

cundarias, como son: la neumonía, bronconeumonía y absceso pulmonar.

### **CUIDADOS DE ENFERMERIA.**

Los cuidados que se le dan al enfermo deben de ir de acuerdo con la persona y el tipo de enfermedad que padecen.

En primer lugar procurarán comprender a los familiares y sus problemas, para ejecutar hábilmente los actos que contribuyen a su comodidad.

El conocer algo de los antecedentes sociales del enfermo y tener algún conocimiento de su enfermedad, facilitará a la enfermera compenetrarse con él y rodearlo de un ambiente de reposo y bienestar mental.

Considerando al enfermo como "persona" cuya comodidad depende en gran parte de ella, la enfermera habrá de pensar en todas las cosas que puede hacer para proporcionarle la mayor comodidad posible. Así se tomará en cuenta el aspecto psicológico, físico y social.

### **RECEPCION DEL PACIENTE.**

Al recibir a un enfermo con tétanos, lo primero que se hace es avisar al Servicio de Infecciosos para que sea arreglado el cuarto y preparar la ropa del paciente. Tan pronto como éste llegue al servicio se pasará inmediatamente a su cuarto y se le cambiará de ropa.

La enfermera preparará el equipo para exámen físico.

#### **EQUIPO:**

Estetoscopio.

Esfignomanómetro.

Abatidores de lengua.

Porta-algodones.

Espejo frontal.

Rinoscopio.

Otoscopio.

Una lámpara sorda.  
Lápiz dermatográfico.  
Martillo de percusión.

Una vez preparado el equipo para exploración, se llamará al médico para que explore al paciente y prescriba su tratamiento.

El médico es el encargado de decirles a los familiares el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad.

Si el paciente es un menor de edad, se toman los datos a los familiares para completar la historia clínica del mismo.

Será conveniente que el médico explique a los familiares que en este tipo de enfermos, en ocasiones la respiración se hace difícil, y que podría ser necesario practicar una pequeña operación en el cuello, con el objeto de que el enfermo se sienta mejor y respire con facilidad.

### **PREPARACION PSICOLOGICA DE LOS FAMILIARES**

Con frecuencia los familiares de los enfermos, a quienes se les ha explicado el tipo de enfermedad y la gravedad que presenta, sienten temor a lo desconocido y le manifiestan a la enfermera la necesidad de permanecer constantemente con el enfermo. Si el reglamento de la Institución no lo permite, se explicará diplomáticamente dicho reglamento, haciendo hincapié con el familiar de que el paciente será atendido lo mejor posible y tanto el médico como la enfermera, efectuarán los cuidados necesarios. Al mismo tiempo se le pedirá que se informe del estado del paciente cuantas veces sea posible, ya sea personalmente o por teléfono; en esta forma el familiar se sentirá confiado hacia las personas que atienden a su enfermo.

### **ASPECTO PSICOLOGICO.**

A la mayoría de las personas que son trasladadas a un sitio lejano al que no están familiarizadas, para recibir un tratamiento por enfermedad o lesiones, se les despiertan temores e inquietudes.

- 1o.—La enfermera debe mostrarle el interés que despierta su estado delicado.
- 2o.—El paciente debe conocer el plan para su atención antes de empezar a ponerlo en práctica, a fin de obtener su colaboración.
- 3o.—Si por alguna circunstancia el enfermo no entiende, se hará el esfuerzo por explicarle de modo que pueda interpretarlo bien antes de empezar la curación.
- 4o.—Se respetarán y tratarán de entender las creencias religiosas durante el periodo de la enfermedad. La ayuda espiritual es con frecuencia de vital importancia para la recuperación del enfermo.
- 5o.—Se procurará crear una atmósfera que ayude al paciente a sentirse bien, a pesar de lo extraño del nuevo medio en que se encuentra.

