

SEMILOGIA Y SEMIOTECNIA

yein carrasquilla
julieth bolaños
candelaria gonzalez
yuranis caceres


enfermería IIIa



VALORACION FÍSICA

- ❖ El examen físico es una valoración sistemática del estado físico y mental del paciente.
- ❖ Existen 2 tipos de examen físico: Detección y regional. El primero se realiza con el objetivo de detectar posibles problemas en los principales sistemas corporales. El segundo valora con detalle un sistema corporal concreto. Las técnicas empleadas son las clases: impeccion, palpación, percusión y auscultación.


Técnicas de exploración física



► Mediante el examen físico se identifican los signos de enfermedad o normalidad presentes en el organismo.



► Para captar cómo es el examen del paciente nos valemos de la información que podemos lograr a través de nuestros sentidos: la vista, el tacto, el oído, e incluso el olfato.



► A la información que se logra mediante el examen físico directo, se agregan mediciones como el peso, la talla, la presión arterial y la temperatura.

► Aunque en forma complementaria es posible efectuar distintos exámenes (de sangre, endoscopías, radiografías, biopsias, etc.), el examen físico aporta un información valiosa, en el momento mismo, sin mayores costos. Esto nunca debe faltar.

implementación

Para la realización del Examen Físico se hace necesario el auxilio de algunos materiales y equipos:

- Estetoscopio clínico: para la auscultación tanto del Aparato Respiratorio como Cardiovascular, así como los ruidos hidroaereos (R.H.A.) en el abdomen.
- Esfigmomanómetro: para la medición de la Tensión Arterial (T.A.).
- Termómetro clínico: para la medición de la temperatura corporal.
- Depresor: para el examen de la cavidad bucal.
- Torundas: para diferentes usos durante el examen: secar la región axilar, limpiar el termómetro antes de realizar la lectura, etc.
- Paraban: Para cuidar la privacidad del paciente.
- Sabana: para guardar el pudor y cuidar la privacidad del paciente.



precauciones

Crear todas las condiciones previamente

- Tener en cuenta el estado del paciente
- Garantizar la privacidad del paciente
- Respetar el pudor del paciente:
- Mantener al paciente lo mas ligero posible de ropas
- Garantizar la adecuada iluminación
- Evitar las corrientes de aire
- Realizarlo preferentemente alejado de las comidas

La valoración física

La exploración física o el examen físico se realiza en dirección céfalo-caudal, considerando en diferentes regiones los sistemas y vísceras que debe ser evaluadas

Técnicas utilizadas:
Inspección
Palpación
Auscultación
percusión

Partes del examen físico

Consta de 3 partes a saber:

1. EXAMEN FÍSICO GENERAL.(ASPECTOS A EXAMINAR):

- Ø Deambulaci3n.
- Ø Dec3bito.
- Ø Peso y Talla.
- Ø Fascie.
- Ø Faneras (pelos y unas).
- Ø Piel. (coloraci3n).
- Ø Circulaci3n colateral.
- Ø Tejido Celular Subcut3neo.(T.C.S.).
- Ø Temperatura.



2. EXAMEN FÍSICO REGIONAL. (ASPECTOS A EXAMINAR):

- Ø Cabeza.
- Ø Cuello.
- Ø Tórax.
- Ø Abdomen.
- Ø Columna vertebral.
- Ø Extremidades



3. EXAMEN FÍSICO POR SISTEMAS Y APARATOS.(ASPECTOS A EXAMINAR):

- Ø Sistema Respiratorio.
- Ø Sistema Cardiovascular.
- Ø Sistema Digestivo.
- Ø Sistema Hemolinfopoyetico.
- Ø Sistema Endocrino.
- Ø Sistema Osteomioarticular.
- Ø Sistema Genitourinario.
- Ø Sistema Nervioso



Examen Físico General.

Patrón Normal Del Paciente: Paciente normal lineal que deambula sin dificultad, fascie y marcha no característicos de proceso patológico alguno. Guarda decúbito activo indiferente. Pelos de buena implantación y distribución normal. No alopecias. Unas con estrías longitudinales, no Onicomycosis. Piel acorde a su edad, raza y sexo. No manchas ni lunares. No presencia de circulación colateral. Tejido Celular Subcutáneo no infiltrado. Temperatura: 36, 8 Oc. Peso habitual: 172 libras. Peso actual;168 libras. Talla: 171 cms.

Examen Físico Regional.

Patrón Normal:

- Ø Cabeza: Cráneo y cara
- Ø Cuello
- Ø Tórax
- Ø Mamas
- Ø Abdomen
- Ø Columna vertebral
- Ø Región glútea
- Ø Extremidades Superiores e inferiores.

Historia clínica

- ✘ Es el registro completo de la información obtenida a través del interrogatorio del paciente, el examen físico, de los estudios complementarios que se efectuó.
- ✘ **Función:** cumple una función asistencial, de investigación, es una parte legal y de auditoria.

Características:

- Debe ser cierta, coherente, entendible.
- Debe seguir un orden
- No puede faltarle datos aunque sean negativos (Ej: Fuma)
- A través de ella obtenemos información para iniciar el razonamiento enfermero. Este razonamiento debe dirigirse a los problemas que plantea el usuario.



Historia clínica



Datos básicos

Lista de
problemas

Notas de
evolución



Exploración física

► IMPLEMENTACION:

- Linterna.
- Depresores linguales o baja lenguas
- Regla y cinta métrica flexible.
- Termómetro.
- Reloj con segundero.
- Esfigmomanómetro (tenciometro)
- Estetoscopio (fonendoscopio)
- Guantes.
- Espejo vaginal.
- Martillo de reflejos.
- Diapasón.
- Oftalmoscopio.

Inspección

- La inspección debe realizarse siempre que sea posible a la luz del día o con la iluminación de luz blanca.
- La persona que se va a explorar debe estar en posición correcta, y el explorador con mirada atenta.



Inspección

- La inspección empieza en el momento en que se observa al individuo ingresar al consultorio o en el lecho y continua durante el interrogatorio y el examen físico.



Tópicos principales de la observación de un paciente

1. Condiciones generales
2. Edad
3. El tipo constitucional
4. Estado de nutrición
5. La postura-posición y actitud
6. La capacidad dinámica
7. Las facies
8. La conciencia
9. Dominación hemisférica real
10. Peso y talla



1. Condiciones generales

- Estado de salud que puede tener la persona en el momento de la consulta en relación con la capacidad de valerse por si mismo.

