

INVESTIGACION DE LA ALERGIA POST-VACUNAL

Después de que se ha practicado la vacunación con el B.C.G., es conveniente investigar si ha inducido alergia y por lo tanto — inmunidad, para lo cual conviene practicar la tuberculino-reacción. Con este fin se hará la reacción del Mantoux a la 8a. semana siguiente a la aplicación de la vacuna, con 0.1 ml. de P.P.D.

Si la reacción resulta negativa, se esperan 4 semanas y se repite el Mantoux en la forma acabada de indicar; si persiste la negativa se procede a vacunar al niño. (5)

CUIDADOS DE ENFERMERIA

"El paciente nunca debe ser un receptor pasivo de cuidados" En este tipo de pacientes están encaminados a: aliviar el dolor, resolución de problemas que surjan durante su tratamiento y rehabilitación y en todo momento buscar su curación. Es de suma importancia que no olvidemos que es una persona que siente, a pesar de su estado casi siempre semi-inconsciente, por eso una buena enfermera debe preocuparse por la comodidad y sentimientos del enfermo. Esto -- tiene importancia no sólo desde el punto de vista del enfermo sino también del de su familia. Esta enfermedad es tratada en ocasiones como un padecimiento infectocontagioso cuando en realidad no lo es, puesto que no hay relación del sistema nervioso central al exterior; a menos de tratarse de una meningitis tuberculosa y que aparte existiese un foco activo de T.B. pulmonar o bien una T.B. miliar generalizada; así pues, tanto el cuerpo médico como los familiares, no corren ningún peligro de contraer la infección, y es papel de la enfermera el explicárselo a los familiares.

Recepción del paciente.

La mayoría de los pacientes ingresan semi-inconscientes ya que como he dicho, el período prodrómico o inicial suele pasar inadvertido o sin darle mucha importancia; el cuarto debe ser de preferencia.

aislado para evitar los ruidos, deben también estar protegidas - las ventanas con cortinas oscuras y libre de corrientes de aire ya que todos los estímulos suelen agitarlo; las camas deben de - estar protegidas por barandales pues no es raro que presenten -- convulsiones o bien al agitarse pudieran caer de la cama.

LA ENFERMERA COMO AUXILIAR EN LA EXPLORACION DIAGNOSTICA.

Inmediatamente después de haber ingresado el paciente, el mé- dico hará la exploración. El interrogatorio directo es casi siem- pre nulo debido a la lesión orgánica del encéfalo que hacen cam- biar el carácter y humor del paciente y el intenso dolor intra - craneal que los hace caer en inconsciencia; no así la explora -- ción física y funcional de donde se obtendrán los máximos datos- para llegar al diagnóstico y al acertado tratamiento.

Por lo que la enfermera debe tener preparado:

Equipo de exploración física que contiene:

Charola con compresa

- 1.- Baumanómetro
- 2.- Estetoscopio
- 3.- Termómetro (rectal)
- 4.- Lámpara de mano
- 5.- Martillo de reflejos
- 6.- Oftalmoscopio
- 7.- Otoscopio
- 8.- Agujas punzantes
- 9.- Abatelenguas
- 10.- Aplicadores protegidos con algodón
- 11.- Bolsa para desperdicios.

Observada y anotada la sintomatología que presente el pacien- te, la enfermera o bien el médico investigarán con los familiares el Combe que en la mayoría de las ocasiones suele ser positivo y-

al cual consiste en averiguar si el enfermo tuvo contacto con - fuentes bacilíferas de tuberculosis y por cuánto tiempo.

Generalmente el médico procede inmediatamente después de la exploración a practicar punción lumbar, ya que los datos de ésta completan el diagnóstico.

Punción lumbar.-Como sabemos todos los espacios que contienen líquido del sistema nervioso central se comunican libremente entre sí, y el líquido tiene normalmente cierta presión positiva, la presión será igual sea cual sea el sitio de entrada. Los lugares de más fácil acceso son: la región lumbar y la base del cráneo (cisternal). Se hace insertando una aguja en el espacio subaracnoideo entre la tercera y cuarta vértebra lumbar o bien en la base del cráneo. El médico prefiere que antes de hacer la punción-raquídea el enfermo esté sedado sobre todo tratándose de adultos; por lo regular indican Sevenal I.M. ó I.V. y en los niños Hidrato de Cloral en cantidades variables.