#### **MANEJO DEL ENFERMO.**

El cuarto del paciente debe permanecer oscuro, con el mínimo de muebles y lo más tranquilo posible. La temperatura debe ser agradable para el enfermo, sin corrientes de aire; debe colocarse una luz eléctrica tenue que no le lastime los ojos. Las cubiertas metálicas deberán acojinarse para amortiguar los sonidos; la cama no debe hacer ruido y será lo suficientemente grande para que el sujeto pueda moverse con libertad sin tocar la piesera; si se emplean barandillas laterales es necesario que se manejen sin ruido; se suprimirá la conversación, o se hará en voz baja, cuidando de no toser; se vigilará constantemente día y noche para poder asistir al paciente a cada instante, y principalmente auxiliarlo en los momentos de emergencia. Un enfermo en aparentes buenas condiciones, puede ser acometido por un intenso espasmo que puede ser mortal si no es atendido inmediatamente. Se ordena la presencia de una enfermera a la cabecera por tiempo ininterrumpido sobre todo en las etapas iniciales.

## **AISLAMIENTO.**

A cualquier paciente que sufre una enfermedad infecciosa es necesario aislarlo, no sólo para evitar la difusión de la enfermedad, sino también para protegerlo a él mismo de una infección secundaria. La técnica de aislamiento requiere la cooperación de la enfermera y del médico y un error de técnica puede hacer fracasar nuestros fines, es decir, proteger a nuestro enfermo y a los que lo rodean; la técnica de aislamiento incluye el empleo de batas, soluciones antisépticas, jabón y agua corriente. Es conveniente el uso de un gorro o un turbante, bata y cubre boca para el médico, la enfermera o cualquier persona que vaya a estar en contacto con el paciente.

Hay dos técnicas para el uso de la bata; una es la de re-  
uso y otra de desecho.

### **TECNICA DE RE-USO.**

Conforme a esta técnica, la bata puede utilizarse dos veces, puede colgarse en la pared con el lado contaminado hacia afuera y el lado limpio hacia dentro; o puede doblarse con el lado limpio hacia fuera y colocarlo en un ropero limpio, fuera del lugar del paciente.

Al ponerse la bata, la enfermera tendrá que dar los siguientes pasos:

- 1o.—Ponerse turbante y cubre-boca.
- 2o.—La enfermera tomará la bata de la percha y se la pondrá metiendo los brazos en las mangas sin tocar la superficie externa.
- 3o.—Se sujeta el cinturón.
- 4o.—Lavado de manos.
- 5o.—Se sujeta el cuello.

Quando ya ha terminado la enfermera de ver al enfermo, se quitará la bata en la siguiente forma:

- 1o.—Se desata el cinturón.

2o.—Lavado de manos.

3o.—Con la mano izquierda la enfermera coge la parte interna o inferior de la manga derecha tirando de ella hacia abajo.

4o.—Con la mano derecha cubierta con la manga derecha, la enfermera coge la parte externa de la izquierda y la desliza hacia abajo.

### TECNICA DE DESECHO.

Consiste en mudar de bata cada vez que vaya a utilizarse.

1o.—Ponerse gorro y cubre-boca.

2o.—La enfermera se pone la bata.

3o.—Se sujeta el cinturón y el cuello.

Después de hacerle la visita al enfermo, la enfermera se quita la bata en la siguiente forma:

1o.—Se desata el cinturón.

2o.—Lavado de manos.

3o.—Se desata el cuello.

4o.—Con la mano izquierda la enfermera coge la parte interna o inferior de la manga derecha, tirando de ella hacia abajo.

5o.—La dobla con la parte contaminada hacia adentro y se coloca en un saco de lona y se manda esterilizar en auto-clave; después se guardará en un ropero para volverse a usar.

### LAVADO DE MANOS.

El lavado de manos se hace antes de desabrochar el cuello de la bata, se introducen las manos durante unos dos minutos en una solución desinfectante que está cerca del lavabo,

debe procederse a friccionarse las uñas con un cepillo especial que se encuentra en otro recipiente con solución antiséptica. Las toallas que se usen para secarse deben ser de papel, a fin de poder desecharlas una vez usadas.

#### **APLICACION DE SEDANTES.**

- 1o.—La sedación debe ser constante.
- 2o.—El sedante debe tener las siguientes características:
  - a).—Escasa toxicidad sin efecto acumulativo.
  - b).—No recurrir a manipulaciones dolorosas para su administración.
  - c).—No afectar de manera intensa los órganos circulatorios, respiratorios o excretorios.

No producir hábito.

Los sedantes más empleados son: Largatyl, Sevenal, hidrato de cloral.