1. Pésima
2. Mala
3. Buena
4. Excelente



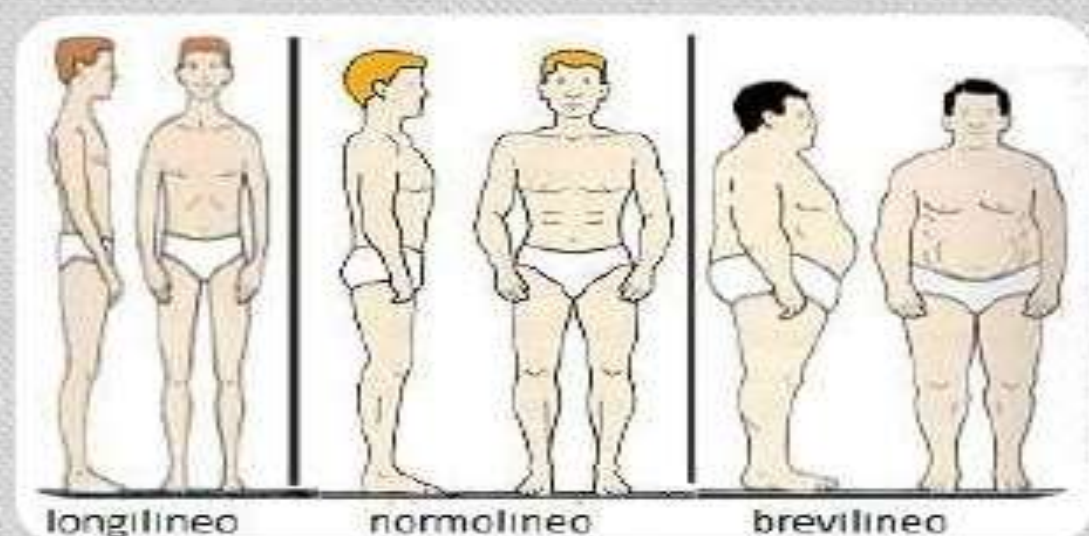
2. Edad

- Es necesario comparar la edad aparente con la cronológica a fin de calcular el grado de desgaste o conservación orgánica del individuo frente a una enfermedad.



3. Tipo de constitución

- Conformación anatómica del individuo, basada en el aspecto particular del cuerpo.



4. Estado general de nutrición

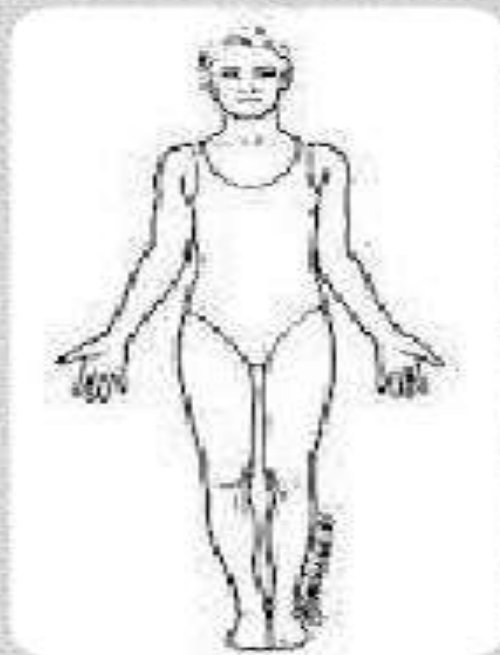
- Se estima con la inspección y se confirma con el peso.
- Se evalúa en conjunto observando las características de: piel, conjuntivas.
- Índice de Quelet. (peso/talla) Normal 20-25, sobrepeso 25-30 y obesidad mas de 30.



$$\text{IMC} = \frac{\text{peso}}{(\text{altura})^2}$$

5. Postura-posición y actitud

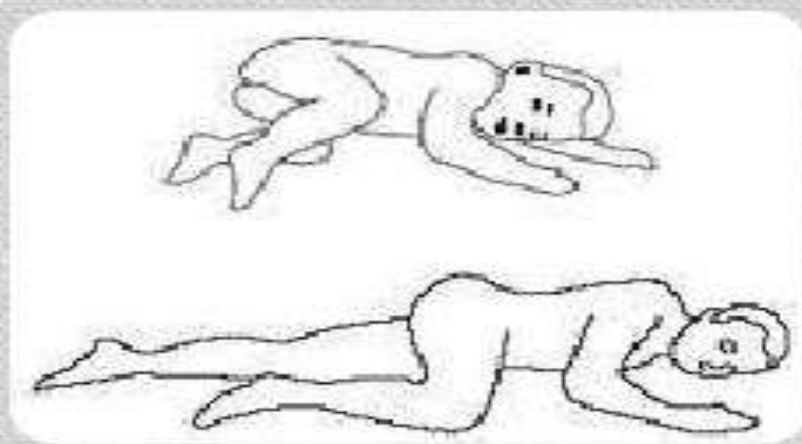
- Erguido. El plano de la pelvis forma un ángulo de 30 grados con la horizontal, la línea de gravedad pasa por las articulaciones del hombro, cadera, rodillas y pie.



- La actitud de estar acostada una persona se conoce como decúbito.

Indiferente

Posición obligada



Decúbito ventral
Decúbito lateral



6. Capacidad dinámica

- apreciación subjetiva de las fuerzas del paciente.

1. Intensidad de la voz
2. Movilidad o dificultad para realizar movimientos.



C.D. normal

Adinamia profunda



7. Facies o expresión

1. Observación de los rasgos faciales con énfasis en las modificaciones.

Ejem.: facie normal, descompuesta, dolorosa.



8. El estado de conciencia y lenguaje

- Conciencia: completo conocimiento de si mismo y del ambiente que lo rodea.
- Flujo de lenguaje: voz clara y fuerte y si el lenguaje es fluido.



