

64
res.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Manual de Enfermería para la Identificación de Factores
de Riesgo en Agudeza Visual, Auditiva y
Pie plano en una Visita domiciliaria.

M A N U A L

Que para obtener el título de :

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Presenta:

SAUDITH NAVARRETE NAVARRETE.



CONASESORIA ACADEMICA:
Lic. Norberto López Olguín

México D.F. Octubre, 1998

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

267363



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS.

Al Creador.

Antes de que amanezca,
El alma mía esta ya dispuesta, a luchar
Dejaré en la obscuridad mi cobardía
Porque ya el nuevo día, va a empezar
Me voy a superar, ese es mi empeño
Mil veces me lo voy a repetir
Hoy se harán realidad todos mis sueños
Mis enormes deseos de vivir, Me asomaré al balcón,
Y en el viento escribiré mi nombre, sin cesar
Y me diré con fe: estoy contento
En este día tengo que triunfar
Y al sentir lo infinito de mi esencia
Absorto pensare,
Gracias Señor.
Gracias Señor por haberme regalado la existencia
Por darme la ventura de tñ amor,
Que bello es el mundo que nos diste
Que sublime tu gran misericordia
Te prometo que hoy no estaré triste
Ni buscaré motivos de discordia
Y al contemplar el paisaje luminoso
Ante el mudo esplendor de la creación .
Todo mi ser se llenará de gozo,
E inundaré de paz mi corazón
Hoy voy a perdonar al que me ofenda
Igual como lo dice tu oración
Y hoy voy a ayudar a aquel que pretenda pedirme perdón
Y en su amargura algún favor.
Hoy voy a tratar de ser distinto
Con un nuevo vigor, un nuevo anhelo
Haré triunfar la piedad sobre el instinto
Para subir un peldaño; hacia el cielo,
Hacia tí Señor,
Antes de amanecer estoy dispuesto
A enfrentarme a la vida, con valor
Aceptaré gustoso el dulce reto,
De cada día voy a ser mejor.

Gracias Señor.

A MIS PADRES.

Sabiendo que jamás encontré la forma de agradecer su constante apoyo y confianza. Solo espero que comprendan, que mis ideales, esfuerzos y logros, han sido también suyos e inspirados en ustedes.

A MIS HERMANOS.

Por el apoyo recibido durante mi carrera, la confianza brindada aún en momentos difíciles y en especial por su cariño, para el cual no existen palabras que expresen lo que ha significado en el transcurso de mis estudios.

A MIS AMIGOS.

Como un testimonio de mi cariño y agradecimiento, por todo el apoyo moral que siempre me brindaron el cual fue de gran ayuda para lograr terminar mi carrera profesional, les agradezco infinitamente la orientación que siempre me han otorgado.

**Con cariño y admiración.
Saudith.**

ÍNDICE

	Página.
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVOS	3
CAPITULO I ENFOQUE DE RIESGO	4
<ul style="list-style-type: none">- Concepto de riesgo- Concepto de enfoque de riesgo y sus características- Medición del riesgo- Aplicación del enfoque de riesgo	
CAPITULO II VISITA DOMICILIARIA	10
<ul style="list-style-type: none">- Concepto de visita domiciliaria- Importancia de la visita domiciliaria- Recursos para visita domiciliaria- Elementos que componen una visita domiciliaria- Funciones de enfermería ante una visita domiciliaria- Procedimiento de la visita domiciliaria.	
CAPITULO III EXPLORACIÓN FÍSICA	19
<ul style="list-style-type: none">- Concepto de exploración física- Importancia de la exploración- Partes que componen la exploración física- Técnica de la exploración física- Diagnóstico de enfermería- Plan de actividades de acuerdo al diagnóstico de enfermería	

CAPITULO IV	AGÜDEZA VISUAL	----- 46
	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto de agudeza visual - Anatomía y fisiología del ojo - Parámetros normales de agudeza visual - Técnica de medición para agudeza visual - Factores de riesgo que pueden afectar la vista - Complicaciones - Medidas preventivas - Acciones de enfermería - Conservación de la cartilla de Snellen 	
CAPITULO V	AGUDEZA AUDITIVA	----- 58
	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto de agudeza auditiva - Anatomía y fisiología del oído - Límites normales de la audición - Técnica de medición para la agudeza auditiva - Factores de riesgo que pueden afectar la audición - Complicaciones - Medidas preventivas - Acciones de enfermería 	
CAPITULO VI	IDENTIFICACIÓN DE PIE PLANO	----- 68
	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto de pie plano - Anatomía y fisiología del pie - Anatomía del pie plano - Técnica para la identificación de pie plano - Complicaciones - Medidas preventivas - Acciones de enfermería - Manejo adecuado del plantógrafo 	
CONCLUSIONES		----- 81
GLOSARIO DE TÉRMINOS		----- 83
BIBLIOGRAFÍA		----- 86

INTRODUCCIÓN

Enfermería es un componente vital del cuidado de la salud, se ocupa de las necesidades de salud del individuo, familia y comunidad, para lo cual es imprescindible contar con un manual que guíe su práctica profesional y sirva como herramienta metodológica en el autocuidado. La práctica de enfermería debe permitir una relación interpersonal y de ayuda, con los usuarios, favorecer la autogestión y el fomento a la salud. Las intervenciones de enfermería deben dar respuesta a los diagnósticos del individuo, familia y comunidad, para consolidarse en un cuerpo de conocimientos que paulatinamente nos aproximen a la formación disciplinaria.

El presente manual se ha estructurado con el fin de reafirmar los conocimientos del personal de enfermería, que se dedica a prestar atención al primer nivel, ya que, actualmente los problemas de salud y bienestar familiar se acentúan en grupos sociales definidos, por diversos factores, como son, desarrollo económico y sociocultural bajos que implican la carencia de necesidades básicas para la conservación de la salud.

Este trabajo nos ayudará a establecer un diagnóstico integral de la familia, así como, proponer las medidas preventivas para las posibles alteraciones en agudeza visual, agudeza auditiva y pie plano.

Por todo lo anterior se considera que este manual es un trabajo que servirá como material de consulta para el personal de enfermería que brinda atención a la comunidad en general.

JUSTIFICACIÓN

El profesional en enfermería en esencia se dedica a la atención o cuidado del individuo sano, o en situaciones de enfermedad.

En este caso los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, a través de su equipo de salud que lo constituye; médicos, enfermeras, psicólogos, odontólogos, personal administrativo, etc., tiene como objetivo promover la actualización del personal operativo de las diferentes instituciones de primer nivel de atención sobre, sus técnicas, procedimientos y actividades diarias con la finalidad de proporcionar un buen servicio a la comunidad .

La importancia del trabajo de enfermería, radica en la atención al individuo; de ahí se deriva la necesidad de elaborar un manual de agudeza visual, auditiva y pie plano, que sirva de apoyo al desarrollo de estas actividades y al mismo tiempo a superar la deficiencias encontradas en el personal de enfermería.

Este manual es una guía, e indica paso a paso la forma correcta para detectar las posibles alteraciones del sentido de la vista , oído y anomalías del pie ; así como, la estabilidad del individuo que nos indique cualquier alteración en su salud.

De lo anterior se deriva la importancia de identificar Factores de Riesgo que en muchas ocasiones pasan desapercibidos y de esta manera se pueda llevar a cabo un diagnóstico temprano, y si es necesario emprender medidas correctivas para proporcionar una atención de calidad al individuo, familia o comunidad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Que la enfermera pueda identificar factores de riesgo en agudeza visual, auditiva y pie plano en la comunidad, así como, proporcionar las medidas preventivas para la conservación de la salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Que el personal de enfermería conozca la importancia de identificar factores de riesgo, para poder prevenir alteraciones en relación a la agudeza visual, auditiva y en la presencia de pie plano.
- 2.- Lograr que el personal de enfermería pueda identificar con facilidad las necesidades de salud de la población en el primer nivel de atención y proporcionar educación para la salud.
- 3.- Reafirmar las funciones que realiza la enfermera para la atención primaria a la salud relacionadas a la agudeza visual, auditiva y pie plano que le proporciona al usuario y familia.

CAPITULO 1 ENFOQUE DE RIESGO.

ENFOQUE DE RIESGO

CONCEPTO DE RIESGO

Es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, etc.) **(18)**

La identificación de un riesgo es el descubrimiento de una necesidad a la salud y de ahí se determinan las intervenciones humanas y de recursos para atender esta necesidad en la población.

CONCEPTO DE FACTOR DE RIESGO

Es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, cuya presencia se asocia con un aumento de la probabilidad de padecer un daño a la salud. **(13,18)**

Los factores de riesgo pueden ser específicos para un daño en particular; un mismo factor de riesgo aumenta las posibilidades de varios tipos de daños.

Las mujeres embarazadas, los niños, los inmigrantes, las personas de edad avanzada y los grupos con pocos recursos, son de mayor riesgo a padecer un daño a la salud.

La importancia a valorar el factor de riesgo para la medicina preventiva, depende del grado de asociación con el daño a la salud y también con la frecuencia del factor de riesgo.

Los factores de riesgo pueden ser:

- **Biológicos:** Enfermedades cerebrales, orgánicas, factores genéticos y Hormonales.
- **Ambientales:** Hacinamiento, ambientes estresantes, contaminación, cambios de clima, desastres naturales.
- **De comportamiento:** Conducta innata e instintiva, aprendizaje conductual por imitación, hábitos.
- **Psicológicos:** Separaciones tempranas, agresión en la infancia, baja autoestima, insatisfacción, frustración.
- **Económicos:** Alto costo de la vida, desempleo, bajos ingresos.
- **Sociales:** Violencia, alcoholismo drogadicción, farmacodependencia, mal manejo del tiempo libre, nivel socioeconómico bajo.
- **Relacionados con la atención a la salud:** Yatrogenias, negligencias.

La interacción de factores de riesgo biológicos sumados al medio social y ambiental, aumenta el efecto de la producción de alguna enfermedad.

Los factores de riesgo también pueden clasificarse en aquellos que pueden ser modificados (dieta, fumar, ingesta de bebidas alcohólicas); en los que la causalidad es fundamental (grupos en riesgo), y aquellos que no podrían ser modificados (historia familiar)

Los factores de riesgo pueden ser específicos para un daño en particular. Un mismo factor de riesgo aumenta las posibilidades de varios tipos de daños.

Ejemplos:

Factor de Riesgo	Daños a la Salud
Nutrición deficiente en la madre	Bajo peso al nacer
Agua contaminada	Diarreas infecciosas
Ingesta excesiva de carbohidratos	Diabetes
Exceso de ruido	Disminución en agudeza auditiva
Dieta con alto contenido en sodio	Hipertensión arterial

A continuación se dará una lista de los factores de riesgo dependiendo de la categoría.

FACTORES DE RIESGO SOCIALES Y CULTURALES

- El aumento de la población
- El grado de urbanización
- Nivel educacional de la población
- Nivel de educación sanitaria
- Efectos de la propaganda
- Estructura de la familia
- Nivel económico
- Propaganda médico - farmacéutica
- Falta de servicios primarios a la salud
- Hábitos culturales
- Grupos sociales marginados

ENFOQUE DE RIESGO

Es un método de trabajo que se emplea para medir las necesidades de atención a la salud para las comunidades, basado en el concepto de riesgo para determinar las prioridades de salud

El enfoque de riesgo puede utilizarse en las decisiones de la comunidad, respecto a los problemas de salud prioritarios dentro de la promoción a la salud en la detección de factores de riesgo, también sirve para cuantificar los daños a la salud e identificar los factores de riesgo en la población determinada.

Para la utilización del enfoque de riesgo se deben tomar en cuenta:

- Identificación de factores de riesgo y su cuantificación
- Seleccionar a la población un daño a la salud
- Valorar y efectuar un balance de las necesidades de salud en relación con los recursos existentes del sistema de salud, así de la población

MEDICIÓN DEL RIESGO

El riesgo o la probabilidad de que ocurra un daño a la salud, puede medirse de tres maneras:

- 1.- **Riesgo absoluto:** Es la incidencia de un daño a la salud, en una población determinada y en un periodo determinado.
- 2.- **Riesgo relativo:** Es una comparación de la frecuencia con que ocurre el daño en los individuos que tienen el atributo o el factor de riesgo y la incidencia en la población no expuesta a tal factor.

3.- **Riesgo atribuible:** Es una medida útil para mostrar la proporción en que el daño podría ser reducido, si los factores de riesgo causales desaparecieran en la población total.

APLICACIÓN DEL ENFOQUE DE RIESGO

El enfoque de riesgo puede utilizarse para la toma de decisiones en los distintos niveles de atención, desde el individual y familiar hasta el de política intersectorial. Puede utilizarse dentro como fuera del sistema de atención a la salud.

La información de él puede utilizarse para definir prácticas de educación para la salud y mejorar la atención a la salud.

La participación de la comunidad en el reconocimiento de los factores de riesgo de individuos y de grupos permite aumentar la conciencia hacia los problemas de salud y los programas de acción comunitaria.

Dentro del sistema de atención a la salud, puede facilitar una mayor cobertura, mejorar el sistema de referencia y facilitar el control de los factores de riesgo. Puede producir cambios en el estilo y condiciones de vida y del medio ambiente.

Finalmente el enfoque de riesgo ayuda a identificar la contribución de otros componentes (sociales, económicos y ambientales) al proceso de salud - enfermedad.

Usos del enfoque de riesgo

1.- Dentro del sistema formal de atención en salud.	2.- Fuera del sistema formal de atención en salud.
<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la cobertura - Mejoramiento de los patrones de referencia - Modificación de los factores de riesgo - Reorganización del sistema de salud en los niveles regional y nacional - Adiestramiento del personal de salud 	<ul style="list-style-type: none"> -Autocuidado y atención a la familia - Atención comunitaria - Promoción a la salud - Políticas intersectoriales.

FUENTE: Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil O.P.S. México 1987.

CAPITULO 2
VISITA DOMICILIARIA

VISITA DOMICILIARIA

La visita domiciliaria a sido el medio principal para que la enfermera al servicio de la comunidad interactue con las familias en la identificación de factores de riesgo que afectan la salud; de esa forma la enfermera comunitaria colabora en la solución de los problemas de salud mediante la promoción y la educación. **(4,14,15)**

CONCEPTO.

Actividad formal que consiste en acudir al domicilio del usuario con el fin de aplicar una entrevista que puede tener diferentes objetivos, para promover, poner en marcha, asesorar, capacitar, realizar supervisión y seguimiento, recopilar información de los proyectos o programas de salud.

IMPORTANCIA

Que la enfermera comunitaria proporcione una atención directa y personalizada del individuo y la familia en la comunidad mediante un plan de autocuidado, por medio de la identificación de factores de riesgo, utilizando las medidas preventivas para mejorar el nivel de vida de la población. La visita domiciliaria establece una relación personal entre el trabajador de la salud y una familia. Esto permite a los usuarios recibir respuesta directa a sus problemas o inquietudes particulares, proporciona la oportunidad para desarrollar un conocimiento mutuo más íntimo y hasta una amistad entre el trabajador de la salud y el usuario o su familia. Este vínculo facilitará posteriormente otras actividades que el trabajador desee realizar. **(9, 15)**

PLAN DE AUTOCUIDADO.

Concepto: Es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar.

Los principios del autocuidado son:

- Convertirse en un especialista de uno mismo, conocer y escuchar nuestro cuerpo; quién mejor que nosotros que somos sus dueños.
- Dar a nuestro cuerpo la oportunidad de trabajar bien, cuidándolo y proporcionándole las prácticas buenas como el ejercicio y la relajación.
- Llevar un expediente de nuestra vida y de nuestros problemas de salud, no hay que olvidar muchas veces que el pasado puede guiar al futuro
- No aceptar tratamientos que uno no conoce, autorecetarse o tomar medicinas que hicieron bien a otros familiares.
- Usted el principal jefe de salud, todas las decisiones importantes necesarias, usted las debe de tomar.
- Salud es más que la ausencia de la enfermedad, salud no es sólo no tengo dolor, sino un alto nivel de bienestar, satisfacción personal, energía, ánimo por la vida y también de felicidad. **(17)**

Pasos a seguir en el autocuidado:

- * Ficha de identificación
- * Historia natural de la enfermedad: concepto, anatomía y fisiología, factores de riesgo, diagnóstico de enfermería, patología, complicaciones.
- * Cuidados al paciente: dieta, ejercicio, autoexploración, autocuidado físico, cuidados específicos
- * Evaluación **(17)**

RECURSOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA

Recursos físicos: Se refiere a las facilidades que la familia posee para resolver su problema de salud. En donde enfermería debe improvisar de la mejor manera para atender al paciente en su hogar.

Económicos: Se investiga la situación económica de la familia para la resolución de la situación, así como, su afiliación a instituciones de salud, acordes a su nivel económico.

Humanos: La enfermedad de un miembro de la familia afecta, evidentemente, a los demás miembros de la misma. En la primera visita se tomará nota de los recursos humanos existentes que puedan brindar su aportación en tiempo y experiencia al problema de salud confrontado.

Recursos de la comunidad: En un estudio de comunidad se enumeran los recursos de salud existentes para que se realice un adecuado uso de estos mismos.
(14,15)

ELEMENTOS QUE CONFORMAN UNA VISITA DOMICILIARIA

La visita domiciliaria consta de cuatro actividades, cada una con importancia propia pero interdependiente con las demás, y son: planeación, introducción al hogar, ejecución e informe. **(15)**

*** Planeación:** Previamente a la visita se requiere una planeación en la que se analicen las necesidades en materia de salud.

La elaboración de un calendario de trabajo en donde se tenga las visitas domiciliarias que se realizarán durante la semana.

Preparación del material; el conocer si es una visita de primera vez o subsecuente si es así consultar la historia clínica del individuo.

Tener claro el objetivo de la visita para que esta sea eficaz y productiva.

Preparación del material y equipo a utilizar, (baumanómetro, estetoscopio, dextrostix, abatelenguas, cinta métrica, cinta de sindel, torundas alcoholadas, pomaderas, termómetro, cartilla de snellen, etc.). **(17)**

*** Introducción al hogar:** Significa para la enfermera comunitaria la actividad básica para obtener la confianza y simpatía de la familia y la aceptación.

