

flashcards

TARJETAS DE VALORACION

ENFERMERIA

de Valeria A. Barboza





COLECCIÓN TARJETAS DE REFERENCIA:
VALORACION DE ENFERMERIA



Enfermeria Ohmynurse



Ohmynurse.sweet

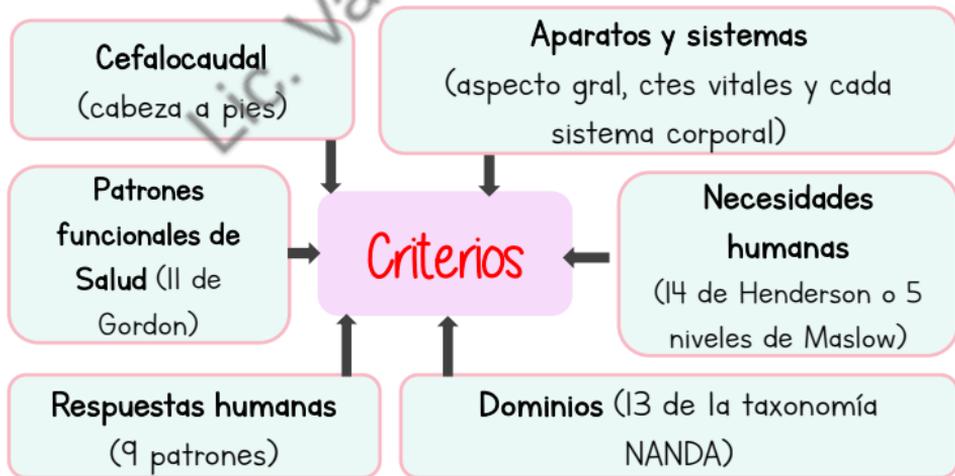


Abreviaturas

- **S.a:** sujeto de atención
- **DVY:** distensión venosa yugular
- **CSM:** circulación sensoria motora
- **ROM:** rango de movimiento
- **MTV:** marcapaso transvenoso
- **S/S:** signos y síntomas
- **PMI:** punto de máximo impulso
- **EVP:** enfermedad vascular periférica
- **DBT:** diabetes mellitus
- **HTA:** hipertensión
- **ICC:** insuficiencia cardíaca congestiva
- **TVP:** trombosis venosa periférica
- **CAD:** cetoacidosis diabética

ENFOQUE SISTEMÁTICO

- Utilizar siempre las precauciones estándar.
- Escuchar atentamente al Sa.
- Proporcionar un ambiente cómodo que respete la privacidad y esté libre de ruidos ambientales.
- Iniciar la recolección de información siempre por el problema de salud o el motivo de consulta.
- Valorar de cabeza a pies y comparar de izquierda a derecha, o seguir el criterio que permita la máxima información.
- Comunicar al Sa sus resultados y aprovechar los momentos de dialogo para instruirlo.
- Dejar para el final del examen las áreas de mayor sensibles o dolorosas.
- Documentar evaluaciones, intervenciones y resultados; según normas institucionales



Fuente de datos:
1° (Sujeto de atención)

Fuente de datos:
2° (Familia, Historia Cl, informes, otros)

PROCESO DE VALORACION

INICIAL

CONTINUA

GENERAL

FOCALIZADA

NANDA: características
Definitorias, factores
relacionados o de riesgo

NOC: indicadores

CLASIFICACION DE DATOS
(relevantes, no relevantes,
objetivos, subjetivos, etc.)

- Datos históricos
- Datos actuales

1° ETAPA: Recolección de datos

Examen físico

- Inspección
- Palpación
- Percusión
- Auscultación

Observación

- Sistematizada
(estructurada)
- No sistematizada
- Libre

Entrevista

- Dirigida
- No dirigida
- Estructurada
- No estructurada

2° ETAPA: validación de la información

3° ETAPA: organización de los datos

11 Patrones
funcionales

14 Necesidades
V.H

Cefalocaudal/Apara
tos y sistemas

Otro

4° ETAPA: registro y documentación

TIPOS DE VALORACION

INICIAL /GENERAL

- Inmediata después del ingreso, o admisión.
- Establecer una base de datos completa

Primaria:

- Busca datos sobre problemas detectados
- Busca factores que contribuyen a los problemas

FOCALIZADA

- Al ingreso o durante la asistencia continua.
- Centrada en un problema
- Determinar el estado del problema identificado

Secundaria:

- Confirma problemas detectados
- Analiza y compara
- Determina continuidad del plan
- Obtiene nuevos datos

URGENTE

- Durante una crisis fisiológica o psicológica
- Identificar problemas peligrosos para la vida

AL TIEMPO

- Meses después de la inicial
- Comparar el estado actual con datos obtenidos anteriormente

VALORACION ESTADO GENERAL

- **Actitud o decúbito:** Activo indiferente (posición natural); Pasivo (posición de postración, parálisis o comatoso); Obligado o preferido (dorsal, ventral, prono, lateral, otra)
- **Lenguaje:** Disfonía, Disartria, Afasia, Praxia, Apraxia (ideomotora, construccional, ideacional); Gnosia, Agnosia (visual, auditiva, táctiles, olfativa, gustativa)
- **Habito constitucional** Brevilineo, pícnico, macroesplácnico o hiperestésico; Normal, mediolineo o normoesplácnico. Longilíneo o asténico o microesplácnico. Displásicos
- **Etnia:** mestizo, caucásico, indígena, afro, etc.
- **Fascie:** Compuesta o normal, descompuesta, acromegálica, adenoidea, ansiosa, eritrocianótica, esclerodérmica, escarlatinosa, hipocrática, hipertiroidea, asimétrica, pálida, ictérica, otras.
- **Talla:** altura o estatura, alta, baja, adecuada
- **Peso:** bajo, normal, exceso (sobrepeso, obesidad)
- **Relación talla/peso:** distrofia, eutrofia
- **Marcha:** normal, parética (paraparética, hemiparética) o stepage, espástica, atáxica,
- **Estado nutricional:** normal, desnutrido, obeso, obeso morbido
- **Consciencia:** orientación autopsíquica (de la persona) y alopsíquica (del tiempo, espacio y situación)

HISTORIA CLINICA (ANAMNESIS)

- **Datos biográficos:** Nombre, edad, fecha nacimiento, género, nacionalidad, religión, estado civil, hijos, nivel educativo, actividad y domicilio.
- **Motivo de consulta** (subjectiva): Lo que refiere el Sa. Queja principal.
- **Antecedentes personales de salud:** Enfermedades, cirugías, hospitalizaciones, heridas, inmunizaciones, otros.
- **Medicamentos:** auto administrados por prescripción o no, de venta libre, vitaminas, hierbas y tratamientos alternativos, así como sobre drogas recreativas o alcohol.
- **Alergias:** a fármacos, alimentos, insectos, animales, cambios estacionales, productos químicos, látex, adhesivos, etc. Diferenciar entre alergia y sensibilidad. Tipo de reacción (urticaria, disnea).
- **Antecedentes de salud familiares:** de padres, hermanos, hijos, tíos y abuelos, cónyuge o la pareja.
- **Antecedentes sociales:** prácticas de higiene, hábitos nutricionales y de actividad/ejercicio, actividades recreativas, mascotas, pasatiempos, patrones de sueño y reposo, hábitos personales, patrones de terapia ocupacional, situación socioeconómica, funciones y relaciones, patrones sexuales, apoyo social y mecanismos para encarar las presiones.

EXAMEN FISICO

TECNICAS	DESCRIPCIÓN	TIPOS
Inspección	<ul style="list-style-type: none">• Exploración visual dirigida, detallada y sistemática del cuerpo	<ul style="list-style-type: none">• En combinación con las demás técnicas
Palpación	<ul style="list-style-type: none">• Percepción a través del tacto de las siluetas y características corporales.	<ul style="list-style-type: none">• Superficial• Profunda• Monomanual• Bimanual
Percusión	<ul style="list-style-type: none">• Percepción auditiva de los sonidos y vibraciones producidos en respuesta a pequeños golpes en la superficie corporal.	<ul style="list-style-type: none">• Puño-percusión• Dígito-percusión• Directa• Indirecta
Auscultación	<ul style="list-style-type: none">• Proceso de percepción auditiva de los sonidos que se producen en el interior del cuerpo.	<ul style="list-style-type: none">• Directa• Indirecta

EXPLORACION CEFALOCAUDAL

➤ Región Cervical

- Músculos
- Ganglios linfáticos
- Tráquea
- Glándula tiroides
- Arterias carótidas
- Venas del cuello

➤ Región Perineal

- Genitales:
 - Testículos
 - Vagina
 - Uretra
- Ano y recto

➤ Extremidades Superiores

- Piel y uñas
- Fuerza y tono musculares
- Arco de mov. de articulaciones
- Pulsos braquial y radial
- Reflejos tendinosos y bicipitales
- Sensibilidad

➤ Extremidades Inferiores

- Piel y uñas
- Marcha y equilibrio
- Arco de mov de articulaciones
- Pulsos poplíteos, tibiales posteriores y pedios
- Reflejos tendinosos y plantares

EXPLORACION CEFALOCAUDAL

➤ Revisión general

➤ Constantes vitales

➤ Región Torácica

- Piel
- Forma y tamaño del tórax
- Pulmones
- Corazón
- Columna vertebral
- Mamas y axilas

➤ Región Cefálica

- Pelo, c. cabelludo, cráneo, cara
- Ojos y visión
- Oídos y audición
- Nariz y senos paranasales
- Boca y bucofaringe
- Pares craneales

➤ Región Abdominal

- Piel
- Ruidos abdominales
- Órganos específicos (p. ej, hígado, vejiga)
- Pulsos femorales

VALORACION FOCALIZADA EN S/S (OPQRST)

**Inicio de
origen (Onset
origin)**

- ¿Cuándo empezaron los síntomas o signos?
- ¿El inicio fue repentino o gradual (p. ej, en s, min, días, semanas, etcétera)?
- ¿Los síntomas o signos se originaron por lesión deportiva, comida reciente o son de origen desconocido?

**Provocación
Precipitación
Paliación**

- Actividad durante o antes del inicio del s/s .
- Factores que empeoran el síntoma o signo.
- Factores que alivian el síntoma o signo

**Calidad
(Quality)**

- Características del síntoma (sordo, doloroso, agudo, presión, etcétera).
- Características del signo

VALORACION FOCALIZADA EN S/S (OPQRST)

**Irradiación
(Radiation)**

**Región Signo
y/o síntomas
relacionados**

- ¿El síntoma se traslada a otra parte del cuerpo?
- Determine el lugar del signo o sintoma (indique al s.a que señale con el dedo).
- Síntomas relacionados (p. ej, falta de aliento, náusea, indigestión, fiebre, etc).

**Intensidad
(Severity)**

- Si es dolor, pondere en una escala de 1 a 10 (véase Escala del dolor).
- Si es disnea ¿es leve, moderada o intensa?
- Si es signo indique grado o extensión

**Duración
(Timing)**

- Determine la duración del signo y/o síntoma.
- Determine si el signo y/o síntoma es constante o intermitente.

SIGNOS VITALES

- Conjunto de mediciones que reflejan el estado de salud-enfermedad del Sa.
- Indican la efectividad de las funciones corporales circulatoria, respiratoria, neuronal y endocrina
- Son: la **temperatura corporal**, el **pulso**, la **presión arterial**, la **frecuencia respiratoria** y la **saturación de oxígeno**
- El dolor es un síntoma subjetivo considerado en los últimos años como una constante vital más

MOMENTOS DE VALORACION de S.V

- Al ingreso en la institución para obtener los datos basales.
- Cuando cambia el estado de salud del Sa o este refiere otros síntomas distintos a los de ingreso.
- Antes y después de una intervención quirúrgica o un procedimiento invasivo
- Antes y/o después de la administración de una medicación que pueda afectar al aparatos respiratorio o cardiovascular. (ej: digitálicos)
- Antes y después de cualquier intervención de enfermería que pueda afectar a las constantes vitales (ej, deambulación en un Sa que ha permanecido en reposo e)

SIGNOS VITALES

Pulso (FC)	<p>-Onda de sangre creada por la contracción del ventrículo izquierdo del corazón</p> <p>-Palpe el pulso durante 30 s y multiplique por 2; el pulso irregular en un minuto. Compare de der/izq</p> <p>-2 tipos de pulso: apical - periférico</p>	<ul style="list-style-type: none">• Frecuencia (x minuto)• Ritmo• Fuerza• Diferencias detectadas
(FR)	<p>-Cantidad de ciclos inspiración-exhalación x minuto</p> <p>-Sa en reposo, no de cuenta que vigila su respiración; cuente durante 30 s y multiplique por 2; las respiraciones irregulares o con esfuerzo, se cuentan durante un minuto completo.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Frecuencia, (x minuto)• Profundidad• Esfuerzo,• Ritmo• Sonidos
(T°)	<p>-Medición del equilibrio entre la producción y pérdida de calor del organismo,</p> <p>-Tipos (ámbito sanitario): - axilar - rectal - timpánico - frontal (arteria temporal)</p>	<ul style="list-style-type: none">• Lectura en grados Centígrados (°C)• Vía

SIGNOS VITALES

<p>Tensión arterial (TA)</p>	<p>-Medida de la presión ejercida por la sangre cuando fluye por las arterias.</p> <p>-Sa cómodo, brazo semiflexionado, apoyado, palma hacia arriba, (no piernas cruzadas). Manguito de tamaño y ajuste apropiado. Estetoscopio sobre la arteria (braquial) e infle el manguito ~30 mmHg sobre la presión sistólica esperada. Libere lentamente.</p> <p>-Tipos: sistólica – diastólica</p> <p>-NUNCA! en brazo con venoclisis, o conectado a diálisis, con lesión, con línea intraarterial o del mismo lado de una mastectomía o cirugía axilar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pto en que se oyó el primer sonido (sistólico) sobre el pto en que cesa completamente (diastólico). • Unidad de medida mmHg
<p>Saturación O₂ (% Sat.O₂)</p>	<p>-Porcentaje de sangre arterial saturada con moléculas de O₂</p> <p>-Localización y tamaño del sensor según y estado físico del Sa</p> <p>-Medir en zonas irrigadas y tibias. (dedos, manos, pies, lóbulo de oreja)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valor en % • Onda de pulso continua

Frecuencia cardiaca o Pulso

FC P U L S O	EDAD	V. NORMAL	ALTERACIONES
	19- 40años	60 -90 Lpm normocardia	<ul style="list-style-type: none"> • Taquisfigmia o Taquicardia (> 80 lpm)
	41- 60años	60-80 Lpm	<ul style="list-style-type: none"> • Bradisfigmia o Bradicardia (< 60 lpm)
	Más de 60 años	50-70 Lpm	<ul style="list-style-type: none"> • Taquisfigmia o Taquicardia (> 70 lpm) • Bradisfigmia o Bradicardia (< 50 lpm)

Presión arterial

TA	EN ADULTO	SISTOLICA		DIASTOLICA
	Normal	<120 mmHg	y	<80 mmHg
	Elevada	120-129 mmHg	y	<80 mmHg
	Alta HTA nivel 1	130-139 mmHg	o	80-89 mmHg
	Alta HTA nivel 2	>=140 mmHg	o	>=90 mmHg
	Crisis de HTA	>=180 mmHg	o	>=120 mmHg

Frecuencia respiratoria

	EDAD	V. NORMAL	ALTERACIONES
FR	19-40 años	12 - 20 rpm eupnea	<ul style="list-style-type: none"> • Taquipnea (>20 rpm) • Bradipnea (<12 rpm)
	41-60 años	10 - 20 rpm	<ul style="list-style-type: none"> • Taquipnea (>20 rpm) • Bradipnea (<10 rpm)
	> 60 años	10 - 20 rpm	

Temperatura corporal

	EDAD	V. NORMAL	ALTERACIONES
T ^o	Más de 19 años	36-37 °C Normotermia	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertermia (>37°C) • Hipotermia (<36°C) • Subfebril (37,5 -37,9 °C) • Fiebre (>=38 °C) • Hiperpirexia (>=41 °C)

Saturación de Oxígeno

	EDAD	V. NORMAL	ALTERACIONES
Sp O ₂	todas	95-100 %	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoxia <95%

FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS S.V

	FC	FR	TA	Tº
Edad	↓	↓	↑c/edad	No varia
Sexo	> ♂		> ♂ ↑♀ menop.	No varia
Fiebre	↑	↑	normal	↑
Ansiedad	↑	↑	↑	No varia
Dolor agudo	↑	↑	↑	No varia
Dolor crónico	↓	No varia	No varia	No varia
Actividad	↑	↑	↑	Normal/↑
Obesidad			↑	
Lesión medular	↓	↓	↓	Normal/↑
Narcóticos	↓	↓	↓	↓
Alcohol	↑	↑	1º↑, luego ↓	↓
↓Htc/Hgb	↑	↑	↓	↓
Hipoglucemia	Normal /↑	Normal	Normal/↑	↓
Hiperglucemia	↑	↑/profun.	↓	↑

VALORACION CEFALICA

Aspecto:

Observar e
Inspeccionar
el aspecto
general

- Físico: Higiene, impresión, nutrición
- Nivel de conciencia, estado emocional,
- Habla, postura, marcha, equilibrio,
- Anote cualquier deformidad visible

Piel, mucosa:

Inspeccionar
y palpar piel
expuesta

- Calor, humedad, color, textura, lesiones, turgencia.
- Cicatrices, piercings, tatuajes.

Cabello:

Inspeccion.

- Color, aspecto, espesor, cantidad y distribución.

Cabeza:

Inspeccionar
palpar cara y
cuero cabel.

- Simetría facial.
- Sensibilidad, lesiones o masas

Ojos:

Inspeccionar
pupilas,
escleróticas
conjuntivas

- Color e hidratación de conjuntivas y esclerótica.
- Mnemotecnia **PIRRLA**: pupilas iguales, redondas, que reaccionan a la luz y acomodado.

Orejas:

Inspeccionar

- Deterioro de la audición.
- Prótesis auditivas.
- Dolor, inflamación, drenaje
- Perforaciones

Nariz:

Inspeccionar

- Congestión, fluido, sentido del olfato.
- Permeabilidad/simetría de narinas, aleteo nasal
- Desviación del tabique nasal.

Garganta y**boca:**Inspeccionar
dientes, encías,
lengua, mucosa
y orofaringe

- Color e hidratación de la mucosa.
- Sangrado de encías o inflamación.
- Condiciones, faltantes y/o prótesis dentales.
- Dificultad o dolor al deglutir.
- Amígdalas presentes o faltantes.
- Higiene oral y olores.

