

30
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MANUAL PARA LA VALORACION DE ENFERMERIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION A LA SALUD.

M A N U A L

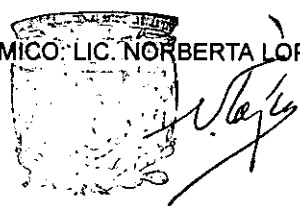
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

TERESA VELASCO CONTRERAS



ASESOR ACADEMICO: LIC. NORBERTA LOPEZ OLGUIN



MEXICO, D.F.

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

FEBRERO, 1999

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

27/19/18



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

PAG/NAACION

DISCONTINUA

DEDICATORIAS

A MIS PADRES

Por haberme impulsado, motivado y apoyarme durante toda mi vida y alegrarse de mis logros; por la confianza brindada en momentos difíciles y por demostrarme el gran cariño que me tienen, no tengo palabras para agradecerles todo lo que me han dado.

A mi madre, porque aunque no este presente físicamente estas en mi corazón, pero me dejaste las ganas de seguir adelante y luchar por lograr mis objetivos.

Gracias por tu amor.

A MIS HERMANOS

Porque sabía que en cualquier momento podía acudir a ustedes cuando necesitaba apoyo y comprensión, por darme las palabras que necesitaba para no caer y poder seguir adelante y sobre todo por estar siempre juntos. Gracias, siempre.

A EDUARDO YAEL

Doy gracias a Dios porque estas conmigo ; no hay nada que cambie por ver tus risas, palabras y cariños los cuales me dan la fuerza necesaria para ver siempre hacia delante .

Te quiero mucho

A MIS PROFESORES

Por guiarnos cada día, porque en cada tropiezo durante la carrera siempre estaban presentes apoyándonos para llegar a ser cada vez mejores profesionales.

*Dame, Señor,
agudeza para entender,
capacidad para retener,
método y facultad para aprender,
sutileza para interpretar,
gracia y abundancia para hablar.*

*Dame, Señor,
acierto al empezar,
dirección al progresar
y perfección al acabar.*

Santo Tomás de Aquino

INDICE

JUSTIFICACION _____	1
OBJETIVOS _____	2
 CAPITULO I ENFOQUE DE RIESGO	
1.1 Concepto de Riesgo _____	3
1.2 Concepto de Factor de Riesgo y sus características _____	3
1.3 Medición del Riesgo _____	6
1.4 Aplicación del Enfoque de Riesgo ____	7
 CAPITULO II VISITA DOMICILIARIA	
2.1 Concepto _____	9
2.2 Importancia _____	9
2.3 Recursos para su Valoración _____	10
2.4 Elementos que componen una visita domiciliaria _____	10
2.5 Funciones de Enfermería _____	11
2.6 Plan de Autocuidado _____	12

CAPITULO III EXPLORACION FISICA

3.1	Concepto _____	14
3.2	Importancia _____	14
3.3	Elementos que componen la Exploración Física : Inspección, Percusión, Palpación y Auscul- tación _____	15
3.4	Procedimiento para Realización de Exploración Física por áreas del cuerpo _____	19

CAPITULO IV SOMATOMETRIA

Elementos que la componen:

4.1	Peso _____	35
4.2	Talla _____	39
4.3	Perímetros _____	41

- Conceptos de cada medición
- Mecanismo de regulación.
- Parámetros normales.
- Técnica de cada medición.
- Factores de riesgo que pueden alterar el

- crecimiento y desarrollo.
- Complicaciones.
- Medidas preventivas
- Acciones de Enfermería
- Conservación del material

CAPITULO V SIGNOS VITALES

Elementos que lo componen:

5.1	Temperatura _____	45
5.2	Pulso _____	49
5.3	Respiración _____	52
5.4	Presión Arterial _____	55

- Conceptos de cada medición
- Mecanismos de regulación
- Parámetros normales.
- Técnica de cada medición.
- Factores de riesgo que pueden alterar los signos vitales.
- Complicaciones.
- Medidas preventivas.
- Acciones de enfermería.

- Conservación del material

CAPITULO VI IDENTIFICACION DE PIE PLANO

6.1	Anatomía y fisiología del pie _____	61
6.2	Anatomía del pie plano _____	62
6.3	Factores de riesgo que puede ocasionar el pie plano _____	63
6.4	Complicaciones _____	63
6.5	Medidas preventivas _____	64
6.6	Técnica para la Identificación de Pie Plano _____	64
6.7	Acciones de Enfermería _____	65
	CONCLUSIONES _____	66
	GLOSARIO DE TERMINOS _____	67
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	72
	BIBLIOGRAFIA _____	75

JUSTIFICACION

El profesional de 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, como son médicos, enfermeras, psicólogos, odontólogos, personal administrativo, entre otros, tiene como objetivo promover la actualización al personal operativo de las diferentes instituciones de primer nivel de atención sobre sus técnicas, procedimientos y actividades diarias, que aplican con el público, todo esto con la finalidad de proporcionar un buen servicio a la comunidad.

En la comunidad, Enfermería, tiene un amplio campo de trabajo, puede demostrar los conocimientos adquiridos ayudando a disminuir riesgos o necesidades que tiene la comunidad; todas las acciones que realiza tienen gran importancia. Por tal motivo, surge la necesidad de elaborar un manual para la valoración de Enfermería en primer nivel de atención a la salud.

Este Manual es un documento de apoyo en el cual se indica cómo valorar el estado de salud de la persona, crecimiento, desarrollo y estado nutricional, tomando en cuenta cuál es el funcionamiento normal del organismo; también, la manera adecuada de realizar mediciones, todo esto para hacer más fácil la identificación de factores de riesgo que para la familia pasan en ocasiones desapercibidos, realizando un diagnóstico oportuno, fomentando la promoción y educación para la salud, proporcionando atención de calidad para el individuo, familia o comunidad.

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un Manual que oriente sobre los valores normales de peso, talla, signos vitales e identificación de pie plano, para realizar una valoración y un diagnóstico de Enfermería oportuno en primer nivel de atención a la salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Proporcionar un material de consulta que sirva de apoyo al personal de primer nivel de atención a la salud, en algunas de las funciones que realiza en campo.

Que la enfermera analice la importancia que tienen sus funciones en campo para identificar factores de riesgo y poder dar promoción a la salud.

Dar a conocer la importancia que tiene la valoración de Enfermería en una visita domiciliaria.

CAPITULO I

ENFOQUE DE RIESGO

ENFOQUE DE RIESGO

CONCEPTO DE RIESGO

El riesgo refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, etc.) (1)

La identificación de un riesgo es el descubrimiento de una necesidad a la salud y de ahí se determinan las intervenciones humanas y la utilización de los 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. (2, 3).

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
- Ambientales
- De comportamiento
- Psicológicos
- Económicos

- Sociales

- Relacionados con la atención a la salud.

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, como son: dieta, fumar, ingesta de bebidas alcohólicas; en los que la casualidad es fundamental, como los grupos en riesgo, y aquellos que no podrían ser modificados, como la historia familiar (4).

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.

◆ BIOLÓGICOS

- Ciertos grupos de edades
- Sexo
- Raza
- Estructura genética
- Integridad anatomofuncional
- Nivel de inmunidad
- Estado nutricional

◆ AMBIENTALES

- Abastecimiento deficiente de agua
- Falta de adecuado sistema de disposición de excretas
- El mal manejo de la basura
- Fauna nociva
- Desastres naturales
- Cambios climaticos

◆ DE COMPORTAMIENTO

- El fumar
- El alcoholismo
- La drogadicción

◆ PSICOLOGICOS

- Separaciones tempranas
- Agresión en la infancia
- Baja autoestima
- Insatisfacción
- Frustraciones

◆ ECONOMICOS

- Bajos ingresos
- Alto costo de vida
- Desempleo

◆ 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

◆ RELACIONADOS CON LA SALUD

- Yatrogenias
- Negligencias

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. (5)

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

MEDICION 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.

APLICACION 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 identificación de riesgos pueden 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.
- Aumento de la cobertura	- Autocuidado y atención a la familia
- Mejoramiento de los patrones de referencia	- Atención comunitaria
- Modificación de los factores de riesgo	- Promoción a la salud
- Reorganización del sistema de salud en los niveles regional y nacional	Políticas intersectoriales.
- Adiestramiento del personal de salud	

Fuente : Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil. OPS 1987.

La enfermera tiene un papel muy importante dentro de la comunidad. Tiene a su cargo observar la forma de vida de las familias y esto lleva a la identificación de factores de riesgo que afectan la salud y sus integrantes. Pueden ser biológicos, físicos, ambientales o psicológicos, por medio de la visita domiciliaria. A través de la valoración en cada individuo, la enfermera tiene la capacidad de identificar el factor de riesgo que le esté afectando, tiene la obligación de orientar cómo poderlos disminuir, por medio de pláticas individuales o grupales de las medidas preventivas necesarias para ayudar a mejorar el estado de salud de la comunidad.

En cada tema del Manual se retomará este Capítulo, usándolo como base para la identificación de factores de riesgo, con esto proponer las medidas preventivas necesarias y las acciones de enfermería correspondientes en su trabajo diario de campo.

CAPITULO II

VISITA DOMICILIARIA

VISITA DOMICILIARIA

CONCEPTO

La visita domiciliaria es un procedimiento que realiza el personal de enfermería, como la actividad básica del trabajo comunitario, para ampliar la cobertura de los servicios de salud, que tiene como propósito la identificación de factores de riesgo para la salud, en la elaboración de un diagnóstico, así como la ejecución de actividades de protección a la salud y participación, situaciones que ayude a aplicar estrategias para promover y fomentar el autocuidado a la salud del individuo, familia y comunidad

IMPORTANCIA

Que la enfermera comunitaria proporcione una atención directa y personalizada del individuo y la familia en la comunidad mediante la exploración física para la elaboración de un plan de autocuidado, identificando los factores de riesgo y utilizando las medidas preventivas para mejorar el nivel de vida de la población. Además que permita al usuario recibir respuesta directa a sus problemas o inquietudes de acuerdo a su padecimiento. (6, 7)

RECURSOS QUE SE VALORAN EN UNA 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 afectar, 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 recursos. (8)

Recursos de Enfermería : Un diagnóstico de salud de la comunidad asignada.

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. (9)

* Planeación: Se realiza un diagnóstico de salud en donde se detecten las necesidades de salud en la comunidad, para la planeación de visitas.

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.

Establecer objetivos educativos con base a la problemática familiar.

Preparación del material y equipo a utilizar : baumanómetro, estetoscopio, dextrostix, abatelenguas, cinta métrica, cinta de sindel, torundas alcoholadas, pomaderas, termómetro, cartilla de sneller, entre otros. (10)

* Ejecución de visita domiciliaria : 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.

* 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 entrevista.

Enseñanza al individuo y a la familia por medio de pláticas, demostraciones o ambas adaptados al problema o la familia. (11)

Procedimientos de enfermería, por ejemplo aplicación de inyecciones, curaciones etc.

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.

* 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 a cabo estos.

FUNCION DE ENFERMERIA EN UNA VISITA DOMICILIARIA

La enfermera cuando realiza una visita domiciliaria identificará los factores de riesgo en la familia con el fin de proporcionar un plan de autocuidado.

Las funciones se pueden agrupar en:

- Colaboración en la investigación y control de casos transmisibles.
- Realización de un diagnóstico de salud de la comunidad asignada.
- Participación de estudios epidemiológicos y planes sanitarios urgentes.
- Coordinación y realización de pláticas de educación para la salud dirigidas a la comunidad sobre :

 ☒ 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.

La enfermera realizará un plan de autocuidado a la salud, ya sea individual o familiar. A continuación se explicará el concepto y las partes que lo integran.

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. La enfermera tiene la responsabilidad de decirle a la familia cómo pueden ellos mismos cuidar de su salud.

Los principios del autocuidado son:

- Convertirse en un especialista de uno mismo, conocer y escuchar nuestro cuerpo para conocerlo.
- Dar a nuestro cuerpo la oportunidad de trabajar bien, cuidándolo y proporcionándole las prácticas buenas como el ejercicio y la relajación.
- Se debe llevar un expediente de nuestra vida y de nuestros problemas de salud, sin olvidar muchas veces que el pasado puede guiar al futuro.
- No aceptar tratamientos que uno no conoce, autorrecetarse o tomar medicinas que hicieron bien a otros familiares.
- 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.

Pasos a seguir en el autocuidado: (12)

- Ficha de identificación.
- Exploración física y valoración de enfermería.

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

Con el Plan de Autocuidado se finaliza el contacto con la familia hasta hacer una revisita, en caso necesario. Posteriormente se realizará el informe de todo lo encontrado en su comunidad, para discutirlo en sesión con sus compañeros de trabajo y el director de la institución y poder dar alternativas de solución.

Las instituciones de salud deben aprovechar las visitas para controlar el proceso Salud-Enfermedad, tomando en cuenta prioridades de salud dentro de la comunidad.

A través de los datos que la enfermera obtiene, como pueden ser : factores de riesgo, datos epidemiológicos y el diagnóstico de enfermería familiar, se pueden controlar algunas enfermedades por medio de la promoción y educación para la salud, mejorando el estado de bienestar que requiere el individuo.

La enfermera será consultada por diversos motivos, pues se ha visto que llega a tenerle confianza la familia por darse cuenta que se interesa por la salud de sus integrantes; por lo tanto, será necesario ponerse en contacto con otros miembros del personal de salud para responder sus dudas con delicadeza, claridad y discreción.



Fig.1 Visita domiciliaria
Visitas en AGEBS C.S.U. TIII "Fco. J. Balmis"

Durante la visita domiciliaria, la enfermera debe hacer que la familia participe con ella.

CAPITULO III

EXPLORACION FISICA

EXPLORACION FISICA

CONCEPTO

Exploración física es el examen físico de la persona para evaluar el estado general de salud, explorándolo en orden céfalo - 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 céfalo - caudal o por aparatos y sistemas se debe realizar una inspección general del individuo. (13)

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 al principio de su desarrollo.

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.

EXAMEN FISICO

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 desprende el cuerpo. (14)

VALORACION DE ENFERMERIA POR MEDIO DE INSPECCION

CUADRO I

TECNICA	CLASIFICACION	DATOS QUE SE OBTIENEN
Inspección (vista) Es necesario 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 Forma Volumen o tamaño Estado de la superficie Estado nutricional Conformación Arreglo personal

FUENTE: Martínez G. Esneda. Atención primaria de salud Valoración del estado de salud. Edit. OPS . Washington 1990 p. 93 - 95

IMPORTANCIA PARA ENFERMERIA

La inspección es importante ya que es el primer contacto que tiene la enfermera con la persona, se da cuenta del estado general de salud y lo confirma conforme va realizando los demás procedimientos de exploración. Es importante darle la orientación a la persona de lo que se le va a realizar para evitar que esté tensa, indicándole que debe estar tranquilo, la enfermera debe evitar sombras para realizar la inspección, debe 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.



Fig.2. Técnica de inspección en el recién nacido, separando con ambos dedos pulgares los párpados para una mejor observación. Leahy Kathleen. Enfermería para la salud en la comunidad, Prensa Mexicana, 1987.

