

I MARCO TEORICO

El concepto de aislamiento ha existido desde épocas antiguas, cuando a las personas enfermas de algunas sociedades primitivas se les evitaba porque se pensaba que estaban poseídas por espíritus malignos o demonios.

Las prácticas de aislamiento fueron una vez extremadamente severas y al aislamiento se debía la compañía de un estigma. Tales prácticas han sido modificadas en los últimos años, según se ha aprendido más sobre la epidemiología de las enfermedades, la transmisibilidad del agente infeccioso y la susceptibilidad del huésped.

El concepto de aislamiento también tiene que ser comprendido por el paciente y su familia, además del personal sanitario que le cuida. Es importante que todos sean conscientes del hecho de que las prácticas de aislamiento moderno están basadas en el concepto de aislar la enfermedad y no al paciente. Esta explicación con razonamiento sólido, prepara al paciente y a la familia psicológicamente para cualquier restricción que pueda requerirse y además ayuda a eliminar cualquier estímulo que previamente se haya unido al aislamiento.

Al tratar a los pacientes con enfermedades transmisibles deben seguirse ciertos procedimientos especiales para prevenir la propagación de estas enfermedades. Es necesario una comprensión de la epidemiología de cada enfermedad infecciosa. Antes

que se tomen decisiones con respecto a qué enfermedades tienen que aislarse y qué procedimientos especiales de aislamiento tiene que llevarse a cabo en el hospital.(1)

El presente trabajo lleva como finalidad conocer el nivel de conocimiento que tiene la enfermera al proporcionar atención a los pacientes que requieren del aislamiento respiratorio. La motivación del grupo investigador surge a partir de las observaciones aisladas hechas al personal de enfermería en el desarrollo de su quehacer diario, se observó que varias enfermeras no ponen en práctica la técnica correcta, se presupone que por falta de conocimiento, por tal motivo nos planteamos la siguiente pregunta ¿Cuál es el nivel de conocimiento que tienen las enfermeras del servicio de infectología del HIES acerca de la técnica de aislamiento respiratorio?

Para la fundamentación de esta investigación, describiremos los aspectos relacionados con la técnica de aislamiento respiratorio.

En el aislamiento respiratorio el propósito es, prevenir la propagación de patógenos respiratorios del paciente infeccioso a otros.

Comentarios generales

- 1.- Este tipo de aislamiento se utiliza para enfermedades producidas por agentes transmitidos por medio de las gotitas y núcleos de las gotas que se tosen, estornudan o respiran en el aire, además de algunos gérmenes responsables

enumeradas en esta categoría pueden propagarse por objetos recientemente contaminadas.

- 2.- Las enfermedades denominadas como "enfermedades de la infancia" están incluídas en esta categoría del aislamiento. A veces se producen en adultos.
- 3.- A menos que la vacunación esté contraindicada, el personal que trabaja en la unidad de infectología que no haya tenido paperas, sarampión, y rubeóla, se debe vacunar para mantenerlo protegido.
- 4.- Debe darse una atención especial a prevenir que las mujeres embarazadas que sean susceptibles a la rubeóla trabajen en la sala de recién nacido a causa de la posibilidad de exposición inadvertida a un niño recién nacido con infección por rubeóla. Tal exposición puede dar como resultado de infección del feto con o sin enfermedad clínica de la mujer.

REQUISITOS EMPLEADOS EN LA TECNICA DE AISLAMIENTO RESPIRATORIO

- 1.- Habitación individual: con flujo de aire dirigido hacia la habitación (esto es, presión negativa del aire). Y una señal adecuada en la puerta; la puerta debe mantenerse cerrada todo el tiempo.
- 2.- Manos: deben lavarse con una solución de yodo al entrar y salir de la habitación y después del contacto con las excreciones o secreciones del paciente.

