

CAPITULO II

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Se necesita asistencia experta por parte de la enfermera durante esta etapa de la enfermedad; desde aquí la enfermera deberá elaborar un plan de acción subsecuente a las demás etapas que se presentarán. Los conocimientos de que ella disponga serán de valor fundamental para ayudar al paciente a lograr una evolución satisfactoria de su enfermedad.

Se dara prioridad a los sintomas mas importantes:

1.- ACUMULACION DE SECRECIONES EN LA FARINGE:

Constituye un problema grave que requiere un tratamiento enérgico y concienzudo; como el enfermo inconciente no puede tragar y carece de reflejos faringeos, deben extraerse las secreciones para eliminar el riesgo de una broncoaspiración.

Para esto puede usarse un aspirador portátil o de pared, con una sonda de caucho blando del #16, pueden intentarse las vías bucales y nasales, se quitarán las prótesis dentales y se colocará al paciente en posición lateral con la cabeza ligeramente elevada. Previñendo además una aspiración de contenido gástrico por vómitos, se recurrirá a efectuar la aspiración de dicho contenido; siguiendo para ésto la técnica del lavado gástrico.

2.- DAR OXIGENO:

Si hay signo de disminución del flujo sanguíneo, insuficiencia de ventilación pulmonar o amenaza de insuficiencia cardíaca, lo más usual es administrarlo directamente por cateter nasal. La dosis será de acuerdo a indicaciones medicas.

3.- MEDIR LA TEMPERATURA RECTAL:

Con frecuencia los pacientes neurológicos y neuroquirúrgicos presentantemperaturas altas, lo cual puede indicar infección o pérdida del control por el centro termoregulador por lo cual es conveniente la medición de la temperatura con cierta regularidad con el fin de dominarla, ya que al aumentar las necesidades metabólicas del cerebro, sobrepasará la capacidad circulatoria y habrá deterioro tisular.

4.- MEDICION DE LA TENSION ARTERIAL:

El aumento de las cifras de la T.A. generalmente se asocia con un aumento de la presión intracraneal.

5.- CANALIZACION DE UNA VENA:

Es necesario disponer de una vena permeable para introducir en caso de urgencia los medicamentos que sean necesarios, además para tener un control mas es tricto sobre las ingestas y las excretas.

6.- La enfermera colaborará con el médico haciendo - preparación física, así mismo se encargará de ir des crubiendo las regiones a explorar y a realizar las - indicaciones medicas.

Una vez después de examinar al paciente se proce de al internamiento, substituyendo sus ropas por las reglamentarias del hospital. Una vez hecho ésto, la enfermera del servicio de urgencias deberá avisar -- con tiempo a la jefe del servicio donde el paciente vaya a ser trasladado para que se prepare con tiempo su unidad.

Deberá preguntársele al médico si se hará algún estudio antes de que el paciente vaya a ser trasladado al servicio que le corresponde. Se dará orienta ción a los familiares inspirándoles confianza, decir les que el paciente quedará internado para proporcionarle mayor atención, también se les informará de - los reglamentos del hospital. Además, es conveniente que la persona que cuidará del paciente reciba un en trenamiento sobre los utensilios que se manejan en - la unidad del paciente (cómodo, pato, interfono, etc)

PARTICIPACION DE LA ENFERMERA EN EL DIAGNOSTICO:

Para poder aplicar un tratamiento efectivo y ofrecer los mejores cuidados de enfermería, es indispensable hacer un diagnóstico preciso de la enfermedad, lo -- cual dependerá del conocimiento exacto y cronológico de la misma.

De no ser posible investigarlo con el paciente mismo se recurrirá al interrogatorio indirecto por medio - de los familiares; durante el interrogatorio, la enfermera compartirá con el paciente y sus familiares su preocupación acerca de la enfermedad, así mismo - les inspirará confianza y les asegura su colaboración en todos los procedimientos que sean necesarios para confirmar su diagnóstico.

Teniendo en cuenta que el sistema nervioso no puede examinarse en forma directa, como se haría con el co razon o palpando alguna cavidad abdominal, es neces ario recurrir a metodos indirectos como son: el exa men neuroológico, la función lumbar, y otros estudios de gabinete.

PARTICIPACION DE LA ENFERMERA:

La enfermera explicará la naturaleza del examen de acuerdo con el estado, el entendimiento y la capacidad del paciente.

En general se tomaran en cuenta los siguientes pasos para todos los estudios de gabinete:

- 1.- Estos estudios son practicados generalmente en ayunas.
- 2.- Se deben tomar signos vitales antes de hacer el estudio.
- 3.- En algunos estudios se deberá hacer rasurado de la nuca.
- 4.- Se deberá preparar el paciente desde la noche anterior o unas horas antes para que evacúe el intestino y vejiga.
- 5.- Se quitarán con tiempo dentaduras postizas, medallas, broches u otros objetos que alteren la radiografía.
- 6.- En algunos estudios se aplicará medicación anestésica, ésta se hará de acuerdo a órdenes médicas.
- 7.- Después de preparado el paciente, se traslada en una camilla a la sala de R.X. o quirófano con su expediente.
- 8.- Una vez terminado el estudio se traslada nuevamente a su unidad.
- 9.- Se deposita en su cama y se deja en la posición indicada (en decubito dorsal y sin almohada) o la que el médico indique.
- 10.- Se toman signos vitales y se vigila estado de conciencia, vómitos, mareos, movimientos anormales cambios de coloración.
- 11.- La enfermera deberá anotar en su informe lo siguiente:
Estudio realizado, hora, colaboración del paciente durante el mismo, signos vitales y estado del paciente cuando llegó a la unidad.
Cuando el estudio se realiza en la unidad del paciente, como en el caso de la función lumbar, la enfermera debe preparar:

El carro de curaciones, que este limpio y ordenado.
Equipo de función raquídea.
Anestesia local ordenada.
Tubo de ensaye.