Llamar moderadamente a la puerta del domicilio; en caso de no abrir, planearlo en las visitas a esta zona el pasar a ese domicilio nuevamente.

Saludar amablemente y presentarse dando su nombre completo y el de la institución que representa, para posteriormente pedir permiso de pasar al interior de la casa. **(13, 14)**

* **Ejecución:** Durante el desarrollo de la visita, las actividades deben planearse de manera que permitan practicar análisis más precisos de las necesidades sanitarias, mediante la observación y plática.

Enseñanza al individuo y a la familia por medio de pláticas, demostraciones o ambas adaptados al problema o la familia. **(17)**

Procedimientos de enfermería, por ejemplo aplicación de inyecciones, curaciones, entre otros, de esta forma la enfermera podrá enseñar a la familia a realizar procedimientos sencillos para fomentar la autoasistencia en la conservación de su salud.

Resumen, se hará una síntesis del contenido de la visita en forma clara, confirmando los aspectos más importantes.

Despedida se realiza en forma cortés y amable, informando si es posible la fecha de la próxima visita. **(15)**

* **Informe:** Se anotarán los datos más importantes como el diagnóstico de enfermería y las actividades realizadas. Elaborando un plan de autocuidado al individuo o la familia para que lo lleven acabo estos.

FUNCIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA VISITA DOMICILIARIA

La enfermera comunitaria cuando realiza una visita domiciliaria identificará los factores de riesgo de la familia con el fin de proporcionar un plan de autocuidado con esto se pretende conservar la salud en los individuos aparentemente sanos y en aquellos que cursan con alguna patología para ayudarlos a mantener su salud y así contar con una mejor calidad de vida.

Las funciones se pueden agrupar en:

- Protección de la salud de la madre, control pre y postnatal.
- Protección de la salud del niño , control del lactante preescolar y escolar.
- Protección de la salud del adulto en el hogar y ambiente laboral.
- Protección de salud del anciano.
- Educación en alimentación familiar; higiene personal y mental.
- Ajuste de las condiciones sociales que afecten la salud del grupo familiar.



Fuente: Fotografía de una visita domiciliaria con personal del Centro de Salud T. III José Casto Villagrana.

TÉCNICA DE LA VISITA DOMICILIARIA

OBJETIVOS:

Identificar los factores de riesgo existentes en el hogar, y su medio ambiente que contribuyan a un deficiente estado de salud.

Proporcionar atención integral de enfermería al individuo, familia y comunidad.

Vigilar el cumplimiento del tratamiento médico, citas subsecuentes y esquemas de inmunización.

PROCEDIMIENTO DE LA VISITA.

PLANEACIÓN:

-Es necesario que el individuo o la familia cuente con un expediente en el centro de salud, donde deberá hacerse una revisión de este y se elabora un resumen identificando las necesidades de salud de la familia.

-Establecer objetivos educativos con base a la problemática familiar.

-Previamente a la visita se requiere preparar la información, el equipo y material a utilizar.

-Programar de acuerdo a prioridades todas las actividades de campo.

EJECUCIÓN:

-Llamar moderadamente a la puerta del domicilio a visitar.

-Saludar amablemente y presentarse dando su nombre completo y el de la institución que representa, mostrando su credencial de la Secretaría de Salud.

-Verificar si el nombre de la familia que habita ese domicilio es correcto.

-Explicar el motivo de la presencia, de la enfermera solicitando permiso para pasar al hogar.

-Identificar el sitio adecuado para colocar el maletín, pida permiso para colocarlo, así como para lavarse las manos.

-Iniciar la entrevista y exploración física de cada uno de los integrantes de la familia de acuerdo a las intervenciones de enfermería del manual de procedimientos.

- Anotar el resultado de cada intervención por cada uno de los integrantes de la familia que se interrogó y exploró.
- Identificar los factores de riesgo para la salud existentes.
- Elaborar un diagnóstico de enfermería de acuerdo a las intervenciones aplicadas en cada uno de los integrantes.
- Implementar el proceso enseñanza-aprendizaje de acuerdo a lo obtenido.
- Recordar que la actividad de enfermería es 100% educativa, de detección y promoción.
- Mantener una actitud profesional y respetar el nivel cultural de la familia.
- Respetar la individualidad de la familia.
- Utilizar los recursos disponibles de la familia para la solución de sus problemas de salud, invitando a la familia que acuda al Centro de Salud.
- Recordar que el integrante más importante para el equipo de salud es la familia, no imponer nada, juntos encontrar la solución a los problemas de salud de la población.
- En caso necesario reforzar la información dada con preguntas y respuestas.
- Referir a las personas que se detecten con algún problema de salud invitando a la familia a que acuda al Centro de Salud.
- Guardar el equipo y material utilizado en el maletín.
- Despedirse de forma cordial de la familia, informándole que próximamente regresará a visitarla.

REGISTRO DE ACTIVIDADES:

- Durante la visita domiciliar utilizar para cada una de las actividades realizadas el formato de consulta externa SISPA conforme a instructivo.
- En su croquis de AGEBS marque el domicilio visitado de la manzana correspondiente.
- Al llegar al Centro de Salud hacer las anotaciones conforme a los resultados obtenidos en cada visita domiciliar del expediente familiar, en los tarjeteros correspondientes.
- Informar al equipo de salud del módulo, lo más relevante de la visita domiciliar realizada.

CAPITULO 3

EXPLORACIÓN FÍSICA

EXPLORACIÓN FÍSICA

CONCEPTO

Exploración física es el exámen físico de la persona para evaluar el estado general de salud, explorándolo en orden cefalo - caudal o por aparatos y sistemas incluyendo el aspecto mental y social para poder llegar a un diagnóstico.

Independientemente del método que se planea seguir, ya sea cefalo - caudal o por aparatos y sistemas se debe realizar una inspección general del individuo. **(21, 25)**

IMPORTANCIA

La exploración es una forma excelente para ayudar a las personas a conservar la salud pues es el momento en que el profesional de enfermería puede orientar al individuo o la familia respecto a la importancia de tener hábitos sanos.

Se recomienda que toda persona debe someterse a una exploración física, cuando menos una vez al año, ya que, la exploración completa permite detectar signos importantes de enfermedad que pueden ser corregidos con mayor facilidad y eficacia que los antiguos y arraigados.

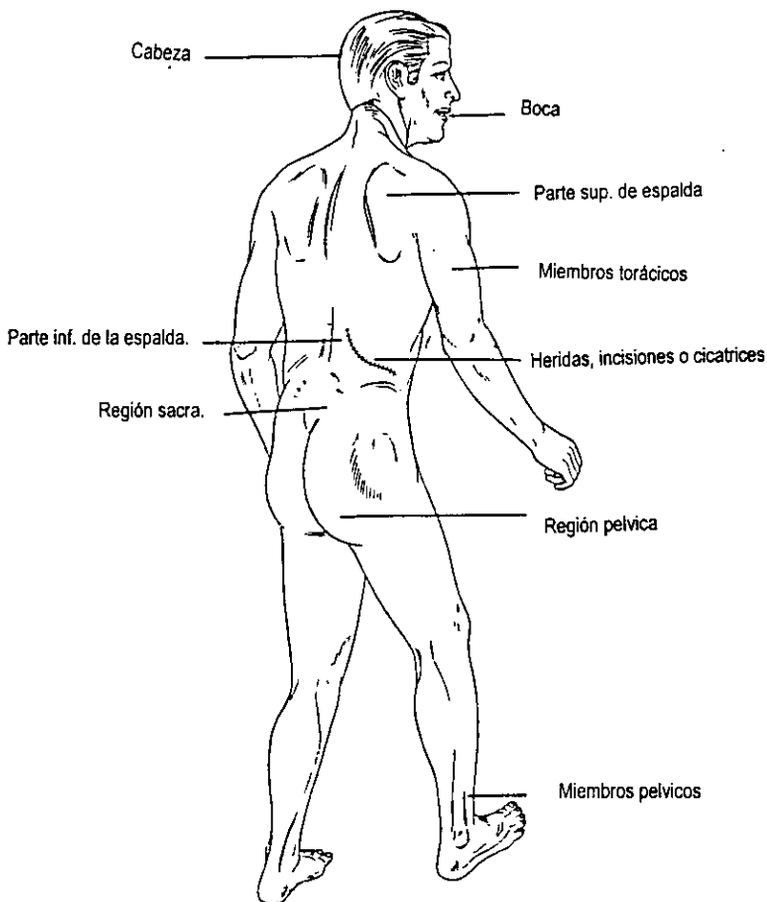
Los datos de la exploración permiten orientar en la asistencia de enfermería y así proporcionar un plan de autocuidado.

Sirve para confirmar la información que se obtuvo durante el interrogatorio; se debe realizar en un ambiente favorable y buena iluminación, con esto se podrá identificar cualquier alteración visible sin mayor problema.

EXAMEN FÍSICO

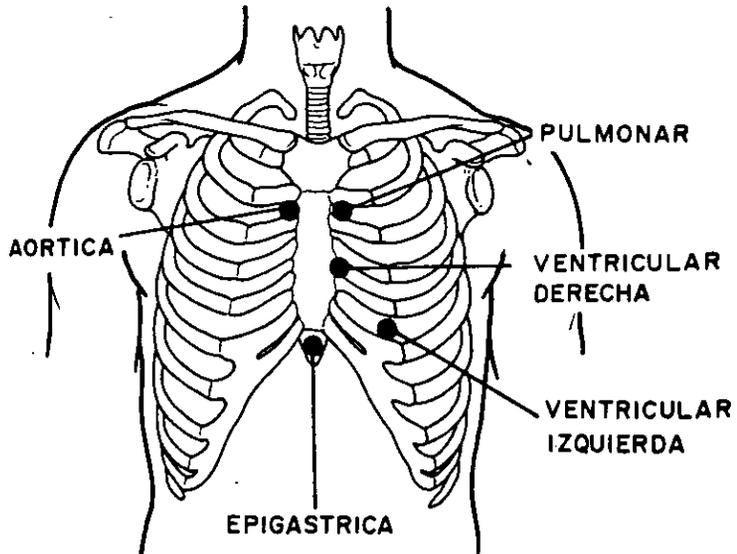
INSPECCIÓN: Es la observación intencionada y el procedimiento más usado; incluye lo que observa y escucha el explorador, también incluye el olfato por ejemplo cuando la enfermera se percata de ciertos olores que tiene la secreción que sale del cuerpo **(30)**

PARTES QUE LA ENFERMERA DEBE CONSIDERAR DURANTE LA INSPECCIÓN.



Fuente: B.C. Long Enfermería Medicoquirúrgica Vol. 1 Edit. Interamericana. p17

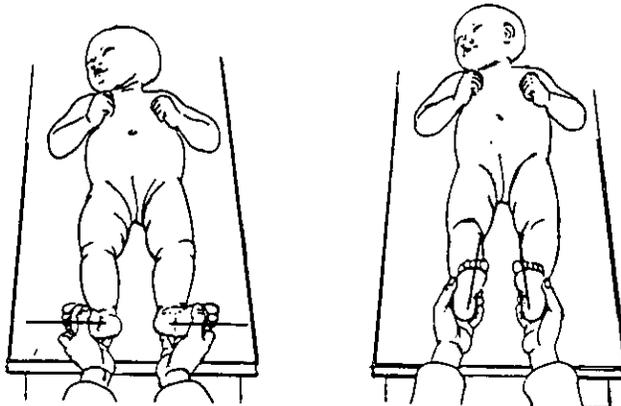
ÁREAS DE INSPECCIÓN



Partes que la enfermera debe inspeccionar en el área cardíaca: aórtica, pulmonar, ventricular y epigástrica.

Fuente: Martínez Esneda. Atención Primaria de Salud. Edit. OPS, 1ª Edición Washington 1990 p.235

EXPLORACIÓN E INSPECCIÓN



FUENTE: B.C. Long Enfermería Medicoquirúrgica Vol. 1 Edit. Interamericana p.88.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR MEDIO DE LA INSPECCIÓN CUADRO I

TÉCNICA	CLASIFICACIÓN	DATOS QUE SE OBTIENEN
Inspección (vista) Escenario iluminación adecuada	Simple o directa Ejemplo observación de la piel Instrumental o indirecta Ejemplo uso oftalmoscopio	Postura Movimiento Marcha Tono y modulación de la voz Localización Forma Volumen o tamaño Estado de la superficie Estado nutricional Conformación Arreglo personal

FUENTE: B.C. Long Enfermería Medicoquirúrgica Vol. 1 Edit. Interamericana.

IMPORTANCIA PARA ENFERMERÍA: La inspección es importante, ya que en el primer contacto que tiene la enfermera con la persona, se da cuenta del estado general de salud y lo confirma mediante la realización de las demás técnicas de la exploración. Es importante darle la orientación a la persona de lo que se le va a realizar para evitar que este tenso, indicándole que debe de estar tranquilo; la enfermera debe evitar sombras para facilitar la inspección, debe de observar que las regiones corporales sean simétricas sin ninguna anomalía de la continuidad en la piel, así como la fuerza, volumen y movimiento del cuerpo.

PERCUSIÓN: Se refiere al golpeteo de una zona particular con las yemas de los dedos o con un martillo especial para reflejos. La enfermera examinadora escucha el sonido que se genera en la percusión. Por ejemplo en caso de haber líquido o una masa en el tórax, el sonido es mate. Normalmente, cuando el examinador percute la pared torácica, se genera un ruido "hueco". (30)

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR MEDIO DE LA DE PERCUSIÓN

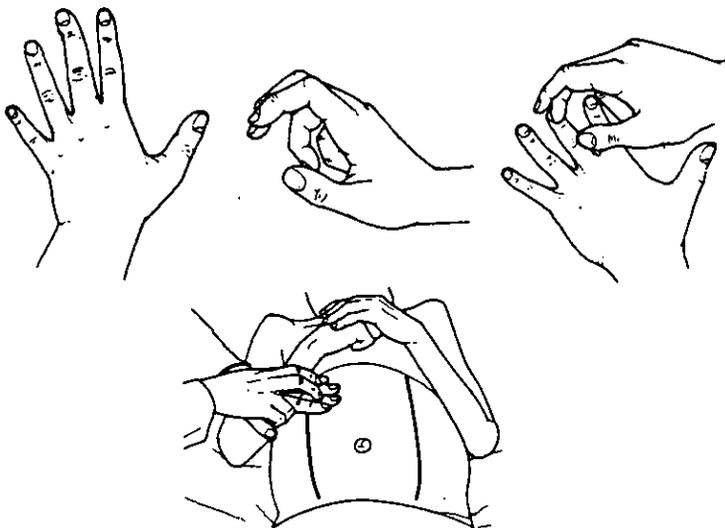
CUADRO II

TÉCNICA	CLASIFICACIÓN	DATOS QUE SE OBTIENEN
Percusión (golpes metódicos)	Directa o inmediata simple Ejemplo: Puño - percusión	Fenómenos acústicos Resonante Hiperresonante
Se requieren Absoluto silencio Temperatura ambiental cálida	Instrumental Ejemplo: Martillo de reflejos Indirecta o mediata simple Ejemplo: Dígito - digital Instrumental: Placa metálica	Timpánico Mate Movimientos reflejos Dolor

FUENTE: B.C. Long Enfermería Medicoquirúrgica Vol. 1 Edit. Interamericana.

IMPORTANCIA PARA ENFERMERÍA: La percusión es importante para detectar alguna afección interna en el organismo, basandose en sonidos.

La enfermera no debe olvidar explicarle a la persona lo que se le va a realizar, así como procurar que se encuentre en posición comoda tanto ella como la persona a examinar, buscará un espacio con privacidad para no afectar la individualidad de la persona, también descubrirá solo las zonas a percudir. Deberá evitar exceso de ruidos para facilitar escuchar los sonidos anormales encontrados durante la técnica de percusión.



FUENTE: Martínez G. Esneda Atención primaria de salud Edit. OPS 1ª Edición Washington 1990 p.475

PALPACIÓN: Emplea el sentido del tacto para palpar o comprimir una zona. Por ejemplo se utiliza en el exámen del abdomen para palpar los diversos órganos de su interior y también en los senos, para detectar la presencia de tumores. (30)

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR MEDIO DE PALPACIÓN

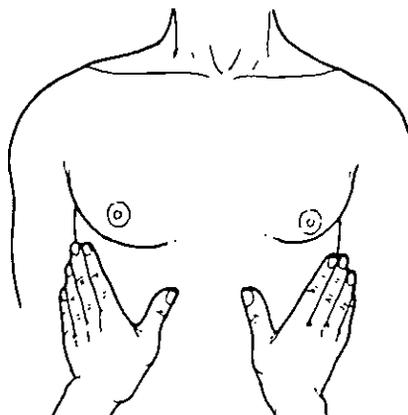
CUADRO III

TÉCNICA	CLASIFICACIÓN	DATOS QUE SE OBTIENEN
Palpación (tacto)	Simple	Datos de inspección
Temperatura cálida	Bimanual	Consistencia
Privacidad	Monomanual	Sensibilidad
	Digital	Temperatura
	Instrumental	Movilidad
	Sondas	
	Pinzas	

FUENTE: B.C. Long Enfermería Medicoquirúrgica Vol. 1 Edit. Interamericana.

IMPORTANCIA PARA ENFERMERÍA: La palpación es importante para enfermería, ya que a través de ella se pueden identificar el tono de la pared abdominal, la posición, movilidad y consistencia de órganos internos, la presencia de dolor, masas o líquido, así como el origen de distensión o pulsación.

La enfermera no debe olvidar buscar una posición adecuada y cómoda para realizar una buena palpación, procurando tener las manos secas y tibias, para evitar alteraciones en la examinación.



FUENTE: B.C. Long Enfermería Medicoquirúrgica Vol. 1 Edit. Interamericana.

