

INVESTIGACION PEDAGOGICA

Aproximación a la historia clínica: una guía

An approach to the medical record: a guide

Dr. Angel Julio Romero Cabrera¹ . Dr. Juan de Dios Rivero Berovides². Dr. Francisco Olascoaga Pérez³ . Dr. Reinaldo Pino Blanco⁴ . Dr. Benigno Figueiras Ramos⁵ . Dr. Luis Gustavo Del Sol Padrón⁶ .

¹Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. ²Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente. ³Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente. ⁴Especialista de II Grado en Neumología. Profesor Asistente. ⁵Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor. ⁶Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Máster en Ciencias.

¹Terminal Professional Degree in Internal Medicine. Associate Professor. ²Terminal Professional Degree in Internal Medicine. Assistant Professor. ³Terminal Professional Degree in Internal Medicine. Assistant Professor. ⁴Terminal Professional Degree in Pulmonology. Assistant Professor. ⁵Terminal Professional Degree in Internal Medicine. Instructor. ⁶Terminal Professional Degree in Internal Medicine. Associate Professor. MSc.

RESUMEN

La ciencia es el contenido expresado en conocimientos, y el arte la forma manifestada en hábitos y habilidades, inherentes a la profesión médica. Las aseveraciones diagnósticas de un médico, que para el principiante se erigen como deducciones intuitivas, comparables a la actuación de un detective, no son más que el resultado de un proceso de razonamiento, en el cual están imbricados el aprendizaje y la experiencia. La historia clínica es el documento básico y el arma fundamental para el diagnóstico de las enfermedades. Constituye una recopilación de datos valiosos por el personal médico y de enfermería que permiten establecer hipótesis diagnósticas y sirven como fuente para el análisis por otros facultativos. Los autores dedican el presente manual, fundamentalmente a los estudiantes como una guía práctica para la confección de la historia clínica.

ABSTRACT

Science is content expressed as knowledge, and art are practical habits and skills of the medical profession. Medical diagnosis that beginners perceive as intuitive deductions, comparable to a detective's task, are just the result of a reasoning process that mixes both, learning and experience. The medical record is the core document and a key weapon for the diagnosis of a

disease. It is a compilation of valuable data for doctors and nurses that allows the establishment of diagnostic hypothesis and is also a source for analysis by other physicians. The authors dedicate this manual primarily to students as a practical guide for making a medical record.

INTRODUCCIÓN

Hacerse médico no resulta una tarea fácil; exige tomar conciencia de las expectativas de la sociedad con respecto a su figura, centradas generalmente en la capacidad de este para hacer valer, ante todo, su condición humana; pero además exige el aprendizaje de la *práctica de la medicina*, que requiere la combinación de ciencia y arte. La ciencia es el contenido expresado en conocimientos, y el arte la forma manifestada en hábitos y habilidades, inherentes a la profesión médica.

Las aseveraciones diagnósticas de un médico, que para el principiante se erigen como deducciones intuitivas, comparables a la actuación de un detective, no son más que el resultado de un proceso de razonamiento, en el cual están imbricados el aprendizaje y la experiencia.

El que se inicia en medicina, debe aprender y después adquirir experiencia mediante el ejercicio práctico; para lo primero necesita adquirir conocimientos a la altura de los avances más recientes de las ciencias médicas y para lo segundo, habilidades prácticas que le permitan un

Nota: Este artículo fue publicado originalmente en Medisur 2005; Vol 3 No 3 supl 1.

modo de actuación coherente, con la solución de la mayoría de las situaciones clínicas que enfrentará. Para ser médico se necesita, sin embargo, algo más: una amplia cultura y una conducta moral y social sin tachas, que le permitan ganar prestigio y la confianza de sus pacientes. Dos frases célebres son pertinentes aquí: "quien sólo sabe de medicina, ni medicina sabe" y "para perder prestigio, primero hay que ganarlo y, una vez obtenido es como el cristal, que se rompe fácilmente y es muy difícil componerlo".

Los primeros pasos que le permitirán al estudiante comunicarse con los enfermos, son cruciales en la carrera y no deben descuidarse. Se ha demostrado que el más serio obstáculo que enfrenta un estudiante de tercer año de Medicina, que comienza en el área clínica, es la sensación de inseguridad producto de su falta de experiencia. No debe preocuparse por esto, pues es precisamente en esta etapa, en la que se profundiza en el arte del examen clínico y se abordan las principales técnicas de la práctica clínica. La experiencia se adquiere con tiempo y dedicación.

Los autores, profesores de la asignatura Propedéutica Clínica y Semiología Médica, dedican el presente manual, fundamentalmente a los alumnos de esta asignatura, como una guía práctica para la confección de esa inestimable arma para el proceso diagnóstico, que es la historia clínica; pero de manera general, los lectores deben ver estas páginas como el inicio de un aprendizaje superior, que les permita revisar obras más amplias, entretanto la utilizan en la práctica.

Los autores

CAPÍTULO 1: LA HISTORIA CLÍNICA. GENERALIDADES

La historia clínica es el documento básico y el arma fundamental para el diagnóstico de las enfermedades. Constituye una recopilación de datos valiosos por el personal médico y de enfermería que, dispuestos de una forma ordenada, permiten establecer hipótesis diagnósticas y -cuando no se cuenta con la presencia del paciente o cuando éste ha tenido ingresos previos-, sirven como fuente para el análisis por otros facultativos. Además de incluir los datos de la anamnesis (o interrogatorio) y del examen físico, se consignan en ella la discusión diagnóstica, la evolución y el tratamiento de los enfermos.

Una definición plausible puede ser la siguiente:

Conjunto de documentos donde se registra toda la información médica y administrativa sobre los pacientes, tanto hospitalizados como ambulatorios.

El primero en confeccionar y redactar historias clínicas, y además con un estilo muy sencillo, fue Hipócrates, lo que no afectó su rigor y precisión; de ellas aún se conservan 42. Uno de sus magistrales consejos resulta de incuestionable valor: "...aprender a valerse de sus

sentidos e intelecto, a escuchar, a ver, oler, palpar y discurrir, sin olvidarse que es la asidua y buena práctica – la que repite sin engreimiento y rechaza con probidad los datos confusos y los propios errores – la que hace del aprendiz un experto".

La confección de una historia clínica con calidad, que ofrezca datos confiables, no puede aprenderse de golpe, pues requiere de la adquisición de conocimientos teóricos y habilidades prácticas, tales como las siguientes:

- Aprender a entrevistar.
- Aprender a examinar al paciente.
- Habilidades en la redacción y adquisición del lenguaje técnico.

Conocimientos de Semiología y Propedéutica Clínica.

Es por ello, que para el aprendizaje de la confección de historias clínicas, recomendamos el estudio teórico, simultáneo a la práctica sistemática.

1.1 La historia clínica en el método clínico

El método clínico es el conjunto de maniobras o exploraciones, que realiza el médico para desarrollar el arte clínico y no es más que el método científico aplicado a la práctica médica. Sus pasos son: formulación del problema, información, hipótesis, contrastación y comprobación de esta hipótesis. Estos se corresponden, en la práctica médica con los siguientes elementos de la misma:

Práctica clínica	Método clínico
Interrogatorio	Formulación del problema
Examen físico	Información
Discusión diagnóstica (Diagnósticos posibles)	Hipótesis
Exámenes complementarios	Contrastación y comprobación
Conducta terapéutica y evolución del enfermo	Contrastación y comprobación

La historia clínica como documento, abarca todos estos aspectos (ver componentes y ordenamiento), pero esencialmente, los tres primeros (interrogatorio, examen físico y discusión diagnóstica) constituyen los más importantes y para los que, fundamentalmente, está diseñada esta guía.

En la actualidad, se plantea que el método clínico está atravesando por una crisis; ello puede estar dado por el notable desarrollo tecnológico que "facilita" el diagnóstico, pero deshumaniza la atención; por un proceso de globalización del cual no está excluida la salud y que en el campo de la información abrumba al médico; por el envejecimiento poblacional, que implica mayor demanda de atención a personas con problemas de salud más heterogéneos y además, por cambios en la prevalencia y curso clínico de viejas y nuevas enfermedades (emergentes y reemergentes), por citar algunos aspectos. Estas circunstancias facilitan la

tendencia a convertir al médico en un tecnólogo, con el consiguiente deterioro de los componentes del método clínico y en particular, de una historia clínica confiable y de calidad.

Según Griffen, el patrón del médico actual consiste en interrogar poco, hacer un examen físico breve, centrarse en la queja principal, enviar numerosos exámenes complementarios, absolutizar sus resultados y brindar al paciente una información somera y precipitada.

Los programas computarizados sirven de apoyo para el diagnóstico, pero es necesario introducirles datos, los cuales hay que saber obtener, de lo contrario los resultados no serían correctos. Esta es la razón por la que la tecnología moderna no puede sustituir completamente a la entrevista y al examen físico.