La enfermera debe tener listos:

Charola con compresa especial para punción raquídea estéril la cual lleva:

- 1.-una jeringa, dos agujas hipodérmicas para la anestesia local.
- 2.-ampolletas del anestésico generalmente usan Sol.Procaínica a .5%.
- 3.- gasas y torundas para la asepsia.
- 4.- pinza para la asepsia.
- 5.- una compresa abierta
- 6.- una compresa cerrada
- 7.- manómetro de agua con sus conexiones.
- 8.- aguja de punción raquídea con bicel adaptable.
- 9.- dos tubos de ensaya con tapones de algodón no absorbente o de corcho.
- 10.-un par de guantes de caucho para el médico.
- 11.-antisépticos y riñón para desechos.-

La enfermera antes de preparar dicha charola debe cerciorarse de las agujas poniendo atención de que el biceel y aguja se adapten perfectamente en especial al nivel de la punta; ya que una aguja mal adaptada al biceel se introduce con dificultad y puede causar un orificio demasiado grande en la duramadre.

Durante la operación el enfermo se coloca en decúbito lateral en el borde de la cama, dando la espalda al médico. Los muslos y la cabeza se flexionan y el tronco se flexiona hacia adelante lo más posible para aumentar el espacio entre las vértebras. Al flexionar la cabeza en pacientes con cualquier tipo de meningitis es sumamente difícil pues la rigidez de nuca es muy dolorosa y al hacer el intento de flexionársela únicamente conseguiremos inquietarlo; por lo que doblará bien los muslos sobre el abdomen y el hombro que quede hacia arriba se rechazará hacia atrás; en esta posición también permite una buena abertura entre los espacios intervertebrales. Es necesario que la enfermera mantenga en esta posición al enfermo mientras se efectúa la punción. En algunas ocasiones cuando aun no existe hipertensión craneal o bien existe algún tuberculoma que impida pero no totalmente la salida libre del líquido cefalorraquídeo se efectúa la maniobra de Queckenstedt, la cual consiste en el examen que sirve para determinar la presencia de obstrucción entre la cavidad craneada y la aguja de punción raquídea, se hace presión firme sobre las venas yugulares del cuello durante 10 segundos y luego se suelta. Debe notarse aumento de la presión intracraneana originada por la compresión; ahora también esta maniobra suele hacer que el líquido fluya y así se puede tomar fácilmente la muestra.

En caso que el médico desee hacer punción cisternal, la enfermera debe sfeitir el cuello del paciente hasta la protuberancia occipital externa en la línea media. Se coloca al enfermo en decú-

bito lateral, con la cabeza flexionada sobre el pecho. El equipo es el mismo que se utiliza en punción lumbar; una vez tomada la muestra se coloca en lugar seguro y cuidar que no se vaya a derramar; al sacar el médico la aguja, la enfermera estira las piernas del paciente en caso de habersele practicado punción lumbar.-

En algunas ocasiones les aumenta la cefalea la extracción del líquido cefalorraquídeo; se puede disminuir ésta manteniendo al enfermo durante 24 horas sin movimientos bruscos, y también con elevar ligeramente los pies de la cama o sea ligera posición de tren-delemburg.

La muestra obtenida se rotula y se lleva con la orden respectiva al estudio químico. Se debe llevar inmediatamente después de extraído para evitar una glucolisis y hacer que disminuya la cifra de glucosa existente en el líquido y entonces se tome un dato falso que debilite el diagnóstico.

El médico procede a instalar el tratamiento después de la punción en donde se observó el líquido, generalmente tratándose de una meningitis tuberculosa al líquido se le formará una telaraña en la superficie y el color va de turbio a xantocromico y eso confirma el diagnóstico.- Es cuando la enfermera debe planear sus cuidados de Enfermería.

