

RESUMEN TEMA 6

TEMA 6. TÉCNICAS DE PREPARACIÓN A LA EXPLORACIÓN MÉDICA

Técnicas de preparación a la exploración médica

La exploración médica es un conjunto de métodos de exploración, efectuados por el médico para determinar el estado de un individuo.

Esta exploración puede ser:

- **Exploración física o manual;** llamado examen físico, es la que realiza el médico sin necesidad de ningún tipo de material o aparatos (mediante la observación de signos, la palpación o percusión).
- **Exploración instrumental;** es la que se realiza con aparatos más o menos complicados (oftalmoscopio, otoscopio, rayos X, TAC, RMN...).

1

Técnicas de exploración: el examen físico

Mediante el examen físico se identifican los signos de enfermedad o normalidad presentes en el organismo. Para captar como es el 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 es posible efectuar exámenes de laboratorio, endoscópicos, de imágenes o biopsias, lo que siempre debe estar disponible por sus resultados inmediatos y su bajo costo, es la capacidad del médico de efectuar un buen examen físico. Esto nunca debe faltar.

Las etapas que se siguen para efectuar el examen físico son las siguientes:

Inspección

Esta parte del examen físico comienza desde el momento en que vemos al paciente por primera vez. Al principio la atención se centra en su aspecto general, su actitud, como se desenvuelve, como se comunica. Todo esto ocurre mientras se entabla el primer contacto y luego mientras transcurre la conversación. Posteriormente, cuando se efectúa el examen físico, la observación se dirige a aspectos más específicos.

Auscultación

Mediante la auscultación se escuchan ruidos que se generan en el organismo.

Estos pueden ser soplos del corazón o de diversas arterias, ruidos que provienen del intestino, y una gama de sonidos que se identifican en la auscultación pulmonar.

Tal como la percusión, se puede efectuar en forma directa o indirecta.

- **Auscultación directa:** consiste en aplicar la oreja sobre el cuerpo del paciente en la región que se quiere examinar.
- **Auscultación indirecta:** se efectúa mediante el uso de un estetoscopio. Con este es posible tomar alguna distancia del paciente y resulta más cómodo y eficiente.
- Los estetoscopios más usados tienen una membrana /campana que se apoya en el paciente, un sistema de transmisión del sonido y auriculares para escuchar.

Percusión

Percutir es dar golpes. Estos a su vez producen sonidos que son audibles y vibraciones que son palpables. Los sonidos pueden ser de distinta intensidad, frecuencia, duración y timbre. La **frecuencia (o tono)** se refiere al número de vibraciones por segundo y determina si un sonido es más agudo o es más grave. El timbre es lo que permite diferenciar la procedencia de un sonido. Depende de varios aspectos, como la combinación de las frecuencias o la caja de resonancia. Gracias al timbre se distingue si una nota "do"

procede de un piano o de un violín.

Tipos de sonidos

- **Ruido sonoro (o resonante):** es el que se escucha, por ejemplo, al percutir el torax sobre el pulmón normal.
- **Ruido hipersonoro (o hiperresonante):** es como el sonoro, pero de tono más alto. Por ejemplo, se escucha al percutir pulmones enfisematosos o cuando existe neumotorax.
- **Ruido timpánico:** es de una frecuencia más elevada. Por ejemplo, se puede escuchar al percutir un neumotorax a tensión, o el estómago lleno de gas después de tomar una bebida gaseosa.
- **Ruido mate:** ruido opaco que se genera al percutir estructuras macizas. Por ejemplo, se escucha al percutir la base de un pulmón con una neumonía, el área de matidez hepática, o una pierna. Una variante del ruido mate es la matidez hídrica, que es un ruido más seco, o más duro, que se escucha sobre los derrames pleurales extensos.

2

Palpación

Usando nuestras manos, así como con nuestros dedos, palpando con delicadeza, tenemos la posibilidad de captar una gran cantidad de información: la suavidad de la piel, su humedad y untuosidad, la temperatura, lo blanda o dura que pueda ser una superficie, si se desencadena dolor con la presión que ejercen nuestros dedos, si se palpa algo que se puede delimitar.

Posiciones anatómicas

Los enfermos pueden adoptar diferentes posiciones y, con ello, se persiguen distintos fines como son:

- Colaborar en la exploración médica.
- Permitir una intervención quirúrgica, según cual sea el área operatoria, el paciente se encontrará en una posición u otra.
- Ayudar en el tratamiento de una enfermedad.
- Conseguir la comodidad del paciente.

A continuación se describen las diferentes posiciones:

Posición de decubito supino o dorsal

El enfermo se encuentra acostado sobre su espalda con las extremidades en extensión, las superiores pegadas al cuerpo y las inferiores juntas.