1.2 Funciones de la historia clínica

1. Asistencial: Es la fundamental. Como documento recoge los elementos del diagnóstico y el plan terapéutico del enfermo; como parte del método clínico, es la herramienta fundamental para el diagnóstico.
2. Docente: Es el documento principal de las formas organizativas docentes de la educación en el trabajo (pase de visita, discusión diagnóstica, clínico patológica y de piezas frescas).
3. Investigación: Sirve como fuente de datos para la investigación epidemiológica, tanto en hospitales como en la Atención Primaria de Salud.
4. Evaluación de la calidad asistencial: Es el documento básico que permite medir la calidad de la asistencia médica. Sirve de sustento al trabajo de los Comités de Calidad.
5. Documento médico legal: La información que recoge, tiene valor legal si es necesario ventilar quejas, reclamaciones o incluso, acusaciones jurídicas del paciente y/o sus familiares sobre la asistencia brindada. Por esto, es importante reflejarlo toda la información y custodiar celosamente la historia clínica, con el fin de evitar que sea objeto de manipulaciones extrainstitucionales.

1.3 Tipos de formato

La historia clínica puede presentarse en dos tipos de formato: en formato escrito o en formato electrónico. Aunque el objeto de este manual, es la confección del documento escrito, se brindarán algunos elementos sobre la historia clínica en formato electrónico.

La historia clínica informatizada, ahorra tiempo y permite trabajar en red, pero es más costosa y si no existe una seguridad informática adecuada, se pierde uno de sus aspectos éticos fundamentales: el carácter confidencial, que se fundamenta en el derecho que tienen las personas a la intimidad y a la reserva de toda la información relacionada con su salud.

La influencia del contexto clínico en el paciente es muy difícil de captar sólo con el manejo de bases de datos.

Además, todos los programas tienen sus limitaciones y es reconocido que la informatización de la historia clínica, es una de las asignaturas pendientes de la informática médica como disciplina.

Atendiendo a su contenido, la historia clínica se puede clasificar en:

- Historia clínica **Hipocrática**: orientada según el origen de las afecciones, sus antecedentes, enfermedad actual y exploración. Suele utilizarse en el ámbito académico y es la que preconiza en esta Guía.
- Historia clínica **por problemas**: se adecua más a la asistencia primaria, al seguimiento prolongado de un paciente, cuyos antecedentes son conocidos (Ej.: paciente con una enfermedad crónica, como hipertensión o diabetes).
- Historia clínica **orientada según el tiempo**: adecuada para determinados servicios, como por ejemplo el de urgencias, donde se da mayor relevancia al último acontecimiento destacable.

1.3.1 Componentes y ordenamiento de la historia clínica

En el Hospital Universitario, se emplea el siguiente orden de los datos y documentos que componen la historia clínica (en negritas los que serán objeto de interés en este folleto):

- a. **Datos de identidad personal.**
- b. Orden de ingreso.
- c. Resumen de las historias clínicas anteriores, si las hubiera.
- d. Motivo de consulta o ingreso.
- e. Historia de la enfermedad actual.
- f. Anamnesis remota: Antecedentes patológicos personales, reacción a medicamentos, transfusiones sanguíneas previas, traumatismos, operaciones, antecedentes hereditarios y familiares, hábitos tóxicos, género de vida, alimentación, inmunizaciones, condiciones higiénico sanitarias de la vivienda.
- g. Interrogatorio por aparatos.
- h. Examen físico general, regional y por aparatos.
- i. Historia psicosocial.
- j. Discusión diagnóstica.
- k. Hoja de signos vitales: pulso, temperatura, presión arterial y frecuencia respiratoria. Puede incluir también diuresis, peso diario y gráfica de antibióticos utilizados.
- l. Hoja de balance hidromineral (si el enfermo lo requiere).
- m. Hoja de Benedicts (si el enfermo lo requiere).
- n. Resultados de análisis de laboratorio.
- o. Exámenes imagenológicos: informes de radiografía, ultrasonograma, gammagrafía, tomografía

- computarizada, resonancia magnética nuclear, etc.
- p. Estudios fisiológicos: electrocardiograma, electroencefalograma, electromiografía, pruebas funcionales respiratorias, etc.
 - q. Exámenes endoscópicos: informes de gastroduodenoscopia, broncoscopia, laparoscopia, etc.
 - r. Exámenes anatomopatológicos: Estudios citológicos, biopsias, etc.
 - s. Informes de anestesia y de operaciones (si el paciente ha sido operado).
 - t. Hojas de evolución.
 - u. Indicaciones médicas (en ellas también se recoge el cumplimiento de enfermería)
 - v. Hoja de egreso.

CAPÍTULO 2: EL INTERROGATORIO O ANAMNESIS

El interrogatorio, o anamnesis (que quiere decir *volver al recuerdo*) se divide en: anamnesis próxima y anamnesis remota; la primera, comprende el motivo de consulta y la historia de la enfermedad actual, mientras que la segunda, incluye el resto del interrogatorio.

El interrogatorio se basa en las técnicas de la entrevista médica y es requisito indispensable establecer una relación médico- paciente satisfactoria.

2.1 Algunos aspectos sobre la entrevista médica

La entrevista médica es una forma especial de comunicación humana, con dos polos fundamentales: el enfermo que *solicita ayuda* y el médico que *trata de obtener datos confiables*, para establecer un diagnóstico y buscar solución a los problemas del paciente.

Aspectos que deben tomarse en cuenta durante la entrevista:

1. El médico debe mostrarse afectuoso y respetuoso con el paciente, para que este sienta confianza y no experimente temor de exponer sus dolencias. Desde la recepción misma, el médico debe de llamar al paciente por su nombre, saludarlo, sonreírle, mirarle a la cara durante la entrevista y mostrar respeto hacia él. Una actitud excesivamente formal, inhibe al paciente, pero si se es excesivamente informal, le hace perder la confianza.
2. Es recomendable comenzar hablando de otros temas, antes de abordar el problema del paciente, con el fin de vencer la inhibición que pueda experimentar, lo que sucede en la mayoría de los casos.
3. Una vez que se ha cumplido esta introducción, se continúa con una pregunta abierta, manteniendo el tono amable: "¿Qué se siente?", "¿Cuál es su problema?", "¿En qué puedo ayudarlo?".
4. Saber escuchar es muy importante; oír cómo el paciente relata sus síntomas y ver la connotación que da a los mismos. No se debe, en ningún momento, sugerir síntomas, lo que forzaría el interrogatorio.

5. Cuando estimemos que el relato del enfermo está agotado podemos preguntar "¿Y qué más?" o "¿Algo más?". El médico apresurado, que quiere "matar" la entrevista con pocas preguntas, casi siempre falla en el diagnóstico al acopiar datos incompletos.
6. El modo de preguntar, es lo que rige el curso de la entrevista. Deben preferirse preguntas de respuesta abierta, que dejan a consideración del paciente, la extensión con que debe contestar: "Entonces ¿qué ocurrió?", "¿Hay algo más de lo que desea hablarme?". Cuando el curso de la entrevista lo exige, pueden hacerse, entonces, preguntas directas que buscan información concreta y específica: "¿Cuánto hace que le ocurrió?", "¿Dónde le duele?". No es recomendable hacer preguntas intrascendentes, ni que induzcan a respuestas monosilábicas (sí, no): "Me imagino que eso le preocupa ¿no es así?".
7. Una vez escuchados los síntomas del enfermo, se indagará sobre las características de los mismos con preguntas pertinentes, intencionadas, sin formular cuestiones superfluas e innecesarias.
8. Frecuentemente, el paciente acude con la preocupación de no comprender el lenguaje técnico de los médicos, o temeroso de expresarse incorrectamente, lo que provoca ansiedad y deterioro de la relación médico- paciente. En tal sentido, debe utilizarse un lenguaje claro y comprensible, que se adapte al nivel cultural del enfermo, sin llegar a ser vulgar. Asimismo, se debe ser muy cuidadoso con las palabras, por el significado que pueda darles el paciente y, sobre todo, con los gestos o expresiones del rostro (alarma, sorpresa, o risa) que puedan asustar u ofender.
9. La entrevista debe realizarse en un lugar adecuado, donde exista la privacidad necesaria, lo que favorecerá la discreción y vencerá el pudor de muchos pacientes, a revelar sus síntomas.

Pueden señalarse algunos rasgos que debe poseer el entrevistador:

- Calidez: aproximarse afectivamente al paciente.
- Empatía: capacidad de solidarizarse y comprender los pensamientos y emociones del paciente.
- Respeto: ser transparente y honesto, preservando los puntos de vista del enfermo.
- Tranquilidad inteligente: habilidad para escuchar y observar con un sentido perfecto del tiempo y una tranquilidad que a la vez que está alerta, es pacificadora.
- Asertividad: capacidad de desarrollar perfectamente su rol.