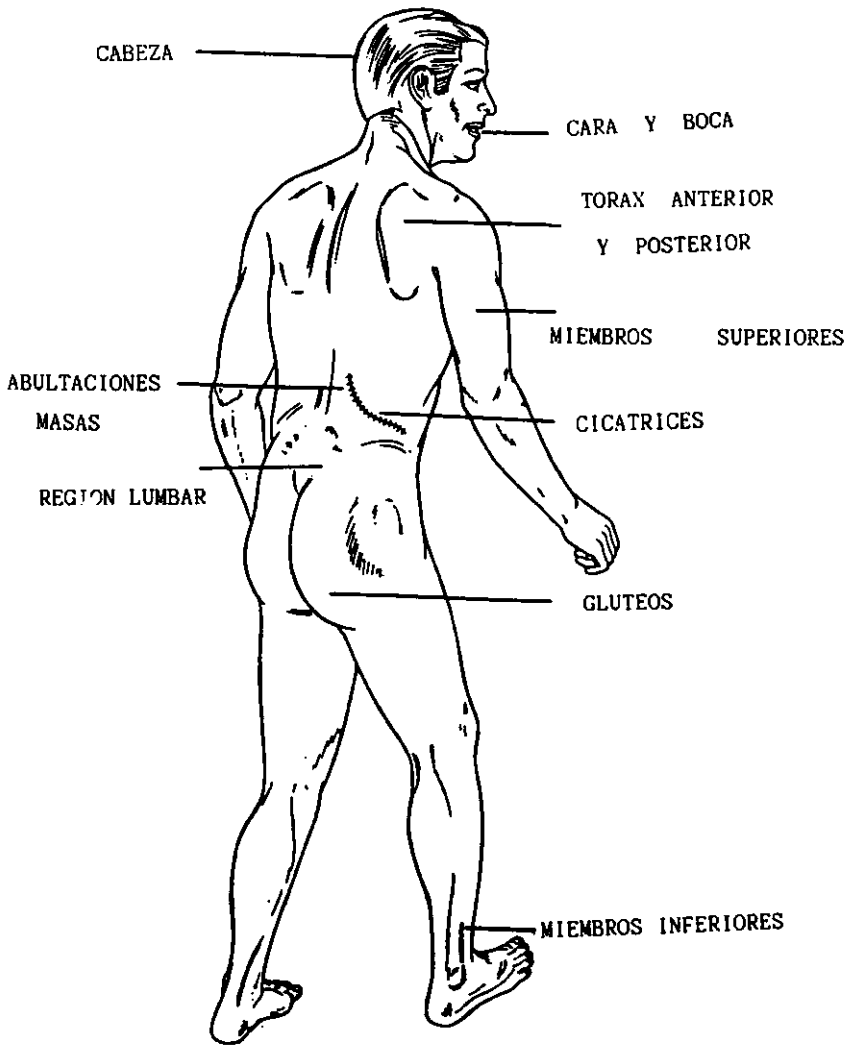


Fig.3 Partes que la enfermera debe considerar durante la inspección. Long.B. Enfermería medicoquirúrgica, Vol.1. Ed.Interamericana, México 1992.

PERCUSION: Se refiere al golpeteo de una zona particular con las yemas de los dedos o con un martillo especial para reflejos. El examinador escucha el sonido que se genera en la percusión. Por ejemplo en caso de haber líquido o una masa en el tórax, el sonido sería mate. Normalmente, cuando el examinador percute la pared torácica, se genera un ruido “hueco”. (15)

VALORACION DE ENFERMERIA A TRAVES DE LA PERCUSIÓN

CUADRO II

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

FUENTE: Martínez G. Esneda Atención primaria de salud Valoración del estado de salud. Edit. OPS. Washington 1990 p. 94.

IMPORTANCIA PARA ENFERMERIA

La percusión es importante para detectar alguna alteración interna en el organismo, basándose en los sonidos que emite.

La enfermera no debe olvidar explicarle a la persona lo que se le va a realizar, procurar que se encuentre en una posición cómoda, tanto ella como la persona a examinar, debe existir un espacio con privacidad para no afectar la individualidad de la persona y solo descubrir las zonas a percutir, evitando el exceso de ruidos, para facilitar escucharlos; realizando finalmente las anotaciones de lo encontrado.



Fig.4 Percusión indirecta o simple, presionando la falange distal del dedo medio y percutir con el dedo medio de la mano contraria. Martínez G. Esneda, Atención primaria de salud, Ed. OPS, Washington 1990. p 88.

PALPACION: Emplea el sentido del tacto para palpar o comprimir una zona. Por ejemplo se utiliza en el examen del abdomen para palpar los diversos órganos en su interior y detectar la presencia de anomalías en forma o volumen de cualquier órgano o presencia de tumores. (16)

VALORACION DE ENFERMERIA POR MEDIO DE LA PALPACION

CUADRO III

TECNICA	CLASIFICACION	DATOS QUE SE OBTIENEN
<p>Palpación (tacto)</p> <p>Es necesario temperatura cálida</p>	<p>Simple</p> <p>Bimanual</p> <p>Monomanual</p> <p>Digital</p> <p>Instrumental</p> <p>Sondas</p> <p>Pinzas</p>	<p>Datos de inspección</p> <p>Consistencia</p> <p>Sensibilidad</p> <p>Temperatura</p> <p>Movilidad</p>

FUENTE: Martínez G. Esneda Atención primaria de salud Valoración del estado de salud. Edit. OPS. Washington 1990 p. 94.

IMPORTANCIA PARA ENFERMERIA

La palpación es importante 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 líquidos, así como el origen de alguna 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 el examen.



Fig.5 Ubicación para palpación de glándulas parótidas y ganglios linfáticos. Martínez Esneda. Atención primaria a la salud. OPS p 274.

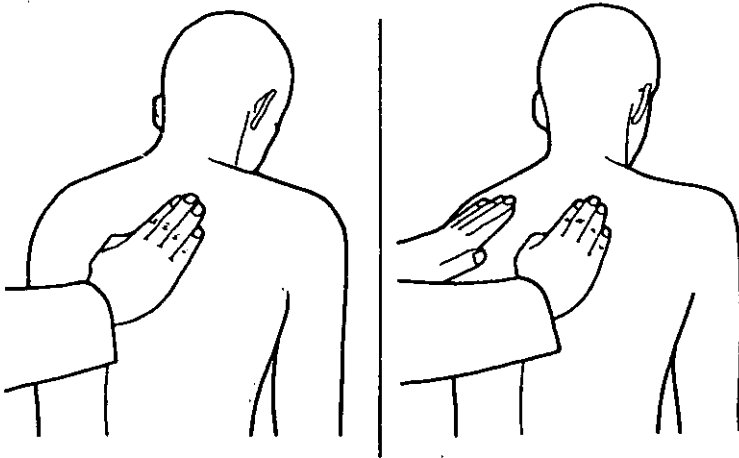


Fig.6 Manera adecuada para palpar monomanual y bimanualmente área pulmonar. Martínez Esneda. Atención primaria a la salud. OPS p 220.



Fig.7 En preescolares y escolares cuando se encuentran sentados relajan los músculos abdominales y permite palpación de hígado y bazo. Leahy, Enfermería para la salud en la comunidad, Ed Prensa Médica Mexicana.

AUSCULTACION: Utiliza el sentido del oído. Por medio del estetoscopio, el examinador escucha sonidos del interior del cuerpo, como los ruidos cardiacos, abdominales y pulmonares. (17)

VALORACION DE ENFERMERIA A TRAVES DE AUSCULTACION

CUADRO IV

TECNICA	CLASIFICACION	DATOS QUE SE OBTIENEN
<p>Auscultación (oído)</p> <p>Es necesario absoluto silencio</p>	<p>Inmediata Sin instrumento ejemplo oído directamente sobre las áreas</p> <p>Mediata Con instrumento ejemplo estetoscopio</p>	<p>Fenómenos acústicos de:</p> <p>Aparato respiratorio Aparato circulatorio Movilidad del tubo digestivo</p>

FUENTE: Martínez G. Esneda Atención primaria de salud Valoración del estado de salud. Edit. OPS. Washington 1990 p. 95.

IMPORTANCIA PARA ENFERMERIA

A través de la auscultación puede reconocer los sonidos normales del aparato respiratorio, circulatorio, así como la motilidad del tubo digestivo; al estar familiarizado con estos sonidos podrá identificar sonidos anormales. Debe tomar en cuenta que la persona examinada estará en una posición cómoda 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 escucharán ruidos que pueden ser interpretados erróneamente.

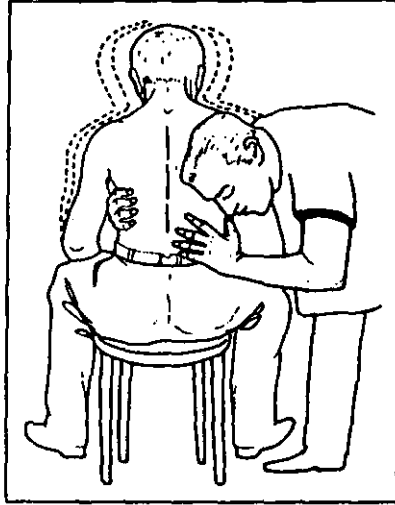


Fig.8 Auscultación inmediata sobre la región a examinar. Esneda, Atención primaria a la salud. OPS p 90.

PROCEDIMIENTO DE LA EXPLORACION FISICA

MATERIAL: Para facilitar la exploración física se utiliza: estetoscopio, 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.

VALORACION DE ENFERMERIA EN EL EXAMEN DE CABEZA

CUADRO V

AREAS A EXPLORAR	RECOMENDACIONES PARA ENFERMERIA	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 da a conocer una posible 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
Párpados	Tenga presente la posición de	La caída de un párpado

	los párpados en relación con los globos aculares por si hay edema palpebral, así como el color, las lesiones y la capacidad de cerrarse	(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	Examine la conjuntiva, bajando el párpado inferior y diciéndole al paciente que mire hacia arriba. La conjuntiva normal es clara y la esclerótica blanca	El enrojecimiento indica inflamación. La esclerótica se pone amarilla cuando hay ictericia
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. Pida al paciente que mire al frente 2. Pase un rayo de luz oblicuo con rapidez un par de veces a través de cada ojo 3. Observe la reacción directa de la pupila a la luz y la reacción consensual (la pupila opuesta) Reacción a la acomodación: 1. Mantenga su dedo a una distancia entre 5 y 10 cm. del	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

	<p>tabique de la nariz del paciente</p> <p>2. Pida a la persona que mire primero a la distancia y luego a su dedo</p> <p>3. Observe la contracción pupilar y la convergencia de los ojos cuando se fijan en el dedo (objetos cercanos)</p>	
Nariz	Inspeccionarlas 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	<p>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.</p> <p>Para examinar la boca se necesita un abatelenguas y una linterna de bolsillo</p>	Se observa la integridad de la mucosa, la lengua, las piezas dentales; así como su coloración.
Labios	<p>Examinar la presencia de grietas o la sequedad</p> <p>Examinar otras lesiones</p>	Se presentan en caso de malnutrición o deshidratación
Dientes, encías y mucosas	<p>Examinar el color, la humedad y las lesiones de las encías</p> <p>Examinar si existen caries en los dientes</p> <p>Examinar la dentadura postiza, su ajuste y su buena tolerancia</p>	<p>Las encías enrojecidas o con manchas blanquecinas significan inflamación</p> <p>La falta de dentadura o bien su mal ajuste, perjudica la masticación</p>

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	Examen 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
Oídos	Examinar ambos pabellones auditivos y la piel que les rodea para ver si hay deformidades, bultos o lesiones cutáneas. La parte exterior de conducto auditivo externo se puede examinar tirando de la oreja hacia arriba, atrás y fuera usando una lámpara de bolsillo.	El dolor de oídos, exudados y enrojecimiento son síntomas de inflamación.
Sensaciones dolorosas	1. Pedir a la persona que cierre los ojos. 2. Use dos abatelenguas y recórralos sobre toda la superficie de la cara. 3. Pedirle que conteste a las 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. 2a. de. Edit. Interamericana. Madrid 1992 p. 32 - 40.

IMPORTANCIA PARA ENFERMERIA

La exploración física de cabeza es de gran importancia, ya que dentro de ella se encuentra la regulación de las funciones vitales. Este examen se realiza básicamente por tres técnicas: inspección, palpación y medición. En inspección, se tienen en cuenta la simetría, forma y tamaño; en la palpación, se valoran hundimientos o protuberancias, dolor y estado de las fontanelas 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, dejando por escrito todo lo encontrado durante la exploración y orientándola sobre la importancia de conservar la integridad y la conservación de su salud en general. La enfermera, de acuerdo a su zona de trabajo, deberá llevar un registro de todas las anomalías encontradas, posteriormente planear visitas para valorar el estado actual de la persona.



Fig.9 Exploración en conjuntiva, se debe separar ambos párpados para valorar mejor sus características. Esneda, Atención primaria a la salud, OPS p 130.

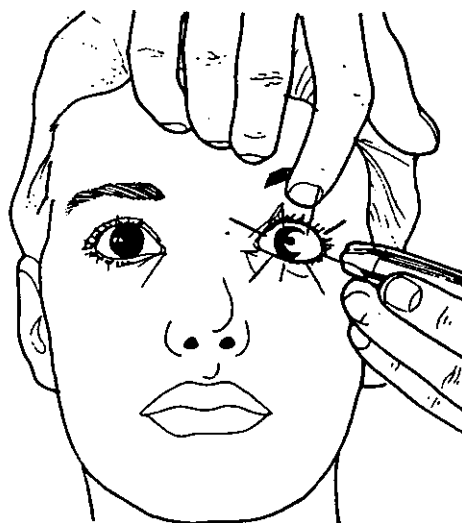


Fig.10 La utilización de una lámpara para explorar toda el área ocular así como reflejos pupilares. Esneda, Atención primaria a la salud, OPS p 131.

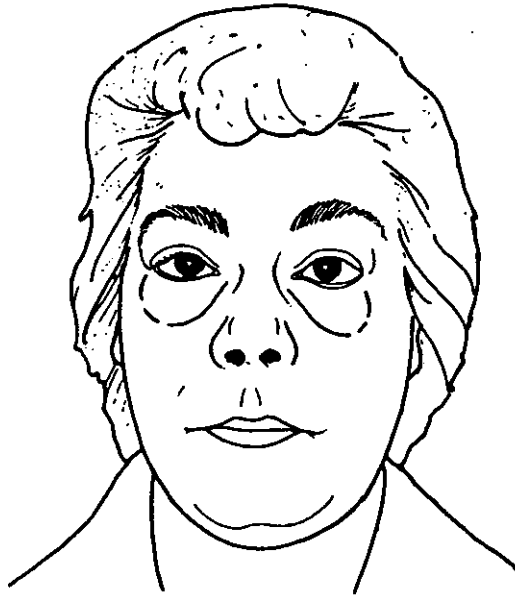


Fig.11 Ejemplo de persona con mixedema, se caracteriza por edema en los párpados y cara, cabello seco y grueso. Martínez Esneda. OPS p 118.

OBSERVACIONES DE ENFERMERIA PARA LA VALORACION DE CUELLO

CUADRO VI

AREAS A EXPLORAR	RECOMENDACIONES PARA ENFERMERIA	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 a la persona 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. Observe el punto más alto en que se percibe la pulsación venosa. Observar 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 2a. ed. Edit. Interamericana. Madrid 1992 pp.32 - 40

IMPORTANCIA PARA ENFERMERIA

La valoración del cuello se realiza mediante las técnicas de inspección y palpación. En la inspección valorará conformación de la piel, simetría, desarrollo muscular,

movimiento y presencia de masas. En la palpación, sensibilidad, cadenas ganglionares, pulso carotídeo, así como la palpación de masas y sus características.

La enfermera deberá tomar el registro de lo encontrado durante la exploración, referir a la persona en caso de encontrar anomalías 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.

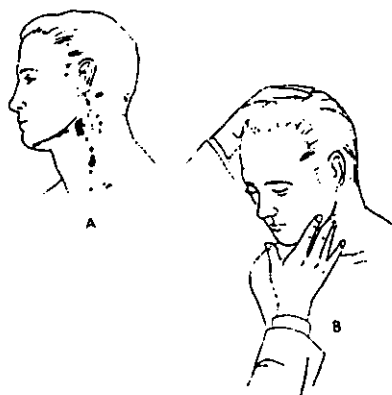


Fig.12 Localización y palpación de ganglios linfáticos.
Zuidema Richard, Physical Diagnosis. p 120

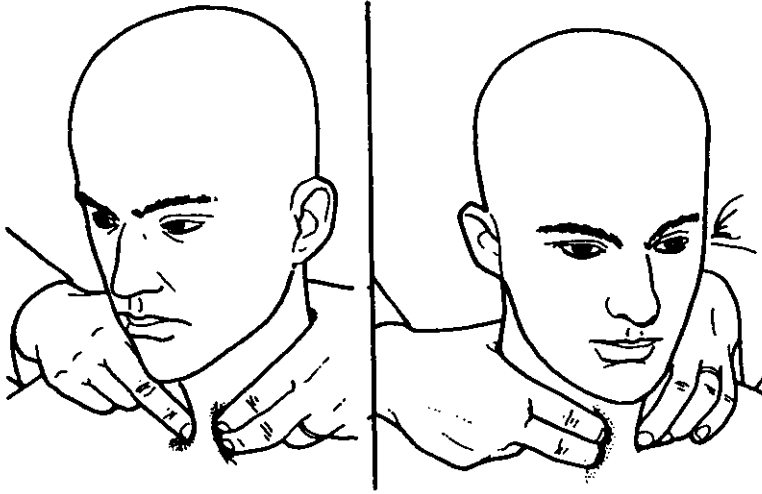


Fig.13 Palpación de glándula tiroídes con técnica posterior. Martínez Esneda, p 202

OBSERVACIONES DE ENFERMERIA PARA VALORAR PARTE SUPERIOR DE LA ESPALDA Y COSTADOS

CUADRO VII

AREAS A EXPLORAR	RECOMENDACIONES PARA ENFERMERIA	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. Pedirle a la persona 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 Medicoquirúrgica vol. I 2a. ed. Edit. Interamericana. Madrid 1992 pp. 32 - 40

IMPORTANCIA PARA ENFERMERIA

La enfermera debe recordar que las técnicas utilizadas en 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. En la

palpación se valora : temperatura, características musculares, así como la presencia de retracción e inflamación. Al percudir 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 a cabo el registro y en caso de encontrar anomalías en hígado o riñón, referirlo a la unidad que le corresponda, si se identifica presencia de dolor, la enfermera puede indicar algunas medidas para ayudar a corregir el problema, indicándole que en caso de no ceder deberá acudir al médico.

