



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**NOMBRE:** LEANDRO JIMENEZ PEREZ

**CARRERA:** LIC. ENFERMERIA

**MATERIA:** ENFERMERIA GERONTOGERIATRIA

**TRABAJO:** RESUMEN

**CATEDRATICO:** LEO. ERIKA CEDILLO REYES

**FECHA DE ENTREGA:** 24/ 07 / 2020

## Examen Físico

El “Examen Físico” es el principal método para obtener datos objetivos observables y medibles del estado de salud del paciente/usuario. Por lo tanto el examen físico es esencial para completar la fase de valoración ya que, el profesional de enfermería podrá confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

Como primera medida al realizar el examen físico, el profesional de enfermería debe tener en cuenta la “Apariencia General”, de la persona, la cual contiene ciertos elementos como; la constitución personal o sea las características en relación al desarrollo muscular, a la obesidad o pérdida de peso, y a la talla. Otro componente importante a tener en cuenta es la edad; la edad aparente en relación con la edad cronológica. Las características del lenguaje, el tono de voz, la postura que adopta la persona, como los movimientos corporales voluntarios o involuntarios, la presentación personal de aseo o descuido y el grado de cooperación, brinda importante información sobre el estado de salud.

Los datos del “Examen Físico” se obtienen a partir de una “Exploración-Física”, pautada organizada estructurada y metódica, que se puede abordar:

De “Cabeza a Pies”, (Cefalo-Caudal)

Examen “Regional” (por Regiones)

Por “Sistemas-Aparatos”.

Por “Patrones Funcionales de Salud”

El examen Céfalo Caudal es el procedimiento más usado, aunque se debe tener en cuenta la energía y el tiempo disponible del paciente.

El examen por “Sistemas y Aparatos”, esencialmente surge de la información obtenido durante la entrevista y la observación realizada durante la entrevista, dicha información orienta a decidir qué sistemas necesitan un mayor estudio durante la exploración física.

En situaciones de urgencias la exploración física puede realizarse de forma “Regional”, lo que implica hacer una exploración solamente de la zona afectada para recabar datos precisos de dicha afección, para iniciar la atención de forma rápida.

Luego de iniciada la atención y en relación al estado de salud, se deberá de completar el examen físico.

Los “Patrones Funcionales de Salud”, permiten la recogida ordenada de datos de cada patrón. A partir de los datos obtenidos el profesional de enfermería podrá centrar el examen físico en áreas funcionales concretas.

El procedimiento para realizar el examen físico puede variar de acuerdo con la edad del paciente/usuario, el problema de salud y la severidad de la afección, o de la prioridad de poder contar con datos concretos y objetivos que permitan proveer la atención necesaria. Cualquiera sea la forma de abordar el examen físico, la información del estado de salud obtenida es idéntica. Por lo tanto, el profesional de enfermería deberá escoger el método más eficaz o el más apropiado a la situación de cada persona.

### **Objetivo**

Obtener datos basales, observables, medibles y objetivos sobre el estado de salud actual.

Confirmar o refutar los datos subjetivos obtenidos en la entrevista, “historia de enfermería”, por medio de las técnicas del examen físico.

Completar los datos mediante la valoración integral de la persona, para establecer los diagnósticos enfermeros y planificar los cuidados.

### **Técnicas del examen físico**

- 1) Inspección
- 2) Palpación
- 3) 3) Percusión
- 4) Auscultación
- 5) Olfacción

El Arreglo Personal: La higiene personal y el arreglo en el vestido, como el peinado, cuidado de las uñas y el uso de maquillaje, son datos que proporcionan una valiosa información en relación al cuidado y al estado de salud de la persona.

□ El Estado de la Piel: Los datos obtenidos del estado superficial de la piel, incluyen las características en base al color y la integridad de la piel. Los

## **Examen físico céfalo caudal**

\_ cambios de color de la piel, las erupciones cutáneas, las cicatrices, las lesiones tipos y características de estas lesiones. La presencia de tatuajes....

\_ El Tono y la Modulación de la Voz: El tono de voz y la facilidad o dificultad de modular o articular frases, son aspectos que pueden indicar sensaciones emocionales o alguna lesión sensorial que determinarán si la persona está consiente, inconsciente y/o soporoso.

\_ La Posición - Postura Adoptada: Permite obtener información de la capacidad que tiene la persona para estar de pie, sentada o permanecer acostada.

\_ La Expresión Facial "Facies": El aspecto de la Cara se encuentra determinado por las manifestaciones que pueden reflejar de forma directa sensaciones emocionales de dolor y/o malestar, pero el cambio de la expresión facial puede estar influenciada por incomodidad en relación a la posición que debe adoptar la persona. Por lo que enfermería deberá estar alerta si la persona se muestra relajada, ansiosa, temerosa o triste.

\_ Los Movimientos Corporales: Implica observar si los movimientos corporales son coordinados en relación a una indicación dada, o si son movimientos voluntarios o involuntarios, como tics, temblores o si permanece inmóvil.

\_ La Marcha: Indica la forma de andar de la persona, si la realiza por sí solo, si la marcha es vacilante, coordinada o incoordinada, y si para realizar la marcha necesita la ayuda de otra persona o de algún dispositivo de ayuda, por ej. (bastón, andador).

## **Durante su estancia**

### **Cuidados de enfermería**

Tomar signos vitales

Administración de medicamentos

Baños de esponja

Aspiración de secreciones

Cambiar sabanas

Accesos venosos muy aspticos y precisos

Apoyo emocional

Notas de evolución

Es una metodología lógica para documentar la atención que se le esta presentando al paciente que a diferencia de los de mas métodos utilizados anterior mente permite una mayor o total comunicación entre los diferentes profesionales que atienden al paciente ya sean médicos

## **Alta del paciente**

### **Objetivos**

Reincorporar al paciente a su medio habitual procurando la continuidad de los cuidados

### **Material**

- \_ Informe de Alta de enfermería.
- \_ Informe médico de Alta.
- \_ Impreso para ambulancia o taxi (si precisa).
- \_ Medicación (si precisa).
- \_ Registros de enfermería.
- \_ Medio de traslado adecuado (silla de ruedas, camilla, etc.)

### **Procedimiento**

- \_ Informar del alta al paciente, familia y/o asistente social con suficiente antelación.
- \_ Cursar impreso de medio de transporte si precisa.
- \_ Realizar una valoración de enfermería sobre la evolución y estado del paciente en el momento del alta.
- \_ Entregar el informe de ALTA DE ENFERMERÍA revisando con el paciente, familia y/o asistente social los cuidados que deberá continuar fuera del hospital.
- \_ Ayudar al paciente (si precisa) a vestirse y a recoger sus pertenencias.

\_ Trasladar al paciente hasta el medio de transporte que le llevará a su lugar de procedencia, despidiéndose de él y de su familia.

\_ Asegurarse que el paciente ha recogido todas sus pertenencias, entregando en el departamento administrativo correspondiente cualquier objeto personal olvidado.

\_ Anotar el alta en el libro de registro de la unidad y en la hoja de evolución de enfermería.

\_ Dejar la habitación en condiciones óptimas para poder recibir un nuevo ingreso (ver protocolo de Preparación de la cama para el ingreso del paciente).

\_ Ordenar y guardar toda la documentación de enfermería en la Historia Clínica del paciente para enviar al servicio de archivo.

\_ Avisar al servicio de Admisión de la disponibilidad de la cama para un nuevo paciente.

### **Alta voluntaria**

Es un procedimiento por medio de cual el paciente familias mas cercano tutor o representante jurídico solicita el egreso con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar