

Centro educacional Fernando de Aragón.
Enseñanza media.
Técnico profesional.
Atención de enfermería.

GUÍA SÍNTESIS PARA EL APRENDIZAJE

Fecha: 23/11/2020 – 04/12/2020

Nombre del alumno:

Curso:

Asignatura: Sistema de Registro e Información en Salud

Objetivo de la clase: Recordar conceptos sobre ficha clínica y exámenes físicos aplicables en la atención de salud.

Objetivo de aprendizaje: Registrar información, en forma digital y manual, relativa al control de salud de las personas bajo su cuidado, y relativa a procedimientos administrativos de ingreso, permanencia y egreso de establecimientos de salud o estadía, resguardando la privacidad de las personas.

Ficha Clínica

La ficha clínica es el documento más importante de un servicio hospitalario y de cualquier Centro de Salud, en el cual se registra la historia médica de una persona y su proceso de atención médica. Es un documento reservado y secreto, de utilidad para el enfermo, los médicos tratantes, el establecimiento, la investigación, la docencia y la justicia.

El objetivo general de la ficha clínica es mantener un registro fidedigno sobre la condición de salud de un paciente el cual deberá ser de fácil acceso y debe contener diferentes tipos de informaciones en diferentes tipos de formato de acuerdo a la necesidad, prioridad y accesibilidad de salud que requiera el paciente.

Las fichas clínicas pueden ser solicitadas en:

- Atención de pacientes en consultorios de CRS
- Atención de pacientes en Unidad de Urgencia del Adulto y Urgencia Gineco Obstétrica.
- Atención de pacientes para tratamientos y/o procedimientos ambulatorios.
- Atención de pacientes para hospitalización
- Investigación y docencia
- Trámites para beneficios económicos o procesos judiciales
- Otros caso autorizados por la dirección de la institución
- Entre otros

Exámenes Físicos y Escalas de Valoración

El examen físico que se realiza a un paciente puede revelar enfermedades o fenómenos anormales producidos en el cuerpo humano. Para realizar el examen físico, es necesario recopilar información la cual se puede obtener a través de los sentidos como la vista, el tacto, el oído e incluso el olfato. Es necesario considerar otros factores como, por ejemplo; el peso, la estatura, la presión arterial y la temperatura corporal a la información obtenida mediante un examen físico directo. Aunque también se pueden realizar

diferentes exámenes tales como examen de sangre, endoscopia, radiografía, biopsia, etc. con el fin de utilizar la información recopilada como un material complementario. El examen físico puede proporcionar información valiosa la cual se utilizará para generar un posible diagnóstico.

Los principales exámenes físicos son:

- La examinación: nos centramos en los aspectos generales de la persona, su actitud, su crecimiento y cómo se comunica. Todo inicia con el primer contacto con el paciente (la entrevista)
- La palpación: Usando nuestras manos, tocando con los dedos, de forma delicada, podemos recopilar mucha información.
- La percusión (directa e indirecta): Percutir es dar golpes. Estos a su vez producen sonidos que son audibles y vibraciones que son palpables.
- La auscultación (directa e indirecta): La auscultación permite escuchar el ruido generado en el cuerpo.

Examen Físico General

El examen físico general mide diferentes aspectos, el cual nos permite conocer la condición y estado actual del paciente. Se divide en Estado de Conciencia, comportamiento, motricidad, estado de la piel y mucosas.

Criterios de evaluación: Realizar una entrevista previa, el examen físico, debe comenzar con la identificación de la persona. Pregunte nombres y apellidos y consultar cómo quiere que lo llamen. El examen físico comienza desde el momento en que se saluda a la persona usando la técnica de la observación.

Escala de Norton

Escala utilizada para valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar úlceras por presión con el objeto de poder determinar un plan de cuidados preventivos. Incluye 5 aspectos a valorar: Estado Físico General (Nutrición, Ingesta de Líquidos, Temperatura corporal e Hidratación), Estado Mental, Actividad, Movilidad e Incontinencia.

Escala de Braden

Escala de Braden es una escala de riesgo del paciente que se aplica a diariamente para valorar y prevenir la aparición de UPP, se aplica según Protocolo del Establecimiento de Salud. Esta escala se divide en 6 aspectos: Percepción sensorial, Humedad, Actividad, Movilidad, Nutrición, Fricción y Rozamiento.

Examen Físico Segmentario Céfal – Caudal

Es un procedimiento metódico y cuidadoso que se utiliza para recopilar datos los cuales se complementan con la entrevista realizada previamente al paciente. Tiene por objetivo obtener información necesaria para realizar una buena valoración. Nos orienta sobre el área o región del organismo en la cual debemos poner especial atención. Sus objetivos son reunir datos sobre la condición física del paciente, complementar, confirmar o contradecir los datos obtenidos en la entrevista al paciente, confirmar e identificar diagnóstico, realizar análisis clínicos sobre los cambios y el control del estado de salud de un paciente, evaluar los resultados fisiológicos de los cuidados en la atención de salud. Se evalúa al paciente desde la cabeza hasta las extremidades superiores e inferiores.

Escala de Glasgow

La Escala de Coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale “GCS”) es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona. Se caracteriza por ser simple, objetiva y rápida al momento de aplicarla en el paciente. La evaluación del nivel de conciencia es el parámetro más importante que debe tenerse en cuenta al momento de aplicar la escala.

Escala Visual Analógica del Dolor

Esta escala se utiliza para medir o valorar el dolor que presenta un paciente, los profesionales de la salud utilizan una escala o instrumento de valoración denominada EVA (Escala Visual Analógica), cuyo objetivo es medir la intensidad de dolor que tiene una persona, en un determinado momento. Es importante mencionar que el dolor es algo subjetivo debido a que interviene la parte emocional, psicológica y hormonal del paciente.

Examen de Reflejo Pupilar

La valoración pupilar es una parte importante de la exploración neurológica. Para su realización se mide la forma, tamaño y simetría, así como la respuesta a estímulos lumínicos de la pupila (es el orificio que se encuentra en el centro del ojo rodeado por el iris). Los objetivos a alcanzar con la exploración neurológica son esclarecer si existe algún tipo de alteración o lesión funcional en el sistema nervioso central o periférico, indicar su topografía (lugar anatómico donde se sitúa), y averiguar el origen o causa de la alteración. Durante el examen ocular las pupilas son valoradas por su forma, tamaño, simetría y respuesta a la luz. Se divide en:

- Isocórica: Igualdad en el tamaño de ambas pupilas.
- Miosis: Una miosis “puntiforme” se produce cuando existe una contracción de la pupila del ojo.
- Midriasis: Es la dilatación de la pupila
- Anisocoria: Condición ocular que hace que las pupilas se vean de diferente tamaño, ya sea por contracción (miosis) o dilatación (midriasis).

Actividad

1. Realice un mapa conceptual con toda la materia vista en esta guía de síntesis.
2. Nombre el listado de derechos y deberes del paciente en la atención de salud
3. Complete el siguiente cuadro

TIPO DE PUPILA	¿Por qué se produce? ¿Qué condición de salud se puede deducir?
Isocórica	
Miosis	
Midriasis	
Anisocoria	