

**Nombre de alumnos: DANIA SOLIS  
PEREZ**

**Nombre del profesor: RUBEN EDUARDO  
DOMINGUEZ**

**Nombre del trabajo: ENSAYO**

**Materia: FUNDAMENTOS DE  
ENFERMERIA**

**Grado: 1A**

**Grupo: 1 CUATRIMESTRE**

## INTRODUCCION

**EL PROCESO DE SEMIOLOGIA APLICADA A LA ENFERMERIA:** Es el estudio de los signos y síntomas de una enfermedad. **SEMIOTECNIA:** Es la técnica para obtener signos como signos (se busca a través del tacto, oído, vista, olfato).

**VALORACION:** Es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores

**HISTORIA CLINICA:** Es el registro completo de la información obtenida a través del interrogatorio del paciente, el examen físico, de los estudios complementarios que se efectúen. Cumple una función asistencial, de investigación, es una parte legal y de auditoria. **ES EL ARMA BASICA DE TRABAJO DE LA ENFERME**

**PROBLEMA:** ES todo aquello que requiere atención por parte 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. Un problema puede ser un diagnóstico, pero también un síntoma, una situación laboral etc.

## OBJETIVO BASES SEMIOLOGICAS DE LA VALORACION DEL PACIENTE

El objetivo A partir de los datos recabados por el interrogatorio el examen físico y los estudios complementarios se llega al diagnóstico enfermero.

## BASES SEMIOLOGICAS DE LA VALORACION DEL PACIENTE

.primer paso es el proceso de enfermería

. Es el proceso planificado y deliberado es el estado de salud del paciente

## DESARROLLO

**INTERROGATORIO:** Es el primer paso de la historia clínica. Hay que dejar que el paciente exponga su problema interrumpiéndolo para evitar disociaciones o pérdida del hilo del pensamiento. Luego se comienza con un interrogatorio dirigido. Las cuales son

1. Datos personales.
2. Motivo de consulta

3. Enfermedad actual
4. Hábitos
5. Antecedentes personales
6. Antecedentes familiares.
7. Examen físico.
8. Exámenes complementarios.

S 1.1.- Nombres

1.2.- Apellidos

1.3.- Edad

1.4.- Sexo

1.5.- Estado civil

1.6.- Domicilio 34

1.7.- Procedencia

1.8.- Ocupación

1.9.- Estudios

1.10.- Religión.

2. MOTIVO DE CONSULTA Es la razón (signo o síntoma) que lleva al paciente a la consulta. Lo que siente con mayor intensidad lo que más le preocupa.

3. ENFERMEDAD ACTUAL Es la narración del episodio que motivo a llegar a la consulta; en forma ordenada, cronológica y gramaticalmente correcta, se irán escribiendo los signos y síntomas. 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 4.1.- Diuresis 4.2.- Dieta 4.3.- Actividad física 4.4.- Tabaquismo 4.5.- Alcohol  
4.6.- Drogas 4.7.- Hábitos sexuales. 35 5. ANTECEDENTES PERSONALES 5.1.- Alergia  
5.2.- Asma 5.3.- HTA 5.4.- Diabetes 5.5.- Cardiopatías 5.6.- Medicamentos 5.7.- Cirugías  
previas 5.8.- Enfermedades de la infancia 5.9.- Otros 6. ANTECEDENTES FAMILIARES  
Se interroga sobre enfermedades que tengan vinculación hereditaria o genética,  
Preguntar sobre padres, abuelos, hermanos, hijos que murieron con estas enfermedades  
u otras. 6.1.- Alergias 6.2.- HTA 6.3.- Diabetes 6.4.- Cardiopatías 6.5.- Cáncer 6.6.- Otra

## CONCLUSION

La base semiológica de la valoración del paciente, Es el estudio de los signos y síntomas  
de una enfermedad. SEMIOTECNIA: Es la técnica para obtener signos como signos (se  
busca a través del tacto, oído, vista, olfato). La valoración que se conforma de

Sistemática: que es la que requiere un método para su realización

Continua: comienza cuando la persona entra en contacto con el sistema de cuidados