#### **APLICACION DE ANTITOXINA.**

Tan pronto como se ha logrado la relajación con sedantes, se hace lo necesario para evitar que llegue más toxina al sistema nervioso central, lográndose con la administración de antitoxina intravenosa, que se aplica en la forma en que se mencionó anteriormente. (Tratamiento).

Tomando en cuenta las necesidades físicas del paciente, se le darán los siguientes cuidados:

#### **ASPECTO FISICO.**

- 1o.—Aseo general.
- 2o.—Baño de esponja (convalecencia).
- 3o.—Cambio de ropa de cama y arreglo de la misma.
- 4o.—Vigilar eliminación renal y heces. Muchas veces

el paciente no puede orinar ni defecar. En el primer caso está indicada sonda vesical a permanencia. Si hay constipación se aplican enemas o se le darán laxantes. Se medirán líquidos eliminados.

5o.—Fricciones de la piel con alcohol y cambios de posición muy suavemente, para evitar formación de escaras.

#### 6o.—TECNICAS DE ALIMENTACION.

DIETA.— Al comienzo de la enfermedad, cuando el enfermo puede masticar o deglutir, se le administrará una dieta ordinaria. En caso contrario se pasará la alimentación por sonda.

La dieta líquida se prefiere por la mayor facilidad para deglutirla.

A las 8 A.M. jugo de fruta o cocimiento de cereales con azúcar y nata. A las 10 A.M. un vaso de leche Babeurri. Por mediodía, vaso de leche, jugo de fruta, sopa confeccionada con una mitad de verdura. A las 2 P.M. jugo de frutas, leche, huevo pasado por agua. A las 8 P. M. un vaso de leche. Si el enfermo está despierto, puede administrársele jugo de frutas varias veces en la noche.

Los líquidos se toman con un tubo de cristal y la enfermera administará por cnchara los alimentos semi-sólidos.

#### ASEO MATINAL.

El primer servicio que por lo general se efectua en el enfermo, es el aseo matinal, o sean los cuidados que se le dan por la mañana.

#### EQUIPO.—

Bandeja con agua tibia.

Jabón.

Peine.

**Antiséptico bucal.**

**Toalla.**

**Silleta.**

Se le explicará al paciente lo que se le va a hacer, hablándole en voz baja, para evitar que se excite.

A algunos pacientes les gusta asearse ellos mismos, pero dadas las condiciones en que se encuentran, la enfermera lo hará.

Primeramente se tomará el pulso y la temperatura, después se dispone de una silleta sobre la cual se encuentra la bandeja con el agua. Se procederá a lavar la cara y después las manos, procurando no moverlo mucho. Los dientes no se le pueden lavar, porque lo único que haríamos sería desencadenar el trismus, únicamente se le limpiará la boca con algún antiséptico.

Una vez que terminamos de hacer el aseo matinal, sacamos todo lo que se ocupó de la unidad del paciente y lo colocamos en el lugar acostumbrado. En la hoja de la enfermera se anotará la hora en que se hizo el aseo y si presentó algún síntoma anormal.

#### **BAÑO DE ESPONJA. (Convalecencia).—**

El baño de esponja se dá a un enfermo tetánico generalmente cuando se encuentra en período de convalecencia, como medida de limpieza y es necesario para eliminar los productos de secreción de la piel, tales como la descamación epitelial, la substancia sebácea y el sudor.

**EQUIPO.**— Una tina grande con agua hasta la mitad, a una temperatura de 43 a 44 grados centígrados.

**Toalla de baño.**

Una canastilla dentro de la cual van todos los objetos que la enfermera necesite para el aseo matinal, (antes mencionados).



Alcohol.

Talco.

Toalla de papel.

Toallas para la cara.

Toallas para la aplicación del jabón.

Tijeras.

Ropa para cambiar al paciente.

Se le explicará al paciente lo que se le va a hacer, procurando hablar en voz baja para evitar que se excite.

Después de que preparemos todo, principiamos a darle el baño de esponja.

1o.—Se reemplazará la sábana superior de la cama por una toalla de baño, y se quita la bata del paciente.

Generalmente el baño se da en el siguiente orden:

Cara,

Orejas,,

Cuello,

Extremidades superiores,

Tórax,

Abdómen,

Espalda.