Posición de decubito dorsal para relajar las paredes musculares abdominales

El paciente se encuentra, al igual que en el caso anterior, acostado sobre su espalda y con los miembros superiores extendidos junto al cuerpo. En esta posición las extremidades inferiores se hallan flexionadas por la rodilla y están ligeramente separadas. Las plantas de los pies están apoyadas sobre la cama.

Posición de decubito prono o ventral

El paciente se encuentra acostado sobre su abdomen, con la cabeza vuelta hacia un lado, las extremidades superiores pueden estar extendidas junto al cuerpo o flexionadas por el codo, a ambos lados de la cabeza. Los miembros inferiores se hallan extendidos.

Posición de decubito lateral

El enfermo permanece apoyado sobre un costado, derecho o izquierdo, con las extremidades extendidas. El miembro superior correspondiente al lado sobre el que se halla recostado el paciente, está por delante del cuerpo.

Posición inglesa o de Sims o semiprona

El enfermo se halla en decubito lateral izquierdo con el muslo derecho flexionado y el brazo derecho hacia delante. La cabeza está girada lateralmente. El peso corporal descansa sobre el torax.

Posición de sentado

El paciente se encuentra sentado sobre la cama, con las extremidades inferiores extendidas y las superiores dirigidas hacia delante, pudiendo estar las manos apoyadas sobre la cama.

Posicion de Fowler

Estando el enfermo en decubito supino se levanta la cabecera de la cama unos 50 cm. y así la espalda apoyada sobre la cama formara un ángulo de 45° con la horizontal. Las extremidades inferiores estarán flexionadas por la rodilla y se puede colocar una almohada bajo ellas. Esta posición se puede emplear en algunos enfermos cardíacos que así estarán más cómodos.

Posicion de Trendelenburg

El paciente se encuentra en decubito supino sobre una cama o mesa inclinada, de modo, que la cabeza está a un nivel inferior que los pies. Una variedad de esta posición es aquella en que el enfermo está en decubito supino con el cuerpo inclinado, la cabeza más baja que el tronco y las extremidades inferiores flexionadas por la rodilla, de forma que las piernas cuelguen del extremo superior de la mesa; para ello es necesario bajar una sección ajustable que existe en los pies de la mesa. Un empleo de esta posición es para aquellas situaciones en que es necesario que fluya sangre al cerebro como ante un síncope.

Posicion genupectoral o mahometana

El paciente se apoya sobre sus rodillas y pecho. Las rodillas estarán ligeramente separadas y los muslos perpendiculares a la cama, la cabeza estará vuelta hacia un lado y los miembros superiores colocados en la forma que desee el paciente. Esta posición se utiliza para exámenes rectales, fundamentalmente. En esta posición hay que prestar especial atención al paciente, por resultar una posición bastante humillante para él.

Posicion de Roser o de Proetz

El paciente se halla en decubito supino con la cabeza colgando, con el objetivo de mantener el cuello en hiperextensión.

Posicion ginecologica o de litotomia

La enferma se encuentra en decubito supino, con la pelvis borde de la mesa. Las extremidades inferiores están separadas con los muslos y piernas flexionadas. Para sostener estas extremidades existen unos soportes o estribos en los que se pueden colocar las rodillas o los pies.

Posiciones para realizar una puncion lumbar

Hay dos opciones:

1. Sentado al borde de la camilla, con la cabeza flexionada, acercándola lo más posible a las extremidades inferiores, para conseguir un arqueamiento de la espalda y así facilitar la visualización de los espacios intervertebrales.
2. Tumbado en la cama, en decubito lateral, flexionando la cabeza y miembros inferiores con el mismo objetivo que en el caso anterior.

Enema

Es la introducción de un líquido a través del recto para ser retenido y/o eliminado. La capacidad máxima del colon es de 750-1.000 ml de solución. Las temperaturas aconsejadas para la administración de enemas son:

- **Enema frío para bajar la fiebre:** 35° C.
- **Enema para adultos:** entre 40,5° C y 43,5° C.

Según su finalidad, tenemos los siguientes tipos:

- **De limpieza:** para limpiar el intestino grueso.
- **Carminativo:** para expulsar gases.
- **Baritado:** para examen radiológico del intestino.
- **Ciego:** sonda rectal para expulsar gases.
- **Gota a Gota de Murphy o Proctoclistis:** inyección lenta de gran cantidad de líquido en el recto.
- **De retención. Pueden ser:**
 - **Medicamentosos:** para proporcionar sedación.
 - **Antihelmínticos:** para destruir parásitos.
 - **Antisépticos:** para destruir gérmenes y bacterias.
 - **Emolientes:** para lubricar y proteger la mucosa intestinal irritada.
 - **Alimenticios:** para proporcionar nutrición.
 - **Hemostáticos:** para detener hemorragia local.

RESUMEN TEMA 6 TCAE

- **Hipotérmicos:** para bajar la temperatura.