AUSCULTACIÓN: Utiliza el sentido del oído. Por medio del estetoscópio el examinador escucha sonidos del interior del cuerpo, como los ruidos cardiacos y pulmonares. (30)

VALORACION DE ENFERMERÍA POR MEDIO DE LA AUSCULTACIÓN CUADRO IV

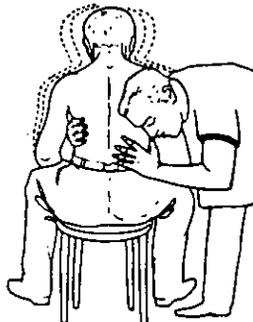
TÉCNICA	CLASIFICACIÓN	DATOS QUE SE OBTIENEN
Auscultación (oído) Es necesario absoluto silencio	Inmediata Sin instrumento ejemplo oído directamente sobre áreas Mediata Con instrumento ejemplo estetoscopio	Fenómenos acústicos de: Aparato respiratorio Aparato circulatorio Movilidad del tubo digestivo

FUENTE: B.C. Long Enfermería Medicoquirúrgica Vol. 1 Edit. Interamericana.

IMPORTANCIA PARA ENFERMERÍA: La enfermera a través de la auscultación puede reconocer los sonidos normales del aparato respiratorio, circulatorio, así como la motilidad del tubo digestivo, al estar familiarizada con estos sonidos puede identificar sonidos anormales.

Debe tomar en cuenta que la persona a examinar estará en una posición comoda para facilitar la auscultación, y no apoyarse completamente en su cuerpo para evitar ruidos que puedan ocasionar confusión. Procurando que el área física se encuentre libre de ruidos.

Si usa estetoscopio tomar en cuenta que las olivas se ajusten adecuadamente al orificio externo del oído y procurar que el diafragma quede firmemente sobre la piel y no rozarlo o tocarlo, ya que se escuchan ruidos que pueden ser interpretados erroneamente



Auscultación inmediata sobre la región a examinar

FUENTE: Esneda Martínez, Atención Primaria a La Salud OPS. P. 90

PROCEDIMIENTO DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA

MATERIAL: Para facilitar la exploración física se utiliza: estetoscópio, martillo de reflejos, baumanómetro, termómetro, báscula, cinta métrica, abatelenguas y reloj con segundero, lamparilla, cartilla de Snellen, jabón, sanitas.

PROCEDIMIENTO:

EXAMEN DE LA CABEZA

El examen de la cabeza incluye las estructuras externas, la agudeza visual y auditiva y el movimiento facial.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL EXAMEN DE CABEZA

CUADRO V

ÁREAS A EXPLORAR	RECOMENDACIONES PARA ENFERMERÍA	DATOS QUE SE OBTIENEN
Cuero cabelludo	Observar el estado de higiene así como las características del cabello y buscar cicatrices.	La presencia de escamas puede ser debida a caspa o psoriasis. El color e integridad nos dan a conocer anemia.
Rostro, piel	Examinar el color, la humedad, la temperatura, la textura y las posibles lesiones. Solicitar a la persona que eleve las cejas y la frente, que frunza el ceño, que sonría, que cierre los ojos con rapidez y los mantenga fuertemente cerrados, que muestre los dientes, silbe y que infle los carrillos	Si hay debilidad del nervio facial se puede observar asimetría
Ojos Párpados	Tener presente la posición de los párpados en relación con los globos aculares por si hay edema palpebral, así como el color, las lesiones y la capacidad de cerrarse	La caída de un párpado (ptosis) puede estar provocada por debilidad muscular o lesión de nervios, edemas por alergia, inflamación local, haber llorado poco antes, o condiciones patológicas de retención de líquidos. El enrojecimiento indica inflamación. La incapacidad de cerrarlos, puede producir deshidratación de la córnea.
Conjuntiva y esclerótica	Examinar la conjuntiva, bajando el párpado inferior y diciéndole al paciente que mire hacia arriba.	El enrojecimiento indica inflamación. La esclerótica se pone amarilla cuando hay ictericia

	La conjuntiva normal es clara y la esclerótica blanca	
Córnea y cristalino	Hacer incidir un rayo luminoso oblicuo a través del ojo para detectar opacidades en la córnea y el cristalino	Las opacidades se ven grisáceas sobre la pupila negra. Las opacidades interfieren la visión
Reflejo pupilar y acomodación	Las pupilas son redondas y normalmente iguales entre sí y reaccionan a la luz y a la acomodación. Reacción a la luz: 1. Pedir al paciente que mire al frente 2. Pasar un rayo de luz oblicuo con rapidez un par de veces a través de cada ojo 3. Observar la reacción directa de la pupila a la luz y la reacción consensual (la pupila opuesta) Reacción a la acomodación: 1. Mantener su dedo a una distancia entre 5 y 10 cm. del tabique de la nariz del paciente 2. Pedir a la persona que mire primero a la distancia y luego a su dedo 3. Observar la contracción pupilar y la convergencia de los ojos cuando se fijan en el dedo (objetos cercanos)	La pupila de un ojo postizo no responde a la luz. La retracción pupilar ocurre cuando el paciente toma derivados del opio o medicación miótica por glaucoma. La dilatación pupilar se debe a medicamentos anticolinérgicos, lesión cerebral grave o hipoxia grave.
Movimientos extraoculares	La comprobación del movimiento ocular determina si los ojos se mueven de forma sincronizada Método: pedir a la persona que siga con la vista su dedo mientras usted traza en el aire la letra H	La asimetría de movimientos podría causar doble visión
Nariz	Inspeccionar para ver si están dilatadas o hay supuración	Las ventanillas nasales se dilatan con el ejercicio respiratorio
Tabique nasal	Examinar el tabique nasal con una linterna de bolsillo por si hubiera desviación	La desviación del tabique dificulta la respiración nasal
Vestíbulo	Examinar el color y la presencia de exudados en el vestibulo mediante una linterna de bolsillo	La inflamación del vestibulo provoca exudados y enrojecimiento
Boca	La boca, al igual que la piel, es un excelente barómetro de la salud generalmente, en ella se reflejan las enfermedades generales y la debilidad, lo mismo que la buena salud. Para examinar la boca se	

	necesita un abatelenguas y una linterna de bolsillo	
Labios	Examinar la presencia de grietas o la sequedad Examinar otras lesiones	Se presentan en caso de malnutrición o deshidratación
Dientes, encías y mucosas	Examinar el color, la humedad y las lesiones de las encías Examinar si existen caries en los dientes Examinar las dentaduras postizas, su ajuste y su buena tolerancia	Las encías enrojecidas o con manchas blanquecinas significan inflamación La falta de dentadura o bien su mal ajuste, perjudica la masticación
Faringe	Bajar la lengua con el abatelenguas y pedir al paciente que diga -Ah- Tocar el fondo de la garganta con el depresor para provocar náuseas	El enrojecimiento y los exudados se producen por la inflamación; cuando hay asincronía con el movimiento del velo del paladar la deglución es dificultosa La disminución del reflejo de náuseas (cambio en su normalidad) puede dificultar también la deglución
Lengua	Exámen del color, superficie y lesiones Pedir al paciente que la mueva arriba y abajo lateralmente	La lengua lisa puede ser signo de malnutrición; una mancha blanquecina y engrosada puede indicar una lesión premaligna. La asimetría de movimientos puede indicar parálisis y dificultar la ingesta de alimentos
Fortaleza muscular de la mandíbula	Colocar ambas manos contra la mandíbulas y pida al paciente que: 1. Cierre éstas con fuerza 2. Trate de mover la mandíbula inferior de un lado a otro contra la resistencia de su mano	La debilidad muscular puede afectar a la masticación
oídos	Examinar ambos pabellones auditivos y la piel que les rodea para ver si hay deformidades, bultos o lesiones cutáneas. La parte exterior del conducto auditivo externo se puede examinar tirando de la oreja hacia arriba, atrás y fuera usando una linterna de bolsillo	El dolor de oídos, exudados y enrojecimiento son síntomas de inflamación
Sensaciones dolorosas	1. Pedir al paciente que cierre los ojos 2. Use dos abatelenguas y recorralos sobre toda la superficie de la cara. 3. Pedirle que conteste a sensaciones dolorosas o suaves con el abatelenguas.	La parálisis del trigémino ocasiona la pérdida de la sensación de dolor

FUENTE: B.C. Long Enfermería Medicoquirúrgica Vol. I Edit. Interamericana.

IMPORTANCIA PARA ENFERMERÍA: La exploración física de cabeza es de gran importancia, ya que dentro de ella se encuentra la regulación de las funciones vitales.

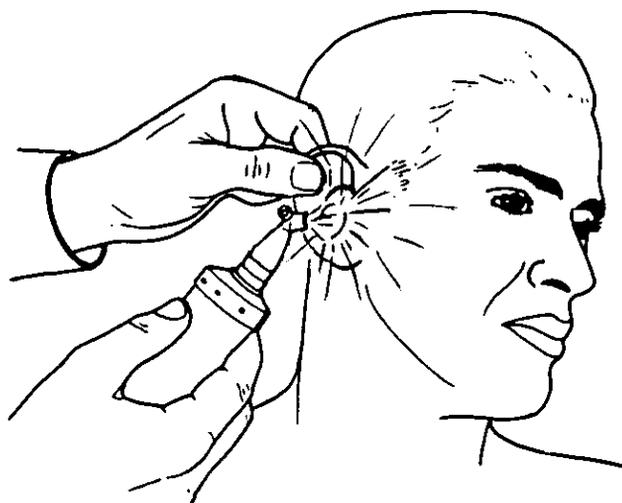
El examen físico de cabeza se realiza básicamente por tres técnicas: Inspección, Palpación y medición. En la inspección se tienen en cuenta simetría, forma y tamaño. En la palpación se valoran hundimientos o protuberancias, dolor y el estado de fontanela en los niños. La enfermera al encontrar anomalías, deberá preguntar a la persona si ha sido tratada, en caso contrario deberá referirla a donde le corresponda ser tratada; dejando por escrito todo lo encontrado durante la exploración y orientándola sobre la importancia de conservar la integridad y la preservación de su salud en general.

La enfermera de acuerdo a su zona de trabajo deberá llevar un registro de todas las anomalías encontradas, posteriormente planearle visitas para valorar el estado actual de la persona.

EXAMEN DE LA CABEZA Y CARA.

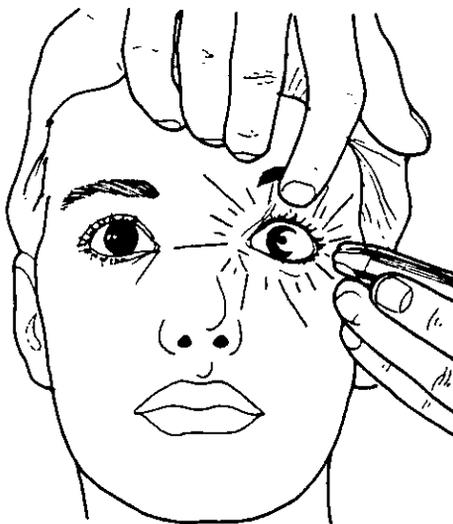
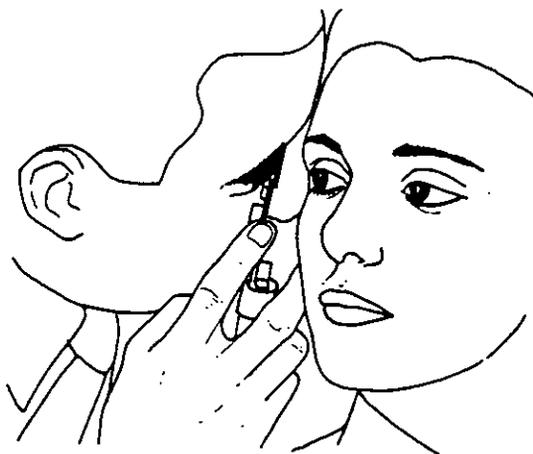


EL OÍDO TAMBIÉN SE INCLUYE EN EL EXÁMEN DE LA CABEZA.



FUENTE: Martínez G. Esneda, Atención primaria de salud Edit. OPS 1ª Edición Washington 1990 .

INSPECCIÓN DE LOS OJOS CON AYUDA INSTRUMENTAL.



Para la valoración en ojos se utiliza la luz en posición lateral y con movimientos suaves.

FUENTE: Martínez G. Esneda, Atención primaria de salud Edit. OPS 1ª Edición Washington 1990. p.131

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA PARA LA VALORACIÓN DE CUELLO

CUADRO VI

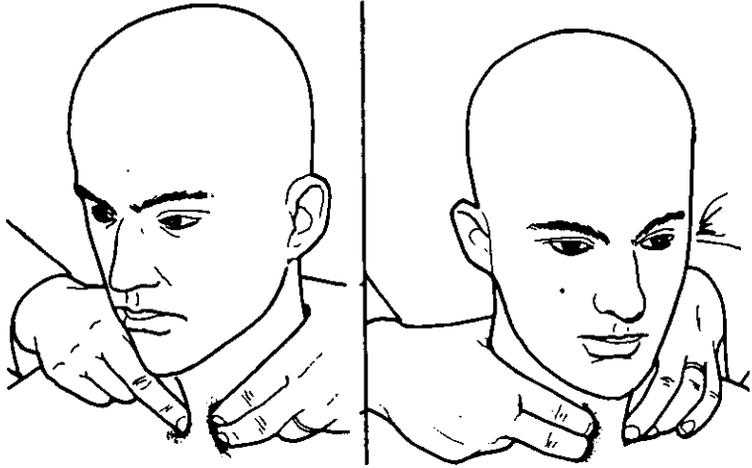
ÁREAS A EXPLORAR	RECOMENDACIONES PARA ENFERMERÍA	DATOS QUE SE OBTIENEN
Tráquea	Examinar si hay desviación de tráquea Colocar un dedo sobre la tráquea y pedir a la persona que trague	Una desviación de tráquea puede indicar la presencia de un tumor cervical, neumotórax, derrame pleural y atelectasia La disminución en el movimiento de la tráquea indica disminución en la capacidad de deglutir
Fuerza muscular	Pedir al paciente que encoja los hombros y gire la cabeza que usted estará sujetando con ambas manos hacia uno y otro lado	Compruebe la fuerza de los músculos del cuello
Amplitud de movimientos	Pedir al paciente que gire la cabeza lo más que pueda	La disminución en la amplitud de movimientos puede afectar a las actividades de la vida diaria
Distensión de la vena yugular	Colocar a la persona con la cabeza elevada 45 grados. Observar el punto más alto en que se percibe la pulsación venosa. Observe el nivel de la pulsación venosa bajo el ángulo esternal	La distensión de las venas del cuello (aumento de la presión) puede producirse por sobrecarga circulatoria o insuficiencia cardíaca derecha.

FUENTE: B.C. Long Enfermería Medicoquirúrgica Vol I Edit. Interamericana

IMPORTANCIA PARA ENFERMERÍA: La valoración del cuello se realiza mediante las técnicas de inspección y palpación. En la inspección se valorarán conformación de la piel, simetría, desarrollo muscular, movimientos y presencia de masas. En la palpación se valora sensibilidad, cadenas ganglionares, pulso carotídeo, así como palpación de masas y sus características.

La enfermera deberá tomar registro de lo encontrado durante la exploración, referir a la persona en caso de encontrar anormalidades a la unidad de salud que le corresponda; dando una orientación sobre la importancia que tiene la glándula tiroides, amígdalas y cadena ganglionar, ya que al encontrar inflamación en algún ganglio indica un proceso infeccioso.

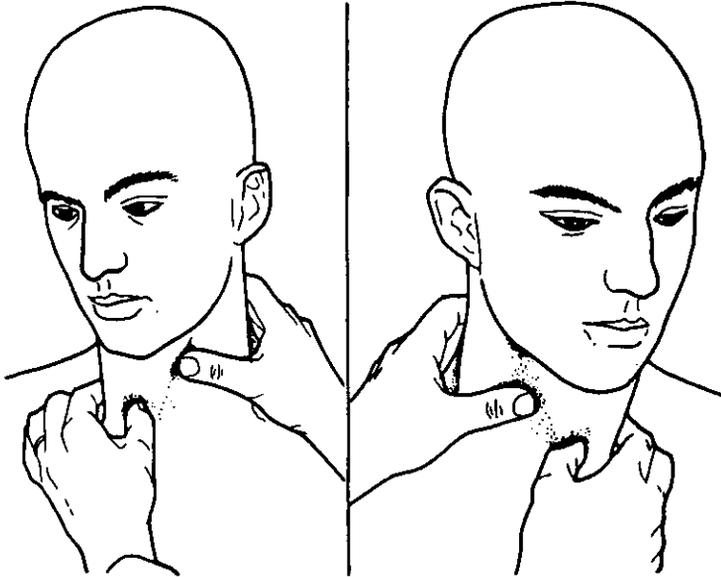
EXÁMEN DE CUELLO POR MEDIO DE LA PALPACIÓN



FUENTE: Martínez G. Esneda, Atención primaria de salud Edit. OPS 1ª Edición Washington 1990. p.202

EXÁMEN DEL CUELLO.

PALPACION DE LA GLANDULA TIROIDES CON TECNICA ANTERIOR



FUENTE: Martínez G. Esneda, Atención primaria de salud Edit. OPS 1ª Edición Washington 1990. p.203

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA PARA LA VALORACIÓN DE LA PARTE SUPERIOR DE LA ESPALDA Y COSTADOS.