Extremidades inferiores y

Organos genitales externos.

Los extremos de la toalla usada para la aplicación del jabón se sostienen en la palma de la mano, para no pasar los puntos mojados y fríos por el cuerpo del enfermo; se hará el lavado con frotamientos regulares. Si el estado del enfermo

lo permite, las manos y los piés se sumergirán en la tina por unos momentos. Se tendrá cuidado de quitar todo el jabón del cuerpo, ya que puede causar irritación al secarse la piel. Se da cuidado especial al secar la parte posterior de la oreja, las axilas y las y la región pública, glútea y dentro de los espacios interdigitales.

Como los pacientes encamados sudan con gran facilidad, todas aquellas regiones requieren atención especial para evitar escoriación.

El baño se dará rápidamente, para no cansar innecesariamente al enfermo.

Si la piel de los pies está seca y callosa, puede frotarse con aceite por la noche y por la mañana.

Después se frota la espalda con alcohol, se aplica talco y se tendrá especial cuidado con todas aquellas marcas de presión causadas por la ropa y también con aquellas regiones que muestren enrojecimiento persistente. Una vez terminado el baño de esponja, cubrimos bien al enfermo para evitar enfriamientos.

Recogemos todo lo que se ocupó, lo sacamos del cuarto de la unidad del paciente, se lava bien y se pone en su lugar.

Se anotará en el registro de la enfermera la hora en que se le dió el baño de esponja, y si presentó algún síntoma anormal.

### **CAMBIO DE ROPA AL PACIENTE**

El cambio de cama de un enfermo tetánico debe hacerse con mucha suavidad, para que no se mueva la cama y así evitar que el enfermo se excite.

**EQUIPO.—**

2 sábanas,

1 hule,

1 cobertor,

1 bolsa para la ropa sucia.

Se le explicará al paciente lo que se va a hacer, hablando en voz baja para que no se excite. Dadas las condiciones en que se encuentra el paciente, no se podrá mover mucho, si el enfermo se puede acostar sobre la espalda, se le hace girar hacia el extremo opuesto de la cama y se separa la lona que protege la tela de hule y la sábana sobre la cual está acostado, procurando hacer suavemente un rollo hasta donde éste se encuentra.

Se colocan las sábanas limpias y se retira el hule, doblado, todo por debajo del colchón, firmemente y sin dejar arrugas.

Se coloca al paciente de modo que quede sobre las ropas de cama limpias, se quitan las sucias doblando las primeras debajo del colchón, las almohadas con funda limpia se mudan para comodidad del enfermo, se coloca la sábana superior limpia, se procurará que de la sábana superior quede una porción libre suficiente para doblar sobre el cobertor y la colcha separadamente, se meten las esquinas debajo del colchón a los pies de la cama. Debe evitarse que las ropas de la cama presionen los pies del enfermo.

Una vez terminado de cambiar la ropa de la cama, se introduce en el saco y se saca del cubículo del enfermo.

#### **TECNICA DE ALIMENTACION FORZADA**

Consiste en la introducción de una sonda gástrica. (Está indicada cuando el trismus no permite la alimentacion por la boca).

**EQUIPO.—**

Una charola,

Una compresa abierta,

Una sonda, según la edad del paciente,

Un vaso graduado y

Una pinza de cremallera.

Se le explicará al paciente lo que se le va a hacer, tratando de que conserve la serenidad y hablándole en voz baja para evitar que se excite.

Dadas las condiciones en que se encuentre, el paciente no se podrá poner en su posición adecuada, únicamente se tratará de que la sonda no se vaya a ir por la tráquea.

En la técnica de la alimentación forzada, se consideran dos tiempos:

1o.—Uno limpio, durante el cual se prepara el material necesario. (Equipo estéril).

Un recipiente donde se lleva la alimentación preparada. Todo esto se colocará en la parte superior del carro clínico, y en la parte inferior llevamos un lavamanos con Lisol.

Una bolsa de papel para desechos.

2o.—El tiempo sucio comprende desde el momento en que la enfermera se pone su bata e ingresa al cubículo.

Una vez que estamos dentro del cubículo, si el paciente es niño, y en caso necesario, debemos sujetarlo para evitar que se mueva.

