



Bloque 3: Exploraciones Del Paciente, Control De Constantes, Eliminaciones Del Paciente y Recogida De Muestras Biológicas.



Tema 13

El Auxiliar de Enfermería en la preparación del paciente para su exploración.



1. Introducción y conceptos.

Cuando un paciente es atendido por un médico en una consulta, éste suele comenzar escuchándole y realizándole una serie de preguntas. En principio, se interesa por el estado actual: ¿qué le ocurre?, ¿desde cuándo? ... A continuación le preguntará por aspectos tales como: edad, enfermedades que ha padecido, alergias conocidas, antecedentes familiares, etc.

Todo este interrogatorio junto con las respuestas recibe el nombre de anamnesis, todos estos datos los registrará el médico en la hoja correspondiente de la historia clínica, que se compone de varios documentos: hoja de anamnesis, hoja de exploración, hoja de pruebas complementarias,...

La exploración médica es el conjunto de métodos empleados para determinar el estado de salud del paciente. La exploración se hace porque, en la mayoría de los casos, la anamnesis no es suficiente para conocer el estado del paciente; la exploración y la anamnesis se complementan, ambas son necesarias.

La exploración puede realizarse en diferentes sitios y en distintas circunstancias:

Paciente que acude a su médico de cabecera: la exploración se realiza en la consulta del médico.

Paciente hospitalizado: la exploración puede realizarse en la unidad del paciente o en el cuarto de exploración de la planta.

2. Tipos de exploración

2.1 Exploración manual.

Es aquella en la que el médico no utiliza ningún instrumento o aparato, aunque si va a hacer uso de algo muy sofisticado: "sus sentidos y el sentido común". Distinguimos tres fases:

Inspección: Es la observación cuidadosa del paciente (sentido de la vista y olfato)

Palpación: El médico utiliza sus manos para tocar, comprimir y movilizar distintas zonas del cuerpo del paciente, (sentido del tacto).

Percusión: Consiste en golpear con los dedos de la mano diferentes partes del cuerpo, atendiendo al tipo de sonido que produce, (sentido del oído).

2.1.1 Exploración instrumental.

El médico se ayuda de instrumentos o aparatos de mayor o menor complejidad para realizar la exploración.

El método de exploración instrumental más habitual es la auscultación, que consiste en escuchar los sonidos procedentes del interior de nuestro cuerpo, utilizando el fonendoscopio y el estetoscopio.

2.1.2 Exploración física

La exploración física es el conjunto de técnicas de exploración manual e instrumental. Como resultado de la anamnesis y de la exploración física, el médico podrá detectar en el paciente



síntomas y signos, y, aunque estos términos son utilizados en el lenguaje coloquial frecuentemente como algo sinónimo o muy parecido, no es así, por lo que distinguiremos como:

Síntoma: La manifestación de una alteración apreciable únicamente por el paciente.

Signo: La manifestación o alteración apreciable por la persona que realiza la exploración.

Cuando al paciente se le realiza una anamnesis y una exploración física, y, si los síntomas y signos detectados no son suficientes para conseguir el diagnóstico, el médico puede recurrir a otras técnicas instrumentales más sofisticadas (análisis, radiografías, ecografías, electrocardiograma, etc.) que se conocen con el nombre general de pruebas complementarias, a continuación describimos algunas de ellas, comunes a diferentes sistemas y aparatos del cuerpo humano:

3. **Radiografía.**

Método exploratorio por medio de los rayos X. Nos proporcionan imágenes de algunos órganos, sistemas o partes del organismo de forma no invasiva. Así, es posible modificar un diagnóstico o hacer la modificación de un tratamiento sin necesidad de someter al paciente a la cirugía.

También da la posibilidad de dirigir con exactitud agujas y catéteres a través del interior del organismo, tanto para el diagnóstico, como para el tratamiento de algunas patologías.

Las radiografías simples se pueden realizar de huesos, cráneo, abdomen, tórax, dientes. Las radiografías de contraste consisten en introducir, en alguna de las cavidades a explorar del organismo, sustancias radiopacas (bario, bismuto, etc.) para hacer que la cavidad que se rellena destaque con mayor claridad y se puedan detectar las alteraciones.

4. **TAC - Tomografía axial computarizada**

Técnica radiológica que proporciona una imagen transversal (corte) de una parte del organismo. Una serie de estas imágenes transversales, enfocadas a diferentes profundidades, permite la elaboración de un perfil de partes del cuerpo que en una película de Rx quedarían ocultas por otras estructuras, por lo que la calidad de imagen obtenida es bastante superior a una Rx. simple.

