



Nombre del alumno: González Ríos Sindy Arely.

Nombre del docente: L.E. María José Hernández Méndez.

Materia: Enfermería clínica I.

Actividad: Resumen de la primera clase.

Licenciatura: Enfermería.

Grado y grupo: 4to F.

Fecha y lugar: 13 de septiembre del 2021 Tapachula, Chiapas.

Introducción

A continuación analizaremos a profundidad las generalidades de la enfermería médico quirúrgica de enfermería clínica 1, esto nos aporta los conocimientos para cuidar a personas que padecen diferentes enfermedades. Aprenderemos como realizar un examen físico y los puntos importantes a tomar en cuenta antes durante y después del examen, las precauciones que se deben de tomar en cuenta al observar y manipular al paciente y algunos materiales que se utilizan para ciertos métodos de exploración física.

Conoceremos las bases semiológicas aplicadas a la enfermería para la realización de una historia clínica como se valora al paciente, cuales son las causas y el tratamiento a seguir en base a lo que la persona nos expone.

Es importante saber de la enfermedad que la Etiología o patogenia son la causa de una enfermedad, signos y síntomas son los datos objetivos o subjetivos que podemos escuchar por medio del paciente o podemos medirlos, el diagnóstico médico es el tratamiento que se le va a otorgar ya sea de corto o largo plazo e incluso quirúrgico, y por último tenemos la fase de resolución.

Es importante tener conocimientos sobre anatomía, fisiología, fisiopatología, farmacología y dietética para aplicar curas correctas, comenzamos diciendo que la valoración física es un proceso planificado, sistemático continuo y deliberado en el cual se recolectan los datos y se interpreta el estado de salud del paciente, dentro de la valoración de enfermería es importante saber que un proceso: constituye la primera fase del proceso debe ser planificada es decir que está pensada y no es improvisada, es sistemática el cual requiere un método para su realización, debe de ser continua es decir cuando la persona entra en contacto con el sistema de cuidados enfermeros para el tiempo que los necesite, debe ser deliberada que permita una actitud reflexiva, consciente y tener un objetivo por parte de la persona que lo realiza, la valoración se utiliza continuamente ya que cuando la enfermera entra en contacto por primera vez con un usuario debe conocer sus condiciones y características para realizar su historial clínico es por eso que debemos de realizar valoraciones periódicas programadas.

La valoración inicial se realiza en el primer contacto con el paciente, esto permite recoger los datos generales sobre los problemas de salud y los factores que influyen sobre estos además de facilitar la ejecución de intervenciones. La valoración continua es progresiva durante toda la atención y se especifica sobre el estado de un problema real o potencial. En la valoración se centran tres objetivos recoger datos a medida que se producen cambios observando el progreso o retroceso de los problemas, se realizan revisiones y actuaciones del plan que se tiene con el objetivo de obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud. La valoración se clasifica en valoración general en el cual nos daremos cuenta y detectaremos situaciones que necesiten poner en marcha los cuidados y la valoración focalizada es cuando la enfermera centrará su valoración en conocer el problema específico ante situación detectada o sugerido por la persona.

El examen físico es la exploración que se practica a toda persona con el fin de reconocer las alteraciones o signos producidos por la enfermedad, apoyándonos de los sentidos y de