Tomamos el equipo y lo colocamos en el buró o carro clínico; en seguida lo abrimos, tomamos la compresa abierta y la colocamos sobre el tórax del paciente, con la pinza tomamos la sonda y medimos la glavela a la nariz, ahí pinzamos para proceder en seguida a la introducción de la sonda, primero en posición recta y en seguida curva, introduciendo hasta el sitio donde quedó la pinza. Previamente hemos puesto un vasito, leche o suero, donde probamos si la sonda está bien puesta.

Para saber si la sonda gástrica está bien puesta, la parte superior de ésta se coloca en la copa de vidrio a la que pre-

viamente se le ha puesto leche. Si salen burbujas de aire es que la sonda está incorrecta y el enfermo comenzará a ponerse cianótico, entonces inmediatamente hay que sacarla; si al contrario no salen burbujas, podemos introducirla hasta llegar al estómago.

Tomamos la leche o lo que fuere del vaso graduado, y la introducimos por gravedad. Una vez que hemos terminado de pasarla, pinzamos nuevamente la sonda y la sacamos.

Cuando se trata de un niño con tétanos, debe dejarse la sonda a permanencia, usando de preferencia sonda de polietileno para evitar que actúe como cuerpo extraño; se fija a la nariz del niño con una corbatita de tela adhesiva, y si el médico indica el paso de la leche por gastroclisis, se pondrá ésta en un frasco estéril, con su respectivo equipo y se pasará por goteo lento, vigilando constantemente al niño y colocándolo en ligero trendelémburg lateral.

Al terminar de administrar la alimentación, se recoge el equipo y se coloca sobre la bandeja con lisol, las compresas se ponen en la bolsa de papel, se sale del cubículo en la forma correcta, se quita la bata, se lavan las manos, se lleva el equipo, se lava, se hierva y se manda esterilizar para que sea usado nuevamente. En el registro de la enfermera se anotará el tipo de alimentación, cantidad, hora, y si presentó algún síntoma anormal.

### **VENOCLISIS POR DISECCION DE VENA**

Consiste en disecar una vena con el objeto de mantener el balance electrolítico y nutrición del paciente.

#### **EQUIPO:**

Charola. Dentro de ésta un recipiente que contenga una jeringa del número 5, agujas de número 20 y 21.

Equipo para venoclisis,

Una pomadera con torundas alcoholizadas.

Una pinza en lisol.

Tijeras.

Tela adhesiva.

Además, preparado sobre el carro clínico:

Una compresa cerrada,

Un par de guantes.

Un tubo de polietileno.

Sujetadores, si es niño.

Venda de gasa.

Un avión, (de acuerdo con el tamaño del paciente).

Un frasco con solución fisiológica.

Un equipo para disección de vena.

Torundas de gasa.

Antisépticos (Benzal).

Equipo para anestesia local.

Novocaína.

Un tripié, junto a la cama del paciente.

Se le explicará al paciente la intervención que se le va a hacer, tratando de que conserve su serenidad, procurando hablarle en voz baja para evitar que se excite.

Se preparará el sitio elegido por el médico. Si la región está protegida por ropa, se quitará y únicamente se cubrirá con un cobertor para evitar enfriamientos.

Debajo de la región se pondrá una almohadilla o una férula protegida con tela impermeable.

Una vez que preparamos todo, procedemos a cortar las telas adhesivas, nos lavamos las manos y procedemos a darle todo lo necesario al médico. Mientras él hace la disección, la enfermera adaptará el equipo de venoclisis a la solución y lo purgará. Una vez que ha comenzado a pasar la solución, la enfermera deberá observar con frecuencia el pulso, la respiración y el color del paciente. Tiene el cuidado de vigilar el frasco para que no se vacíe, con lo cual penetraría aire en la co-

riente circulatoria; también vigilará el goteo de la inyección indicada por el médico.

Una vez que se ha terminado de hacer la disección, se recogerá todo el equipo que se ocupó, se sacará del cuarto del paciente, se lavará bien con agua corriente y jabón y se mandará esterilizar.

En el registro de la enfermera se anotará la hora en que comenzó a pasar la venoclisis, tipo y volumen de solución empleada y los síntomas que puedan presentarse. Al añadir más suero, también se anotará, para que el médico pueda saber exactamente el volumen administrado.