5. **Biopsia.**

Pruebas diagnósticas que consisten en la extracción de células o tejido para examinar al microscopio. La mayoría de ellas se realizan mediante intervenciones menores que no necesitan sedación del paciente, aunque en algunos casos es precisa la utilización de anestesia (dependiendo del grado de la intervención).

Estos métodos son bastante precisos y diagnostican muchas enfermedades, incluido el cáncer.

6. **Ecografía**

Técnicas diagnósticas que se basan en que determinadas ondas sonoras de muy alta frecuencia al atravesar el cuerpo generan ecos, y éstos, al ser detectados y analizados, generan una imagen de los órganos internos.

Se trata de una técnica inofensiva e indolora.



Los ultrasonidos atraviesan con facilidad los tejidos blandos y los líquidos orgánicos, siendo de gran utilidad para el examen de órganos llenos de líquido (útero en estado de gestación) y órganos blandos (hígado). Las ondas ultrasónicas no atraviesan los tejidos óseos ni los gases.

Se pueden realizar ecografías de corazón (ecocardiograma), ecografías abdominales (para visualizar los órganos de la cavidad abdominal), ecografías del aparato urinario y aparato genital masculino y femenino, etc.

7. Endoscopia.

Consiste en el examen de una cavidad corporal por medio de un instrumento óptico en forma de tubo, dotado de una fuente de luz y lentes que se introducen en una cavidad del cuerpo con el propósito de diagnosticar y poder tratar ciertas enfermedades. Dicho instrumento se llama endoscopio.

Es una técnica con un riesgo bajo y sólo en algunos casos precisa de anestesia general. Se puede acoplar al endoscopio una cámara de video, que, además de observar, permite grabar para hacer un análisis más exhaustivo.

Los endoscopios pueden ser rígidos o flexibles y se utilizan tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de un tumor o cualquier otro proceso en estómago, vejiga, pulmón u otro órgano accesible. Al ser una técnica inofensiva, permite su realización con cierta regularidad, siendo una técnica muy utilizada.

8. Funciones generales del Auxiliar de enfermería en la exploración

La ayuda que presta el AE en la exploración, exige su presencia durante todo el tiempo que ésta dure. Sabemos que la exploración puede variar, dependiendo del tipo de alteración, no obstante, en toda exploración debemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- 1- Antes de comenzar la exploración, en muchas ocasiones, se pesa y se talla al paciente.
- 2- Debemos informarnos del tipo de exploración que se va a realizar, y prepararemos el material adecuado a la misma.
- 3- Comprobaremos las condiciones ambientales del lugar donde se realiza la exploración: temperatura agradable, buena iluminación y evitar las corrientes de aire.
- 4- Nos lavamos las manos y utilizamos los guantes, para evitar infecciones y como medida de protección del AE.
- 5- Informar al paciente de que va a ser explorado y solicitamos su colaboración. 6- Cuidaremos de la intimidad del paciente. En su caso, colocaremos un biombo o cortina; si procede, lo ayudaremos a desvestirse, y lo cubriremos con sábanas o sabanillas, dejando únicamente expuesta la zona que el médico va explorando en cada momento.
- 7- Ayudaremos al paciente a adoptar la posición adecuada al tipo de exploración. 8- Estaremos pendientes de ofrecer al médico el material que nos solicite.
- 9- Procuraremos tranquilizar y apoyar psicológicamente al paciente durante la exploración, estableciendo una buena comunicación con él.



- 10- Una vez terminada la exploración, recogeremos el material y limpiaremos el no desechable, dejando la sala en perfectas condiciones, para una nueva exploración.
- 11- Si se ha realizado una toma de muestras, éstas deberán ser correctamente rotuladas e identificadas, para remitirlas al laboratorio.

9. Consideraciones especiales en la preparación del paciente para pruebas diagnósticas.

- ✓ El auxiliar de enfermería debe intervenir y colaborar con el personal médico y de enfermería en las diferentes técnicas diagnósticas de la siguiente manera:
- ✓ Explicar al paciente en que consiste la prueba, prepararlo y colocarlo en la posición más adecuada.
- ✓ Si la prueba precisa que el paciente esté en ayunas, el auxiliar le informará y explicará desde qué hora no debe ingerir alimento e informará al personal de la planta.
- ✓ Si es necesario, se preparará la zona mediante lavado, rasurado, preparación estéril, etc.
- ✓ Si es necesario seguir una dieta especial o ingerir algún preparado antes de la prueba, se deben dar las explicaciones oportunas hasta comprobar que ha sido comprendido por el paciente.