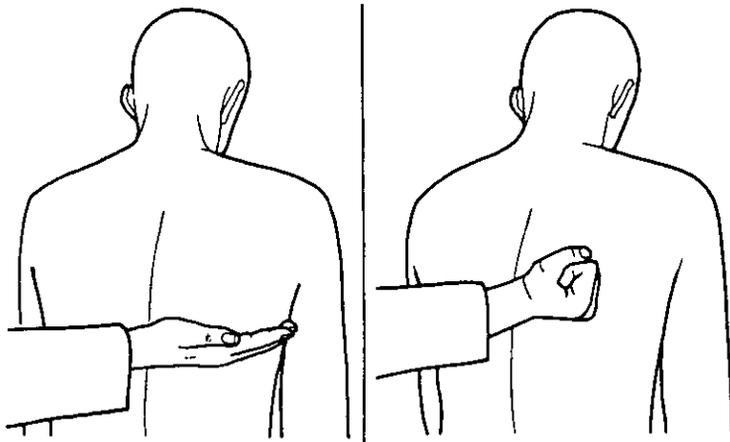
CUADRO VII

ÁREAS A EXPLORAR.	RECOMENDACIONES PARA ENFERMERÍA	DATOS QUE SE OBTIENEN.
Espina dorsal	Observar si existen diferencias en la altura de los hombros. Palpar la espina dorsal en toda su extensión con un dedo a cada lado para ver si hay curvaturas laterales	Las deformidades notorias pueden dificultar la respiración o causar fatiga
Simetría del movimiento respiratorio	Colocar ambas manos a ambos lados del tórax exactamente debajo de las escápulas con los pulgares sobre la espina dorsal y los dedos extendidos. Pedir al paciente que haga una inspiración profunda. Observe y compruebe si la expansión del tórax es simétrica	La asimetría sugiere un trastorno pulmonar o pleural y afecta a la expansión total
Diámetros torácicos	Comparar habitualmente los diámetros antero - posterior (AP) y de lado a lado (lateral)	El tórax puede tener forma de barril en casos de enfisema, con una proporción de 1:1 entre los diámetros antero - posterior y lateral (la proporción normal es de 1:2)
Auscultación de los pulmones (posterior/lateral)	La colocación del estetoscopio para escuchar la inspiración y expiración	Evaluar la disminución de sonidos o la presencia de sonidos sobreañadidos

FUENTE: B.C. Long Enfermería Médicoquirúrgica Vol.I 2ª Edición Edit Interamericana

IMPORTANCIA PARA ENFERMERÍA: La enfermera debe recordar que las técnicas utilizadas durante la exploración de espalda son: Inspección, Palpación y Percusión. Durante la inspección se valora estado de la piel, forma, simetría, contorno de músculos y huesos a lo largo de la columna vertebral. Durante la palpación se valora temperatura, características musculares así como la presencia de retracción e inflamación. Al percutir área hepática y renal se escuchará un sonido mate.

Enfermería no debe olvidar cuidar la individualidad de la persona mediante la privacidad y un espacio adecuado para la exploración, llevar un registro de lo encontrado y en caso de encontrar alteraciones en hígado o riñón referirlo a la unidad que le corresponda; si se identifica presencia de dolor la enfermera puede dar las acciones de enfermería necesarias para ayudar a corregir el problema, indicándole que si no cede el dolor deberá acudir al médico.



Las técnicas utilizadas durante la exploración de espalda son: Inspección, Palpación y Percusión.

FUENTE: Martínez G. Esneda, Atención primaria de salud Edit. OPS 1ª Edición Washington 1990. p. 220

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA PARA LA VALORACIÓN DE TORAX ANTERIOR.

CUADRO VIII

ÁREAS A EXPLORAR.	RECOMENDACIONES PARA ENFERMERÍA.	DATOS QUE SE OBTIENEN
Pauta respiratoria	Observar la profundidad de la respiración. Contar la frecuencia Observar si se respira con esfuerzo Escuchar los sonidos audibles al respirar	La respiración muy superficial limita la expulsión alveolar. La respiración muy profunda indica esfuerzo respiratorio. La retracción intercostal y la dilatación nasal tiene lugar cuando hay dificultades para respirar. En caso de asma y bronquitis crónica se perciben los sonidos respiratorios audibles.
Costillas en declive	Trazar una línea intercostal antero - posterior	En los casos de enfisema las costillas están más horizontales
Corazón	Contar frecuencia cardíaca en la zona mitral (ápex) Valorar el ritmo y escuchar los tonos cardíacos	Describir los sonidos anormales (galope, soplo, chasquido, clicks de apertura, en términos de tiempo con S1 y S2, localización anatómica, grado, intensidad y carácter
Examen de las mamas	Preguntar a la paciente si hace habitualmente un auto - examen de sus mamas	Salida de secreción por pezón, piel de naranja o alguna bolita

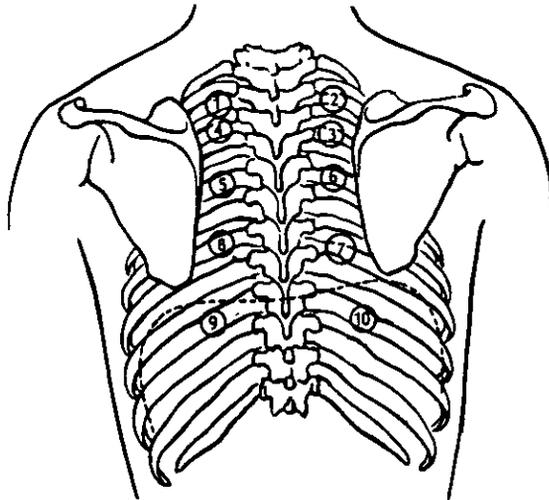
FUENTE: B.C. Long Enfermería Médicoquirúrgica Voll Edit. Interamericana

IMPORTANCIA PARA ENFERMERÍA: Enfermería debe tomar en cuenta lo importante que es el examen físico de tórax, pues dentro de este se encuentran los pulmones y el corazón, órganos vitales.

Los métodos comunes de examen de tórax son: Auscultación, Palpación e Inspección. La auscultación puede hacerse de forma directa o con ayuda del estetoscopio, debe poner atención a cualquier ruido anormal que escuche en corazón y pulmones para notificárselo a la persona y saber si esta bajo tratamiento médico.

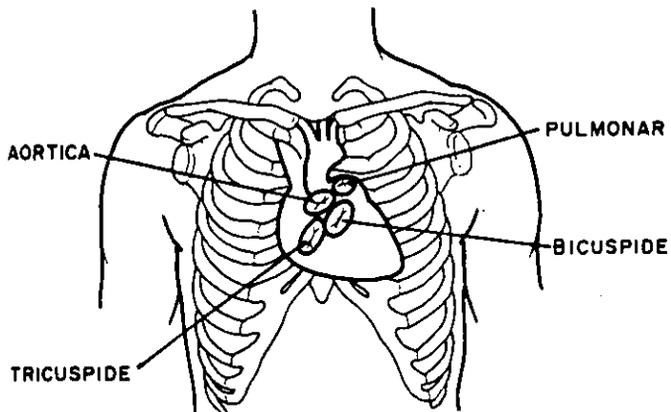
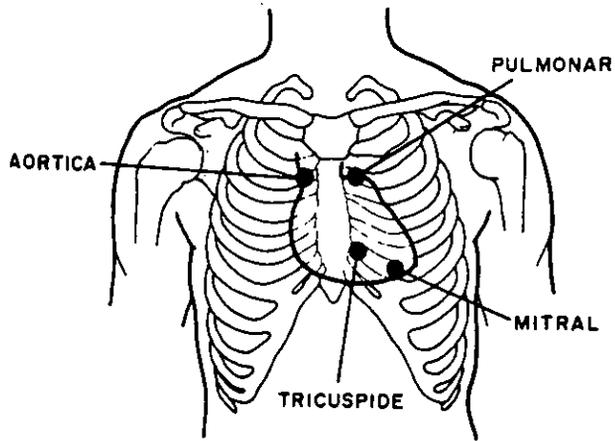
La enfermera deberá estar preparada para tomar una muestra de esputo si la persona expectora o tose frecuentemente, puede terminar dando una orientación a la familia de como mantener un buen estado de salud del corazón y pulmones para no llegar a la enfermedad.

ORDEN EN QUE SE DEBE EXAMINAR EL TÓRAX



FUENTE: Martínez G. Esneda, Atención primaria de salud Edit. OPS 1ª Edición Washington 1990. p. 219

EL EXÁMEN DE TÓRAX INCLUYE TAMBIÉN EL ÁREA CARDIACA.



FUENTE: Martínez G. Esneda, Atención primaria de salud Edit. OPS 1ª Edición Washington 1990.p. 271

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA PARA VALORAR ABDOMEN

CUADRO IX

ÁREAS A EXPLORAR.	RECOMENDACIONES PARA ENFERMERÍA.	DATOS QUE SE OBTIENEN.
Examen abdominal	Observar la piel, si está seca y si hay lesiones Comprobar la limpieza y presencia de lesiones en el ombligo Observar el contorno del abdomen y sus movimientos. Medir el abdomen distendido con una cinta a la altura del ombligo	La distensión abdominal puede estar producida por obesidad, ascitis, retención urinaria, embarazo y tumores. En la obstrucción intestinal primaria se pueden observar aumento de las ondas peristálticas
Sonidos intestinales	Utilizar la membrana del estetoscopio, ligeramente presionado para distinguir los sonidos intestinales, comenzando en el cuadrante inferior derecho del abdomen. Si no se oyese nada, pasar a los otros	Los sonidos intestinales se alteran en casos de diarrea e íleo
Exámen de los testículos	Preguntar al paciente si practica regularmente un auto - exámen de sus testículos	Si no lo hace, necesita que se le enseñe como lo ha de hacer

FUENTE: B.C.Long Enfermería Medicoquirúrgica Voll Edit Interamericana

IMPORTANCIA PARA ENFERMERÍA: Durante el examen físico de abdomen se utilizan las técnicas de: Inspección, Palpación, Auscultación y Percusión. Durante la Inspección la enfermera identificará forma, simetría, volumen y características de la piel, necesita que el área física este con adecuada iluminación, indicándole a la persona lo que se le va a realizar descubriendo únicamente el abdomen. Al auscultar evaluará los ruidos en cada uno de los cuadrantes, identificando características del peristaltismo. Deberá realizar la palpación para detectar tono, distensión, posición, movilidad, consistencia de vísceras, así como la presencia de dolor, llevándola a cabo con movimientos suaves y lentos. buscar aumento de tamaño del hígado iniciando la palpación profunda de la fosa ilíaca derecha hasta llegar al borde costal; al realizar esta maniobra se le solicitará a la persona que inspire y espire.

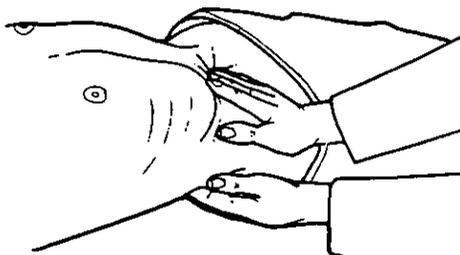
Al espirar se introducen los dedos y durante la inspiración se realizan movimientos suaves para facilitar la palpación del borde hepático, que choca con los dedos si esta aumentado de tamaño **(17-A)** p.273.

Para la valoración del bazo es necesario recurrir a la palpación bimanual que consiste en colocar los dedos de la mano derecha debajo del borde costal izquierdo y la cara palmar de la otra mano es colocada en el hipocondrio izquierdo tratando de empujar las vísceras. (17-A) p.274

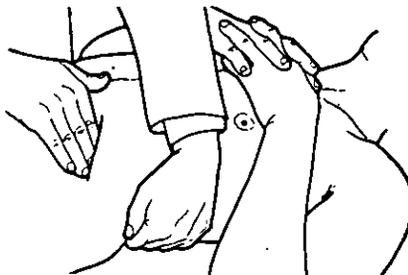
Para palpar el riñón la mano izquierda empuja hacia arriba y la mano derecha se coloca en el flanco realizando movimientos suaves y rotatorios tratando de encontrar la mano que presiona en la región subcostal posterior. Se repite la misma maniobra con el lado contrario (17-A) p.174.

Cuando hay presencia de dolor la enfermera buscará el signo de rebote (Blumberg), presionando en una región distante a donde refiere el dolor y soltando rápidamente, si este es positivo presentará dolor y este indicará inflamación peritoneal y deberá referirse a su unidad de salud.

Palpación profunda
Técnica para palpar
riñón

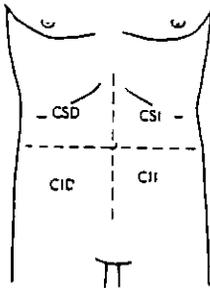


Palpación profunda
Técnica bimanual para
palpar el bazo

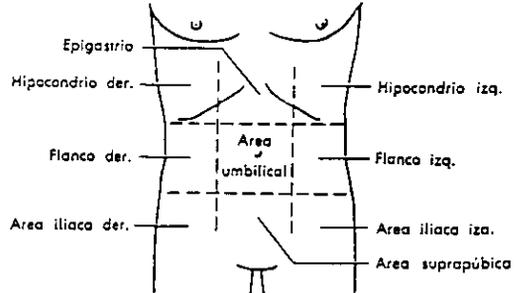


FUENTE: Martinez G. Esneda, Atención primaria de salud Edit. OPS 1ª Edición Washington 1990. p. 269

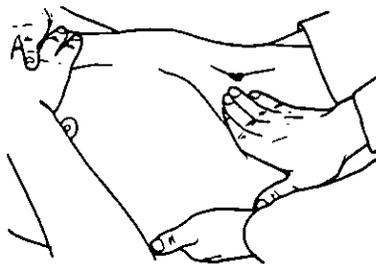
1. Cuadrantes abdominales



2. Areas abdominales



Palpación profunda
Técnica para palpar vísceras
intraabdominales



FUENTE: Martínez G. Esneda, Atención primaria de salud Edit. OPS 1ª Edición Washington 1990. p. 274

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA PARA LA VALORACIÓN EN PARTE INFERIOR DE LA ESPALDA.

CUADRO X

ÁREAS A EXPLORAR.	RECOMENDACIONES PARA ENFERMERÍA.	DATOS QUE SE OBTIENEN.
Sacro y gluteos.	Observar el sacro y las nalgas por si hay lesiones o enrojecimiento	Los datos básicos sobre la piel del sacro y las nalgas son especialmente importantes si el paciente está malnutrido, edematoso y encamado permanentemente

FUENTE: B.C. Long Enfermería Medicoquirúrgica Vol.I Edit. Interamericana

IMPORTANCIA PARA ENFERMERÍA: La enfermera debe darle mucha importancia, al revisar la forma del sacro en los recién nacidos y ancianos. Ya que esta zona con facilidad se escara o se inflama por falta de movilidad o por tener piel delgada se deben observar características y darle la orientación correspondiente a la comunidad del beneficio que tiene el estar movilizando constantemente a los recién nacidos y a los ancianos los cuales pueden enfermarse con frecuencia y necesitan estar encamados varios días.

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA PARA LA VALORACIÓN DE EXTREMIDADES CUADRO XI

ÁREAS A EXPLORAR.	RECOMENDACIONES PARA ENFERMERÍA.	DATOS QUE SE OBTIENEN.
Uñas	Examinar las uñas, su textura y consistencia y el ángulo de la uña hasta su raíz	Con la edad y la malnutrición las uñas cambian Los dedos en palillos de tambor son síntomas de afecciones pulmonares
Circulación capilar	Comprobar la circulación en los capilares: apretar con el pulgar la punta de la uña y soltarla con rapidez	La falta de palidez a la presión o la lentitud en volver al color puede significar falta de circulación en los dedos
Palpación de un edema depresible	Apretar un dedo fuertemente sobre la espinilla, el dorso del pie y el maleolo interno	El edema depresible está causado por el aumento de líquido en los espacios intersticiales
Pulsaciones	Comprobar los pulsos radial y braquial en los brazos, los pedios y tibiales posteriores en los pies para comprobar su	El pulso disminuido puede significar mala circulación

	presencia, fuerza y simetría	
Sensibilidad	Comprobar la sensibilidad con dos imperdibles comenzando por los dedos de las manos o de los pies y subiendo hacia el codo o la rodilla	Las áreas en las que la sensibilidad está disminuida corren gran riesgo de padecer lesiones
Fuerza muscular	Para las extremidades inferiores hacer que el paciente levante las piernas con los pies estirados, contra la resistencia de sus manos. Coloque una de sus manos bajo la rodilla y la otra por encima del tobillo. Pedir a la persona que trate de levantar la pierna contra la resistencia. Pasar luego la mano por debajo de los tobillos y pida a la persona que intente bajar la pierna contra la resistencia	Si hay disminución de la fuerza muscular de las piernas, disminuirá la capacidad de andar y aumentará el riesgo de caídas.
Tobillos	Comprobar la fuerza de los tobillos pidiendo al paciente que empuje el pie contra la resistencia de su mano, colocada primeramente en la cara dorsal y luego en la planta de cada pie	La disminución en la fuerza de los tobillos aumenta el riesgo de caídas al andar
Brazos	Para los brazos, pedir al paciente que agarre sus dedos índice y medio, y primero tirar de sus manos y luego las empuje contra la resistencia que usted hace. Probar igualmente la fuerza de sus manos pidiendo al paciente que le agarre por los dedos índice y medio con la mayor fuerza que pueda.	La disminución en la fuerza muscular de las manos puede afectar a las actividades de la vida diaria
Amplitud de movimientos	Examinar el radio o alcance de movimientos en hombros, codos, muñecas y dedos. Igualmente en caderas, rodillas y tobillos	Una disminución en la amplitud podría afectar a las actividades de la vida diaria y al andar
Coordinación	Coordinación de los dedos de la mano: pedir a la persona que oponga el pulgar a cada dedo en rápida sucesión Coordinación de los dedos con la nariz: pedir al paciente que toque con su dedo índice su propia nariz varias veces, primero con los ojos abiertos y luego cerrados Coordinación talones - espinillas. Pedir al paciente que coloque el talón sobre la espinilla opuesta y que lo mueva arriba y abajo de la	La torpeza en la coordinación de movimientos finos puede significar debilidad motora, pérdida del sentido de posición o afección del cerebelo. El paciente podría tener algunas dificultades con actividades de la vida diaria y un riesgo mayor de caídas

	misma	
Coordinación de la marcha	Si la persona es capaz de andar, pedirle que camine de un lado a otro de la habitación para valorar la marcha Pedir a la persona que se mantenga quieta con los brazos a los lados, primero con los ojos abiertos y luego cerrados para valorar el equilibrio	Una marcha torpe y la disminución del equilibrio puede afectar la deambulaci3n y aumenta el riesgo de caidas

FUENTE: B.C. Long Enfermería Medicoquirúrgico Vol.I Edit. Interamericana

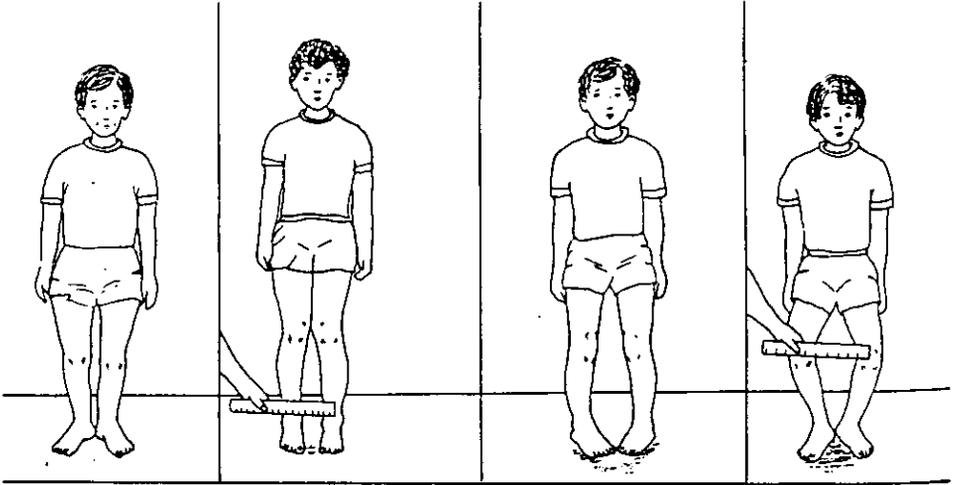
IMPORTANCIA PARA ENFERMERÍA: Valorar las extremidades es importante, porque permite la detección de deformidades o problemas que pueden pasar desapercibidos para la persona. Por ejemplo edema, problemas circulatorios, heridas, problemas artríticos, malformación del arco plantar entre otros; estos con el tiempo pueden convertirse en una incapacidad física definitiva.