SIGNIFICADO.- El plan para el cuidado del paciente debe estar siempre sobre la base de reconocer que toda persona bajo tratamiento tiene constante deseo de seguridad, amor, aventura, realización, aprendizaje o diversión y de renovar su fé en Dios o en un principio ético universal. No debemos olvidar que los enfermos sufren, muchas veces no tanto por la enfermedad, como de la amenaza que representa para su seguridad económica y sus relaciones con los demás, y porque los priva de aquellas actividades que aportan variedad, entretenimiento o placer a sus vidas. El enfermo pone también a prueba la fé en Dios que permite que tales cosas le pasen, o estará te-

meroso de haber perdido el favor divino, considerando como castigo su enfermedad a aquellas faltas reales o imaginarias. En sí el plan de cuidados es "La modificación de la manera de vivir de un paciente y los pasos que se necesitan para que tal modificación sea posible" (6)

OBJETIVOS:

- a) mejorar la salud
- b) desarrollar independencia
- c) proporcionar la curación cuando sea posible.
- d) en los casos incurables reducir al mínimo y finalmente hacer la muerte más suave.
- e) rehabilitación.
- f) ahorro de tiempo y energía al cuerpo médico.

PERSONAS QUE INTEGRAN UN PLAN DE CUIDADOS :

- a) El paciente y su familia.
- b) Médico, psicólogo, nutriólogo, sociólogo, capellán, etc.
- c) Enfermera, para el paciente la mayoría de las veces la más importante ya que ella estará la mayor parte del día con él.

IMPORTANCIA DE LA UNIFICACION.

Cuando varias personas intervienen en determinado plan, deben de estar de acuerdo en la misma meta; por lo tanto todos aquellos integrantes deben de discutir el plan y después ponerlo en una forma escrita para que todos puedan guiarse por él.

CUIDADOS DE ENFERMERIA. (generales).

- a).-Limpieza de la piel, boca, cabellos, fosas nasales, oídos y uñas.

El baño como su efecto estimulante sobre la circulación ayuda al paciente encamado, ya que éste se encuentra privado del ejercicio y sobre todo de aire libre. La piel debe estimularse con masaje y calor por lo menos una vez al día. No debe bañarse al enfermo inmediatamente después de las comidas; debido a que el baño aumenta el aflujo sanguíneo hacia la piel y como consecuencia disminuye el aporte a los órganos digestivos.

Si el médico no ve al paciente antes del descanso que proporciona el baño, la enfermera debe ser muy cuidadosa y registrar y anotar las diferencias significativas en el estado antes y después del baño.

Baño de aseo en la cama.- Su objeto es el de limpiar la piel del paciente y mantenerla fresca. La enfermera al darlo debe de cuidar que el cuarto esté tibio, las ventanas cerradas y en caso necesario, unblombo para aislar la cama, y reunirá los objetos necesarios prosiguiendo siempre en el siguiente orden: cara, orejas, cuello, tórax, brazos, manos, abdomen, espalda, muslos, piernas, pies, ombligo y órganos genitales.

Aseo de boca.- Como sabemos en este tipo de pacientes la temperatura es alta, la respiración por la boca, tiende a producir grietas y resacamiento de los labios y predisponen los tejidos blandos a infecciones y también la secreción salival se ve afectada en muchas situaciones y por funciones corporales, ya que la secreción disminuye y -- con la fiebre y el sudor que ésta produce y por la ingestión insuficiente de líquidos. Una buena mezcla para mantener la boca siempre -- limpia y aseada es jugo de limón y glicerina sobre la lengua y encía.

Aseo de la nariz.- Generalmente se les forma costras en las fosas nasales anteriores; las cuales se ablandan y se quitan remojándoles con agua o aceite vegetal que se unta con aplicadores con algodón, las escoriaciones de la piel por fuera de la nariz con crema es suficiente, a menos de tratarse de una lesión mayor, el médico prescribirá una pomada emolizante que contenga mercurio, azufre o vitaminas.

