



Nombre de alumnos: María José Hidalgo Roblero.

Nombre del profesor: Rubén Eduardo Domínguez García.

Nombre del trabajo: elaboración de ensayo

Materia: fundamentos de enfermería

Grado: 1

Grupo: A

Comitán de Domínguez, Chiapas a 12 de septiembre de 2019.

BASES SEMIOLOGICAS DE LA VALORACION DEL PACIENTE:

SEMIOLOGICA APLICADA A LA ENFERMERIA: es el estudio de los signos y síntomas de una enfermedad.

SEMIOTECNIA: es la técnica utilizada por enfermería para obtener signos o síntomas en este proceso se utilizan 4 sentidos (oído, tacto, vista y olfato).

Su **objetivo** es que mediante los resultados que fueron recolectados por el examen físico se pueda llegar al diagnóstico enfermero.

El **problema** es todo aquello que necesita la atención de enfermería puede ser una queda u observación del paciente. El problema puede ser diagnóstico, síntoma o una situación laboral.

Un **síntoma** es la molestia que el paciente presenta, puede ser observado, escuchado o tocado por la enfermera. Es un dato objetivo.

Un **síndrome** es el conjunto de signos o síntomas que se relacionan cuentan con una fisiopatología común y obedecen a distintas etimologías.

Historia clínica: ayuda a recolectar información del paciente atreves de un interrogatorio, del examen físico. ES EL ARMA BASICA DE TRABAJO DE LA ENFERMERA.

CARACTERISTICAS DE LA HISTORIA CLINICA:

- Debe ser cierta, coherente y entendible.

- Debe tener un orden, si el paciente presenta un dato negativo también lo debe llevar.
- Gracias a ella podemos llevar a cabo el razonamiento enfermero el cual va dirigido a los problemas que se presentan.

HISTORIA CLINICA

Datos básicos, Lista de problemas, Nota de evolución.

Historia clínica: datos básicos: se lleva acabo con exámenes interrogatorios y examen físico.

Interrogatorio: es un paso importante y el primero en llevarse a cabo, hay que dejar que el paciente redacte su historia interrumpiéndolo haciendo preguntas para seguir con el hilo del pensamiento.

Luego se comienza con el interrogatorio dirigido:

1. Datos personales.
2. Motivo de consulta
3. Enfermedad actual
4. Hábitos
5. Antecedentes personales
6. Antecedentes familiares.
7. Examen físico.
8. Exámenes complementarios.

1.- DATOS PERSONALES:

1.- Nombres

2.- Apellidos

3.- Edad

4.- Sexo

5.- Estado civil

6.- Domicilio

7.- Procedencia

8.- Ocupación

9.- Estudios

10.- Religión.

2.- MOTIVO DE CONSULTA: es la razón del por qué el paciente fue a consulta los signos o síntomas que presenta.

3.- ENFERMEDAD ACTUAL: es paciente narra el motivo de llegar a consulta esto va en forma ordenada, cronológica y gramática, y se describen los síntomas o signos que presenta.

Localización = ¿dónde?

Irradiación (dolor)= ¿hacia dónde va?

Carácter o calidad = ¿cómo es?

Intensidad o severidad= ¿cuándo duele?

Factores que lo agravan o lo mejoran= ¿con que disminuye?

Carácter temporal= si es continuo, intermitente o transitorio

Síntomas asociados= ¿qué otros síntomas presenta?

Tiempo de evolución= ¿desde cuándo?

4.- HABITOS:

1.- Diuresis

2.- Dieta

3.- Actividad física

4.- Tabaquismo

5.- Alcohol

6.- Drogas

7.- Hábitos sexuales.

5.- ANTECEDENTES PERSONALES:

1.- Alergia

2.- Asma

3.- HTA5

4.- Diabetes

5.- Cardiopatías

6.- Medicamentos

7.- Cirugías previas

8.- Enfermedades de la infancia

9.- Otros

6.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

Se interroga al paciente si sobre enfermedades que entre su familia ya sea genética por sus padres, abuelos, hijos o hermanos o si alguno murió por alguna enfermedad.

1.- Alergias

2.- HTA

3.- Diabetes

4.- Cardiopatías

5.- Cáncer

6.- Otra

ENTREVISTA CLINICA

Las enfermeras utilizan preguntas centradas al paciente, La historia clínica, la exploración física y los resultados de examen interrogatorio. Durante la entrevista debemos motiva al paciente que nos cuente su historia de sus enfermedades, debemos dar tiempo que el paciente piense las respuestas y dando las preguntas de forma fácil.

Al terminarla historia clínica esta nos ayudara a saber los componentes que conllevan su problema de salud.

La interpretación y validación acertada de los datos nos dicen que llevamos a cabo una base de datos completa.

Existen dos métodos para recopilar una valoración integral:

- Utilizar un formato ya estructurado de base de datos y utilizando un método tomando en cuenta el problema que presenta el paciente.
- Cuando el paciente presente datos subjetivos se debe explorar a fondo los hallazgos recogiendo datos objetivos.

