

CUIDADOS DE ENFERMERIA

La enfermera tiene la oportunidad de poner en juego toda su capacidad de observación. Ella es fuente de información importantísima para ayudar en el diagnóstico y el planeamiento de la asistencia y tratamiento del paciente. Puede ayudar a allanar muchas de las experiencias difíciles a la que él y sus familiares se enfrentan.

Las muchas e interesantes pruebas diagnósticas en que ayuda la enfermera se asemejan notablemente a la solución de un problema intrincado; no obstante el diagnóstico no es el fin único es simplemente un paso básico para eliminar la causa.

También asume la responsabilidad del paciente, hasta que éste pueda de nuevo presentar sus reflejos normales (toser, deglutir, parpadear), y estar orientado en cuanto concierne a lugar, tiempo y espacio.

En resumen los cuidados que se le brindan a este tipo de pacientes, es de suma importancia y puede significar la diferencia entre la vida y la muerte.

El principal problema en un paciente inconsciente es que no funcionan los reflejos protectores normales. La meta de la enfermera es cuidar estos mecanismos de protección hasta que el paciente lo recupere así como la conciencia de sí mismo y pueda estar de nuevo en contacto con su medio.

CUIDADOS INMEDIATOS.

La consideración más importante en el tratamiento del paciente inconciente es establecer y conservar una vía aérea permeable. La acumulación de secreciones en la faringe es un problema que exige cuidado inmediato ya que el paciente no puede deglutir y tiene arreflexia faríngea por lo que es necesario eliminar las secreciones en esta zona para así alejar el peligro de aspiración. Dichas secreciones se eliminan de la siguiente manera:

El paciente es colocado en posición lateral o semiprona para facilitar el drenaje de las vías respiratorias.

Luego la enfermera debe introducir una sonda debidamente lubricada por la nariz a la epiglotis, lo que desencadena el reflejo tusígeno y es útil para acentuar la eficacia de la aspiración. Extrayendo la sonda poco a poco con un movimiento rotatorio con los dedos pulgar e índice. Esta maniobra impide que el extremo aspirador de la sonda irrite la mucosa; pues tal irritación produce sangrado de la misma y aumenta el volumen de secreciones.

Deben tenerse en cuenta los siguientes puntos al hacer aspiración:

- 1.—Permitir que el paciente descanse entre una aspiración y otra.
- 2.—Limitar la aspiración a intervalos de segundos.
- 3.—La frecuencia de aspiraciones depende del volumen de secreciones que haya.

OXIGENOTERAPIA.

En la disnea es notoria la dificultad para una oxigenación adecuada y como consecuencia hay cianosis. Así también hay aleteo nasal que es la característica propia al elevar y bajar constantemente el ala de la nariz; debido al esfuerzo que hace el paciente por el aumento del trabajo respiratorio. Debe darse oxígeno si hay signos de disminución del flujo sanguíneo, insuficiencia de la ventilación pulmonar o amenaza de insuficiencia cardíaca.

PREPARAR PARA TRAQUEOTOMIA SI SE ACENTUA EL COMA Y HAYA SIGNOS DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA INMINENTE.

Eliminación de secreciones por traqueostomía.— Las secreciones son aspiradas por un catéter estéril de caucho conectado a un aparato de aspiración. Un tubo de conexión en 'Y' entre el catéter y los tubos del aparato, es un medio conveniente para que la enfermera regule la aspiración con el dedo pulgar, tapando y destapando el orificio del tubo en "Y". La aspiración se hace intermitentemente por periodos no mayores de cinco segundos; si se aplica por bastante tiempo puede producir disminución de la concentración arterial de oxígeno, y si es ineficaz, irritará la mucosa de la tráquea. En caso de no eliminar completamente las secreciones, éstas se vuelven secas y pueden causar obstrucción.

En consecuencia se necesita la humidificación continua del aire. Ya que de ordinario la nariz y la faringe humedecen el aire inspirado y filtran el polvo. Esto no es posible en un paciente con traqueostomía.

Nebulizaciones periódicas (ejemplo 15' cada dos horas) para así contar con humedecimiento satisfactorio.