A modo de ejemplo, y, en términos generales, (pues cada centro posee protocolos diferentes), citaremos algunas indicaciones específicas:

- a) **Ecografía abdominal:** el paciente debe estar 6 horas en ayunas.
- b) **Ecografía vesical/ vésico-prostática:** el paciente debe beber abundante líquido con objeto de llenar la vejiga para poder visualizar bien.
- c) **En las exploraciones de intestino delgado y colon:** se aplicarán enemas de limpieza la noche anterior hasta asegurarse que el contenido intestinal queda totalmente limpio.
- d) **En las flebografías, colangiografías y TAC:** el paciente estará en ayunas desde 8 horas antes de la prueba.
- e) **Para la obtención de muestras sanguíneas:** el paciente debe estar en ayunas desde la noche anterior.
- f) **En las exploraciones de riñón:** no beberá agua desde las 24 horas antes.
- g) **En la colecistografía, colangiografía, estudio gastroduodenal y de colon:** desde el día anterior deberá tomar una dieta especial.

10. Posiciones anatómicas del paciente en la exploración

A continuación vamos a describir cada posición, el modo correcto de cubrir al paciente para preservar su intimidad y los usos más habituales de cada una.

- 1- **Decúbito supino horizontal:** Esta posición consiste en que el paciente esté acostado “boca arriba” sobre una superficie horizontal, para la exploración no se precisa que ninguna parte del cuerpo descansa sobre almohadas, y cubrimos al paciente con dos sábanas: una sobre



el tórax y, otra, sobre el abdomen y las extremidades inferiores. Se utiliza para una exploración física general.

2- **Decúbito supino dorsal:** En este caso, el paciente también está “boca arriba”, pero bajo la cabeza se coloca una almohada, las rodillas están flexionadas y algo separadas y se apoya la planta de los pies en la camilla/cama. Cubrimos al paciente con dos sábanas, igual que en el caso anterior. Se utiliza para exploraciones de recto, vagina y periné.

3- **Decúbito prono:** En esta posición, contraria a la anterior, ya que en ella el paciente se encuentra acostado con la parte delantera del cuerpo en contacto con la superficie de apoyo, no se precisa que ninguna parte del cuerpo descansa sobre almohadas, cubriremos al paciente con una sábana desde la nuca hasta los pies. Es utilizada para exploraciones de la espalda y en intervenciones en las que el acceso quirúrgico es posterior.

4- **Decúbito lateral:** Es una variante de las anteriores en la que el paciente descansa sobre el lateral de su cuerpo, conocida también como “posición de seguridad”, normalmente se deja

una almohada bajo la cabeza y se cubre al paciente con dos sábanas: una que va sobre el tórax y el abdomen y, otra, sobre la pelvis y las extremidades inferiores. Es muy poco utilizada en la exploración

5- **Posición semiprona o de Sims:** Es una posición intermedia entre el decúbito prono y el lateral, dependiendo de qué lado del paciente esté apoyado en la camilla/cama será Sims izquierda o Sims derecha. Sólo describiremos una de ellas, puesto que lo único que cambia es el lado de apoyo. En la posición semiprona izquierda o Sims izquierda: la extremidad superior izquierda se encuentra extendida por detrás del tronco y ligeramente separada de él, la extremidad superior derecha está flexionada en el codo, con la palma de la mano apoyada sobre la camilla y próxima a la cara. La extremidad inferior izquierda está semiflexionada, pero la derecha se flexiona en la cadera y en la rodilla; el cuerpo quedará apoyado en el hombro izquierdo, flanco izquierdo, cadera izquierda, extremidad inferior izquierda y rodilla derecha, se cubrirá al paciente con dos sábanas, como en el caso anterior. Esta posición (derecha e izquierda) se suele utilizar para la exploración rectal. La posición de Sims izquierda es la que se indica para la administración de enemas y la realización de sondajes rectales.