- Para llevar a cabo una buena historia clínica debemos llevar un conjunto apropiado de preguntas u observaciones, para poder recoger los datos necesarios y poder agrupar las señales que la información nos da para identificar patrones y problemas.

Para poder realizar una buena entrevista centrada en el paciente debe llevar:

- 1) preparar el escenario
- 2) recopilar la información sobre los problemas del paciente y establecer un programa,
- 3) recoger la valoración o una historia clínica de enfermería y
- 4) finalizar la entrevista. La mejor entrevista clínica se centra en el paciente, no en nuestras propias prioridades o programa.

EXPLORACION FISICA

Valorar la salud y la exploración física son los primeros pasos para los cuidados de enfermería segura y competente. Sobre la enfermera cae la responsabilidad para determinar el estado de salud del paciente, debe recoger información de mejora o deterioro del paciente, esto realizando la valoración de salud y exámenes físicos, ella es la que valora el proceso de mejora del paciente y evaluará la respuesta a los tratamientos y terapias que el doctor indique.

Objetivos:

La exploración física se lleva a cabo para evaluar al paciente y saber qué tipo de atención este necesita: para exámenes habituales para promover conductas saludables y las medidas preventivas de atención sanitaria; para determinar si es óptimo a tener un seguro médico, servicio militar o un nuevo trabajo.

La enfermera realiza la exploración física para hacer lo siguiente:

- Para validar los datos obtenidos en una historia clínica

- Identificar y confirmar los diagnósticos de enfermería
- Tomar decisiones clínicas del estado de salud del paciente y el manejo.
- Evaluar los resultados de los cuidados.

Material y equipo necesario para una exploración física:

• Cepillo o escobillo cervical (si es necesario)
• Cinta métrica
• Bascula con varilla de medición de la altura
• Bastoncillos de algodón
• Compresas/paños de papel
• Recipientes para muestras, porta desechable, jetos, espátula de madera o plástico.
• Cortinas/ fundas y fijador citológico (si es necesario)
• Grafico oftálmico
• Esfigmomanómetro y manguito
• Torundas estériles
• Linterna y foco
• Estetoscopio
• Formularios (valoración, física, laboratorio)
• Termómetro
• Guantes sin látex
• Pañuelos de papel
• Bata para el paciente
• Depresores linguales
• Oftalmoscopio
• Diapasón
• Otoscopio
• Especulo vaginal (si es necesario)
• Medio líquido para citologías
• Lubricante soluble en agua (si es necesario)

<ul style="list-style-type: none">• Reloj con segundero o pantalla digital
<ul style="list-style-type: none">• Martillo de percusión (reflejos)
<ul style="list-style-type: none">• pulsioxímetro

EQUIPAMIENTO: La enfermera debe llevar a cabo el lavado de manos antes de manipular el equipamiento y empezar una exploración. Debe tener el equipamiento necesario de manera que sea fácil de utilizar y accesible. Debe preparar el equipamiento como este requiera.

PREPARACION FISICA DEL PACIENTE: para mostrarle respeto al paciente, la enfermera debe asegurarse que las necesidades físicas estén satisfechas. Antes de proseguir se le debe de preguntar al paciente si necesita ir al baño ya que si la vejiga y el intestino esta vacía facilita la exploración del abdomen, de órganos genitales y recto. Si se necesitan muestras de orina o fecales se llevan a cabo en este momento.

COLOCACION: para la exploración se pide que el paciente se coloque en posturas donde sea apropiado para llevar una buena examinación de las partes dl cuerpo y el paciente este cómodo.

PREPARACION PSICOLOGICA DE UN PACIENTE: Muchos pacientes muestran una exploración estresante o nerviosa por los resultados. Una explicación sobre el objetivo y los pasos de la valoración ayudaran al paciente a tranquilizarse y poder cooperar. La enfermera debe explicar de manera que el paciente entienda lo que se está realizando y animarlo a hacer preguntas sobre lo realizado o a cualquier malestar que presente.se debe mostrar un enfoque profesional y abierto estando relajada.

TECNICAS DE VALORACION FISICA: Son 4 las técnicas que se deben realizar para una inspección física y estas son: inspección, palpación, percusión y auscultación.

INSPECCION: Para realizar una inspección exitosa la enfermera debe oler, ver y escuchar para distinguir si los resultados son normales o anormales. Para esto es importante practicar varias veces ya prender a reconocer las posibles piezas de datos las cuales solo se pueden saber con la inspección.

PALPACION: para este paso se necesita llevar a cabo el sentido del tacto para encontrar hallazgos esperados o no. Se necesita utilizar las diferentes partes de la mano para detectar diferentes características. La superficie palpar de la mano y la yema de los dedos se utilizan para valorar la posición, textura, tamaño, consistencia, las masas, el líquido.

Referencia:

[c623bf4a1231691b590e2b10ee950646.pdf](#)