriu A, Cokkino DV, Falk E, Fox KA, *et al*. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: the Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2003;24:28-66.

Continuación del caso

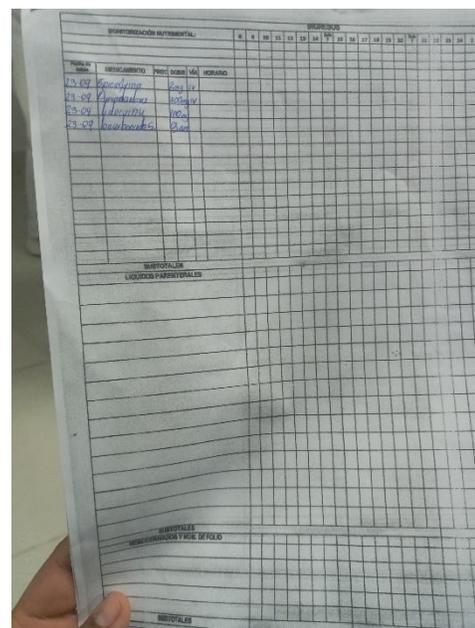


Hoja de enfermería para el siguiente caso clínico de muerte súbita extrahospitalaria por infarto agudo de miocardio.

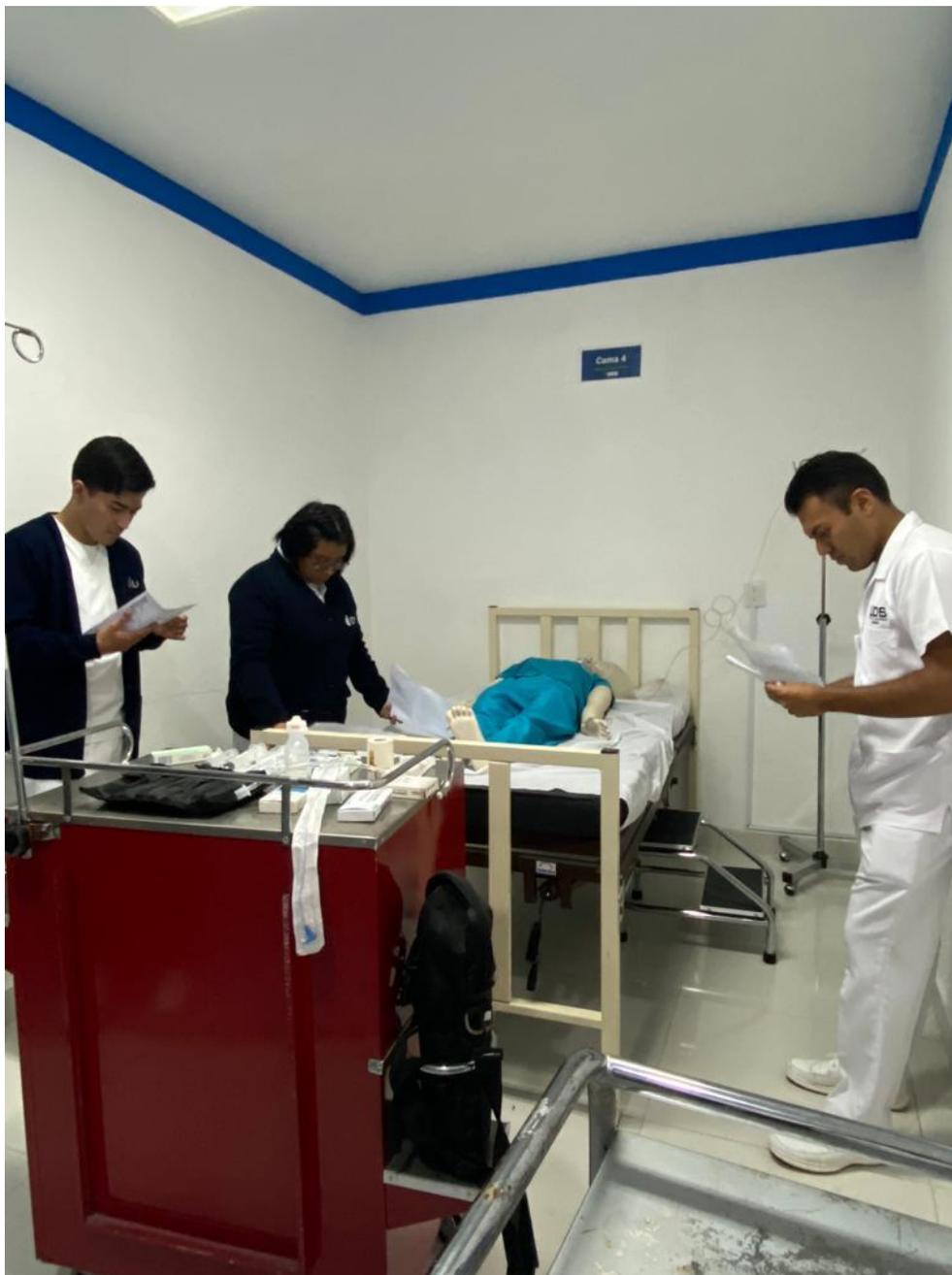


cuidados de enfermería ante dicho caso, uno de ellos prevención de úlceras por presión.

Medicamentos que se le administraron al paciente, tomados del primer cajón del carro rojo, tales como epinefrina, betametasona, manitol.



Equipo #2 del caso clínico





Explicación del caso, como la paciente al a ver pasado por un paro cardiaco fue trasladada a la unidad de cuidados coronarios intensivos para su recuperación.

TÉTANOS NEONATAL

El tétano es una infección bacteriana potencialmente mortal que afecta a los nervios. Una vacuna puede prevenir fácilmente esta enfermedad que no tiene cura. Especialmente ocasiona contracciones musculares dolorosas, especialmente en la mandíbula y el cuello. Puede interferir en la respiración y, finalmente, causar la muerte.

Objetivo

Controlar las complicaciones.

Material

- Almohada en forma de luna
- Almohada en forma de dona

Anexos



caso neonatal de tétanos, primeramente se le fabrico un nido para mejor comodidad ante las molestias musculares, y la colocación de un antifaz ante la incomodidad de la luz.



colocación de dona en la zona craneal para evitación de úlceras por presión.



Colocación
de media
luna



Cambios de posición para prevención cada 1- 2 horas.





Explicación del caso clínico de tétanos neonatal.



Explicación de la prevención de las úlceras por presión ante el neonato.



Explicación de los aditamentos, para dicha prevención.



Explicación de los cambios de posición.

CUIDADOS POSTMORTEM

Son un conjunto de cuidados que la enfermera proporciona a la persona que fallece o cadáver para su posterior traslado al departamento forense o funerario.

Objetivo