9. Dominancia hemisférica real

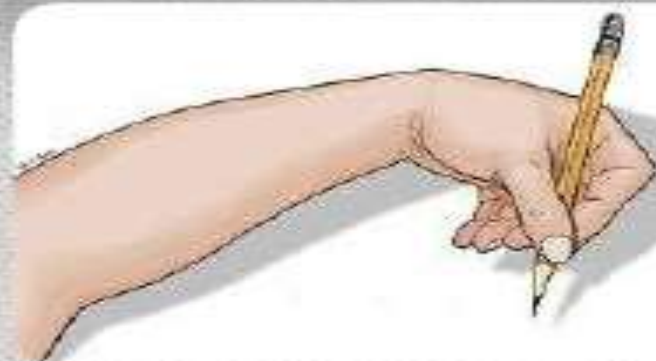
- Se explora inicialmente con interrogatorio y luego se busca si tiene un control motor dominante de la mano el pie y el ojo.



*Zurdos: cargar con la mano izquierda
descargar con la derecha*



*Diestros: cargar con la mano derecha
descargar con la izquierda*



10. Peso y talla

- El peso normal para cada individuo guarda relación con la edad, el sexo, la talla y el desarrollo esquelético.
- La talla se debe considerar de acuerdo con las condiciones de edad, familia y la raza.



PALPACION

ES LA APRECIACIÓN MANUAL DE:

- Temperatura
- consistencia
- forma
- tamaño
- situación

SE APOYA DEL SENTIDO DEL TACTO



El examinador
palpa y toca
el cuerpo del
paciente

NORMAS A SEGUIR

- 1. siempre debe hacerlo ubicado al lado derecho del sujeto a examinar.
- 2. Las manos deben calentarse hasta lograr una temperatura similar a la de la región a explorar.



- 3. Debe respetarse el pudor en el examinado.
- 4. Dar una explicación previa del procedimiento, las maniobras para obtener el máximo de relajación y colaboración del paciente.
- 5. Cuando el padecimiento esta acompañado de dolor, la palpación se inicia lejos de la región en forma muy suave.



TIPOS DE PALPACION

• **UNIMANUAL**



BIMANUAL

Pasiva

activa



- palpación superficial



- palpación profunda



Percusión



Mano en forma de copa



Percusión

Percusión

- Es una técnica de exploración física que consiste en golpear determinadas aéreas del cuerpo con el fin de apreciar la variedad de sonidos.



Se dan golpecitos en el abdomen con los dedos

- El método de la percusión se basa en el principio **“cuando un cuerpo elástico se hace vibrar puede producir ondas sonoras”**
- La percusión depende de:
 - 1.-de la fuerza o golpe de la percusión
 - 2.-del grado de elasticidad de los tejidos
 - 3.-del área de vibración



Características de la percusión

Los sonidos de la percusión son manifestaciones de un fenómeno acústico y se expresan en:

Tono

Intensidad

Cualidad o timbre

Duración

- **1.-Tono o frecuencia** es el numero de vibraciones por segundo
- A mayor numero de vibraciones mas alto es el tono de los sonidos.

Clases de sonidos de la percusión

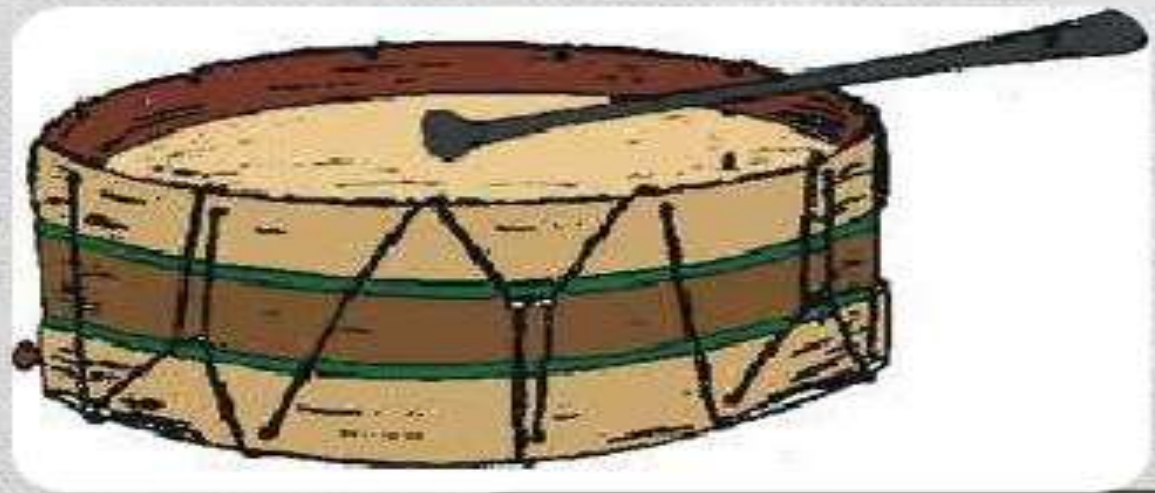
- Claro pulmonar.-

Sonido que se obtiene cuando se percute sobre el tórax y resulta de la vibración del aire dentro del parénquim pulmonar

Es un sonido de intensidad fuerte de tono bajo y de duración prolongada



- **Timpanismo**



sonido que se obtiene cuando se percute sobre un órgano que contiene aire

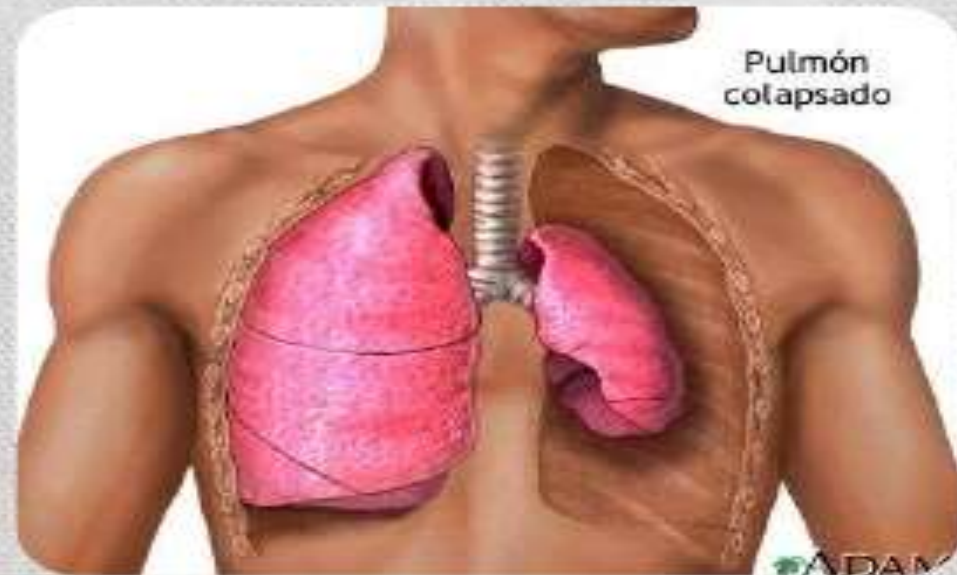


Recuerda al tono de un tambor afinado es mas resonante

- **Hiperresonancia**

Se obtiene cuando se percuten zonas cuyo contenido de aire esta aumentado

Ejem: cuando aumenta la entrada de aire en caso patológico (neumotórax



El sonido es mas fuerte mas grave y mas prolongado que el sonido claro pulmonar

Métodos

Percusión inmediata o directa

Se obtiene golpeando directamente la superficie corporal y en especial el tórax.