- 3.- Guantes: no son necesarios. (se utilizarán al realizar procedimientos específicos, cuando se esté en contacto con las secreciones del paciente).
- 4.- Mascarillas (cubrebocas): deben llevarse por toda persona que entre en la habitación. Las mascarillas deben desecharse en la habitación antes de salir. Se sugiere cambiar el cubrebocas cada 30 minutos y nunca dejarlo sobre el cuello al salir de la habitación del paciente. Los pacientes con aislamiento respiratorio deben llevar cubrebocas cuando son trasladados a través del hospital.
- 5.- Batas: no son necesarias.
- 6.- Apósitos y pañuelos: requieren de una manipulación especial, utilizando la técnica de doble bolsa.
- 7.- Material: debe desinfectarse si se contamina por secreciones. Los materiales reutilizables deben guardarse en la habitación de aislamiento hasta que se termine éste, y luego desinfectarse.
- 8.- Charolas de comida: deben de utilizarse bandejas desechables; empaquetar y desechar en la habitación del paciente, utilizando bolsas de plástico impermeable. Sellar las bolsas antes de desecharlas. Cuando no es posible emplear utensilios de cocina desechables, se sugiere desinfectarse o esterilizarlo si el material lo permite.
- 9.- Ropa: no se requiere precauciones especiales.
- 10.- Muestras (esputo: debe recogerse con cuidado y rotularse como "aislamiento respiratorio") antes de ser transportado al laboratorio.

- 11.- Instrumentos especiales: todos los circuitos de respiración reutilizables y aparatos de humidificación utilizados con el equipo de terapia de inhalación deben ser empaquetados y devueltos a central de esterilización para su reprocesamiento.
- 12.- Orina y heces: no se requieren precauciones especiales; sin embargo, el personal debe dar una atención especial al lavarse las manos después de manejar estas excreciones.
- 13.- Aseo de la sala: el personal de intendencia debe llevar bata y mascarilla cuando realiza la limpieza de rutina.
- 14.- Visitantes:
 - a) Sólo la familia inmediata
 - b) Sólo dos visitantes cada vez (esta situación dependerá del reglamento del hospital)
 - c) El servicio de enfermería debe dar instrucciones a los visitantes sobre el uso del cubrebocas, lavado de manos, etc.
- 15.- Traslado de los pacientes:
 - a) El paciente debe llevar cubrebocas desechable mientras se le traslada por el hospital.
 - b) El servicio al cual va un paciente debe ser notificado que esté infectado con una enfermedad transmisible. (2)

DESECHO DE SECRECIONES NASOFARINGEAS Y ESPUTO

- a) Instruir al paciente para: que se cubre la nariz y la boca cuando estornuda o tosa, no utilizar la mano descubierta, que expectore en los pañuelos, desechar los pañuelos en una bolsa de papel impermeable sujeta a la cama.
- b) Cuando las bolsas de la cabecera de la cama del paciente están parcialmente llenas, sellarla con la parte de arriba con tela adhesiva tirarla en la papelera del paciente, y al sacarla de la habitación emplear técnica de doble bolsa para su incineración final.
- c) Lavar las manos con una solución de yodo. (3)

EL AISLAMIENTO Y EL DERECHO DEL PACIENTE A ESTAR INFORMADO

El paciente tiene el derecho de recibir del personal médico una información actual y completa referente a su diagnóstico en términos que el paciente pueda ser capaz de entender. Cuando no sea médicamente aconsejable dar tal información al paciente, ésta debe ser dada a la persona adecuada en su nombre. El paciente tiene derecho a saber qué normas y reglas se aplican a su posición como paciente.

Si al paciente se le aísla sin el beneficio de la explicación del concepto de aislamiento, él o ella puede estar extremadamente ansioso, como también lo estará la familia o personas allegadas a las que no se les haya dado instrucciones pertinentes.

A los niños también se les debe dar tanta información como puedan comprender, y dependiendo del nivel de comprensión, al paciente se le debe dar instrucciones sobre las áreas siguientes:

- 1.- Descripción del tipo específico de enfermedad o infección.
- 2.- Normas y procedimientos para el tipo específico de aislamiento y por qué son necesarios estos pasos para prevenir la propagación de infecciones.
- 3.- Propósitos del aislamiento en una habitación individual o propósitos de las precauciones especiales cuando el paciente está en una habitación de múltiples camas, como en las precauciones con las excreciones y secreciones.
- 4.- Por qué el lavado de manos frecuente es importante para el paciente, personal y visitantes.
- 5.- Por qué es necesario llevar a veces bata, cubrebocas y guantes.
- 6.- Qué tipo de conducta sanitaria se requiere para prevenir la propagación de la infección, especialmente después de que el paciente deja el hospital. (4)