Para impedir complicaciones pulmonares se recomienda que se use sonda y guantes estériles cuando se realice este procedimiento.

PARA CONSERVAR EL BALANCE DE LIQUIDOS ELECTROLITOS

A.—Administrar líquidos intravenosos según estén indicados.

B.—Se medirán los electrolitos en el laboratorio cuando el paciente se ha conservado a base de líquidos intravenosos para obtener balance adecuado.

NECESIDADES NUTRICIONALES.

Puesto que hay alteración del reflejo de deglución, aparecen problemas nutricionales, y éstos son corregidos por la alimentación forzada, dándose alimentos licuados dependiendo de la dieta prescrita por el médico.

El alimento licuado es tolerado sin problemas, pues el aparato digestivo del paciente se sujeta a ésta dieta.

**AL COMENZAR A DAR ALIMENTOS POR SONDA NASOGÁSTRICA:
(Sonda de caucho tipo Levin)**

- a).— Elevar la cabeza y tórax del paciente (si el estado de éste lo permite) y ofrecer de 100 a 150 ml. de fórmula licuada, lentamente dando pequeñas cantidades en primer término; poco a poco aumentar hasta dar en cada comida de 400 a 500 ml. aproximadamente.
- b).— El paciente inconciente necesita cuando menos diariamente 2,500 ml. de líquidos. Las raciones hiperproteínicas pueden producir diuresis de solutos, que produciría deshidratación a menos que se asegure el ingreso satisfactorio de líquidos. La fiebre, la sudación excesiva o la pérdida de líquidos en cualquier parte del organismo aumentan las necesidades de líquidos.

MEDIDAS DE CONTROL Y SEGURIDAD.

- 1.— Evitar que la sonda se salga de su lugar.
- 2.— Vigilar la permeabilidad de la misma.
- 3.— Lavar el tubo con agua después de cada alimento.

PARA VALORAR LA EVOLUCION DE LOS SIGNOS VITALES

Conocer los signos vitales basales (temperatura, respiración, tensión arterial y pulso) y percatarse si existe fluctuación importante de la tensión arterial e inestabilidad del pulso y ciclos respiratorios. Ya que las fructuaciones indican cambios en la homeostasia intracraneal. Esta valoración es esencial ya que puede existir sangrado no manifiesto.

La temperatura corporal nunca se medirá por la boca, siempre se medirá por vía rectal ya que nos ofrece cifras más exactas y se evitan posteriores complicaciones.

Medir y registrar los signos vitales cada 15 minutos y después según las órdenes del médico.

PARA LA PROTECCION Y SEGURIDAD DEL PACIENTE INCONCIENTE.

Si el paciente está inquieto se colocarán barandales laterales en su cama. Si es posible que se lesione contra ellos deben ser acojinados satisfactoriamente.

Es necesario llevar a la práctica toda medida útil y adecuada para calmar al paciente alterado.

PROCEDIMIENTO EN LA SUJECCION CON BRAZALETES:

- 1.— Descubrir el miembro a sujetar, aplicar talco, cubrir con algodón o wata hasta una distancia conveniente de la articulación; colocar el brazalet de tela.
- 2.— Ajustar el brazalet sin ejercer presión que pueda lastimar al paciente, o trastornar su circulación.
- 3.— Cerciorarse que el brazalet no quede tan flojo que impida su objetivo.
- 4.— Cuando se quite el brazalet, ver que la piel no esté irritada, y en caso de que así sea, aplicar o espolvorear talco.

PROCEDIMIENTO EN LA SUJECION CON FERULA:

- 1.— Usar la férula que convenga al tamaño del miembro que se va a inmovilizar.
- 2.— Acolcharla con algodón y cubrirla con una venda de gasa.
- 3.— Asegurar la férula haciendo descansar la articulación en la parte media de la misma y poner un vendaje para sujeción del miembro.
- 4.— Asegurarse de que el vendaje no obstruya la circulación, e impida el paso de los líquidos inyectados.
- 5.— Vigilar periódicamente la coloración de la piel y el aspecto de la región.

