

6.— Al finalizar las tareas del día.

NOTA: Las perillas de los grifos se consideran potencialmente contaminadas, por lo tanto, para cerrar la llave se aplica una toalla de papel sobre ésta.

Son recomendables las llaves de pedal, para así evitar contaminaciones.

USO DE MASCARILLA

- 1.— Las mascarillas se usan para evitar la propagación de la infección.
- 2.— Las mascarillas deberán ser cambiadas con frecuencia porque la humedad que se forma en ellas favorece al desarrollo de las bacterias.
- 3.— La mascarilla debe ajustarse estrechamente a la cara para impedir que se escape el aire por los lados, debe cubrir boca y nariz.

ROPA DE CAMA.

- 1.— Se hará el doble embolsado de toda la ropa contaminada, el exterior de la bolsa es rojo, lo que significa ropa contaminada.
- 2.— La bolsa se llenará hasta 2/3 de su capacidad.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN:

1) CONTROL DE TEMPERATURA.-

Como uno de los primeros síntomas es la fiebre, entonces se trata de bajar la temperatura, lo que se usa más comunmente y primero, son los medios físicos.

La técnica de enfriar la superficie del cuerpo se basa en el principio de que el organismo pierde calor por radiación y por conducción. La pérdida de calor por radiación se efectúa por irradiación de la superficie corporal al medio, varía con la temperatura del cuerpo y la del medio ambiente.

La pérdida por conducción se hace cuando el organismo se pone en contacto con un objeto, y de esta forma le comunica calor directamente. El cuerpo pierde bastante calor como resultado del contacto continuo de la piel con una superficie fría.

Para lograr este fin, se colocan compresas de agua fría, en los lugares que se encuentran más irrigados, los pliegues axilar e inguinal, la cabeza, y de ser posible la región abdominal.

En caso de que el estado del paciente lo permita se le puede dar un baño de agua tibia, primero, y gradualmente se irá enfriando más.

Se debe tener cuidado en estar cambiando constantemente las compresas, que se pueden calentar al estar mucho tiempo en contacto con la superficie corporal y entonces ayudaría a elevar más la temperatura.

Las temperaturas del medio ambiente tiene un efecto muy importante en la temperatura corporal, siendo más notable esto en el lactante y el anciano.

Se lleva un registro de las cifras de la temperatura, para observar con precisión el descenso de esta, si esto no ocurre, se le notifica al médico para la administración de algún antipirético.

2) PREVENCIÓN DE ÚLCERAS DE DECÚBITO.

Como en este padecimiento el paciente permanece sin movimiento por períodos relativamente largos, uno de los cuidados de enfermería es prevenir las úlceras de decúbito que son regiones que han perdido la piel por permanencia prolongada en cama o presión constante sobre una región, por circulación deficiente hacia determinada área, por irrigación y por lesión de la superficie de la piel. Se ven con mayor frecuencia en la región de las prominencias óseas.

Las condiciones que predisponen al desarrollo de úlceras de decúbito comprenden presión constante sobre una región, humedad, grietas en la superficie de la piel, deshidratación, delgadez y bacterias patógenas. El primer signo de úlcera es enrojecimiento que no vuelve al color normal al aplicar masaje.

Las medidas de atención de enfermería para prevenir las úlceras de decúbito son: Los cambios frecuentes de posición (cada dos horas) para alternar las áreas de presión entre los diversos sitios de regiones de prominencias óseas; masajes y ejercicio estimulan la circulación y aumentan así la nutrición de las células.

La conservación de la piel limpia y seca inhibe el desarrollo de las bacterias patógenas y evita las escoriaciones. Las secreciones son muy irritantes para la piel del paciente, en las áreas en que no pueden evitarse éstas, se pueden utilizar pomadas protectoras para prevenir la irritación excesiva.

Forma parte importante de la prevención de úlcera de decúbito el baño de esponja, ya que éste proporciona movimientos al cuerpo, favorece la transpiración de la piel, estimula la circulación y proporciona mayor comodidad y sensación de bienestar al paciente.

3) ASEO DE CAVIDAD BUCAL.