EDUCACION DEL PACIENTE Y LA FAMILIA

- 1.- Debe dedicarse tanto tiempo y energía como sea necesario para enseñar al enfermo y la familia el proceso infeccioso, cómo se transmite y cómo ciertas precauciones pueden prevenir la extensión de la infección. Debe permitirse y

alentarse al sujeto a asumir cierta responsabilidad en la prevención de la extensión de la infección. Los miembros de la familia deben comprender con claridad sus responsabilidades hacia el paciente, otras personas y a sí mismo en la prevención de la propagación del proceso infeccioso. Si la persona, la familia y el personal comprenden el mecanismo de la infección, la prevención puede basarse en el uso conocedor del sentido común y las técnicas probadas.

- 2.- Enseñe a los miembros de la familia las técnicas especificadas para el tipo de aislamiento. (p. ejemplo, colocación del cubrebocas). Aliéntelos a hacer preguntas sino están seguros o sufren ansiedad en relación a cualquier aspecto de los cuidados.
- 3.- Si el enfermo irá a casa con el proceso infeccioso, explique a la familia cómo cuidar de él y cómo prevenir la diseminación después del alta. (5)

EPIDEMIOLOGIA DE ALGUNOS PADECIMIENTOS QUE REQUIEREN AISLAMIENTO RESPIRATORIO

VARICELA

Microorganismo causante: virus de la varicela zoster

Fuente: secreciones primarias de las vías respiratorias de personas infectadas; en menor grado las lesiones de la piel (costras melicéricas).

Transmisión: por contacto directo, microgotas y objetos contaminados.

Período de incubación: dos a tres semanas y comúnmente 13 a 17 días.

Período de contagio: probablemente un día antes de que broten las lesiones (prodromo de seis días después del primer grupo de vesículas, cuando se han formado las costras).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Prodromo: fiebre leve, malestar general y anorexia en las primeras 24 hrs; erupción cutánea muy puriginosa que se inicia como mácula y se transforma rápidamente en pápula y después en vesícula, rodeada por una base eritematosa, con umbilicación y turbia; que se rompe con facilidad y forma costras; las tres fases, de pápula, vesícula y costra, están presentes en forma variable simultáneamente .
- Distribución: centrípeta, que se disemina a la cara y la porción proximal de los miembros pero es escasa en la porción distal de éstos.
- Signos y síntomas sistémicos: aumento de la temperatura por linfadenopatía e irritabilidad a causa del prurito.

TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES

Específico: ninguno

De sostén: clorhidrato de difenhidramina o antihistamínicos para aliviar el escozor,

cuidados de la piel para prevenir infecciones bacterianas secundarias.

COMPLICACIONES

Infecciones bacterianas secundarias (abscesos, celulitis, neumonía y septicemia).

Neumonía por varicela.

Varicela hemorrágica (hemorragias diminutas en las vesículas y petequias numerosas en la piel).

Síndrome de Reyé.

CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA

- Aislamiento del niño en el hogar hasta que se hayan secado las vesículas, por lo general una semana después de aparecida la enfermedad, y aislamiento de los niños de alto riesgo.
- Administración de cuidados de la piel: baño diario, cambio de vestimenta y ropa de cama diaria, aplicación tópica de loción de calamina y pasta de bicarbonato de sodio con agua; limpieza y corte de las uñas de los dedos de las manos, y aplicación de calmantes si el niño siente la necesidad de rascarse.
- Mitigar el prurito; mantener ocupado al niño.
- Quitar las costuras flojas que friccionen e irriten la piel.
- Instruir al niño para que se aplique presión sobre el área prurítica en vez de rascarla.
- Si se trata de un niño mayorcito, comentar con él riesgo de que se fomenten cicatrices si se rasca.

DIFTERIA

Microorganismo causante: *Corynebacterium diphtheriae*.

Fuente: secreciones de mucosas nasal y nasofaríngeas, piel y lesiones de personas infectadas.

Transmisión: por contacto directo con la persona infectada, un portador u objetos contaminados.

Período de incubación: por lo general de dos a cinco días, aunque posiblemente más prolongado.