Una vez que todo esté limpio y ordenado, se traslada a la unidad del paciente o al lugar donde se efectuará el proceso.

FUNCIÓN LUMBAR:

La punción lumbar es un método diagnóstico que consiste en introducir una aguja en el espacio subaracnoideo con el fin de medir la presión del líquido cerebrospinal y obtener una muestra del mismo con fines diagnósticos.

Antes de proceder a la punción, se le explica al paciente el procedimiento y la importancia de que permanezca inmóvil durante el mismo.

Se le coloca en decubito lateral con la espalda al borde de la cama; se le flexionan las extremidades inferiores, se le elevan las rodillas hasta la barbilla. Es necesario que el cuerpo adquiera una curvatura hacia delante, tanto como sea posible para aumentar el espacio interespinoso. Es la enfermera quien se encarga de que el paciente se mantenga en esta posición mientras dure el proceso, por lo cual no se separará de él durante el mismo.

Una vez efectuada la punción, las muestras del líquido obtenido en los tubos de ensaye se rotulan cuidadosamente, se retira todo el equipo usado y se deja al paciente en reposo y en posición horizontal explicándole que así deberá permanecer durante algunas horas.

La enfermera deberá anotar en su reporte lo que se le efectuó al paciente, mencionando las características del líquido obtenido.

PRINCIPALES ESTUDIOS DE GABINETE:

ANGIOGRAFIA CEREBRAL.

Se efectuará cuando las condiciones del paciente lo permitan y principalmente cuando es un caso de hemorragia subaracnoidea, o se sospeche de un A.V.C. oclusivo a nivel de los vasos de cuello. En casos de urgencia se efectuará solamente cuando el A.V.C. sea hemorrágico y se sospeche de la presencia de hematoma.

La angiografía cerebral consiste en la visualización del sistema vascular cerebral por medio de la opacidad a R.X. de los vasos, introduciendo sustancias --

Que contrasten con los mismos, lo cual puede ser por -
puncion directa a nivel de los vasos de cuello o intro-
duciendo cateteres en las arterias femoral o axilar.

GAMAGRAFIA O GAMAGRAMA.-El método consiste en introdu-
cir substancias radioactivas en la circulación y su ca-
pacitación por medio de un aparato de las radiaciones
alfa que emiten las zonas hipervascularizadas o lesio-
nadas, en una zona de infarto cerebral se captarán mas
de los elementos radioactivos y emitirán por consiguien-
te mayor radiacion. En el caso del infarto cerebral se
efectuarán estudios seriados y si la zona de izquemia
va disminuyendo, orientará hacia el diagnóstico y la e-
volución satisfactoria. En caso de tumores cerebralre,
estas zonas al contrario de la izquemia, irán aumentan-
do.

OTROS ESTUDIOS:

Entre otros estudios neurológicos de diagnóstico se en-
cuentran el neumoencefalograma y la ventriculografía -
los cuales no son imprescindible para el diagnóstico de
esta entidad.

EXAMEN NEUROLOGICO:

Además del examen físico completo, todo sujeto de quien
se sospecha trastorno neurológico y en todo enfermo neu-
roquirúrgico se hará un examen neurológico sistemático
y detallado que entran a la valoración del funcionamien-
to de los nervios craneales, (por el médico).

Para la práctica adecuada de estos métodos diagnósticos
se necesita de la máxima colaboración del paciente y és-
to solo es posible si él comprende y sabe que es lo que
espera hagan. Es necesario encontrar todo lo necesario
para todo ésto es un solo equipo.

Se examinan los sistemas motor y sensitivo periférico
las pruebas motoras incluyen observación de las postu-
ras, marcha , obtención de reflejos, pruebas de coordi-
nación y otras.

La enfermera debe conocer los resultados del examen -
neurológicos y físicos, pues solamente así tendrá capa-
cidad de observar con inteligencia y sagacidad los sin-
tomas y reacciones anormales en el paciente, y por lo
tanto podran también planear mejor sus cuidados.

A continuación, anexo el examen de los nervios cranea-
les incluyendo equipo y método para el estudio de cada
uno de ellos.