2.2 Datos de identidad personal

Los datos de identidad personal comprenden: nombre y apellidos, edad, sexo, color de la piel, estado civil, procedencia y ocupación. Algunos de estos datos,

pueden intervenir en el diagnóstico de muchas enfermedades, cuyas características y frecuencia varían según la edad, sexo, raza y zonas geográficas. El dato de la ocupación, tiene un valor diagnóstico singular, ya que existen ocupaciones que incrementan el riesgo de padecer ciertas afecciones así mismo puede hablarse de enfermedades profesionales, como el saturnismo, en los que trabajan con plomo, bagazosis en los trabajadores del bagazo, entre otras. También existen enfermedades, que incapacitan a la persona para desarrollar determinadas profesiones, por ejemplo: los epilépticos, no deben ser choferes, ni trabajar en alturas.

2.3 Motivo de consulta o ingreso

Dentro del método clínico, fijar el motivo de consulta, o ingreso, constituye la formulación del problema. Este se refiere a las dolencias principales del enfermo y consiste en la anotación breve de los síntomas, que lo hacen acudir o consultar al médico; es importante reflejar en la historia clínica, lo que dice exactamente el paciente, o sea, sus propias palabras. Ej.: "dolor de cabeza", "falta de aire", "fiebre", "vómitos", "dolor en la boca del estómago", "expulsión de sangre por la boca", etc.

No deben incluirse diagnósticos, ni la interpretación de los síntomas por el enfermo, evitando términos como "cifras tensionales elevadas", "glicemia alta", "ictericia", "diabetes", "Estoy intoxicado", etc.

2.4. Historia de la enfermedad actual

No es más que la ampliación del **motivo de consulta, o ingreso**, pues incluye datos acerca de los síntomas que presenta el enfermo en el momento actual, o que lo han traído a la consulta, así como su comportamiento y evolución hasta el encuentro con el facultativo. La anotación de esta información, de forma cuidadosa y ordenada, se denomina cronopatograma.

Puede emplearse la siguiente técnica:

1. Establecer lo más exactamente posible, cuándo comenzó la enfermedad y en qué forma. Pueden formularse preguntas como: "¿Hasta cuándo Ud. estuvo sano?", "¿Cuándo comenzó a sentirse mal?".
2. Ordenar cronológicamente los síntomas por orden de aparición.
3. Determinar las características semiológicas de los síntomas (semiografía). Esta es la parte que requiere de más conocimientos y pericia, pues consiste en hacer preguntas relativas, a esclarecer los caracteres de los síntomas, por lo que tienen que estar en correspondencia con las variaciones de dichos síntomas.¹ De forma general, se puede obtener alguna información, a través de preguntas como: "¿Qué se siente?", "¿Dónde?", "¿Desde cuándo?", "¿Cuándo le aparece?", "¿Cómo se modifica, o se

alivia?". Estas preguntas deben hacerse, concluido el relato del enfermo.

4. Determinar si en el curso de la enfermedad, el paciente ha acudido a algún médico, ha recibido alguna indicación, o tratamiento y qué efectos han tenido los mismos.
5. Determinar los síntomas que prevalecen en el momento que se está realizando el interrogatorio.

2.5 Anamnesis remota

Antecedentes patológicos personales: se refiere a las enfermedades que el paciente ha padecido con anterioridad; se anota la enfermedad y la época en que la padeció. Si su respuesta es negativa, para evitar cualquier olvido, se le sugieren algunas enfermedades que pudiera haber sufrido, como las siguientes:

Sarampión, parotiditis (paperas), varicela, tosferina, difteria, rubéola, escarlatina, fiebre tifoidea ("tifo", "fiebre intestinal"), influenza (gripe), sinusitis, amigdalitis ("de la garganta"), bronquitis, bronconeumonía o neumonía ("inflamación en los pulmones"), alergia ("ronchas", urticaria, coriza), asma, parasitismo ("bichos", "lombrices", "parásitos"), disentería ("colitis"), paludismo (malaria, fiebre palúdica), tuberculosis ("lesión en el pulmón", "corriente al pulmón", "internamiento en algún sanatorio", "tratamiento prolongado con estreptomycin"), sífilis ("enfermedad de mujeres"), blenorragia (gonorrea), diabetes ("azúcar en la sangre"), fiebre reumática, hipertensión arterial ("presión alta"), apendicitis, problemas psiquiátricos, meningoencefalitis, poliomielitis (parálisis infantil).

Reacción a medicamentos: Aquí es necesario especificar, a qué medicamentos el paciente ha hecho reacción y qué tipo de reacción. Algunas de las más frecuentes, son: anafilaxia: shock, edema laríngeo; confusión mental: ansiedad, depresión, mareos, desequilibrio; temblor, rigidez; dolor abdominal: náuseas, vómitos; constipación; sangramiento digestivo; hipotensión postural; hipertensión; hinchazón (edemas); toxicidad hematológica: anemia, leucopenia, sangramiento; lesiones cutáneas: ronchas, rash, prurito, dermatitis, etc; fiebre medicamentosa; ictericia; insuficiencia renal.

Transfusión sanguínea previa: Cuando existen enfermedades relacionadas con las transfusiones, se debe especificar si el paciente ha recibido sangre, o cualquiera de sus derivados (plasma, crioprecipitado, plaquetas, etc.) y en qué fecha.

Reacciones adversas a las transfusiones de sangre:²

- **Agudas:** Reacciones hemolíticas; reacciones febriles no hemolíticas; daño pulmonar agudo; urticaria; reacciones anafilácticas; hipervolemia; transmisión de bacterias.
- **Tardías:** Reacciones hemolíticas; enfermedad injerto

¹ Estas preguntas se consignarán más adelante en el "Interrogatorio por aparatos".

² Modificado de Menitove JE. Blood transfusion. Goldman: Cecil Textbook of Medicine. 21st Ed. WBSaunders, Philadelphia ; 2000: 905-911.

vs huésped; sobrecarga de hierro; púrpura postransfusional.

Transmisión de infecciones: Hepatitis viral (más frecuentes B y C); HIV Citomegalovirus; malaria; enfermedad de Chagas; sífilis; enfermedad de Creutzfeldt Jacob.

Traumatismos: Se refiere a traumas físicos intensos, en los que el paciente haya sufrido fracturas óseas, pérdida del conocimiento, o haya necesitado hospitalización. Algunos traumas importantes resultan olvidados y pueden acarrear consecuencias un tiempo después de ocurridos, tal es el caso del hematoma subdural crónico, la epilepsia postraumática, la cefalea postraumática, etc.

Operaciones: Si el paciente ha sido intervenido quirúrgicamente, con anterioridad, se refleja el tipo y la fecha de la operación. A continuación, aparece la nomenclatura de algunas de las operaciones más comunes.

- Amigdalectomía: extirpación de las amígdalas.
- Apendicectomía: extirpación del apéndice cecal, generalmente por apendicitis.
- Colectomía: extirpación de la vesícula biliar generalmente por litiasis. Especificar si fue por vía laparoscópica o "a cielo abierto".
- Gastrectomía: extirpación del estómago, o parte de él.
- Hemicolectomía: extirpación de la mitad del colon.
- Nefrectomía: extirpación del riñón.
- Gastrostomía: comunicar el estómago con la pared abdominal, con fines de alimentación por sonda.

- Colostomía: comunicar el colon con la pared abdominal.
- Gastroenterostomía: comunicar el estómago con el intestino.
- Herniorrafia: reparación de hernia.

Antecedentes hereditarios y familiares: Se obtienen a través de la indagación, acerca del estado de salud de los familiares del enfermo, tanto ascendientes (padres, hermanos) como descendientes (hijos), y si éstos están vivos o muertos.

Ejemplo: - Su padre, ¿es vivo o muerto?

- (Si es vivo) ¿Padece, o ha padecido alguna enfermedad?
- (Si es muerto) ¿De qué murió?

En la historia clínica escribiríamos:

Padre vivo / sano, o padre vivo / diabetes, o padre muerto / cáncer de pulmón.

Y así sucesivamente con los demás familiares.

Hábitos tóxicos: Aquí se trata de cuantificar el hábito y el tiempo de consumo. Puede lograrse a través de preguntas como las siguientes:

- ¿Usted fuma?, ¿Qué fuma? (cigarrillos, tabaco, pipa), ¿Cuántos cigarrillos, tabacos, o pipas fuma al día? ; ¿Desde cuándo fuma?
- ¿Usted bebe?, ¿Qué acostumbra a beber? (bebida fuerte, cerveza, vino, aguardiente casero); ¿Con qué frecuencia bebe?; ¿Qué cantidad bebe cuando lo hace?.
- ¿Toma café?, ¿Cuántas tazas al día?