OBSERVACIONES DE ENFERMERIA PARA TORAX ANTERIOR

CUADRO VIII

	TECNICAS DE EXAMEN	ANOMALIAS
Pauta respiratoria	Observe la profundidad de la respiración. Cuenta la frecuencia Observe si se respira con esfuerzo Escuche 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 cardiacos	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 se realiza habitualmente un auto - examen de sus mamas	Salida de secreción por pezón, piel de naranja o alguna bolita

FUENTE: B.C. Long. Enfermería Medicoquirúrgica vol. I. 2a. ed. Edit. Interamericana. Madrid 1992 pp.32 - 40.

IMPORTANCIA PARA ENFERMERIA

Enfermería debe tomar en cuenta lo importante que es el examen físico de tórax, ya que dentro de éste se encuentran los pulmones y el corazón, órganos vitales para la vida. Los métodos comunes para el examen de tórax son: auscultación, palpación e inspección. La auscultación puede hacerse de forma directa o con ayuda de un estetoscopio, poniendo atención a cualquier ruido anormal que escuche en corazón o pulmones, para notificárselo a la persona y saber si está 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 cómo mantener en buen estado de salud el corazón y vías respiratorias, para no llegar así a alguna enfermedad.

ORDEN EN QUE SE DEBE EXAMINAR EL TORAX

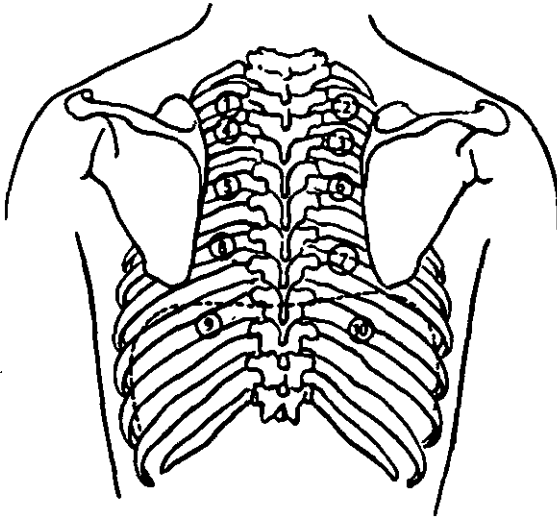


Fig.14 Secuencia que debe seguir la Enfermera para valoración de tórax.



Fig.15 Campos a explorar, para descartar enfermedad broncopulmo-pulmonar, (Kathleen "Enfermería para la salud en la comunidad, Prensa Médica Mexicana, 1987)

OBSERVACIONES DE ENFERMERIA PARA VALORAR ABDOMEN

CUADRO IX

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

FUENTE: B.C.Long. Enfermería Medicoquirúrgica vol. I. 2a. ed. Edit. Interamericana. Madrid 1992 pp. 32 - 40

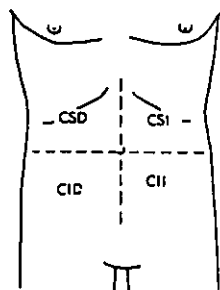
IMPORTANCIA PARA ENFERMERIA

Durante el examen físico de abdomen, se utilizan las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión. En la inspección identificará forma, simetría, volumen y características de la piel, se necesita que el área física esté bien iluminada, indicándole a la persona lo que se le va a realizar y descubriendo únicamente abdomen. Al auscultarlo evaluará los ruidos en cada uno de los cuadrantes, identificando características del

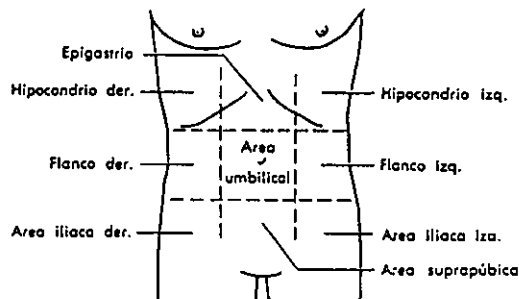
peristaltismo. Debe realizar la palpación para detectar tono, distensión, movilidad, consistencia de vísceras y presencia de dolor ; llevándolo a cabo con movimientos suaves y lentos. Buscar aumento de tamaño en hígado, iniciando la palpación profunda de la fosa iliaca derecha, hasta llegar al borde costal. Al realizar esta maniobra se le solicita a la persona que inspire y expire. Al inspirar se introducen los dedos y durante la inspiración se realizan movimientos suaves para facilitar el borde hepático, que choca con los dedos si está aumentado de tamaño. **(18)** Para la valoración del vaso, es necesario la palpación bimanual. Consiste en colocar los dedos de la mano derecha debajo del borde costal izquierdo, la cara palmar de la otra mano es colocada en el hipocóndrio izquierdo tratando de empujar la víscera.. **(19)**

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 colocar la mano que presiona en la región subcostal posterior. **(20)** Se repite la maniobra con el lado contrario.. 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 esto es positivo, presentará dolor e indica inflamación peritoneal y deberá remitirse a la unidad de salud.

1. Cuadrantes abdominales



2. Areas abdominales



Utilizando el mapa de cuadrantes, el explorador puede visualizar los órganos en cada cuadrante:

Cuadrante superior derecho (CSD)

- Hígado y vesícula biliar
- : Píloro
- Duodeno
- Cabeza del páncreas
- Glándula suprarrenal der.
- Porción del riñón der.
- Angulo hepático del colon
- Porciones del colon ascendente y transversal

Cuadrante inferior derecho (CID)

- Polo inferior del riñón der.
- Ciego y apéndice
- Porción del colon ascendente
- Vejiga (si está distendida)
- Ovario y trompa
- Útero (si está aumentado de tamaño)
- Cordón espermático der.
- Uréter der.

Cuadrante superior izquierdo (CSI)

- Lóbulo izquierdo del hígado
- Bazo
- Estómago
- Cuerpo del páncreas
- Glándula suprarrenal izq.
- Porción del riñón izq.
- Angulo esplénico del colon
- Porciones del colon transversal y descendente

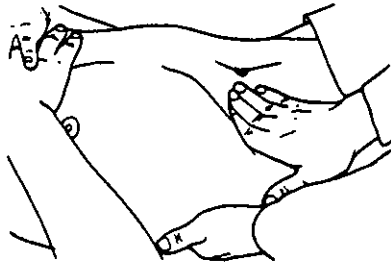
Cuadrante inferior izquierdo (CII)

- Polo inferior del riñón izq.
- Colon sigmoide
- Porción del colon descendente
- Vejiga (si está distendida)
- Ovario y trompa
- Útero (si está aumentado de tamaño)
- Cordón espermático izq.
- Uréter izquierdo

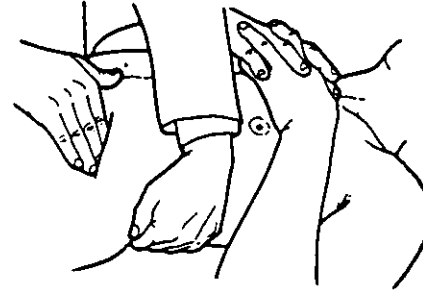
Fig. 16 Abdomen dividido en cuadrantes y áreas abdominales.

(Adaptado de DeGowin Richard L. Examen y Diagnóstico clínico. :979)

Palpación profunda
Técnica para palpar vísceras
intraabdominales



Palpación profunda
Técnica bimanual para
palpar el bazo



Palpación profunda
Técnica para palpar
riñón

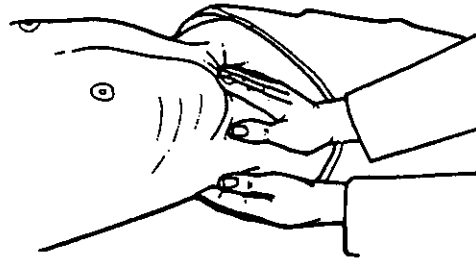


Fig.17 Técnica para localización y palpación de órganos.
Long B.C. Enfermería Médicoquirúrgica Vol I.

OBSERVACIONES DE ENFERMERIA PARA VALORACION EN PARTE INFERIOR DE LA ESPALDA

CUADRO X

AREAS A EXPLORAR	RECOMENDACIONES PARA ENFERMERIA	DATOS QUE SE OBTIENEN
Sacro y glúteos	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, 2a. ed. Edit. Interamericana. Madrid 1992. pp 32-40.

IMPORTANCIA PARA ENFERMERIA

Debe dar mucha importancia la revisión de sacro y glúteos en los recién nacidos y ancianos, ya que esta zona con facilidad se escara o se inflama por falta de movilidad o por tener delgada la piel. Se deben observar características y darle la orientación correspondiente del beneficio que tiene el estar movilizándolo constantemente a los recién nacidos, y a los ancianos, los cuales pueden enfermarse con frecuencia y necesitan estar en cama varios días.

VALORAR EXTREMIDADES
CUADRO XI

AREAS A EXPLORAR	RECOMENDACIONES PARA ENFERMERIA	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	Compruebe los pulsos radial y braquial en los brazos, los pedios y tibiales posteriores en los pies para comprobar su presencia, fuerza y simetría	El pulso disminuido puede significar mala circulación
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 haga 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. Pida a la persona que trate de levantar	Si hay disminución de la fuerza muscular de las piernas, disminuirá la capacidad de andar y aumentará el riesgo de caídas.

	la pierna contra la resistencia. Pase luego la mano por debajo de los tobillos y pida a la persona que intente bajar la pierna contra la resistencia	
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 a la persona que agarre sus dedos índice y medio, primero tire 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 opongá 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 a la persona que coloque el talón sobre 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

	espinilla opuesta y que lo mueva arriba y abajo de la 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 Pida 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 deambulacion y aumenta el riesgo de caídas

FUENTE: B.C. Long. Enfermería Medicoquirúrgico Vol. 1. 2a. ed. Edit. Interamericana. Madrid 1992 pp. 32 -40.

IMPORTANCIA PARA ENFERMERIA

Valorar las extremidades es importante porque permite la detección de deformidades o problemas que pueden pasar desapercibidos para la persona, por ejemplo: edemas, 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 detección de problemas. Debe buscar una área física bien iluminada e indicarle que realice una serie de movimientos para valorar amplitud y coordinación de movimientos, fuerza muscular, simetría de miembros, sensibilidad y postura; finalmente deberá buscar dolor en la movilización, crepitación, crujidos, limitación y anomalías de movimientos. En caso de encontrar alguna alteración, la enfermera deberá llevar algún registro para referirlo a la unidad de salud y le realicen los análisis correspondientes. En caso de dolor artrítico o edema causado por trauma la enfermera tiene la capacidad de dar las medidas asistenciales para minorar esta necesidad, también debe darle orientación de cómo ayudar a disminuir la incapacidad de movilidad en articulaciones, por medio de ejercicios.

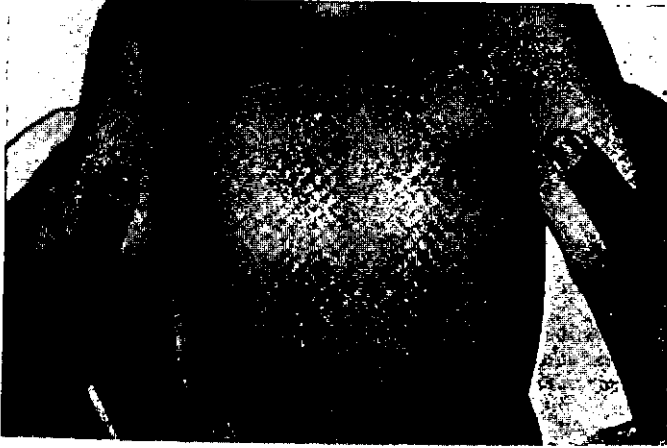


Fig.18 Los miembros superiores deben palpase
simultaneamente para compararlos. (Kathleen.
Enfermería para la salud en la comunidad. 1987)

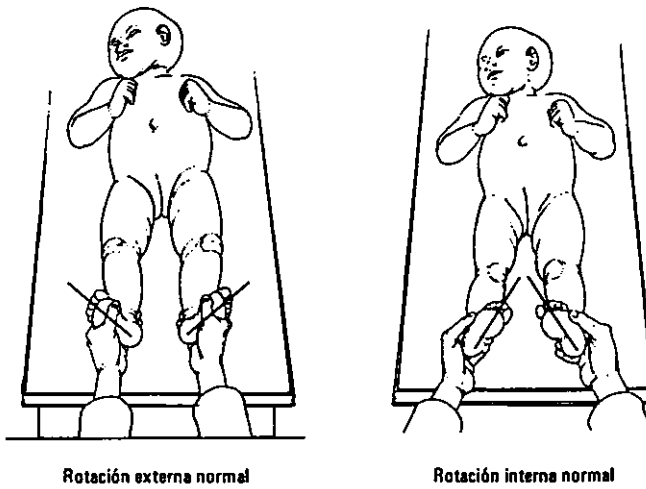


Fig.19 Valoración de extremidades por rotación de movimiento.

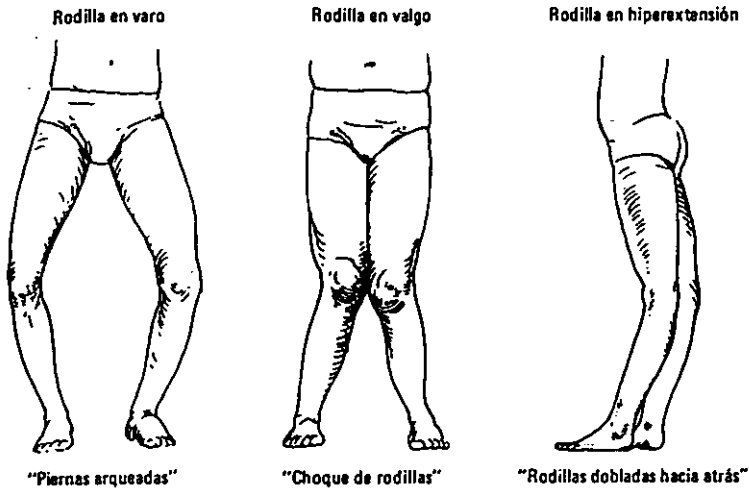


Fig.20 Tipos comunes de deformidad de la rodilla (Hoppenfield. Exploración física en columna vertebral y extremidades, Manual Moderno 1984)

CAPITULO IV

SOMATOMETRIA

SOMATOMETRIA

CONCEPTO

Es una rama de la antropología física que se ocupa de las mediciones del cuerpo humano.

Sus objetivos son valorar el crecimiento del individuo, valorar su estado de salud - enfermedad y ayudar a determinar el diagnóstico de enfermería.

PESO

El peso es la cantidad de masa corporal del individuo que varía según su edad, estado nutricional y la herencia de este, el cual se obtendrá en Kg. (21)

MECANISMO DE REGULACION DE PESO Y TALLA

Hormona del crecimiento.