pequeños instrumentos como: termómetro, baumanómetro, estetoscopio siendo estos los más utilizados. En este examen intervienen 4 métodos de la exploración clínica inspección: es la apreciación con la vista con la cual podemos observar el aspecto, color, forma y movimiento del cuerpo y de su superficie externa como cavidades o ductos accesibles (boca y fauces). Palpación: es el método de la sensibilidad, temperatura, consistencia, forma, tamaño, situación y movimientos por medio de la sensibilidad táctil, térmica y vibratoria por ejemplo: cuando una persona tiene apendicitis y no tolera la presión por el dolor que ocasiona. Percusión: consiste en la apreciación por el oído generalmente por ruidos que se originan cuando se golpea por ejemplo cuando el abdomen de una persona está distendido o cuando se hace la prueba de reflejos usando el matillo de percusión. Auscultación: consiste en el sentido de la audición de los ruidos acústicos que se originan en el organismo. Por ejemplo cuando se coloca el estetoscopio sobre el tórax para escuchar la actividad cardíaca o en la espalda para escuchar la entrada y salida de aire en los pulmones. Las precauciones que se deben tomar en cuenta antes de comenzar un examen físico son crear las condiciones del local, contar con el material y equipo necesario adecuados a utilizar durante el proceso y evitar olvidar algún instrumento. Debemos de tener en cuenta el estado del paciente ya que nos encontraremos con personas para movilizar y manipular con mayor y menor libertad durante el examen físico.

Precauciones a tomar en cuenta para garantizar la privacidad del paciente cuando nos encontremos en una sala abierta con sus mismos familiares o acompañantes de habitación utilizando una cortina, cerrando la puerta, utilizando una sábana o aislar al paciente para que se sienta en confianza. Respetar el pudor del paciente: evitar la exposición innecesaria del paciente y cubrir las partes que no se vayan a examinar en el momento. Mantener al paciente lo más ligero posible de ropas para garantizar el mejor accionar y exploración para evitar interrumpir el examen físico. Mantener una buena iluminación que nos permita observar y realizar correctamente el examen físico apoyándonos de luz solar o luz eléctrica. Evitar corrientes de aire que puedan existir en la habitación sobre todo cuando se trate de niños pequeños o adultos mayores cerrando puertas y ventanas, realizar alejado de las comidas principalmente en niños y en adultos mayores ya que puede provocar regurgitación de los alimentos (vómito). Seguir el orden céfalo-caudal es decir de lo superior a lo inferior y si por alguna razón debemos de volver arribar tendremos que lavarnos las manos antes de volver a tocar al paciente para evitar llevar gérmenes a partes más limpias.

A través de las bases semiológicas de la valoración del paciente podemos decir que la semiología aplicada a la enfermería es el estudio de los signos y síntomas de una enfermedad, la semiotecnia es la técnica para obtener signos a través de los sentidos del cuerpo. El problema es aquello que requiere atención y se manifiesta por una queja u observación o circunstancia percibida por el personal de enfermería, un síntoma es lo manifestado por el paciente, es un dato subjetivo ejemplo: disnea, dolor, prurito. Un signo es lo que puede ser observado, palpado o auscultado por la enfermera, es un dato objetivo porque se puede medir. Síndrome es el conjunto de síntomas y signos que tiene una fisiopatología común ejemplo síndrome febril.

La historia clínica es el registro de la información obtenida a través del interrogatorio del paciente el cual también cumple la función asistencial, de investigación, legal y de auditoria, las características de una historia clínica son: que deba ser cierto, coherente y entendible, debe de seguir un orden, no puede faltarle datos, a través de ella obtenemos información para iniciar el razonamiento enfermero. El interrogatorio es el primer paso a la historia clínica y hay que dejar que el paciente exponga su problema y evitar interrumpirlo porque puede que después ya no recuerde lo que iba a exponer, el interrogatorio lleva una secuencia para organizar cada documento en el expediente, datos personales (nombre, apellidos, edad, sexo, estado civil, domicilio, procedencia, ocupación, estudios y religión) motivo de la consulta (es la razón por la cual acude a la unidad médica), enfermedad actual (es la narración del episodio que lo lleva a la consulta) hábitos que tenga el paciente tales como diuresis, dieta, actividad física, tabaquismo, alcohol, drogas y hábitos sexuales, antecedentes personales como (alergia, asma, HTA, diabetes, cardiopatías, medicamentos, cirugías previas, enfermedades de la infancia) antecedentes familiares (como enfermedades crónicas degenerativas, alergias) examen físico y los exámenes complementarios. Todo esto con el fin de conocer la causa y darle un tratamiento acertado además de conocer los factores que lo rodean.