Cuello:Inspeccione y
palpe el cuello.
Prueba de
rango de
movimiento.

- DVY, alineamiento (desviación) y retracciones de la tráquea.
- Ganglios linfáticos inflamados, tiroides crecido.
- Disminución del movimiento, rigidez, dolor

VALORACION CARDIOVASCULAR

Inspeccionar

- Condiciones y aspecto generales.
- Piel, lecho ungueal, extremidades: detectar edema, enrojecimiento, palidez, cianosis, hematomas.
- Tórax: detectar cicatrices, simetría, movimiento, deformidad.
- Cuello: para DVY y PMI para cualquier pulsación destacable.
- Analizar registro ECG.

Palpar

- Temperatura y humedad de la piel.
- PMI para detectar levantamiento, densidades, tirones o vibraciones.
- Pulso radial, pedio, dorsal y tibial posterior; anotar frecuencia y ritmo; clasificar edema.

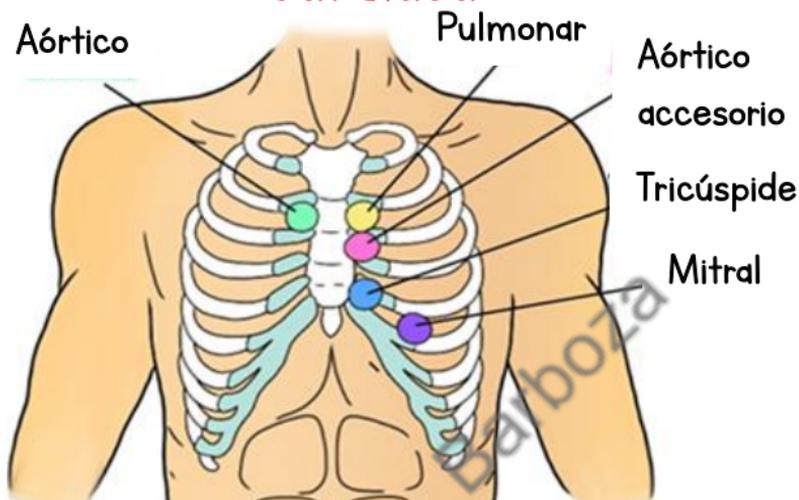
Percutir

- Empezar en la línea axilar media, hacia el borde cardiaco izquierdo, en el 5º espacio intercostal.
- El sonido debe cambiar de resonante a mate en estructuras óseas.

Auscultar

- Comparar pulso apical y radial.
- Ruidos normales S1, S2 ("lub, dub") de las válvulas cardiacas.
- Ruidos anormales, extrasístoles (S3, S4), soplos, murmullos, frote pericárdico y clics de válvulas

FOCOS DE AUSCULTACION cardiaca



FOCO CARDIACO	ÁREA DE AUSCULTACIÓN
AÓRTICO	2º EID paraesternal (existe un accesorio en el 3º EII paraesternal)
PULMONAR	2º EII paraesternal
TRICUSPIDEO	Extremidad inferior del esternón
MITRAL	Zona apexiana
MESOCÁRDI-CO	3º y 4º EII
OTROS	Grandes vasos del cuello, supraclaviculares y aorta abdominal

CIRCULACIÓN Y PULSOS

- Pulsos** ➤ Simetría y características de los pulsos, comparación de derecha a izquierda.
- "6 P"** ➤ Palidez, dolor (pain), ausencia de pulso, polar, parestesia, parálisis.
- S/S** ➤ Inflamación, dolor en la extremidad, cambios de sensación, fatiga
- Piel** ➤ Color, temperatura, humedad, crecimiento del vello
- Edema** ➤ Extremidades y zonas declives para edema, varices
- Uñas** ➤ Llenado capilar, cianosis, ángulo de desprendimiento, dedos en palillo de tambor
- Antecedentes** ➤ EVP, DBT, HTA, ICC, TVP, procedimientos quirúrgicos, linfedema, medicamentos.

LLENADO CAPILAR

Normal: < 3 segundos

Lento : > 3 segundos

FUERZA DEL PULSO

0: ausente

1: débil

2: normal

3: lleno

4: saltón

PULSOS

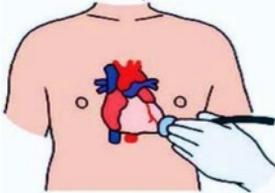
Carotídeo



Temporal



Apical



Braquial
o
Humeral



Área aórtica

Área pulmonar

Área tricúspide

Área mitral
o apical

Femoral



Popliteo



Tibial posterior



Dorso del pie



VALORACION RESPIRATORIA

Inspeccionar

- Respiraciones, frecuencia, profundidad, esfuerzo, patrón y tos (productiva o no productiva); observar signos de esfuerzo, como aleteo nasal o retracciones costales.
- Tamaño y configuración del tórax; simetría del movimiento de la pared torácica y de los músculos accesorios.
- Cianosis en extremidades y dedos en palillo de tambor que indican hipoxia crónica.
- Cicatrices, estomas o desviación de la línea media de la tráquea

Palpar

- Tórax anterior y posterior para enfisema subcutáneo, crepitaciones y sensibilidad. Excursión respiratoria,
- Valoré frémito, palpe el pecho mientras el paciente dice "33"

Percutir

- Tórax anterior y posterior: timpánico (órganos huecos), resonante (órganos llenos de aire), mate (órganos sólidos) o plano (músculo o hueso)

Auscultar

- Todos los campos pulmonares anteriores y posteriores para detectar ruidos pulmonares normales y anormales.

TOPOGRAFIA DEL TORAX

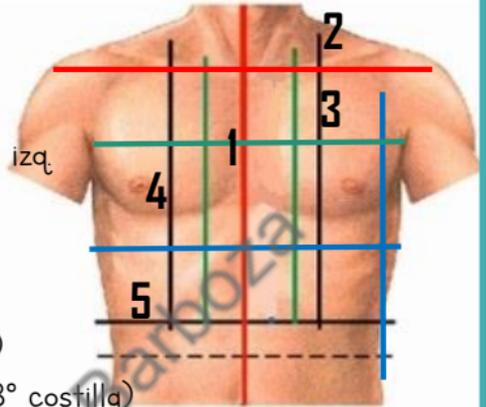
Tórax anterior: líneas

LINEAS LONGITUDINALES:

- **L esternal** (media)
- **L paraesternal** derecha e izq
- **L medioclavicular** derecha e izq (punto medio de la clavícula)
- **L axilar anterior**

LINEAS TRANSVERSALES:

- **L clavicular** (sobre la clavícula)
- **L tercera costal** (borde de la 3° costilla)
- **L sexta costal** (borde de la 6° costilla)
- **L del reborde** o subcostal costal inferior



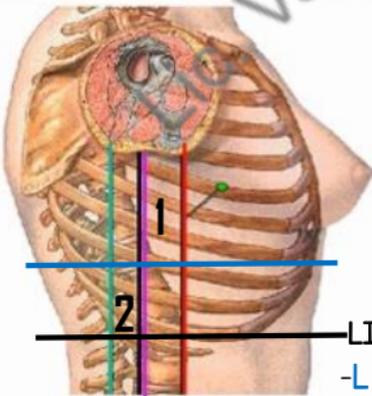
Tórax anterior: líneas

LINEAS LONGITUDINALES:

- **Línea axilar anterior** (une los ángulos costales anteriores)
- **Línea axilar media** (equidistantes a las líneas axilares ant/post)
- **Línea axilar posterior** (une los ángulos costales post)

LINEAS TRANSVERSALES:

- **L sexta costal** (borde de la 6° costilla)
- **L del reborde** costal inferior

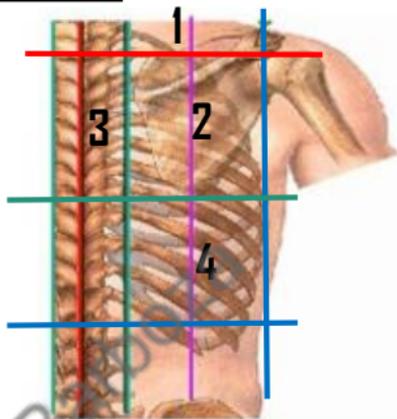


TOPOGRAFIA DEL TORAX

Tórax posterior: líneas

LINEAS LONGITUDINALES:

- **L vertebral** (media)
- **L paravertebral** derecha e izq.
(borde interno de las escápulas)
- **L medioescapular** derecha e izq.
(punto medio de la escápula)
- **L axilar posterior**



LINEAS TRANSVERSALES:

- **L escapuloespinal** (borde superior escápulas)
- **L infraescapular** (borde inferior de las escápulas)
- **L de la duodécima costilla** (borde de la 12ª costilla inferior)

Regiones torácicas

REGION ANTERIOR

1. Esternal
2. Supraclavicular
3. Infraclavicular
4. Mamaria
5. Hipocondrio

REGION LATERAL

1. Axilar
2. Infra-axilar

REGIÓN POSTERIOR

1. Supraescapular
2. Escapular
3. Interescapular
4. Infraescapular

TIPOS DE TORAX



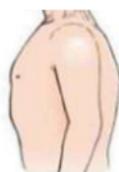
TORAX
NORMAL



TORAX
EXCAVATUM



TORAX
CARINATUM



TORAX
EN TONEL



TORAX
ENFISEMATOSO

T. excavatum: o infundibuliforme o acanalado, hay depresión del esternón

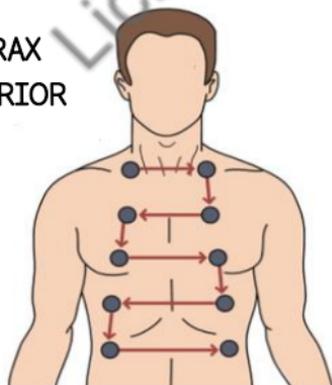
T. carinatum: o en quilla, hay protrusión del esternón