La hormona del crecimiento humano (somatotropina) hacen que las células corporales crezcan. Se encuentra situada en el lóbulo anterior de la hipófisis (adenohipofisis), esta hormona es secretada por las células acidófilas de la parte distal, tiene un efecto específico en el crecimiento de los tejidos especialmente en los huesos, músculos y en las vísceras. Estimula la mitosis y el tamaño de las células, la síntesis de proteínas en los tejidos, disminuye la tasa de utilización de los carbohidratos en el músculo estriado y aumenta la movilización de la grasa almacenada, así como, el consumo de la obtención de energía. (22, 23)

FACTORES DE RIESGO

- Dieta inadecuada o deficiente
- Hereditario
- Nivel socio - económico bajo
- Analfabetismo
- Malnutrición materna
- La escasa separación entre un embarazo y el siguiente

COMPLICACIONES

- Desnutrición
- Obesidad

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Orientación sobre el adecuado hábito alimenticio durante el embarazo a la mujer
- Orientación sobre lactancia materna
- Educación nutricional por grupo de edad
- La importancia de consumir todos los grupos de alimentos conforme a la edad y al ingreso

VALORACION DE ENFERMERIA MEDIANTE LA TÉCNICA PARA LA OBTENCION DE PESO EN RECIEN NACIDOS Y LACTANTES

EQUIPO: Báscula pesa bebés
toalla de papel limpia

PREPARACION DEL EQUIPO:

Colocar una toalla de papel limpio sobre la báscula
Equilibrarla en cero

PROCEDIMIENTO

Explicarle el procedimiento a los padres

Lávese las manos antes de pesar

Poner una toalla de papel limpia sobre la báscula

Desvista por completo a los recién nacidos y lactantes, solo dejarle su pañal

Verificar que en la habitación no existan corrientes de aire

Tomar al bebé con una mano en la parte posterior del cuello a la altura de las cervicales y con la otra tomar las piernas, hablándole y tocándolo con suavidad.

Colocar al niño sobre la báscula pesa bebés

Colocar una mano por encima del niño y con la otra mover las pesas,
para la obtención del peso

Obteniendo el peso, retirarlo de la báscula y vestirlo

Deseche el papel protector utilizado y lávese las manos

Hacer las anotaciones correspondientes

NOTA : Si el menor está inquieto, esperar a que se tranquilice, pues de lo contrario, el peso será erróneo. Hacerle las indicaciones correspondientes a los padres en caso de alteración en peso.

VALORACION DE ENFERMERIA EN LA TECNICA PARA LA OBTENCION DEL PESO EN EL ADULTO

EQUIPO : Báscula

PREPARACION DEL EQUIPO :

Colocar una toalla de papel limpio sobre la báscula (opcional).
Equilibrar ésta en cero.

PROCEDIMIENTO (25)

Explicarle el procedimiento al individuo

Indicarle a la persona que se despoje de chamarras, suéteres y zapatos

Lavado de manos

Compruebe que en la habitación no existan corrientes de aire

Ayudarlo a subir a la plataforma de la báscula, con el cuerpo alineado, es decir, con los talones y las escápulas encontrados con el estadiómetro y la cabeza recta

Mover las barras de la báscula (kilogramos) hasta encontrar un equilibrio en el peso

Posteriormente retírelo de la báscula

Deseche el papel protector utilizado y lávese las manos

Hacer las anotaciones en la hoja correspondiente

ACCIONES DE ENFERMERIA

- Informarle a la madre la importancia del registro del peso del niño mes con mes, para saber si va creciendo normalmente. Si se observa algún estancamiento, comunicárselo al médico.

- Orientar sobre la técnica de alimentación materna y la importancia de ésta en el desarrollo del pequeño, ya que mucha gente ignora los nutrientes de la leche materna y su beneficio.

- Hacer hincapié sobre la importancia de tener unos buenos hábitos higiénicos y como repercutirá en su salud. Esto para evitar problemas infecciones o diarreicos.

Fórmula para la obtención de peso

Al nacer son 3.25 Kg.

3 a 12 meses $\frac{\text{Edad (meses)} + 9}{2} =$

1 a 6 años $\text{Edad (años)} \times 2 + 8 =$

7 a 12 años $\text{Edad} \times 6 + 77 =$

Se utiliza para cuantificar la cantidad de gramos de la masa corporal.

Edad	NIÑAS		NIÑOS	
	Peso mínimo	Peso máximo	Peso mínimo	Peso máximo
Al nacer	2.700	3.600	2.900	3.800
1 mes	3.400	4.500	3.600	5.000
2 meses	4.000	5.400	4.300	6.000
3 meses	4.700	6.200	5.000	6.900
4 meses	5.300	6.900	5.700	7.600
5 meses	5.800	7.500	6.300	8.200
6 meses	6.300	8.100	6.900	8.800
7 meses	6.800	8.700	7.400	9.300
8 meses	7.200	9.100	7.800	9.800
9 meses	7.600	9.600	8.200	10.200
10 meses	7.900	9.900	8.600	10.600
11 meses	8.200	10.300	8.900	10.900
1 año	8.500	10.600	9.100	11.300
y 3 meses	9.100	11.300	9.800	12.000
y 6 meses	9.700	12.000	10.300	12.700
y 9 meses	10.200	12.600	10.800	13.300
2 años	10.600	13.200	11.200	14.000
y 6 meses	11.700	14.700	12.100	15.300
3 años	12.600	16.100	13.000	16.400
y 6 meses	13.500	17.200	13.900	17.600
4 años	14.300	18.300	14.800	18.700
y 6 meses	15.000	19.400	15.700	19.900
5 años	15.600	20.300	16.400	20.900

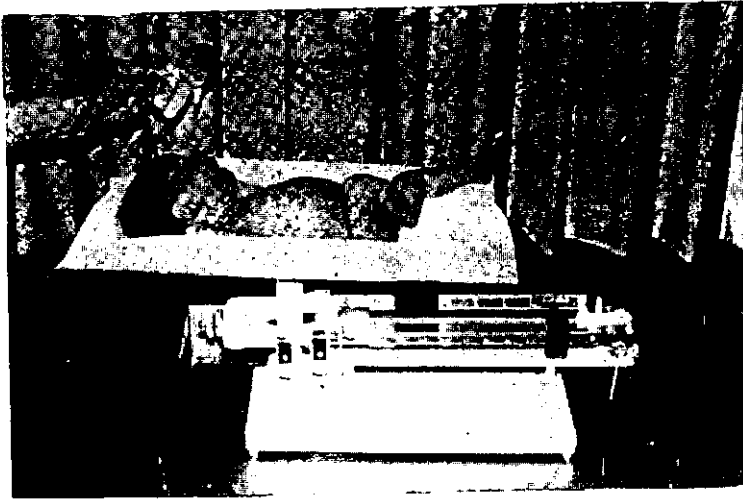


Fig.21 Sobre la báscula pesa-bebe se pretende obtener la inmovilidad del lactante. (Kathleein. Enfermería para la salud en la comunidad. Prensa Médica Mexicana. 1987)

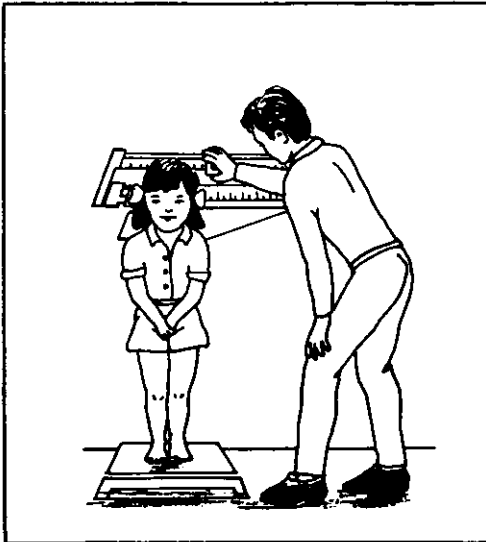


Fig. 22 En los niños que caminan el registro de peso y talla se realiza en básculas llamadas de pie, casi todas cuentan con estadiómetro. p 14

TALLA

CONCEPTO

Es la medida en centímetros de distancia existente desde la planta de los pies hasta la parte más elevada del cráneo. (26)

FACTORES DE RIESGO

- Antecedentes hereditarios
- Alimentación inadecuada
- La presencia de procesos infecciosos frecuentes
- Nivel socio - económico bajo
- Procesos parasitarios
- Hacinamiento
- Alteración en el metabolismo
- Síndrome del niño maltratado
- Alteraciones del sistema endocrino

COMPLICACIONES

- Enanismo
- Gigantismo

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Una alimentación adecuada de acuerdo a los requerimientos de cada individuo y a la actividades que realiza, dependiendo de su presupuesto.
- La asistencia periódica al control del niño sano, para detectar anomalías
- Fomentar el ejercicio
- Medir y pesar al niño periódicamente, para la detección oportuna de algún estancamiento.

VALORACION DE ENFERMERIA A TRAVES DE LA TECNICA PARA OBTENCION DE LA TALLA

EQUIPO: Báscula con barra medidora
Cinta métrica
Hoja de registro

PROCEDIMIENTO (27)

Explicar a la persona el procedimiento a realizar

Pedirle al paciente que se ponga de pie y erecto sobre la plataforma de la báscula

Colocar la rama horizontal del estadiómetro hasta tocar el vértice de la cabeza de tal manera que las dos ramas del estadiómetro formen un ángulo recto

Colocar el bebe sobre una superficie plana, alinearlos tomar la cinta métrica sujetando la punta en la cabeza y estirando los pies.

Realizar en ambos casos la lectura de la talla y bajar a la persona o dárselo a su mamá.

ACCIONES DE ENFERMERIA

- Orientar sobre una buena alimentación de acuerdo a la edad y posibilidades del individuo, con los nutrientes necesarios, la persona tendrá un óptimo crecimiento
- Fomentar la lactancia materna, por los nutrientes que ésta contiene
- Identificar factores de riesgo que afecten su crecimiento, en virtud de que la detección oportuna disminuye complicaciones a largo plazo.
- Identificación de talla baja, mediana y alta, de acuerdo a las tablas establecidas
- Vigilar que la talla y el peso estén de acuerdo a la edad, pues es reflejo de su crecimiento y desarrollo

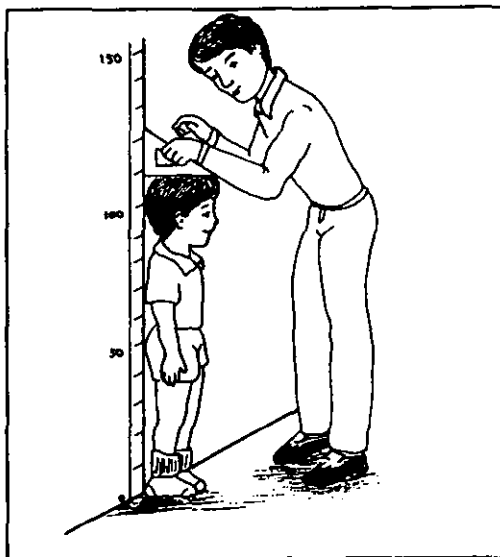


Fig-23 Técnica de obtención de talla en la comunidad, pegar una cinta métrica en la pared y con una regla obtener la estatura. Manual para el maestro, SSA 1995.p 14

PERIMETRO CEFALICO Y TORACICO

CONCEPTO

Los perímetros cefálico y torácico son indispensables saberlos en niños menores de 6 años para seguir su crecimiento y detectar tempranamente cualquier anomalía.

La cabeza fetal aumenta de tamaño mucho más rápidamente que el resto del cuerpo, en el nacimiento la cabeza tiene aproximadamente las tres cuartas partes de su tamaño, en tanto que el resto del cuerpo solo llega a la cuarta parte de su tamaño en la edad adulta. (28)

El encéfalo crece muy rápidamente en la infancia y después relativamente menos.

En el nacimiento la cabeza representa la cuarta parte de la altura del niño para los 25 años solo mide la octava parte de la estatura.

Durante los primeros meses de vida, el perímetro cefálico es mayor que el torácico antes de finalizar el primer año, son iguales y después el segundo es cada vez mayor.

FACTORES DE RIESGO

- Prematurez, su crecimiento y desarrollo es más lento, pero tiene que estar supervisado
- Desnutrición
- Distensión abdominal
- Nivel socioeconómico bajo, afectando al desarrollo normal

COMPLICACIONES

- Disfunción cerebral mínima
- Problemas de conducta
- Problemas digestivos
- Disfunciones en caja torácica
- Meningitis
- Hidrocefalia

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Buena alimentación rica en proteínas y vitaminas, para el buen funcionamiento y desarrollo de los órganos y sistemas
- Asistir a consulta del control del niño sano, para notar alteraciones en su principio
- Observar si hay presencia de distensión abdominal, esto nos indicaría alguna patología
- Observar si hay un descenso de masa muscular sin explicación, lo que indicaría problemas orgánicos y anémicos

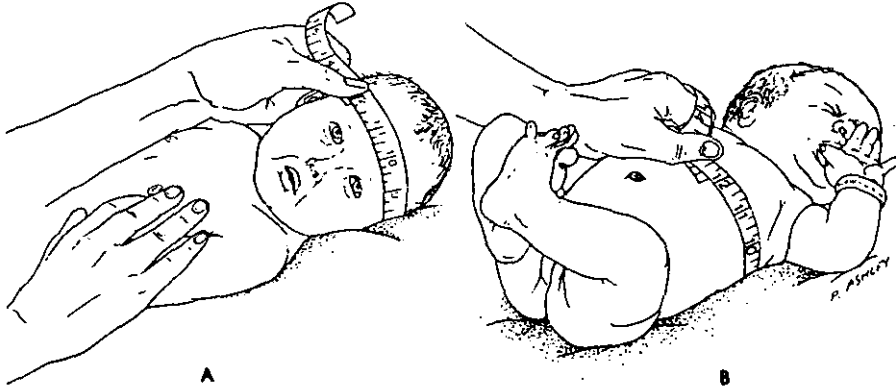


Fig. 24 A. Medición de la circunferencia cefálica. B. Medición de la circunferencia torácica.

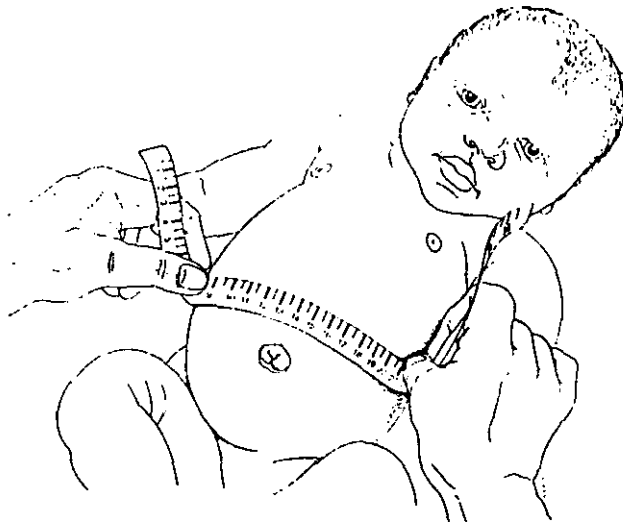


Fig. 25 Medición de la circunferencia abdominal por encima de la cicatriz umbilical. Burroughs Arlene. Enfermería materno infantil, p 396,397.

VALORACION DE ENFERMERIA EN LA TECNICA PARA OBTENCION DE PERIMETROS

EQUIPO:

- Cinta métrica
- Cinta Sindler
- Hoja de registro

PROCEDIMIENTO (29)

- La medición se efectúa en el punto de mayor anchura, un poco por arriba de las cejas y pabellón de las orejas y a la altura de la prominencia occipital de la parte posterior del cráneo
- Para medir el perímetro torácico la cinta se sitúa por delante, a la altura de la base del apéndice xifoide y por detrás abajo del ángulo inferior de la escápula haciendo la medida a la mitad de la inspiración
- Mida el perímetro braquial, en el centro del brazo izquierdo, a la mitad entre el codo y el hombro
- Inserte la punta de la cinta por la ventanilla y ajústela sobre el brazo sin apretar
- Observe el color que aparece en donde están las flechas y márkelo en la gráfica
- Anote las cifras en las hojas de registro.

INTERPRETACION:

VERDE: El niño tiene un peso adecuado para su estatura (se encuentra bien nutrido)

AMARILLO: El niño tiene un peso bajo para su edad

ROJA: El niño esta desnutrido. Es necesario que lo atiendan de inmediato

Recuerde que el buen estado de nutrición de los niños repercute en un mayor desarrollo y un mayor aprovechamiento de todas sus actividades.