Período de contagio: variable, hasta que ya no se identifiquen los bacilos patógenos en tres cultivos; por lo común de dos semanas pero hasta de cuatro semanas.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Varían según la localización anatómica de las pseudomembranas.

Nasales: se asemejan a los del catarro común, con derrame nasal mucopurulenta y serosanguíneo sin síntomas sistémicos. Puede haber epistaxis franca.

Amigdalinas y faríngeas: malestar general, anorexia, mal de garganta, fiebre leve, aumento del pulso por arriba de lo esperado para la temperatura corporal en 24 horas, membranas lisas, adherentes, blancuzcas, o grisáceas; linfadenitis quizá pronunciada (cuello de toro) y, en casos graves, toxemia, choque séptico y muerte en 6 a 10 días.

Liríngeas: fiebre, ronquera y tos, con o sin los síntomas antes señalados; posible

obstrucción de las vías respiratorias, conducta aprehensiva, retracciones disnéicas y cianosis.

TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES

- Antitoxinas (por lo general intravenosas) precedida de pruebas cutáneas o de la conjuntiva para descartar la sensibilidad del suero equino.
- Antibióticos (penicilina o eritromicina).
- Reposo total en cama para la prevención de la miocarditis.
- Traqueotomía contra la obstrucción de las vías respiratorias.
- Tratamiento de personas infectadas y portadoras.

COMPLICACIONES

Miocarditis (en la segunda semana).

Neuritis.

CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA

- Mantenerlo en aislamiento estricto.
- Participar en las pruebas de sensibilidad; tener a la mano adrenalina.
- Administrar antibióticos y observar en busca de signos de sensibilidad a la penicilina.
- Administrar una atención integral para que se acate el reposo en cama.
- Usar la aspiración de secreciones en la medida de lo necesario.

- Regular la humedad para que la licuefacción de las secreciones sea óptima.
- Observar las respiraciones en busca de signos de obstrucción.

RUBEÓLA

Microorganismo causante: un virus.

Fuente: principalmente las secreciones nasofaríngeas de personas afectadas por la infección, sea ésta evidente o no; el virus también se encuentra en las sangre, las heces y la orina.

Transmisión: contacto directo con la persona afectada; indirecto por artículos recién contaminados con secreciones nasofaríngeas, heces u orina.

Período de incubación: de 14 a 21 días.

Período de contagio: desde 7 días antes de la aparición de la erupción hasta 5 días después.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Etapa prodrómica: ausente en niños y presente en adultos y adolescentes; consiste en fiebre leve, cefalea, malestar general, anorexia, conjuntivitis leve, coriza, mal de garganta, tos y linfadenopatía; dura uno a cinco días, y cede un día después de la aparición de la erupción.
- Erupción cutánea: aparece primeramente en la cara y se disemina con rapidez en sentido descendente al cuello, los miembros superiores e inferiores y el tronco; hacia

el fin del primer día el cuerpo está cubierto por un exantema maculopapular de color rojo rosado con lesiones separadas; desaparece en el mismo en que se inicia, usualmente hacia el tercer día.

- Signos y síntomas sistémicos: en ocasiones fiebre leve, cefalea, malestar general y linfadenopatía.

TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES

No se requiere tratamiento excepto el de antipiréticos contra la fiebre leve y analgésicos para el malestar general.

COMPLICACIONES

Poco frecuentes (artritis, encefalitis o púrpura); es la más benigna de todas las enfermedades contagiosas de la niñez; sus mayores riesgos son los de defectos teratógenos sobre el feto.

CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA

- Informar a los padres que la enfermedad es benigna.
- Recurrir a las medidas de comodidad que resulten necesarias.
- Aislar al niño respecto de mujeres embarazadas.(6)

PAROTIDITIS

Microorganismo causante: un virus del grupo paramixovirus.

Fuente: saliva de personas infectadas.

Transmisión: contacto directo con personas infectadas con microgotas de éstas.

Período de incubación: de catorce a veintiún días.