Como en la fase inicial y aguda del padecimiento, el paciente se mantiene en ayuno, es conveniente hacer aseo de la cavidad bucal, con el propósito de mantener en buen estado las mucosas orales, esto se logra mediante la aplicación de protectores de las mucosas, como los preparados a base de glicerina, evitando la resequeza. Si el paciente es niño, el aseo es también con el fin de prevenir infecciones secundarias como moniliasis, que es ocasionada por la antibioticoterapia principalmente.

4) PUNCIÓN LUMBAR.

Es la introducción de una aguja en el espacio subaracnoideo con fines diagnósticos o de tratamiento, el motivo diagnóstico es obtener una muestra de líquido cefalorraquídeo, en este caso, para conocer su composición química, realizar un cultivo identificar la presencia de algún microorganismo que esté produciendo el padecimiento, asimismo hacer un antibiograma para determinar el medicamento específico.

Al preparar al paciente para punción lumbar, la enfermera le explica al paciente lo que sentirá y lo que deberá hacer para facilitar el procedimiento. Lo común es que el paciente esté acostado, lo más cerca posible de la orilla de la cama. Las rodillas se doblan para que queden cerca del pecho, la cabeza se encuentra flexionada, los brazos hacia adelante doblados, con lo cual se aumenta la curva lumbar y, como consecuencia, se abren los espacios intervertebrales. Es esencial que el paciente esté inmóvil para evitar que la aguja se desplace. Durante la punción, la enfermera ayuda al paciente a mantener la posición adecuada, poniendo una de sus manos en la espalda y otra en el hueso popliteo.

Si es un niño al que se le va a practicar punción lumbar, la enfermera coloca una mano detrás del cuello del niño y la otra debajo de las nalgas, descansando su cuerpo suavemente sobre el del niño y aplicando presión en el cuello y en las piernas, puede arquear la espalda del niño y mantenerla al lado de la mesa de tratamiento.

Un niño mayor puede ser inmovilizado con una sábana doblada a lo largo y aplicada en forma de ocho alrededor del cuello y debajo de las nalgas, de la misma manera para un adulto que no coopera.

Mientras se efectúa la punción se observará en el paciente la aparición de signos de choque, vómitos o náuseas; que ocurren como consecuencia del descenso de la presión del líquido cefalorraquídeo.

Al terminar el procedimiento, la enfermera anota en la hoja correspondiente, la hora en que se practicó, cantidad, color, características del líquido y observaciones referentes al estado del paciente.

5) ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS.-

Al principio de la enfermedad raro es que se utilicen medicamentos por vía oral, siendo casi todos administrados por vía intravenosa o intramuscular.

Independientemente de las diversas reglas que existen para la administración de medicamentos, antes que la enfermera administre un medicamento, debe conocer su acción, contraindicaciones y reacciones secundarias o indeseables.

En el caso de este padecimiento, el material que se utilice, si no se dispone de material desechable, se manda esterilizar por separado y con letrero de "CONTAMINADO".

En la aplicación de venoclisis se deben tener las siguientes precauciones:

- 1.— Que la solución tenga la cantidad de ingredientes indicada.
- 2.— Que la etiqueta de la solución tenga: Nombre del paciente, solución contenida, goteo por minuto, tiempo en el cual debe de pasar, hora de inicio.
- 3.— Observar el sitio de punción para comprobar si la aguja se encuentra en la vena, asimismo cambiar periódicamente el sitio de aplicación para prevenir flebitis (cada 72 horas).
- 4.— Antes de aplicar algún medicamento en el sitio de punción de la venoclisis, comprobar si está aún en la vena.
- 5.— Fijar la venoclisis de manera que la región quede en posición fisiológica, si el paciente es niño, limitarle al máximo los movimientos para evitar que la aguja se salga de su sitio.
- 6.— En el caso de que sea venolisección, se debe también observar si existe infiltración.

6) ALIMENTACION POR SONDA NASOGASTRICA.

La alimentación gástrica por sonda consiste en dar sustancias alimenticias al paciente por una sonda que se hace pasar por la nariz o por la boca, hasta el estómago. Se aplica cuando el paciente no puede tomar alimentos por vía bucal.

- 1.— Se lubrica la sonda con agua o con solución inerte, ya que si se utiliza aceite existe el peligro de aspiración y la neumonía lipóide sub-

siguiente.

