



**Nombre del alumno: Roxana Daniela
Perez Mendez.**

**Nombre del profesor: Gabriela Priego
Materia: enfermería clínica**

Nombre del trabajo:

PASIÓN POR EDUCAR

Licenciatura: Enfermería.

Villahermosa, Tabasco. 2021

Valoración física del paciente en la actuación de enfermería con los temas de Inspección, Palpación, percusión y auscultación.

Cuando la enfermera entra en contacto por primera vez con un paciente debe conocer sus condiciones y características y realizar una apertura de su historia, para ello debe valorarse de forma programada, debemos conocer el estado de salud de las personas a nuestro cargo, y por tanto debemos realizar valoraciones periódicas programadas. En los problemas interdisciplinarios y en general antes de realizar cualquier intervención, la enfermera requiere utilizar la valoración.

Existen 2 tipos de valoración:

Valoración inicial: es la base del plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta (primer contacto con la persona). Permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente y ver qué factores influyen sobre éstos. Facilita la ejecución de las intervenciones.

Valoración continua, posterior o focalizada. Se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Es la realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial.

Dentro de la valoración encontramos a el Examen Físico que 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.

En el Examen Físico intervienen los 4 métodos de la exploración clínica: la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación, complementados por la termometría clínica, la esfigmomanometría, y si es posible la exploración de la sensibilidad y los reflejos.

Inspección: Es la apreciación con la vista desnuda o cuando más con la ayuda de una lente de aumento, del aspecto, color, forma y movimiento del cuerpo y de su superficie externa, como también de algunas cavidades o conductos accesibles por su amplia comunicación, ejemplo: boca y fauces.

Palpación: Es la apreciación manual de la sensibilidad, temperatura, consistencia, forma, tamaño, situación y movimientos de la región explorada, ello valiéndonos de la sensibilidad táctil, térmica y vibratoria, así como de los sentidos de presión.

Percusión: Consiste en la apreciación por el oído, de los fenómenos acústicos, generalmente ruidos que se originan cuando se golpea la superficie externa del cuerpo. Puede ser practicada golpeando la superficie externa del cuerpo con las manos desnudas, o valiéndose de un martillo especial.

Auscultación: Consiste en la apreciación con el sentido de la audición, de los fenómenos acústicos que se originan en el organismo, ya sea por la actividad del

corazón, o por la entrada y salida de aire en el sistema respiratorio, o por el tránsito en el tubo digestivo, o finalmente, por cualquier otra causa.

Que es un aislamiento los tipos de aislamiento y los problemas que se presentan los pacientes sometidos a aislamiento y sus intervenciones de enfermería.

El aislamiento es el conjunto de procedimientos que separa a personas infectadas de las susceptibles a infectarse, durante el periodo de transmisibilidad, en lugares o momentos que permitan dar corte a la cadena de transmisión. El aislamiento está indicado ante la sospecha clínica o evidencia de una enfermedad transmisible. Existen diferentes tipos de aislamiento estos son:

Aislamiento de contacto

Se utiliza cuando existe sospecha de una enfermedad transmisible por contacto directo a través de secreciones y exudados, con el paciente o con elementos de su ambiente y para aquellas patologías tales como: rotavirus, hepatitis A, varicela, herpes simple diseminado, estafilococcus aureus.

Aislamiento por gotas

Esta transmisión ocurre cuando partículas ("gotitas" visibles), generadas al hablar, toser o estornudar, que quedan suspendidas en el aire hasta un metro de distancia. Adicionalmente, en uno de los tipos de aislamientos que se especializa en: rubéola, tosferina, meningitis por meningococo.

Aislamiento respiratorio

Se debe tener cuando la diseminación de partículas menores de cinco micras permanece suspendida en el aire por largos periodos de tiempo, y para aquellas patologías tales como: sarampión, rubéola, TBC pulmonar, varicela, SARS, influenza y herpes zoster diseminado.