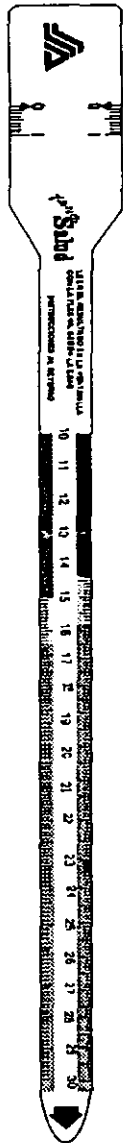
ACCIONES DE ENFERMERIA

- Realizar una buena técnica de medición de perímetros, para que la obtención sea exacta
El perímetro cefálico se obtiene pasando la cinta por la parte más prominente, para abarcar exactamente toda el área cefálica
Para medir el perímetro torácico la cinta se sitúa por delante a la altura de la base del apéndice xifoide y por detrás abajo del ángulo inferior de la escápula haciendo la medida a la mitad de la inspiración. Si se realiza cuando inspira o espira, obtenemos cifras erróneas
- Mida el perímetro braquial en el centro del brazo izquierdo a la mitad entre el codo y el hombro y observe el color que marque la cinta para apreciar el crecimiento muscular
- Orientar sobre la ablactación adecuada, para no causar alteraciones gastrointestinales y una nutrición inadecuada
- Orientación a la familia sobre la alimentación de acuerdo al grupo de edad, balanceando los nutrientes necesarios
- Verificar que el niño aumente de peso cada mes, el aumento debe ser progresivo y no detenerse
- Promoción a la lactancia materna hasta los 6 meses, para que se aproveche al máximo su beneficio
- Promoción de la estimulación temprana, para estimular desarrollo del sistema nervioso central
- Promoción del ejercicio
- Orientar a las madres de familia de la importancia que tiene la revisión periódica en el crecimiento de los niños, para la detección oportuna en crecimiento y desarrollo.

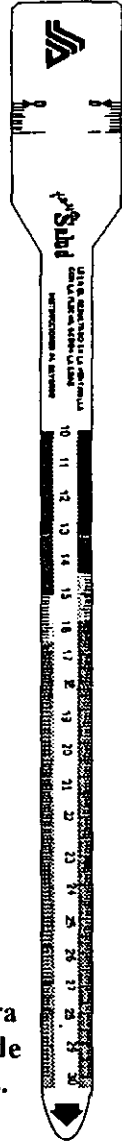
CONSERVACION DEL MATERIAL

Cinta métrica:

- Verificar que no estén borrados los números
- Enrollar adecuadamente la cinta después de utilizarla
- Observar que se encuentre completa antes de utilizarla



Nutricinta para niños y niñas de 12 a 47 meses.



Nutricinta para niños y niñas de 48 a 71 meses.

Fig.26 Ejemplo de dos nutricintas (Manual de procedimientos de la secretaría de Salud Pública.)

CAPITULO V

SIGNOS VITALES

SIGNOS VITALES

TEMPERATURA

CONCEPTO

La temperatura normal del cuerpo se mantiene por medio del equilibrio entre la producción (termogénesis) por metabolismo o actividad muscular y la pérdida del calor (termólisis) a través de la piel y pulmones; el cuerpo regula la producción y pérdida del calor. (30)

MECANISMO DE REGULACION

Una secuencia de acontecimientos entra en acción con una temperatura mayor a la normal. Las estructuras sensitivas en la piel llamadas termorreceptores reciben el estímulo (calor) y las neuronas envían este mensaje al cerebro; posteriormente llega el mensaje al hipotálamo (centro regulador de la temperatura) éste envía impulsos nerviosos a las glándulas sudoríparas lo que produce un aumento de la transpiración. (31)

“Conforme la transpiración se evapora de la superficie de la piel, se enfría y la temperatura corporal disminuye”.

Existe otro mecanismo de regulación en el flujo sanguíneo, éste es la dilatación de los vasos sanguíneos en la piel provoca la liberación de más calor.

Cuando existe una temperatura corporal menor a la normal la producción de transpiración disminuye así, los vasos sanguíneos se constriñen de tal manera que se libera menos calor; la velocidad metabólica se incrementa para producir más calor y aumentar el tono muscular por medio de escalofríos. (32)

FACTORES DE RIESGO

- Enfermedades propias de la infancia (sarampión, varicela, tosferina, diarreas infecciosas) que estimulan a termorreceptores para alterar la temperatura
- Procesos infecciosos (bacteria o virus)
- Cambios bruscos de temperatura frecuentes
- Nivel socio - económico bajo (sistema inmunológico deficiente)
- Recién nacidos, lactantes y seniles
- Inadecuada toma de la temperatura, obtenemos cifras erróneas
- Reacciones post vacunales, como mecanismo de defensa del sistema inmunológico

COMPLICACIONES

- Hipertermia (aumento de la temperatura)
- Convulsiones por arriba de los 40°C
- Hipotermia

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Vestir a los niños de acuerdo al clima, para evitar pulmonía o neumonía
- Identificación de signos y síntomas de alarma como son: sudoración excesiva, piel caliente, irritable, inquieto, enrojecimiento de mejillas, disminución del apetito y taquicardia
- Recomendar a las familias sobre incrementar el consumo de frutas cítricas para disminuir la incidencia de gripes
- Evitar exponerse y exponer a niños a cambios bruscos de temperatura
- Promover la higiene personal y de su vivienda para disminuir las incidencias de diarreas.

VALORES NORMALES DE TEMPERATURA

EDAD	TEMPERATURA (° C)
3 Meses	37.5
6 Meses	37.5
1 Año	37.5
3 Años	37.2
5 Años	37.0
7 Años	36.8
9 Años	36.7
11 Años	36.7
13 Años o más	36.6

VALORACION A TRAVES DE LA TECNICA PARA OBTENCION DE TEMPERATURA

Procedimiento que se realiza para medir el grado de calor del organismo humano; en la cavidad bucal, rectal o región axilar

EQUIPO:

- Termómetro de mercurio
- Lubricante hidrosoluble
- Pañuelos desechables ó torundas secas
- Portatermómetros con solución antiséptica

PROCEDIMIENTO (33)

- Explicar al paciente el procedimiento a realizar
- Lavado de manos
- Preparación del equipo
- Confirmar que el paciente no haya ingerido alimentos o practicado algún ejercicio en los últimos 30 minutos
- Verificar que el mercurio se encuentre por abajo de 34 ° C de la escala termométrica. En caso contrario hacer descender la columna de mercurio mediante un sacudimiento ligero.
- Colocar el bulbo del termómetro en la región:
 - * Bucal: Debajo de la lengua del paciente y orientarle para que mantenga cerrados los labios dejarlo de 3 a 5 minutos.
 - * Axilar: En la región central de la cavidad axilar, colocando el brazo y antebrazo del paciente sobre el tórax dejándolo de 3 a 5 minutos
 - * Rectal: Colocar al paciente en posición de Sims, lubricar el bulbo del termómetro en una superficie de 3 centímetros aproximadamente, visualizar el esfínter anal para introducir el termómetro de 1.5 a 2 centímetros (lactante) y de 3 a 4 cm. en adulto. Sostener el termómetro durante 2 a 3 minutos y retirarlo.
- Limpiar el termómetro con una torunda seca del cuerpo al bulbo con movimientos rotatorios.
- Hacer la lectura del termómetro y registrarla
- Sacudir el termómetro para bajar la escala del mercurio e introducirlo en solución jabonosa.
- Lavar el termómetro y colocarlo en solución antiséptica
- Valorar la medición de temperatura obtenida.

ACCIONES DE ENFERMERIA

- Enseñar a la madre como tomar la temperatura. Es indispensable porque en cualquier proceso infeccioso es manifestado por hipertermia Evitar el exceso de ropa en caso de hipertermia, pues esto aumenta la temperatura A los bebes no colocarles gorro solo en caso de frío excesivo
- Control de temperatura por medios fisicos, no usar medicamentos si no es necesario, solo cuando no disminuya. Evitar que la temperatura exceda de 39.5 ° C. Esto puede producir convulsiones, trayendo alteraciones en el sistema nervioso y que pueden ser irreversibles.

CONSERVACION DEL MATERIAL

Termómetro

- Observar que el termómetro este integro y en su estuche o portatermómetros
- Que el mercurio se encuentre en la punta, y sin marcas antes de la toma
- Después de utilizarlo limpiarlo, bajar la escala de mercurio
- Introducirlo en una solución antiséptica y colocarlo en su estuche

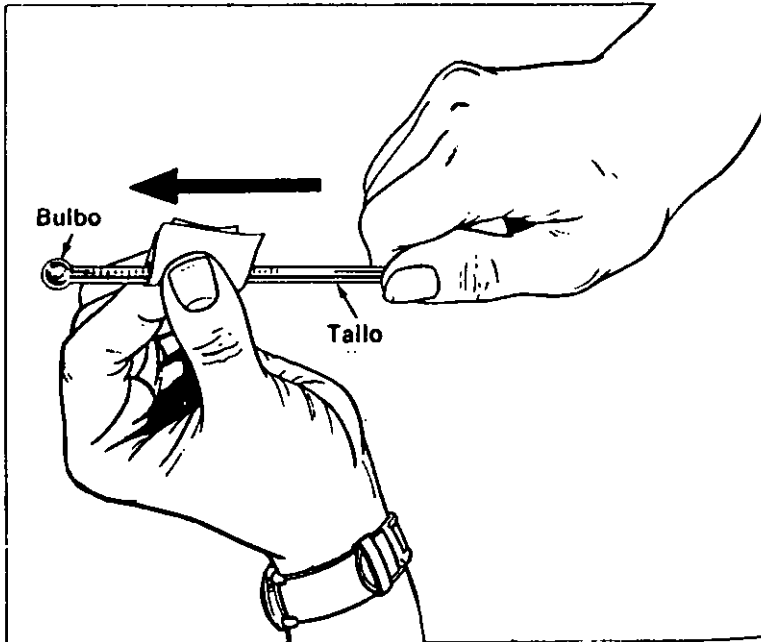


Fig.27 Técnica de la limpieza del termómetro.
(Esneda Martínez. Atención primaria a la salud,
OPS. 1990.)

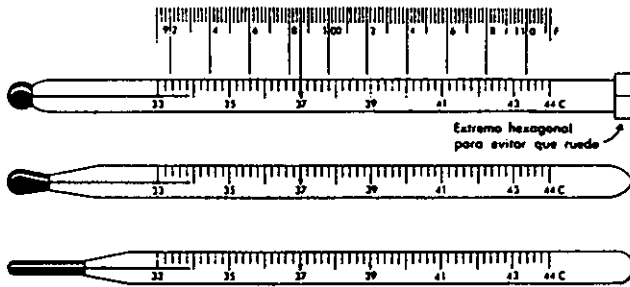


fig.28-1 Tipos de termómetros

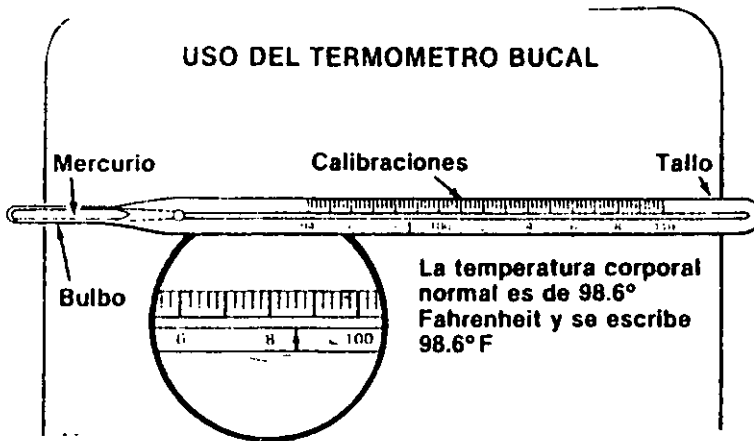


Fig.28-2 Partes que componen el termómetro (Richard, Zuidema. Método para la percusión del torax, Physical Diagnosis, Boston 1983.)

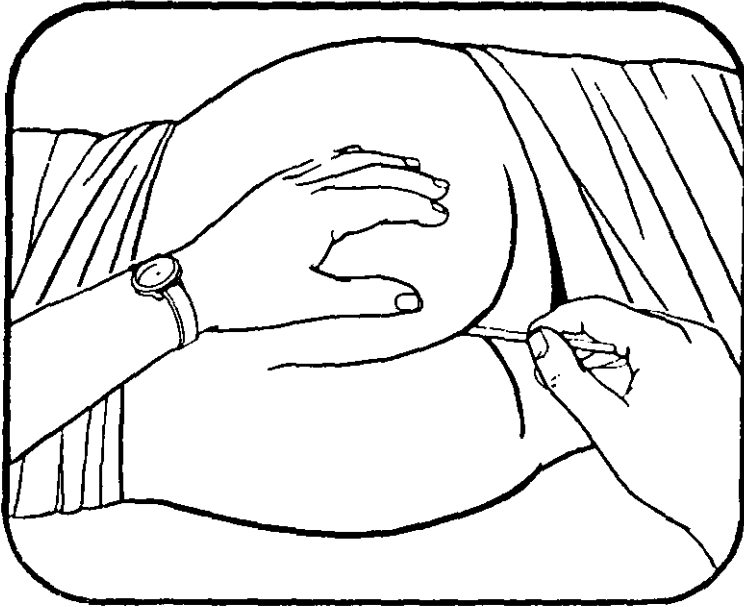


Fig.29 El termómetro de mercurio es introducido en la región anal, permaneciendo de cubito dorsal o lateral.

PULSO

CONCEPTO

La expansión y el rebote elástico alternado de las arterias con cada sístole y diástole del ventrículo izquierdo recibe el nombre de pulso.

La frecuencia del pulso es lo mismo que la frecuencia cardíaca y tiene un promedio de 70 a 90 latidos en reposo (adulto).

MECANISMO DE REGULACION

En la médula oblongada (bulbo raquídeo) hay un grupo de neuronas al que se le conoce como centro cardioacelerador. El estímulo al centro cardioacelerador hace que los impulsos nerviosos viajen y se libere noradrenalina la cual aumenta la frecuencia del latido y la fuerza de la contracción. (34)

El bulbo raquídeo también contiene un grupo de neuronas que forman el centro cardioinhibitorio, llegan al corazón por medio del nervio vago; cuando este centro se estimula los impulsos nerviosos se transmiten a lo largo de las fibras parasimpáticas liberándose acetilcolina, esto disminuye la frecuencia del latido.

El control del corazón es resultado de estimulaciones simpáticas y parasimpáticas, así como, de los estímulos.