T. en tonel: aumento de la circunferencia de la caja tórica

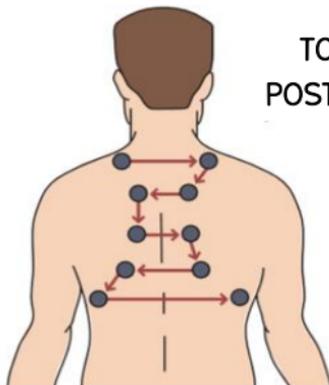
T. enfisematoso: o cifótico, hay mayor circunferencia del tórax en la región superior respecto de la inferior

FOCOS DE AUSCULTACION

TORAX
ANTERIOR



TORAX
POSTERIOR



SONIDOS RESPIRATORIOS NORMALES

TIPO	CARACTERISTICAS
Murmullo bronco-vesicular	<ul style="list-style-type: none"> • Audible en zonas del 1º y 2º espacio intercostal pegado a esternón; • Sonido de tono medio, igual en espiración e inspiración
Murmullo vesicular	<ul style="list-style-type: none"> • Audible en casi todos los campos pulmonares • Sonido suave, de tonalidad baja, se asemejan a un murmullo durante la inspiración y más suaves y corto durante la espiración
Soplo traqueal	<ul style="list-style-type: none"> • Sonido tono alto; • Espiración ruidosa y prolongada; más que inspiración
Soplo laringotraqueal	<ul style="list-style-type: none"> • Ruido soplante de tonalidad elevada, • Audible durante la inspiración y espiración, a nivel de la laringe, la tráquea y el esternón.
Resonancia vocal	<ul style="list-style-type: none"> • Vibración de la voz en el tórax al hablar

RUIDOS RESPIRATORIOS

Estertor / crepitación	<ul style="list-style-type: none">• Similar al producido al frotar el cabello entre dos dedos,• Se oye mejor en la inspiración y en los campos inferiores,• No se alivia al toser (p. ej, ICC, neumonía).
Sibilancias	<ul style="list-style-type: none">• Chirrido tipo silbido de tono alto por estrechamiento de la vía aérea,• Se oye mejor en la espiración, y sobre todos los campos pulmonares• No se quita al toser (ej, asma, EPOC)
Roncus	<ul style="list-style-type: none">• Gorgoteo o vibración gruesa, áspera, fuerte,• Se oye mejor sobre bronquios y tráquea al espirar;• Frecuentemente desaparece al toser (ej, bronquitis,).
Estridor	<p>¡Pone en riesgo la vida, !</p> <ul style="list-style-type: none">• Áspero, de tono alto• Audible en la inspiración, por estrechamiento progresivo de la vía aérea superior• Requiere de atención inmediata (ej, obstrucción parcial de la vía aérea, crup, epiglotitis).

RUIDOS RESPIRATORIOS

Quejido	<ul style="list-style-type: none"> • Chirrido producido por el pasaje de aire exhalado a través de las cuerdas vocales cerradas parcialmente
Unilateral ausente o disminuido	<ul style="list-style-type: none"> • Imposibilidad de oír ruidos respiratorios simétricos y bilaterales (p. ej, neumotórax, neumotórax por tensión, hemotórax o antecedente de neumectomía)
Documentación de los ruidos	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia, ritmo, profundidad, esfuerzo, ruidos (indique si el ruido es en la fase inspiratoria, espiratoria o ambas), así como campos de auscultación, intervenciones (en su caso) y resultados.

PATRONES RESPIRATORIOS



EUPNEA



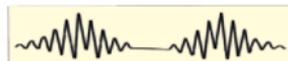
TAQUIPNEA



APNEA



BRADIPNEA



CHEYNNE-STOKES



BIOT



HIPERPNEA



KUSSMAULL

PATRONES RESPIRATORIOS

Normal (eupnea)	Respiración regular en ritmo, profundidad y frecuencia
Taquipnea	Aumento anormal de las respiraciones, frecuentemente de poca profundidad
Bradipnea	Disminución anormal de las respiraciones, frecuentemente de gran profundidad
Hiperventilación	Respiración profunda
Hipoventilación	Respiración poco profunda o corta
Apnea	Pausa o cese transitorio de la respiración
Cheyne-Stokes	Neurológico; patrones alternos de respiraciones profundas separadas por periodos breves de apnea
Kussmaull	Respiración rápida, profunda y con esfuerzo
Biot	Periodos de apneas intercalados con secuencia desorganizada

VALORACION GASTROINTESTINAL

Inspeccionar

- Simetría, contorno y figura abdominal
- Piel, cicatrices, estrías,, lesiones, hematomas, spiders
- Pulsaciones, ondas peristálticas
- Distensión, Herniaciones

Auscultar

- Ruidos intestinales:
 - Hipoactivo: Cada min.
 - Normal: Cada 15 a 20 s.
 - Hiperactivo: Tan frecuentes como cada 3 s.
- Soplos, frotos

Percutir

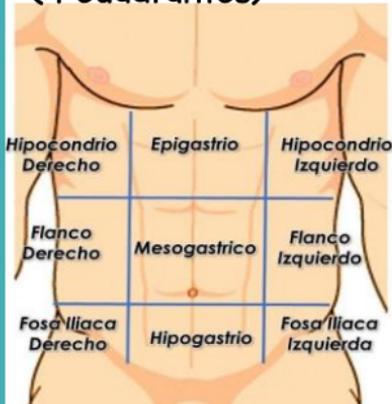
- Abdomen
 - Mate: Órgano sólido, como el hígado.
 - Timpánico: Órganos huecos, como los intestinos.
 - Resonante: Órganos llenos de aire, como los pulmones.
- Plano: Tejido denso, como músculo y hueso.

Palpar

- Temperatura de la piel
- Tensión abdominal
- Pulsaciones, masas, sensibilidad, rigidez
- Silueta y tamaño de órganos internos

TOPOGRAFIA DEL ABDOMEN

(9 cuadrantes)



LINEAS TRANSVERSALES:

- L **subcostal**: pasa por el reborde costal inferior
- L **biiliaca**: pasa por el borde de las crestas iliacas

LINEAS LONGITUDINALES:

- L **hemiclavicular (2)**: prolongación de la línea medioclavicular

Epigastrio: estómago, hígado (lób. Izq) aorta, páncreas (cabeza y cuerpo)

Hipocondrio D: hígado (lób. Der.), vesícula, colon (ángulo hepático), riñón derecho, suprarrenal derecha

Hipocondrio I: fundus gástrico, bazo, colon (ángulo esplénico), cola de páncreas, hígado (lób. Izq), riñón y suprarrenal derecha

Mesogastrico: epiplón mayor, mesenterio, colon transversal, intestino delgado, aorta abdominal

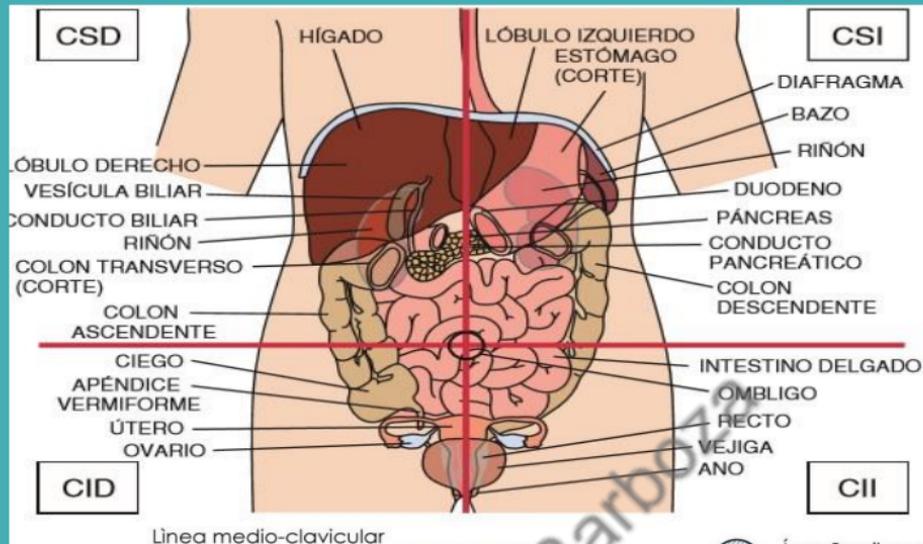
Flanco D: colon ascendente, intestino delgado y riñón der.