Período de contagio: alcanza su máximo e inmediatamente antes y después de que se inicie la inflamación.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Etapa prodrómica: fiebre, cefalea, malestar general y anorexia durante 24 horas, seguida de "otalgia" que se exagera con la masticación.
- Parotiditis: hacia el tercer día, una o más glándulas parótidas presentan hipertrofia unilateral o bilateral y aumenta a su tamaño máximo en uno a tres días; también hay dolor y sensibilidad de las glándulas.
- Otras manifestaciones: infecciones submaxilares y sublinguales, orquitis y meningoencefalitis.

TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES

Sintomático y de sosten: analgésicos y antipiréticos contra el dolor y la fiebre respectivamente. Suelen requerir líquidos intravenosos si el niño se rehusa a beber o vomita a causa de meningoencefalitis.

COMPLICACIONES

- Sordera neurosensorial.

-
- Encefalitis posinfecciosa.
 - Miocarditis.
 - Artritis.
 - Hepatitis.
 - Esterilidad (en varones adultos).

CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA

- Aislamiento durante el período contagioso; institución de aislamiento respiratorio durante la hospitalización.
- Reposo en cama durante el prodromo hasta que ceda la inflamación.
- Administración de analgésicos; usar jarabe si el niño no está dispuesto a masticar el medicamento.
- Estimular la ingestión de líquidos y alimentos blandos, y evitar los alimentos que deban ser masticados.
- Aplicación de compresas frías o calientes en el cuello, las que resulten más reconfortantes.
- A fin de aliviar la orquitis, proporcionar calor y apoyo local por medio de ropa interior ajustada (los trajes de baño a base de material elástico brindan resultados satisfactorios).

TOSFERINA

Microorganismo causante: *Bordetella pertussis*.

Fuente: derrame de las vías respiratorias de las personas infectadas.

Transmisión: contacto directo con personas infectadas con microgotas de éstas; contacto indirecto con artículos recién contaminados.

Período de incubación: de cinco a veintiún días, y por lo general de diez días.

Período de contagio: alcanzan su máxima durante la etapa catarral, antes del inicio de los paroxismos, y suele abarcar hasta la cuarta semana después de la aparición de éstos.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Etapa catarral: se inicia con síntomas de infecciones de las vías respiratorias superiores, como coriza, estornudos, lagrimeo, tos y fiebre leve; los síntomas continúan durante dos semanas, al término de los cuales se agrava la tos seca.
- Etapa paroxística: tos que se intensifica por la noche y consiste en toser rápida y brevemente varias veces, ello seguido de una inspiración súbita que se relaciona con el ruido agudo que acompaña a ese trastorno; durante los paroxismos hay rubor o cianosis de los carrillos, protuberancia de los ojos y protrusión lingual; suele continuar el paroxismo hasta que se expulsa un tapón mucoso espeso; es frecuente el vómito después de los ataques, y esta etapa por lo general dura de cuatro a seis semanas y va seguida por otra de convalecencia.

TRATAMIENTO Y COMPLICACIÓN

- Antimicrobianos como eritromicina.
- Administración de inmunoglobulina antitosferina o antipertussis.
- Tratamiento de sosten: se requiere la hospitalización de lactantes y niños deshidratados o con complicaciones.
- Reposo en cama.
- Oxigenoterapia y aumento en la humedad ambiental.
- Líquidos adecuados.
- Quizá se requiera la intubación.

COMPLICACIONES

- Neumonía (causa usual de muerte).
- Atelectasia.
- Otitis media.
- Convulsiones.
- Hemorragia (subaracnoidea o subconjuntival, o epistaxis).
- Pérdida de peso y deshidratación.
- Hernia.
- Prolapso rectal.

CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA

- Aislamiento durante la etapa catarral; en caso de hospitalización medidas de aislamiento respiratorio.
- Reposo en cama mientras persista la fiebre.
- Mantener al niño ocupado durante el día (el interés por el juego se relaciona con menos paroxismos).
- Tranquilizar a los padres durante los atemorizantes episodios de tos.
- Proporcionar un ambiente tranquilo y reducir los factores que fomenten los paroxismos (polvo, humo, cambios súbitos de temperatura ambiental, corrientes de aire, actividades y excitación) y mantener bien ventilada la habitación.
- Estimular la ingestión de líquidos en volumen pequeños con frecuencia y alimentar de nuevo al niño cuando vomite.
- Mantener al niño en una incubadora con mucha humedad, succionar con suavidad y frecuentemente a fin de prevenir la asfixia por secreciones.
- Observar en busca de signos de obstrucciones de las vías respiratorias (aumento e inquietud), aprehensión, retracciones o cianosis.