EXAMEN DE LOS NERVIOS CRANEALES:

NERVIO	EQUIPO	METODO
OLFATORIO	Dos recipientes conteniendo 1- Jabón, 2- Tabaco	Se pedira al paciente - que aspire e identifi-- que los olores. Cada fo sa nasal es estudiada = por separado.
OPTICO	Oftalmoscopio	En un cuarto obscuro se examinara al paciente - con dicho instrumento.- se hace un examen mas - detallado con equipo es pecial para la estima-- ción de los campos vi-- suales.
MOTOR OCULAR COMUN. PATETICO MOTOR OCULAR EXTERNO.	Lámpara de mano	Por asociación íntima - estos nervios se exami-- nan en forma común, iner --van el parpado supe-- rior, la pupila y de -- ellos depende el movi-- miento de los músculos- extraoculares.
TRIGEMINO	Tubo de ensaye- con agua calien te, con agua -- fría; isopos de algodón con -- aplicador, alfi ler.	Rama Sensitiva. Se estu dia desde el vérico ha ^g ta el menton, en lo que respecta a sensaciones- de dolor, tacto o tempe ratura; ello incluye la acción refleja de la -- cornea al estímulo con- el filamento de algodón Rama Motora. Se mide la capacidad de morder.
FACIAL	Cuatro recipien tes con solucio nes salada, dul ce agridulce y- amarga. Cuatro- goteros limpios	Observe la simetria - de la cara, la capaci-- dad de contracción de - los músculos faciales. Se pedira al paciente - que identifique cada -- substancia empleada. De be lavarse bien la boca entre cada aplicación - de substancia. Esta -- prueba espera los dos - tercios anteriores de - la lengua.

ACUSTICO	Diapason	Pruebas para la audición y conducción en el aire y el hueso.
GLOSOFARINGEO	Aplicador con algodón.	Estudiar el gusto en el tercio posterior de la lengua y el reflejo nauseoso.
NEUMOGASTRICO	Depresor de lengua.	Observar los sonidos de la voz, observar la simetría del paladar blando, lo que manifestara la función del neumogástrico
ESPINAL		Inerva esternocleidomastoideo y el trapecio y por ello se orientará al paciente a que gire la cabeza y la nuca hacia los lados y eleve los hombros con resistencia y sin ella.
HIPOGLOSO		Se observan los movimientos de la lengua.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES HOSPITALIZADOS CON TRATAMIENTO MÉDICO:

La enfermera en el campo de neurocirugía tiene oportunidad de poner en juego toda su capacidad de observación. Ella es fuente de información importantísima para ayudar en el diagnóstico u el planeamiento de la asistencia del paciente.

Recuperarse de alguna lesión orgánica del S.N.C. no siempre significa la recuperación completa de la función. La necesidad de rehabilitación de estos pacientes es extraordinariamente complicada y su solución exige terapéutica y orientación ocupacional, oportunidades de distracción y recreo, fisioterapia y reenseñanza difícilísima.

Sin ella sabe que la conducta y la personalidad de un individuo pueden ser afectados notablemente por lesiones orgánicas cerebrales, mostrara menor predisposición a pensar que el paciente no colabora y que tiene mal carácter, en vez de ello lo considerara como una persona que necesita ayuda y comprensión en alto grado. Es probable que sus reacciones esten fuera de su voluntad y ella debe advertirlo con toda claridad.

TRATAMIENTO MÉDICO:

Dentro del tratamiento médico, la terapéutica farmacológica seguida en estos pacientes es de fundamental importancia. Le corresponde a la enfermera conocer los medicamentos usados en estos casos así como de valorar su acción puesto que de sus informes se desprendera si estos estan siendo efectivos o se estan administrando en la dosis adecuada.

Los principales medicamentos usados en este padecimientos son:

DEXTRAN 40 (Sol de baja osmolaridad)

Se usa en soluciones por vía endovenosa diluida en solución glucosada o salina segun el estado del paciente (por ejemplo salina si es diabetico) su indicación principal es prevenir la aglutinación de los globulos rojos y las plaquetas, asi como de prevenir la retracción temprana del coágulo.

Se utiliza en dosis de 250 c.c. cada doce horas. Debe tenerse especial cuidado al utilizarse en pacientes con infarto activo o insuficiencia cardíaca ya que fácilmente pueden caer en edema agudo de pulmón.

DIPYRIDOL (Persantin)

Tiene acción semejante a la del Dextrán, se utiliza en-

forma parenteral, en su inicio la dosis es de 300-400 - mgs. por 24 hrs.

VASODILATADORES:

Es conveniente el no utilizar nunca vasodilatadores en la fase aguda ya que las zonas distales al sitio o al vaso ocluido presentan vasodilatación máxima fisiológica, por lo que no es de utilidad sino al contrario ya que vasodilatara el resto del sistema vascular facilitando el robo de sangre e impidiendo la circulación por colaterales a la zona izquemica.

Lo mismo pasará en los A.V.C. hemorrágicos en los que se presentará un vasoespasmo muy severo que no puede ser roto por estos medicamentos e igualmente produce un robo de sangre por las zonas comprometidas.

ANTICOAGULANTES:

De rutina no deben ser utilizados ya que favorecen que el infarto blanco se convierta en rojo que da un pronóstico mas sombrío, por lo cual su uso debe restringirse a casos muy especiales cuando hay una fuente emboligena permanente cardiológica.

AMICAR:

Recientemente se utiliza el Acido Epsamino Caproico (Amicar) por vía parenteral en los pacientes con hemorragia subaracnoidea por aneurisma aneurismas para evitar la reabsorción temprana del coágulo adyacente al saco aneurismático.

ESTEROIDES(Dexametasona)

El uso de esteroides no está bien dilucidado en su utilidad, sin embargo considerando que en todas las zonas de infarto hay un adema cerebral y el mismo puede producir compresión de los vasos aumentando la zona de izquemia se utiliza, observandose aún sin estudios estadísticos mejoría y más pronta recuperación.

Debe tomarse en cuenta que favorece la producción de -- ácido clorhídrico y por consecuente las úlceras por stress por lo que deben tomarse las medidas pertinentes como el uso de los antiácidos.