La observación de enfermería es importante para la valoración de problemas; debe buscar una área física bien iluminada y decirle a la persona lo que se le va a realizar debe indicarle que realice una serie de movimientos para valorar amplitud y coordinación de movimiento, fuerza muscular, simetría de miembros, sensibilidad y buena postura.

Finalmente la enfermera deberá buscar dolor en la movilización, crepitación, crujidos, limitación de movimientos por traumas, enfermedades o secuelas, así como movimientos anormales (Parkinson, tics, convulsiones, entre otros).

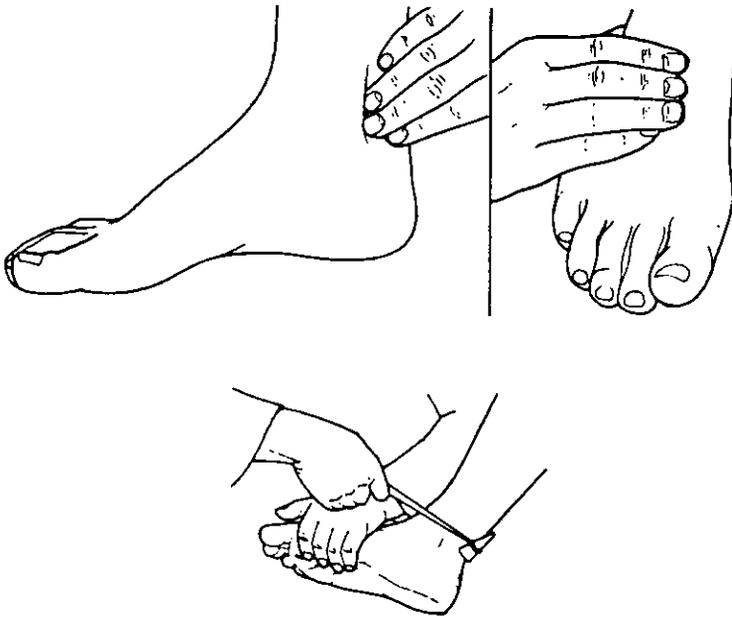
En caso de encontrar alguna alteración en extremidades, enfermería deberá llevar un registro para referir a la persona a la unidad de salud, para que le realicen los exámenes correspondientes. En caso de dolor artrítico o edema causado por traumas enfermería tiene la capacidad de dar las medidas asistenciales para disminuir las molestias. Así también dar la orientación de como ayudar a disminuir la incapacidad de movilidad en articulaciones por medio de ejercicio.

EJEMPLO DE ANORMALIDADES EN MIEMBROS INFERIORES.



FUENTE: Secretaría de Educación Pública. Entre todos a cuidar la salud escolar. Edit. S.E.P. p.19

PALPACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES PARA DETECTAR EDEMA.



FUENTE: Martínez G. Esnela. Atención Primaria de salud. Edit. OPS 1ª Edición. Washington 1990. p.287

CAPITULO 4

AGUDEZA VISUAL

AGUDEZA VISUAL

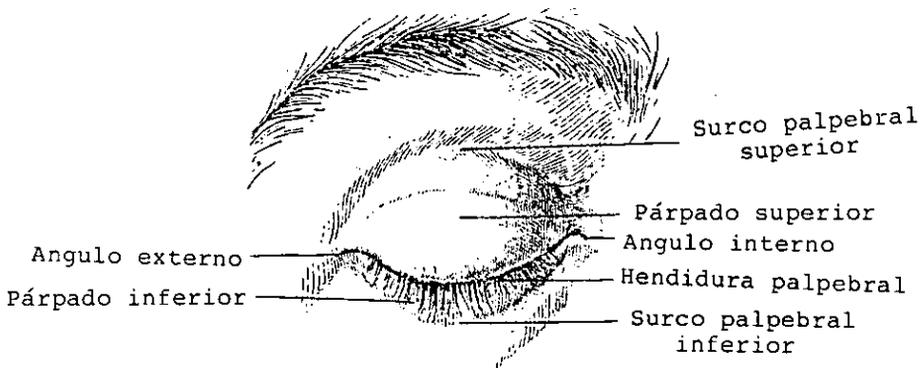
CONCEPTO

La visión normal debe identificar palabras u objetos sin esfuerzo alguno, a una distancia máxima de 6 metros y a una mínima correspondiente al espacio que hay entre los ojos y un periódico o libro.

La deficiencia de la vista puede limitar severamente el aprendizaje y pasar desapercibida para los maestros, la familia o el personal de salud.

Se ha comprobado que la frecuencia de problemas de agudeza visual es más del doble entre niños reprobados y con ello facilita la deserción escolar. (9, 11, 14)

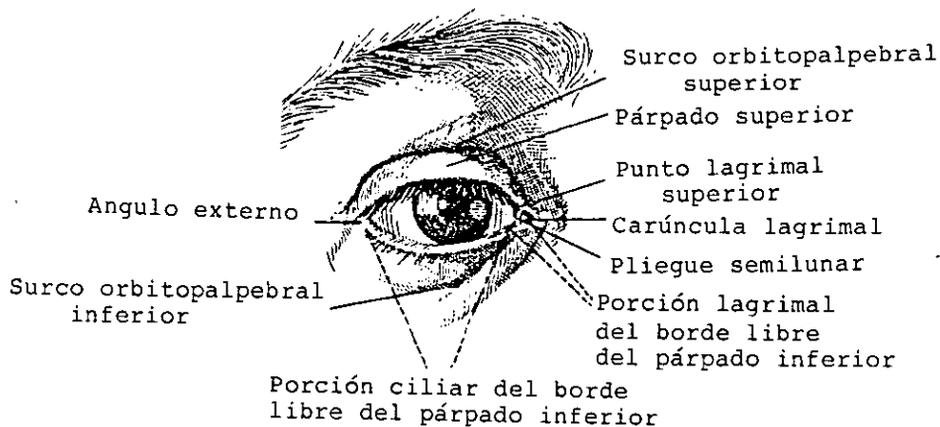
El ojo funciona como una cámara fotográfica, ya que tienen dos lentes (cornea y cristalino), un diafragma (iris) y una placa sensible a la luz (retina) en donde se forman las imágenes cualquier alteración en estos componentes impide ver con claridad.



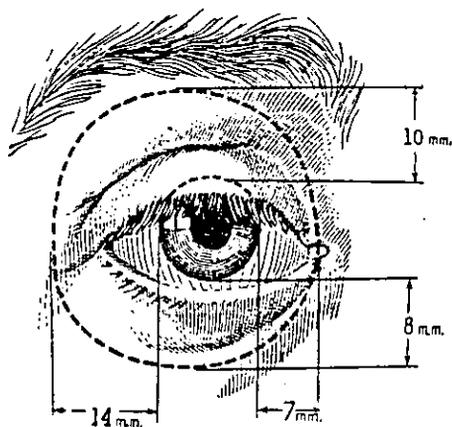
OJO CERRADO VISTA ANTERIOR

FUENTE: Kimber, Gray. Manual de Anatomía y Fisiología. 2ª Edición. Edit. Prensa Médica, México 1992 p.1231

OJO ABIERTO, VISTA ANTERIOR.



PROYECCIÓN DE LA LÍNEA DE REFLEXIÓN OCULOPALPEBRAL DE LA CONJUNTIVA.



Los números indican la distancia que hay del borde de la córnea al fondo de saco de la conjuntiva, el que está marcado por la línea punteada.

MECANISMO DE LA VISIÓN

El aparato visual esta formado por el bulbo del ojo (globo ocular), El nervio óptico y el centro visual del cerebro.

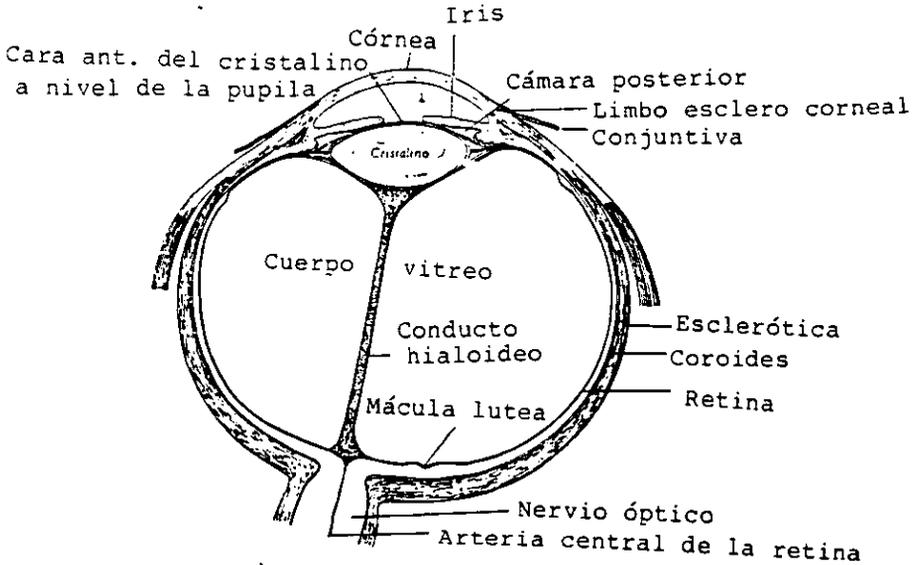
La formación de una imagen en la retina requiere de 4 procesos básicos, todos relacionados con el enfoque de los rayos de Luz:

- 1.- Refracción de los rayos de Luz
- 2.- Acomodación del cristalino
- 3.- Constricción de la pupila
- 4.- Convergencia de los ojos

Los objetos iluminados reflejan los rayos luminosos que caen sobre ellos. Los rayos luminosos se reúnen para formar un foco en la retina, en donde los conos y los bastones originan los impulsos nerviosos y los transmiten al nervio óptico que, por medio de varias estaciones de relevo los hacen llegar hasta los centros ópticos de los lóbulos occipitales del cerebro. **(11, 12)**

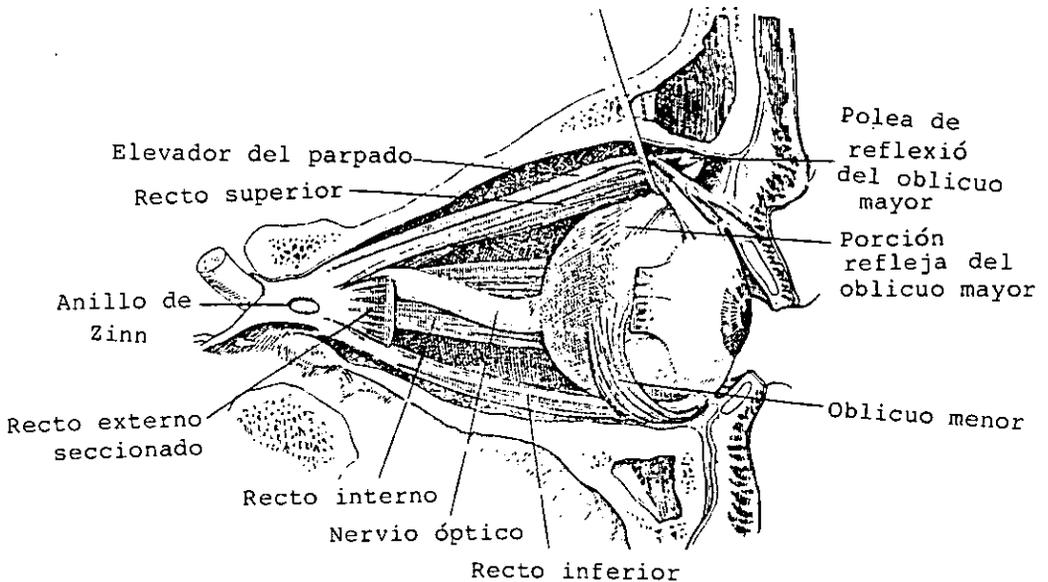
La porción temporal de la retina recibe las ondas luminosas del campo nasal de la visión. La porción basal de la retina recibe las ondas del campo temporal de la visión. Estos campos son la base de las pruebas que se utilizan para diagnosticar algún daño en alguna porción de la retina.

CORTE HORIZONTAL DEL GLOBO OCULAR.



1. Cámara anterior

MUSCULOS DEL OJO, VISTOS POR FUERA.



FUENTE: Kimber, Gray. Manual de Anatomía y Fisiología. 2ª Edición. Edit. Prensa Médica, México 1992 p.1326

TÉCNICA DE AGUDEZA VISUAL

EQUIPO:

- Cartilla de Snellen
 - Ocluser o tarjeta blanca de cartón o cartulina para cubrir el ojo
 - Habitación o salón bien iluminado que mida por lo menos seis metros de largo
- Hoja de registro y volante de referencia.

CARTILLAS DE SNELLEN PARA EXAMINAR ALFABETAS, ANALFABETAS Y NIÑOS

200 ft. or 61 m. **E** QUE NO SABEN LEER.

100 ft. or 30.5 m. **C B**

70 ft. or 21.75 m. **D L N**

50 ft. or 15.24 m. **P T E R**

40 ft. or 12.19 m. **F Z B D E**

30 ft. or 9.14 m. **O F L C T G**

20 ft. or 6.10 m. **A P E O R F D Z**

15 ft. or 4.57 m. **N P R T V Z B D F E K O**

10 ft. or 3.05 m. **V Z Y A C E G L I N P R T**



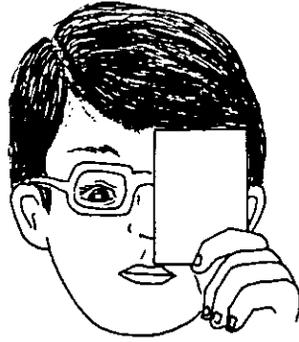
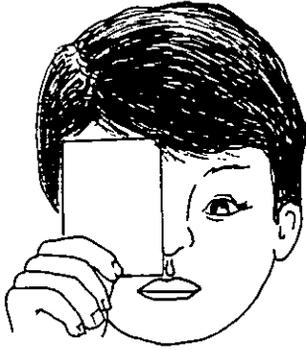
The illustration shows a hand pointing to the letters 'E' and 'W' in the second row of the chart. Below it, another hand is shown with two fingers extended, representing the number 2. This is likely a visual aid for children or non-readers to identify the number of strokes in the letters.

FUENTE: B.C. Long Enfermería Medicoquirúrgica. Vol 1. Edit. Interamericana. 2ª Edición Méx. 1992. p.817

PROCEDIMIENTO:

- Indicarle al paciente lo que se realizará y la importancia que tiene la vista para su salud
- Revisar a los pacientes uno por uno y evitar que los demás vean la cartilla.
- Colocar la cartilla a la altura de los ojos sobre una pared iluminada y sin reflejos nunca entre ventanas
- No es recomendable forrar la cartilla con material transparente.
- Sentar al paciente a 5 metros de distancia de la cartilla, derecho y sin ladear la cabeza
- La persona deberá cubrirse un ojo con la tarjeta u oclisor sosteniendo con la mano del mismo lado. El ojo no debe cerrarse ni oprimirse
- Examinar el otro ojo señalando cada una de las letras de la cartilla de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha.
- Pedir al paciente que indique las posiciones de los palitos de la letra E. Si utiliza otro tipo de cartilla, que identifique las letras o figuras.
- Observar al paciente mientras lo examina para detectar sus movimientos o gestos y cuide que no se destape el ojo cubierto.
- Anotar el último renglón que puede ver con claridad con ese ojo.
- Repetir el procedimiento para examinar el ojo izquierdo, ahora con el ojo derecho cubierto; Anotar también el último renglón que distinguió claramente.
- Examinar también a los pacientes que utilizan anteojos, con ellos y sin ellos, para ver si son adecuados.
- Realizar las anotaciones correspondientes en su hoja de registro. **(23)**

LA PERSONA A EXAMINAR NO DEBE CERRAR NI OPRIMIR EL OJO.