Flanco I: colon descendente, intestino delgado, riñón

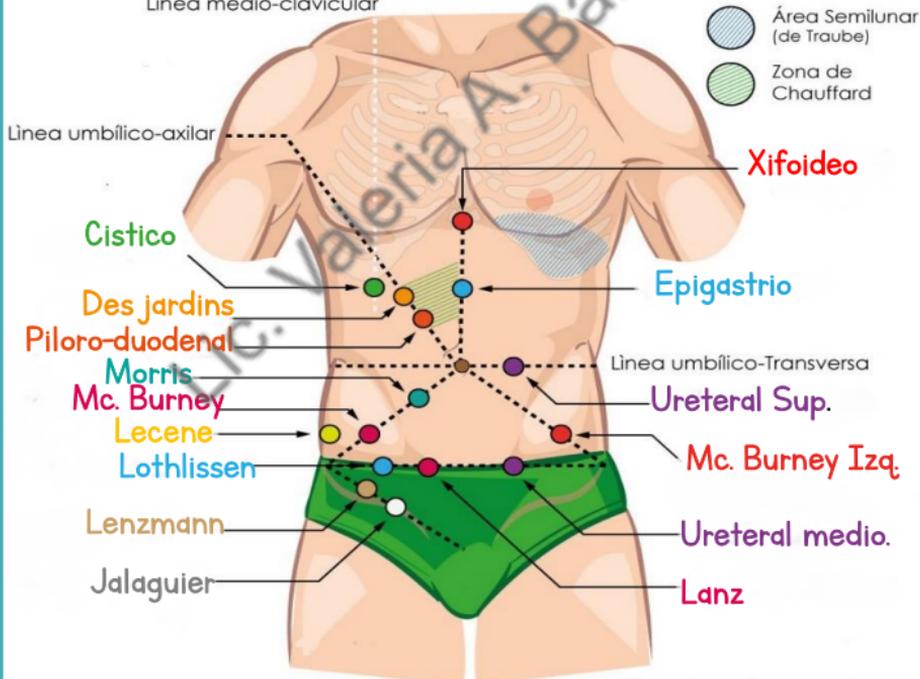
Hipogastrico: vejiga, útero

Fosa iliaca D ciego, apéndice, anexo derecho, ileon terminal

Fosa iliaca I: colon sigmoideo, anexo izquierdo



Linea medio-clavicular



PUNTOS DOLOROSOS ABDOMEN

VALDRACION

- ESCALA DE BRISTOL -

TIPO 1



Heces separadas, duras y pequeñas

TIPO 2



Heces alargadas, separadas, con de bultos

TIPO 3



Heces alargadas con grietas en la superficie

TIPO 4



Heces alargadas, lisas y blandas

TIPO 5



Trozos separados, blandos con bordes definidos

TIPO 6



Trozos blandos, separados, con bordes pegados

TIPO 7



Heces líquidas, sin trozos separados



Marrón: todo va bien



Blanca: falta de bilis o malabsorción grasas



Amarilla: hepatitis celiacúa o probl. biliar



Negra: exceso hierro o sangre digerida



Verde: tránsito intestinal rápido



Roja: presencia de sangre

VALORACION NEUROLOGICA

Estado mental

- Afecto, humor, aspecto, comportamiento e higiene.
- Habla clara y coherente.
- Alerta, letárgico, confundido, obnubilado o estuporoso
- Orientado en persona, lugar, tiempo y situación.

Motor

- Movimientos involuntarios, simetría muscular, atrofia.
- **Tono muscular:** flexión y extensión de muñecas, codos, tobillos y rodillas; una resistencia ligera y continua al movimiento pasivo es normal. Verifique si ha disminuido (flaccidez) o aumentado (rigidez o espasticidad) el tono muscular.
- **Fuerza motora:** haga que el Sa se mueva contra resistencia (véase Escala de fuerza muscular)

Reflejos

- **Reflejos tendinosos:** ver Escala
- **Babinski** (reflejo plantar): estimule la parte lateral de la planta de cada pie con un martillo de reflejos. La respuesta normal es flexión (retirada) de los dedos. El reflejo de Babinski positivo (anormal) se caracteriza por extensión del dedo pulgar y los demás en abanico.
- **Clono:** Sosteniendo la rodilla semiflexionada, haga una dorsiflexión rápida del pie. Oscilaciones rítmicas = clono positivo

VALORACION NEUROLOGICA

Sensitivo	<ul style="list-style-type: none">• Con el dedo y un palillo de dientes como instrumentos, pedir al Sa que distinga entre la sensación de afilado y de romo. Comparar el lado derech. con el izq. (el sujeto c/ cerrados los ojos).
Coordinación	<ul style="list-style-type: none">• Movimientos rápidos alternos: Indicar al Sa que toque la punta del dedo pulgar con la punta del dedo índice tan rápido como le sea posible.• Movimientos punta a punta: Indicar al Sa tocar su propia nariz y luego el índice del examinador en forma alternada, varias veces;• Prueba de Romberg: pedir al Sa que se mantenga de pie, con los pies juntos y los ojos cerrados durante 10s. Si hay inestable, es positivo e indica un problema vestibular o de la propiocepción.• Propiocepción: Estando el sujeto de pie, pedir que cierre los ojos y se toque la punta de la nariz con uno y otro índice, alternadamente.
Marcha/ equilibrio	<ul style="list-style-type: none">• Observar la marcha mientras del Sa.• Hacer que el Sa camine en punta-talón o sobre los talones, en línea recta.• Hacer que el Sa salte en el mismo lugar. Con uno y otro pie• Solicitar al Sa que haga una sentadilla.

ESCALA DE GLASGOW

RESPUESTA OCULAR	Espontáneamente	4
	Cuando se ordena	3
	Al dolor	2
	No responde	1
RESPUESTA VERBAL	Orientado. Conversa	5
	Desorientado. Confuso. Habla	4
	Pronuncia palabras inapropiadas.	3
	Emitte sonidos incomprensibles	2
	No responde	1
RESPUESTA MOTORA	Obedece órdenes	6
	Localiza el dolor	5
	Se retira y/o flexiona ante el dolor	4
	Flexión anómala (rígida)	3
	Extensión anómala (rígida)	2
	No responde	1

VALORACION

ESCALA DE GLASGOW

La puntuación de la escala de Glasgow debería descomponerse en sus diferentes elementos (p. ej., un Glasgow de 11 debería expresarse como E3V3M5).

VALOR (sobre 15ptos)

- **15**, consciente
- **13 a 14**, indica trauma o daño cerebral leve (estupor ligero)
- **9 a 12**, trauma o daño cerebral moderado. (9-10 estupor profundo; 11-12 estupor moderado)
- **3 a 8**, trauma o daño cerebral grave, comatoso. Requiere intubación. (7-8 coma superficial, 5-6 coma moderado, 3-4 coma profundo)

NIVEL DE CONCIENCIA

A (alerta)	En alerta, no requiere estimulación.
V (verbal)	Responde sólo a la estimulación verbal.
P (pain=dolor)	Responde sólo a la estimulación dolorosa.
U (unresponsive= no responde)	No responde a los estímulos

REFLEJOS OCULOCEFALICOS

Objetivo

- Valoración del reflejo del tallo cerebral en S₁ inconscientes o comatosos. **NO lo lleve a cabo si se sospecha de lesión de cuello**

Normal

- Los ojos se mueven en dirección opuesta a la rotación de la cabeza.

Anómalo

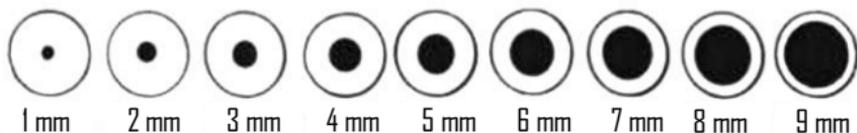
- Los ojos se mueven en la misma dirección de la rotación.
- La respuesta de ojos de muñeca anormal (negativa) podría indicar lesión cerebral grave o muerte cerebral.

REFLEJOS TENDINOSOS PROFUNDOS

0	Ausente
1+	Disminuido
2+	Normal
3+	Hiperactivo sin clono
4+	Hiperactivo con clonus

VALORACION

VALORACION PUPILAR



Miosis

Medias

Midriasis

Según el tamaño

Mioticas - diámetro <2m

Medias - diámetro 2-5m

Midriaticas - diámetro >5m

Según relación
entre ellas

Isocoricas - iguales

Anisocoricas - desiguales

Discoricas - forma irregular

Según respuesta
a la luz

Reactivas - contracción al
foco luminoso

Arreactivas - inmóviles al
foco luminoso

VALORACION NERVIOS CRANEALES

NERVIO		NOMBRE	FUNCION	PRUEBA
I	S	Olfatorio	olfato	Pedir al S.a que identifique de olores familiares
II	S	Óptico	Agudeza visual	Agudeza visual (optotipo)
			Campo visual	Visión periférica
III	M	Oculomotor	Reacción pupilar	Simetría y reactividad de pupilas.
IV	M	Troclear (patético)	Movimiento ocular	El Sa sigue el dedo del examinador con la mirada sin mover la cabeza
V	B	Trigémino	Sensación facial	Tocar la cara y valorar la sensibilidad a lo puntiagudo y lo romo
			Masticación	El Sa puede mantener la boca abierta.
VI	M	Abductor	Abducción del ojo	El Sa sigue el dedo del examinador sin mover la cabeza.

S, sólo sensitivo;

M, sólo motor;

B, sensitivo y motor.