POLIOMIELITIS

Microorganismo causante: virus entérico de tres tipos: tipo 1 es la causa más frecuente de parálisis, tanto epidémica como endémica; el tipo 2 es el que se relaciona con menos frecuentemente con parálisis, y el tipo 3 ocupa el segundo lugar en cuanto a la frecuencia

de su relación con la parálisis.

Fuente: heces y secreciones bucofaríngeas de personas infectadas, en especial niños de corta edad.

Transmisión: contacto directo con personas en las que hay infección activa, sea evidente o no; la diseminación es por vía fecal-bucal y la faríngea-bucofaríngea.

Período de incubación: por lo general de siete a catorce días, aunque puede abarcar desde cinco hasta treinta y cinco días.

Período de contagio: no se conoce con exactitud; el virus está presente en la garganta y las heces poco después de que surge la infección, y persiste una semana en la garganta y cuatro a seis semanas en las heces.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Puede manifestarse en tres formas diferentes:

- Abortiva o no evidente: fiebre, inquietud mal de garganta, cefalea, anorexia, vómito y dolor abdominal; dura desde unas cuantas horas hasta algunos días.
- No parálitica: las mismas manifestaciones que en la forma abortiva pero más graves, con dolor y rigidez cervicales, dorsales y de los miembros inferiores.
- Parálitica: curso inicial semejante al del tipo no parálitico, seguido por recuperación y después por signos de parálisis de sistema nervioso central.

TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES

- Tratamiento inespecífico, que incluye antimicrobianos o gamma globulinas.
- Reposo total en cama durante la fase aguda.
- Ventilación respiratoria asistida en caso de parálisis respiratoria.
- Fisioterapia muscular después de la etapa aguda.

COMPLICACIONES

- Parálisis permanente.
- Hipertensión.
- Nefrolitiasis por desmineralización ósea durante la inmovilización prolongada.

CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA

- Reposo total en cama.
- Administrar sedantes leves en la medida de lo necesario para aliviar la ansiedad y fomentar el reposo.
- Participar en los procedimientos de fisioterapia (uso de compresas húmedas calientes y de ejercicios de arcos de movimiento completo).
- Colocar al niño para mantener el alineamiento corporal y prevenir las contracturas o las úlceras por decúbito; usar un tablón de apoyo para los pies.
- Alentar en el niño los movimientos; administrar analgésicos para que el bienestar físico sea máximo durante las actividades.

- Observar en busca de parálisis respiratoria (dificultad para hablar, tos ineficaz, incapacidad de contener el aliento, respiraciones rápidas y superficiales), informar al médico sobre tales signos y síntomas, y tener una charola con el equipo de traqueotomía junto a la cama del paciente.

TUBERCULOSIS

Microorganismo causante: *Mycobacterium tuberculosis*.

Fuente: secreciones respiratorias de las personas con infección activa.

Transmisión: contacto directo con las personas infectadas.

Período de incubación: desde la infección hasta la lesión primaria, unas cuatro a seis semanas.

Período de contagio: mientras se liberan bacilos.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Por lo general asintomáticas.
- Se confirma el diagnóstico al identificar los bacilos en el esputo o el contenido gástrico.
- En lactantes y niños en que la enfermedad está avanzada suele haber fiebre, palidez, debilidad, disminución de peso, tos, ronquera y taquipnea.

TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES

- Quimioterapia con combinación de fármacos, usualmente isoniacida y rifampicina.
- Evitar que continúe el contacto con personas infectadas.

COMPLICACIONES

- Diseminación de los bacilos a diversas partes del cuerpo, como meninges, esqueleto y ganglios linfáticos.

CONSIDERACIONES DE ENFERMERÍA

- Participar en los programas de detección masiva de la tuberculosis.
- Instruir a los padres y al niño acerca de la enfermedad y su tratamiento.
- Alentar el acatamiento de la farmacoterapia a corto plazo.
- Fomentar un estado general de salud óptimo en especial por mantenimiento de la nutrición y prevención de las infecciones. (7)