ANTES



DESPUES

FUENTE: Secretaría de Educación Pública, Entre todos a cuidar la salud del escolar. Edit. S.E.P p.14

FACTORES DE RIESGO

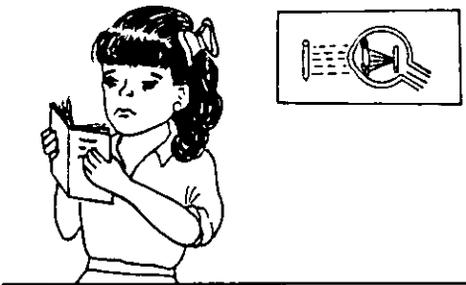
- Leer y escribir en lugares con deficiente iluminación, implica forzar mas la vista y por lo tanto la agudeza visual va disminuyendo.
- Leer con el reflejo directo del sol, ocasiona que los rayos ultravioleta reboten hacia la retina provocando pequeñas quemaduras.
- Ver la televisión a una distancia menor de dos metros, la televisión principalmente a colores, al transmitir las imágenes despiden rayos ultravioleta y gamma entre otros que alcanzan hasta 5 metros de distancia.
- Tallarse los párpados con las manos sucias, con frecuencia frotamos los ojos sin imaginar que podemos ocasionar infecciones debido a que las manos son una de las partes más sucias del cuerpo.
- Picar o golpearse en los ojos, un traumatismo puede ser grave si no se detecta la penetración ocular, las abrasiones del segmento anterior del ojo pueden ser seguidas de infección y los golpes causar desprendimiento de retina además de causar visión borrosa.
- Presencia de secreciones y ojos irritados, indica que hay presencia de infección, y si no se da el tratamiento oportuno puede seguir avanzando ocasionando trastornos visuales.
- El uso constante de maquillaje en el área de los ojos (delineador, sombras y rímel), ocasiona irritabilidad en el segmento anterior, posteriormente infecciones agudas.
- Alimentación deficiente en vitamina A y E, causa disminución en la agudeza visual.
- Personas expuestas a diferentes materiales, implica, la irritabilidad de los ojos y en casos graves traumatismos por penetración de cuerpos extraños (esquirlas).
- No ver bien de noche o tener visión borrosa, implica la presencia de astigmatismo, lo cual si no se da el tratamiento oportuno la agudeza visual se va degenerando gradualmente (error de refracción).
- No ver bien de lejos, indica que hay problemas de refracción (miopía).
- Tener frecuentes dolores de cabeza, implica que la persona al enfocar imágenes, sus ojos hace, más esfuerzo del normal, esto indica que necesita la prescripción de lentes especiales.

- No tener un adecuado manejo con las enfermedades crónico - degenerativas, son una causa importante para la ceguera, debido a que pueden ocasionar retinopatias en un lapso de 10 años de avance en la enfermedad, por la neovascularización dentro de la retina y que se extiende hacia el cuerpo vítreo

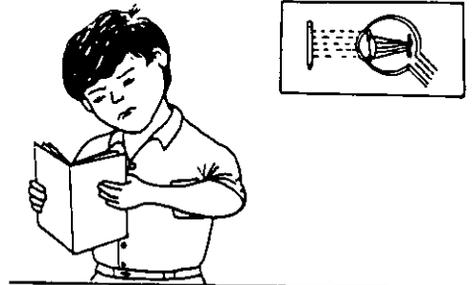
COMPLICACIONES

- **Miopía:** La persona no ve bien de lejos y se acerca para distinguir mejor. (20)
- **Astigmatismo:** Las personas tienen que fruncir el ceño o voltear un poco la cabeza para ver mejor. (20)
- **Hipermetropía:** La persona no ve bien de cerca, tienen dificultad para leer, los ojos suelen enrojecerse, padece dolores de cabeza sobre todo después de una lectura.
- **Estrabismo:** Es la desviación de un globo ocular hacia adentro.
- **Diplopia:** Es una alteración visual, se caracteriza por la visión doble.
- **Conjuntivitis:** Es la inflamación de la mucosa conjuntival.

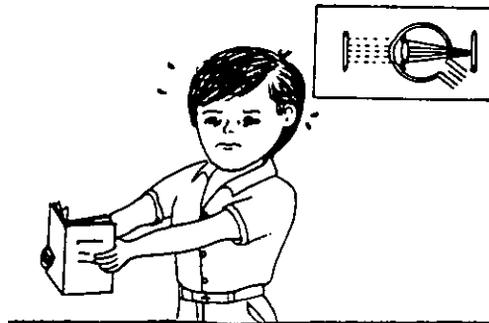
MIOPÍA.



ASTIGMATISMO.



HIPERMETROPÍA.



FUENTE: Secretaría de Educación Pública, Entre todos a cuidar la salud del escolar. Edit. S.E.P p.21

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Observar si a la persona le lloran los ojos o se le enrojecen cuando lee, para indicarle que asista al oftalmólogo a recibir el tratamiento adecuado e impedir que la enfermedad avance.
- Observar si confunden letras, números y colores, para indicarle a los familiares de que hay problemas visuales, y probablemente sean errores de refracción como son astigmatismo o diplopia.
- Observar si entrecierran los ojos o voltean un poco para ver mejor, para referirlos y reciban el tratamiento adecuado para corregir el problema de astigmatismo.
- Observar si se frotan los párpados muy seguido, para realizarle una revisión y asegurarse de que hay disminución de la agudeza visual o una posible infección aguda.
- Observar si se acercan mucho para leer o escribir, para indicarle que necesita prescripción de lentes especiales para corregir miopía.
- Observar si se queja de dolor de cabeza, para investigar si es por falta de lentes o por alguna otra causa secundaria (hipoglucemia, hipertensión, resfriado común entre otros) si es por falta de lentes orientar a la persona para que los use.
- Observar si la persona no ve bien de noche, corroborar si es a causa de la disminución de la agudeza visual.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Orientar a las personas que padecen enfermedades crónico-degenerativas a que lleven un control adecuado para evitar complicaciones en la vista.
- Leer y escribir en sitios bien iluminados y sin reflejo directo del sol, para evitar que los rayos ultravioleta, infrarrojos, entre otros provoquen pequeñas quemaduras en la retina al ser reflejados.
- Ver a la televisión a una distancia mayor de dos metros, para evitar que los rayos ultravioleta y gamma provoquen alteraciones en la disminución de la agudeza visual al proyectar las imágenes.
- No picar ni golpear los ojos por ninguna razón, ya que los ojos son una de las partes más nobles y sensibles del cuerpo, con facilidad los traumatismos pueden ocasionar

visión borrosa, desprendimiento de retina, hemorragias e infectarse las abrasiones del segmento anterior ocasionadas por traumatismos

- Usar protección de acuerdo al área de trabajo, fomentando a los trabajadores a que usen el equipo de trabajo, para evitar lesiones intraoculares.
- Utilizar los lentes cuando sea necesario, principalmente para corregir los errores de refracción más frecuentes (miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia, emetropía)
- Acudir al médico cuando existan secreciones anormales y ojos irritados, para recibir el tratamiento oportuno y evitar que las bacterias (estafilococos) provoquen recurrencias infecciosas frecuentes.
- No automedicarse y no utilizar remedios caseros, en nuestra cultura es muy usual automedicarse, sin saber que lo que ocasionamos es empeorar la situación provocando más quemaduras e irritabilidad en los ojos.
- Orientar sobre una buena alimentación, la avitaminosis A y E influyen en gran medida para la agudeza visual, es por eso que la enfermera deberá orientar a la familia sobre los alimentos que contienen estas vitaminas y que deberán incluirlos en su dieta, como pueden ser duraznos, jitomates, zanahorias, entre otros.
- Utilizar correctamente la cartilla de Snellen, el no seguir adecuadamente el procedimiento para medir la agudeza visual, implica tener fallas que nos pueden llevar a un falso diagnóstico.

CONSERVACIÓN DEL MATERIAL

Es importante la conservación de la cartilla de Snellen, para conservar su buen estado y funcionamiento es necesario observar que se encuentre enrollada adecuadamente cuando no se esté utilizando, no mantenerla doblada para evitar que los márgenes del doblez borren o despinten las letras de la cartilla, los dobleces pueden ocasionar brillo en la cartilla y la persona a examinar no logre distinguir las letras por los reflejos ocasionados.

CAPITULO 5
AGUDEZA AUDITIVA

AGUDEZA AUDITIVA

CONCEPTO

Es el órgano de la recepción auditiva, a través de él se perciben los sonidos de la música, lenguaje hablado y representa una de las funciones más importantes para la vida de relación. (7, 22)

PARTES DE LA OREJA.



FUENTE: Kimber Gray, Manual de Anatomía y Fisiología. 2ª Edición, Edit. Prensa Médica. Méx 1992 p.827

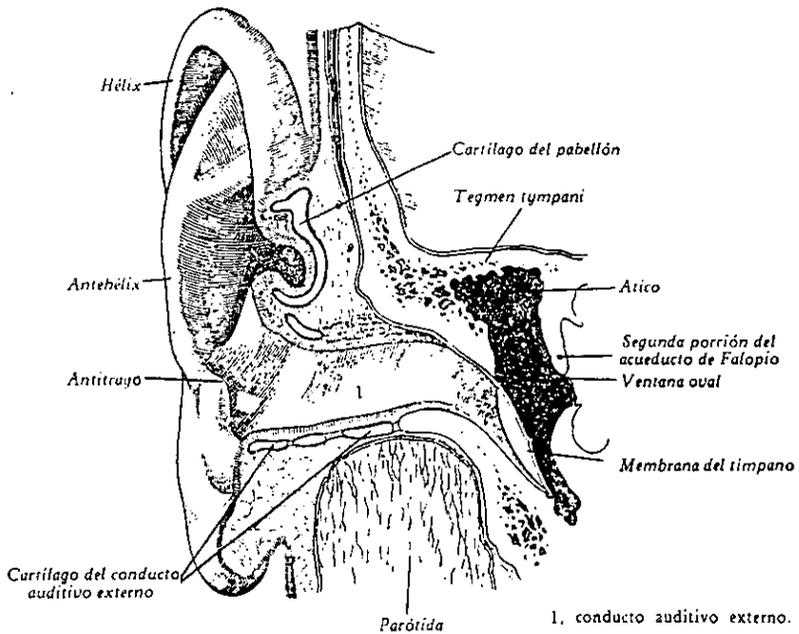
MECANISMO DE REGULACIÓN

El centro auditivo se localiza en el lóbulo temporal del cerebro. El oído comprende tres partes;: oído externo, medio e interno. El oído externo esta constituido por un esqueleto cartilaginoso revestido por tejido adiposo, músculo y piel. La piel que tapiza a este en la parte externa es más gruesa y poco sensible. El conducto auditivo contiene glándulas sebáceas y sudoríparas cuya secreción forma los residuos de la epidermis formando el serumen (cerilla), las

cuales evitan la penetración de sustancias o cuerpos extraños a través del conducto. La función del oído externo es capturar y concentrar las ondas sonoras las cuales viajan por el conducto. (7,8)

El oído medio o caja timpánica es una cavidad excavada en el hueso temporal que comunica con la faringe por la trompa de Eustaquio. La cara opuesta del tímpano presenta dos orificios (ventana oval y redonda) cerrados por sendas membranosas.

CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO EN UN CORTE VERTICOTRANSVERSAL.



FUENTE: Kimber Gray, Manual de Anatomía y Fisiología. 2ª Edición, Edit. Prensa Médica. Méx 1992 p.866

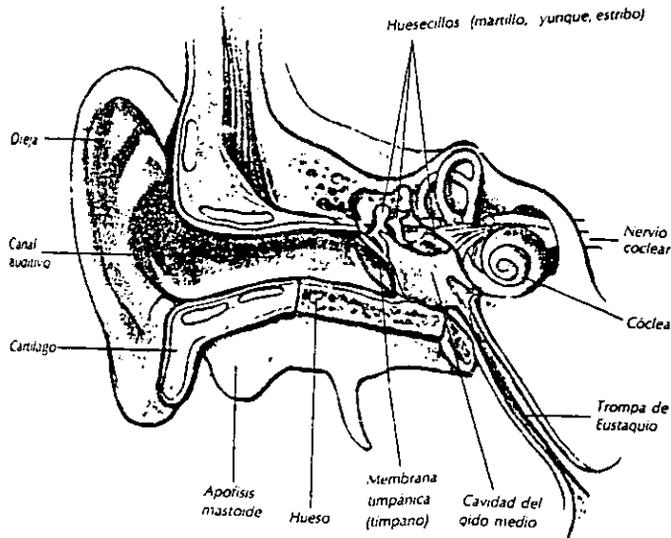
Entre la ventana del tímpano y membrana oval se encuentra una cadena de huesecillos (martillo, yunque, lenticular y estribo).

Normalmente el oído medio se encuentra lleno de aire y comunicación con unas pequeñas cavidades llenas también de aire que asientan en el peñasco del hueso temporal: son las celdas mastoideas.

Las vibraciones etéreas legan a la membrana del tímpano siguen la cadena de huesecillos y son transmitidos al oído interno por la ventana de la membrana oval. (7, 8)

El oído interno es el más complejo consiste en esencia en una cavidad excavada en el peñasco de forma muy complicada de donde su nombre de laberinto. El laberinto óseo encierra al laberinto membranoso y separando ambos existe un líquido, la linfa. El laberinto membranoso que contiene también otro líquido, la endolinfa, comprende grandes porciones: el caracol, el utrículo, el sáculo, y los conductos semicirculares que comunican entre sí. El conjunto de sáculo, y el utrículo se llaman vestíbulo. (8)

PARTES DEL OÍDO.

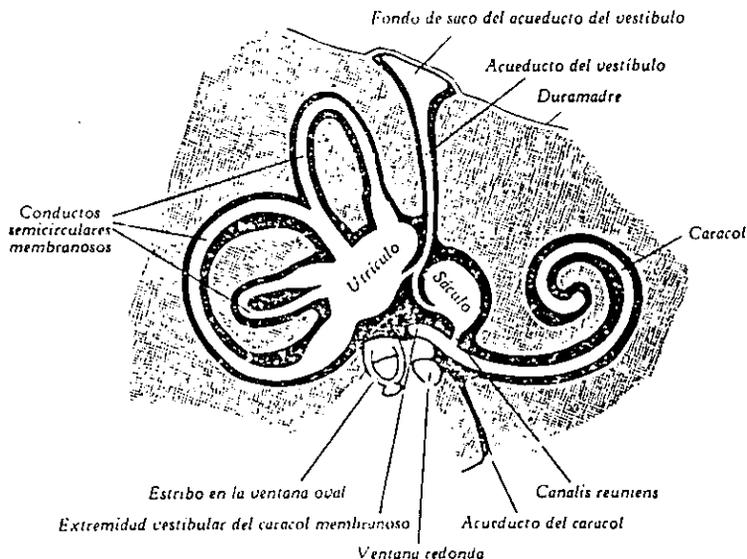


FUENTE: Kimber Gray, Manual de Anatomía y Fisiología. 2ª Edición, Edit. Prensa Médica. Méx 1992 p.817

Únicamente el caracol tiene función auditiva. Es un tubo enrollado en espiral que contiene el conducto coclear, en el interior del cual se encuentra el complejo órgano de corti, cuya base nacen las fibras nerviosas que formarán el nervio coclear. Dicho nervio unido al vestibular forman el nervio auditivo.

Además de la función auditiva, el oído interno tiene bajo su dirección el sentido del equilibrio. Los movimientos del cuerpo provocan en los conductos semicirculares un cambio de presión de la endolinfa lo que modifica el equilibrio. (7, 12)

ESPACIOS ENDO Y PERILINFÁTICOS.



FUENTE: Kimber Gray, Manual de Anatomía y Fisiología. 2ª Edición, Edit. Prensa Médica. Méx 1992 p.817

TÉCNICA

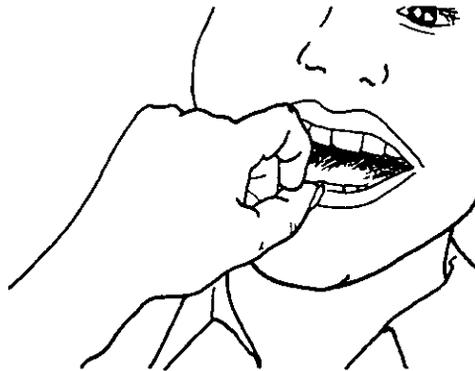
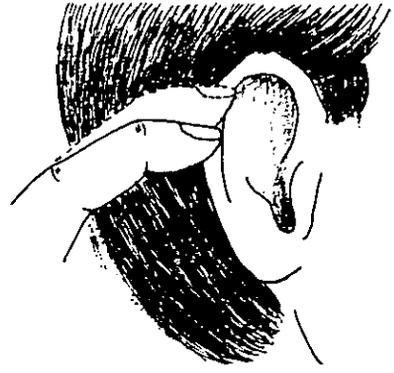
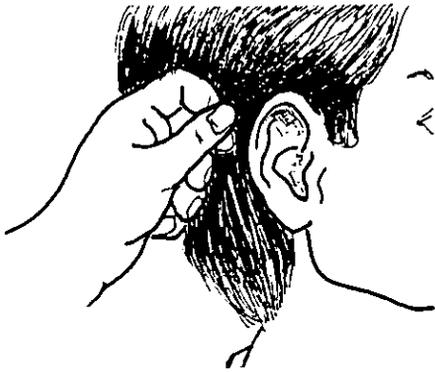
MATERIAL Y EQUIPO:

- Elejir un lugar aislado del ruido

Utilizar una hoja de registro o volante de referencia

PROCEDIMIENTO

- Platicar con el paciente de la importancia que tiene el oír bien, ya que, esta influye en su aprendizaje y cual va a ser su colaboración.
- Examinar el oído derecho primero y el izquierdo después, para detectar si la transmisión ósea de los sonidos es mejor que la área o viceversa para lo cual deberá realizar lo siguiente:
 - 1.- Frotar cuatro o cinco veces con su dedo índice el borde superior de la oreja derecha del paciente.
 - 2.- Posteriormente frotar cuatro o cinco veces sus dedos pulgar, índice y medio, frente al mismo oído de la persona.
 - 3.- Preguntar a la persona cuál de los sonidos escucho mejor y anote la respuesta
 - 4.- Repetir el procedimiento con el oído izquierdo
 - 5.- Anotar en la hoja de registro como trastorno de agudeza auditiva si en alguno de los oído perciben mejor el frote sobre la oreja (transmisión ósea) que el frote de sus dedos frente a ella (transmisión aérea).
 - 6.- Pedir a la persona que abra la boca y muestre los dientes superiores; dé sobre ellos dos o tres golpes suaves con la uña de su dedo medio
 - 7.- Preguntar al paciente de que lado oye mejor el sonido producido o si lo escucha igual en ambos oídos
 - 8.- Registrar como problema si lo escucha con mayor intensidad en cualquiera de los lados



FUENTE: Secretaría de Educación Pública, Entre todos a cuidar la salud del escolar, Edit. S.E.P. p.21

NOTA: La agudeza auditiva se califica por separado para cada oído. Una vez identificado el problema, orientar al paciente sobre la importancia de este órgano y orientarlo para que acuda a un servicio de salud para que reciba el tratamiento adecuado. (23)

FACTORES DE RIESGO

- Tapones de serumen, ocasionan la disminución de la agudeza auditiva.
- Introducción de objetos extraños en conductos auditivos, pueden ocasionar traumatismos en la membrana timpánica.
- Ruptura de membranas timpánicas, implica dolor en el oído, secreción, inflamación y en casos graves pérdida de la audición.
- Infecciones mal atendidas (Sarampión, Parotiditis, Varicela), un mal manejo de estas ocasiona inflamación, dolor y en ocasiones erupción del oído interno debido a la comunicación directa que hay entre las trompas de Eustaquio y las parotidas, afectando la agudeza auditiva.
- Infecciones de las vías respiratorias con tratamiento inadecuado o interrumpido, esto implica que se vuelvan recurrentes provocando inflamación, dolor, infección y en ocasiones ruptura del oído interno.
- Picarse los oídos con objetos punzantes puede ocasionar ruptura timpánica, dolor, inflamación, infección secundaria e incluso pérdida del oído en casos graves.
- Golpes fuertes e improvisados, implica desviación del conducto auditivo, vertigos, pérdida temporal de la audición y en ocasiones hemorragia interna.
- Oír música a alto volumen, produce pérdida temporal de la audición y si es frecuente lesiones timpánicas, en personas sencibles al ruido puede ser por más tiempo.
- Uso de diademas (audifonos), entre más pequeños sean pueden ocasionar más daño, debido a que toda la intensidad del volumen penetra directamente en el conducto auditivo; lo contrario de que si son más grandes, el volumen se distorciona un poco más abarcando toda la parte externa de la oreja previniendo la disminución de la agudeza auditiva.
- Jalar las orejas y gritar implica la disminución temporal de la agudeza auditiva, dependiendo de la intensidad puede haber lesión del conducto auditivo y de la membrana timpánica.
- Trabajar en radiodifusoras (repcionistas), implica una área de trabajo con mucho ruido directo, además el uso de diademas puede provocar pérdida auditiva.