FACTORES DE RIESGO

- Estrés, estimula al sistema nervioso poniéndolo en alerta
- Hipertermia o hipotermia
- Procesos infecciosos, manifestándose taquicardia
- Ejercicio exagerado
- Cardiopatías, altera la frecuencia, amplitud y ritmo
- Adicciones o toxicomanías, algunas drogas excitan al sistema nervioso central, mientras que otras lo deprimen
- Sedentarismo, afecta a la circulación y el pulso puede variar

COMPLICACIONES

- Taquicardia
- Bradicardia o bradisfigmia

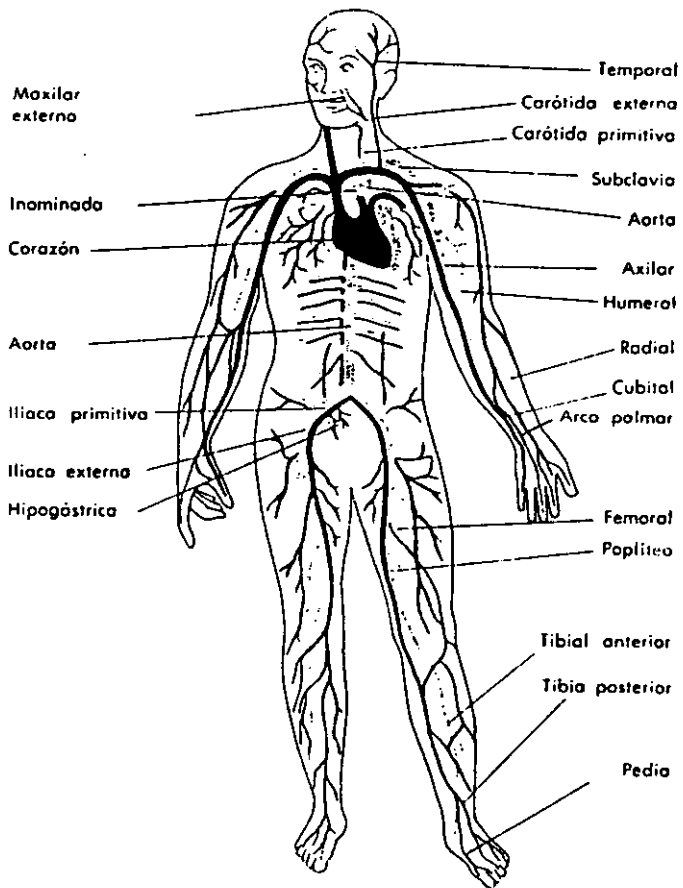


Fig.30 Esquema general de la circulación

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Tener buena dieta, dependiendo la actividad diaria que se realice
- Educar sobre el ejercicio diario, por lo menos 10 minutos
- Disminuir el consumo de sal, la acumulación en exceso del sodio causa afecciones en el ritmo cardíaco
- Orientar sobre la recreación
- Dormir mínimo 6 horas
- Orientar como manejar el stress por medio de pasatiempos
- Evitar el tabaquismo, los componentes del tabaco causan taquicardia y bradicardia

VALORES NORMALES DE PULSO

EDAD	PULSO
Neonatos	120 por minuto
1 a 11 Meses	120 por minuto
2 Años	110 por minuto
4 Años	100 por minuto
6 Años	100 por minuto
8 Años	90 por minuto
10 Años	90 por minuto
12 Años	
mujeres	90 por minuto
hombres	85 por minuto
14 Años	
mujeres	85 por minuto
hombres	80 por minuto
16 Años	
mujeres	80 por minuto
hombres	75 por minuto
18 Años o más	
mujeres	75 por minuto
hombres	70 por minuto

VALORACION DE ENFERMERIA EN LA TECNICA PARA OBTENCION DEL PULSO

EQUIPO:

Reloj con segundero
Estetoscopio
Bolígrafo
Torundas con alcohol
Hoja de registro

PROCEDIMIENTO (35)

- Explicarle al paciente el procedimiento a realizar
- Preparar el material
- Lavado de manos
- Colocar a la persona en decúbito o en posición sédente
- Asegurarse de que el paciente este cómodo y relajado
- Con los dedos índice, medio y anular, oprima con suavidad la arteria radial, a la altura de la muñeca.
- Una vez localizado el pulso cuente los latidos que hay en un minuto.
- Para el pulso apila coloque al paciente en decúbito supino
- Colocar el estetoscopio a nivel de la punta del corazón, por debajo de la teta y cuente durante 60 segundos
- Registrar la cifra obtenida en hojas correspondientes.
- Otros sitios donde se puede medir fácilmente el pulso son: en arteria dorsal del paciente, arteria femoral, arteria temporal superficial, arteria facial y arteria carótida.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Educar a la población como mantener una dieta equilibrada de acuerdo a sus actividades, procurando evitar excesos, pues esto altera las funciones de los órganos
- Motivar a la población a realizar ejercicios habituales, para ayudar al buen oxigenamiento celular
- Orientar a la población sobre el efecto del consumo excesivo de sal, en virtud de que el sodio estimula al corazón aumentando su frecuencia y condicionando la hipertensión arterial sistémica.

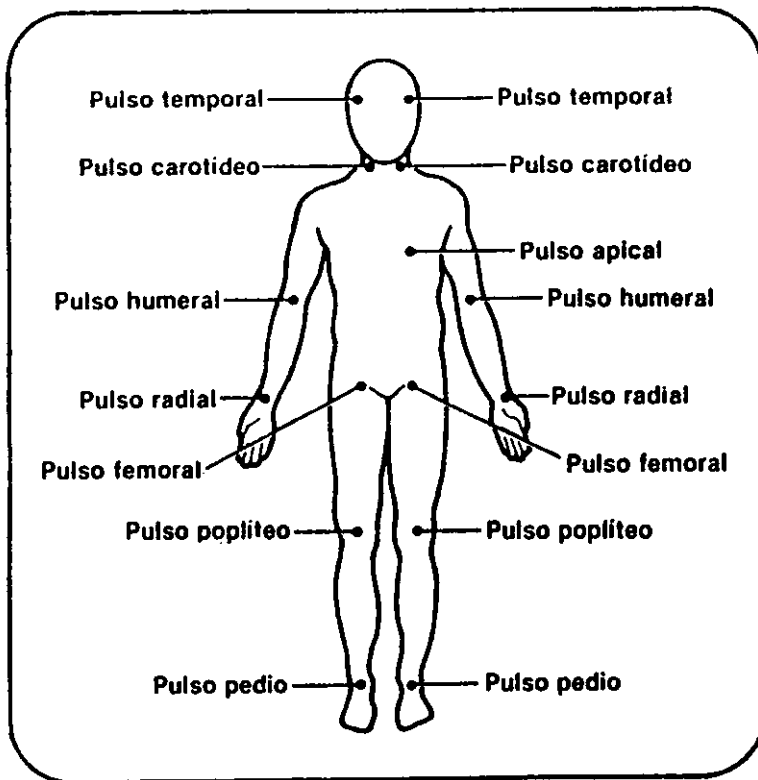


Fig.31 Zonas de localización de pulsos. Paquete Básico de servicios de salud. SSA.

RESPIRACION

CONCEPTO

El propósito de la respiración es el aporte de oxígeno a las células del cuerpo y eliminar el dióxido de carbono producido por el metabolismo celular.

La respiración se lleva a cabo mediante tres procesos:

- 1.- Ventilación pulmonar: Es el proceso por medio del cual se intercambian los gases entre la atmósfera y los alvéolos pulmonares.
- 2.- Respiración externa: Comprende el suministro externo de oxígeno; que es el paso de oxígeno de los alvéolos pulmonares a la sangre y la eliminación externa de dióxido de carbono.
- 3.- Respiración interna: Comprende el suministro interno de oxígeno de la sangre a las células de los tejidos, y eliminación interna de dióxido de carbono de los tejidos a la sangre. **(36)**

MECANISMO DE REGULACION

El centro respiratorio se localiza en la médula oblongada (bulbo raquídeo) y esta en conexión con diversas estructuras del puente, ambas formaciones participan en la regulación de la respiración.

La médula oblongada es el centro de regulación nerviosa de la profundidad y la frecuencia de la respiración. En este centro se encuentran las neuronas inspiratorias y expiratorias mezcladas entre sí. **(37)**

El centro respiratorio recibe impulsos de la corteza cerebral, de la periferia y de los centros vasomotor y cardíaco.

La acción de los músculos respiratorios modifican el tamaño del tórax. Estos músculos se contraen y relajan como resultado de la llegada de impulsos nerviosos provenientes de los centros respiratorios.

FACTORES DE RIESGO

- Malformaciones de traquea, lleva a la inadecuada oxigenación de la sangre, así como disnea
- Alergias, identificar signos de alarma: disnea, cianosis y silbilancias
- Suspender algún medicamento
- Cambios ambientales
- Edad (entre menos edad se agrava más el proceso infeccioso en las vías respiratorias)
- Nutrición (sistema inmunológico bajo)
- Contaminación atmosférica, provocando problemas respiratorios
- Tabaco, puede provocar enfisema pulmonar o cáncer de pulmón
- Traumatismo en aparato respiratorio, ocasiona disnea, apnea o inadecuada oxigenación sanguínea
- Estrés, provocando taquipnea

COMPLICACIONES

- Neumonía
- Bronquitis
- Influenza
- Sinusitis
- Faringitis
- Amigdalitis
- Bronquiolitis
- Cianosis
- Apnea
- Polipnea
- Disnea

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Evitar infecciones de vías respiratorias, si no se llega a terminar el tratamiento médico, pueden quedar secuelas de infección
- Educación para la salud sobre nutrición, consumo de vitamina C, en otoño o invierno
- Evitar o disminuir el tabaquismo

VALORES NORMALES DE RESPIRACION

EDAD	FRECUENCIA
Neonatos	35 por min.
1 - 11 Años	30 por min.
2 Años	25 por min.
4 Años	23 por min.
6 Años	21 por min.
8 Años	20 por min.
10 Años	19 por min.
12 Años	19 por min.
14 Años	18 por min.
16 Años	17 por min.
18 Años o más	16 a 18 por min.

VALORACION DE ENFERMERIA A TRAVES DE LA TECNICA PARA OBTENCION DE LA RESPIRACION

MATERIAL:

- Reloj con segundero
- Estetoscopio
- Hojas de registro
- Bolígrafo

PROCEDIMIENTO (38)

- Lavado de manos
- Preparación del equipo
- Colocar al paciente en posición sédente o decúbito dorsal
- Realizar el conteo de la respiración sin que el paciente se percate
- En niños menores de un año colocar el estetoscopio en la región torácica y escuchar características de la respiración
- Observar los movimientos respiratorios y examinar el tórax o el abdomen cuando se eleva y se deprime.
- Contar las respiraciones durante un minuto y hacer la anotación en la hoja de registro

ACCIONES DE ENFERMERIA

- Orientar sobre una buena nutrición
- Aumentar la ingesta de líquidos sobre todo que contengan vitamina C en determinadas épocas del año
- Hacer hincapié sobre la importancia que tiene la orientación a las madres sobre los efectos postvacunales, así como revisar la falta de aplicación de biológico
- Orientar a la población cómo evitar contraer enfermedades respiratorias frecuentes
- Platicar con las madres cuál es la manera adecuada para cubrir a lactantes y preescolares
- Identificación de población en riesgo, procesos infecciosos, respiratorios frecuentes, así como tosedores crónicos.

TENSIÓN ARTERIAL

CONCEPTO

Tensión arterial: cuando el corazón se contrae, la sangre es bombeada y empujada contra las paredes de las arterias, provocando que dichas paredes se expandan. La medida de la fuerza de la sangre empujada contra las paredes se conoce como presión arterial sistólica. Después de la contracción el corazón se relaja y los vasos sanguíneos regresan a su estado previo. La medida en este momento corresponde a la presión arterial diastólica. (39)

MECANISMO DE REGULACION DE LA PRESION ARTERIAL

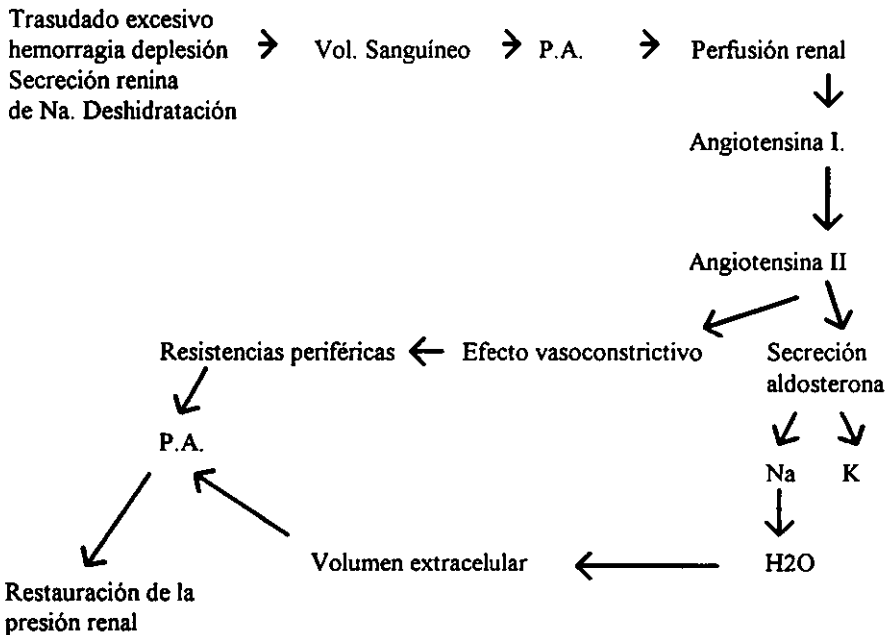
Sistema - Renina - Angiotensina - Aldosterona

La presión sanguínea es mantenida por tres factores fundamentales:

- 1.- Volumen sanguíneo
- 2.- Resistencia periférica
- 3.- Gasto cardíaco

Una disminución en el volumen sanguíneo por deshidratación deficiencia de iones de sodio o hemorragia provoca una disminución en la presión sanguínea.

La presión sanguínea baja estimula a las células yuxtaglomerulares para secretar hacia la sangre una enzima que recibe el nombre de renina, la renina convierte al angiotensinógeno, una proteína plasmática producida por el hígado, en angiotensina I. La cual entonces se convierte en angiotensina II por una enzima plasmática de los pulmones. La angiotensina II estimula a la corteza suprarrenal para producir más aldosterona. En los riñones, la aldosterona provoca aumento de la reabsorción de sodio y disminución de agua, parte de esta reabsorción se lleva a cabo de los túbulos distales y colectores en el riñón, esto conduce a un incremento en el líquido extracelular y restablecimiento de la presión sanguínea hasta valores normales, (40)



FACTORES DE RIESGO

- Edad, entre mayor edad tenga la persona, aumenta la probabilidad de desarrollar la hipertensión arterial
- Malos hábitos dietéticos
- Sexo

- Herencia
- Tabaquismo
- Hemorragias, por la pérdida del volumen sanguíneo disminuye la presión arterial
- Peso
- Hiperlipidemia
- Consumo excesivo de alcohol
- Consumo crónico de anticonceptivos orales
- Personas con presión arterial normalmente alta o baja sin control médico
- Infecciones, pueden aumentar o disminuir la presión
- Mala técnica de la toma de la presión arterial, dándonos cifras erróneas

COMPLICACIONES

HIPERTENSION: Se le llama a la presión arterial elevada mayor de 140/90 mm/Hg. La palabra "Hiper" significa mucho o demasiado y la palabra "Tensión" se refiere a la presión sobre las paredes arteriales.

Toda la población esta expuesta a padecer hipertensión.

HIPOTENSION: El término opuesto a hipertensión y por lo tanto consiste en la disminución de la presión arterial por debajo de los valores normales, menor de 100/60 mm/Hg.

Estos pueden ser transitorios, permanentes o secundarios a diversas causas fisiológicas o patológicas.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Orientar sobre el consumo de una dieta equilibrada
- Promover la ingestión de agua mínimo dos litros diarios
- Limitar consumo de sal
- Identificar signos de alarma, como son: zumbido de oídos, cefalea, vértigo, lipotimias, náuseas y estado anímico
- Evitar el consumo excesivo de grasas de origen animal principalmente
- Evitar el consumo de tabaco, alcohol y café, por los componentes que contienen
- Realizar ejercicio moderado, para la buena oxigenación y funcionamiento del aparato cardiovascular

VALORES NORMALES DE PRESION ARTERIAL

EDAD	PRESION ARTERIAL
1 Año	95 / 60 mm. Hg.
6 - 9 años	100 / 65 mm. Hg.
10 - 13 años	110 / 65 mm. Hg.
14 - 17 años	120 / 80 mm. Hg.
18 años o más	120 / 80 mm. Hg.

VALORACION DE ENFERMERIA POR MEDIO DE LA TECNICA PARA OBTENCION DE LA TENSION ARTERIAL

EQUIPO:

Esfigmomanómetro de mercurio
Estetoscopio
Hoja para registro
Bolígrafo

PROCEDIMIENTO: (41)

- Explicarle a la persona el procedimiento que se le va a realizar
- Lavado de manos
- Preparación del material
- Preguntarle a la persona si ha realizado ejercicio o haya ingerido alimentos 30 minutos antes en caso de haber ingerido alimento esperarse 30 minutos o si realice cualquier actividad física esperarse de 10 a 15 minutos y posteriormente tomar la presión
- Verificar que el baumanómetro y estetoscopio estén en buenas condiciones
- Indicarle al paciente que descanse ya sea en posición o decúbito dorsal
- Apoyar el brazo sobre una superficie firme
- Colocar el brazalete alrededor del brazo izquierdo a 2.5 centímetros por encima de la articulación.
- Localizar la pulsación de la arteria con la yema de los dedos medio e índice y colocar el estetoscopio en el lugar de la pulsación
- Realizar la acción de bombeo con la perilla hasta 200 mm/Hg
- Aflojar cuidadosamente tornillo de la perilla y dejar que el aire escape lentamente y escuchar con atención el primer latido claro y rítmico, observar la escala de mercurio y hacer la lectura (cifra sistólica)

- Mantener la vista fija en la columna del mercurio, realizar la lectura cuando las pulsaciones ya no se escuchan (cifra diastólica)
- Abrir completamente la válvula dejando escapar todo el aire del brazalete y retirarlo
- En la hoja de registro correspondiente anotar la cifra obtenida
- Si hay duda el mismo procedimiento en el brazo derecho.

