



Nombre de alumno: Ana Laura Ramos Aguilar

Nombre del profesor: Arnulfo Martin Bermúdez Estrada

Nombre del trabajo: Resumen

Materia: Prácticas Profesionales

Grado: Noveno Cuatrimestre

Grupo: A

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 23 de mayo del 2020

Introducción

La exploración física o examen clínico es el conjunto de maniobras que realiza un médico o enfermero para obtener información sobre el estado de salud de una persona. La ciencia encargada de su estudio se denomina Semiología clínica. La exploración clínica la realiza el médico al paciente, después de una correcta anamnesis en la entrevista clínica, para obtener una serie de datos objetivos o signos clínicos que estén relacionados con los síntomas que refiere el paciente. La información conseguida mediante la anamnesis y la exploración física se registra en la historia clínica, y es la base de un juicio clínico inicial a partir del cual se solicitan o no determinadas exploraciones complementarias, que confirmen el diagnóstico médico de un síndrome o enfermedad.

En muchas ocasiones una correcta exploración clínica, acompañada de una buena anamnesis, ayuda a establecer un diagnóstico sin necesidad de la realización de pruebas clínicas o exploraciones complementarias más complejas y costosas. Además, la exploración física establece un contacto físico estrecho entre el personal de enfermería y el médico con el paciente, consiguiendo así confianza en la relación enfermero o médico -paciente.

Exploración física

Identificación del paciente

Es necesario identificar correctamente al paciente para evitar errores a la hora de asignar datos, pedir pruebas o indicar planes terapéuticos. Incluye los siguientes datos de filiación:

- Nombre y apellidos
- Sexo
- Fecha de nacimiento o edad
- Número de documento de identidad
- Según requerimientos particulares o institucionales puede incluir información adicional como domicilio, teléfono, número de historia clínica, nombre de su sistema de cobertura médica y su número de identificación en la misma, etc.

Métodos

Primarios

Clásicamente la exploración física es la percepción de los signos clínicos presentes en el paciente por los sentidos del médico.

Se compone de:

Inspección visual: es el método de exploración física del paciente que se efectúa por medio de la vista. Es el primer paso en un examen físico, y se basa en la observación total o parcial del cuerpo del paciente.

Palpación: es el proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto. Es la técnica diagnóstica que utiliza el tacto de las partes externas del cuerpo o bien de las partes accesibles.

Percusión: es una técnica de exploración física que, mediante pequeños golpes con los dedos de las manos sobre la superficie corporal del paciente, sirve para delimitar zonas de distinta sonoridad.

Auscultación: consiste en escuchar de manera directa o por medio de instrumentos como el estetoscopio, para valorar sonidos normales o patológicos.

Secundarios

Son maniobras sencillas realizadas por el médico con el apoyo de instrumentos como una fuente de luz, un fonendoscopio, un esfigmomanómetro, un martillo de reflejos, etc.

Inspección general

Inicialmente se hace una inspección general del paciente, evaluando su:

- Estado de consciencia
- Grado de colaboración
- Movilidad

- Actitud: apatía, coma, excitación
- Estado de nutrición: obesidad, anorexia,
- Estado de nutrición: obesidad, anorexia, caquexia
- Grado de hidratación

Constantes vitales

- Temperatura
- Pulso: fuerte, débil, filiforme
- Frecuencia cardiaca
- Frecuencia respiratoria

Tipos

La exploración médica puede realizarse por aparatos o sistemas, o segmentaria cuando se centra directamente en una determinada zona corporal según los síntomas que refiere el paciente.

Exploración por aparatos o sistemas

Según el aparato o sistema estudiado la exploración física se denomina:

- Examen cardíaco y vascular
- Examen del aparato digestivo
- Examen del aparato locomotor
- Examen del sistema linfático
- Examen dermatológico
- Examen ginecológico
- Examen neurológico
- Examen osteoarticular
- Examen otorrinolaringológico
- Examen pulmonar o respiratorio
- Examen psiquiátrico y psicológico
- Examen odontológico

Examen físico segmentario

1. Cabeza
 - Tamaño: [normocéfalo]
 - Forma: braquicéfalo, dolicocefalo, turricéfalo
 - Perímetro craneano (en niños)
2. Cuero cabelludo: integridad, higiene
3. Cara: simetría, aumento de volumen, movimientos involuntarios, presencia de lesiones.
 - Frente: tamaño, simetría de pliegues
 - Arco periorbitario
 - Cejas
 - Párpados: parpadeo, simetría

- Pestañas
- 4. Ojos
 - Globo ocular. Tamaño: exoftalmia, enoftalmia. Tensión
 - Conjuntiva ocular y palpebral
 - Escleras
 - Iris
 - Pupila
 - Córnea
 - Reflejo fotomotor, movimientos oculares, agudeza visual.
- 5. Nariz: tamaño
 - Tabique nasal: posición
 - Mucosa nasal: permeabilidad, olfato, aleteo
 - nasal. Coriza
- 6. Oídos: forma, tamaño, posición, simetría. Audición
 - Pabellón auricular
 - Conducto auditivo externo: higiene, secreciones
- 7. Boca: halitosis
 - Labios
 - Encías
 - Dentadura: oclusión, masticación. Higiene
 - Lengua: gusto
 - Paladar duro
 - Paladar blando
 - Glándulas salivares: salivación
- 8. Amígdalas
- 9. Faringe
 - Deglución

- Cuello
 1. Movilidad
 2. Tiroides: tamaño
 3. Tráquea
 4. Yugulares: pulso carotídeo, sensibilidad, aumentos de volumen, masa, rigidez.

- Tórax

Forma, simetría, uso musculatura accesoria, retracción o abombamiento de espacios intercostales, elasticidad, expansión, movilidad de la caja torácica, dolor, masas, percusión. Lesiones, cicatrices, cambios de coloración.

