

DATOS DEL LABORATORIO.—La punción lumbar revela generalmente un moderado aumento de presión del líquido cefalorraquídeo y un aumento de células por arriba de 20, encontrándose principalmente en el periodo pre-paralítico, después de instalada la parálisis disminuye el número de células; el azúcar y los cloruros permanecen inalterables, las proteínas elevadas (48-60 mgms) en la mayoría de los casos es de color transparente, los leucocitos varían 3-50. El dato patológico del líquido cefalorraquídeo es un signo más de apoyo en la corroboración del diagnóstico de la poliomielitis, pero en los casos clínicos dudosos no siempre ayuda a resolver el problema, pues no es dato patognomónico, ya que los caracteres mencionados también se encuentran en otros padecimientos como varias meningoencefalitis.

Actuación de la Enfermera.— Si bien el diagnóstico es una función del médico, algunas pruebas diagnósticas son ejecutadas por la enfermera sus responsabilidades dependen de la naturaleza y circunstancias particulares, sin embargo la enfermera es quien tiene la obligación de preparar al enfermo y el equipo que va a usar, además de rotular las muestras y vigilar su traslado a los laboratorios donde han de ser analizados.

Las etiquetas para muestras deben contener lo siguiente:

- I.— Nombre del paciente
- II.— Número de cama
- III.— Sala

- IV.— Fecha
- V.— Nombre del Médico
- VI.— Número de Registro
- VII.— En algunas ocasiones la hora en que se recogió.

Para la extracción del líquido cefaloraquídeo es necesario hacer una punción medular, generalmente se hace en la región lumbar.

Punción lumbar es la introducción de una aguja (de Raquia) en el espacio sub-aracnoideo del canal espinal, generalmente en la región lumbar, con el fin en este caso de extraer líquido cefaloraquídeo.

La enfermera preparará primeramente el equipo que contendrá:

- 1 charola que contenga:
- 1 jeringa de 2 c.c.
- 2 agujas hipodérmicas No. 25
- 2 agujas de Raquia
- 1 raquimamómetro
- 2 tubos de ensaye
- 1 sábana abierta
- Gasa, guantes.

Equipo para asepsia (torundas, pinzas para asepsia, eter, tintura de benzal u otro antiséptico).

Novocaína o rucaina.

Cierritas

Tela adhesiva.

Tablas (si la cama se hunde)

II.—Preparación del paciente.

a).—Preparación Psicológica.— Se le explicará al paciente, si es adulto o un niño que nos comprenda, lo que se le va a hacer, de manera breve, sencilla, poniéndonos a la altura de su nivel cultural trataremos de desechar sus temores y así lograremos la colaboración del paciente de una manera más efectiva. Le diremos que el procedimiento consiste en la introducción de una aguja en el canal medular con el fin de extraer líquido céfalo-raquídeo para que una vez examinado por el químico, ayude al médico a establecer el diagnóstico.

b).—Se acostará al paciente en decúbito lateral, explicándole que trate de que la cabeza toque sus rodillas, se le pedirá que cruce los brazos sobre el pecho y se colocarán unas almohadillas bajo la cabeza.

2.—Se doblarán los ropas de cama hasta la espina iliaca inferior, nivel hasta el cual se le bajará la pijama y se le subirá el saco hasta la escápula, dejando así descubierta la región donde trabajará.

3.—En caso de que la zona cutánea sea pilosa se deberá rasurar.

La punción lumbar se realiza a veces con el paciente sentado, por lo tanto, si el médico prefiere esta posición se le proporcionará al paciente un banquito para apoyo de sus pies, se le indicará que doble la cabeza sobre el pecho, que cruce sus brazos y se doble ligeramente de tal manera que el dorso quede arqueado con el fin de separar las vértebras. Si el paciente no se encuentra en un cuarto individual, se le aislará con biom-bos.

III.—PROCEDIMIENTO: —Ver que todo el equipo esté esterilizado, a la vista y preparado para su uso. Si el paciente es un lactante o un niño, la enfermera deberá sujetarlo y no podrá proporcionar otra ayuda al médico durante el procedimiento por lo consiguiente el equipo debe estar preparado para él. Durante la operación, la enfermera deberá observar cuidadosamente el estado del paciente (ver anotaciones). Una vez terminada la punción se acostará al paciente en posición cómoda, es casi habitual que padezca cefáleas y lumbalgias durante varios días después de efectuada la punción.

Generalmente la quietud del paciente y una buena atención reducen estas molestias.

IV.—Recoger y dar los cuidados posteriores al equipo.

V.—Anotaciones.— Se anotará la cantidad de líquido extraído, carácter (color) molestias sufridas como sudoración, pérdida del conocimiento, etc., la hora exacta de la punción.

VI.—Etiquetar y mandar el tubo de ensaye al laboratorio con su respectiva orden.

BIOMETRIA HEMATICA.— Se encuentra normal o revela cierta

leucocitosis con neutrófilos, cuando estas cifras son muy elevadas existe alguna complicación especialmente pulmonar. Durante el período agudo de la Poliomiелitis, la sedimentación se encuentra ligeramente acelerada, de 20-50 m.m. Wintrobe.

Actuación de la Enfermera. Para la obtención de muestras de sangre deben de tener las siguientes precauciones:

- 1.—Revisar las jeringas y agujas antes de usarlas.
- 2.—Mantener el equipo esterilizado durante el procedimiento.
- 3.—Etiquetar el frasco.