- 2.— Se comprueba si la sonda se encuentra en el estómago, poniendo la punta libre en un vaso con agua. Si surgen muchas burbujas de aire y luego cesan es que se encuentra en estómago y el paciente se vé libre del aire que lo puede inducir al vómito durante o después del alimento. Sin embargo las burbujas que salen periódicamente son resultado del aire expelido en la tráquea en cada respiración.
- 3.— Otro método para precisar la ubicación de la sonda es la aspiración suave de un volumen pequeño de contenido gástrico.
- 4.— Después del alimento se vierte una pequeña cantidad de agua para limpiar la sonda y prevenir el taponamiento de la misma. En niños pequeños al quedar residuos de alimento y luego ser introducidos puede ser motivo de diarrea, ya que el alimento al permanecer en la sonda, entra en estado de descomposición.
- 5.— La sonda deberá cambiarse por lo menos cada cuatro días ya que puede causar irritación de la porción superior del tracto gastrointestinal y reseca las mucosas de la nariz.
- 6.— Por lo general el alimento administrado por sonda pasa por ésta por gravedad; sin embargo si esto no ocurre con facilidad, se puede introducir el alimento por medio de una jeringa y aplicando una presión muy ligera.
- 7.— Cuando se retira la sonda después de cada alimento (en el caso de que se esté colocando cada vez que se va a dar alimentación) se cierra la sonda para evitar que el goteo sea aspirado.
- 8.— Cuando se deja de pasar alimento puede cerrarse o dejarse abierta la sonda para que así actúe como válvula de seguridad en caso de vómito y reduce la posibilidad de que el vómito se aspire.
- 9.— La enfermera anota el volumen de alimento administrado por sonda, lo mismo que la cantidad de agua administrada después.
- 10.— Si el paciente presenta vómito se anota color, volumen, consistencia y olor del material vomitado.
- 11.— En caso de que el paciente vomite se le efectúa aseo bucal que lo ayudará a sentirse mejor.

7) CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LAS CONVULSIONES.-

Una convulsión es un síntoma de una enfermedad y sugiere un

ataque cerebral.

Las causas más comunes son: infecciones del sistema nervioso central o de otras partes del cuerpo acompañadas de fiebre; aparte de las de origen psiquiátrico.

La enfermera deberá colocar al paciente que ha sufrido o al que probablemente sufra convulsiones, en un lugar en el cual no haya ruidos intensos, un sitio tranquilo, evitando al máximo los estímulos y donde pueda ser observado con frecuencia.

Se anota en la hoja correspondiente: el tipo de convulsión, si son tónicos o clónicos los movimientos, el tiempo en que inicia y termina la convulsión, áreas del cuerpo afectadas, si hubo incontinencia urinaria o fecal, ritmo respiratorio, color del paciente, postura del cuerpo, si hubo espuma en la boca (debido a no poder deglutir saliva) y comportamiento del paciente después de la convulsión.

PRECAUCIONES DURANTE LA CONVULSION.

- 1.—Se debe de proteger de lesiones (fracturas, heridas, etc.)
- 2.—Se debe tener a la mano un abatelenguas acojinado o una cánula, para colocarla entre los dientes y prevenir que se muerda la lengua o que ésta caiga hacia atrás y produzca obstrucción respiratoria.
- 3.—Al introducir el abatelenguas hacerlo con cuidado para no lastimar las mucosas orales.
- 4.—Debe protegerse la cama con barandales y estos estar acojinados.
- 5.—Se tiene disponible un aparato de aspiración para eliminar secreciones acumuladas en la nasofaringe y un equipo de urgencia para el caso de que tenga una repentina dificultad respiratoria.
- 6.—Si la convulsión es muy prolongada y en caso de cianosis se administra oxígeno.
- 7.—Durante la convulsión se debe dejar seguir los movimientos naturales, solamente se guían, no tratando de impedirlos ya que esto ocasionaría fracturas o lesiones.

8) LA ENFERMERA Y EL PACIENTE ENFERMO TERMINALMENTE.-

La muerte es una experiencia universal e inevitable y en nuestra cultura que pone interés especial en la vida, especialmente la vida de los jóvenes, la negación de la muerte es común.