MANITOL:

El uso del Manitol también es de gran utilidad principalmente en casos de edema cerebral rebelde al tratamiento previo con los medicamentos antes mencionados. En fechas recientes se ha utilizado igualmente Glicerol por vía oral con el mismo propósito.

ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES HOSPITALIZADOS CON TRATAMIENTO QUIRURGICO:

En los pacientes quirúrgicamente intervenidos se obtiene a veces éxito, pero hay ocasiones que la lesión es tan grave que el pronóstico no brinda esperanzas. Es importante que incluso en esos casos la enfermera se preocupe de manera cabal de la comodidad y de los sentimientos de su paciente, exactamente como lo haría en ocasiones en que el pronóstico es mas alentador.

Este tipo de asistencia es importante no solo para el paciente sino tambien para su familia. Recordemos que es la enfermera quién permanece mas tiempo con el enfermo y por lo tanto es responsable de gran parte de su mejoría futura.

El tratamiento quirúrgico de los A.V.C. oclusivos se encuentra orientado principalmente cuando la oclusión se encuentra a nivel de los vasos de cuello, en los cuales se efectúa una Tromboendarectomía.

En los aneurismas el tratamiento de elección es el abordaje con clipaje de los mismos y en otras ocasiones recubrimiento; u oclusión de los vasos del cuello.

Cuando es una malformación vascular, del tipo de Angiomatosis o fístula arteriovenosa el tratamiento es la resección de los vasos malformados y clipaje de los vasos arteriales que originan la malformación.

HEMATOMA:

Ocasionado por ruptura de un aneurisma es drenado, cuando se presenta y en el mismo procedimiento si es posible se clipa el aneurisma. Cuando la hemorragia es intraparenquimatosa y ocasiona hematoma puede ser tambien intervenida quirúrgicamente, pero con una mortalidad de 95% y en caso de supervivencia con secuelas muy severas.

PARTICIPACION DE LA ENFERMERA:

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PRE-OPERATORIO:

La enfermera debe conocer a fondo todos los síntomas -- del paciente de los cuales puede hacer comparaciones -- con el postoperatorio. Incluirá observaciones de parálisis, vista, lenguaje, etc.

Los movimientos de los miembros inferiores deben ser observados, advertidos y anotados de manera especial, si-

- - -

el paciente no es ambulatorio.

Tiene enorme importancia despertar confianza y consideración a los familiares que advierten la gravedad de una operación del cerebro.

Por supuesto se alentara al paciente aunque en muchos de los casos no advierte que va a ser sometido a cirugía.

PREPARACION PARA LA OPERACION:

- 1.- Un dia antes de la operación se prepara la geion, haciendo rasurado del cráneo.
- 2.- Preparación sicológica (cuando el paciente se encuentra conciente).
- 3.- Toma de signos vitales y registrarlos.
- 4.- Ayuno.
- 5.- Quitar prótesis dentaria, revisar que no tenga unas-
largas y pintadas, quitar maquillaje.
- 6.- Administrar preanestecia si ésta indicada.
- 7.- Trasladar al paciente hasta la sala de operaciones -
con su expediente y su identificación.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL POST OPERATORIO:

- 1.- Preparar la sala o unidad para recibir al paciente a
su regreso de sala de operaciones.
- 2.- Reducir la iluminación de la sala.
- 3.- Calentar la habitación.
- 4.- Colocar en el buró bolsa de deshechos, riñon, pañue-
los desechables.
- 5.- Preparar aspirador.
- 6.- Preparar equipo de traqueostomía por si es necesario

CUIDADOS GENERALES:

Ayudar al traslado del paciente a la cama, colocarlo en-
la posición adecuada a la zona que se haya operado.

- 1.- Cubrir al paciente y fijar las ropas de cama debajo-
del colchon.
- 2.- Si el paciente esta en decúbito dorsal se debera la-
teralizar la cabeza.

- 3.- Ponerle barandillas a la cama.
- 4.- Registrar c/15 min. los signos vitales, anotarlos en la hoja correspondiente.
- 5.- Avisar al médico en caso de alguna alteracion post - anestésica. Observar coloración de la piel y mucos - sas, estado de conciencia, permeabilidad de las vias aereas altas, o cualquier otro signo de alarma.
- 5.- Revisar la permeabilidad de la venoclísis.
- 6.- Control estricto de líquidos.
- 7.- Vigilar apositos en busca de líquido o sangre.

Es necesario colocar al paciente en decubito lateral, en posicion natural y comoda con la pierna inferior extendi - da y la superior flexionada parcialmente. Se colocaran - almohadas en dorso entre las piernas y debajo del brazo. Se deben alternar las posiciones con frecuencia. El le - cho debiera permitir un facil acceso a la cabecera del pa - ciente; si se emplea una sabana para cambiar la posición desde la cabeza hasta el muslo sera mas facil la manio - bra.

COMPLICACIONES POS - OPERATORIAS:

Las que pueden parecer en termino de horas de la cirugía incluyen cambios en la respiración, pulso, tension arte - rial, pupilas y nivel de la conciencia.

La disminucíon de la presión arterial, la taquisfígmia, - la taquípnea y la piel pálida y fría son a menudo signos de schoke hipovolémico despues de operaciones de larga - duración.