Aseo de los ojos.- Como estos enfermos sobre todo en su último período de enfermedad, mantienen fija la mirada o sea que el mecanismo neuromuscular que protege los ojos mediante el parpadeo no funciona adecuadamente; la enfermera debe proteger y limpiar los ojos del paciente. Se recomienda una solución de cloruro de sodio al 1.5% como agente limpiador por su semejanza con las lágrimas naturales. El ojo se -

puede lavar empleando un gotero o una jeringa de cristal con un trocito de tubo de goma. Para la ausencia de reflejos corneal lo mejores cerrarlo y protegerlo con un apósito en forma de alas de mariposa. Aseo de Oídos.- Se limpian con aplicadores protegidos por algodón con vaselina; cuidando de no introducir demasiado el aplicador y llegar a lesionar el oído medio.

Aseo del cabello.- El cabello se cepillará y se peinará dos veces al día como mínimo y se lavará por lo menos una vez por semana; cuando esté muy grave el paciente se le dará champú en seco, en éste se emplea en lugar de agua un líquido limpiador que estando disuelto en alcohol o en tetracloruro de carbono se evapora rápidamente y deja el pelo y cuero cabelludo seco en poco tiempo; el champú se aplica con un trozo de algodón grande o con una esponja de gasa. La grasa del pelo disuelta por el champú se remueve por medio de torundas y después con una toalla; esta forma usada muy seguido puede irritar al cuero cabelludo por lo que se recomienda se haga en ocasiones especiales(6).

Aseo de la cama.- No olvidemos que nunca se perturba a un paciente muy grave mas que únicamente lo necesario; si no antes lo contrario, se procura por todos los medios que conserven energías. Por lo tanto es preferible que sean dos personas las que tiendan y asean una cama.

NECESIDADES DIETETICAS.-

La falta de ejercicio reduce el tono muscular y retarda el metabolismo ésto a la vez disminuye el requerimiento alimenticio, la cual disminuye la estimulación de las paredes musculares del intestino producida por la distensión. Sobreviene la constipación, que a su vez produce secreciones que retardan el apetito, las toxinas bacterianas de este acumulo de materia fecal produce náuseas, vómitos y después diarreas. Asi pues, la enfermera está obligada a observar y reportar al médico que cantidades de alimento ingiere el paciente así como del reflejo de deglución, ya que en caso de irse restos alimenticios por vías respiratorias pueden producir neumonitis o abscesos del pulmón -

y en estos casos o bien cuando el paciente ingiera insuficientes cantidades de alimentos se procederá a la aplicación de sonda gástrica; la cual tiene por ventaja de que se puede introducir un régimen alimenticio completo, dicho régimen debe ser pasado en forma lenta y al concluir de pasarlo se vierte una pequeña cantidad de agua por la sonda para expulsar las partículas que hubieran quedado en ella y reducir el peligro que dichas partículas tapen la sonda o bien pasen a vía respiratoria. Después de la alimentación el paciente debe permanecer en el mayor reposo posible para evitar náuseas o vómitos. Una dieta completa es aquella que contiene:

- a) Alimentos energéticos cuya oxidación aporten la energía necesaria para las distintas actividades del organismo.
- b) Elementos necesarios para la reconstrucción de los tejidos y su mantenimiento.
- c) Sustancias que regulen los procesos orgánicos de los componentes que integran dichos reguladores.

En el Hospital General, ví que una dieta completa que llena los requisitos necesarios y que se puede pasar por sonda gástrica es la fórmula concentrada que contiene: leche, huevos, plátanos, complementada con proteínas orales, en dosis de acuerdo a la edad.

ELIMINACION.-

La enfermera debe observar y anotar las cantidades de las excretas así como sus características por ejemplo:

- a) Cantidad de orina y de materia fecal en 24 horas.
- b) Volumen de cada micción y evacuación
- c) Si son o no frecuentes las micciones y evacuaciones.
- d) Si el paciente experimenta dolor, molestias o dificultad
- e) Color, olor y consistencia de las excretas

De esta manera el médico sabrá el estado de aprovechamiento del enfermo. En ocasiones cuando el enfermo tiene incontinencia vesical o bien anuria; es necesario recurrir a sonda vesical a permanencia; la cual tiene como objeto:

- 1.- Prevenir el contacto de la orina con la piel.
- 2.- Llevar un control más exacto de su cantidad.
- 3.- Removerla lo más pronto posible.

Métodos:

Los hay muy variados pero entre los más usuales tenemos:

- a).--Una bolsa de plástico sujeta al pene.
- b).--Sonda foley a vejiga. Esta en algunas ocasiones causa infección, por lo que se deben hacer al día como máximo dos aseos con solución fisiológica estéril.

PREVENCION DE ESCARAS DE DECUBITO.

"La existencia de úlceras de decúbito refleja la calidad de cuidados de enfermería que el enfermo ha recibido".

Es frecuente que en los pacientes meningíticos graves, sobre todo cuando se encuentran en la última fase en que adoptan la posición de gatillo; se escaren debido a la inmovilidad.

Como sabemos la presión sobre la piel interrumpe la circulación hasta el grado de que los tejidos, privados de nutrición, se gangrenen o necrosen. Las áreas cutáneas que se encuentran en las prominencias óseas y la cama son las más propensas a escararse. El primer síntoma es el cambio de color de la piel, que se enrojece, después se torna cianótico o se mancha. Si continúa evolucionando la piel se rompe y generalmente se infecta con *Staphylococcus Aureus*; *estreptococo Hemolítico*, *colibacilo*, *picocianicos difteroides* y otros.

Aparte de la presión ejercida sobre el tejido coadyuva a una úlcera, la humedad, el desaseo, sustancias en descomposición e irritantes, (sudor, orina, materia fecal o flujo vaginal) arrugas de la sábana inferior, migajas, etc. La frotación de un paciente inquieto y de una dieta inadecuada, o sea baja sobre todo en proteínas, ya que una de sus principales funciones es la de reconstrucción.

de tejidos, aumentará la posibilidad de que el paciente se nos escare.

Posición ideal para el paciente.

- 1.- Dorso recto sin exagerar las curvaturas del coxis al occipucio.
- 2.- Las piernas flexionadas para disminuir la tensión en la columna lumbar, el abdomen y las piernas.
- 3.- Las costillas se elevan y la "parrilla" costal se alarga o se protege la constricción.
- 4.- Las piernas se separan de tal manera que el peso de una no caiga sobre la otra.
- 5.- Se previene la hiperextensión de las rodillas.

Prevención de escaras.

Aparte de lo anterior se puede colocar al paciente sobre un colchón de presión alternante o un colchón de aire sobre el cual se distribuye el peso del paciente uniformemente.

Se cambiará de posición por lo menos cada hora, se lavará la región púbica constantemente para evitar acumulación de desechos, masajes y fricciones de alcohol, el cual ayudará a la eliminación de ácido láctico y bióxido de carbono.

Se mantendrá la cama limpia y bien restirada.

DESCANSO DEL PACIENTE.

Es necesario evitar todo tipo de visitas, así como ruidos y luces fuertes de esta manera el paciente se excitará menos y descansará más.

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS.

Como en todo paciente deben ser puntuales, y debemos cerciorarnos que sean los indicados por el médico, así como de reportar siempre su efecto. Se debe de vigilar estrechamente la aplicación de la estreptomycin y al notar el más leve cambio en el VIII par craneal (o sea la audición); avisar al médico para que reduzca o retire

la dosis de estreptomina; otro medicamento irritante es el PAS, el cual llega a producir gastritis, esta molestia suele quitarse en ocasiones dando leche en lugar de agua cuando administramos PAS.