ACCIONES DE ENFERMERIA

- Tener una buena técnica para la obtención de la presión arterial
- Hacer conciencia en la población mayor de 40 años, la importancia que tiene chequearse la presión arterial
- Orientar a la población sobre las consecuencias que trae el consumo excesivo de tabaco, alcohol y café
- Orientar a la población de las complicaciones que producen las grasas de origen animal, sal y no tener una dieta adecuada
- Detectar a los probables hipertensos para canalizarlos a la institución de salud correspondiente
- Concientizar a los hipertensos el por qué es importante llevar su tratamiento adecuadamente y ser constante en sus citas
- Orientar a la población los signos y síntomas de la hipertensión o hipotensión, historia natural de la enfermedad, así como sus complicaciones

CONSERVACION DEL MATERIAL

Estetoscopio

- Verificar que la cápsula, olivas y manguerillas estén en buenas condiciones

Baumanómetro

- Después de un uso prolongado, el óxido de mercurio podría manchar la pared interior del tubo de vidrio, esto afectaría a la lectura clara. Para la limpieza cierre el depósito de mercurio, girar el tornillo superior del tubo de vidrio hacia afuera y quitar el tubo de vidrio, después limpiar el tubo de vidrio con un limpiador con un pedazo de algodón o una gasa
- Al guardarlo como al utilizarlo debe colocarse en un lugar seguro para evitar caídas, y en todo momento evite golpearlo.
- Al utilizarlo unir las mangueras verificando que estén perfectamente ensambladas para evitar fuga de aire. Al terminar la jornada desensamblarlas y guardarlas con cuidado.

- Al guardarlo colocar la válvula de aire dentro del brazaletes al igual que la manguera y doblar cuidadosamente el brazaletes, cuidando al cerrar el estuche de no dañar ni el tubo de vidrio ni el deposito de mercurio.
- No forzarlo nunca al cerrarlo, verificar cual es la causa por la que no cierra para evitar dañar el tubo, el deposito de mercurio o el seguro.

ESFIGMOMANOMETRO DE MERCURIO

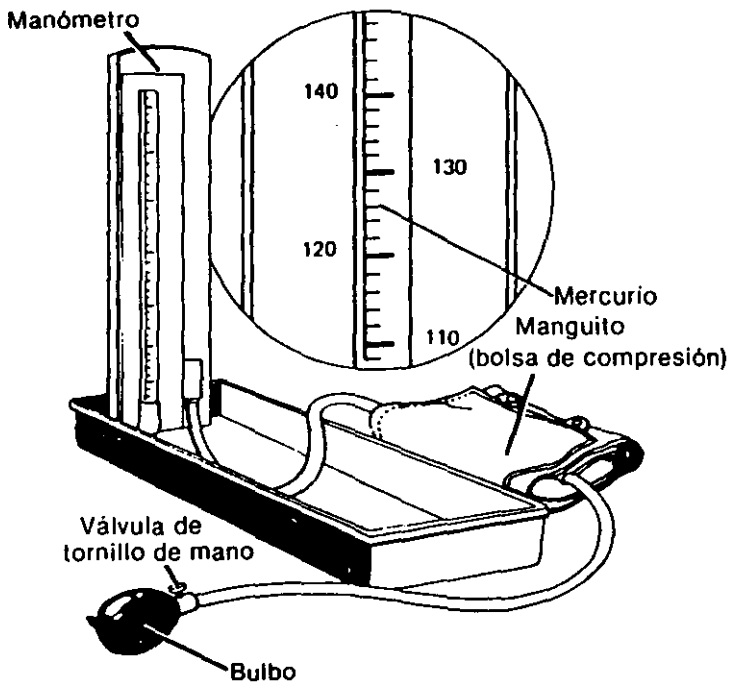


Fig.32 Partes que constituyen el esfigmomanómetro de mercurio. Instructivo marca Lexicon

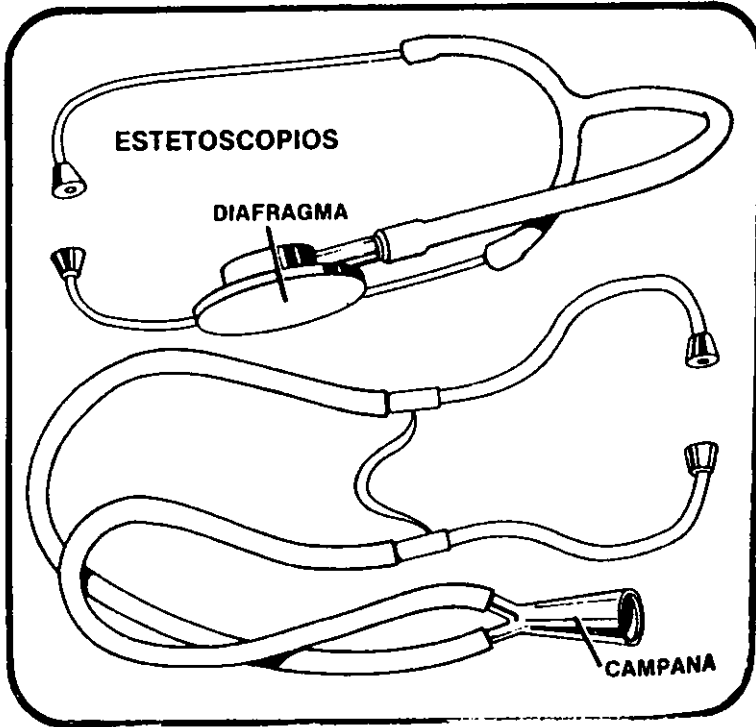


Fig.33 Tipos de estetoscópios
(Manual de procedimientos de la SSA)

CAPITULO VI

IDENTIFICACION DE PIE PLANO

IDENTIFICACION DE PIE PLANO

CONCEPTO DE PIE

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

ANATOMIA Y FISIOLOGIA

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

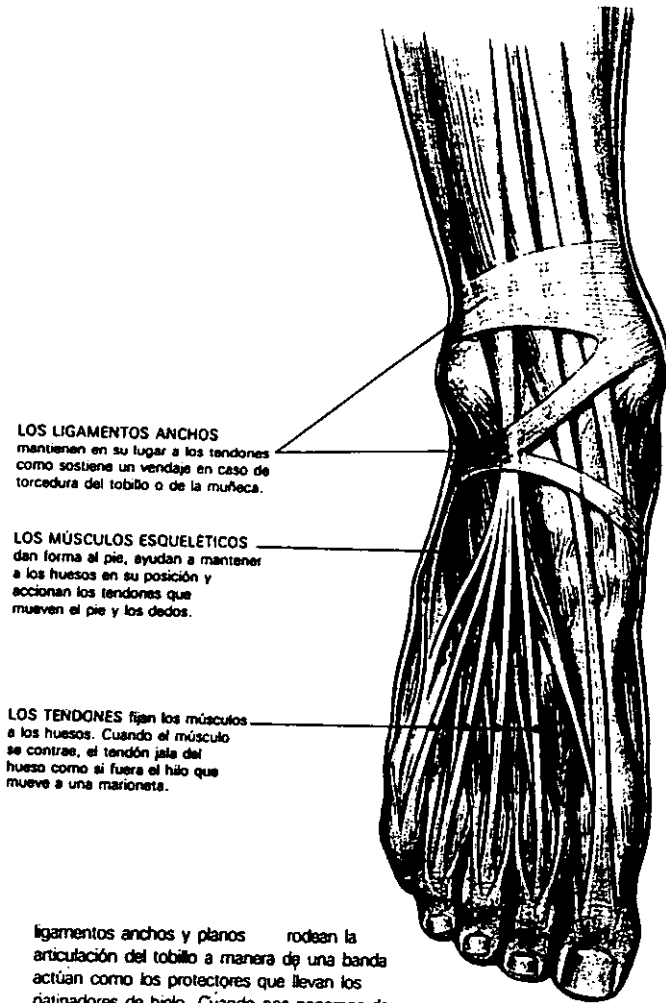
- 1.- Tarso: Compuesto por 7 huesos en dos filas, la posterior esta formada por el calcáneo sobre el cual se halla el astrágalo que se articula superiormente en los huesos de la pierna. La fila anterior comprende 5 huesos de menor tamaño el cuboide, y las tres cuñas.
- 2.- Metatarso: (Parte media del 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).(42)

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.

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.



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 MÚSCULOS 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.

ligamentos anchos y planos rodean la articulación del tobillo a manera de una banda actúan 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 del metatarso, y el arco que forman atenúa el impacto y hace que rebote por eso resulta tan fácil caminar.

Fig.34 Shires B. Medicina Familiar. p 181

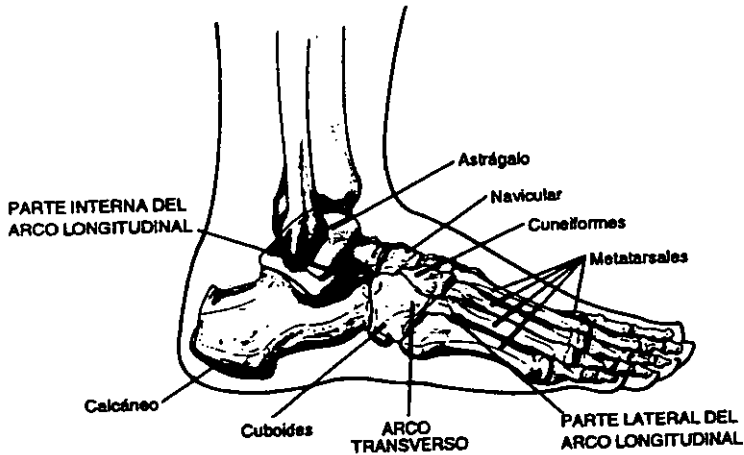


Fig. 35 Arcos del pie derecho en una vista lateral.

Tortora Gerard, Principios de Anatomía y Fisiología. p 233

Al correr apoyamos todo el cuerpo sobre un pie, el impacto pasa de la tibia al astrágalo que forma la articulación del tobillo, de ahí el peso se distribuye hacia adelante a los tarsos y metatarsos, hacia atrás al calcáneo o hueso del talón. Los arcos del pie constituyen una especie de resorte que amortigua la fuerza del golpe.

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. (43)

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.

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.

VALORACION DE ENFERMERIA PARA LA IDENTIFICACION 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. (44)

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 deambulación o con mayor frecuencia en la adolescencia.

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

La afección 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.

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 adem1s de hacer que la persona camine un poco descordinada causa intensos dolores. Al principio los dolores provienen de los m1sculos y ligamentos que se van distendiendo, pero m1s tarde son los huesos que duelen al dar el paso.

Para corregir el defecto durante la fase inicial puede utilizarse la colocaci3n 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 deformaci3n esquel3tica es irreversible se requiere una intervenci3n quir1rgica especial, que consiste en la reconstrucci3n total de la bóveda plantar totalmente aplanada. (45)

FACTORES DE RIESGO

- Herencia, si los padres tuvieron pie plano, es probable que sus hijos lo hereden
- Calzado inadecuado
- Uso excesivo de tenis, ya que favorece el desarrollo de pie plano
- Falta de ejercicio, 3ste favorece a la elevaci3n del arco plantar
- Obesidad, durante la infancia, favorece el desarrollo del pie plano

COMPLICACIONES

- Lumbalgias
- Artralgias
- Incapacidad para la deambulaci3n
- Trastorno de la est1tica vertebral



Fig.36 Anatomía del arco longitudinal caído o pie plano, las personas con pie plano pueden desarrollar dolor cuando caminan sobre suelo desigual. Hoppenfield, Exploración física de la columna y las extremidades. p 241

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Adquirir la costumbre de caminar erguidos, para beneficio de la columna vertebral
- El uso de zapatos de la medida correcta, para identificación de cualquier problema en pies
- Sentarse y pararse derechos
- Marchar con las puntas de los pies y luego sobre los talones, esto favorece el descanso de toda la estructura del pie
- Caminar sobre la parte externa de los pies y luego con la interna
- Ponerse en cuclillas con los pies totalmente apoyados en el piso
- La práctica de deportes dos veces por semana
- Observar al niño que camina; la forma y características de su marcha, así como la formación del arco plantar. Durante la infancia el tratamiento es más corto y fácil de corregir que durante la edad adulta

TECNICA PARA LA IDENTIFICACION DEL 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 (45)

- 1.- Preparación del material y equipo
- 2.- Explicarle a la persona lo que se va a realizar y la importancia de este examen para su salud.
- 3.- Anotar el nombre de la persona en cada hoja blanca a utilizar para identificación de la plantilla
- 4.- Indicar a la persona 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.- Pida 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 indique que limpie su pie con la tela limpia o bien con una toalla desechable.
- 9.- Proceda 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.

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.

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, ya que el arco es el resorte de la caída del peso en los pies
 - 2.-Cojear o caminar con las puntas de los pies hacia adentro o exageradamente hacia fuera
 - 3.- Observar si tiene alguna desviación no común en el tronco del cuerpo
 - 4.- Deforma el talón de su zapato o gasta más la parte interna o externa del talón
 - 5.- Si se presenta más de un signo o síntoma acudir al ortopedista
- 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
 - 2.- La punta debe ser ancha que permita extender los dedos en abanico
 - 3.- Ancho, flexible y cómodo en su conjunto
 - 4.- La suela debe ser elástica

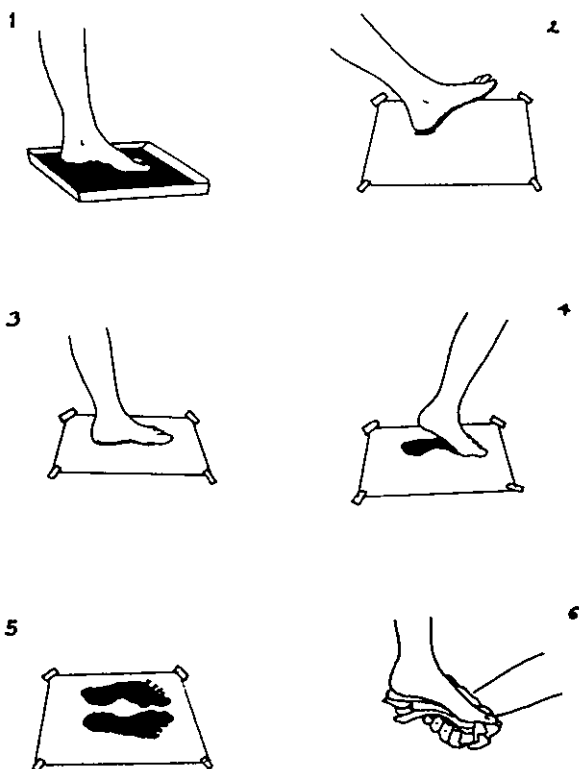


Fig.37 Técnica de utilización de plantoscopio. 1. Colocar un pie sobre la tinta, 2. Indicarle que pise sobre la hoja blanca pegada previamente al piso comenzando por el talón y finalizando con los dedos sin moverse, 3-4. Indicarle al niño que pise normalmente para marcar el pie 5. seguir el mismo procedimiento en el otro pie sobre la misma hoja para observar las dos plantillas y poderlas comparar, 6. Con toallas desechables absorbentes limpiar la planta de los pies. La hoja blanca debe llevar escrito fecha, nombre y edad de la persona examinada.
Manual del maestro, SSA. p 33

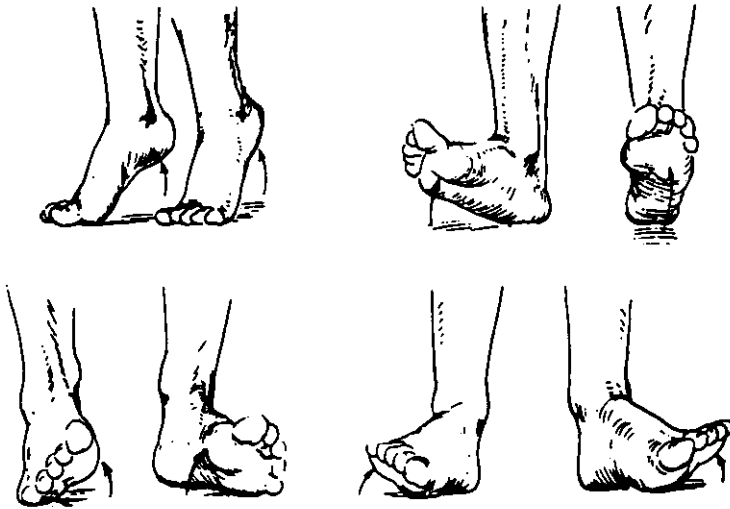


Fig.38 Pruebas para explorar los arcos de movilidad del tobillo y son beneficios para el arco del pie.