Por lo contrario, aumento de la T.A. y la disminucíon de la frecuencia del pulso, con insuficiencia respiratoria - pueden denotar Hipertension Intracraneal.

Ademas de las complicaciones posoperatorias inmediatas - pueden apararecer otras en las dos primeras semanas o en fecha tardía, las mas importantes son:

Infecciones de las vias urinarias y tromboflebitis. Es - tas pueden evitarse con cabmios frecuentes de posición, - aspiración faríngea, observación y auscultación de los - pulmones, vigilancia urológica y aseo de la piel.

CONVALECENCIA:

La convalecencia de un paciente neuroquirúrgico depende de la magnitud del traumatismo y el buen éxito que tubo -

la operación. La enfermera puede brindar gran ayuda al paciente durante la misma.

Brindar apoyo al dejar la cama y al alimentarse por sí mismo es muy importante para él.

En las mujeres que quedan con pelo muy corto se pueden usar turbantes o pelucas atractivas.

Los familiares deben admitir las limitaciones del paciente, pero recibirán información de su mejoría y la forma de ayudarlo para que su recuperación se acelere.

Cuando el tumor o la lesión tiene indole tal que el pronóstico es malo, la convalecencia tiene como meta hacer que el paciente este lo mas comodo y en el mejor estado de animo posible.

CUIDADOS AL PACIENTE INCONCIENTE:

Son elevados los indices de pacientes con enfermedad cerebrovascular que caen en estado de inconciencia, en estos casos la necesidad de observación, y vigilancia estrecha es mas importante y requiere personal con habilidad y conocimientos específicos.

La enfermera debe desarroyar practica considerable para observar anotar y evaluar los cambios fisicos del paciente, prestandole todo cuidado como si estuviera conciente evitara todos los comentarios acerca de su enfermedad - cerca de su cama y realizara todas las cosas que el enfermo no pueda por estar inconciente.

ASISTENCIA DEL PACIENTE INCOGENTE:

1.-Establecer una via aerea permeable. El Intercambio respiratorio inadecuado estimula la retención del CO2 que puede producir ademas cerebral difuso, ademas de adema agudopulmonar

a.-Coloque al paciente en dacúbito lateral. La posición en dacúbito lateral impide que la lengua obstruya la via aerea, facilita el drenaje de las secreciones de via respiratoria y el estimula el intercambio respiratorio.

b.-Introduzcase una cánula por la boca si hay parálisis de la lengua u obstruye la via aerea. Advertir ruidos en la via aerea indica obstruccion, (la obstruccion de la via aerea acentua la presión intracraneal). Se considera el empleo de cánula faringea como medida a breve plazo.

c.-Oxigenoterapia, técnicas de respiración ayudadas con presión positiva, o bien ventilación artificial si hay signos de insuficiencia respiratoria inminente. Cuando las mediciones de gases en la sangre arterial indican que el paciente tiene insuficiencia ventilatoria e intercambio de gases, pueda aparecer insuficiencia respiratoria.

d.-Conservese las vias aereas libres de secreciones, con aspiración eficaz. Al desaparecer los reflejos de tos y deglución, se acumulan rapidamente secreciones en la retrofaringe y zona superior de la traquea, que puede ser el principio de complicaciones respiratorias mortales.

II.-Preparar para traqueotomía si se acentua el coma y si hay signos de insuficiencia respiratoria.

a.-Inyectar con cuidado de 3 a 5 ml. de solución por el orificio de la traquea, despues aspirar. La resequedad de las vias respiratorias hace que se formen rapidamente tapones de moco dificiles de extraer El lavado cuidadoso (3 o 5 de sol. salina) de la traquea tambien estimula el reflejo tusigeno, que es util para limpiar el arbol traqueobronquial.

b.-Nebulizar con sol. salinar en la boca y nasofaringe y aspirar a intervalos periodicos.

c.-Usar guantes y sonda esteril cada vez que se aspire el orificio de la traqueostomia.

d.-Aspirar traquea alrededor de la candula por el tubo.

e.-Contar con humedecimiento satisfactorio.

Al conservar limpias las vias respiratorias superiores y sin tapomes de moco y secreciones secas, disminuye la presencia de complicaciones pulmonares.

III.-Para valorar el nivel de respuesta.

a.-Conservar una valoracion constante del nivel de la conciencia y cambios en la respuesta.

El nivel de conciencia es el parametro mas importante del estado del paciente. Las personas inconcientes pueden empeorar rapidamente por diversas causas clinicas.

b.-Registrar las reacciones exactas, los movimientos y los caracteres del lenguaje de cada paciente.

c.-Pedir al paciente que realice alguna actividad (saque la lengua, mueva un brazo, etc.)

La falta de respuesta, o si la hay es de tipo tardio o desigual, es signo clinico de mal pronostico.

d.-Aplicar algun estimulo doloroso con el fin de valorar la percepcion al dolor.

IV.-Para valorar la evolucion de los signos vitales.

a.-Conocer los signos vitales basales y dar voz de alerta al medico si hay fluctuacion importante de la tension arterial, e inestabilidad del pulso y de los ciclos respiratorios.

Las fluctuaciones de los signos vitales indican cambios en la homeostasis intracranial. La valoracion automatica instrumental de los signos vitales es tambien esencial para poner en guardia a la enfermera sobre un sangrado no manifiesto.

b.-Medir a intervalos especificos presiones arteriales, pulso, temperatura, hasta que haya signos, - clinicos de estabilizacion.