- Trabajar en discotecas o asistir frecuentemente a ellas, es un gran riesgo para las personas que trabajan o asisten, debido a que son muy altos los índices de volumen que se manejan en esos lugares, ocasionando pérdida auditiva gradualmente en ellas.
- Grupos que tocan música a alto volumen, a determinado tiempo la agudeza auditiva va disminuyendo gradualmente en ellos.
- Trastornos de la circulación, principalmente en estados hipertensivos, la vasoconstricción sanguínea ocasiona hipóxia a nivel de aparatos y sistemas ocasionado a nivel del oído zumbidos, tinictus y por lo tanto disminución auditiva.

COMPLICACIONES

- Otitis
- Mastoiditis
- Laberintitis
- Sordera
- Vértigo
- Zumbido de oídos

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Escuchar música y la televisión a volumen bajo, para evitar daño en los anexos del oído interno.
- No introducir ningún objeto a los oídos, para prevenir laceración en el conducto auditivo.
- No golpear o jalar las orejas, para evitar el desajuste del conducto auditivo.
- No gritar en los oídos, para evitar que la agudeza auditiva disminuya.
- No acercarse a las bocinas en eventos sociales para prevenir trastornos timpánicos e informar a los técnicos de sonido sobre los daños que ocasiona el exceso de volumen.
- No aplicar gotas o sustancias en los oídos (no automedicación), para evitar la irritación de los anexos internos de las partes del oído y agravar situaciones de salud.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- En caso de dolor o zumbido de oídos acudir al médico y evitar poner remedios caseros en la cavidad, para que el médico dé, el diagnóstico y tratamiento oportuno, en lugar de automedicarse y empeorar la situación causando irritabilidad, quemaduras e inducir a procesos infecciosos.
- Enseñarles a las personas el uso adecuado de protectores auditivos para el baño del recién nacido, nadadores y trabajadores de discotecas, el recién nacido es más sensible de la piel que el adulto, al entrar agua y jabón puede haber irritabilidad y dolor de oído, el uso de protectores a trabajadores de discotecas es para prevenir el daño en la audición.
- Orientar a la población sobre la identificación de signos de alarma, si es necesario acudir al médico, cuando se identifiquen más de dos síntomas como son: zumbido de oídos, dolor de oído, tinictus, vértigos y pérdida de la audición para que el médico haga la revisión y autorice el tratamiento adecuado.
- Orientar a la población la importancia de que termine los tratamientos dados para las infecciones de vías respiratorias, con el fin de evitar recurrencias y el oído no sufra daños debido a la comunicación directa con las parótidas y las trompas de Eustaquio.
- Orientar a la población sobre los daños que ocasiona la automedicación para evitar que las infecciones de las vías respiratorias agudas se vuelvan crónicas y el oído pueda erosionarse e incluso lastimarlo más al usar remedios caseros directos.



FUENTE: Secretaría de Educación pública, Entre todos a cuidar la salud del escolar, Edit. S.E.P p.24

CAPITULO 6
IDENTIFICACIÓN DE PIE PLANO

IDENTIFICACIÓN DE PIE PLANO

CONCEPTO

Es la parte inferior del cuerpo humano esta formado por un conjunto de huesos frágiles que pueden soportar el peso del cuerpo. (24)

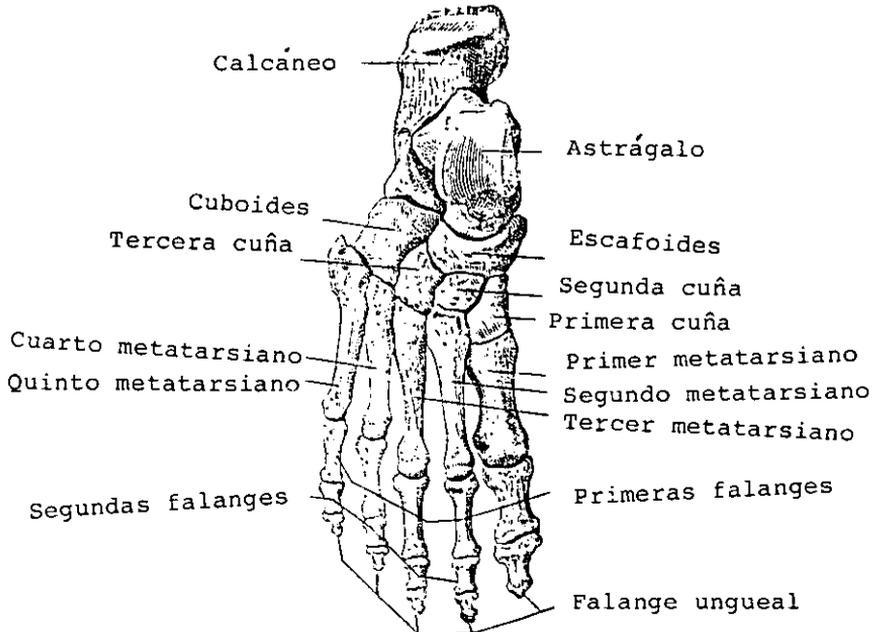
ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

El pie tiene un esqueleto formado por 26 huesos pequeños reunidos en tres grupos:

1.- **Tarso:** Compuesto por 7 huesos en dos filas, la posterior esta formada por el calcáneo sobre el cual se halla el astrágalo que se articula superiormente en los huesos de la pierna. La fila anterior comprende 5 huesos de menor tamaño el cuboide, y las tres cuñas.

2.- **Metatarso:** (Parte media del pie) formado por cinco bastoncillos óseos que corresponden a los cinco dedos metatarsianos

3.- **Falanges digitales:** Esta compuesto por catorce huesos. El primer dedo tiene dos (pulgar); los otros cuatro tienen tres cada uno (falange, falangina y falangeta).(7, 12, 24)



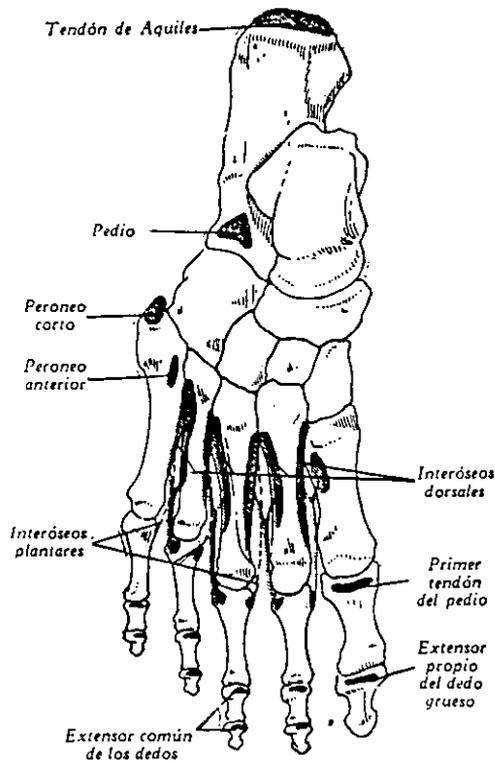
FUENTE: Kimber Gray, Manual de Anatomía y Fisiología. 2ª Edición, Edit. Prensa Médica. Méx 1992 p.921

Los huesos que forman el pie se articulan por medio de uniones delicadas y se hallan dispuestos en forma de arco para soportar el peso del cuerpo.

Toda la perturbación de los distintos elementos que integran su bóveda repercute en la estática global del cuerpo.

Los huesos están sostenidos firmemente por una red de resistentes músculos y fuertes ligamentos que tienen una gran capacidad tensora. Esta combinación de huesos y amarres constituyen una estructura extraordinariamente flexible y elástica.

ESQUELETO DEL PIE, CARA DORSAL; INSERCIONES MUSCULARES.



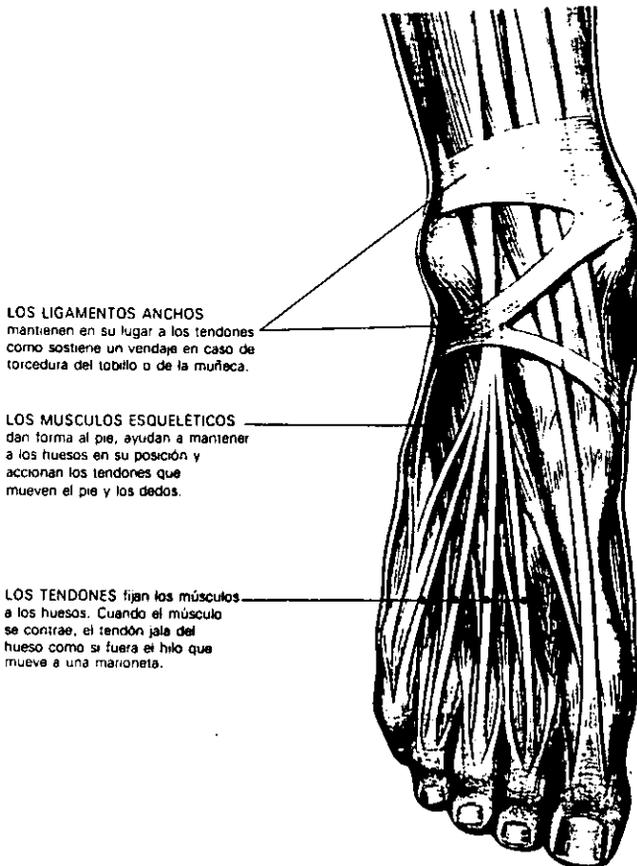
FUENTE: Kimber Gray, Manual de Anatomía y Fisiología. 2ª Edición, Edit. Prensa Médica. Méx 1992 p.935

Los ligamentos anchos y planos que rodean la articulación del tobillo a manera de una banda actual como los protectores que llevan los patinadores de hielo.

Cuando nos ponemos de pie el peso de nuestro cuerpo se distribuye entre los huesos del tarso y metatarso y el arco que forman atenúa el impacto y hace que rebote; por esto resulta muy fácil caminar. Cuando al correr apoyamos todo el cuerpo sobre un pie, el impacto pasa de la tibia al astrágalo, el peso del pie se distribuye hacia adelante a los tarsos y metatarsos y hacia atrás el calcáneo o hueso del talón.

Los huesos del pie constituyen una especie de resorte que amortigua la fuerza del golpe.

Los ligamentos anchos mantienen en su lugar a los tendones como cuando sostienen un vendaje en caso de torcedura de tobillo o de la muñeca. (24)



LOS LIGAMENTOS ANCHOS mantienen en su lugar a los tendones como sostiene un vendaje en caso de torcedura del tobillo o de la muñeca.

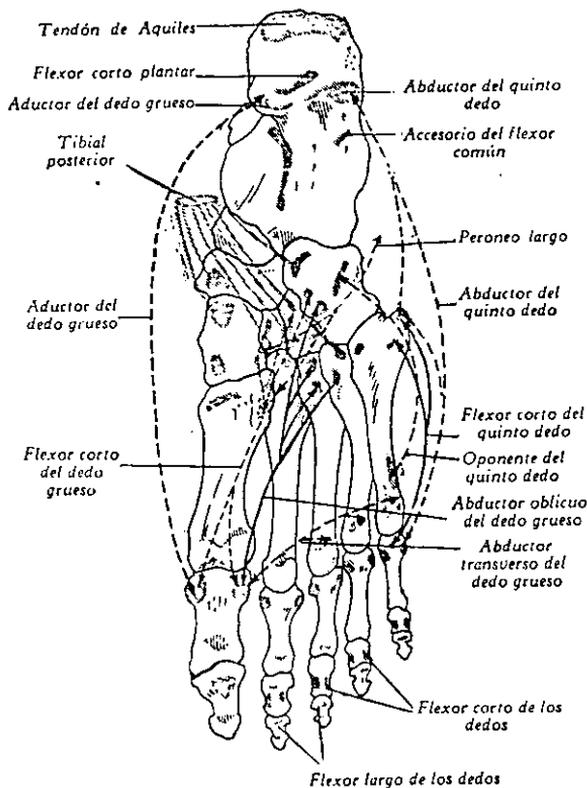
LOS MUSCULOS ESQUELETICOS dan forma al pie, ayudan a mantener a los huesos en su posición y accionan los tendones que mueven el pie y los dedos.

LOS TENDONES fijan los músculos a los huesos. Cuando el músculo se contrae, el tendón jala del hueso como si fuera el hilo que mueve a una marioneta.

Los músculos esqueléticos dan forma al pie, ayudan a mantener a los huesos en su expansión y accionan los tendones que mueven al pie de los dedos.

Los tendones fijan los músculos a los huesos cuando el músculo se contrae, el tendón jala del hueso como si fuera el hilo que mueve a una marioneta. (24)

ESQUELETO DEL PIE, CARA INFERIOR; INSERCIÓNES MUSCULARES



FUENTE: Kimber Gray, Manual de Anatomía y Fisiología. 2ª Edición, Edit. Prensa Médica. Méx 1992 p.937

IDENTIFICACIÓN DE PIE PLANO

Todos nacemos con los pies planos. Los huesos de la parte media del pie no se levantan formando el arco, sino hasta que el niño aprende a caminar fortaleciéndose los músculos y ligamentos. Es normal en la etapa del lactante menor, se debe de iniciar la detección, vigilancia y tratamiento cuando el niño tenga año y medio a dos años puede ser de dos tipos flexible, flácido originado espasmódico. El proceso de la formación de la bóveda del pie es largo y su terminación se da por terminado al rededor de los dieciséis años. (7)

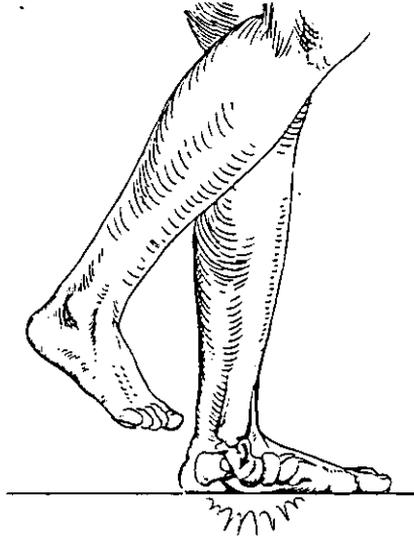
El pie plano consiste en la desaparición más o menos completa de la bóveda plantar con la finalización del aplanamiento del pie por consiguiente el pie no se apoya en el suelo como ocurre normalmente en tres puntos (antepie, calcáneo y margen externo) sino sobre toda la planta.

Aunque existen pies planos congénitos esta deformidad suele ser en la mayoría de los casos adquirida, presentándose al iniciar la deambulaci3n o con mayor frecuencia en la adolescencia.

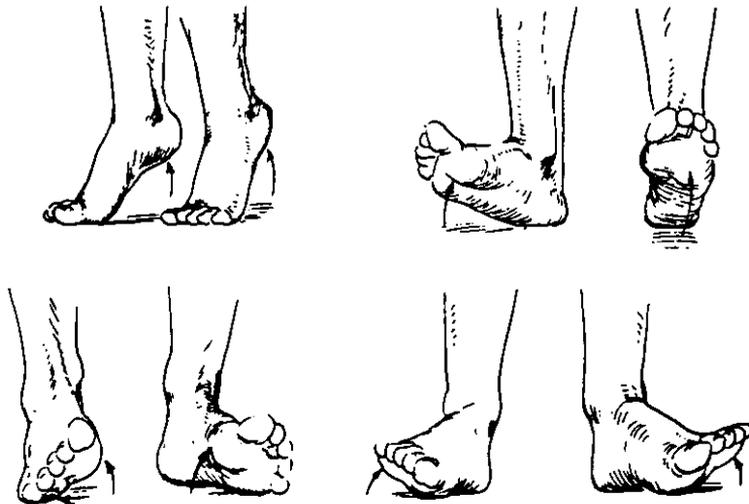
La escasa resistencia (por raquitismo) del esqueleto de la bóveda plantar y la hipotonia (flacidez) de los músculos plantares representan las causas predisponentes del aplanamiento del pie.

La afecci3n que casi siempre es bilateral se manifiesta por un dolor en la planta de los pies cuando se permanece mucho tiempo de pie, la bóveda comienza a ceder gradualmente alargándose la longitud del pie a medida que avanza se hace cada vez más molesto y no permite la deambulaci3n, y la permanencia en pie prolongada.

ARCO LONGITUDINAL CAÍDO O PIE PLANO.



PRUEBAS RÁPIDAS PARA EXPLORAR LOS ARCOS DE MOVILIDAD DEL TOBILLO.



