



Nombre de alumnos: María José Hidalgo Roblero.

Nombre del profesor: Rubén Eduardo Domínguez García.

Nombre del trabajo: ensayo

Materia: fundamentos de enfermería.

Grado: 1

Grupo: A

EXPLORACION FISICA

La valoración y exploración física son los primeros pasos de un enfermero para poder prestar los cuidados necesarios. Al ser el enfermero tiene una responsabilidad para determinar el estado de salud del paciente. Los enfermeros se encargan de recoger datos del paciente estos son actuales a la enfermedad y pasadas de enfermedades anteriores

Para que una valoración este completa se necesita elaborar una historia de salud y de una exploración física y conductual. Cuando se realiza la entrevista para la historia clínica podemos recoger datos sobre el estado de salud del paciente.

La exploración física se elabora con el objetivo de evaluar al paciente, si el paciente necesita estos datos sea para un trabajo, exámenes médicos, para poder proporcionar el seguro médico o el servicio militar.

Cuando hay pacientes hospitalizados la enfermera tiene la función de recoger datos acerca de cómo va el paciente con su tratamiento, mejoras, si el paciente esta cómodo con sus cuidados, verificar los avances del tratamiento, valorar sus movimientos físicos.

La exploración física le sirve a la enfermera para recopilar los datos necesarios para saber el estado de salud que lleva el paciente, poder identificar el diagnóstico, tomar decisiones acerca del estado de salud, sus cambios y el manejo que le darán y poder evaluar cómo ha sido el cuidado del paciente.

Para llevar a cabo una exploración física se necesita de privacidad. En el entorno de cuidados agudos las enfermeras llevan a cabo la exploración en la habitación del paciente. Las salas de exploración son más comunes en centros de consultas o clínicas. Estos espacios necesitan tener los materiales necesarios para este procedimiento, es necesario tener buena iluminación, si es necesario se protege la habitación para más privacidad, debemos de hacer lo posible para no tener interrupciones y la habitación debe estar cálida para mantener el confort.

Material y equipo para llevar a cabo la 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)
• Reloj con segundero o pantalla digital
• Martillo de percusión (reflejos)
• Pulsioxímetro

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 prepara el equipamiento como este requiera.

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 está 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.

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

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.

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

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.

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.

Para realizar la palpación se necesita de un leve golpe en la piel con la yema de los dedos para que se produzca una vibración en los tejidos y órganos subyacentes. Esta vibración es transmitida través de los tejidos y dependiente del sonido reflejado es la densidad del tejido. Cuando el tejido es muy denso el sonido es más sordo, dependiendo las densidades del tejido influyen en el sonido.

La auscultación es escuchar los sonidos que produce el cuerpo para identificar anomalías. Los sonidos como hablar o toser se realizan sin equipamiento, pero es necesario contar con un estetoscopio para poder escuchar ruidos internos del cuerpo. Estos ruidos son generados por la sangre, el aire, o contenido gástrico.

SIGNOS VITALES

Las medidas de las constantes vitales son más exacta si se realiza antes que el paciente realice cambios o cambie de postura. Si por alguna razón las constantes vitales se realizan de manera sesgada es necesario volverlas a realizar en el transcurso de la exploración.

En cuanto a la talla y peso de una persona estas indican el estado de salud existen tablas que ayudan a saber el peso normal de una persona dependiendo de su talla. Por eso es importante valorar al paciente para así saber si está en su peso ideal o si está en sobre peso. Se tiene que valorar el cambio de peso con la altura esto para buscar signos de mala salud. El peso de una persona varia diariament4e esto depende de la pérdida o retención de líquidos de la persona.

Existen diferentes basculas para poder atender al paciente, si es paciente puede apoyar su peso estando parado entonces se utiliza una báscula de pie, para poder utilizar esta bascula se requiere mover las pesas hacia el cero, el paciente se tiene que poner de pie sobre la báscula y no debe moverse.

Existe la báscula de cama que sirve para los pacientes que no se pueden mantener parados.

Las constantes vitales es parte de la valoración. Esta sirve como línea de partida para valoraciones futuras. Las medidas constantes son cuando, donde, como son medidas que nos da el paciente las cuales son generadas por las enfermeras las cuales deben de tener cuidado al realizarlas.