Medir y registrar la temperatura es obligado pues puede haber alteracion de los mecanismos termorreguladores. La hipertermia es signo de mal pronostico.

La tencion arterial se ve tambien afectado por lo que es necesario llevar un registro exacto.

V.-Para conservar el balance de liquidos y electrolitos.

a.-Dar liquidos intravenosos segun este indicado (use la vena mas adecuada).

Se mediran con frecuencia - Los electrolitos en el laboratorio cuando el paciente se ha conservado a vase de liquidos intravenosos para obtener el balance adecuado.

b.-Comenzar a dar alimento por sonda nasogastrica.

La alimentacion con sonda - permite que la nutricion sea mejor que la alimentacion. El balance de electrolitos y proteinas es problema bastante frecuente en el paciente inconciente. Ademas ayuda a la descompresion gastrica con la cual se reduce el riesgo de un ileoparalitico.

VI.-Alimentacion por sonda Nasogastrica.

a.-Introduzca una sonda - Nasogastrica por la nariz.

Siga la tecnica indicada asegurandose de realmente se encuentre en cavidad gastrica.

b.-Aspirar el contenido gastrico antes de cada alimento.

Si el residuo es mayor de 500 ml. cabe que el paciente esta desarroyando ileoparalitico. Puede aparecer distension gastrica y vomito.

c.-Eleva la cabeza y el torax del paciente y -- dar de 100 a 150 de formula licuada lentamente -- dar pequenas cantidades primero y poco a poco -- aumentar hasta dar en cada comida 400 a 500 ml.

La elevacion de la cabeza antes de dar el alimento durante el mismo y despues de el -- disminuye la posibilidad de -- regurgitacion y aspiracion.

d.-Dar 2000 mls.de liquidos por sonda diariamente.

Un paciente necesita diariamente cuando menos 2000 c.c.-- de liquidos.

Las raciones hiperproteicas -- pueden producir diuresis osmoticas que producen deshidratacion a menos que se asegure el ingreso satisfactorio -- de liquidos. La fiebre, la sudoracion excesiva o perdida -- de liquidos de cualquier parte del organismo aumentan la necesidad de liquidos.

VII.-Para asistir segun -- Lo indique el cambio -- en el estado del paciente.

a.-La enfermera estara alerta a las diversas -- fases de la inquietud.

Cierto grado de inquietud -- puede ser favorable, pues puede indicar que el paciente recupera la conciencia, no obstante la inquietud es comun -- en la anoxia cerebral o cuando hay obstruccion parcial -- las vias aereas, distension vesical, sangrado oculto o -- fractura puede ser una manifestacion de lesion cerebral.

b.-Contar con iluminacion adecuada en el cuarto para impedir alucinaciones al paciente que recupera la conciencia.

c.-Acoginar los barandales laterales, cubrir con gasas o guantes las manos o emplear otro -- metodo de proteccion.

VIII.-Para el cuidado -
de la piel.

a.-Conservar la piel --
limpia, seca y sin -
presiones.

Todo esto se hace para impe-
dir la formacion de ulceras
por decubito en zonas sensi-
bles a la presion.

b.-Lubricar la piel con /
lociones emolientes -
para impedir la irri-
tacion con las ropas
de cama como: seque-
dad , rosaduras y --
grietas.

c.-Inspeccionar la zonas /
de presion en busca
de enrojecimiento y /
signos de rotura de
la piel.

d.-De preferencia se re-
comienda el uso de -
colchones de agua.

e.-Cambiar al paciente ✓
de posicion a inter-
valos regulares.

El cambio de posicion evita
la presion prolongada en zo-
nas y es util para los pulmo-
nes, pues favorecen que es-
ten limpios, por la moviliza-
cion de secreciones.

XI.-Para evitar deformi-
dades.

a.-Dar al paciente las
posiciones en forma
que mas favorezca to-
mando en cuenta que
los musculos aducto-
res predominan sobre
los abductores y los
flexores sobre los -
extensores.

En el paciente inconciente -
aparecen en forma temprana -
deformidades por contractu-
ra.

b.-Dar ejercicios pasi-
vos cuatro veces al
dia en los cuatro --
miembros.

Para evitar deformaciones ✓
permanente la rehabilitacion
debe ser temprana; recorde-
mos que la presion durara en
las extremidades produce para-
lisis nerviosas.

X.-Eliminacion.

- a.-Se observara al pa-
ciente en busca de -
signos de distincion
vesical. / La miccion involuntaria indi-
ca alteracion en el estado =
de conciencia.
- b.-Solo en caso muy ne-
cesario se colocara
sonda foley a permanen-
cia con drenaje con-
tinuo. Invariablemente aparece in-
feccion con el uso prolonga-
do y duradero de una sonda -
a permanencia, unida a drena-
je directo.
- c.-Llevar un registro de
las evacuaciones y -
caracteristicas de -
las mismas. / Es necesario prevenir la im-
pactacion fecal y esto solo /
se lograra si la enfermera -
se da cuenta a tiempo de que
hay retencion de materias fe-
cales.

XI.-Para proteger los - ojos.

- a.-Proteger los ojos de
la irritacion corneal. La cornea funciona como una
coraza protectora. Si los --
ojos quedan abiertos por mu-
cho tiempo, facilmente se se-
caran, irritaran y ulceraran.
- b.-Por sistema inspeccio-
nar al diametro de -
las pupilas y el es-
tado de los ojos, --
con una lamparilla -
de mano.

Estos son en resumen los cuidados elementales que el -
paciente inconciente necesita. A continuacion menciona-
re las observaciones mas importantes que la enfermera -
debe tomar en cuenta, ya que puede tomarse como una pa-
rametro indicacor del estado del paciente.

Podemos tomar como guia los siguientes puntos:

- 1.-Modificacion en el nivel de la conciencia, observa-
cion de la conducta espontanea del paciente, agitacion
o resistencia de los cuidados y respuestas a los estimu-
los dolorosos.
- 2.-Movimientos voluntarios de las extremidades, cambios
en el tono muscular o en posicion del cuerpo o de la ca-
beza.
- 3.-Tamano de las pupilas, simetria y reacciones a la --
luz.
- 4.-Cambios en el color de la cara, de los labios, de --
las extremidades y del tronco.

5.-Alteraciones en la temperatura, humedad y contextura de la piel, signos precoces de la presión cutánea.

6.-Calidad de la frecuencia del pulso y la respiración.

7.-Temperatura rectal (cada 2 o cuatro horas).

8.-Presión arterial (tomada cada quince o treinta min.-segun el estado del paciente).

9.-Control estricto de ingresos y eliminación de líquidos.

10.-Descripción segura y completa de las convulsiones - focales o generalizadas.

11.-Signos de irritación meníngea; rigidez de nuca, etc.

12.-Signos precoces de adema periorbital o facial, especialmente después de un traumatismo craneoencefálico o de una intervención quirúrgica endocraneana.

En general la asistencia de los pacientes inconcientes se enfoca:

a).-A la conservación de las vías aéreas libres.

b).-A la valoración del nivel de la respuesta.

c).-A la evolución de los signos vitales.

d).-Al balance de líquidos y electrolitos.

e).-Y a la asistencia según lo indiquen los cambios en el estado de el paciente.

Además de los cuidados elementales para el paciente inconciente, existen otros factores que si la enfermera -- los atiende serán de gran utilidad para prevenirle complicaciones a su paciente, así mismo coadyubarán a la -- más pronta y satisfactoria evolución de su enfermedad.

Los cuidados más importantes que se deben observar son los siguientes:

AMBIENTE:

Como muchos de los pacientes inconcientes son mayores de 60 años por lo general son muy sensibles a los cambios atmosféricos y susceptibles a las complicaciones respiratorias, es importante mantener el ambiente adecuado a su bienestar y comodidad.

En teoría la temperatura ideal de una habitación es de 20°C pero la mayoría de las personas ancianas prefieren una temperatura cercana a los 26°C. Como el enfermo inconciente no puede expresar su preferencia se debe mantener siempre abrigado, la habitación debe estar siempre bien ventilada y libre de olores.

HIGIENE:

Los cuidados en este sentido son muy importantes, para prevenir complicaciones la piel y las mucosas así como las membranas del cuerpo exigen cuidados especiales.

LA PIEL:

Es importantes mantener la piel libre de los agentes infecciosos que a veces se presentan por la contaminación respiratoria o intestinal.

Puede reducirse el numero de microorganismos de la superficie corporal por el baño diario con agua templada y jabón. Si la piel es seca debe utilizarse un jabón grasoso (de castilla, lanolina, etc.).

Para prevenir infecciones por sequedad, diariamente se aplica aceite en las manos y en los pies.

Están indicados los mensajes sobre las zonas de presión para estimular la circulación y evitar las úlceras de decubito. Las ropas se mantendrán secas y sin arrugas. Nunca se aplicaran bolsas de agua caliente a los pacientes inconcientes o a pacientes con trastornos de la sensibilidad por el peligro de ocasionar quemaduras.

OJOS:

Cuando el paciente está inconciente por causa orgánica, los reflejos corneanos están ausentes y existe la posibilidad de que la cornea se irrite al frotarse con la almohada, con partículas de polvo o por el resecamiento causado por la disminución de las secreciones y por la oclusión incompleta del ojo; por lo tanto deben limpiarse a menudo con soluciones adecuadas.

NARIZ:

Las fosas nasales se pueden ocluir por la formación de costras o tapones de moco, para facilitar la respiración se deben mantener los conductos permeables mediante limpieza y lubricación diaria.

BOCA:

Se retiran dentaduras postizas y se guardan en un recipiente adecuado; con frecuencia el paciente inconciente respira por la boca con lo cual la mucosa se seca excesivamente o se cubre con una capa de moco.

Se debe hacer higiene oral cuando menos tres veces al día, y se cubren con unguento cremoso para evitar que se agrieten.

Se mantienen permeables las vías aéreas con una aspiración eficaz, se recomienda para esto las sondas Nelaton por ser las que menos traumatismo causan.

Si el paciente permanece inconciente por mucho tiempo - puede ser necesario practicarle una traqueostomía para mantener la ventilación de los pulmones y asegurar la permeabilidad de las vías aéreas.

NUTRICION:

Durante las primeras 48 horas en el Hospital se sostiene balance líquido generalmente por vía endovenosa. Después es aconsejable colocar una sonda nasogástrica para dar los alimentos de acuerdo con las necesidades del paciente.

GASTROCLISIS:

La gastroclisis es un método que solo se utiliza si el paciente es incapaz o reusa tomar los alimentos por vía oral. Esta sonda puede dejarse a permanencia, pero debe cambiarse cada cinco días por lo menos alternado narinas para prevenir la irritación.

