



Nombre de alumno: Leonarda Isabel
Gutiérrez salvador.

Nombre del profesor: EEU. Rubén Eduardo
Domínguez García.

Nombre del trabajo: Ensayo

Materia: Fundamentos de enfermería

Grado: 1 cuatrimestre

Grupo: "A"

PASIÓN POR EDUCAR

ÍNDICE.

- 1.1 Introducción.
- 1.2 Bases semiológicas de la valoración del paciente.
- 1.3 Entrevista clínica.
- 1.4 Exploración física.
- 1.5 Conclusión.

INTRODUCCIÓN.

A continuación, les resumiré un poco sobre la importancia de las bases semiológicas de la valoración del paciente, de su importancia y como lo podemos plantear, también hablaremos sobre la entrevista clínica, ¿Qué es? ¿Para qué nos sirve?, etc. Y sobre la exploración física los elementos que podemos aplicar para tener una buena exploración física.

Y así poder tener más conocimientos sobre los temas, que veremos.

1.1 BASES SEMIOLOGICAS DE LA VALORACION DEL PACIENTE.

Es el estudio de signos y síntomas de una enfermedad semiotecnia: es la técnica para obtener signos como signos (se busca a través del tacto, oído, vista, olfato). El objetivo es que a partir de los datos recaudados por el interrogatorio del examen físico y los estudios complementarios se llega al diagnóstico enfermero.

Todo aquello que forma parte de la atención de la enfermera, es una queja, observación o circunstancia, percibida por el personal de enfermería o el paciente que afecta la capacidad funcional del individuo esto forma parte del problema.

Los síntomas son los manifestados por el paciente, lo que el siente esto es un dato subjetivo, por ejemplo: algún dolor de cabeza, disnea, etc. Los signos son aquellos que pueden ser palpados o auscultados por la enfermera y por lo tal se pueden medir.

Síndrome es el conjunto de síntomas y signos relacionados entre sí, estos tienen una fisiopatología común. La historia clínica es el registro completo de la información obtenida a través del interrogatorio del paciente, para el examen físico.

Las características de la historia clínica es que debe ser Cierta, coherente y entendible, de tal manera que debe de seguir un orden ya que a esta no le pueden faltar datos, aunque sean negativos ya que a través de ella obtenemos información para iniciar el razonamiento enfermero. Este razonamiento lo debemos de plantear a los problemas que el usuario plantea.

El interrogatorio es el primer paso de la historia clínica. Ya que hay que dejar que el paciente exponga su problema interrumpiéndolo para así poder evitar disociaciones o pérdida del hilo del pensamiento y así poder proseguir con un interrogatorio dirigido que está compuesto por:

- * Los datos personales.
- * El motivo de la consulta.
- * La enfermedad actual.
- * Los hábitos.
- * Los antecedentes personales.
- * Antecedentes familiares.
- * Examen físico.
- * Exámenes complementarios.

Cada uno de ellos tiene un orden por seguir al tomar los datos personales tenemos que seguir el orden que lleva el cual es.

- Nombre
- Apellido
- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Domicilio
- Procedencia ocupación
- Estudios
- Religión.

Esto son los datos que tenemos que tomar en cuenta al recaudar los datos personales del paciente. El motivo de la consulta es la razón (signo o síntomas) que hacen que el paciente conlleva a una consulta médica. La enfermedad actual es la narración de lo que paso y motivo para llegar a la consulta esto es en forma ordenada, cronológica y especifica y así poder ir escribiendo los signos y los síntomas que lleva el paciente.

Los hábitos nos conllevan a saber cuáles son los hábitos que el paciente tiene, ya sea alguna dieta, alguna actividad física, si es adicto al tabaco entre otros. Y por último están los antecedentes personales y los antecedentes familiares. En los antecedentes personales podrían ser alguna alergia, si tiene asma, si es diabético etc. Y en los familiares se interroga sobre algunas enfermedades que puedan estar vinculadas ya sea hereditaria o genética, y así poder preguntarle sobre padres, abuelos, hermanos e hijos que hayan muerto por alguna enfermedad.