Dentro de la medicamentación entra la oxigenoterapia por razón necesaria; en estos pacientes se utiliza generalmente por cateter nasal el cual debe alternársele denarina por lo menos cada 12 horas. Cuando el paciente presenta abundantes flemas y poco fluidas, el oxígeno no servirá de nada pues sólo resecará las flemas y rechazándolas obstruyendo en esta forma las vías respiratorias. Lo más conveniente en este caso es aplicar el oxígeno por medio de cámara con ambiente húmedo ya que éste fluidifica las flemas y permite la entrada de oxígeno. Para la expulsión de flemas nos ayuda mucho el darle posición trondalemburg al paciente pues por medio de la gravedad fluyen en ocasiones fácilmente las flemas tomando en cuenta que el paciente no presente hipertensión craneal, pues en este caso la posición la aumentaría; en caso de existir hipertensión se administra de 10 a 15 gotas de yoduro de Potasio el cual fluidifica las flemas.

La aspiración de flemas de preferencia debe hacerse por las fosas nasales, pues en esta forma se reduce el reflejo nauseoso y se llega mejor a cavidad faríngea que es donde se acumulan con mayor intensidad las secreciones. En caso necesario y profiláctico se practica la traqueotomía en la cual debemos de cerciorarnos continuamente de que se encuentra siempre permeable endocánula y cánula traqueal mediante constante aspiración de flemas y lavado de endocánula por lo menos cada 2 horas.

La aplicación de venoclisis se deben de fijar, ya que no es raro que al presentar convulsiones se salga la aguja de la vena y se destroce. Debemos de cuidar las venas, ya que el número de inyecciones es numeroso así como el de exámenes sanguíneos y llega

el momento de no poderse aplicar por falta de venas, en tal caso se practica la venodisección manteniendo así una canalización segura.

La toma de Signos Vitales se hará de acuerdo a la gravedad del paciente, como mínimo cada 4 horas reportando siempre sus variantes tales como:

Respiración.

- a) Expansión de tórax y abdomen.
- b) Ritmo
- c) Carácter de la respiración.
- d) Color del paciente.
- e) Posición que instintivamente tome.
- f) Frecuencia.

Pulso.

- a) Frecuencia
- b) Ritmo
- c) Características.

Temperatura.

- a) Cifra
- b) Frecuencias y características de elevación.

Un cuidado de enfermería muy importante es el control de temperatura, que se hace a través de medios físicos por medio de compresas frías sobre el cuerpo del paciente, nunca debemos permitir que la temperatura sobrepase los límites normales, pues no es raro que se presente una descerebración por la Hipertermia; en ocasiones el médico indica medicamentos antipiréticos tipo de la Neomelubrina.

Tuve problemas al dar cuidados de Enfermería a pacientes meninticos, sobre todo en los adultos, en los cuales la agitación hacía difícil la aplicación del tratamiento, por lo que ví la necesidad de tener siempre protegidos a estos pacientes y aplicar puntualmente los sedantes indicados por el médico.-

Una buena protección que di a estos pacientes fué aplicando varandales a los lados de la cama, éstos a su vez protegidos por sábanas o bien almohadas fijadas a dichos varandales. Las manos y los pies atados a la cama rodeando la parte sujeta con algodón para evitar la fricción de la manta al tirar el paciente de las manos o de los miembros inferiores.

En los niños, el más grande problema que observé fué la hiper sensibilidad del tratamiento, sobre todo en los lactantes en los cuales es difícil observar hasta que grado ha sido lesionado el octavo par craneano por la aplicación de la estreptomycin, por lo que diariamente por las mañanas, antes de aplicar la primera dosis de la inyección hacia ruidos bruscos que, aunque los molestaba lo fuerte del estímulo; me daba cuenta del grado de audición.

Sin embargo toleraban bien el Hydracyd y el PAS ya que en la sala de infectología se adaptó el horario de éstos al horario de alimentación por lo que la leche disminuía la acción irritante protegiendo en esta forma la mucosa gástrica.

Otro serio problema que se me presentó en los niños fué la cantidad tan grande de inyecciones IM sobre todo al iniciarse el tratamiento, que hacían que la región glútea se endureciera y llegaba en ocasiones a necrosarse y posteriormente a desfacelarse; un buen remedio a esto es la aplicación de fomentos de agua caliente después de aplicar la inyección así como masaje para ayudar a la absorción del líquido inyectado, cambiándolo de posición constantemente.-