



**Nombre de alumno:** Norma Isabel Ramírez Pérez

**Nombre del profesor:** Lic. Arnulfo Martin Bermudez Estrada

**Nombre del trabajo:** ensayo

**Materia:** prácticas profesionales

**Grado:** 9º

**Grupo:** C

Comitán de Domínguez Chiapas a 25 de mayo de 2020.

## INTRODUCCIÓN

El examen Físico es la exploración que se practica a toda persona a fin de reconocer las alteraciones o signos producidos por la 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. Este constituye una de las habilidades a lograr por los estudiantes de Licenciatura en Enfermería como parte de sus Competencia y Desempeño, por lo que deberá tener nociones elementales o básicas que le permitan interactuar con el paciente en tal sentido. En un diagnóstico de enfermería o médico requiere del empleo de diferentes métodos y herramientas que permitan la recolección de información de forma objetiva y segura, ya que de esto dependerá el tratamiento que posteriormente se establecerá al paciente. La exploración física es el examen sistemático del paciente para encontrar evidencia física de capacidad o incapacidad funcional. Es imperativo realizar una buena entrevista con el paciente previamente, ya que ello nos dará una orientación diagnóstica, lo que permitirá que cuando iniciemos la exploración no lo hagamos a ciegas, sino centrándonos en determinadas regiones o buscando determinadas manifestaciones. De hecho, muchas veces la exploración empieza según entra el paciente por la puerta. Mientras hablamos con él, nos damos cuenta de determinadas manifestaciones que tendremos que apuntar posteriormente.

## **DESARROLLO**

### **Exploración física**

Con frecuencia la exploración física completa se puede iniciar por la cabeza y continuar de forma sistemática en sentido descendente (cefalocaudal). Sin embargo esto varía depende de la edad del paciente, gravedad del problema, práctica de la enfermería lugar y prioridades de la unidad de salud. En general se inicia con la cabeza, cuello, área torácica; para terminar con oídos, boca, abdomen y genitales. Antes de iniciar la valoración es importante preparar el entorno en cuanto a la iluminación, temperatura, limpieza. Estos objetivos se logran mediante los métodos de exploración:

- **Inspección:** se efectúa por medio de la vista tiene como objetivo detectar características físicas y emocionales significativas.
- **Palpación:** es el proceso de examinar el cuerpo, se utiliza el sentido del tacto con el objetivo de detectar la presencia o ausencia de masas, dolor, temperatura, tono muscular y movimiento.
- **Percusión:** es el método de exploración física que consiste en golpear con suavidad la mano o instrumentos cualquier segmento del cuerpo. Objetivo, producir movimientos, dolor y obtener sonidos para determinar la posición, tamaño, y densidad de una estructura subyacente. También determinar la cantidad de aire o material sólido de un órgano.
- **Auscultación:** se efectúa por medio del oído. Como objetivo de valorar ruidos o sonidos producidos en los órganos (contracción cardíaca, soplos, peristaltismo intestinal, sonidos pulmonares entre otros). La auscultación se divide en dos tipos: directa o inmediata e indirecta, mediata o instrumental por medio de fonendoscopio o estetoscopio.
- **Medición (peso y talla):** es la parte de la antropología física que se ocupa de mediciones del cuerpo humano. Tiene como objetivo valorar el crecimiento del individuo u estado de salud-enfermedad. Ayudar a determinar el diagnóstico médico y de enfermería. (Reyes, 79-03-05)

## Evaluación del estado de conciencia

La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Cada uno de estos criterios se evalúa mediante una subescala. Cada respuesta se puntúa con un número, siendo cada una de las subescalas evaluadas independientemente. En esta escala el estado de conciencia se determina sumando los números que corresponden a las respuestas del paciente en cada subescala.

<b>Respuesta ocular</b>		
Espontánea	4	
A estímulos verbales	3	
Al dolor	2	
Ausencia de respuesta	1	
<b>Respuesta verbal</b>		
Orientado	5	<b>Puntuación: 15 Normal</b> <b>&lt; 9 Gravedad</b> <b>3 Coma profundo</b>
Desorientado/confuso	4	
Incoherente	3	
Sonidos incomprensibles	2	
Ausencia de respuesta	1	
<b>Respuesta motora</b>		
Obedece ordenes	6	
Localiza el dolor	5	
Retirada al dolor	4	
Flexión anormal	3	
Extensión anormal	2	
Ausencia de respuesta	1	

Precauciones: Tener 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.

**Respuesta ocular:** El paciente abre los ojos: o De forma espontánea: hay apertura ocular sin necesidad de estímulo, indica que los mecanismos excitadores del tronco cerebral están activos. Los ojos abiertos no implican 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”.

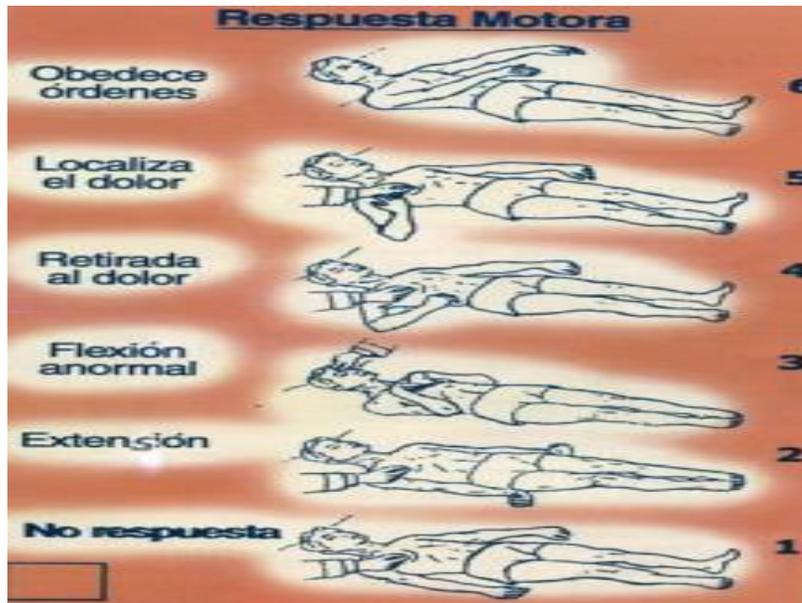
**Respuesta verbal: El paciente está:**

- 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”.

**Respuesta motora. El paciente:**

- 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”.



## **CONCLUSION**

En conclusión se dio a conocer los temas de exploración física y el estado de conciencia lo cual debemos tener un conocimiento acerca de ello. Por ejemplo la valoración del estado de salud de la persona, en la salud en enfermedad, es una parte fundamental del cuidado de enfermería. La habilidad y destreza, junto con los conocimientos de las disciplinas o ciencias dentro de la práctica profesional.

La Escala de Coma de Glasgow 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. Una vez 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.