VALORACION NERVIOS CRANEALES

NERVIO		NOMBRE	FUNCION	PRUEBA
VI I	B	Facial	Expresión facial	Que el Sa sonría, frunza el ceño, infle los carrillos
			Sentido del gusto	Que el Sa distinga sabores.
VI II	S	Auditivo	Adición	Tronar los dedos cerca del oído del paciente.
			Equilibrio	Que el Sa mantenga x 5s ojos cerrados, pies juntos y brazos a lados
IX	B	Glosofaríngeo	Deglución y vos	El Sa que trague y luego diga "ah".
X	B	Vago	Reflejo nauseoso	Con bajalenguas, estimular el reflejo nauseoso.
XI	M	Espinal accesorio	Movimiento del cuello	El Sa debe encojer hombros o voltear la cabeza al poner resistencia.
XI I	M	Hipogloso	Movimiento lingual	El Sa saca la lengua y la mueva de un lado a lado

S, sólo sensitivo; M, sólo motor; B, sensitivo y motor.

TIPOS DE DOLOR

NEUROPATICO

- Por estímulo directo del SNC o por lesión de las vías nerviosas periféricas.
- Es punzante y quemante. Acompañado de: parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia

NOCICEPTIVO

- Es el más frecuente. Se divide en somático y visceral
- **Dolor somático** es sordo, continuo, bien localizado, similar a pinchazo o presión. En músculos, piel, articulaciones,
- El **dolor visceral** debido a obstrucción de un órgano hueco es mal localizado, profundo y de tipo cólico y puede ser referido a un punto remoto de la piel.

NO SOMATICO (PSICOGENO)

- Interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo.
- No obedece a ningún patrón neurológico definido y suele ser resistente a cualquier tipo de tratamiento, sea farmacológico o quirúrgico que no tenga en cuenta su naturaleza psiquiátrica.

VALORACION DOLOR "ALICIPA"

A
(aparición) ¿Cuándo empezó el dolor; el inicio fue súbito o gradual?

L
(localización) Región o regiones sensibles

I
(Irradiación) ¿Se irradia (mandíbula, espalda, brazos, etc.)? ¿Hay síntomas relacionados (disnea, náusea, indigestión, fiebre, etc.)?

C
(características) Sordo, agudo, punzante, presión, superficial, profundo ¿Es similar a un episodio previo de dolor? ¿Constante o intermitente? ¿Duración? ¿Frecuencia?

I
(intensidad) Según escalas de dolor

P
(precipitación) Precipitación ¿Qué provoca el dolor (esfuerzo, inicio espontáneo, estrés, posprandial, etc.)? ¿Qué lo empeora (inspiración, palpación)?

A
(alivio) ¿Qué condición lo mejora (posición, no moverse)?

CARACTERISTICAS DEL DOLOR

	DOLOR AGUDO	DOLOR CRONICO
Inicio	Actual.	Continuo o intermitente.
Duración	< 6 meses.	> 6 meses.
Respuesta	↑ FC, FR, TA, diaforesis, dilatación pupilar, tensión muscular.	Rara vez se presenta
Relación c/ curación	Disminuye conforme se cura	Continúa mucho después de la curación.

DOLOR REFERIDO



ESCALAS DEL DOLOR

(EVA- ESCALA VALORACION ANALÓGICA)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Sin
dolor

Dolor
leve

Dolor
modera

Dolor
intenso

Dolor
muy
intenso

Dolor
insoportable

ESCALA FUNCIONAL
DEL DOLOR

0

Sin dolor

1

Tolerable, impide ninguna actividad

2

Tolerable, impide algunas actividades

3

Intolerable, puede usar el teléfono,
mirar tv, leer

4

Intolerable, no puede usar el
teléfono, mirar tv, leer

5

Intolerable, no puede comunicarse
por el dolor

VALORACION NUTRICIONAL

	Normal	Sugiere alteración
COMPOR-TAMIEN-TO	Alerta y receptivo, con actitud positiva.	Letárgico, actitud negativa
PESO	Acorde a su constitución	Peso alto o bajo
CABELLO	Brillante, sedoso, raíces fuertes y color uniforme	Opaco, escaso, se arranca fácil y sin dolor
OJOS	Claros y brillantes.	Conjuntiva pálida, enrojecimiento, sequedad.
LABIOS	Suaves	Secos, rojos e inflamados
LENGUA	De color rojo oscuro y ligeramente áspera, con un surco longitudinal.	De color rojo brillante o morada, inflamada o encogida, con varios surcos longitudinales

VALORACION NUTRICIONAL

	Normales	Sugiere alteración
DIENTES	Brillantes e indoloros	Caries, dolorosos, manchados o faltantes.
ENCIAS	Rosadas y firmes.	Esponjosas, sangrantes, retraídas
PIEL	Buen estado, suave, firme y sin sequedad excesiva	Eritema, inflamación, manchas, sequedad excesiva, heridas mal cicatrizadas
UÑAS	Rosadas y firmes.	Forma de cuchara, estriadas, base esponjosa.
MOVILIDAD	Postura erecta, buen tono muscular, camina sin dificultad	Atrofia muscular, deformidades esqueléticas, pérdida del equilibrio

También a través de índices:

- El de masa corporal ICM
- Relación cintura/cadera

VALORACION ANTROPOMETRICA

INDICE DE MASA CORPORAL

IMC [peso (kg)/talla ² (m)]	Clasificación de la OMS	Descripción popular
< 18.5	Bajo peso	Delgado
18.5 - 24.9	Adecuado	Aceptable
25.0 - 29.9	Sobrepeso	Sobrepeso
30.0 - 34.9	Obesidad grado 1	Obesidad
35.0 - 39.9	Obesidad grado 2	Obesidad
>40	Obesidad grado 2	Obesidad

FORMULA \rightarrow $ICM = \frac{\text{Peso corporal (en Kg)}}{\text{Talla x Talla (en m)}}$

CONTEXTURA CORPORAL

COMPLEXION	HOMBRE (CF)	MUJER (CF)
G (grande)	< 9,6	< 10,1
M (mediana)	9,6 - 10,4	10,1 - 11,0
P (pequeña)	> 10,4	> 11,0

FORMULA SCHULZ

(contextura física)

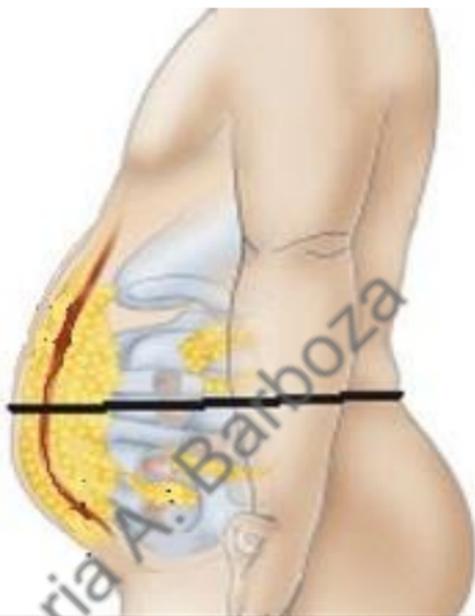
$$CF = \frac{\text{Talla (en cm)}}{CM (cm)}$$

CM: circunferencia de la muñeca

VALORACION

PERIMETRO ABDOMINAL

En centímetros



RIESGO Cardiovascular	HOMBRE	MUJER
Normal	< 95 cm	< 82 cm
↑ (alto)	95-101 cm	82-87 cm
Muy ↑	> 101 cm	> 87 cm

LIQUIDOS Y ELECTROLITOS

Ingesta y
gasto
normales

- **Ingesta:** 1 500 a 2 500 ml en un periodo de 24 h.
- **¡Recuerde!** ¡Un kilogramo ganado es un litro retenido!
- **Gasto:** 1 500 a 2 500 ml en un periodo de 24 h (40 a 80 ml/h), que incluye pérdidas imperceptibles.
- **Gasto mínimo de orina** de 30 ml/h.
- **Pérdidas insensibles** (respiración, sudor, heces) de 500 a 1 000 ml/día.

Sobrecarga
de líquidos

- **General:** Aumento de peso y edema.
- **Tegumentario:** Piel tensa y brillante.
- **Cardiovascular:** Hematócrito elevado, presión de pulso ensanchada, vaciado de venas de la mano > 5 s, edema pulmonar, insuficiencia cardiaca congestiva.
- **Urinario:** Poliuria, orina diluida (gasto urinario disminuido en insuficiencia renal).
- **Gastrointestinal:** Náusea y anorexia (edema intestinal).
- **SNC:** Confusión que se deteriora.

LIQUIDOS Y ELECTROLITOS

Déficit del volumen de líquido

- **General:** Pérdida de peso.
- **Tegumentario:** Poca turgencia cutánea, sequedad de las membranas mucosas.
- **Cardiovascular:** Aumento del hematócrito, presión de pulso estrecha, llenado de las venas de las manos >5 s, hipotensión postural, taquicardia en posición de pie.
- **Urinario:** Oliguria, concentración de orina.
- **Gastrointestinal:** Sed, anorexia (pérdida de flujo sanguíneo hacia el intestino), estrías longitudinales en la lengua.
- **SNC:** Confusión y desorientación.

BALANCE HIDRICO

$$\text{BH} = \text{INGRESOS (ml)} - \text{EGRESOS (ml)}$$

I: ingresos: suma de todos los líquidos ingresados al Sa x VO, IV, SNG, etc.

E: egresos: suma de todos los líquidos eliminados por el sujeto (orina, heces, vómitos, etc.)

$$\text{BH+ (positivo)} : I > E \quad \text{BH- (negativo)} : I < E \quad \text{BH neutro} : I = E$$

GASTO URINARIO/RITMO DIURETICO

$$\text{RITMO DIURETICO} = \frac{\text{Diuresis día (ml)}}{\text{Peso sujeto (Kg)}} : 24 \text{ h}$$

Es la cantidad de orina que produce un sujeto por cada kilogramo de peso corporal durante una hora (RD= ml/Kg/h)

RD normal: 1-2 ml/kg/h poliuria: > 2 ml/kg/h
 oliguria: < 1 > 0,5ml/kg/h anuria: < 0,5 ml/kg/h

ESCALA DE EDEMA	+1	<ul style="list-style-type: none"> • 2 mm de depresión que desaparece rápidamente. • Sin distorsión visible de la extremidad.
	+2	<ul style="list-style-type: none"> • 4 mm de depresión que desaparece en 10 a 15 segundos. • Sin distorsión visible de la extremidad.
	+3	<ul style="list-style-type: none"> • 6 mm de depresión que dura > 1 min. • Extremidad inferior parece inflamada.
	+4	<ul style="list-style-type: none"> • 8 mm de depresión que dura 2 a 3 min. • Extremidad inferior con edema intenso.

DESEQUILIBRIO ELECTROLITICO

DESEQUILIBRIO	S/S	CAUSAS
HIPERCALCEMIA Nivel de calcio sérico > 10.5 mg/dl	Debilidad, fatiga, náusea, anorexia, vómito, poliuria, estreñimiento, hormigueo en los labios, calambres musculares, confusión, ruidos intestinales hipoactivos.	Hiperparatiroidismo o cáncer, diuréticos tiazídicos, litio, insuficiencia renal, inmovilización, acidosis metabólica
HIPOCALCEMIA Nivel de calcio sérico < 8.5 mg/dl	Ansiedad, irritabilidad, contracciones en torno a la boca, convulsiones, hormigueo/entumecimiento de los dedos, diarrea, calambres abdominales/musculares, arritmias.	Ingesta insuficiente de vitamina D, albúmina baja, insuficiencia renal, intolerancia a la lactosa, enfermedad de Crohn, hipertiroidismo, ↑ magnesio, pancreatitis aguda.

DESEQUILIBRIO ELECTROLITICO

DESEQUILIBRIO	S/S	CAUSAS
<p style="color: red; font-weight: bold;">HIPERPOTASEMIA</p> <p>Nivel de potasio sérico > 5 meq/L</p>	<p>Debilidad, náusea, diarrea, sistema GI hiperactivo, debilidad y parálisis muscular, arritmias, mareo, hipotensión postural, oliguria.</p>	<p>Diuréticos ahorradores de potasio, AINE, insuficiencia renal, transfusiones múltiples, ↓ esteroides renales, sobredosis de suplementos de potasio</p>
<p style="color: red; font-weight: bold;">HIPOPOTASEMIA</p> <p>Nivel de potasio sérico < 3,5 mEq/L</p>	<p>Anorexia, náusea, vómito, fatiga, ↓ nivel de conciencia, calambres en las piernas, debilidad muscular, ansiedad, irritabilidad, arritmias, hipotensión postural, coma.</p>	<p>Anorexia, dietas de moda, ayuno prolongado, alcalosis, transfusión de glóbulos rojos congelados, succión prolongada mediante sonda nasogástrica.</p>

DESEQUILIBRIO ELECTROLITICO

DESEQUILIBRIO	S/S	CAUSAS
HIPERMAGNE- SEMIA Nivel de magnesio sérico > 2,7 mg/dl	Debilidad muscular y fatiga son los más comunes; náusea, vómito, enrojecimiento de la piel, diaforesis, sed, arritmias, palpitaciones, mareo.	↑ Ingesta de magnesio, enfermedad renal crónica, embarazadas tratadas con magnesio parenteral por preeclampsia, enfermedad de Addison.
HIPOMAGNE- SEMIA Nivel de magnesio sérico < 1,7 mg/dl	Diarrea, anorexia, arritmias, letargo, debilidad muscular, temblores, náusea, mareo, convulsiones, irritabilidad, confusión, psicosis, ↓ BP, ↑ HR.	Succión prolongada mediante sonda NG, diarrea, abuso de laxantes, desnutrición, alcoholismo, uso prolongado de diuréticos, DKA, digoxina.

DESEQUILIBRIO ELECTROLITICO

DESEQUILIBRIO	S/S	CAUSAS
<p style="text-align: center; color: red;">HIPERNATRE- MIA</p> <p>Nivel de sodio sérico > 145 mEq/L</p>	<p>Confusión, fiebre, taquicar-dia, BP baja, hipotensión postural, deshidratación, turgencia de la piel deficiente, mucosas secas, enrojecimiento.</p>	<p>Fiebre, vómito, diarrea, paciente con ventilador, quemaduras graves, sudoración profusa, diabetes insípida, diuresis.</p>
<p style="text-align: center; color: red;">HIPOPONATREMIA</p> <p>Nivel de sodio sérico < 135 mEq/L</p>	<p>Náusea, vómito, diarrea, calambres abdominales, dolor de cabeza, mareo, confusión, afecto aplanado, ↓ presión diastólica, ↑ HR, hipotensión postural, ↓ reflejos tendinosos profundos.</p>	<p>Uso de diuréticos, vómito, diarrea, quemaduras, hemorragia, fiebre, diaforesis, insuficiencia cardiaca congestiva, insuficiencia renal, hiperglucemia, ↑ ADH.</p>

VALORACION DE DESHIDRATACION

	LEVE	MODERADO	GRAVE
Estado de conciencia	Alerta	Letárgico	Obnubilado
Llenado capilar	<2 Segundos	2 a 4 Segundos	> a 4 Segundos
Mucosas	Normales	Secas	Agrietadas, resacas
FC	Ligeramente ↑	Aumentada	Muy aumentada
Pulso (caract)	Normal, pleno	Filiforme	Débil, impalpable
FR	Normal	Aumentada	Rápida, hiperpnea
TA	Normal	Ortostática	Disminuida
Turgencia de la piel	Normal	Lenta	Signo pliegue cutáneo positivo
Gasto urinario	disminuido	oliguria	Oliguria, anuria

VALORACION MUSCULOESQUELÉTICA Y EXTREMIDADES

AGARRE	<ul style="list-style-type: none"> • Simetría y fuerza: Pida al sujeto que apriete los dedos. • Valore fuerza de flexión y extensión de los pies.
CSM (circulación sensoria motora)	<ul style="list-style-type: none"> • Pulsos, llenado capilar, sensación y función motora.
UÑAS	<ul style="list-style-type: none"> • Cianosis, ángulo de desprendimiento, dedos en palillo de tambor
ROM (rango de movimiento)	<ul style="list-style-type: none"> • Limitaciones y dolor con el movimiento
EDEMAS	<ul style="list-style-type: none"> • Localizado versus difuso; partes declive y no declive
MTV (marcapasos transvenoso)	<ul style="list-style-type: none"> • Signo de Homans: Dolor en la pantorrilla con la dorsiflexión del pie. • NUNCA! dar masaje en una extremidad afectada! • S/S: Dolor, distensión venosa y sensibilidad localizada

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR

0	▪ Sin movimiento muscular
1	▪ Movimiento muscular pero sin movimiento articular
2	▪ Movimiento articular a favor de la gravedad
3	▪ Movimiento en contra de la gravedad, pero no de la resistencia.
4	▪ Movimiento en contra de la resistencia < de lo normal.
5	▪ Fuerza normal

VALORACION TEGUMENTARIA: PIEL

Color • Cianosis, enrojecimiento, palidez o ictericia.

T° • Fría, tibia o caliente

Humedad • Diaforesis, sudoración o sequedad excesiva

Turgencia (tonicidad) • Según el tiempo de retracción del pliegue cutáneo
• La turgencia deficiente puede ser indicio de deshidratación; puede ser normal en ancianos.

Edemas • Extremidades, sacro o en partes declive
• Facial o edema esclerótico.
• Bilateral versus unilateral.

Lesiones • Tipo de lesiones cutáneas,

VALORACION DE HERIDAS

- **Apariencia:** Color (rosado, sanando; amarillo, infección; negro, necrosis), desprendimiento, escaras, rayas longitudinales, etcétera.
- **Tamaño:** Medir largo, ancho y profundidad, en cm.
- **Incisiones:** Bordes aproximados, dehiscencia o evisceración.
- **Socavamiento:** Use un hisopo estéril para probar suavemente por debajo de los bordes hasta encontrar resistencia. Marque hasta donde llegó el aplicador.
- **Induración:** Firmeza anormal de los tejidos en los márgenes. Valore pellizcando suavemente el tejido distal al borde de la herida; si está indurado, no podrá.
- **Edema hístico:** Observe si el edema tiene fóvea o no.
- **Apariencia:** Color (rosado, sanando; amarillo, infección; negro, necrosis),
- **Granulación:** Rojo encendido, brillante y granulado, indicio de que la herida está sanando. Nota: El tejido poco vascularizado es rosado pálido, apagado o rojizo.
- **Drenajes:** Tipo (sanguíneo, seroso, purulento), cantidad, color y consistencia.
- **Olor:** El mal olor indica infección.
- **Estado:** ver escala

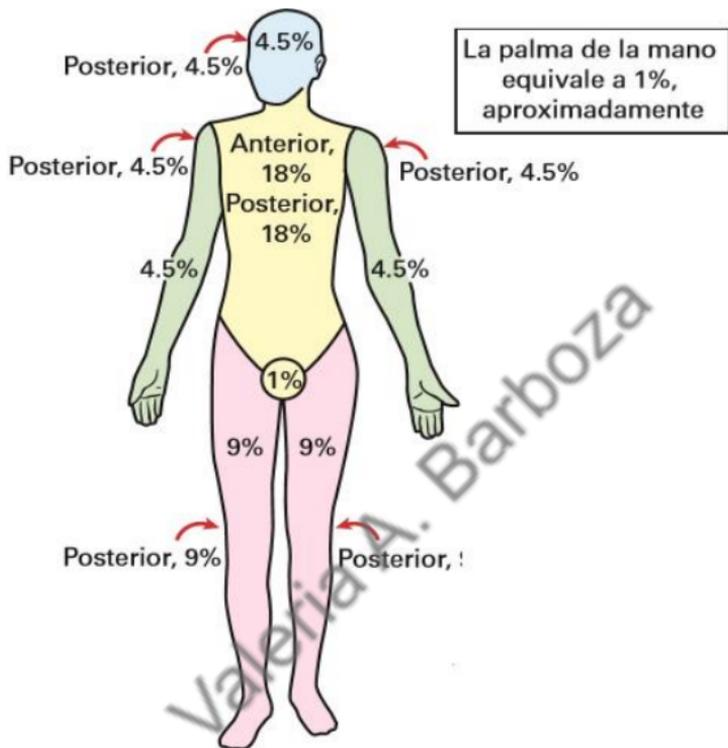
LESION POR QUEMADURA

	TIPO A grado 1º	TIPO AB-A Grado 2º superficial	TIPO AB-B Grado 2º profunda	TIPO B Grado 3º
AFECTACION	Epidermis	Epidermis Dermis papilar	Epidermis Dermis papilar y reticular	Epidermis Dermis Fascias, músculo y huesos
ASPECTO	Eritema Edema caliente	Eritema Flictema Vesícula Exudado	Blanco	Negro o blanco. Red venosa trombosada Piel acartonada

LESION POR QUEMADURA

	TIPO A grado 1º	TIPO AB-A Grado 2º superficial	TIPO AB-B Grado 2º profunda	TIPO B Grado 3º
DOLOR	Dolorosa (si el edema comprime terminaciones nerviosas)	Muy dolorosa (compresión de terminaciones nerviosas)	No dolorosa (destrucción terminaciones nerviosas)	No dolorosa (destrucción terminaciones nerviosas)
CURACION	Espontánea 4-10 días	Espontánea 7-14 días	Espontánea > 1 mes	Tratamientos quirúrgicos injertos
SECUELAS	No secuelas A veces pigmentación residual	Secuelas estéticas Hipopigmentación	Cicatriz retráctil con posible pérdida de fx	Cicatrices defectuosas

REGLA DE LOS 9 DE WALLACE



CABEZA Y CUELLO	9%
TRONCO ANTERIOR	18%
TRONCO POSTERIOR	18%
EXTREMIDAD SUPERIOR 9x2	18%
EXTREMIDAD INFERIOR 18x2	36%
AREA GENITAL	1%

VALORACIÓN DE QUEMADURA

- **ASCT** (área de superficie corporal total): cuente sólo las quemaduras de 2^o y 3^o
- **Edad** del S.a (edad + TBSA = % de probabilidad de mortalidad).
- **Lesiones pulmonares** (inhalación de humo, vapores tóxicos).
- **Lesiones relacionadas** (quemadura de vías aéreas y otros traumatismos).
- **Quemaduras químicas/eléctricas**, envenenamiento por monóxido de carbono.
- **Enfermedades preexistentes** (potencial de exacerbación).

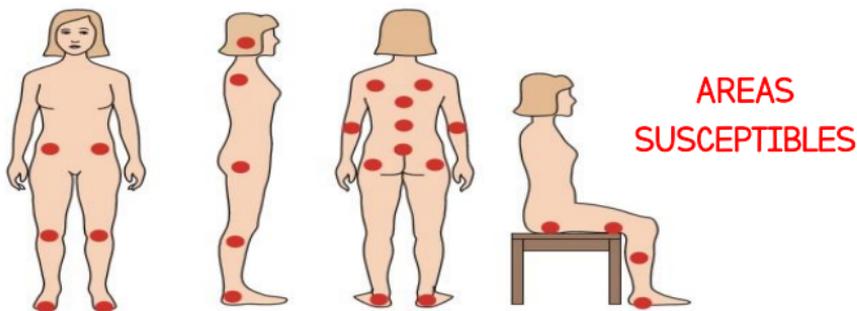
CLASIFICACION SEGÚN EXTENSION

BENIGNAS	Menos del 10% de la superficie corporal quemada (SCQ)
GRAVES	10% al 33% de la SCQ
MUY GRAVES	Mas del 33 % SCQ
MORTALES	Mas del 50% SCQ

ESTADIO DE LAS ÚLCERAS POR PRESION

I	<ul style="list-style-type: none">• Intacta, área eritematosa sin blanqueamiento.• Indica potencial de ulceración
II	<ul style="list-style-type: none">• Interrupción de la epidermis, dermis o ambas.• Se presenta como abrasión, ampolla o cráter muy superficial
III	<ul style="list-style-type: none">• Cráter de espesor total que implica daños, necrosis o ambos hasta la fascia, pero sin penetrarla.
IV	<ul style="list-style-type: none">• Espesor total similar al estadio III, pero con penetración de fascia y afectación de músculo y hueso.• Posible socavamiento.

Nota: A las úlceras cubiertas de escaras que no pueden ser clasificadas sin desbridamiento suele llamárseles de **estadio V**.



VALORACIÓN ESTADO MENTAL

- **Aspecto:** Aseo, higiene, postura y contacto visual. Correlación entre aspecto, etapa del desarrollo y edad.
- **Actitud general:** Cooperativo, no cooperativo, amistoso, hostil, defensivo, en guardia, apático.
- **Estado de ánimo:** Deprimido, triste, ansioso, temeroso, inestable, irritable, exaltado, eufórico, culpable, desesperado.
- **Actividad motora:** Temblores, tics, peculiaridades, gestos, marcha, hiperactividad, inquietud, agitación, ecopraxia, rigidez, agresividad
Trastornos sensitivos/de percepción: Alucinaciones (auditivas, visuales, táctiles, olfatorias, gustativas). Ilusiones (despersonalización, pérdida de la realidad).
- **Afecto:** Congruente con el estado de ánimo, plano, inapropiado.
- **Cognitivo:** Estado de alerta, orientación, memoria, pensamiento abstracto.
- **Patrón de habla:** Afasia, volumen, trastornos, tartamudeo.
- **Proceso de pensamiento:**
 - ✓ **Forma de pensamiento:** Tangencial, ensalada de palabras, neologismos, ecolalia, lapso de atención.

VALORACIÓN ESTADO MENTAL

- ✓ **Contenido del pensamiento:** Delirante, suicida, homicida, obsesivo, paranoide, suspicaz, religioso, fóbico, mágico.
- **Control de impulsos:** Agresión, miedo, culpa, afecto, sexual.
- **Juicio/introspección:** Toma de decisiones, resolución de problemas, copia

PAUTAS DE SEGURIDAD

- **Seguridad:** ¡Su seguridad SIEMPRE es lo primero!
- **Alerta:** Esté atento a indicios no verbales de agresión o violencia; puños cerrados, caminar de un lado a otro, elevar el tono de voz, respiración agitada, proferir palabras ofensivas, amenazas verbales, armas, mirada fija con ojos muy abiertos.
- **Salida:** Colóquese siempre entre el Sa y la salida. Nunca permita que el Sa bloquee sus medios de escape.
- **Asertividad:** Haga patentes sus límites, delimítelos y cumpla. Evite discutir o negociar con los Sa

BIBLIOGRAFIA

- **Barboza Valeria** (2021). *Manual de Prácticas clínicas. Enfermería*. Argentina. Impresión artesanal de Ohmynurse
- **Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S.** (2013). *Fundamentos de enfermería*. México: McGraw-Hill.
- **Myers, E.** (2011). *Notas de enfermería* (3rd ed.). México D.F: McGraw-Hill.
- **Du Gas, B.,** (1985). *Tratado de enfermería práctica* (4ta edición). México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- **Hernández-Navarrete E.** (2017) Algoritmos NNN Proceso enfermero y Planes de Cuidado de Enfermería para unificar criterios fácil. México

Prohibida la reproducción total o parcial de las tarjetas de referencia Flashcards de VALORACION de Enfermería, mediante cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, sin permiso de la autora.

OCTUBRE-2021

Primera edición Berisso. Argentina

Diseño Ohmynurse.Sweet!

Encuadernación artesanal



Las **Flashcards Valoración de Enfermería** son un conjunto de tarjetas de referencia diseñadas para guiar, ayudar y facilitar la etapa de recolección de datos en el proceso de atención de Enfermería.

Son muy prácticas y están dirigidas especialmente a estudiantes de la carrera básica, así también a Enfermerxs que quieran mejorar su práctica profesional diaria.

El contenido incluye recuadros de texto, esquemas conceptuales, gráficos, dibujos, tablas, valores normales y alteraciones, escalas de valoración, mnemotécnicas, etc.

Forman parte de la colección de recursos educativos de Ohmynurse.Sweet!