La temperatura corporal es la diferencia de cantidad de calor que produce el cuerpo con la cantidad de perdida de calor al entorno. La termorregulación depende de los procesos de producción de calor e. calor que contiene el cuerpo es por el metabolismo, esto es gracias a la reacción química de todas las células. Lo que nosotros consumimos el principal componente para que el metabolismo funcione y así a medida que nuestro metabolismo aumenta produce calor corporal. Cuando el cuerpo empieza a perder calor la piel toma un color más frio. Existe un proceso llamado convección que es cuando hay una transferencia de calor hacia afuera por el aire. La evaporación es cuando hay transferencia de energía de calor y un líquido se convierte en gas.

El pulso son saltos palpables de la sangre que se pueden encontrar en diversos puntos del cuerpo. El pulso es el que indica de la circulación. La sangre es la que fluye en el cuerpo en un circuito continuo. Para valorar el pulso la enfermera lo puede hacer desde cualquier arteria pero es más común usar la arteria radial ya que es más fácil de sentir. Cuando el paciente empeora repentinamente es más fácil encontrar el pulso en la zona carótida ya que esta arteria sigue distribuyendo sangre al cerebro continuamente. Cuando la presión cardíaca disminuye estas pulsaciones también y son más difíciles de sentir.

La respiración es un proceso mediante el cual el cuerpo hace un intercambio de gases con la atmosfera y sangre y las células. Para este proceso se necesita de ventilación que es el movimiento de gases dentro y fuera de los pulmones, también de la difusión que es el movimiento del oxígeno y el dióxido de carbono por los alveolos y eritrocitos, y la percusión que es la distribución de los eritrocitos hacia los pulmones. Para poder valorar la respiración debemos de reconocer los movimientos torácicos y abdominales.

La presión arterial es el proceso que ejerce la sangre bombeada hacia las paredes de una arteria. Esto sucede cuando la sangre circula por el sistema respiratorio, esto va desde una zona de presión alta a una zona de presión baja. La PA es el mejor indicador de la salud cardiovascular

RECOGIDA DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

Para este proceso el personal de enfermería debe estar capacitada para poder conocer los signos, un enfermero debe tener el conocimiento de farmacología, como también debe saber manejar el equipo necesario y debe conocer los procesos radiológicos.

Esto inicia con la comunicación al paciente conociendo sus problemas de salud, signos, exámenes previos, peso y talla. Debemos de tener en cuenta que debe ser lo más cómodo posible para que el paciente no tenga nervios.

Para la preparación física: debemos estar pendientes de los cambios en sus signos constantemente a través del monitor como también ver si no presenta otros signos como ansiedad.

Para el procedimiento de recolecta de muestras el ministerio de salud estableció las siguientes normas:

*Personal: Las punciones vasculares deben ser realizadas por profesionales capacitados y constantemente evaluados.

*Materiales: Todo material de uso venoso o intrarterial debe ser estéril y de un solo uso. No se debe usar material desechable re esterilizado.

*Lavado de Manos: El profesional responsable de la punción debe lavarse las manos antes y después del procedimiento. 82

*Uso de guantes: Todas las punciones venosas y arteriales deben realizarse con guantes protectores.

*Elección del sitio de punción: La piel del sitio de punción elegido, debe estar indemne y limpia.

*Preparación del sitio de punción: realizar técnica aséptica.

*Desecho de material: La eliminación de la jeringa y aguja debe ser tirada en el lugar correspondiente.

Hay indicaciones generales para toma de muestra de sangre:

1. Lávese las manos y prepare el equipo.
2. Identifique al paciente verbalmente o revisando la ficha clínica.
3. Explíquelo el procedimiento a realizar.
4. Seleccione el sitio que le merezca mayor seguridad de éxito en la técnica y de menor riesgo para el paciente.
5. Colóquese los guantes, arme la jeringa.
6. Inserte la aguja con el bisel hacia arriba.
7. Llene con la cantidad necesaria los frascos de examen, siempre llene primero los frascos que tienen anticoagulantes, girándolos según corresponda.
8. Registre el procedimiento, según norma del servicio. Determinar la presencia de microorganismos en sangre obtenida con técnica aséptica, mediante la siembra de ésta en un medio de cultivo. En caso de bacteriemia permite aislar el agente causal.