



**MATERIA:**  
**ENFERMERIA I**

**DOCENTE:**  
**MIRIA JOSÉ MÉNDEZ**

**ALUMNO:**  
**JUAN CARLOS DE LOS SANTOS DE LA CRUZ**

**TEMA:**  
**RESUMEN**

**4° SEMESTRE**

## GENERALIDADES DE ENFERMERÍA MÉDICO – QUIRÚRGICA.

Valoración de enfermería:

Utilización de la valoración enfermera: La valoración se utiliza continuamente, y no sólo como una parte del proceso enfermero, cuando la enfermera entra en contacto por primera vez con un usuario debe conocer sus condiciones y características y realizar una apertura de su historia, para ello debe valorar.

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.

El Examen Físico 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.

**Crear todas las condiciones previamente:** Antes de comenzar el examen físico debemos crear todas las condiciones previamente, lo cual comprende desde las condiciones del local, hasta la presencia de todo el material y equipos a utilizar durante el proceder. En ocasiones cuando se va a medir la frecuencia respiratoria o la cardíaca, se percata que no trae reloj, o cuando necesita anotar los signos vitales advierte el olvido del bolígrafo, o que el que trae no escribe.

- ✚ Tener en cuenta el estado del paciente: Debemos tener en cuenta el estado en que se encuentra el paciente que se va a examinar, pues en dependencia de este, podemos manipularlo y/o movilizarlo con mayor o menor libertad durante el examen físico.

- ✚ Tener en cuenta el estado del paciente: Debemos tener en cuenta el estado en que se encuentra el paciente que se va a examinar, pues en dependencia de este, podemos manipularlo y/o movilizarlo con mayor o menor libertad durante el examen físico.
- ✚ Tener en cuenta el estado del paciente: Debemos tener en cuenta el estado en que se encuentra el paciente que se va a examinar, pues en dependencia de este, podemos manipularlo y/o movilizarlo con mayor o menor libertad durante el examen físico.
- ✚ **Mantener al paciente lo más ligero posible de ropas:** *El tener al paciente lo menos arropado posible garantizará el mejor accionar y exploración. De igual manera se debe tener en cuenta que la ropa que este tenga puesta, permita el buen accionar y exploración.*
- ✚ **Garantizar la adecuada iluminación:** *Debemos tener en cuenta que exista la adecuada iluminación en el local o habitación en que se realizara el examen físico, bien sea natural (luz solar), o artificial (luz eléctrica), debiendo esta siempre quedar a nuestras espaldas.*
- ✚ **Evitar las corrientes de aire:** *Se debe tener la precaución de eliminar o minimizar las corrientes de aire que puedan existir en la habitación o local en que se realizara el examen físico, sobre todo cuando se trate de niños pequeños o adultos mayores, ya bien sea cerrando la puerta y ventanas o regulando el aire acondicionado o apagando el ventilador.*
- ✚ **Realizarlo preferentemente alejado de las comidas:** *Principalmente en niños pequeños y adultos mayores en que la movilización y/o manipulación por las diferentes maniobras y procedimientos, puede provocar regurgitación de los alimentos e inclusive, el vómito.*
- ✚ **Seguir el orden céfalo – caudal:** *Partiendo del principio de que las regiones o zonas superiores son más limpias que las inferiores, al realizar el examen físico debemos seguir dicho orden, desde la región cefálica hasta la caudal, y si por alguna razón tenemos que regresar hacia arriba, debemos lavarnos las manos nuevamente antes de volver a tocar al paciente*

### ***Bases semiológicas de la de la valoración del paciente.***

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.

- El síntoma: Es lo manifestado por el paciente, lo que él siente. Es un dato subjetivo. Ej. Prurito, dolor, disnea.
- El signo: Es lo que puede ser observado, palpado o auscultado por la enfermera. Se puede medir, es un dato objetivo.
- El síndrome: Es lo manifestado por el paciente, lo que él siente. Es un dato subjetivo. Ej. prurito, dolor, disnea.

### **Historia clínica:**

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.

Las características que debe tener un historial clínico son:

- *Debe ser cierta, coherente, entendible.*
- *Debe seguir un orden.*
- *No puede faltarle datos.*
- *A través de ella obtenemos información para iniciar el razonamiento enfermero, este razonamiento debe dirigirse a los problemas que plantea el usuario.*

Es el primer paso de la historia clínica, hay que dejar que el paciente exponga su problema no interrumpiéndolo para evitar disociaciones o pérdida del hilo del pensamiento. Interrogatorio:

✚ *Datos personales.*

- ✚ *Motivo de consulta.*
- ✚ *Enfermedad actual.*
- ✚ *Hábitos.*
- ✚ *Antecedentes personales.*
- ✚ *Antecedentes familiares.*
- ✚ *Examen físico.*
- ✚ *Exámenes complementarios.*

El 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.

*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*

**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.*
- ✓ *Alergias.*
- ✓ *HTA.*
- ✓ *Diabetes.*
- ✓ *Cardiopatías.*
- ✓ *Cáncer.*
- ✓ *Otra.*