



**Nombre de alumnos: José Andrés
Mondragón Aguilar**

**Nombre del profesor: Gabriel Toledo
Ordoñez**

Nombre del trabajo: Super Nota

Materia: Enfermería clínica

Grado: 4

Grupo: “B”

Pichucalco, Chiapas a 6 de noviembre de 2021

VALORACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE

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.

Es un Complejo proceso que exige capacidades de comunicación e interacción refinadas.

Consta de 3 Segmentos:

1. INTRODUCCIÓN: empatía, respeto.
2. CUERPO: Entrevista dirigida a obtener datos necesarios.
3. CIERRE: Resumir los puntos importantes.



TECNICAS DE LA EXPLORACION FISICA

INSPECCION

Es la Exploración Visual del paciente.
Evalúa: tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, textura, aspecto, movimientos y simetría.

PALPACIÓN

Es el uso del tacto para determinar las características de las estructuras corporales por debajo de la piel.

Evalúa: Tamaño, Forma, Textura, Temperatura, Humedad, Pulsación, Vibración, Consistencia y Movilidad.

El Objetivo de la Exploración Física de enfermería es:

1. Mayor definición de la respuesta del paciente al proceso de la enfermedad.
2. Establecimiento de los datos básicos para la evaluación de la eficacia de las intervenciones de enfermería.
3. Comprobación de los Datos Subjetivos.



PERCUSIÓN

Consiste en golpear la superficie del cuerpo con el dedo o los dedos, provocar sonidos.

Evalúa: Determinar el Tamaño, Densidad, Límites de un órgano y localización.

Sonidos Producidos:

- Mate
- Sordo
- Resonante
- Timpánico



AUSCULTACIÓN

Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo.

Evalúa: Frecuencia, Intensidad, Calidad y Duración del sonido

ULCERAS POR PRESION

Es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea, que se produce por presión prolongada o fricción entre 2 planos duros, uno que pertenece al paciente y otro extremo a él

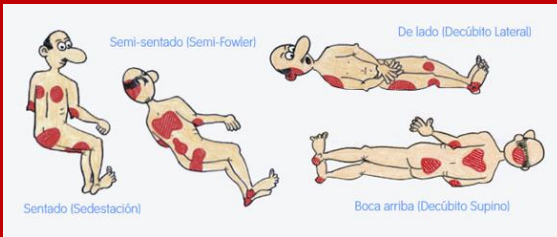


Mecanismo de producción

La presión mantenida sobre una zona de la piel ejercida por el peso del cuerpo sobre un plano duro provoca un colapso de los capilares

FACTOR DE RIESGO

El riesgo de desarrollar escaras es mayor si tienes dificultades para moverte y no puedes cambiar de posición fácilmente mientras estás sentado o en la cama.



LOCALIZACION

- Coxis o glúteos.
- Omóplatos y columna vertebral.
- Parte trasera de los brazos y piernas donde se apoyan en contacto con la silla.
- La parte trasera o los lados de la cabeza
- Los omóplatos
- La cadera, la espalda lumbar o el coxis
- Los talones, los tobillos y la piel detrás de las rodillas



CLASIFICACION DE LAS ULCERAS POR PRESION

ESTADIO	DESCRIPCIÓN
ESTADIO I	Eritema cutáneo que no palidece, con piel intacta. La decoloración de la piel, el calor local, el edema y la induración.
ESTADIO II	Perdida parcial del grosor de la piel, que afecta a la epidermis, a la dermis o a ambas. La úlcera es superficial y se presenta clínicamente con una abrasión o una flictena.
ESTADIO III	La úlcera es más profunda y afecta la totalidad de la dermis y al tejido subcutáneo, pudiendo afectar también a la fascia muscular pero no más allá.
ESTADIO IV	Destrucción extensa, necrosis de tejidos o lesión del músculo, del hueso o de las estructuras de soporte, con o sin pérdida total del grosor de la piel.

Cuidados de enfermería en la prevención y/o control de las úlceras por presión.

1. Inspección diaria de la piel, con mayor cuidado en las áreas de riesgo (Sacro, Tuberosidades isquiáticas, maléolos, calcáneo y región occipital).
2. Poner interés en zonas enrojecidas sobre prominencias óseas.
3. No realizar masaje en la piel que cubre las prominencias óseas.
4. Vigilar las zonas donde se fijan las sondas y catéteres, exudados de heridas, orina y heces, humedad secundaria a líquidos de los drenajes, así como zonas de sequedad.
5. Proteger la piel con productos tópicos hidratantes.
6. Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
7. Movilizar y hacer cambios posturales al paciente constantemente.
8. Utilizar cojines, donas o flotadores en zonas de riesgo.

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bed-sores/symptoms-causes/syc-20355893>

<https://yoamoenfermeriablog.com/2018/02/12/examen-fisico-para-enfermeria/>