1. Corazón: auscultación ruidos cardiacos
2. Pulmones: auscultación ruidos pulmonares
3. Mamas

4. Axilas Simetría, textura, aumento de volumen, presencia de masas, retracción, secreciones, presencia de masas, retracción, secreciones, cambio de coloración, sensibilidad.

- Abdomen

Forma: plano, excavado, distendido, abombado, globuloso, en delantal.

Ombigo: aspecto

Perímetro abdominal: simetría, coloración, cicatrices, lesiones, circulación colateral, dolor, resistencia, masas, ruidos hidroaéreos, matidez, timpanismo, ascitis, organomegalias

Es importante tratar de palpar las vísceras para detectar agrandamientos o anomalías. El examen físico abdominal se realiza dividiendo el abdomen en 9 cuadrantes y se comienza por el hipocondrio izquierdo en sentido antihorario. En caso de que el paciente presente dolor se deberá comenzar por el lado opuesto al dolor y la región de dolor deberá ser la última.

- Espalda
- Piel, músculos, huesos.
- Zona dorsal
- Zona lumbar
- Zona glútea, interglútea y anal: hemorroides, edema lumbosacro
- Columna vertebral: Movimientos, alineación, deformidades, vicios, sensibilidad, curvatura.
- Región cervical
- Región torácica
- Región lumbar
- Región sacra
- Región coccígea

1. Extremidades superiores e inferiores

- Coloración
- pulsos
- sensibilidad
- higiene
- Edema
- varices
- Tono muscular: flaccidez, contracturas, atrofia, hipertrofia. Fuerza y resistencia.
- Movilidad: rango de movimientos, limitaciones.
- Articulaciones: dolor, aumento de volumen, calor, rigidez, deformidad.
- Alineación de extremidades: genu valgum (X), genu varum (O)
- Brazos, manos y dedos
- Pies y tobillos: pie valgo, pie varo. Dolor. Queratodermia, hallux valgus, dedo en martillo.

- 2. Genitales
 - Escala de Tanner
 - Hemorragia
 - dolor
 - secreciones
 - inflamación
 - masas
 - higiene.
 - Vello pubiano
 - Genitales femeninos
- 1. Labios mayores
- 2. Clítoris
- 3. Clítoris
- 4. Meato urinario
- 5. Labios menores
- 6. Abertura vaginal
- 7. Zona perineal
 - Genitales masculinos
- 1. Testículos: tamaño, consistencia.
- 2. Pene: color, secreciones
- 3. Prepucio
- 4. Glande: esmegma
- 5. Meato urinario

Escala de coma de Glasgow

La Escala de Coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)) es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona. Una exploración neurológica de un paciente con traumatismo craneoencefálico debe ser simple, objetiva y rápida. La evaluación del nivel de conciencia es el parámetro más importante que debe tenerse en cuenta. Han de evitarse términos ambiguos como estuporoso, somnoliento, inconsciente o comatoso, que son subjetivos y no permiten tener la certeza del curso clínico del paciente. Por ello se ha universalizado el empleo de la GCS. La Escala de Coma de Glasgow utiliza tres parámetros que han demostrado ser muy replicables en su apreciación entre los replicables en su apreciación entre los distintos observadores: la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. Debe desglosarse en cada apartado, y siempre se puntuará la mejor respuesta. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente. Una vez hemos realizado el examen neurológico podremos establecer una categoría para el grado de gravedad del traumatismo. A partir de aquí el profesional podrá definir un pronóstico inicial y, lo más importante, marcar los pasos de actuación diagnóstica y terapéutica siguientes.



ESCALA DE COMA GLASGOW



@Creative_Nurse

MEJOR RESPUESTA

O
C
U
L
A
R

4



ESPONTÁNEA

Abre antes del estímulo

3



AL SONIDO

Tras decir o gritar la orden

2



A LA PRESIÓN

Tras estímulo en la punta del dedo

1



NINGUNA

No abre los ojos
No hay factor que interfiera

NV No Valorable = Cerrados por un factor a nivel local

V
E
R
B
A
L

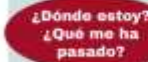
5



ORIENTADO

Da correctamente Nombre, Lugar y Fecha

4



CONFUSO

No orientado
Comunicación coherente

3



PALABRAS

Palabras sueltas
inteligibles

2



SONIDOS

Solo gemidos y quejidos

1



NINGUNA

No se oye respuesta
No hay factor que interfiera

NV No Valorable = Existe factor que interfiere en la comunicación

M
O
T
O
R
A

6



OBECED E ÓRDENES

Obedece con ambos lados

5



LOCALIZA

Lleva la mano por encima de la clavícula estimulada

4



FLEXIÓN NORMAL

Dobla brazo sobre codo rápidamente

3



FLEXIÓN ANORMAL

Dobla brazo sobre codo. Características anormales

2



EXTENSIÓN

Extiende el brazo

1



NINGUNA

No hay movimientos en brazos ni piernas.
No hay factor que interfiera

NV No Valorable = Parálisis u otro factor limitante

FUENTE: <http://www.glasgowcomascale.org/>

Conclusión

Para la realización del examen físico se debe tener presente que el mismo lo iremos realizando indistintamente, siguiendo el orden cefalo-caudal aprovechando el mismo orden para explorar aquel sistema que se corresponda con la porción o parte en que nos encontremos en cada momento.

Tener también en cuenta que primero iremos examinando la parte distal y luego la parte proximal.

Cuando se trate de una parte par se deberá comparar ambas.

Se aconseja no medir los signos vitales conjuntamente con la realización del examen físico, sino medir primero estos y realizar posteriormente el examen.