### ASPIRACION DE FLEMAS

La aspiración de flemas consiste en la introducción de una sonda nasal, con el objeto de mantener permeables la vías aéreas.

#### EQUIPO.—

Mesa protegida con una compresa sobre la cual se tendrá preparado lo siguiente:

Una sonda de Nélaton del número 8 o 10 en una compresa estéril.

Un riñón con agua jabonosa.

Un vaso graduado.

Aspirador cuyo funcionamiento ha sido previamente revisado.

Se le explicará al paciente lo que se le va a hacer, procurando que conserve su serenidad y hablándole en voz baja.

Dada la condición en que se encuentra el paciente, no se podrá dar una posición adecuada, únicamente se tratará de evitar que la sonda irrite la laringe, ya que ésto puede desencadenar el trismus.

La sonda que se ocupe para la aspiración, debe estar en

un frasco con solución fisiológica, para que cada vez que se vaya a ocupar esté limpia.

Se anotará en el registro de la enfermera cada qué tanto tiempo se aspiró flema, color y consistencia de la misma.

### **CUIDADO DE LA HERIDA**

Consiste en hacer una limpieza general de la herida por medio de antiséptico (Benzal).

#### **EQUIPO:**

Un frasco con éter.

Un frasco con merthiolate.

Un frasco con vaselina líquida.

Un frasco con cloruro de etilo.

Una pinza auxiliar.

Tijeras.

Estilete.

Bisturí.

Sonda acanalada, todo esto debe estar en lisol o en Benzal.

Pomadas con gasas y torundas.

Una compresa cerrada.

Una compresa abierta.

Un par de guantes.

Un equipo de curación (dos pinzas de Kelly y una pinza de disección con dientes).

Un riñón.

Se le explicará al paciente la intervención que se le va a hacer, en la forma acostumbrada, para evitar que se excite.

Una vez que está todo el equipo listo para la curación, se le avisará al médico y se le dará todo lo necesario procurando tener todo a la mano. El objeto principal de la enfermera,



en este caso, es ver el tipo de herida y curación que efectúe el médico, para realizar ella las subsecuentes.

Una vez que el médico ha terminado de hacer la curación, se recogerá todo el equipo sucio que se ocupó, se lavará con agua corriente y jabón, las pinzas se cepillarán, se empaquetarán y se mandarán esterilizar.

Se anotará en el registro de la enfermera el tipo de herida y profundidad, y se anotará la hora en que se hizo la curación, y el médico que la efectuó.

### **CONTROL DE TEMPERATURA**

Consiste en la aplicación de bolsas de hielo a la cabeza del enfermo, con el fin de hacer descender la fiebre.

#### **EQUIPO:**

Mesa cubierta con una sábana y sobre ésta una jarra con un vaso de peltre con hielo picado.

Cubierta para la bolsa.

Un pedazo de hule con una sábana para poner debajo de la cabeza.

Un equipo individual de temperatura.

Un lápiz para anotar las variaciones de temperatura.

Se le explicará al paciente lo que se le va a hacer, en la forma acostumbrada, para que no se excite.

Se tomará temperatura rectal o axilar. Se introducirán los trozos de hielo dentro de la bolsa, colocándola después sobre un plano resistente para extraer el aire, asegurándose de que esté bien tapada y de que no se salga, en seguida se le pone su cubierta, se le pone su pedazo de hule encima de la sábana y se coloca debajo de la cabeza del paciente, después se coloca la bolsa. Debe vigilarse periódicamente; se inspeccionará la piel frecuentemente, pues el contacto prolongado con el frío puede ocasionar congelaciones o escaras de la piel.

Si la piel toma aspecto cianótico, la bolsa debe retirarse y se avisará al médico, siempre que sea necesario. El hielo de la bolsa debe cambiarse cada vez que sea necesario, retirándose cuando la temperatura descienda a lo normal, por lo cual, ésta se tomará cada dos horas, es preferible rectalmente.

Una vez que la temperatura ha bajado a lo normal, se recogerá todo el equipo que se ocupó, se lavará bien, poniéndolo luego en su lugar acostumbrado.

Se anotará en el registro de la enfermera la temperatura más alta del paciente, y cómo fué descendiendo, anotando la hora en que se le estuvo tomando, si presentó alguna molestia y principalmente la temperatura con que se deja al paciente.

### **VIGILAR RESPIRACION Y COLORACION DE LA PIEL.**

Muchas veces el enfermo presenta cianosis y sufre episodios frecuentes de paros respiratorios. En estos casos está indicada la traqueotomía.

#### **TRAQUEOTOMIA:**

Consiste en hacer una abertura en la tráquea por la cual pueda respirar el paciente.

#### **EQUIPO:**

Dos cánulas para traqueotomía, con sus obturadores y dilatador de Trousseau.

Pinzas angulares,

Tijeras,

Dos separadores de Farabeuf.

Pinzas Kelly hemostáticas,

Compresa cerrada,

Compresa abierta,

Un par de guantes,

Gasa, torundas y tela adhesiva,

Un recipiente con solución salina estéril, para lavar la sonda del aparato de aspiración, una sonda de Nélaton.

Se le explicará al paciente la intervención que se le va a hacer, tratando de que conserve su serenidad; se le dirá que perderá transitoriamente la voz y que respirará a través de un tubo colocado en la tráquea.

La posición que debe tener el enfermo es la de cúbito dorsal, pero dadas las condiciones en que se encuentra, únicamente se tratará de facilitar al médico la operación, procurando no mover mucho al enfermo.

El paciente debe ser aislado por la enfermera, al menos durante las 24 horas que siguen a la operación. Si ésto es imposible, el paciente debe quedar cerca del puesto principal de la enfermera jefe.

El principal objetivo de la asistencia de la enfermera, es mantener libres las vías aéreas y aliviar la aprensión del paciente, pues las circunstancias son nuevas para él y puede temer a la asfixia.

Por lo general, la primera secreción que sale por la cánula de traqueotomía es moco sanguinolento y, a medida que

pasa el tiempo, la cantidad de sangre debe disminuir gradualmente hasta desaparecer; cuando no ocurre así, el hecho pue-

La secreción debe quitarse rápidamente antes de que sea aspirada por el enfermo.

El recipiente para juntar las secreciones debe contener unos 50 c.c. de agua para impedir que el moco se adhiera a sus paredes, lo que dificultaría su limpieza.

La sonda conectada al aspirador puede ser de calibre de 8 a 10, para niños, y de 12 a 16 para adultos. La punta debe ser cortada diagonalmente y ha de tener de 2 a 3 orificios a los lados.

La aspiración no debe ser intensa para no lesionar la mucosa. Es posible que la aspiración tenga que hacerse cada 15 minutos durante el primer día, pero el factor decisivo son las necesidades de cada paciente.

Por lo general le está permitido a la enfermera introducir la sonda hasta 12 cms. y medio. La aspiración más profunda debe efectuarla el médico. La sonda no debe permanecer en la cánula de traqueotomía más de lo necesario, pues disminuiría el volumen del aire respirado. Si no se extrae el moco con intervalos frecuentes, las secreciones pueden producir obstrucción. Cuando la secreción es espesa antes de efectuar la aspiración, se inyectan unas cinco gotas de agua estéril por la cánula de traqueotomía.

El apósito que cubre la incisión se ensucia con facilidad y debe cambiarse con frecuencia, cuidando de no extraer o mover al hacerlo.

Durante cierto tiempo, muchos médicos acostumbraron cubrir el orificio con algunas capas de gasa humedecida en solución salina caliente. Con esto se humedece el aire inspirado y se impide que entre polvo.

La enfermera debe advertir su responsabilidad con ciertos pacientes, consistentes no sólo en tener libres las vías aéreas, sino también reconocer los síntomas perjudiciales. Durante el primer día debe determinarse al menos cada media hora, el pulso y la presión sanguínea para descubrir cualquier signo de hemorragia, pues esto no siempre se manifiesta por el escurrimiento en el tubo de traqueotomía, sino que puede ocurrir hacia el interior. Es posible que se esté obstruyendo la cánula y la aspiración para indicar dificultades; el cambio de color de la palidez a la cianosis es síntoma de obstrucción respiratoria. Cuando la enfermera nota todos estos cambios en el paciente, llamará inmediatamente al médico. La herida puede infectarse con facilidad, por lo tanto la técnica para cambiar los apósitos y mantener limpia la incisión debe ser adecuada. En ocasiones por paroxismos violentos de tos, por

estar mal atada la cinta, la cánula de traqueotomía es expulsada y el orificio traqueal se coloca, y si no se administra tratamiento el paciente puede morir asfixiado.