Daños al organismo relacionados con el tabaco y el alcohol

Tabaco	Alcohol
<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer respiratorio (laringe, tráquea, bronquios, pulmones, esófago) • Cáncer bucal • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica • Mayor susceptibilidad a infecciones respiratorias • Cardiopatía isquémica • Insuficiencia arterial periférica • Enfermedad cerebrovascular • Aneurisma aórtico • Úlcera péptica • Reflujo gastroesofágico • Osteoporosis • Enfermedad periodontal • Impotencia sexual • Infertilidad masculina • Menopausia temprana • Cataratas • Envejecimiento prematuro 	<ul style="list-style-type: none"> • Intoxicación aguda • Hepatopatía alcohólica (hígado graso, hepatitis, cirrosis, hepatoma) • Gastritis, úlcera péptica • Pancreatitis aguda y crónica • Cáncer esofágico • Convulsiones • Delirium tremens • Polineuropatía • Conducta social inadecuada • Predisposición a accidentes del tránsito • Malnutrición • Hipertensión arterial • Miocardiopatía dilatada • Arritmia • Anemia macrocítica • Atrofia cerebral • Síndrome de Wernicke Korsakoff • Hipoglicemia • Cetoacidosis alcohólica.

Género de vida: Incluye el tipo de trabajo que realiza el paciente y su horario laboral, las horas que dedica a la recreación y si realiza ejercicio físico de forma regular (cuántas veces a la semana, cuánto tiempo y qué tipo de ejercicio). Mediante estos datos, puede evaluarse la existencia o no, de determinados factores de riesgo para la salud, como la vida sedentaria y el estrés.

Inmunizaciones: Se refiere a la vacunación que ha recibido el paciente y que le brinda protección contra enfermedades transmisibles como el tétanos, la fiebre tifoidea, la hepatitis B, meningitis meningocócica, etc.

Condiciones higiénico – sanitarias de la vivienda: Con pocas preguntas, podemos asegurarnos de las condiciones de la vivienda del paciente:

- ¿De qué están hechas las paredes de su casa? ¿Y el piso? ¿Y el techo?.
- ¿Cuántas habitaciones tiene? ¿Cuántos dormitorios?.
- ¿Cuántas personas viven con usted? ¿Cuántas duermen con Ud.?
- ¿Tiene servicio sanitario? ¿Cómo es?.
- ¿Hay baño, o ducha?.
- ¿De dónde obtiene el agua de beber?

CAPÍTULO 3: EL INTERROGATORIO POR APARATOS O SISTEMAS

Forma parte de la anamnesis próxima y su objetivo es obtener datos sobre la existencia de síntomas, en los distintos aparatos y sistemas. Esta información puede obtenerse también mediante el relato de la historia de la enfermedad actual, si el paciente tiene conciencia de los síntomas que ha experimentado; en caso de que el paciente no diga nada al respecto, la forma de enfocar las preguntas puede ser la siguiente: ¿Padece o ha padecido alguna vez de: falta de aire, dolor en el pecho, etc.?

Luego se procede a describir las características semiológicas, de los síntomas presentados por el enfermo. A continuación, brindamos algunas características importantes de estos síntomas, sobre las que es necesario indagar:

Aparato respiratorio:

Disnea: (falta de aire, ahogo, jadeo):

Duración: aguda, crónica, progresiva, pasajera

Intensidad: ligera, moderada, intensa

Forma de aparición: lenta o gradual, brusca y paroxística

Horario: predominio diurno, nocturno, continua

Condiciones de aparición: reposo, esfuerzo. En este

último caso ¿a qué grado de esfuerzo aparece? (grandes: correr, levantar pesos, subir varios tramos de escalera; moderados: actividades ordinarias, caminar; ligero: hablar, reírse, etc.)

Evolución: continua, o por crisis

Relación con las posiciones: ortopnea

Condiciones de alivio: reposo, broncodilatadores

Fenómenos acompañantes: silbidos, ronquidos, ruidos de olla

Tos: Tipo: seca, húmeda

Intensidad y frecuencia: ligera, intensa, continua, perruna, quintosa

Tonalidad y timbre: bitonal, ronca, afónica

Fenómenos acompañantes: vómitos, vahídos, síncope

Expectoración: Cantidad: escasa, abundante

Viscosidad: fluida, viscosa o adherente

Color y transparencia: blanca, amarillenta, verdosa, herrumbrosa, rojo oscuro, negruzca

Olor: fetidez

Hemoptisis (expectoración con sangre):

Cantidad: pequeña, mediana, grande

Comienzo: brusco o con cosquilleo traqueal, con sabor a sangre en la boca, con tos quintosa

Calidad: sangre roja, rutilante o sangre oscura (coagulada)

Síntomas asociados: fiebre, dolor torácico, etc.

Vómica (expectoración de gran cuantía, "a bocanadas"):

Aparición: gradual o brusca

Características: blanca, purulenta, acompañada de hemoptisis

Horario: matinal, continua

Síntomas acompañantes: náuseas, dolor torácico, disnea, cianosis, etc.

Dolor torácico: Localización, calidad, intensidad, carácter, irradiación, forma de comienzo, factores precipitantes, maniobras que lo modifican (aumentan o disminuyen) y síntomas asociados (disnea, tos).

Aparato cardiovascular:

Dolor torácico: Se indagará sobre las mismas características, referidas para el aparato respiratorio. Entre las variedades principales de dolor torácico, según su origen, se encuentran: dolor de origen respiratorio, dolor de origen cardiovascular, dolor de origen musculoesquelético, dolor de origen gastrointestinal y dolor de tipo psicógeno. El siguiente cuadro describe algunas de sus características:

Variedades de dolor torácico y sus diferencias	
Tipo	Características
Cardiaco (isquémico)	<p>Angina de pecho: Retroesternal, moderado a intenso, opresivo, o constrictivo, con irradiación a brazo izquierdo, mandíbula, o espalda, aparece a los esfuerzos (las emociones, el frío intenso y las comidas copiosas, son también factores desencadenantes), de breve duración, se alivia con el reposo y la nitroglicerina.</p> <p>Infarto miocárdico agudo: Retroesternal, intenso, opresivo, constrictivo, con irradiación a brazo izquierdo, mandíbula, espalda, o epigastrio, duración mayor de 15 minutos; puede aparecer al reposo, no se alivia con nitroglicerina y se acompaña de ansiedad, sudoración, náuseas, o vómitos, en ocasiones con sensación de muerte inminente.</p>
Cardiaco (no isquémico)	<p>Diseción aórtica: Comienzo brusco, alcanza rápidamente una intensidad máxima, localizado en el centro del tórax, o espalda, dura horas y obliga a usar cantidades excepcionales de analgésicos para su alivio. No se acentúa con los cambios de posición ni la respiración.</p> <p>Embolia pulmonar: Cuando es masiva, produce dolor retroesternal, parecido al del infarto cardíaco agudo. Embolias más pequeñas, producen dolor de tipo pleurítico que puede acompañarse de hemoptisis.</p> <p>Pericarditis: Localizado en región anterior del tórax, continuo, se agudiza con el decúbito supino, o lateral izquierdo; se alivia con la postura erguida, o la inclinación hacia delante. Puede acompañarse de fiebre.</p>
Respiratorio	<p>Dolor pleurítico (punta de costado): Localizado en región lateral del tórax, vivo, intenso, continuo, se exacerba con los movimientos respiratorios, la tos y la presión ejercida a su nivel. Puede acompañarse de fiebre u otros síntomas respiratorios.</p>
Musculoesquelético	<p>Puede aparecer en cualquier lugar del tórax; en el caso de la osteocondritis, en región anterior, es localizado y se reproduce al presionar la zona afectada.</p>
Gastrointestinal	<p>Molestia torácica quemante y profunda; puede acompañarse de pirosis, disfagia, regurgitación de alimentos; se alivia con alimentos y antiácidos, se agrava con el decúbito y puede empeorar por la madrugada.</p>
Psicógeno	<p>Sensación de opresión sorda y profunda, angustia; asociado a la tensión emocional; no tiene relación con el ejercicio, ni los cambios de posición, dura una hora, o más.</p>

Palpitaciones: "Brincos" o saltos aislados. Continua, o discontinua. Comienzo y terminación brusca. Relación con el ejercicio y las emociones. Relación con la ingestión de sustancias y medicamentos (café, alcohol, té, salbutamol, etc.). Síntomas acompañantes (disnea, dolor torácico).

Síncope: Pérdida de la conciencia y del tono postural con caída al suelo y recuperación tras un breve intervalo de tiempo. Condiciones de aparición (esfuerzo, posición de pie, defecación, micción). Síntomas previos (sensación de miedo, palidez, náuseas, sudoración). Recuperación.

Cianosis: Coloración azulada de la piel y las mucosas. ¿Se ha puesto "morado" alguna vez?

Claudicación intermitente: Dolor, calambre o sensación de fatiga al caminar, más frecuente en la pantorrilla. Se alivia rápidamente (2 a 5 in) con el reposo y empeora al caminar rápido, o al subir una cuesta. ¿Qué distancia es capaz de caminar el paciente, antes de experimentar dolor?.

