

tarlos teniendo en cuenta que se traducen en una disminución patente de los accidentes.

V.—COLABORACION DE LA ENFERMERA EN LOS EXAMENES DIAGNOSTICOS

El papel de la enfermera en los exámenes de diagnóstico consiste en auxiliar al médico y ayudar al enfermo en los distintos exámenes que requiera practicar.

EXAMEN FISICO.—El médico es quien practica el examen físico.

La enfermera debe prepararlo previamente explicándole si es que está en actitud de entender; ayudarlo para que tome las posturas convenientes, arroparlo y cuidar del equipo que el médico use.

Debe vigilar la reacción del enfermo porque la situación debe parecerle extraña, debe tomar medidas para que esté en un retiro adecuado mientras se practica el examen de que esté bien arropado y sólo dejarle descubiertas las áreas del cuerpo que se le indica y arreglar la envoltura de tal manera que no estorbe al examen.

METODOS DE EXAMEN

1. **INSPECCION.**—Inspeccionar al paciente es verle y observarle.

2. **PERCUSION.**—Consiste en golpear un área particular ya sea con los extremos de los dedos o con un martillo de percusión para poder escuchar los ruidos o determinar las resistencias del tejido.

3. **PALPACION.**—Por medio del sentido del tacto cuando el médico palpa, presiona el cuerpo.

4.—**AUSCULTACION.**—Utiliza el sentido del oído para interpretar los ruidos del cuerpo y se practica con la ayuda de un estetoscopio.

EQUIPO.—1. Un oftalmoscopio (para examen de los ojos); 2. Un otoscopio (para examen de los oídos); 3. Espejuelos auriculares y nasales; 4. Espejo frontal; 5. Lámpara; 6. Estetoscopio; 7. Baomanómetro; 8. Abatelengua; 9. Cinta Métrica; 10. Martillo de Percusión; 11. Algodón; 12. Diapasón; 13. Lápiz para la piel; 14. Papel para limpiar; 15. Receptáculos para desperdicios; 16. Alfileres de Seguridad.

Mientras el médico examina al paciente, a la enfermera se le presenta una oportunidad excelente para observar también de cerca y poder interpretar después las observaciones hechas al respecto.

PUNCION LUMBAR

PUNCION LUMBAR O RAQUIDEA. —Es la inserción de una aguja en el espacio subaracnoideo de la médula espinal.

INDICACIONES.—Los ventrículos del cerebro, el espacio subaracnoideo y el conducto raquídeo de la médula espinal, normalmente están llenos de L.C.R. este líquido es claro y transparente y se extrae: a).—Para obtener una muestra a fin de que se analice o se cultive para determinar cualquier alteración de la presión normal, del L.C.R. para aliviar dicha presión y para inyectar colorantes que permitan la visualización de la región por los rayos X.

EQUIPOS.—En vista que el espacio subaracnoideo, es normalmente una cavidad estéril se observa la Asepsia Quirúrgica, a fin de prevenir la introducción de gérmenes en el conducto raquídeo. Normalmente la presión del líquido cefalorraquídeo, es mayor que la presión atmosférica y muchos estados patológicos del sistema nervioso, se caracterizan con un aumento de esta presión normal, por lo tanto la aguja empleada para la punción lumbar incluye un estilete perfectamente ajustado que evita la salida del líquido, mientras la aguja está insertada; esto solo puede acontecer cuando el médico retira el estilete.

El equipo estéril necesario incluye una aguja para la

punción lumbar de calibre 22 de 8 a 13 cms. de largo; una pequeña jeringa con aguja de calibre 25, 26 para la inyección de anestesia local, en lugar de la punción; un depósito, generalmente un vaso de medicación para el anestésico, una compresa abierta y unos guantes para el médico y además para el anestésico que el médico ha escogido. (Se rasura la región).

COMO AYUDAR AL MEDICO.— Se coloca al paciente de manera que su espalda quede encorvada a fin de abrir el espacio intervertebral y obtener una entrada más amplia para la aguja. El 4to. o 5to. espacio lumbar son los elegidos para la inserción de la aguja, la cual entra al espacio subaracnoideo, pasando por el espacio que existe entre las vértebras, generalmente el paciente está acostado de lado, o de la mesa donde se va a ejecutar el tratamiento.

Se pide al paciente que doble su rodillas y baje sus hombros y su cabeza lo más cerca que pueda de sus rodillas. Conviene colocar un pequeño cojín debajo de la cabeza del paciente y entre sus rodillas para mayor comodidad, si se utiliza la cama y ésta tiene tendencia a inclinarse se colocará una tabla debajo del colchón, para facilitar la buena postura del paciente. Algunos enfermos son incapaces de asumir o mantener esta postura sin ayuda ajena; cuando el médico está ya listo para insertar la aguja, una vez que la enfermera ha preparado la piel quizá necesite pararse al lado opuesto de la cama, o de la mesa para ayudar al paciente tomando sus rodillas con un brazo y sus hombros con el otro de manera que arquee su espalda lo más pronto posible. Es importante que el paciente no se mueva, pues cualquier movimiento dificulta la entrada de la aguja.

Si el médico prefiere practicar la punción con el paciente sentado, se acomoda el enfermo a ahorcadas en una silla de respaldo recto, mirando hacia el respaldo, arquea entonces la espalda reclinando su brazo sobre el respaldo de la silla, y permitiendo que su cabeza y sus hombros se apoyen sobre él. El cuarto o el quinto espacio lumbar está localizado, aproximadamente en el punto donde una línea horizontal que toque las

dos crestas ilíacas, cruza la columna vertebral, la enfermera limpia el área de la piel, el médico coloca entonces la compresa abierta en su lugar dejando que la abertura coincida con el área que ha sido limpiada debe ponerse especial cuidado en que la compresa no se deslice para no contaminar el campo donde se está trabajando, el médico comienza el procedimiento anestesiando la piel y el tejido subcutáneo o en el lugar de la inyección. Cuando la anestesia ha hecho su efecto, el médico introduce la aguja para la punción lumbar cuando se mide la presión, el médico puede pedir a la enfermera que oprima el abdomen o la vena yugular para crear con presión venosa asociando la punción lumbar la prueba de QUECKENSTEDT.

El médico suele pedir a la enfermera que sostenga los tubos de ensaye debajo de la abertura de la aguja mientras regula la corriente el líquido, debe ponerse cuidado de no tocar la aguja ni las manos del médico. Durante el procedimiento la enfermera observa con cuidado la reacción del paciente, el color de la piel, la velocidad del pulso y de la respiración y se reportan al médico en caso de observar algo anormal, se tendrá cuidado de no alarmar al paciente al proporcionar estos informes al médico, una vez terminado el tratamiento se retira la aguja y se aplica una pequeña gasa estéril manteniéndola en su sitio por medio de una tela adhesiva; se acuesta al enfermo en decúbita dorsal sin almohada, los pacientes ambulatorios suelen reanudar sus actividades habituales una hora después del tratamiento.

Algunos enfermos después de la punción se quejan de dolor de cabeza, se cree que esto es debido al estiramiento de la duramadre que permite la extravasación de pequeñas cantidades de L.C.R. En el caso de haber dolor de cabeza se administra un analgésico; deberá informarse sin demora de cualquier reacción inusitada.

La enfermera debe registrar los datos siguientes: 1. — La hora y el día en que se llevó a cabo el tratamiento; 2.—La lectura de la presión obtenida; 3.—Una descripción de las muestras del líquido raquídeo colectadas; 4.—El nombre y la can-