Desventajas: el sonido es de poca intensidad, poco preciso y se requiere golpe fuerte.

Percusión indirecta

Se golpea sobre un dedo de la mano izquierda para los diestros. Este dedo sirve de plexímetro; y el dedo que golpea hace de percutor.



Percusión digito-digital de Gerhardt

- **Percusión en resorte**

Útil para demostrar presencia de líquido abdominal.

Flejar el dedo índice o medio de la mano derecha, luego se percute contra la pared abdominal.



- **Ortopercision digital de Plesch Neumann**

El dedo plexímetro se flexiona de modo que su falange terminal quede en Angulo recto con la unión metacarpiana; el extremo del dedo percutor golpea de tal manera que la dirección de este sea perpendicular al dedo plexímetro.



AUSCULTACIÓ



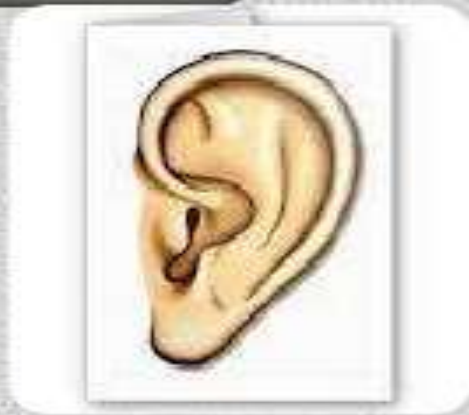
- Se refiere a la apreciación con el sentido del oído de los fenómenos acústicos que se generan en el organismo



Métodos de la auscultación

Auscultación
inmediata

Se realiza con el
oído, con este
método se
obtiene ruidos
intensos y puros




Auscultación mediata
también llamada
directa o instrumental



En este método se utiliza
es estetoscopio
uniauricular o la corneta
de Pinard



Piel y anexos

- ▶ La exploración de la piel depende de la inspección pero también es importante la palpación. Aunque la mayor parte de las lesiones cutáneas no son contagiosas es prudente utilizar guantes para la valoración de cualquier lesión de este tipo. La palpación de una lesión puede definir ciertas características como la textura, consistencia, edema, dolor y presencia de líquido.
- 