Fig.39 Identificación del pie plano, sobre una base firme y horizontal. (Hoppenfield. Exploración física de la columna y las extremidades. 1984)

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

El personal de enfermería en primer nivel, tiene un amplio campo de trabajo en donde se puede desarrollar como profesional, realizando procesos de investigación para dar alternativas de solución a los problemas sanitarios existentes, dando orientación a la familia sobre los factores que están dañando su salud y concientizarlos sobre las complicaciones que le puede traer y cómo evitarlo.

El Licenciado en Enfermería y Obstetricia tiene un desarrollo profesional en el primer nivel de atención a la salud, cambiando poco a poco el estereotipo de enfermera vacunadora como única actividad de campo.

La comunidad tiene necesidad de todo tipo de profesionales, pero en su mayor proporción del personal de enfermería comprometido en su trabajo; que se identifique con las necesidades de la población y cumpla con su objetivo de orientar y promover la salud, evaluando nuestros resultados mediante el estado de salud de nuestra población.

Durante la visita domiciliaria, la enfermera debe sacar todos sus conocimientos para poder ayudar a las necesidades que tiene la comunidad mediante la observación y la valoración. Solo así pondremos en alto el quehacer de enfermería comunitaria y nos podremos identificar cada vez más con nuestra profesión.

GLOSARIO

Ablactación: Destete de un niño o cese de la producción de secreción láctea

Apnea: Suspensión de la respiración

Arritmia sinusal: Frecuencia irregular del pulso que disminuye en la espiración y aumenta en la inspiración.

Arritmia: Pulso irregular

Ascitis: Derrame y acumulación de líquido seroso en la cavidad abdominal

Atelectasia: Expansión incompleta del pulmón o de una parte del pulmón que ocurre de manera congénita como estado primario o secundario, o como enfermedad adquirida

Autocuidado: Es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar.

Atención primaria a la salud: Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundados y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas.

Bradycardia: Lentitud del latido cardiaco que se manifiesta por disminución de la frecuencia del pulso a menos de 60

Bradipnea: Ritmo respiratorio lento o menor al normal

Cerumen (cerilla): Secreción cerea que se advierte en el conducto auditivo externo

Cianosis: Coloración azulada anómala, aplicada especialmente a esta alteración en la piel y las mucosas debido a una concentración excesiva de hemoglobina reducida en la sangre

Comunidad: Convivencia próxima y duradera de determinado número de individuos en constante interacción los sujetos que viven en una comunidad coordinan sus diferentes actividades configurando estructuras sociales para satisfacer sus necesidades.

Conjuntivitis: Inflamación de la conjuntiva.

Convergencia: La inclinación coordinada de las dos líneas de vista hacia su punto común de fijación o el punto de fijación.

Crecimiento: Proceso normal de incremento del tamaño de un organismo, como resultado de acreción de tejido semejante al presente originalmente.

Dieta: Ración acostumbrada de alimentos y bebidas, tomada por una persona diariamente; en particular, la especialmente planeada para satisfacer necesidades específicas del individuo y que incluye o excluye algunos alimentos.

Diástole: Dilatación o fase de dilatación del corazón en especial la de los ventrículos; coincide con el intervalo entre el segundo y primero ruidos cardíacos

Diferencia del pulso: Diferencia que existe entre el ritmo de los pulsos apila y radial

Disnea: Respiración dificultosa o sensación de falta de aire

Diplopía: Percepción de dos imágenes de un solo objeto

Esfigmomanómetro: Instrumento para mediar la presión que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias.

Espiración: Es el acto de expulsar el aire de los pulmones

Estetoscopio: Instrumento que transmite sonidos y ruidos corporales hasta el oído del examinador

Fiebre: Temperatura mayor de lo normal

Frecuencia del Pulso Radial : Frecuencia del pulso que se mide al colocar las yemas de los dedos en la arteria radial, a nivel de la muñeca

Hipertensión: Presión arterial anormalmente alta

Hipotensión: Presión arterial anormalmente baja

Hipotermia: Temperatura que está por debajo de la normal

Hipoxia: Bajo contenido de oxígeno en la sangre

Inflamación: Reacción orgánica curativa que se establece en torno de un cuerpo extraño, generalmente microbiano, caracterizada por enrojecimiento, calor, tumefacción y dolor

Inspiración : Es el ingreso de aire a los pulmones

Lagrimo: Secreción excesiva de lágrimas

Lateral: Que denota una posición más próxima al costado o flanco que al plano medial del cuerpo o de una estructura.

Linfá: Líquido transparente y ligeramente amarillo, de reacción alcalina que se encuentra en los vasos linfáticos y se deriva de los líquidos tisulares.

Meningitis: Inflamación de las meninges

Metabolismo: Suma de los procesos físicos y químicos por medio de los cuales se produce y conserva la sustancia viva organizada; también transformación por medio de la cual queda energía disponible para que la emplee el organismo.

Mitosis: Método de división indirecta de una célula que consta de un complejo de varios procesos, por medio del cual los dos núcleos derivados reciben normalmente complementos idénticos del número de cromosomas característicos de las células somáticas de la especie.

Noradrenalina (norepinefrina): Una de las catecolaminas naturales que es el principal neurotransmisor de las neuronas adrenérgicas, tienen actividad adrenérgica alfa principalmente, pero algo de actividad adrenérgica beta. También es secretada por la médula suprarrenal como reacción al estímulo esplácnico y se almacena en los gránulos cromatines; se libera en especial como respuesta a la hipotensión.

Obesidad: Aumento del peso corporal más allá del límite de las necesidades esqueléticas y físicas, como resultado de acumulación excesiva de grasa en el cuerpo.

Occipucio: Parte posterior de la cabeza.

Oftalmoscopio: Instrumento que contiene un espejo perforado y lentes, que se emplea para examinar el fondo del ojo

Ortopnea: Respiración difícil, excepto en posición erguida.

Perilinfá: Líquido contenido dentro del espacio que separa a los laberintos óseo y membranoso; está totalmente separado de la endolinfa.

Posición anatómica: Es la postura convencional y universalmente aceptada para estudiar la anatomía; considera al individuo de pie, frente al observador, con la cabeza erguida, la vista al frente, los miembros superiores pendientes y próximos al tronco, las palmas de las manos hacia el frente, los miembros inferiores juntos y los dedos gordos de los pies paralelos.

Posterior: Situado en el dorso o en la parte dorsal de una estructura; término empleado en nomenclatura anatómica para referirse al dorso o a la superficie dorsal del cuerpo.

Postero - anterior: Desde atrás hacia adelante o desde la superficie posterior hacia la superficie anterior.

Retracción: Acción de tirar hacia atrás, estado producido por este fenómeno.

Salud: Es el estado de bienestar óptimo, físico, mental y social y no sencillamente la ausencia de enfermedad.

Salud pública: comprende los conocimientos y técnicas médicas y de otras disciplinas para la conservación, restauración y mejoramiento de la salud colectiva.

Sanitas : Toallas de papel absorbente, regularmente desechables.

Sensibilidad: Estado o cualidad de ser sensible; se emplea a menudo para indicar un estado de respuesta anormal frente a los estímulos o de responder de forma rápida o aguda.

Sibilancia : Respiraciones ruidosas con ruido sibilante o silbante

Signo: Indicación de la existencia de algo, prueba objetiva de enfermedad.

Signos Vitales : Medición de temperatura, pulso, frecuencia respiratoria y presión arterial

Síntoma: Dato subjetivo de enfermedad o situación del paciente.

Taquicardia: Rapidez excesiva en la actividad cardíaca; el término suele aplicarse a una frecuencia cardíaca mayor de 100 por minuto

Taquipnea : Frecuencia respiratoria muy rápida, mayor a la normal, sinónimo de polipnea.

Temperatura Axilar : Medición del calor corporal, al colocar un termómetro en la región axilar

Temperatura Bucal : Medición del calor corporal, al colocar un termómetro en la boca del paciente, debajo de la lengua

Temperatura Rectal : Medición de la temperatura corporal, al colocar el termómetro en el recto.

Temperatura Remitente : Temperatura fluctuante por arriba de lo normal

Termómetro : Instrumento utilizado para medir la temperatura corporal

Vértigo: Ilusión de movimientos; sensación de que el mundo externo está girando alrededor del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Paquete básico de servicios de salud pública, Instituto de servicios de salud pública del Distrito Federal. p. 15
2. Leahy Kathleen. Enfermería para la salud de la comunidad p. 197
3. Paquete básico de servicios de salud ob.cit. p. 16
4. Ibidem. p. 16
5. Ibidem. p. 19
6. Hanah Marcia DSM. Educación sanitaria del paciente y su familia. p. 3
7. López Luna María Concepción. Enfermería sanitaria. p. 44
8. Ibidem. p. 46
9. Ibidem. pp. 46 - 47
10. Martínez G. Esneda Lerma G. Julia. Atención primaria a la salud, valoración del estado de salud. pp. 50 - 52
11. Ibidem. p. 53
12. Leahy Kathleen. ob. cit. p. 40
13. Martínez y Martínez R. Federación de pediatría Centro Occidente de México. p. 87
14. Martínez G. Esneda. ob. cit. p. 81
15. Ibidem. pp. 86 - 87
16. Ibidem. pp. 83 - 84
17. Ibidem. pp. 89,91
18. Ibidem. p. 273
19. Ibidem. p. 274

20. Ibidem. pp. 274 - 275
21. Kosier Bárbara et. al. Enfermería fundamental conceptos, procesos y prácticas p. 108
22. Tortora, Gerard. Principios de Anatomía y Fisiología. p. 613
23. Kimber, Gray. Manual de Anatomía y Fisiología. pp. 656 - 678
24. Burroughs Arlene. Enfermería Materno Infantil de Bleier pp. 414 - 415
25. Hamilton H. K. Procedimientos de Enfermería. pp. 23 - 25
26. Reyes Gómez Eva. Atología proceso Salud - Enfermedad en el niño y Enfermería del niño. p. 56
27. Whaley, Lucille F. Tratado de Enfermería Pediátrica. pp. 88 - 89
28. Reyes Gómez Eva ob. cit. p. 60
29. Whaley, Lucille F. ob. cit. p. 90
30. Hamilton Helen Klusek. ob. cit. p. 8
31. Tortora J. Gerard. ob. cit. p. 1019
32. Guyton Arthur. Tratado de Fisiología Médica. p. 881
33. Hamilton H. K. ob. cit. p. 9 - 11
34. Tortora J. Gerard. ob. cit. p. 757
35. Hamilton H. K. ob. cit. pp. 13 - 14
36. Tortora J. Gerard. ob. cit. p. 1108
37. Kimber, Gray. ob. cit. pp. 517 - 522
38. Hamilton H. K. ob. cit. p. 18
39. Tortora J. Gerard ob. cit. p. 857

40. Ibidem. p 888

41. Hamilton H. K. ob. cit. p. 22

42. Kimber, Gray ob. cit. pp. 140 - 141

43. Tortora J. Gerard. ob. cit. p. 233

44. Zamudio Leonardo. Breviario de Ortopedia y Traumatología. p. 262

45. Secretaria de Salud Publica. Manual del maestro. pp. 31 - 32

BIBLIOGRAFIA

1.-BALDERAS Pacheco, Maria de la Luz
Administración de los servicios de enfermería
2ª ed. Ed. Interamericana MC. GRAW HILL,
México 1988, 257 p.

2.-BURROUGHS Arlene
Enfermería Materno Infantil de Bleier
6a. ed. Ed. Interamericana, MC GRAW HILL
México 1987, 542 p.

3.- FUERTS Elinor y Wolff Luverne
Principios Fundamentales de Enfermería
13a. ed. Ed. La Prensa Médica Mexicana
México 1989, 543 p.

4.- GOUST. F.
Guía de la salud
Edit. Daimon Mexicana S.A.
México 1992, 539 p.

5.- GUYTON Arthur
Tratado de fisiología médica
7a.ed. Ed. Interamericana
México 1986, 1159 p.

6.- HAMILTON, H. K.
Procedimientos de enfermería
Edit. Interamericacna
México 1993, 907 p.

7.- HANAK Marcia DSM. MA

Educación sanitaria del paciente y su familia

2a.ed. Ed. Ediciones Dogma

Barcelona 1988, 987 p.

8.- HOPPENFIELD, Stanley

Exploración física de columna vertebral
y las extremidades.

Ed. Manual moderno,

México 1987, 538 p.

9.- INSTITUTO de servicios de salud del Distrito Federal.

Paquete básico de servicios de salud del Distrito Federal

México 1996,250 p.

10.- INSTRUCTIVO del Esfigmomanómetro.

Marca Lexicon Limited

Equipos médicos del pacifico S. A. de C.V.

11.- KIMBER, Gray

Manual de anatomía y fisiología

2ª ed. Ed. Prensa Médica,

México 1992, 842 p.

12.- KOSIER, Barbara RN, et. al,

Enfermería fundamental, conceptos, proceso y prácticas

tomo II , 4a. ed. Ed. Interamericana,

México 1993, 1597 p

13.- LEAHY Kathleen Ms

Enfermería para la salud de la comunidad

Ed. Prensa médica Mexicana,

México 1987, 590 p.

14.- LONG B. C.

Enfermería Medicoquirúrgica Vol. I

2a ed. Ed. Interamericana

México 1992. 1062 p.

15.- LOPEZ Luna Ma. Concepción

Enfermería sanitaria

Ed. Interamericana

México 1987 , 237 p.

16.- LULLOUGH Bonnie

Atención médica de primer nivel

2a. ed. Ed.. Prensa médica mexicana

México 1985, 536 p.

17.- MARTÍNEZ G. Esneda, Lerma G. Julia

Atención Primaria a la Salud, Valoración del Estado de Salud

Ed. Organización Panamericana de la Salud,

Washington 1990 , 466 p.

18.- MARTINEZ R. y Martinez

Federación de pediatría Centro - Occidente de México

2ª ed. Ed. Salvat México.

México 1989 ,360 p.

19.- ORGANIZACION Panamericana De La Salud

Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno - infanti

México 1987 , 265 p.

20.- PEARCE Evelyn Traduc, María Victoria C.

Manual de enfermería

Ed. Jims,

Barcelona 1988 , 883 p.

21.- REYES Gómez Eva,
Antología proceso salud enfermedad en el niño y enfermería del niño
Ed. ENEO - UNAM,
México 1994 , 89 p.

22.- RUIZ Lara R ; G.A. Poli,
Nuevo diccionario médico
Ed. Planeta Agostine tomo I Y II
España 1998 , 1393 p.

23.- SECRETARIA de educación pública
Entre todos a cuidar la salud del escolar
Ed. Secretaria de Educación Pública
México, 1988, 72 p.

24.- SHIRES B. y K. Hernnen brian
Medicina familiar
Ed. Mc Graw Hill
México 1983 449 p.

25.- TORTORA, Gerard, P. Anagnostakos Nicholas
Principios de anatomía y fisiología
6a. ed. Ed. Harla,
México 1993, 1206 p.

26.- VALENZUELA, H. Rogelio
Manual de pediatría
10ª ed, Ed. Interamericana,
México 1987 , 846 p.

27.- WEACHTHER Phillips Holaday
Enfermería Pediátrica, vol. I
10ª ed. Ed. Interamericana Mc Graw Hill
México 1993 , 950 p.

28.- WHALEY, Lucille F.
Tratado de enfermería Pediátrica
2ª ed. Ed. Interamericana
México 1994, 1061 p.

29.- WIEK, Lynn, et. Alt.
Técnicas de enfermería manual ilustrado
3ª ed. Ed. Interamericana Mc. Graw Hill,
México 1987, 117 p.

30.- WOLFF Lewis, Luverne
Fundamentos de enfermería
Ed. Harla,
México 1992, 1108 p.

31 .- ZAMUDIO, Leonardo
Breviario de ortopedia y traumatología,
3a. ed. Ed. Prensa Médica Mexicana
México 1995, 306 p.