



“Ensayo: Exploración física y Evaluación de consciencia”

Sonia Vineydi Álvarez Álvarez
9no “B”

Arnulfo Martin Bermudes Estrada
Prácticas profesionales

“Para ofrecer cuidados, además de contar con conocimientos propios de enfermería, es necesario desarrollar habilidades específicas, como empatía, comunicación, observación y toma de decisiones, entre otras” (Valverde, 2013)

El examen físico es la exploración, la cual se define como, el conjunto de procedimientos y técnicas que permiten reunir información, reconocer las alteraciones o signos producidos por la enfermedad y del estado que presenta en relación con su salud o enfermedad, valiéndose de los sentidos y de pequeños aparatos o instrumentos llevados consigo mismo, tales como: termómetro clínico, estetoscopio, y esfigmomanómetro entre los más utilizados.

La exploración física completa se puede iniciar por la cabeza y continuar de forma sistemática en sentido descendente (cefalocaudal). Sin embargo, el procedimiento varía en función de la edad del paciente, la gravedad del problema, la práctica de la enfermera, el lugar de exploración, y los procedimientos y prioridades de la unidad de salud. En un niño la exploración física se realiza de lo menos invasivo o incómodo a lo más traumático. Generalmente se inicia con la cabeza, el cuello, área torácica; para terminar con los oídos, la boca, el abdomen y los genitales.

Existen 4 métodos de exploración física: Inspección, palpación, percusión y auscultación.

Inspección

Se efectúa por medio de la vista (observación). Tiene como objetivos detectar características físicas significativas y observar y discriminar en forma precisa los hallazgos anormales en relación con los normales.

Se debe observar de forma cuidadosa y continua:

- Los órganos receptores se sitúan en piel, aparato musculoesquelético, órganos de los sentidos y otras estructuras internas
- El tipo, pulcritud, desaliño o manchas diversas de la vestimenta son indicadores en forma de cultura o de alteraciones psicofisiopatológicas
- Los valores somatométricos, motrices y sociales acordes a cada grupo etáreo son parámetros de crecimiento y desarrollo normal
- Ciertos tipos de calzado orientan hacia la búsqueda de deformidades en pie o columna vertebral, dermatitis, alteraciones de la marcha, etc.
- El reflejo de las reacciones (facies).
- Las lesiones o procesos cutáneos son primarios u originales (mácula, pápula, vesícula, pústula, ampolla, nódulo, tumor y roncha) y secundarios o desarrollados a partir de los primarios (exfoliaciones, costras, excoriaciones, fisuras, úlceras, cicatrices y manchas)
- La anomalía en la estructura anatomofuncional, pérdida de equilibrio o sentido de la posición, son indicadores de trastornos musculoesqueléticos potenciales o reales
- Los movimientos corporales pueden ser desde el punto de vista de:
 - Normalidad: normales y anormales
 - Control nervioso: voluntarios e involuntarios
 - Sitio de presentación: localizados y generalizados

Palpación

Proceso de examinar el cuerpo utilizando el sentido del tacto; con el propósito de detectar la presencia o ausencia de masas, dolor, temperatura, tono muscular y movimiento y corroborar los datos obtenidos durante el interrogatorio e inspección.

Es importante colocar al paciente en posición cómoda para favorecer la relajación muscular de la región y evitar la tensión emocional

- Las maniobras de palpación en áreas adyacentes a las áreas adoloridas disminuye el dolor, el malestar físico y permiten la colaboración del paciente
- Mantener contacto visual hacia el paciente durante la palpación incrementa la confianza y seguridad en el paciente

Percusión

Consiste en golpear suavemente con la mano o instrumentos cualquier segmento del cuerpo para producir movimientos, dolor y obtener sonidos para determinar la posición, tamaño y densidad de una estructura subyacente, así como determinar la cantidad de aire o material sólidos de un órgano. Se utilizan los dedos índice, medio y anular (los tres juntos), se golpear con las yemas de los dedos para poder detectar dolor, movimiento y ruidos:

- Las cualidades de sonidos son intensidad o fuerza, altura o tono, timbre y duración.
- Los tonos de percusión son timpánico o fuerte, resonante (hueco de tono bajo), hiperresonante (muy fuerte y de tono bajo), monótono o alto y amortiguado de tono alto
- Los órganos sin aire producen sonidos mate; los huecos, sonido timpánico y el pulmón emite un sonido claro y resonante
- Los tonos producidos sugieren densidad de las estructuras subyacentes
- Las estructuras superficiales que se encuentran entre 5 y 7 cm por debajo de la piel, pueden explorarse por medio de percusión

Auscultación

Se efectúa por medio del oído con el fin de valorar ruidos o sonidos producidos en los órganos (contracción cardíaca, soplos cardíacos, peristaltismo intestinal, sonidos pulmonares, entre otros.) y detectar anomalías en el ruidos o sonidos fisiológicos mencionados.

La auscultación se puede dividir en dos tipos: directa o inmediata e indirecta, mediata o instrumental por medio de fonendoscopio o estetoscopio.

- Las características de los sonidos son frecuencia o tono, intensidad o volumen, calidad o timbre y duración
- Los sonidos respiratorios normales son:
 - Bronquiales: fuertes discordantes y alta tonicidad sobre tráquea y bronquios
 - Broncovesiculares: como de viento y tono moderado sobre vías aéreas principales en ambos lados del esternón
 - Vesiculares: como brisa suave y tono bajo sobre área periférica pulmonar
- La frecuencia de una vibración es el número de ciclos de ondas generadas por segundo en el cuerpo que vibra
- La intensidad del sonido está relacionada con la amplitud de la onda de sonido producida por el objeto que vibra

- Una buena auscultación del aparato respiratorio se inicia por tráquea y se sigue por árbol bronquial a ambos lados y lecho pulmonar de anterior a posterior
- Una buena auscultación del aparato digestivo se inicia por el estómago, siguiendo el tracto gastrointestinal hasta la sínfisis púbica, levantando el estetoscopio al pasar de un lado a otro.