PARA VALORAR EL NIVEL DE RESPUESTA.

Conservar una valoración constante del nivel de conciencia y cambios en la respuesta que pueden presentarse puesto que el paciente puede empeorar rápidamente por diversas causas clínicas.

Registrar las reacciones exactas, los movimientos y los caracteres de su lenguaje; pidiendo al paciente que hable, o haga alguna actividad (eleve un brazo, saque la lengua, etc.). O bien aplicando estímulos dolorosos, ejemplo: Pinchar la piel con algún objeto punzante para valorar la percepción del dolor.

VALORACION DE LA ENFERMERA: Las observaciones de la enfermera tienen extraordinaria importancia en el diagnóstico y en consecuencia deben ser registradas en detalle, tienen importancia especial las siguientes:

- 1.—Cambios en el nivel de respuesta, manifestado por movimiento, resistencia a cambios de posición y respuesta a la estimulación.
- 2.—Presencia o falta de movimientos voluntarios e involuntarios en las extremidades; tono de los músculos.
- 3.—Color y humedad en la piel de la cara y extremidades.
- 4.—Rigidez o flacidez del cuello.
- 5.—Tamaño de las pupilas y reacciones de ellas a la luz.
- 6.—Volumen de líquidos ingeridos o administrados y volumen de orina excretada cada 24 horas.
- 7.—Carácter y frecuencia de los signos vitales.

CUIDADOS MEDIATOS.

Evitar al máximo las complicaciones es mi principal objetivo y para esto he numerado las siguientes actividades asistenciales para el logro del mismo.

HIGIENE BUCAL.— El estado de la boca del paciente es una zona que debe ser vigilada con frecuencia ya que ésta sufre gran sequedad después de un período breve de respiración ininterrumpida por la boca, como suele acontecer. Esta zona debe ser limpiada con hisopos y enjuagada lo mejor posible; efectuándose esta maniobra tres veces al día y posteriormente se lubrica en forma sistemática labios y lengua para evitar la formación de costras.

PROTECCION DE LOS OJOS DE LA IRRITACION CORNEAL.

La córnea funciona como una coraza protectora de los ojos. Si estos quedan abiertos por mucho tiempo, fácilmente se secarán, irritarán y ulcerarán. Para protección de los mismos:

- a).— Se inspecciona el diámetro de las pupilas y el estado de los ojos con una lámpara de mano.
- b).— Se quitan los lentes de contacto, si los hay lavado cada ojo con solución salina estéril e instilar gotas de vaselina líquida estéril en cada uno.
- c).— Es muy conveniente el uso de un antifaz para mantener los párpados cerrados, si se prolonga el estado de inconciencia.

SONDA VESICAL A PERMANENCIA:

Muchos pacientes de enfermedades del SNC muestran en el comienzo o en el final de su enfermedad, de manera temporal o permanente, Incontinencia Urinaria, la cual puede ser tratada por la instalación de una sonda foley. Y al mismo tiempo este método nos sirve para llevar un control adecuado del egreso de la orina.

Si se necesita dejar una sonda a permanencia se prefiere una de dos vías; que permite el drenaje urinario por una, y por la otra inflar un baloncito con agua o aire para fijar la sonda a la vejiga. Cambiándose cada 3 a 5 días.

PRINCIPIOS DEL SONDEO: Hay ocasiones en que la sonda es un instrumento que puede salvar la vida; así como hacer que aparezca infección de vías urinarias.

Para seguridad del paciente son esenciales los siguientes puntos en el sondeo uretral.

- a).— Es necesaria la asepsia estricta.
- b).— La sonda tendrá siempre calibre menor que el del meato urinario, para evitar al mínimo el traumatismo.
- c).— La sonda debe ser introducida con toda suavidad y debidamente lubricada.

Tiene enorme importancia que la zona alrededor del orificio uretral sea limpiada con jabón y agua varias veces al día aplicando una pomada germicida.

Se fijará la sonda a la cara interna del muslo tanto en el hombre como en la mujer, para impedir la tracción en la uretra. Pinzar la sonda a intervalos regulares es útil para impedir la contractura de la vejiga, pues de esta manera el ritmo se asemeja al funcionamiento normal.

Conviene que la enfermera conozca los principios en cuanto a la fuerza de gravedad para que vigile y conserve la expulsión adecuada y segura del líquido. El drenaje es insatisfactorio cuando: Los tubos se enrollan o acodan.

En las asas del tubo se reúne el líquido de drenaje.

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

La enfermera desempeña un papel principal en la administración de medicamentos por vía parenteral; y por esa causa es imprescindible que comprenda los principios básicos de la administración segura de los mismos.

VIA INTRAVENOSA: Esta vía es la indicada cuando se necesitan con urgencia administrar líquidos con un fin determinado. Las venas del pliegue del codo (mediana, basilica y cefálica) son muy empleadas para punción por ser gruesas y fácilmente accesibles. Otras venas frecuentemente empleadas son: Las del antebrazo (basilica y cefálica) venas en la cara radial de la muñeca, venas de la mano (Interóseas dorsales) venas femoral y safenas en el muslo, venas del pie (Interóseas dorsales, internas y externas del dorso del pie).

La selección de una vena depende de ciertos factores: asequibilidad de los sitios, (depende del estado de las venas), calibre de la aguja por usar, tipos de líquidos por inyectar, volumen y ritmo del líquido, grado deseado de movilidad.

Para administraciones que duren más de doce horas se emplean catéteres de plástico, pues permiten al paciente mayor libertad de movimientos, que una aguja metálica. La venostomía (Inserción de un catéter a través de una herida en la vena) se efectúa cuando las venas no se encuentran fácilmente y cuando se prevee la administración de líquidos a largo plazo.

Si hay vellos en el sitio elegido para tal maniobra deberá afeitarse la zona para eliminar algo de la molestia causada al quitar la tela adhesiva después de la inyección duradera. Si aparece hinchazón, es indicación de que la aguja no está en la vena y de que el líquido pasa a tejido subcutáneo. Se interrumpirá de inmediato la venoclisis y se instalará en otra vena. Otros de los signos de infiltración de una solución son:

Falta del paso de la sangre cuando el frasco se coloca a un nivel inferior al de la aguja.

Disminución importante en el ritmo de inyección o la interrupción del paso del líquido.

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR DECUBITO:

Es un peligro siempre presente que pone en riesgo la vida del paciente inconciente. En zonas de isquemia local en las que hay presión continua, en donde la circulación periférica es insuficiente.

El cambio de posición a intervalos regulares, es útil para impedir las, y para evitar estancamiento de sangre y líquidos tisulares en la zona declive. El paciente debe ser cambiado de posición aproximadamente cada dos horas.

Conservar la piel limpia, seca y sin presión lubricándola con cremas suavizantes; para impedir la irritación con las ropas de la cama, resequedad, rozaduras y grietas; inspeccionando las zonas de presión en busca de signos de enrojecimiento y rotura de la piel, haciendo hincapié en lo importante del ejercicio pasivo. Todo esto se hace para impedir la formación de úlceras por decúbito en zonas sensibles a la presión y al mismo tiempo evitar la HIDROSTASIA, impidiendo con esto la presión prolongada de zonas y en consecuencia, facilitar la limpieza de los pulmones por la movilización de secreciones, alejando el peligro de una neumonía hipostática.

El sacro, los trocánteres, el isquión, las espinas ilíacas, las rodillas y los talones son zonas muy susceptibles a los efectos de la presión; los cuales deben ser conservados suaves y lubricados con una loción emoliente. El masaje se hará suavemente con movimientos circulares.

PREVENCIÓN DE DEFORMIDADES CORPORALES:

En el paciente inconciente aparecen en forma temprana las deformidades por contractura; para disminuir esta posibilidad se ejercitan los cuatro miembros en el arco de movimiento aproximadamente cuatro veces al día.