Aparato Digestivo:

Dolor abdominal: Localización (epigastrio, hipocondrio derecho, flancos, hipogastrio, etc.), intensidad, comienzo (abrupto, progresivo), duración, carácter (quemazón, pesantez, constricción, calambre, cólico, etc.), irradiación, factores agravantes, o precipitantes, condiciones de alivio, síntomas acompañantes, curso (agudo, crónico, periódico). El cuadro describe las características de las principales causas de dolor abdominal, según el órgano afectado.

Características de diversos tipos de dolor abdominal	
Tipo	Características
Dolor tipo ulceroso	Localizado en epigastrio, quemante, o sensación de "hambre dolorosa", ocurre con el estómago vacío (2 a 4 horas después de una comida y/o por la noche, frecuentemente 4 a. m.), se alivia con alimentos, leche o antiácidos, es crónico y periódico (crisis de varios días, o semanas, con intervalos libres de dolor durante meses).
Dolor tipo biliar (cólico biliar)	Localizado en cuadrante superior derecho del abdomen, alcanza su máxima intensidad en minutos, a 1 hora y persiste 1-4 horas; irradiación a espalda y hombro derecho; puede acompañarse de náuseas, o vómitos, 6-8 horas después de una comida copiosa o grasosa (despierta al paciente entre 1:00 y 2:00 a.m.).
Dolor pancreático	Localizado en epigastrio, con irradiación a ambos hipocondrios (irradiación "en barra") y a la espalda, sordo, continuo, alcanza su pico lentamente, se hace sostenido y dura días, empeora con el decúbito supino y se alivia en bipedestación, o cuando el paciente se echa hacia delante, puede acompañarse de anorexia, náuseas, vómitos, pérdida de peso.
Dolor apendicular	Dolor vago y difuso, de poca intensidad y de inicio en epigastrio, o región periumbilical; después de 1-4 horas, se fija en la fosa ilíaca derecha. Puede acompañarse de malestar general, náuseas y vómitos.

Vómitos: Precedidos o no, de náuseas. Duración. Características (con alimentos no digeridos, biliosos, con alimentos ingeridos 16-24 horas antes, sanguinolentos, con olor fecaloideo), ritmo u horario (matutinos, al final del día, nocturnos), síntomas asociados (dolor abdominal, diarreas, etc.).

Diarreas: Número, cantidad, consistencia de las heces, color, presencia de pus, sangre o flemas, síntomas acompañantes (cólicos, pujos, tenesmo).

Disfagia: Dificultad para tragar (atoro). "¿En qué lugar siente el atoro?", "¿Cuándo comenzó?", "¿Sucede cuando ingiere sólidos, líquidos, o ambos?", "¿Cómo se alivia?". Síntomas acompañantes (dolor, pirois, regurgitaciones, sialorrea).

Pirois: Sensación quemante retroesternal, cómo ácido que sube del epigastrio a la garganta.

Sistema genitourinario:

Dolor: Sordo, o tipo cólico, localización, intensidad, irradiación, condiciones de aparición, alivio, síntomas acompañantes.

Hematuria: Intensidad. "¿Aparece al inicio, al final, o durante toda la micción?". Síntomas acompañantes (dolor, etc.).

Uretrorragia: Sangramiento por la uretra, no relacionado con la micción.

Nicturia: La cantidad de orina eliminada por la noche, es mayor que por el día. "¿Cuántas veces se levanta por la noche a orinar?".

Disuria: Dificultad para orinar.

Polaquiruria: Emisión frecuente de orina, pero de muy escasa cantidad.

Retención urinaria: El paciente no puede orinar, por una obstrucción a la salida de la orina. "¿Se ha "cerrado" alguna vez para orinar?".

Incontinencia urinaria: Emisión involuntaria de orina. "¿Se le sale sola la orina?".

Sistema ginecológico:

Fórmula menstrual: Duración y ciclo de la menstruación. ("¿Cuántos días le dura la menstruación?", "¿Cada qué tiempo la tiene?"/ Ej.: 3 días/28 días, 4 días/30 días, etc.)

Menarquia: Fecha de la primera menstruación.

Menopausia: Fecha de la última menstruación ("¿A qué edad tuvo su última menstruación?")

Leucorrea: flujo (Preguntar por la cantidad, color, olor, síntomas acompañantes: dolor, prurito, etc.)

Menalgia: Dolor menstrual.

Hiperpolimenorrea: Menstruación muy abundante y que dura muchos días.

Metrorragia: Sangramiento genital no relacionado con la menstruación.

Amenorrea: Ausencia de menstruación.

Sistema hemolinfopoyético:

Adenopatías: "¿Ha notado algún aumento de tamaño de sus ganglios ("glándulas", "peloticas", "abultamientos")?"

Púrpuras: "¿Le han salido "morados" en su cuerpo?".

Hemorragias: "¿Sangra mucho cuando se hace una herida, o se extrae una pieza?"

Sistema nervioso:

Cefalea: Localización, intensidad, periodicidad, irradiación, calidad del dolor (pulsátil, opresivo,

punzante, "en casquete", etc.), modo de comienzo, factores desencadenantes, modo de alivio, síntomas acompañantes (visuales, vómitos, etc.). Como la cefalea es un síntoma extremadamente común, ofrecemos un cuadro con las características de los principales tipos de ésta.

Características de los principales tipos de cefalea	
Tipo	Características
Vascular (migraña)	Frecuentemente precedida de pródromos visuales (escotomas centelleantes), o vértigos. Cefalea unilateral, pulsátil, de intensidad variable, acompañada de náuseas, o vómitos, fotofobia y fonofobia. Patrón familiar y desencadenado por determinados alimentos, luces centelleantes, insomnio, etc. Curso episódico con fases asintomáticas entre las crisis.
Tensional (muscular)	Cefalea bilateral generalizada, o frontoparietal de carácter sordo, opresivo, o enfajas ("en casquete"), varía a lo largo del día y la actividad física no la agrava. Hay contracción, o rigidez de los músculos del cuello, región occipital y frontal.
Tumoral	Cefalea unilateral, o bilateral, de empeoramiento progresivo, que aumenta con los esfuerzos (defecar, pujar), frecuentemente matutina, acompañada de vómitos en proyectil, vértigo. Suelen aparecer signos neurológicos focales.
Neuralgia (trigémino)	Breves y lancinantes paroxismos de dolor facial, que duran unos segundos, o 1-2 minutos, descrito como una descarga eléctrica, un latigazo, o un pinchazo y muy intenso; se desencadena al masticar, hablar, comer, sonreír, bostezar, o a los estímulos táctiles, o térmicos, en zona cutánea, gingival, o labial.
Cefalea en racimo	Dolor perorbitario severo, de breve duración (< 2 horas), que puede repetir varias veces en el día, más frecuente en hombres y se acompaña de enrojecimiento periorbitario, lagrimeo, congestión nasal y rinorrea. Curso episódico de varios días, o semanas, con períodos de remisión de varios meses.

Convulsiones: Precisar si las crisis son focales, o generalizadas, si existen síntomas prodrómicos, o iniciales (aura), frecuencia de las crisis, descripción del ataque, duración y recuperación, mordedura de lengua, traumas, relajación de esfínteres, estado postictal. Como en muchas ocasiones el enfermo pierde la conciencia, es necesario interrogar a las personas que observaron la crisis.

Otros datos:

Astenia: Decaimiento, cansancio, o fatiga fácil.

Anorexia: Disminución, o pérdida del apetito.

Fiebre: Intensidad, frecuencia, tipo (intermitente, continua, remitente, recurrente, ondulante, etc.), duración, síntomas acompañantes (escalofríos, mialgias, cefalea retrocular, etc.). ¿Cómo y con qué cede?

Pérdida de peso: "¿Cuántas libras, o kilogramos, ha perdido?", "¿En qué tiempo?"

CAPÍTULO 4: LA HISTORIA PSICOSOCIAL

El hombre nace y se desarrolla en su medio social, adquiere costumbres y hábitos a lo largo de su vida, la cual está matizada por sus motivaciones y vivencias. A medida que se avanza en la vida, se desarrollan determinados roles sociales que intervienen en la satisfacción, el bienestar y, por tanto, en la salud de las personas.

Los factores psicológicos y sociales intervienen en la génesis, desarrollo, percepción y evolución de los estados patológicos, por lo que resulta importante, indagar sobre estos datos durante el interrogatorio. Esta parte de la anamnesis, es conocida como *historia psicosocial*.

Estos aspectos, generalmente, se abordan de manera progresiva durante el curso de la entrevista. A continuación, brindamos una síntesis de los mismos en un modelo de cuestionario, no con la intención de que

constituya una norma, sino con el fin de facilitar el acopio de datos.³

Cuestionario de Historia Psicosocial

1. Caracterización socioeconómica:

Edad

Sexo

Escolaridad

No. de hijos

Convivencia familiar

Ocupación. Si es jubilado, "¿Qué tipo de trabajo realizaba?". Tiempo que lleva jubilado. Motivo de la jubilación.

Si es ama de casa, "¿Trabajó alguna vez?", "¿Qué tipo de trabajo realizaba?"; motivo por el que abandonó el trabajo.