6- **Posición de Fowler:** En ella el paciente se encuentra semi-sentado, se puede decir que es como el decúbito supino dorsal, pero con el paciente incorporado hacia delante, con la parte superior de la camilla inclinada en un ángulo de 45° y según ese ángulo de inclinación de la parte superior de la camilla distinguiremos: Posición de Semi-Fowler, un ángulo de 30° y Posición de Fowler alta, un ángulo de 90°. Cubriremos al paciente con una sábana y, en ocasiones, se puede poner una almohada bajo las rodillas. Se utiliza para la exploración de ojos, fosas nasales, oídas, boca, cuello y tórax.

7- **Posición de Roser:** Es muy parecida al decúbito supino horizontal, sólo que la cabeza “cuelga” por fuera de la cabecera de la camilla, quedando el cuello hiperextendido, los hombros quedaran apoyados en la camilla pero coincidiendo con el borde de la cabecera. Cubriremos al paciente con una sábana desde los hombros hasta los pies. Se utiliza en la exploración de la faringe y laringe, para intubación endotraqueal y en algunas cirugías de cuello.



- 8- **Posición de Trendelenburg:** Como la palabra es tan larga, muchas personas se refieren a esta posición como “tren”, es frecuente oír. “el paciente debe estar en tren” Es una posición equivalente al decúbito supino horizontal, lo que cambia es la posición de la camilla que estará inclinada formando un ángulo de 45° con el suelo quedando la cabeza del paciente situada en la parte más baja del plano inclinado y los pies, por tanto, quedarán más altos que la cabeza; no se coloca almohada debajo de la cabeza del paciente, pero para evitar que se deslice por la camilla, podremos sujetarlo colocando una pequeña almohada o cojín en cada hombro. Normalmente, se cubre al paciente con una sola sábana. Se indica para casos de cirugía de órganos pélvicos (vejiga, útero,..) y situaciones en las que se pretenda aumentar el flujo sanguíneo al encéfalo (hemorragia, shock,...).

Existen dos variantes:

- **La posición de Trendelenburg modificada**, en la que no se inclina toda la camilla, sólo su parte inferior, que se eleva 45°. En la parte horizontal se apoyan la cabeza, el tronco y la pelvis, y, en la parte inclinada se apoyan las extremidades inferiores, es parecido a lo que hacemos cuando alguien se desmaya “para que llegue más sangre a la cabeza”.
- **La posición de Trendelenburg regular:** La camilla se inclina del mismo modo que en la posición anterior, la diferencia está en la localización de las zonas de apoyo, colocando la cabeza y el tronco en la posición horizontal y en la parte inclinada se apoyan la pelvis y las extremidades inferiores.

- 9- **Posición de Moretín o Trendelenburg inversa:** Suelen referirse a esta posición como “antitren”. Es idéntica a la posición de Trendelenburg, lo único que cambia es la orientación del paciente en la camilla. La camilla se inclina en bloque 45°, de modo que la cabeza se sitúa por encima de los pies. Cubriremos al paciente con una sábana. Tiene muy poco uso, generalmente, para mejorar el aporte sanguíneo de las extremidades inferiores y para facilitar la expansión del tórax.

- 10- **Posición Genupectoral o Mahometana:** En este caso, el paciente apoyará las rodillas y la parte superior del tórax en la camilla, (muy parecido a la postura de oración de los musulmanes), la cabeza está ladeada y una mejilla descansa sobre una almohada, la misma donde se apoya el pecho, las palmas de las manos estarán apoyadas en la camilla y colocadas por delante de la cabeza, los antebrazos se flexionan ligeramente con respecto a los brazos y también se apoyan sobre la camilla, las rodillas se apoyan ligeramente separadas y los muslos forman con las piernas un ángulo recto. Se cubrirá al paciente con dos sábanas: una sobre el cuello y la espalda y, la otra, sobre las nalgas y las extremidades inferiores. Se utiliza para la exploración del recto y vagina. Debemos prestar buena atención para evitar que el paciente sienta la sensación de ridículo e incomodidad que suele ocasionar esta posición.

- 11- **Posición Ginecológica o de Litotomía dorsal:** Es similar a la posición de decúbito supino dorsal, con la particularidad de que en ella, las piernas se abren un poco más y se sujetan con unos estribos al efecto. Se cubrirá al paciente con dos sábanas, una para el tórax y abdomen y la otra cubrirá desde la cintura hasta los pies. Es la típica posición que se utiliza para dar a luz.



OPOSANIDAD
TU WEB DE OPOSICIONES

Valorada como la mejor web de preparación de Oposiciones de Sanidad



OPOSANIDAD
TU WEB DE OPOSICIONES