La **evaluación de la conciencia** se realiza con la escala de coma de Glasgow, la cual, valora el nivel de conciencia mediante la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.

Teniendo en cuenta que existen una serie de limitaciones para aplicar la escala, como:

- Edema de párpados
- Afasia
- Intubación traqueal
- Inmovilización de algún miembro
- Tratamiento con sedantes y relajantes

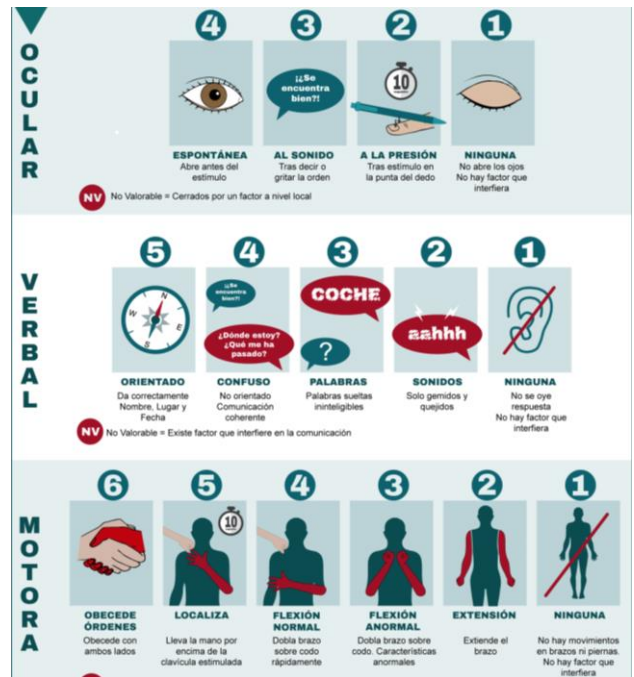
Valorar

1.-Respuesta ocular. El paciente abre los ojos:

- De forma espontánea: hay apertura ocular sin necesidad de estímulo, indica que los mecanismos excitadores del tronco cerebral están activos. Los ojos abiertos no implica conciencia de los hechos. "Puntuación 4".
- A estímulos verbales: a cualquier frase, no necesariamente una instrucción. "Puntuación 3"
- Al dolor: aplicando estímulos dolorosos en esternón, en la base del esternocleidomastoideo, en el lecho ungueal etc. (no debe utilizarse presión supraorbitaria). "Puntuación 2".
- Ausencia de respuesta: no hay apertura ocular. "Puntuación 1".

2.-Respuesta verbal. El paciente está:

- Orientado: Debe saber quién es, donde está y por qué está aquí y en qué año, estación y mes se encuentra. "Puntuación 5".
- Desorientado/confuso: responde a preguntas en una conversación habitual, pero las respuestas no se sitúan en el tiempo o espacio. Lo primero que se pierde es la situación del tiempo, luego del lugar y por último la persona. "Puntuación 4".
- Incoherente: no es posible llevar a cabo una conversación sostenida; reniega y grita. "Puntuación 3".
- Sonidos incomprensibles: emite lamentos y quejidos sin palabras reconocibles. "Puntuación 2".



- Sin respuesta: no hay respuesta verbal. "Puntuación 1".

3.-Respuesta motora.

- Obedece órdenes (por ejemplo levantar el brazo, sacar la lengua etc.) "Puntuación 6".
- Localiza el dolor: a la aplicación de un estímulo doloroso con un movimiento deliberado o intencionado. "Puntuación 5".
- Retirada al dolor: a la aplicación del estímulo, el sujeto realiza respuesta de retirada. "Puntuación 4".
- Flexión anormal: frente al estímulo el sujeto adopta una postura de flexión de las extremidades superiores sobre el tórax, con abducción de las manos. "Puntuación 3".
- Extensión anormal: ante el estímulo el sujeto adopta postura extensora de las extremidades superiores e inferiores. Existiendo rotación interna del brazo y pronación del antebrazo. "Puntuación 2".
- Sin respuesta: "Puntuación 1".

Puntuación

De acuerdo a la suma de los puntos podemos saber el nivel de conciencia.

Normal: 15 puntos

Gravedad: <9 puntos

Coma profundo: 3 puntos

Como conclusión dicho ensayo es realizado para recordar temas que son de vital importancia para la actuación en enfermería, ya que la importancia de la anamnesis, exploración del paciente y evaluación de la conciencia lograrán una valoración completa y asertiva del paciente.

Es aconsejable no medir los signos vitales conjuntamente con la realización del examen físico, sino medir primero estos, y realizar posteriormente el examen, completándolo con la escala de Glasgow.

Sin olvidar que en las hojas de enfermería se deben hacer las anotaciones de manera ordenada, sin borrones y con letra legible.

Bibliografía

Fuente, R. R. (2002). Manual de enfermería.

Gómez, E. R. (2009). *Fundamentos de enfermería*. México: El Manual Moderno.

Marañón", H. g. (2011). Medición de signos neurologicos . Madrid, España.

Valverde, I. M. (2013). *Enfermería Pédiátrica*. México: El manual moderno.