El paciente es colocado en la posición de decúbito dorsal o supino de la siguiente forma:

Se colocan los pies contra un tablón acojinado para impedir el pie péndulo. Debe haber un espacio entre el borde del colchón y el tablón acojinado, para permitir la suspensión libre de los talones. Se colocan "férulas trocántéricas" en rollo, de la cresta ilíaca a la zona media de la

pierna de ambas extremidades, para permitir la rotación externa de las articulaciones de la cadera.

Puede seguirse una serie de ejercicios pasivos en el arco de movimiento. Estos ejercicios conservan el movimiento articular y estimulan la circulación. Una articulación inmovilizada durante mucho tiempo, queda fija o anquilada como resultado de contractura del tendón y la cápsula.

Para conservar las piernas en posición adecuada se colocarán rollos laterales para el apoyo de la articulación de la cadera (trocantericos). El brazo debe estar en abducción, los dedos con algo de flexión y la mano en posición de supinación moderada.

Es necesario ejercitar dedos de los pies, metatarsianos, pie, rodillas y caderas en el arco completo de movimiento; por lo menos cuatro o cinco veces al día, impidiendo con esto muchas complicaciones.

**ASISTENCIA DE ENFERMERIA SEGUN LO INDIQUE
EL CAMBIO EN EL ESTADO DEL PACIENTE.**

La enfermera deberá estar alerta a las diversas fases de inquietud, pues cierto grado de ésta, puede ser favorable, e indicar que el paciente recupera la conciencia; y al mismo modo puede ser signo de alarma ya que es frecuente en la anoxia cerebral o cuando hay obstrucción parcial de vías aéreas, distensión vesical, fractura, etc.

Para debatir estas causas la enfermera deberá estar preparada con respecto a los cuidados que le brindará al paciente; entre ellos cabe mencionar:

Debe contar con iluminación adecuada (de preferencia artificial) en el cuarto, para impedir alucinaciones en el paciente que recupera la conciencia.

La temperatura del medio dependerá del estado del paciente; si sufre hipertermia debe tener solo una sábana que lo cubra; independientemente de la temperatura de la unidad del paciente. El aire debe ser fresco moderadamente y sin olores, preferentemente artificial evitando con esto el uso de ventanas que dan al exterior disminuyendo posible contaminación a dicha unidad.

**APÓYO DEL PACIENTE EN EL
CUIDADO DIARIO PERSONAL:**

Con el empleo de medidas higiénicas, se impedirá la maceración de la piel por la humedad duradera.

La piel se lavará con jabón suave (o algún otro que contenga hexaclorofeno para disminuir el número de bacterias) y agua, y se secará con una toalla afelpada. Luego se lubrica con loción emoliente para conservar la suave y flexible.

Habrá que conservar la cama libre de cuerpos extraños, que irriten la piel; las sábanas que cubren el colchón deberán estirarse firmemente para impedir que se formen arrugas.

CUIDADO DE LOS INTESTINOS (IMPACTACIÓN FECAL)

El lavado del colon hecho cada segundo o tercer día, eliminará la incontinencia fecal o disminuirá la frecuencia de defecaciones involuntarias.

Una de las medidas efectivas para llevar un programa de defecación regular, es introduciendo un supositorio de glicerina en el esfinter anal, en la misma hora todas las noches.

Si la enfermera procura que este método se cumpla todos los días el paciente adquirirá el hábito que es la base de la rehabilitación intestinal.

TERAPEUTICA ESPIRITUAL

Sea cual sea la doctrina religiosa del paciente, la enfermera debe reconocer que la fé en un ser omnipotente puede ser tan beneficiosa como los medicamentos.

Debe hacerse todo por ayudar al paciente a conseguir el auxilio espiritual.

La fé tiene un gran poder de apoyo, las creencias de cada paciente individual deberán respetarse y sostenerse.

RECUPERACIÓN DE LA CONCIENCIA.

Si el paciente recupera gradualmente la conciencia, existirán en él períodos de confusión y asombro.

Sería incapaz de apreciar lo que ha sucedido y donde se encuentra.

La presencia de un familiar y su voz, significarán mucho en este momento. Se le reorienta e informa sobre lo que le ha sucedido.

Puede haber alguna incapacidad residual que requiera planear e iniciar un programa de rehabilitación.