1.2 ENTREVISTA CLINICA.

La entrevista clínica es el proceso de comunicación que se produce entre el médico y el paciente, dentro del desarrollo de su profesión. El objetivo de la entrevista clínica es la atención del paciente para solucionar un problema de salud y para poder alcanzar ese objetivo se debe de crear una buena relación profesional, donde el médico, enfermero debe aplicar sus conocimientos técnicos y su humanidad y donde el paciente ponga toda su confianza.

Hay dos métodos para realizar una valoración integral: para esto hay que usar un formato estructurado de base de datos y la utilización de un método focalizado en el problema.

Una vez que el paciente proporciona datos subjetivos, debemos explorar más los hallazgos, recogiendo datos objetivos.

Durante la valoración debemos anticipar y utilizar críticamente un conjunto ramificado y apropiado de preguntas u observaciones para así poder recoger los datos.

Una entrevista centrada se basa principalmente en el paciente e implica, preparar el escenario, recopilar la información sobre los problemas de paciente y así poder establecer un programa, recoger la valoración o una historia clínica de enfermería y por último finalizar la entrevista.

La mejor entrevista clínica se centra en el paciente, no en nuestras propias prioridades o programa.

1.3 EXPLORACIÓN FÍSICA.

La exploración física o examen clínico es el procedimiento aplicado por un médico en consulta para así determinar si el paciente padece algún problema de salud, las consultas médicas suelen tener un protocolo. En este proceso el médico evaluará las constantes, como fiebre, tensión, pulso, frecuencia respiratoria y la frecuencia cardíaca, entre otros.

La valoración de la salud y la exploración física son los primeros pasos hacia la presentación de cuidados de enfermería seguros y competentes. Ya que la enfermera está en una posición única para determinar el estado de salud actual del paciente y así poder distinguir las variaciones de las normas y también reconocer las mejorías o el deterioro de su enfermedad.

Las enfermeras recogen los datos de la valoración, sobre el estado de salud pasado y actual de los pacientes de diferentes maneras. Ya sea usando un enfoque general o focalizado dependiendo de la situación del paciente.

Una valoración completa implica la elaboración de la historia de salud y la exploración conductual y física. Mediante la entrevista de la historia de salud, la enfermera recopila datos subjetivos sobre el estado del paciente, Obtiene datos objetivos mientras observa la conducta y las manifestaciones generales de un paciente. Identifica datos objetivos adicionales mediante una revisión de los sistemas corporales de la cabeza a los pies durante la exploración física.

Con los datos precisos crea un plan de cuidados centrados en el paciente e identificando los diagnósticos de enfermería, los resultados deseados del paciente y las intervenciones de enfermería.

OBJETIVOS.

una exploración física se realiza como un tipo de evaluación, inicial en el traje para la atención de urgencias; y así poder hacer los exámenes habituales para promover las conductas saludables y medidas preventivas de atención sanitaria; para poder determinar la elegibilidad para el seguro médico, el servicio militar o un nuevo trabajo etc.

La enfermera tiene que utilizar la exploración física para recopilar los datos basados sobre el estado de salud del paciente, también así apoyar o refutar los datos subjetivos que fueron obtenidos en la historia de enfermería, también identificar y confirmar los

diagnósticos de enfermería, tomar las decisiones clínicas sobre el estado de salud cambiante de un paciente y así poder evaluar los resultados de los cuidados.

En una exploración física respetuosa y considerada requiere intimidad. Los espacios de exploración deben estar bien equipados para cualquier procedimiento. Ya que es necesario iluminar correctamente todas las partes del cuerpo y también se puede proteger la habitación del paciente en el hospital para asegurar la intimidad de manera que los pacientes estén cómodos hablando de su enfermedad.