Aislamiento protector o inverso

Se aplica en pacientes inmunosuprimidos con el fin de protegerlos de adquirir infecciones transmitidas por el personal de salud, familiares y visitantes. Además, presentan otras patologías como: quemaduras graves, trasplantados, leucemias y tratamiento antineoplásico.

Aislamiento entérico

Se aplica con la finalidad de prevenir la transmisión de enfermedades por contacto directo o indirecto con heces infectadas y en algunos casos por objetos contaminados.

ulceras por presión, mecanismos de producción, factores de riesgo, localización, clasificación, de enfermería en la prevención y/o control de ulceras por presión.

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. Son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial.

Las UPP se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un período prolongado. La presión capilar máxima se cifra en torno a los 20mmHg, y la presión tisular media entre los 16-33mm Hg. Presiones superiores ejercidas sobre un área concreta durante un tiempo prolongado desencadenan un proceso isquémico que, si no se revierte a tiempo, origina la muerte celular y su necrosis.

En la formación de la UPP parece tener más importancia la continuidad en la presión que la intensidad de la misma, ya que la piel puede soportar presiones elevadas, pero sólo durante cortos períodos de tiempo, por lo que se puede afirmar que la presión y el tiempo son inversamente proporcionales.

Los principales factores que contribuyen al desarrollo de las UPP son:

Presión: Es la fuerza ejercida por unidad de superficie perpendicular a la piel; debido a la gravedad, provoca aplastamiento tisular que ocluye el flujo sanguíneo con posterior hipoxia de los tejidos y necrosis si continúa. Representa el factor de riesgo más importante.

Fricción: Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimiento o arrastre. La humedad aumenta la fricción aparte de macerar la piel.

De pinzamiento vascular: Combina los efectos de presión y fricción; por ejemplo, la posición de Fowler que provoca presión y fricción en sacro.

Las ulceras por presión se pueden localizar:

Dependiendo de la posición que adopte el paciente, varían las zonas de riesgo.

Decúbito supino: occipital, omóplato, codos, sacro, talones, isquion, talones sacro codos omóplato cabeza

Decúbito lateral: Trocánter, orejas, costillas, cóndilos, maléolos, pies cóndilos trocánter costillas acromion orejas

Decúbito prono: dedos pies, rodillas, órganos genitales masculinos, mamas acromion, mejillas y orejas. Dedos pies, rodillas, genitales, mujeres mamas, hombres mejillas.

Las úlceras por presión también pueden clasificarse en:

Grado I: La piel se encuentra enrojecida, no cede al aliviar la presión durante 30 segundos. Afecta a la capa de la epidermis.

Grado II: La piel se encuentra con flictenas, vesículas y pérdida de continuidad. Afecta a la capa de la epidermis y dermis superficial.

Grado III: Existe una pérdida de tejido que llega hasta la dermis profunda e hipodermis. Suele aparecer como una cueva profunda, a no ser que este recubierto de tejido necrótico.

Grado IV: Existe una pérdida total de la piel, con destrucción o lesión de los músculos, huesos o estructuras de sostén.

Es importante llevar a cabo la valoración de los pacientes a través de escalas como la de Norton, para poder identificar riesgos y llevar a cabo una prevención más específica.

Como medidas generales de prevención nos encontramos:

- Realizar un cambio postural a todos los pacientes encamados, cada 2- 3 horas.
- Mantener el cuerpo alineado, llevando a cabo una correcta distribución del peso.
- Evitar el arrastre de los pacientes, realizando las movilizaciones reduciendo esos movimientos.
- No utilizar flotadores.
- Utilizar dispositivos que ayuden a distribuir las fuerzas y mitiguen la presión: colchones antiescaras, almohadas...
- Examinar las prominencias óseas.
- Valorar estado nutricional del paciente.
- Mantener una correcta higiene corporal con un perfecto secado, evitando la humedad.
- Procurar que la ropa de cama quede sin arrugas completamente estirada.
- Aplicar si es preciso aceites de protección, como los ácidos grasos hiperoxigenados.