EQUIPO:—Se utiliza el mismo equipo que para la aplicación de inyecciones intravenosas, agregándole únicamente 1 frasco con oxalato.

PROCEDIMIENTO :—

Se utiliza el mismo procedimiento que el llevado a cabo al aplicar una inyección intravenosa, agregando las siguientes precauciones que se enumeran adelante:

- 1.—Sacar el aire de la jeringa e introducir cuidadosamente la aguja, seguir el trayecto venoso y extraer la cantidad de sangre necesaria.
- 2.—Aflojar el torniquete y colocar una torunda en el sitio de punción y sacar cuidadosamente la aguja.
- 3.—Colocar la sangre en el frasco teniendo la precaución de que caiga suavemente para evitar que estallen los glóbulos rojos y agitar muy suavemente también para evitar la hemólisis, y mezclar así la sangre con el anticoagulante (oxalato).
- 4.—Poner cómodo al paciente.
- 5.—Retirar el equipo y darle los cuidados posteriores.

6.—Etiquetar y mandar la muestra al laboratorio, acompañada de su orden respectiva.

EXAMEN MUSCULAR.— Tiene por objeto conocer el grado de debilidad o de parálisis de un músculo o de determinado grupo de ellos. No debe ser practicado durante el período agudo, pues el dolor impide hacerlo correctamente. En esa época es de utilidad el examen general de las regiones enfermas. En la convalecencia es de gran valor pronóstico y en el período crónico es de gran ayuda para la resolución de las intervenciones quirúrgicas. Los exámenes musculares son la mejor guía del estado de recuperación y deberán ser practicados cada mes los primeros 4 meses, cada 2 meses el resto del primer año y cada 4 meses durante el segundo año de enfermedad.

Este examen debe ser practicado por el médico o enfermera especializada, una enfermera general podría ayudarle, proporcionándole el equipo que consta de un instrumento punzante (aguja hipodérmica) generalmente, sostener al enfermo, descubriendo la región donde se practicará el examen y sobre todo proporcionarle una buena preparación psicológica al paciente antes del procedimiento. La preparación psicológica va de acuerdo con la edad y cultura del paciente explicándole claramente que el examen se hace con el objeto de conocer el estado de debilidad de los músculos o de parálisis, para lo cual se usa generalmente una aguja hipodérmica con la que se practican piquetes alternos que le provocarán dolor no muy intenso y que de sus respuestas dependerá el tratamiento de rehabilitación que indique el Fisioterapeuta y hacerle hincapié en que si le duele lo diga, según el caso y la intensidad del dolor.

ELECTRODIAGNOSTICO.— Este medio de exploración a la corriente galvánica y farádica de los nervios y los músculos es de utilidad diagnóstica en casos benignos, en los niños muy pequeños en que la clínica no puede apreciar alteraciones por ser mínimas o por la escasa colaboración del paciente, es de ayuda pronóstica con exámenes repetidos para observar los cambios degenerativos o regenerativos que han sufrido varios grupos musculares durante la evolución de la enfermedad. Es de utilidad para resolver ciertas intervenciones quirúrgicas en la fase cró-

nica, no deben ser practicados durante el período agudo del padecimiento por ser molesto al paciente y de interpretación falsa o dudosa; en nuestro medio no se usa este medio de exploración muscular.

PRONOSTICO.—El pronóstico de la poliomiелitis está en relación con la fecha en que es examinado el paciente y la forma clínica. Durante el período febril antes de la aparición de la parálisis, no se puede decir cual será la suerte del enfermo; del 70 al 90% corresponde a las formas abortivas y no paralíticas, en estos 2 grupos el pronóstico es favorable y la mayoría de estos casos no es diagnosticado. No siempre es posible relacionar la gravedad de la enfermedad con la intensidad de los síntomas iniciales, pues algunos de estos pacientes presentan poliomiелitis sin parálisis y algunos fallecen con formas bulbares.

Conocer el pronóstico es de importancia estadística, profiláctica (para proteger a la familia, ya que existe la posibilidad de que el paciente sea un portador en potencia y la familia no tome las medidas profilácticas necesarias para el caso) además para elaborar el plan de rehabilitación que el fisioterapeuta llevará a cabo, y elaborar el plan de alta para la educación familiar.

PRONOSTICO DURANTE EL PERIODO AFEBRIL.— Durante el período afebril de las parálisis se puede suponer la regresión de algunos ataques benignos en los de mediana intensidad o graves es difícil asegurar el resultado final únicamente durante el transcurso de varias semanas o meses, se puede ir formulando el pronóstico de acuerdo con los análisis musculares mensualmente practicados, de los cuidados de enfermería que se hayan prodigado. La recuperación muscular puede restablecerse sin la completa recuperación anatómica de los músculos, las parálisis intestinales y vesicales se recuperan generalmente durante los primeros días o semanas, la parálisis del velo del paladar y músculos de la faringe se recuperan en 1-3 semanas, como secuelas puede quedar voz gangosa y en muy raras ocasiones la dificultad para la deglución dura más de un mes.

Aproximadamente se recuperan de los casos paralíticos de 70 a 80% con ligeras invalideces, 20-30% requieren el uso de aparatos ortopédicos o intervenciones quirúrgicas, y el 1% de invalidez total. La recuperación es más rápida durante los primeros 6 meses pero puede obtenerse hasta los 2 años y aún más.