- Preparar el cadáver para su inhumación o cremación.
- Participar y orientar a la familia para el duelo.

Material

- Mesa o carro Pasteur
- vendas elásticas
- Guantes
- Cubre bocas
- Bata desechable
- Algodón, torundas o gasas.
- Etiquetas de identificación.
- Tela adhesiva.

Procedimiento

- ✚ Colocación de sabana en una esquina.
- ✚ Cadáver centrado en la sabana.
- ✚ Taponear con algodón o gasas los orificios del rostro, nariz, boca, orejas.
- ✚ Evitar rigidez cadavérica realizar pequeños masajes.
- ✚ Taponar el orificio del ano, en caso de las damas la vagina por igual.

- ✚ Hacer una limpieza al cuerpo.
- ✚ Colocación de identificación en el tórax.
- ✚ Envolver el tórax, abdomen y los segmentos inferiores, con la parte distal de la sabana.
- ✚ Pasar la parte proximal de la sabana por encima de la distal, sujetar con tela adhesiva.
- ✚ Envolver los pies.
- ✚ Colocación de identificación en la parte interna sujeto con tela adhesiva.
- ✚ Egreso por defunción.

Anexos



Colocación de tapones en orificios del rostro.



Explicación de los cuidados posmortem y el material requerido.



Explicación de como el enfermero debe dar dicha noticia a los familiares que ha falleció y decir alguna frase como "esto debe ser difícil para ti".



Explicación de los cuidados posmortem y foto del cuerpo envuelto en la sabana del neonato y también debido a que no me pasaron foto solo del cuerpo envuelto.

SUGERENCIAS

Dos, no volvemos a juntar con el equipo #4 y la segunda volver a trabajar con las chicas de fin de semana, es gratificante trabajar con ellas.

CONCLUSIÓN

Para terminar con dicho trabajo es importante destacar que ambas técnicas en cada caso son muy importantes en el trabajo laboral de cualquier enfermera/o, cumpliendo con el mismo objetivo de que es la prevención, cuidados y mejoramiento del paciente ante dichas enfermedades y el como debe actuar ante el fallecimiento de algún paciente, claro hay que tomar en cuenta que la primera experiencia a ser difícil a la vez emocionante ya que eso te hará creer ante lo labor de enfermera/o.