



Daniela Rocío Villarreal Cerdio

Licenciatura en Enfermería

Enfermería Clínica

Catedrático: Lic. Maria Jose Hdz. Mendez

Fecha: 13 de Junio del 2021

Enfermería médico-quirúrgica



La enfermería médico-quirúrgica nos aporta los conocimientos para cuidar a las personas que padecen diferentes enfermedades y tiene como objetivo mantener un equilibrio con el medio (homeostasis interna y medio ambiente). Cuando este equilibrio no se logra mantener es cuando aparece una enfermedad.

Una de las labores como enfermeros es llevar a cabo la valoración a pacientes, esta es un proceso de recopilación de datos sobre el estado de salud de nuestro paciente, se recogen los datos a medida que notamos los cambios, progreso o retroceso en su recuperación para así detectar o descartar nuevos problemas de salud



Características

La valoración constituye la primera fase del proceso enfermero y debe contar con las siguientes características:

Planificada: Está pensada, no es improvisada.

Sistemática: Requiere un método para su realización.

Continua: Comienza cuando la persona entra en contacto con el sistema de cuidados enfermeros y continúa durante todo el tiempo que necesita de ellos.

Deliberada: Precisa de una actitud reflexiva, consciente y con un objetivo por parte de la persona que la realiza.



Clasificación

Las valoraciones se clasifican en 2 etapas: la parte inicial y la parte continua.

la valoración inicial: se lleva a cabo cuando la enfermera entra en contacto por primera vez con un paciente.

la valoración continua: viene después, cuando periódicamente se sigue valorando el estado de salud del paciente para observar sus progresos.

Examen Físico

El Examen Físico es una exploración que se practica a toda persona con el propósito de reconocer las alteraciones o signos producidos por la enfermedad, valiéndose de los sentidos y de pequeños aparatos o instrumentos.



Existen 4 métodos de la exploración clínica en un examen físico:

Inspección: apreciación con la vista del aspecto, color, forma y movimiento del cuerpo y de su superficie externa



Palpación: apreciación manual de la sensibilidad, temperatura, consistencia, forma, tamaño, situación y movimientos de la región explorada.



Percusión: apreciación por el oído, de los fenómenos acústicos y ruidos que se originan cuando se golpea la superficie externa del cuerpo con las manos.



Auscultación: apreciación con el sentido de la audición, de los fenómenos acústicos que se originan en el organismo.





Bases semiológicas de la valoración del paciente



La semiología es el estudio de los signos y síntomas de una enfermedad y la semiotecnia es la técnica para obtener signos, tiene como objetivo llegar al diagnóstico enfermero a través de los datos recabados en el interrogatorio, el examen físico y los estudios complementarios.

Problema: Todo aquello que requiere atención por parte de la enfermera. Es una queja, observación o circunstancia percibida.



Signos: Lo que puede ser observado, palpado o auscultado por la enfermera. Se puede medir, es un dato objetivo.



Síntomas: Lo manifestado por el paciente, lo que él siente. Ej. prurito, dolor, disnea.



Síndrome: Conjunto de síntomas y signos relacionados entre sí, que tienen una fisiopatología común y que obedecen a distintas etiologías. Ej. El síndrome febril.



Interrogación

Este es el primer procedimiento que se lleva a cabo para iniciar la historia clínica, debemos dejar que el paciente nos exponga sus problemas sin interrupciones, este proceso debe contar con:



Datos personales: (Nombres. Apellidos. Edad. Sexo. Estado civil. Domicilio. Procedencia. Ocupación. Estudios. Religión),

Motivo de su consulta: (Es la razón (signo o síntoma) que lleva al paciente a la consulta), cual es la enfermedad actual que presenta,

Hábitos: (Diuresis. Dieta. Actividad física. Tabaquismo. Alcohol. Drogas. Hábitos sexuales),

Antecedentes personales y familiares: (Alergia, Asma, Diabetes, Cardiopatías, Medicamentos, Cirugías previas., Enfermedades de la infancia).

Historia clínica



Es el registro completo de una información obtenida durante el interrogatorio del paciente, el examen físico y los estudios complementarios, dicha historia cumple una función asistencial, de investigación.



Debe ser coherente, cierta y entendible, también debe contar con un orden específico y no debealtar ningún dato por llenar ya que todos esos datos nos ayudaran para obtener la información para razonar los problemas que el paciente presenta.