Deliberada: precisa de una actitud reflexiva consiente y con un objeto por parte de la  
persona que la realiza

Y cuando la enfermera entra en contacto

## INTRDUCCION

La **Entrevista en Enfermería**. Es un encuentro entre personas en situación especial, donde se aplica una técnica indispensable en la valoración que permite la obtención de información a partir de las respuestas del sujeto. Las enfermeras utilizan entrevistas centradas en el paciente, la historia clínica de enfermería, la exploración física y los resultados de, Durante una entrevista de valoración debemos animar a los pacientes a contar sus historias sobre sus enfermedades o problemas de salud. Es más fácil explorar las diferencias culturales si damos tiempo para pensar las respuestas y hacemos las preguntas en un orden fácil de seguir. Al recoger una historia completa de enfermería, dejaremos que la historia del paciente nos guíe para explorar a fondo los componentes relacionados con sus problemas. 36 La interpretación y la validación acertadas de los datos de la valoración aseguran haber recogido una base de datos completa.

## DESARROLLO

La entrevista clínica consiste en el enfermero y el paciente o más personas que entra en comunicación con o con sus conocidos o familiares que se encuentran la entrevista consisten en obtener datos completos del comportamiento total del paciente en el curso de la entrevista, la entrevista puede ser libre o abierto , semidirigida o semiestructurada y cerrada

Hay dos métodos para recopilar una valoración integral: • utilizar un formato estructurado de base de datos y la utilización de un método focalizado en el problema. • Una vez que un 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 recoger los datos y agrupar las señales de la información de la valoración para identificar los patrones y problemas emergentes.

### ¿QUE ES UNA ENTREVITA CERRDA?

Una conversación ordenada con el mismo permite que éste determine el punto de partida e iniciar el discurso sobre sus problemas de salud. Una entrevista acertada requiere preparación, incluyendo la revisión de toda la información disponible sobre el paciente, la preparación del entorno de la entrevista y la elección del momento para evitar interrupciones.

## PASOS PARA UNA ENTREVISTA CERRADA:

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.

## CONCLUSION

Sabemos que la entrevista clínica es un un formato estructurado de base de datos y la utilización de un método focalizado en el problema. • Una vez que un 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 recoger los datos y agrupar las señales de la información de la valoración para identificar los patrones y problemas emergentes en el que debe llevar un enfermero para llevar acabo con sus pacientes para una adecuada información por este medio se dio a conocer algunos puntos que debe de cumplía a la hora del entrevistador

## INTRODUCCION EXPLORACION FISICA

EXPLORACION FISICA: La valoración de la salud y la exploración física son los primeros pasos hacia la prestación de cuidados de enfermería seguros y competentes. La enfermera está en una posición única para determinar el estado de salud actual de cada paciente, distinguir las variaciones de la norma y 37 reconocer la mejoría o el deterioro en su enfermedad. La enfermera debe poder reconocer e interpretar cada manifestación conductual y física del paciente. Realizando valoraciones de salud y exploraciones físicas, la enfermera identificará patrones de salud y evaluará la respuesta de cada paciente a los tratamientos y las terapias.

OBJETIVO: Una exploración física se realiza como una evaluación inicial en el traje para la atención de urgencia; para los exámenes habituales para promover conductas saludables y medidas preventivas de atención sanitaria; para determinar la elegibilidad para el seguro médico, el 38 servicio militar o un nuevo trabajo, o para ingresar a un paciente en un hospital o en una institución de atención de larga estancia. Después de considerar el estado actual del paciente, una enfermera selecciona una exploración física focalizada en un sistema o área específicos. Por ejemplo, cuando un paciente está teniendo un episodio de asma grave, la enfermera se centra primero en los sistemas pulmonar y cardiovascular de manera que los tratamientos puedan comenzar inmediatamente. Cuando el paciente ya no tiene riesgo de un mal resultado o una lesión, la enfermera realiza una exploración más completa de otros sistemas corporales.

## DESARROLLO

### INTERVENCION

- 1) Mediante el interrogatorio o entrevista, valorar la historia clínica del paciente.
- 2) Mantener una actitud profesional en las relaciones con el paciente y su Familia.
- 3) Preguntar el estado de las principales funciones vitales y manifestaciones clínicas.
- 4) Explicar el procedimiento al Paciente.
- 5) Lavado de las manos y organizar el equipo.
- 6) Iniciar la exploración, en el orden señalado de los métodos. Iniciar la exploración, en el orden señalado de los métodos.

Valorar los signos vitales y sonometría

### **Fundamentación**

El aspecto general y el comportamiento de un individuo deben ser valorados en términos de cultura, nivel educativo, nivel socio económico y problemas actuales (historia general de salud). La edad, el género y la raza del paciente son factores útiles para interpretar hallazgos.

Una relación de ayuda es aquella en la que una persona facilita el desarrollo o crecimiento de la otra. Los valores, creencias y prejuicios influyen en la práctica de la profesión.

El conocimiento integral del paciente aumenta la capacidad del personal de enfermería en la toma de decisiones.

La detección oportuna y correcta de las manifestaciones clínicas permite la remisión del usuario hacia aquellos profesionales de la salud.

La comunicación efectiva influyen en la participación asertiva del individuo..

Los niveles de higiene apropiados, una técnica correcta y un buen conocimiento del equipo que se utiliza pueden reducir la aparición y gravedad de complicaciones.

Realizarlo de lo general a lo específico, céfalo caudal, de afuera hacia adentro, de la parte media a la lateral, de la parte anterior a la posterior y de la parte distal a la proximal.

La determinación cuantitativa y cualitativa de ciertos valores depende de la técnica y las condiciones óptimas de uso y función.

**CONCLUSION** 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. Un paciente que ingresa en el servicio de urgencias con síntomas abdominales agudos requiere la valoración de los sistemas corporales que presentan más riesgo de estar alterados. Sin embargo, cuando se ingresa a un paciente en el hospital, la enfermera realizará una exploración completa en el momento del ingreso y por lo menos una vez al día. Las directrices de la institución pueden definir los componentes de una exploración completa (véase la política de la institución). Un paciente en la comunidad solicita exámenes de detección precoz para enfermedades específicas, a menudo dependiendo de la edad del paciente o de los riesgos para la salud enumerados en la tabla 30-3. 45

Cualquier exploración física debe seguir una rutina sistemática para evitar pasar por alto hallazgos importantes. Un abordaje de la cabeza a los pies incluye todos los sistemas corporales, y el examinador recuerda y realiza cada paso en un orden predeterminado. Para un adulto la exploración comienza con una valoración de la cabeza y del cuello y progresa metódicamente hacia la zona inferior del cuerpo para incorporar todos los sistemas. Los siguientes consejos ayudan a mantener una exploración bien organizada

Material y equipo para la exploración física. Cepillo o escobilla cervical (si es necesario) • cinta métrica • Báscula con varilla de medición de la • Bastoncillos de algodón Altura • Compresas/paños de papel • Recipientes para muestras, portaobdesechables jetos, espátula de madera o plástico • Cortinas/fundas y fijador citológico (si es necesario) • Gráfico oftálmico (p. ej., gráfico • Esfigmomanómetro y manguito de Snellen) • Torundas estériles • Linterna y foco • Estetoscopio • Formularios (p. ej., valoración • Cinta métrica física, laboratorio) • Termómetro • Guantes sin látex (limpios) • Pañuelos de papel • Bata para el paciente 40 • Depresores linguales • Oftalmoscopio • Diapasón • Otoscopio • Espéculo vaginal (si es necesario) • Medio líquido para citologías • Lubricante soluble en agua (si es necesario) • Reloj con segundero o pantalla digital • Martillo de percusión (reflejos) • Pulsioxímetr

## BIBLIOGRAFIA

Bibliografía: • FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA 8 A EDICION DE POTTER PERRY. • LIBRO: FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA 3RA. EDICIÓN. • AUTORAS: SUSANA ROSALES BARRERA Y EVA REYES GÓMEZ • LIBRO: PROCESO ENFERMERO, APLICACIÓN ACTUAL • AUTORA: BERTHA A. RODRÍGUEZ S. • LIBRO:

FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA 1RA EDICION • AUTORA: MARGARITA ALBA  
HERNANDEZ