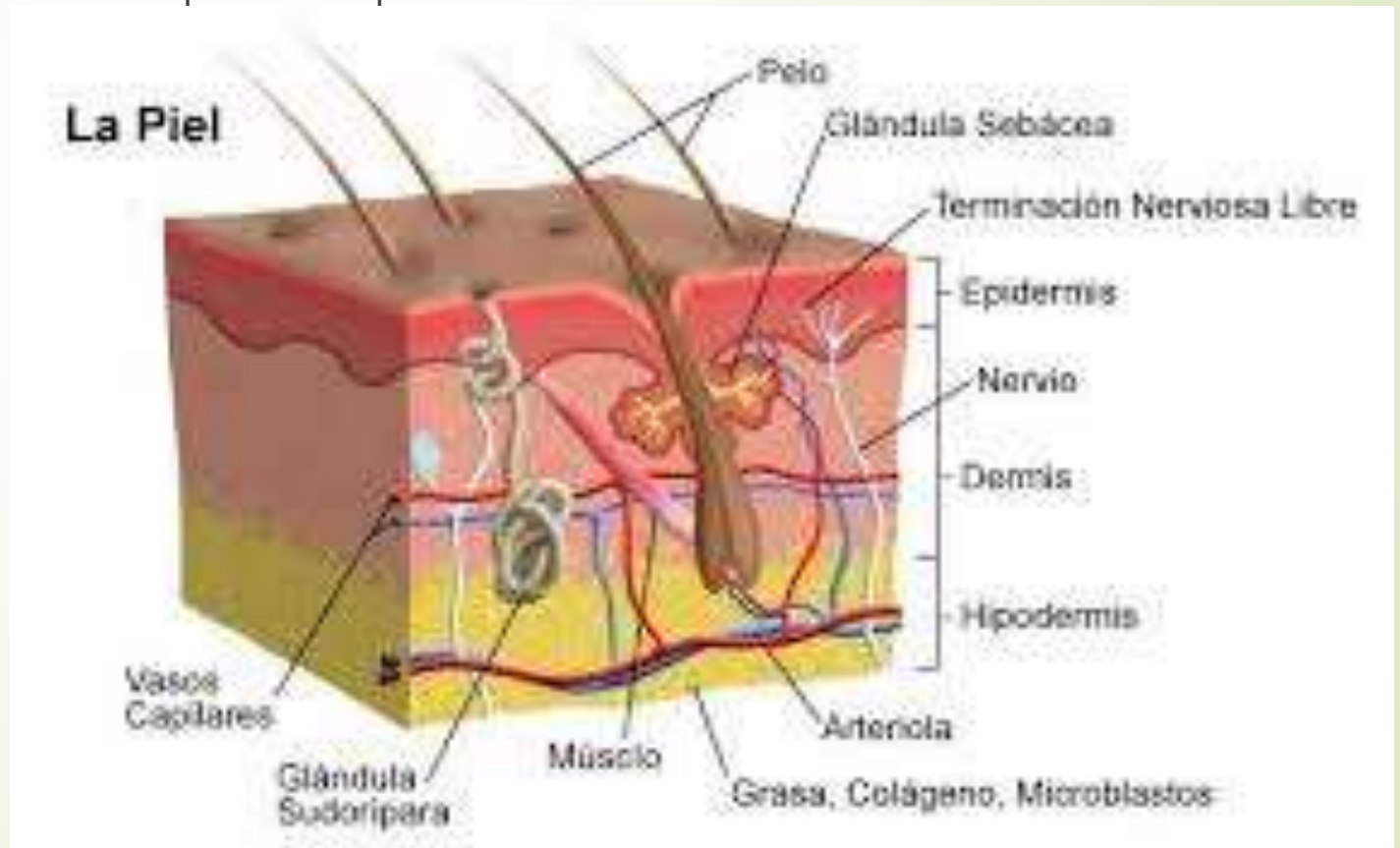


Anatomía de la piel

- ▶ la piel ofrece un espesor que varía entre 0.5 a 4 mm o más según los individuos y las partes del cuerpo. La superficie completa de la piel en un adulto medio oscila entre 1.6 y 1.9 m², con un peso de hasta 14 kilos
- ▶ La piel es un órgano delgado que se clasifica como una membrana, la membrana cutánea. Está compuesta de dos capas, una exterior más fina denominada epidermis y otra interna, más gruesa, denominada dermis. La unión de ambas capas se denomina unión dermoepidérmica.
- ▶ Debajo de la dermis se encuentra una capa subcutánea laxa, rica en grasa que a veces se denomina hipodermis o aponeurosis superficial. En la capa subcutánea se encuentran los principales vasos y nervios de la piel suprayacente aunque no forma parte de la piel propiamente dicha.
- ▶ En la piel se encuentran además otras estructuras como los pelos, las uñas y las glándulas cutáneas formando conjuntamente el sistema integumentario

Fisiología de la piel

- La piel esta constituida por 3 capas
- Epidermis
- Dermis
- Hipodermis



▣ LESIONES PRIMARIAS

- ▣ Lesiones originales de la piel:
 - ▣ Macula
 - ▣ Pápula
 - ▣ Placa
 - ▣ Nódulo
 - ▣ Tumor
 - ▣ Roncha
 - ▣ Vesícula
 - ▣ Pústula
 - ▣ Ampolla
 - ▣ Quiste

Macula

- Alteración del color, sin relieve, ni cambio de textura, no es palpable



Pápula

- Lesión elevada, pequeña, inferior a 1 cm de diámetro



Placa

- similares a las pápulas pero de tamaño superior a 1 cm de diámetro
- tienen bordes bien definidos,



Nódulo

- Lesión elevada >1 cm de diámetro
- Volumen principal suele localizarse en la dermis o hipodermis



Tumor

- Semejante a un nódulo, pero de mayor tamaño (>1-2cm)
- levanta y distorsiona las estructuras adyacentes y se relaciona con neoplasias benignas o malignas.



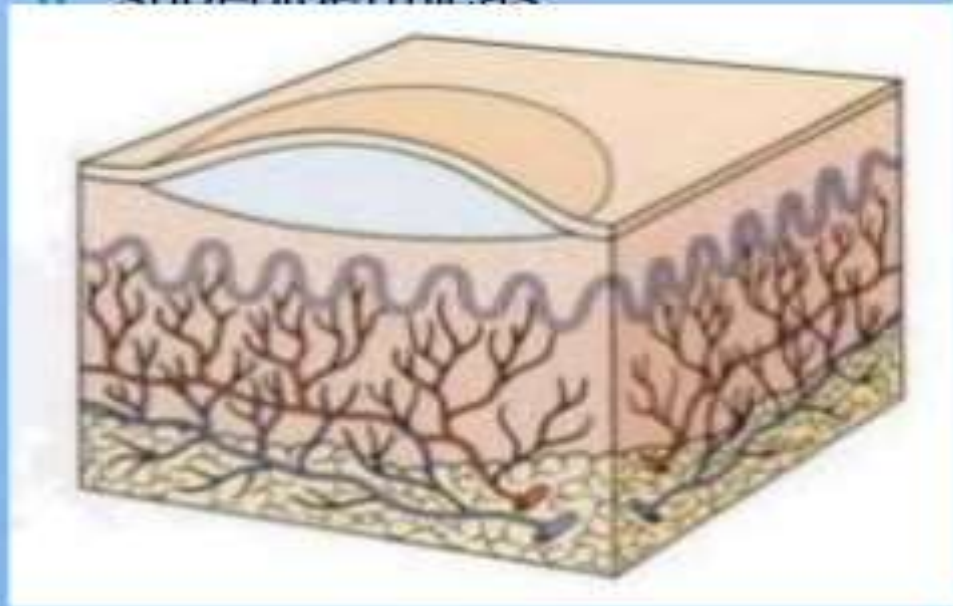
Roncha

- Pápula o placa edematosa firma debida a inflamación de la dermis por liquido



Vesícula

- Lesión elevada <1cm de diámetro
- Contiene fluido claro el cual no es mas que suero del paciente
- Pueden ser:
 - Subcorneas
 - Intraepidérmicas
 - subepidérmicas



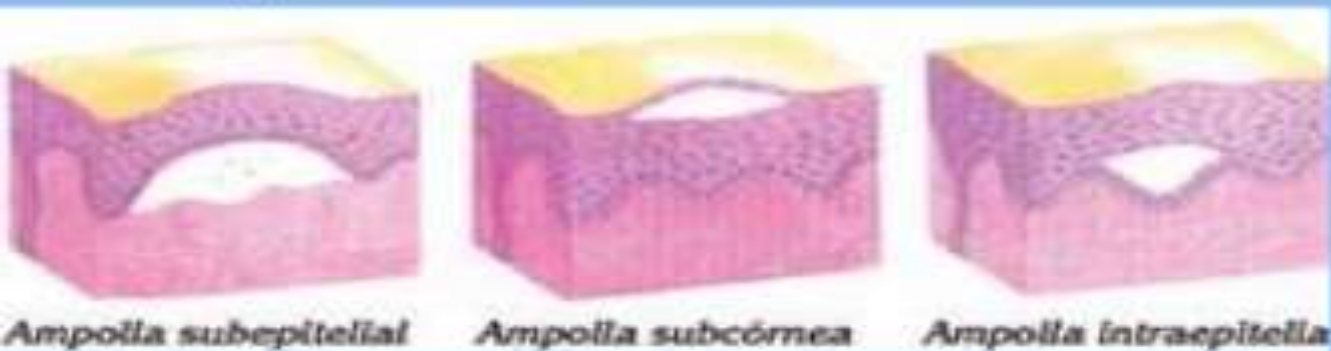
Pústula

- vesícula que contiene exudado purulento que puede ser blanco, amarillento o hemorrágico



Ampolla

- Vesículas de mas de 1 cm de diámetro.
- Puede producirse como reacción a quemaduras o fricción y ayuda a reparar el daño producido a la piel



Quiste

- Elevación circunscrita, palpable, encapsulada, llena de material líquido o semisólido



▣ LESIONES SECUNDARIAS

- ▣ Lesiones que requieren de las primarias para su formación:
 - ▣ escamas
 - ▣ costras
 - ▣ Excoriación
 - ▣ Erosiones y exulceraciones
 - ▣ Fisuras
 - ▣ Ulceras
 - ▣ Cicatriz
 - ▣ Atrofia
 - ▣ Liquenificación

Escama

- Acumulos de células queratinizadas que se presentan como laminillas delgadas y se desprenden espontáneamente
- Tamaño variable y color blanco, plateado o bronceado



Costra

- Resultado de la desecación de los exudados y trasudados cutáneos presentes en numerosas dermatosis



Excoriación

- Pérdida de la epidermis que deja expuesta a la dermis
- Cura sin dejar cicatriz



Erosiones y exulceraciones

- Pérdida de epidermis secundaria a la ruptura de vesículas o pústulas



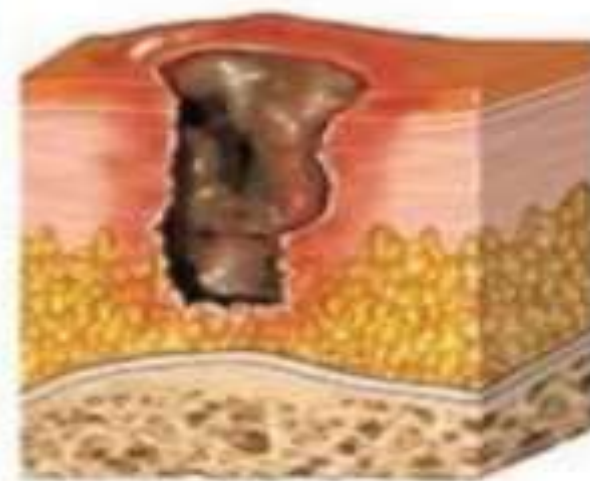
Fisura

- Rotura lineal de la epidermis y la dermis sin dejar perdida de sustancia



Ulcera

- Perdida de la epidermis y de la dermis que al curar deja cicatriz
- Forma cóncava y tamaño variable



Ulceration

Atrofia

- Adelgazamiento de la piel con pérdida de las marcas cutáneas y pérdida de la elasticidad



Liquenificación

- Engrosamiento y endurecimiento de la piel, con frecuencia como resultado de la irritación producida por el rascado repetido de una lesión pruriginosa.





Signos vitales

Los signos vitales constituyen una herramienta valiosa, como indicadores del estado funcional de las personas. Es importante recalcar que tener los valores de los signos vitales no tiene ninguna significancia si no se interpretan adecuada y oportunamente. Es importante saber que estos indicadores reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón y pulmones), expresando de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo.



➤ LOS CUATROS SIGNOS VITALES SON

1. Frecuencia cardiaca: se mide por el pulso 60 a 100 latidos por minuto.
2. Frecuencia respiratoria: 12 a 18 respiraciones por minuto.
3. Tensión (presión) arterial: 90/60 mm/Hg hasta 120/80 mm/Hg.
4. Temperatura: Temperatura: 36.5-37.2° C (97.8-99.1° F)/promedio de 37° C (98.6° F).




➤ **Indicaciones de cuando tomar los signos vitales:**

- Ingreso y egreso del paciente para tener registrados los valores de su salud.
- Cuando el paciente presente cambio en su condición funcional
- Según prescripción de enfermería o médica
- Antes, durante y después de los procedimientos diagnósticos, o tratamiento invasivo o no invasivo.
- Antes y después de la administración de medicamentos.
- Cuando una persona participe de una actividad física.
- Personas que tengan alguna condición patológica que cambie los parámetros hemodinámicos (signos vitales)



FRECUENCIA CARDÍACA O PULSO ARTERIAL

- ▶ Frecuencia Cardíaca o Pulso Arterial Onda pulsátil de la sangre, originada de la contracción del ventrículo izquierdo del corazón, que resulta de la expansión y contracción regular del calibre de las arterias.
 - ▶ El pulso periférico se palpa fácilmente en los pies, manos, cara y cuello. Puede palpase en cualquier parte donde exista una arteria superficial puede ser comprimida contra una superficie ósea.
- 



- Materiales:
- Reloj con segundero.
- Formulario de Enfermería.



► Técnica

- 1. Lavarse las manos
- 2. Explicar al paciente el procedimiento.
- 3. El paciente debe estar cómodo. Puede estar sentado y en algunas ocasiones tendrá que estar acostado. Debe estar relajado y no de haber fumado 10 minutos antes como mínimo, para tener un valor fidedigno.
- 4. Debe estar con el brazo extendido.
- 5. Se utilizan para la medición el dedo índice y el medio. Nunca se debe utilizar el dedo pulgar para tomar el pulso, ya que tiene pulso propio.
- 6. Se toma el pulso durante un minuto. Nunca se debe tomar el pulso durante 30 segundos y luego multiplicar por dos. Hay pacientes que tienen arritmias, que son desordenes de la pulsaciones que pueden ser rápidas o lentas.
- 7. Una vez finalizado, se deja cómodo al paciente.
- 8. Se anota el resultado.
- 9. Se valora el resultado.



► Valores de la pulsaciones.

- Valor normal o normocárdico: 60 – 100 por minuto
- Bradicárdico: menor a 60 por minuto
- Taquicárdico: mayor a 100 por minuto

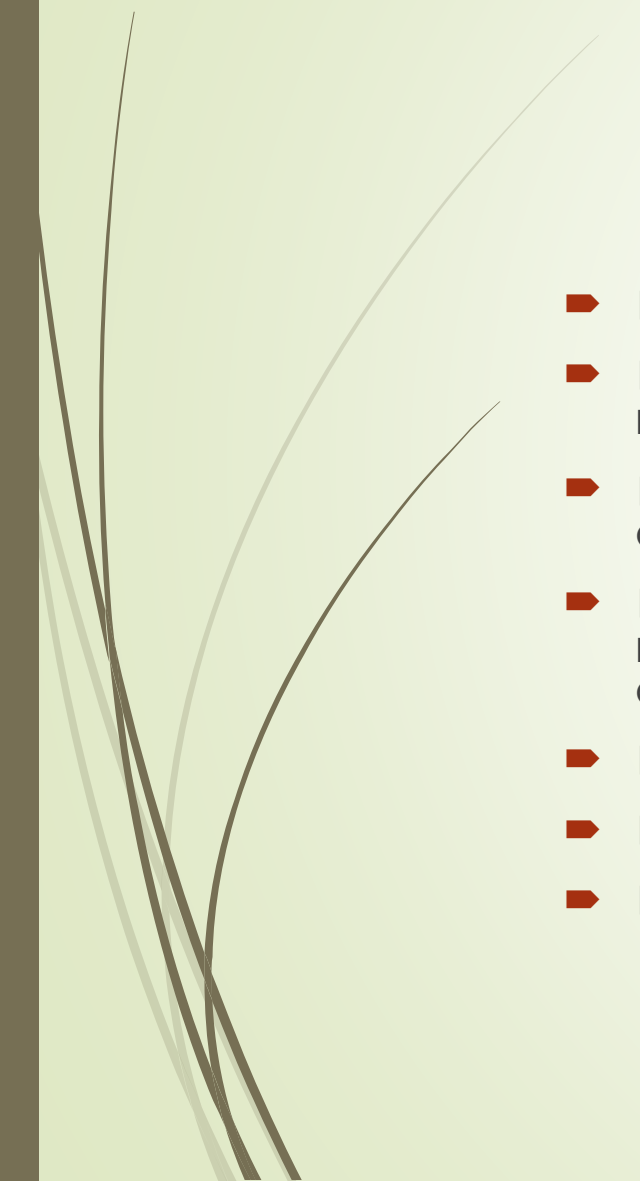
Frecuencia Respiratoria

La respiración es el proceso mediante el cual se toma oxígeno del aire ambiental y se expulsa el anhídrido carbónico del organismo. El ciclo respiratorio comprende una fase de inspiración y otra de expiración. El proceso de respiración es un complemento de partes anatómicas (pared torácica, músculos intercostales, cavidad torácica, vías aéreas superiores e inferiores)

- ▶ Fases de la ventilación
- ▶ **Inspiración:** Fase activa; se inicia con la contracción del diafragma y los músculos intercostales
- ▶ **Espiración:** Fase pasiva y depende de la elasticidad pulmonar.




TECNICA

- Lávese las manos.
 - No avise lo que le va a hacer, permite que el paciente no se agite y respire mas rápido.
 - Coloque al paciente en posición cómoda, sentado o si esta en cama, decúbito supino.
 - Contabilice la frecuencia respiratoria 60 segundos. observando los movimientos del tórax y características de la respiración. Valore ritmo y amplitud de las respiraciones.
 - Registre hora de la medición, ritmo/frecuencia y amplitud de la respiración
 - Lave sus manos.
 - Valore resultado.
- 




➤ Rangos

- Frecuencia normal o eupneico: frecuencia entre 12 – 20 respiración por minuto
 - Bradipnea : frecuencia menor a 12 respiración por minuto
 - Taquipnea: frecuencia mayor a 12 respiración por minuto
- 



Presión Arterial o Tensión Arterial

- Es la medida de la presión que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales en su impulso a través de las arterias. Debido a que la sangre se mueve en forma de ondas, existen dos tipos de mediciones, la primera la sistólica que es la presión de la sangre debido a la contracción de los ventrículos, es decir la presión máxima y la primera que se oye en la auscultación, y la presión diastólica que es la presión que queda cuando los ventrículos se relajan.
- Recomendaciones
- El Brazo y antebrazo deben estar desnudos o por lo menos, las prendas de vestir no deben ejercer compresión inadecuada.

- 
- Para obtener la presión arterial media (PAM) se debe calcular con la siguiente fórmula


$[(\text{Presión sistólica} - \text{presión diastólica}) / 3]$



- **MATERIALES**



- Esfingomanómetro (de preferencia de mercurio).
- Fonendoscopio.
- Formulario de Enfermería.
- Depósito con tórculas con alcohol.
- Depósito para desecho

➤ Procedimiento

- Lávese las manos.
- Reúna el equipo y llévelo al lado del paciente.
- Explíquelo el procedimiento que va a realizar. Déjelo descansar 5 minutos y asegúrese que no ha fumado ni ingerido café por lo menos en los minutos previos a la medición. Estas condiciones modifican los valores de la presión.
- Limpie el diafragma y audífonos del Estetoscopio con una tórula. Disminuye el riesgo de infección.
- Acomode al paciente sentado o acostado con el brazo a nivel del corazón, la palma de la mano hacia apoyando en la mesa. Si no puede usar la arteria braquial puede medir la presión en la arteria radial, adecuando el brazalete.
- Ubique el manómetro al nivel de sus ojos lo suficientemente cerca que permita leer la escala graduada. La buena posición del manómetro evita lecturas falsas.
- Descubra el brazo dejando libre 15 cm. Sobre el codo. Evite que la ropa comprima el brazo.

- 
- Coloque el mango del manómetro envolviendo el brazo de modo que su borde inferior quede a 2 cm. Sobre el pliegue del codo (2 traveses de dedo); los tubos de conexión deben quedar sobre el trayecto de la arteria braquial, si el mango no cubre bien el brazo, ubíquelo en el antebrazo y controle en arteria radial.
 - Ubique el pulso en la arteria radial.
 - Insufle el mango del manómetro en forma continua y rítmica, hasta que el pulso desaparece. Ese valor corresponde a la presión sistólica palpatoria. Desinfle totalmente el manguito.
 - Espere 30 segundos antes de volver a inflar el manguito.
 - Ubique el pulso en la arteria humeral o braquial a nivel del pliegue del codo.
 - Coloque el diafragma del fonendoscopio sobre la arteria, no bajo el mango; afírmelo suavemente con los dedos.
 - Colóquese los audífonos del fonendoscopio. Cierre la válvula de aire.
 - Insufle hasta 30 mm de Hg. Sobre el valor de la presión sistólica palpatoria.

- 
- 
- Suelte la válvula suavemente, la columna de Hg comenzará descender lentamente a razón de 2 a 4 mm. por segundo.
 - A través del estetoscopio escuchará un primer ruido o latido, observe el nivel de la columna de Hg. Esta cifra corresponde a la presión máxima o sistólica.
 - Siga escuchando los ruidos hasta el punto donde se deja de oír éste con claridad, ésta cifra corresponde a la presión mínima o diastólica.
 - Si tiene duda repita el procedimiento dejando descansar al paciente durante 5 minutos.
 - Retire el fonendoscopio del brazo, saque el mango, expulse el aire, enróllelo y guárdelo. Cierre la llave de paso del mercurio del esfigomanómetro.
 - Deje cómodo al paciente e infórmele en términos sencillos su nivel de presión arterial.


- 
- 
- Registre con un lápiz azul en un formulario de enfermería, hora y valores de la presión arterial y el brazo donde se controló. Compárelo con mediciones anteriores.
 - Lávese las manos.
 - Registre el valor.
 - Valore el resultado.

RANGOS

Categoría	Presiona arterial sistólica (mmHg)		Presiona arterial Diastólica (mmHg)
Hipotensa	< 90	Y	< 50
Normotensa	≤120	Y	≤80
Normal alta	120 - 139	Y	80 - 89
hipertensa	140 – 159	Y	90 – 99



Temperatura

- ▶ Es el equilibrio entre la producción de calor por el cuerpo y su pérdida. El centro termorregulador está situado en el hipotálamo. Cuando la temperatura sobrepasa el nivel normal se activan mecanismos como vasodilatación, hiperventilación y sudoración que promueven la pérdida de calor. En cambio si la temperatura es por debajo del nivel normal, se activan mecanismos como aumento del metabolismo y contracciones espasmódicas que producen escalofríos.
- 

➤ **Sitios para la obtención de temperatura**

- Oral: no se debe hacer en pacientes inconscientes.
- Rectal: menos recomendados.
- Axilar: se recomienda tomar durante 5 minutos. El resultado es $0,5^{\circ}\text{C}$ menor que la temperatura oral





➤ Materiales

- Termómetro
- Termómetro rectal
- Formulario de Enfermería.
- Gasas no estériles
- Antiséptico

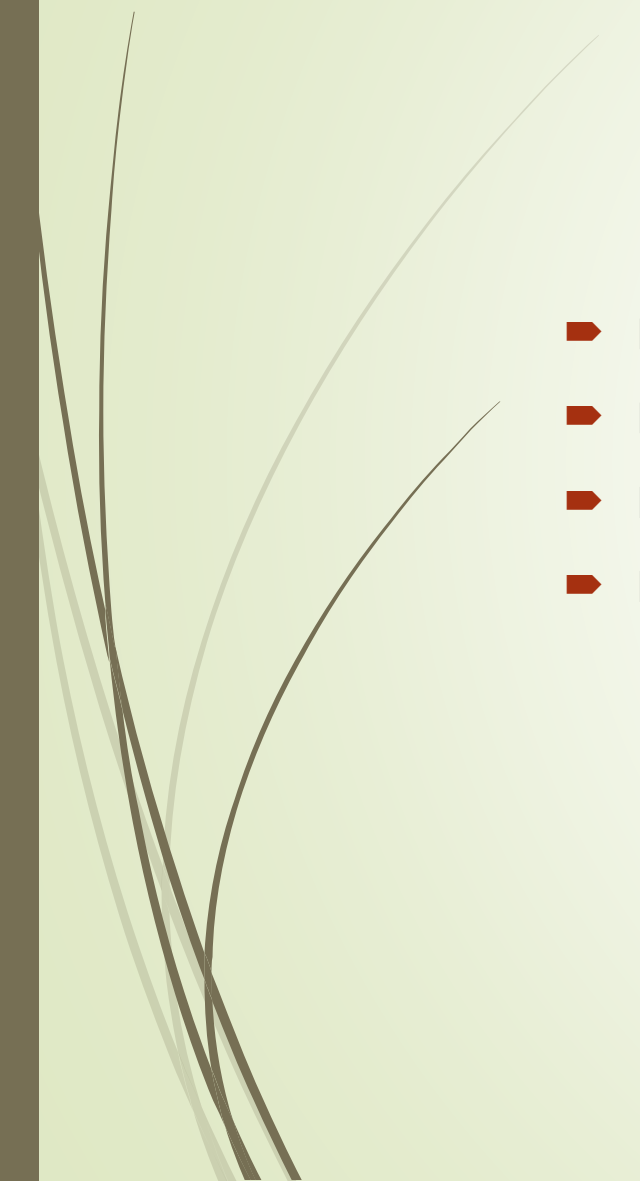




➤ Procedimiento

- Informar al usuario del objetivo y el procedimiento a realizar buscando su colaboración.
- Delante del usuario limpiar el termómetro con una gasa impregnada de antiséptico antes de colocarlo.
- Colocar al paciente en posición adecuada. Colocar el termómetro en la zona de medición más adecuada, asegurándose de que está limpia y seca: Zona axilar o pliegue inguinal: es recomendable en adultos o niños mayores de 6 años. Colocar el termómetro, en contacto con la piel, mantener 5 minutos.
- retirar y leer
- Limpiar y mantener de forma aséptica el termómetro hasta nuevo uso.
- Registrar la temperatura.



► Rangos

- Afebril o normal 36.5-37.5 ° C.
 - Hipotermia, cuando la temperatura corporal es inferior a los 36 ° C.
 - Febrícula, cuando la temperatura es de 37.1-37.9 ° C.
 - Hipertermia o fiebre, cuando la temperatura es igual o superior a 38° C.
- 

- 
- 
- <http://books.google.com.co/books?id=hjtpnrSG68C&printsec=frontcover&dq=la+valoracion+del+paciente&hl=es&sa=X&ei=3Z3dU7K2M8vfsATwtoH4DA&ved=0CBkQ6AEwAA#v=onepage&q=la%20valoracion%20del%20paciente&f=false>
 - http://books.google.com.co/books?id=D_S4jqdNXBMC&printsec=frontcover&dq=historia+clinica&hl=es&sa=X&ei=LZ7dU8nkJoHKsQTkyllIAw&sqi=2&ved=0CBkQ6AEwAA#v=onepage&q=historia%20clinica&f=false
 - Y otras mas.