Sexualidad: satisfecha o no, ¿problemas?.

Religión.

1. Valoración de la enfermedad:

"¿Qué sabe de su enfermedad?"

"¿Siente Ud. que conoce lo suficiente sobre su enfermedad, o quisiera conocer algo más?"

"¿Esta enfermedad ha interrumpido actividades, o planes importantes para Ud.?"

2. Presencia de motivos tensionantes agudos o crónicos:

"¿Tiene Ud. algún problema que le esté afectando, o preocupando?"

(familiares, de pareja, sexuales, laborales, escolares, económicos, de vivienda)

3. Percepción de apoyo social:

"¿Siente Ud. que cuenta con la ayuda de familiares y amigos para enfrentar sus problemas?"

"¿Tiene Ud. a quién confiar sus problemas y con quién hablar de ellos?"

"¿Se siente solo?"

4. Estado emocional y afrontamiento a la enfermedad:

Afrontamiento favorable: "¿Ud. está... tranquilo, confiado, seguro, optimista?"

Afrontamiento desfavorable: "¿Ud. está... temeroso, intranquilo, inseguro, ansioso, deprimido?"

CAPÍTULO 5: EL EXAMEN FÍSICO

Es la exploración del enfermo, mediante maniobras en las que se utilizan los órganos de los sentidos del explorador (inspección, palpación, percusión y auscultación), e instrumentos sencillos como el

estetoscopio, el esfigmomanómetro, el martillo percutor, el diapazón, linterna, termómetro, cinta métrica, pesa y tallímetro.

Se divide en:

Examen físico general

Examen físico regional

Examen físico por aparatos

5.1 Examen físico general

Comprende los siguientes aspectos: hábito externo, deambulacion, marcha, actitud en el lecho y de pie, fascias, piel, mucosas y faneras, examen del tejido celular subcutáneo, del panículo adiposo, del sistema osteomioarticular (SOMA), peso, talla y temperatura.

Hábito: longilíneo, normolíneo, brevilíneo, dismórfico.

Deambulacion: si deambula, o no (causa de no deambulacion).

Marcha: normal o patológica (hemipléjica, parkinsoniana, polineurítica, atáxica, tabética, cerebelosa, vestibular, en tijera, de pato, etc.).

Actitud en el lecho (decúbito): activo indiferente, forzado, pasivo. A su vez puede ser supino, prono, lateral derecho, o izquierdo. En los decúbitos activos forzados tenemos: ortopnea, plegaria mahometana, opistótonos, emprostótonos, posición de gatillo de escopeta, posición fetal, etc.

Actitud de pie: Existen actitudes patológicas como la posición hemipléjica, la actitud de tenor, la escoliosis antálgica, etc.

Fascias: Si es característica de algún proceso patológico: adenoidea, aórtica, renal (de muñeco chino), peritoneal, hepática, acromegálica, cretinoide, mixedematosa, hipertiroidea, en fumador de pipa, parkinsoniana (hipomímica), mediastinal, tetánica (risa sardónica), estuporosa, miasténica, cushingoide (de luna llena), depresiva.

Piel y mucosas: La piel debe ser examinada en toda su extensión, descubriendo y observando parte por parte, teniendo la delicadeza necesaria para no herir el pudor del paciente. Se explora lo siguiente:

- Coloración general y sus alteraciones: palidez, rubicundez, cianosis, coloración amarilla (ictericia y pseudoictericia), melanodermia.
- Superficie: lustrosidad, humedad, descamaciones, grosor, nevos, efélides, manchas, pliegues, estrías, lesiones elementales, estado trófico, etc.
- Presencia de circulación colateral (tipo cava superior, cava inferior, porta, portocava).

Faneras: Pelo: cantidad, distribución, implantación, calidad, color, largo, grosor, resistencia. Uñas: forma,

³La historia psicosocial debe ajustarse al sexo y edad del paciente. Por ejemplo: no resultaría pertinente preguntar a una anciana de 92 años, a qué edad tuvo sus primeras relaciones sexuales y si actualmente tiene relaciones sexuales satisfactorias. Aquí deben cumplirse con mayor rigor, los preceptos señalados para la entrevista, que competen a garantizar la mayor privacidad posible y lograr una comunicación positiva con el paciente.

aspecto, resistencia, crecimiento y color; recordar que existen uñas patológicas (en vidrio de reloj, en cuchara, uñas de Terry, etc.).

Tejido celular subcutáneo: Determinar si está infiltrado, o no, por edema, mixedema, o enfisema subcutáneo. Las características de estas alteraciones, deben determinarse mediante la inspección y la palpación: distribución, color, temperatura, sensibilidad y consistencia.

Panículo adiposo: Estará disminuido, o aumentado según el paciente (delgado, u obeso). Observar si existe alguna disposición anormal de la grasa (giba de búfalo, obesidad fasciotroncular, lipomatosis, lipodistrofia).

Examen del SOMA:

Músculos: Inspección: volumen muscular, atrofias, tumoraciones, simetría, forma y movimiento. Palpación: dolor, consistencia, motilidad activa y pasiva.

Huesos: Inspección: comparación de un lado con otro, para determinar la presencia de deformidades y alteraciones viciosas. Palpación: comprobación de presencia de deformidades, aumento de volumen, medición del largo.

Articulaciones y tejidos periarticulares: Inspección: precisar aumento de volumen, deformidad, cambios de coloración, grado de flexión y extensión, desviaciones articulares en uno, u otro sentido. Es muy importante la inspección de las manos (la carta de presentación del artrítico), en busca de nódulos de Bouchard, de Heberden, tofos, desviación cubital de los dedos, dedos en huso, signo del embudo, dedos en cuello de cisne, etc. Palpación: comparación de las articulaciones para precisar cambio de temperatura, consistencia gomosa (engrosamiento sinovial), o fluctuante (derrame sinovial). Se realizarán maniobras de exploración articular, como flexión, extensión, abducción y adducción, para determinar limitación de los movimientos, o dolor.

En dependencia del cuadro clínico del enfermo, se pueden realizar maniobras específicas como: maniobra de Fabere, Lasegue, Bragard, Trendelenburg, peloteo de la rótula, meniscos, ligamentos laterales de la rodilla, etc.

Peso: expresado en kilogramos.

Talla: expresada en centímetros.

Temperatura: puede ser tomada en la boca, axila, o recto y se expresa en grados Celsius.

5.2 Examen físico regional

Comprende la exploración de las siguientes regiones del cuerpo:

- Cabeza (cráneo, cara)
- Cuello
- Tórax
- Abdomen
- Extremidades

- Columna vertebral.

Cabeza

Cráneo: Tamaño (normocefálico, macrocefálico, microcefálico), índice cefálico (dolicocefálico, braquicefálico, normocefálico), altura (hipsicefálico o turricefálico, platicefálico, normocefálico).

Cara: Implantación de los cabellos en la frente (normal, baja, alta, con entradas), surcos y trofismo de la frente, mejillas, mentón, ojos (color, pupilas, iris, conjuntivas, córnea, exoftalmos, estrabismo, arco senil, cataratas, etc.), pestañas, cejas, nariz (aspecto, forma tamaño) y orejas (implantación, tamaño, conducto auditivo externo).

Cuello

Inspección: Forma y tamaño (ancho/corto; delgado/largo), desviaciones (torticolis), latidos visibles, distensión venosa yugular (explorar si existe reflujo hepatoyugular), aumento de volumen localizado (tumores, bocio, adenopatías, etc.) y movimientos (flexión, extensión, lateralización y rotación).

Palpación: Explorar cadenas ganglionares en busca de adenopatías (preauriculares, retroauriculares, occipitales, submentonianas, submaxilares, carotídeas, laterales del cuello, supraclaviculares), tiroides y pulsos carotídeos (presencia, o ausencia, simetría, intensidad).

Auscultación: Identificar presencia de soplos en regiones carotídeas, supraclaviculares, o en región tiroidea.

Tórax

Tipo normal, o patológico (tísico, enfisematoso, infundibuliforme, cifoescolótico, piriforme, conioideo, etc.). Deformidades unilaterales (dilataciones o retracciones). Es muy importante la exploración de las mamas en la mujer (inspección, palpación).

Abdomen

Inspección: alteraciones de la piel, alteraciones del volumen (prominente, plano, excavado, aumento localizado, o asimétrico), movimientos abdominales en relación con la respiración, movimientos peristálticos visibles y latidos aórticos visibles.

Palpación: Primero se palpa la pared abdominal (palpación superficial), para determinar sus características: flaccidez, o contractura, grosor, abovedamientos localizados (tumores, quistes, lipomas), signo de Godet, sensibilidad (dolor), exploración de la región umbilical, inguinal y línea media (hacer que el paciente puje para detectar hernias). A continuación se realiza la palpación visceral (profunda), que puede ser monomanual, o bimanual, para detectar la presencia de dolor, tumoraciones, o visceromegalia. Al palpar una tumoración abdominal, o visceromegalia, deben precisarse las siguientes características: forma, tamaño, localización, consistencia, profundidad, carácter de la superficie, presencia de latidos, relación con los movimientos respiratorios y órganos vecinos, así como la presencia, o ausencia de dolor.