Para los adultos se aconseja una dieta hiperproteica -- con alto contenido vitamínico, de 2500 a 3000 calorías, se administran de 2500 a 300 c.c. de líquidos c/24 horas, después de cada alimento se pasan 30 c.c. de agua para mantener permeable la sonda.

En los pacientes con parálisis facial, antes de alimentarlos se les coloca de tal manera que el lado afectado queda hacia arriba; durante la convalecencia se les anima a tomar los alimentos por el lado sano de la boca, para disminuir la salida de los líquidos por la comisura labial y facilitar la masticación.

ELIMINACION:

El paciente inconciente presenta por lo general incontinencia de orina con lo cual se aumenta la propensión a desarroyar por decubito, de esto se desprende la necesidad de introducir una sonda vesical para mantenerlo seco.

Según ordenes médicas se administrara un laxante suave para prevenir la constipación o la incontinencia de materias fecales. Cuando el paciente hace impactación fecal, se puede tratar con buenos resultados con enemas. Tan pronto como el paciente este en capacidad de cooperar se inicia el reentrenamiento intestinal y se descon

tinuan laxantes y enemas.

PREVENCION DE DEFORMIDADES:

En toda extremidad paralizada se necesita atención especial, es necesario tener cuidado al respecto pues el paciente facilmente puede apoyarse sobre el miembro paralizado o bien en cualquier otra forma impedir la circulación.

Los tablonces de apoyo de los pies o bien los marcos --- especiales impediran la presion de la ropa de cama.

Para impedir contractura la enfermera debe advertir que el paciente este en posicion correcta y que las articulaciones sean ejercitadas con ejercicios activos y pasivos varias veces al dia.

Se tiende debajo del paciente una sabana de movilización doblada a lo largo y luego por la mitad desde los hombros hasta por debajo de las caderas para facilitar el cambio de posición con el menor esfuerzo posible. Cada hora o cada dos horas se le cambia de posicion, alternando el decubito lateral. Solo se debe utilizar el decubito lateral facilita la circulación del CO₂ a travez de los pulmones, reduce el peligro de aspiración u oclusión de las vías aereas al caerse la lengua hacia atras y reduce el porcentaje de otras complicaciones respiratorias.

Los cambios de posición no solo ayudan a prevenir las - ulceras de decubito sino tambien contribuyen al drenaje de las secreciones faringeas.

En cuanto sea posible sentar al paciente en silla de --ruedas debe hacerse cuando menos dos veces al dia.

PREVENCION DE LAS ULCERAS DE DECUBITO:

Cambiar al paciente de posicion cada hora, nunca se debe usar roscas de caucho, algodón u otro material pues solo sirven para transferir la presión de las prominencias osea a las zonas de contacto. Es necesario mantener la piel escrupulosamente limpia y seca, se cambiara de panal cuantas veces sea necesario.

Arreglar la ropa de cama para que este limpia y sin arrugas. Masajear constantemente la piel prestando atención a las prominencias oseas (talones, crestas pelvicas, sacro, homóplato y cabeza.)

Mantener una nutrición adecuada y un ingreso satisfactorio de líquidos, los mensajes y los ejercicios diarios estimularan la circulación.

Se recomienda ademas el uso del colchon de agua el cual

evitara en un 100% la aparición de úlceras de decúbito y favoreciera la cicatrización de las ya existentes.

CONSERVACION DE LAS VIAS AEREAS:

En los pacientes con enfermedad cerebrovascular esta indicada la traqueostomía. El paciente con traqueotomía requiere de observación estrecha las primeras 24 horas -- despues de la intervención, es responsabilidad de la enfermera conservar el orificio recién hecho permeable. - Uno de los objetivos de la enfermera es ayudar al paciente a sobrellevar la presión que esta nueva experiencia - significa para el, ya que siente un verdadero temor para la asfixia.

HUMEDECIMIENTO:

De ordinario la nariz y la faringe humedecen el aire inspirado y filtran el polvo, esto no es posible en los pacientes traqueotomizados.

Se puede administrar vapor muy saturado en una tienda, por medio de nebulizaciones o cubriendo el orificio con una gasa húmeda con sol. salina.

Por lo general el primer tipo de secreción que sale a través de la cánula de traqueotomía es moco tenido de sangre. Todas las secreciones deberan ser eliminadas en forma eficaz antes de que sean aspiradas por el paciente .

Las secreciones son aspiradas con un cateter o sonda arterial de caucho o polietileno del #14 al 18, conectada a un aspirador. La aspiración se hace intermitente por un período, no mayor de 10 seg. si se aplica por bastante tiempo puede producir disminución del O₂, si es eficaz irritara la mucosa de la traquea. La enfermera por lo regular puede introducir la sonda a una profundidad de 15cms. inclusive hacer una introducción mas profunda solo si esta entrenada.

Para impedir la contaminación de la sonda se recomienda el uso de guantes esteriles. Esta sonda podra substituirse por otra esterilizada o en su lugar usese soluciones esterilizantes (Bensal concentrado por ejm.) para mantener la sonda en ese estado, la sonda debe estar siempre limpia de costras y coagulos. Si la secreción es espesa utilíese mas o menos 5 gotas de agua estéril en la traquea a travez de la cánula antes de aspirar.