MATERIAL Y EQUIPO PARA LA EXPLORACIÓN FÍSICA.

Cepillo o escobilla cervical (si es necesario), cinta métrica, Báscula con varilla de medición de Bastoncillos de algodón Altura, Compresas/paños de papel, Recipientes para muestras, porta desechables jetos, espátula de madera o plástico, Cortinas/fundas y fijador citológico (si es necesario), Gráfico oftálmico, (Esfigmomanómetro y manguito de Snellen), Torundas estériles, Linterna y foco, Estetoscopio. Etc.

Esto es dependiendo de las partes del cuerpo, que se están valorando, puede ser difícil la técnica determinada de valoración, cuando un paciente esta en una camilla o en una cama

EQUIPAMIENTO.

La enfermera antes de todo tiene que realizar la higiene antes de manipular el equipamiento y empezar una exploración.

ETAPAS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA.

Durante la exploración física, el medico tratante aplica cinco técnicas elementales a fin de corroborar los síntomas y formular un diagnóstico.

Inspección visual: permite que el medico verificar si existe algún daño físico visible, como el aspecto de los globos oculares, aspecto de la piel, lesiones, desviaciones o deformaciones etc.

Palpación: La palpación implica usar el sentido del tacto para recopilar la información. Mediante el tacto la enfermera realiza juicios sobre los hallazgos esperados e inesperados en la piel o los tejidos, los músculos y los huesos subyacentes.

Se utilizan dos tipos de palpación en la exploración física, ya sea superficial o profunda. La palpación superficial se realiza poniendo la mano sobre las partes del cuerpo que están siendo exploradas; también implica presionar hacia dentro cerca de 1 cm. La

palpación ligera y superficial de estructuras como el abdomen da al paciente la oportunidad de identificar las zonas de sensibilidad.

Percusión: Es un proceso en el cual el medico golpeará con sus manos algunas partes del cuerpo en busca de sonidos inusuales.

Auscultación: esta consiste en escuchar los sonidos corporales tales como los latidos del corazón y las características de la respiración.

La olfacción: Consiste en buscar olores fuera de lo común, que puedan revelar procesos infecciosos.

Preparación física del paciente: Para mostrar respeto por un paciente, la enfermera debe asegurarse de que las necesidades físicas de confort están satisfechas. La preparación física implica asegurarse de que la intimidad del paciente se mantiene con el apropiado vestido y cubrimiento. El paciente en el hospital probablemente lleva puesto solamente una simple bata

Colocación: Durante la exploración se pide al paciente que adopte las posturas apropiadas de manera que las partes del cuerpo sean accesibles y el paciente se mantenga cómodo. **Organización de la exploración:** La enfermera llevará a cabo una exploración física mediante la valoración de cada sistema corporal. Debe reflexionar y asegurarse de que una exploración es pertinente e incluye las valoraciones correctas. Los pacientes con síntomas o necesidades focalizadas requieren solamente unas partes de la exploración; así, cuando un paciente viene a una clínica con síntomas de un grave resfriado, no debe ser necesaria una valoración neurológica, Cualquier exploración física debe seguir una rutina sistemática para evitar pasar por alto hallazgos importantes.

CONCLUSIÓN.

En este tema puedo afirmar que la valoración hacia un paciente debe ser de una manera adecuada donde se busca hacer un diagnóstico a través de los 5 sentidos (Gusto, olfato, tacto, vista, oído) para poder dar un diagnóstico correcto al paciente y así mismo se le hace un interrogatorio más a fondo al paciente donde se le pregunta sus hábitos sus síntomas o antecedentes familiares etc.....

Por lo que al personal de enfermería se le otorga diferentes herramientas para poder llevar a cabo una valoración del estado del paciente llevando paso a paso las etapas correspondientes de la exploración siendo así de suma importancia para tener el mejor resultado posible.