



Nombre de alumnos:

Dayri Yoseli Santiago Pérez

Nombre del profesor:

Arnulfo Martin Bermúdez Estrada

Nombre del trabajo:

Exploración física y valoración de conciencia

Materia:

Prácticas profesionales

Grado:

Noveno cuatrimestre

Grupo:

“C”

Comitán de Domínguez Chiapas a 25 de mayo de 2020.

EXPLORACIÓN FÍSICA Y EVALUACIÓN DE CONCIENCIA

Exploración física este tema aborda a la somatometría y signos vitales mismos que forma parte del estudio clínico.

Para realizar la exploración física se explica al paciente lo que se planea hacer. Asegurarse que está cómodo y que siente la privacidad. Se utilizan todos los sentidos: visión, audición, olfato y tacto.

La inspección consiste en observar al paciente en su totalidad o simplemente algunas áreas, según donde estén afectados. Para esta exploración se tiene que tener en cuenta la privacidad del paciente. Se tiene que observar desde la cabeza hasta los pies, si se encuentra alguna deformidad en el cráneo alguna lesión, etc.

La palpación consiste en utilizar las palmas de la mano para sentir el estado del cuerpo si se encuentra algunas lesiones o patologías que se hagan notar con las manos, entre otras como algún quiste o si tiene algún dolor al momento de tocar entre otras cosas que se puede utilizar esta exploración.

La percusión esta valoración se trata en escuchar y sentir algunos ruidos anormales por medio de la utilización de las manos para generar un ruido.

La auscultación es cuando se utiliza al 100% los oídos para poder escuchar los ruidos en los pulmones, en el tórax o abdomen.

El objetivo principal de una escala es trasladar el conjunto de alteraciones neurológicas de cada exploración sucesiva a datos numéricos que ayuden a valorar de forma objetiva y cuantificable la gravedad de la alteración neurológica. Además, las escalas permiten comparar datos, deducir pronósticos etc. se refiere más a la escala de Glasgow.

La escala de Glasgow valora tres parámetros independientes: apertura de ojos, respuesta verbal y respuesta motora. La puntuación mínima es de 3 puntos, cuando no hay ninguna respuesta y la puntuación máxima de 15. Se debe registrar desglosando los tres componentes: AO+RV+RM y anotando la mejor.

La definición de coma más aceptada en la actualidad está basada en esta escala y se refiere a un paciente que no obedece órdenes, no pronuncia palabras, no abre los ojos y no responde espontáneamente ante cualquier estímulo.

Esta escala nos permite valorar tanto la gravedad inicial tras el traumatismo, como la posterior evolución mediante exploraciones periódicas.

La valoración inicial, una vez realizada la reanimación, es la valoración más importante cuando el paciente posteriormente es sedado e intubado. Se realiza en el lugar del accidente o en el primer centro sanitario que le atiende. Es fundamental para:

- Definir la gravedad del paciente. Se consideran TCE graves aquellos que presentan una puntuación de 3 a 8 puntos, moderados de 9 a 13 y leves de 14 a 15 puntos.
- Predecir el resultado.
- Determinar la monitorización necesaria.
- Orientar el tratamiento. Si esta valoración inicial no es correcta puede dar lugar a monitorización innecesaria, medidas terapéuticas inadecuadas o inducir a un pronóstico erróneo.

Se deben realizar valoraciones posteriores, repetidas a intervalos regulares tanto en la fase aguda, como durante todo el proceso de recuperación, ya que servirán para:

- Detectar de forma precoz la disminución del nivel de conciencia y poder tomar una actitud terapéutica.
- Establecer la duración del coma. Se considera que el paciente sale de una situación de coma cuando abre espontáneamente los ojos.
- Confirmar el momento de la recuperación o mejoría. Es, por lo general, el mejor indicador de la mejora o deterioro de la función cerebral.

Existen numerosos factores que pueden interferir en la aplicación de la escala en cualquiera de los tres parámetros. Estos son los más frecuentes:

Apertura de ojos: Puede verse dificultada tras una lesión facial que produzca edema palpebral.

Respuesta verbal: La importancia de la adecuada oxigenación y de la protección de la vía aérea ha hecho que un gran número de pacientes con TCE lleguen a los centros de neurotraumatología intubados y sedados, por lo que en estos pacientes la respuesta verbal está alterada o abolida.

Respuesta motora: Es la menos artefactable, siempre que se haya descartado una lesión medular.

Una consecuencia de estas limitaciones es la dificultad para comparar distintos grupos de pacientes, ya que existe gran variabilidad en los registros. Algunos expertos recomiendan registrar C cuando no se puede valorar la apertura ocular por edema y T para pacientes intubados o traqueotomizados.

Conclusión

En este trabajo se me hizo de mucha utilidad para poder recordar lo que ya había visto en clases anteriores, no cabe recalcar es muy importante para nosotros los estudiantes de enfermería para poder conocer y saber cómo valorar a una persona que haya tenido o un accidente o que ha estado en coma o entubado, para poder darnos cuenta del estado de mejoramiento que lleva, también no olvidar que se debe valorar el paciente, repeticiones al día para asegurarnos.

Para llevar a cabo todo esto hay que saber correctamente sobre la escala de Glasgow y la valoración del paciente.