Percusión: Determinar si existe hiper, o hipotimpanismo, matidez, matidez de declive, o desaparición de la zona de submatidez hepática, etc.

Auscultación: Identificar la presencia de ruidos hidroaéreos (normales, aumentados, disminuidos, o ausentes).

Combinación de palpación y percusión: Maniobra de Tarral (onda líquida) para determinar la presencia de ascitis.

Extremidades

Sus principales aspectos ya han sido abordados, en el epígrafe referido a la exploración del SOMA. Aquí es necesario consignar si están simétricas, si no hay acortamientos, amputaciones, o alargamientos.

Columna vertebral

Determinar la presencia de cifosis, lordosis, escoliosis, cifoescioliosis, palpación de las apófisis espinosas en busca de dolor y de los puntos entre dos apófisis espinosas (a 2 cms a ambos lados de la línea media). Realizar las maniobras específicas para columna vertebral, indicadas para el SOMA.

5.3 Examen físico por aparatos

Aparato respiratorio

Inspección: Frecuencia respiratoria. Movimientos respiratorios. Expansibilidad torácica. Ritmo respiratorio (describir tipo). Presencia de tiraje, abovedamientos y retracciones.

Palpación: Expansibilidad torácica y vibraciones vocales (conservadas, aumentadas, disminuidas, o abolidas).

Percusión: Sonoridad pulmonar (normal, hipersonoridad, timpanismo, submatidez, matidez).

Auscultación: Murmullo vesicular (normal, disminuido, ausente), ruidos adventicios, o estertores, auscultación de la tos y auscultación de la voz (pectoriloquia, broncofonía).

Aparato cardiovascular

Inspección: Latido de la punta (presencia, o ausencia, localizaciones, modificaciones patológicas, como latido en escalera, en cúpula de Bard, etc.).

Palpación: Palpar región precordial desde la punta, hasta la base, en diferentes posiciones; palpación del choque de la punta, región subxifoidea y hueco supraclavicular. Es necesario precisar vibraciones valvulares palpables, frémito, ritmo de galope diastólico, roce pericárdico y latidos arteriales, o venosos.

Percusión: Determinar área de submatidez cardiaca y sus alteraciones (disminuida agrandada).

Auscultación: Debe realizarse con el enfermo sentado, en decúbito supino y en decúbito lateral izquierdo, para determinar los ruidos cardiacos en los focos de auscultación: punta, aórtico, pulmonar, tricuspídeo y mesocardio. Identificar presencia de ritmo de galope, chasquido de apertura de la mitral, acentuación, o desdoblamiento de los ruidos, clicks, soplos y arrastres. En el caso de los soplos, debe precisarse: momento,

localización, intensidad, tono, timbre, irradiación y modificación con diferentes maniobras.

1. Examen del pulso radial: Frecuencia, amplitud, intensidad, y sincronismo.

2. Medir la presión arterial en miembros superiores e inferiores, con el paciente acostado, sentado y de pie.

3. Sistema arterial periférico: Determinar la presencia, o ausencia de pulsos periféricos, o disminución de la amplitud de los mismos (pulsos temporales superficiales, carotídeos, humerales, radiales, femorales, poplíteos, tibiales posteriores, pedios). Auscultación en busca de soplos arteriales en regiones ileofemorales, poplíteas, carotídeas, flancos.

4. Sistema venoso periférico: Precisar la presencia de várices y microvárices. Utilizar pruebas para explorar el sistema venoso superficial (Rivlin, Adams, Trendelenburg) y el sistema venoso profundo (Perths, Oschener).

Aparato digestivo

Boca: Examen de los labios, encías (cambios hipertróficos, inflamación, hemorragia, presencia de pus, absceso, ribete obscuro, etc.). Dientes (presencia de caries, falta de piezas dentarias, manchas, diente de Hutchinson, supuraciones, absceso apical, etc.). Lengua (coloración, volumen, atrofia de la mucosa, ulceraciones, tumoraciones, leucoplasia, tipos de lengua patológica: escrotal, velluda, geográfica, etc.). Bóveda palatina (paladar hendido, ojival, etc.), cara interna de las mejillas (estomatitis, aftas, signo de Koplick, estado del orificio de salida del conducto de Stenon), piso bucal (frenillo, orificios de las glándulas sublinguales, venas raninas).

Orofaringe: Examinar velo del paladar, amígdalas y pared posterior de la faringe.

Maniobras y puntos dolorosos abdominales: Punto vesicular (maniobra de Murphy), punto apendicular, o de Mc Burney, dolor a la descompresión brusca (Blumberg), maniobra de Rovsing Meltzer, etc.

Hígado: Determinar el borde superior, por percusión y el borde inferior, por palpación, según las distintas maniobras (acecho, enganche, etc.). De encontrarse una hepatomegalia, describir: tamaño, consistencia, sensibilidad y si la superficie es lisa, o presenta nodulaciones.

Tacto rectal: El paciente puede estar en posición ginecológica, o genupectoral. Debe precisarse la existencia de paquetes hemorroidales, el tono del esfínter, tumores palpables y las características de la próstata (tamaño, consistencia, superficie y sensibilidad).

Aparato genitourinario

Riñones: Maniobras de palpación renal. Se recomienda, con el paciente acostado en decúbito supino, proyectar la región lumbar hacia delante con una mano, mientras

que con la otra colocada en el abdomen, se trata de prensarlo contra la pared posterior.

Fosas lumbares: Detectar aumento de volumen, cambios inflamatorios, etc. Palpación y percusión para determinar si son dolorosas, o no.

Puntos pielorreoureterales (PPRU): Si son dolorosos o no. Se dividen en:

- PPRU anteriores: Superior: unión de una línea horizontal que pase por el ombligo, con una vertical, que pase por el borde externo del músculo recto anterior del abdomen; medio: unión de la misma vertical, con la línea hiliaca ; inferior: mediante el tacto rectal.
- PPRU posteriores: Costovertebral: unión de la duodécima costilla con la columna vertebral; costumuscular: unión de la duodécima costilla con el borde externo de los músculos paravertebrales.

Genitales externos: inspección y palpación a través del tacto rectal (ya descrito) y tacto vaginal para precisar caracteres de la vagina (forma, posición y tamaño del útero) y las características del cuello uterino y de los fondos de saco.

Sistema hemolinfopoyético

Examen osteomedular: Palpar los diferentes huesos, en busca de tumoraciones, o dolor provocado. Percusión del esternón (signo de Dameshek: percusión dolorosa).

Adenopatías: Palpación meticulosa de las regiones ganglionares (retroauriculares, occipitales, submentonianas, submaxilares, cervicales, supraclaviculares, axilares, epitrocleares, inguinales). En caso de existir adenopatías, precisar: tamaño, consistencia, sensibilidad, adherencia a planos profundos, fistulización.

Bazo:

Inspección: Apremiar aumento de volumen del hipocondrio izquierdo (en grandes esplenomegalias).

Palpación: El paciente en decúbito supino, el médico a la derecha del enfermo, la mano derecha se coloca sobre el flanco izquierdo, sin presionar demasiado (peligro de rotura esplénica). Se pide al paciente que respire profundamente: un bazo palpable tropieza con los dedos del explorador.

Maniobra de Schuster: El paciente en decúbito lateral derecho, con la pierna derecha extendida, la pierna izquierda flexionada y el brazo izquierdo por encima de la cabeza. El examinador al lado izquierdo del paciente, palpará dicha zona, para determinar si existe o no, hipertrofia del órgano.

Búsqueda de manifestaciones hemorrágicas: petequias, equimosis, várices y hematomas.

Examen neurológico

- Conciencia: Desde el punto de vista neurológico, conciencia es sinónimo de vigilia, o sea, estar despierto y ser capaz de responder a estímulos de diversos orígenes. Las alteraciones fundamentales

de la conciencia, son:

Somnolencia
Obnubilación
Estupor
Coma

- Orientación: En este sentido el paciente puede estar orientado, o desorientado y en ambas situaciones, la respuesta estará determinada por:
 - Tiempo
 - Espacio
 - Persona: autopsíquica y alopsíquica
- Memoria: Puede ser de dos tipos: anterógrada y retrógrada. Los trastornos de la memoria, que más importancia tienen desde el punto de vista clínico, son las amnesias; éstas pueden ser:
 - Totales o parciales
 - De cálculo
 - De fijación
- Lenguaje y habla: Las alteraciones fundamentales de importancia neurológica son:
 - Afasia y disfasias
 - Disartria y anartria
 - Polilalia, bradilalia, ecolalia
 - Tipos especiales de voz que se pueden ver en algunas afecciones: voz farfullante, voz escandida, de pájaro, voz cuchicheada.
- Fascies: Las principales afecciones neurológicas con alteraciones de la fascie son:
 - Fascie parkinsoniana
 - Fascie de fumador de pipa
 - Fascie tetánica (risa sardónica)
 - Fascie miasténica
 - Fascie ansiosa
 - Fascie depresiva
- Actitud:
 - Actitud de pie: Algunas posiciones típicas son:
 - Enfermedad de Parkinson
 - Hemiplejia capsular con espasticidad
 - Ataxia avanzada (anteropulsión, retropulsión, lateropulsión).
 - Actitud en el lecho: Posiciones típicas:
 - Pacientes hemipléjicos
 - Opistótonos
 - Emprostótonos
 - Posición en gatillo de escopeta
- Marcha: Los aspectos fundamentales a precisar son:
 - Capacidad de flexión y extensión de los segmentos de las extremidades inferiores.
 - Movimientos coordinados entre las extremidades superiores y el tronco.