### **CUIDADO DE LA CÁNULA**

El agua corriente fría quita gran parte de las secreciones. Para el método adherente se recomienda lo siguiente:

Se colocará la cánula en su recipiente con agua oxigenada que ayude a restablecer la secreción. Pueden emplearse hisótopos con algodón para sacar las adherencias. Después de hervida la cánula se volverá a introducir al recipiente. Es importante manejar con cuidado las cánulas de traqueotomía, pues son de metal blanco y se dañan con facilidad. La cinta de tela de 1.7 cms. de ancho es útil para sujetar la cánula. Cada cinta debe tener 40 cms. de largo. A unos dos y medio cms. del extremo se hace un ojal transversal. El extremo se pasa por el orificio de la cánula, pues el nudo puede producir una zona de presión en el paciente.

Cuando el médico ha terminado de hacer la traqueotomía, el equipo que se ocupó se lavará con agua corriente y jabón y se pondrá en solución desinfectante unos 10 minutos. Después se empacará para mandarlo esterilizar.

Se anotará en la hoja de la enfermera a qué hora se efectuó la traqueotomía, qué médico la efectuó y el estado en que se encuentra el paciente.

### **TERAPIA RECREATIVA Y OCUPACIONAL**

Cuando un enfermo tetánico ya está en período de convalecencia, deben proporcionársele intereses constructivos o educativos valiosos. La enfermera puede hacer mucho para ayudar a los pacientes a vencer el aburrimiento en las largas horas del ocio. Hay muchas actividades en las que puede entretenerse un enfermo sin necesidad de un equipo complicado. Para seleccionar y seguir con éxito una actividad recreativa de algún enfermo, lo mejor es comprender primero cuál

es son sus aficiones naturales. A un niño se le pueden traer juguetes, si sabe leer traerle fantasías o contarle cuentos. A un adulto se le podrá sacar al jardín y leerle revistas.

En el terreno de la terapéutica de juegos para niños, es posible realizar un desarrollo físico y mental.

Ciertas actividades relacionadas con las necesidades del hospital, como doblar bolsas, hacer hisopos, etc., pueden interesar a ciertos enfermos. Y sienten satisfacción de ayudar en algun trabajo que beneficie a la unidad en que están hospitalizados, sobre todo si no se dispone de actividades organizadas.

### **ASPECTO SOCIAL**

Una vez que el paciente ha sido dado de alta, antes de hacer los trámites requeridos, se le orientará sobre las medidas que debe tomar; se le explicará que la enfermedad puede volver si llega a tener alguna herida, y qué tipo de heridas pueden predisponer al tétanos, ya que éste no produce inmunidad. Si es adulto se le explica a él y si es niño a la madre.

Si el enfermo es padre de familia y tiene que sostenerla, se le pasará con la trabajadora social para que ella estudie detalladamente si el caso requiere que el Departamento de Prevención Social y Asistencia local le pueda ofrecer un ayuda compensatoria, tomando como base las escuelas de imposibilidad que hayan quedado al enfermo.

## BIBLIOGRAFIA

**Enfermería Quirúrgica, pags. 183-193. Dra. Edridge L. Elioson. Dr. L. Kroller Ferguson. Lillian A. Sholtis.**

**Enfermería Médica, pág. 751. Dra. Amy Frances Borwn.**

**Principios Fundamentales de Enfermería, pág. 38. Elena V. Fuerst. Lu Verne wolff.**

**Apuntes de la Escuela de Salubridad y Enfermedades Tropicales, Cap. 3.**

**Microbiología. Carlos M. Barzizza y Alberto Manzo Soto. Tomo 2o. 5a. Ed. pág. 231.**

**Enfermedades Infecciosas. Roald T. Vernard, Cap. 37, págs. 572-582.**

**Apuntes de Enfermería del Hospital Infantil. 4o. Curso de Enfermeras Graduadas.**