FUENTE: Guyton Arthur, Tratado de Fisiología Médica. Edit. Interamericana, 7ª Edición, Méx. 1986 p.368

En ocasiones el arco que era normal en la juventud comienza en la madurez a deprimirse; alteraciones en las que aparentemente la herencia desempeña un papel importante; esto además de hacer que la persona camine un poco descoronada causa intensos dolores. Al principio los dolores provienen de los musculosa y ligamentos que se van distendiendo, pero más tarde son los huesos que duelen al dar el paso.

Para corregir el defecto durante la fase inicial puede utilizarse la colocación bajo el pie de una plantilla, bien moldeada que sirva para mantener la bóveda plantar e impedir que ceda a una segunda fase. En una segunda fase cuando la deformación esquelética es irreversible se requiere una intervención quirúrgica especial, que consiste en la reconstrucción total de la bóveda plantar totalmente aplanada. (23)

TÉCNICA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PIE PLANO

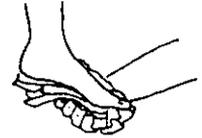
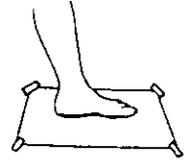
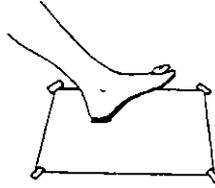
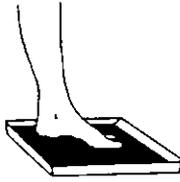
MATERIAL Y EQUIPO:

- Una regla para medir
- Un cojinete delgado de hule espuma o plantoscopio
- Pintura vegetal o anilina
- Un rodillo
- Hojas blancas
- Un trozo de tela limpia o toallas de papel
- Hojas para registro

PROCEDIMIENTO

- 1.- Preparación del material y equipo
- 2.- Explicarle al paciente lo que se va a realizar y la importancia de este examen para su salud.
- 3.- Anotar el nombre del paciente en cada hoja blanca a utilizar para identificación de la plantilla
- 4.- Indicar al paciente que se pare en una superficie lisa con sus zapatos puestos y observar el talón, así como, el desgaste de sus tacones.
- 5.- Anotar si uno o ambos tacones están gastados por dentro o por fuera o si el tacón del zapato esta deformado.
- 6.- Pedir al paciente que se quite los zapatos y calcetines y se pare descalzo con el pie derecho sobre el cojinete de hule espuma previamente impregnado con la pintura, o puede hacerlo con un rodillo y tinta.
- 7.- Pedirle que apoye el pie ya entintado en la hoja blanca colocada en el piso. Primero el talón y luego el resto del pie sin moverlo.
- 8.- Posteriormente indicar que limpie su pie con la tela limpia o bien con una toalla desechable.
- 9.- Proceder de la misma manera con el pie izquierdo.
- 10.- Comparar la huella de ambos pies para observar si el paciente tiene formado el arco o padece de pie plano.
- 11.- Hacer las anotaciones correspondientes al reverso de cada plantilla.

EJEMPLO DE LA TÉCNICA ADECUADA PARA IDENTIFICAR PIE PLANO.



HUELLAS DE UN PIE NORMAL Y UN PIE PLANO.



FUENTE: Secretaría de Educación Pública, Entre todos a cuidar la salud del escolar. Edit. S.E.P p.49

Al detectar el pie plano debe ser seguido de revisión por el ortopedista y seguimiento periódico hasta su corrección, con indicaciones terapéuticas como son: ejercicio, zapatos especiales, tratamiento que debe continuarse por uno o varios años hasta su corrección. (23)

FACTORES DE RIESGO

- Herencia, es un factor importante para la presencia de pie plano, solo basta que uno de los progenitores posea el gen causante.
- Calzado inadecuado, ocasiona deformaciones y alteraciones fisiológicas en todo el pie.
- Obesidad, es otro factor importante para el borramiento del arco plantar, debido a que los pies soportan el peso corporal normal diariamente.
- Falta de ejercicio implica sedentarismo aparte de que afecta la fisiología de los pies y a la formación del arco plantar.
- Uso excesivo de tenis, ocasiona que el pie no ejercite adecuadamente sus músculos, articulaciones y huesos provocando que el arco plantar no se desarrolle adecuadamente.

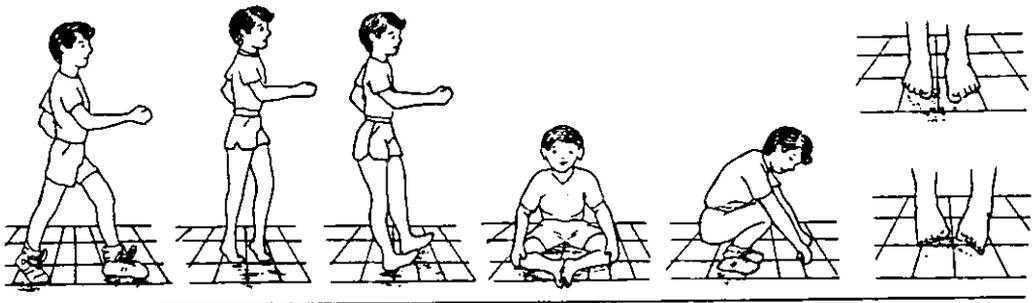
COMPLICACIONES

- Lumbalgias
- Artralgias
- Incapacidad para la deambulaci3n
- Trastorno de la estática vertebral (7)

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Adquirir la costumbre de caminar erguidos, para evitar deformaciones en la columna y pueden dar margen a la formaci3n de pies planos.
- El uso de zapatos de la medida correcta, para evitar el borramiento del arco plantar o inhibir la formaci3n del mismo.
- Sentarse y pararse derechos, para evitar molestias en piernas y columna vertebral; para no confundir la presencia de pie plano.
- Marchar con las puntas de los pies y luego sobre los talones, para ayudar a la formaci3n del arco plantar y corregir el pie plano.

- Caminar sobre la parte externa de los pies y luego con la interna, con el fin de ayudar a la corrección y prevención del pie plano, al mismo tiempo estos ejercicios ayudan a aliviar las molestias ocasionadas en las piernas.
- Ponerse en cuclillas con los pies totalmente apoyados en el piso, para ayudar a las piernas a que no se deformen ni se arqueen a causa del pie plano.
- La práctica de deportes dos veces por semana, ayuda a la corrección del pie plano dando lugar a que se forme el arco plantar
- Observar al niño que camina, la forma y características de su marcha, así como, la formación del arco plantar, para identificar si hay presencia de pie plano, en caso positivo orientar a los familiares a que acudan al ortopedista para que indique el tratamiento oportuno.



FUENTE: Secretaría de Educación Pública, Entre todos a cuidar la salud del escolar. Edit. S.E.P p.26

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Orientar a las madres sobre los signos y síntomas característicos del pie plano, como son:

- 1.- dolor de piernas o pies al estar parado caminando o corriendo para que acuda al ortopedista y le indique el tratamiento correctivo.
- 2.- Cojear o caminar con las puntas de los pies hacia adentro o exageradamente hacia fuera son signos característicos que nos ayudan a detectar la presencia de pie plano.

3.- Observar si tiene alguna desviación no común en el tronco del cuerpo independientemente de que el pie plano sea unilateral o de diferente grado en ambos pies puede transtornar la estática vertebral o producir desviación ocasionando dolor en la parte ciática.

4.- Deforma el talón de su zapato o gasta más la parte interna o externa del talón es otra de las características que nos indican la presencia de pie plano y que nos ayuda para iniciar el tratamiento oportuno.

5.- Si se presenta más de un signo o síntoma acudir al ortopedista, para iniciar el tratamiento correctivo y prevenir complicaciones como son: estática vertebral, ciática, lumbalgias y desviación del tronco.

- Orientar a la población sobre las características de un calzado fisiológicamente adaptado al pie:

1.- El tacón bajo que no desnivele el talón anterior del posterior, para evitar que el pie adquiera características deformantes y se altere la formación del arco plantar.

2.- La punta debe ser ancha que permita extender los dedos en abanico, ancho y flexible en su conjunto, para que permita adecuada movilidad en las articulaciones de la bóveda plantar, ya que si falla solo una de ellas repercute en todas las demás articulaciones ocasionando molestias en todo el pie.

4.- La suela debe ser elástica, para la protección y movilidad de toda la bóveda osteoarticular que soporta todo el peso del cuerpo.

CONCLUSIÓN.

En todas las organizaciones el recurso humano debe ser considerado como el más importante de todos los recursos, ya que de éste depende el buen funcionamiento y éxito de cualquier actividad.

En los capítulos se han definido términos utilizados para describir el estado de salud de la persona. Si bien es importante conocerlos, es mejor describir lo que se observa y no recurrir a un término que puede generar interpretaciones erróneas. Las descripciones deben ser exactas y completas, por ejemplo, una persona durante la visita domiciliaria puede referir a la enfermera que tiene dolor de estómago, y ella deberá describir la zona del abdomen en la cual ha surgido, y sus características.

Las normas generales de este manual serán útiles para que la enfermera esté segura, y realice una exploración eficaz a las personas. Durante la exploración es frecuente utilizar algunos términos para describir datos, además de los que se señalan en este trabajo.

La enfermera debe saber en que consiste la identificación de factores de riesgo en el transcurso de una visita domiciliaria, que pueden afectar la agudeza visual, auditiva y la presencia de pie plano.

Con la aplicación de este manual se pretende mejorar y reducir las deficiencias en el personal operativo de los diferentes Centros de Salud que atienden a población abierta, ya que estos al realizar las visitas domiciliarias cometen fallas en la detección de agudeza visual, auditiva, identificación de pie plano y exploración física esto es debido a que no cuentan con manuales de procedimientos.

Por tal motivo se ha elaborado este manual que contiene los elementos fundamentales para el personal de Enfermería que se dedica al primer nivel de atención, con la finalidad de mejorar y elevar la calidad de atención al usuario.

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Alimentación: Es la ingesta de alimentos y nutrientes para el organismo necesarios para la vida, considerando desde su producción hasta su consumo. (Depende de factores económicos, geográficos, sociales y psicológicos).

AGEBS: Área Geoestadística Básica.

Artralgia: Dolor localizado en una articulación.

Autocuidado: Es la practica de actividades que los individuos inician y desarrollan en su propio beneficio en la mantención de la vida, de la salud y del bienestar.

Comunidad: Es la modalidad común de agrupación social. Incluye un grupo de personas en un área determinada que tienen intereses comunes y necesidades que ellos pueden identificar.

Conjuntivitis: Inflamación de la mucosa conjuntival.

Cornea: Es la porción anterior clara y transparente de la capa externa del globo ocular.

Cristalino: Lente convergente situado en el interior del ojo.

Daño: Es la percepción de un estímulo desfavorable o nocivo para la salud.

Deambulación: Movimiento rítmico de los pies sobre una superficie plana con desplazamiento del tronco hacia adelante y con oscilaciones de los brazos y cabeza.

Diplopía: Es la visión doble.

Dolor: Es una sensación física, que provoca graves trastornos de la sensibilidad y el desencadenamiento de los reflejos de defensa que se intensifican en todos los sentidos.

Endolinfa: Es el líquido transparente contenido en los conductos semicirculares y en la cóclea (oído).

Enfermedad: Conjunto de alteraciones morfológicoestructurales, o tan solo funcionales, producidas en un organismo producida a su vez por una causa morbigena externa o interna.

Equilibrio: Estado de reposo de un cuerpo, solicitado por dos fuerzas que se destruyen recíprocamente para conseguirlo.

Estrabismo: Es un defecto de la vista caracterizado por la desviación de un globo ocular hacia adentro.

Exploración: Es el examen de un órgano o una cavidad con finalidad diagnóstica.

Glándula: Órganos especiales que tienen funciones esenciales.

Hipotonía: Disminución del tono muscular habitual por causas diversas.

Historia clínica: Suma total de formas que contienen información del paciente.

Iris: Es una membrana circular retráctil del ojo situada entre la cornea y el cristalino.

Laberintitis: Proceso inflamatorio del oído interno.

Ligamento: Es un haz de tejido fibroso más o menos largo de forma aplanada o redonda.

Lumbalgia: Dolor agudo o crónico de las masas musculares de la región lumbar.

Mastoiditis: Inflamación de la mucosa que tapiza el antro mastoideo y las células mastoideas.

Músculo: Órgano dotado de capacidad contráctil.

Ojo: Es el órgano de la vista, llamado también globo o bulbo ocular.

Ortopedista: Se considera como una especialidad derivada de la cirugía, ya que tiene que ver con la neurocirugía, con la medicina interna, con traumatología entre otras.

Otitis: Es la inflamación del oído.

Parotiditis: Enfermedad infecciosa relativamente benigna, de predominio infantil.

Párpados: Son formaciones cutáneo-mucosas que cubren el globo ocular y lo protegen.

Piel: Es el revestimiento externo de nuestro organismo.

Raquitismo: Es una enfermedad carencial, debida casi siempre a la falta de vitamina D.

Retina: Es una de las tres membranas que constituyen el globo ocular, es la mas interna y la mas importante para la función visual.

Salud: Es el completo estado de bienestar físico, psicológico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad.

Sanitas: Toallas pequeñas de papel absorbente.

Sarampión: Enfermedad exantemática infantil infecto-contagiosa producida por un virus.

Signo: Es el síntoma que se observa espontáneamente o mediante la adecuada exploración como manifestación de un determinado síndrome o enfermedad.

Síntoma: Es todo fenómeno o accidente con el que se manifiesta una enfermedad.

SISPA: Sistema de Información de la Salud a Población Abierta.

Sordera: Es la pérdida parcial o total de la capacidad auditiva.

Varicela: Es una enfermedad exantemática de tipo vírico de curso benigno que afecta principalmente en la infancia.

Vértigo: Es una sensación subjetiva de desplazamiento de los objetos externos con relación al cuerpo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- B. Shires y K. Hernnen Brian
Medicina familiar
Edit. Mc Graw Hill
México 1983 Pag 449

- 2.-Balderas Pacheco, María de la Luz
Administración de los servicios de enfermería
Edit. Interamericana MC. GRAW HILL
2ª Edición
México 1988
Pp. 257

- 3.-B. C. Long
Enfermería medicoquirúrgica Vol. I
Edit. Interamericana
2ª Edición.
México 1992
Pp. 1062

- 4.- Bonnie Lullough
Atención médica de primer nivel
Edit. Prensa médica mexicana
2ª Edición
México 1985
Pp. 536

- 5.-Burroughs Arlene
Enfermería Materno Infantil de Bleier
Edit. Interamericana, MC GRAW HILL
6ª Edición
México 1987
Pp. 542

- 6.- Fuerts Elinor y Wolff Luverne
Principios Fundamentales de Enfermería
Edit. La Prensa Médica Mexicana
13a edición
Pp. 543

- 7.- Goust. F.
Guía de la salud
Edit. Daimon Mexicana S.A.
México 1992
Pp. 539
- 8.- Guyton Arthur
Tratado de fisiología médica
Edit. Interamericana
7ª Edición México 1986
Pag 1159
- 9.- Hanak Marcia DSM. MA
Educación sanitaria del paciente y su familia
Edit. Ediciones Dogma
2ª Edición
Barcelona 1988
- 10.- H. K. Hamilton
Procedimientos de enfermería
Edit. Interamericacna
1ª Edición
México 1993
Pag 907
- 11 .- J. Tortora, Gerard, P. Anagnostakos Nicholas
Principios de anatomía y fisiología
Edit. Harla, 6ª Edición
México 1993, Pag 1206
- 12.- Kimber, Gray
Manual de anatomía y fisiología
2ª Edición
Edit. Prensa médica, México 1992
Pag. 842
- 13.- Kosier, Barbara RN, et. Al,
Enfermería fundamental, conceptos, proceso y prácticas
Edit. Interamericana, 4ª Edición tomo II
México 1993, Pag. 1597
- 14.- Leahy Kathleein Ms
Enfermería para la salud de la comunidad
Edita. Prensa médica Mexicana, México 1987
Pag. 590

- 15.- López Luna Ma. Concepción
Enfermería sanitaria
Edit. Interamericana México 1987 Pag. 237
- 16.- Marca Lexicon Limited
Esfingomanometro
Equipos médicos del pacífico S. A. de C.V.
- 17a.-Martínez Esneda.
Atención Primaria de salud.
Edit.O.P.S. Primera edición Washington 1990.
- 17.- Paquete básico de servicios de salud del Distrito Federal
Instituto de servicios de salud del Distrito Federal
- 18.- Organización Panamericana De La Salud
Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno - infantil
México 1987 Pag. 265
- 19.- Pearce Evelyn Traduc, María Victoria C.
Manual de enfermería
Edit. Jims, Barcelona 1988 Pag 883
- 20.- R. Martinez y Martinez
Federación de pediatría Centro - Occidente de México
2ª Edición
Editorial Salvad México 1989
- 21.- Reyes Gómez Eva
Antología proceso salud enfermedad en el niño y enfermería del niño
Edit. ENEP - UNAM, México 1994 Pag. 89
- 22.- Ruiz Lara R. G.A. Poli,
Nuevo diccionario médico
Edit. Planeta Agostine tomo I Y II
España 1998 Pag. 1393
- 23.- Secretaria de educación pública
Entre todos a cuidar la salud del escolar
Editorial SEP.
pP. 72

24.- Selecciones del Reader's Digest
Los porqués del cuerpo humano
Editorial Selecciones del Reader's Digest
7ª Edición
México 1995
Pp 335

25.- UNAM Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Antología para la materia de enfermería. Valoración del Estado De Salud Individual
Edit. UNAM
México 1993

26.- Valenzuela H. Rogelio
Manual de pediatría
Edit. Interamericana, 10ª Edición,
México 1987 Pag. 846

27.- Weachther Phillips Holaday
Enfermería pediátrica
Edit. Interamericana Mc Graw Hill
10ª Edición Volumen I
México 1993

28.- Whaley I.f.
Tratado de enfermería pediátrica
Edit. Interamericana 2ª edición
México 1994, Pag 1061

29.- Wiek, et.
Técnicas de enfermería manual ilustrado
Edit. Interamericana Mc. Graw Hill, 3ª Edición
México 1987, Pag 117

30.- Wolff Lewis, Luverne
Fundamentos de enfermería
Edit. Harla, México 1992, Pag 1108`