Marcha en línea recta, o no; si la marcha es rápida, o lenta; si apoya primero el talón, o la punta del pie.

Si el enfermo mira hacia delante, si mira al suelo, o fijamente hacia un punto y dónde pone los pies.

Si aumenta la base de sustentación.

Principales tipos de marcha patológica:

Marcha hemipléjica (guadañante o del segador)

Marcha parética (estepache)

Marcha atáxica

Marcha tabética (taloneante)

Marcha cerebelosa (de ebrio)

Marcha vestibular (zigzagueante)

Marcha a pequeños pasos (bradibasia)

Marcha digitigrada

Marcha en tijeras

Marcha de las miopatías primarias

Tono y trofismo muscular

Mediante la inspección y la palpación, serán explorados los diferentes grupos musculares del cuerpo, precisando: aspecto, consistencia, relieve, contorno aumentado, o disminuido y actitud de las extremidades, siempre comparando regiones simétricas. También se explora la resistencia de los músculos, a la manipulación pasiva de los miembros, tronco y cabeza. El tono muscular puede presentarse: normal, aumentado (hipertonía), o disminuido (hipotonía). Al examinar el tono muscular, precisamos el trofismo, o estado de nutrición y desarrollo muscular; en ocasiones, es necesario recurrir a la medición, para identificar una atrofia muscular.

• Motilidad

Voluntaria:

a. Activa: Se le ordena al paciente que realice movimientos con sus diferentes segmentos corporales: cabeza, cuello, tronco y extremidades.

Determinación de la fuerza muscular contra resistencia (exploración de la fuerza muscular segmentaria): Se le dan las manos al paciente y le ordenamos que apriete.

Se le ordena al paciente que haga un movimiento cualquiera con un miembro, mientras se opone resistencia a dicho movimiento, ej.: elevación de los dedos de las manos, elevación de la muñeca, flexión y extensión del brazo, antebrazo, muslo y pie.

Determinación de la fuerza muscular voluntaria:

Maniobra de Barré (para los miembros inferiores): Con el enfermo en decúbito prono y ambas piernas formando un ángulo de 45 grados con el muslo, se le ordena que las mantenga en esa posición durante un rato; puede provocarse sacudidas, mediante las cuales el paciente trata de recuperar la posición inicial perdida. Si uno de

los miembros está parético, caerá antes que el otro.

Maniobra de Mingazzini (para los miembros superiores): Se colocan ambos miembros superiores extendidos al frente, con las palmas de las manos hacia arriba. El miembro parético caerá más rápidamente.

b. Pasiva

c. Exploración de movimientos pasivos hechos por el explorador, fundamentalmente, flexión y extensión de los miembros superiores e inferiores.

Involuntaria

Reconocimiento de la presencia de movimientos involuntarios, tales como: tics, temblores, corea, atetosis, fasciculaciones, mioclonías, convulsiones, etc.

• Sensibilidad

Sensibilidad superficial: Al explorar sus distintas modalidades, es requisito indispensable que el paciente mantenga los ojos cerrados durante el examen.

Táctil:

Protopática: Se explora con un algodón, pincel, etc., tocando suavemente diferentes puntos de la piel.

Epicrítica: Se explora mediante un compás; sirve para medir la capacidad discriminatoria entre dos puntos.

Térmica (frío o calor): Se toman dos tubos de ensayo, uno con agua fría y otro con agua tibia y se exploran las diferentes regiones, siempre simétricamente.

Dolor: Se explora mediante una aguja, alfiler, punzón, etc, introduciéndola suavemente en la piel.

Sensibilidad profunda: Comprende diferentes modalidades.

Palestesia (sensibilidad vibratoria): Se explora mediante el diapazón, haciéndole vibrar con un golpe y colocándolo sobre eminencias óseas y articulares. El paciente percibe la vibración sobre el hueso.

Batiestesia (sentido de posición): Sin que el paciente mire, se le mueve pasivamente, en distintas direcciones algún dedo de la mano, o de los pies y se le detiene en una posición cualquiera, preguntándole en qué posición se encuentra.

Barestesia (sentido de presión): Se hacen presiones con el dedo pulgar, o con la mano del explorador en diferentes regiones. El paciente experimenta esa presión; hay que considerar que la presión muy profunda puede resultar dolorosa.

Barognosia (sentido de peso): Se colocan objetos de distinto peso, en cada una de las manos del

paciente, para que identifique cuál pesa más. El paciente tendrá los ojos cerrados.

Estereonosis (reconocimiento de objetos): Se coloca un objeto cualquiera, en la palma de las manos del enfermo (con los ojos cerrados), el cual deberá ser fácil de identificar (un reloj, un bolígrafo, una moneda, etc.) y se le pide que lo reconozca y que señale sus características: forma, tamaño, consistencia.

Sensibilidad visceral: Se presionan suavemente órganos asequibles y que resulten dolorosos: mamas, tráquea, testículos.

- **Taxia (Coordinación)**

Coordinación estática

Signo de Romberg simple: Con el enfermo de pie, se le ordena que permanezca en actitud firme, con los pies juntos y los ojos cerrados. Normalmente, el paciente permanece de pie, sin presentar oscilación de su cuerpo (el signo es negativo). Si el enfermo, en lugar de conservar la posición de equilibrio, oscila y tiende a caer, el signo de Romberg es positivo. En ambos casos, el paciente debe tener los brazos extendidos lateralmente. Según la dirección de la oscilación, se hablará de anteropulsión, retropulsión, o lateropulsión.

Signo de Romberg sensibilizado: Se ordena al paciente que se pare con un pie delante del otro, o levantando una pierna y que toque con el talón la rodilla de la otra pierna. Luego se le ordena cerrar los ojos; si presenta oscilación y cae, el signo es positivo.

Coordinación dinámica:

Para los miembros superiores: maniobra índice – índice; maniobra índice– nariz; prueba dedo – dedo.

Para los miembros inferiores: prueba talón – rodilla; prueba talón – punta del pie.

Otras pruebas para explorar la taxia, son la maniobra de las marionetas y la prueba de la aprehensión de objetos.

- **Praxia**

Movimientos intransitivos: Se le ordena al paciente: escribir sin lápiz, sacar la lengua, saludo militar.

Movimientos transitivos: Abotonar y desabotonar la camisa, peinarse, encender un cigarro.

Movimientos imitativos: El explorador realiza un gesto y el paciente tiene que imitarlo.

- **Reflectividad**

Reflejos cutáneomucosos, o superficiales

Reflejo corneal

Reflejo faríngeo, o náuseoso

Reflejos cutáneoabdominales: superior, medio e inferior.

Reflejo cremasteriano.

Reflejo cutáneoplantar: Se excita con un lápiz, una llave, o cualquier objeto romo en la planta del pie, en la región externa, media, o interna; la respuesta normal será la flexión plantar de todos los dedos.

Signo de Babinsky: Aparece cuando, al explorar el reflejo cutáneoplantar, la respuesta obtenida es la flexión de los cuatro dedos y la extensión del dedo grueso, o todos los dedos se abren en abanico.

Reflejo de Pousset: Aparece cuando, al realizar la maniobra de búsqueda del signo de Babinsky, se obtiene la abducción del quinto dedo.

Sucedáneos del signo de Babinsky:

Maniobra de Oppenheim: Se presiona con el pulgar, de arriba hacia abajo, la cara anterointerna de la tibia, rodando por su borde.

Maniobra de Schaeffer: Se realiza comprimiendo el tendón de Aquiles.

Maniobra de Gordon: Se realiza comprimiendo las masas musculares de la pantorrilla.

Reflejos osteotendinosos, o profundos:

Reflejo orbicular de los párpados (supraorbitario, o nasopalpebral)

Reflejo mentoniano, o masetero

Reflejo bicipital

Reflejo tricipital

Reflejo estilo-radial

Reflejo cúbito- pronador

Reflejo de los flexores de los dedos de las manos:

Técnica de Traemner

Técnica de Hoffman

Reflejo mediopubiano

Reflejo rotuliano, o patelar: Con el enfermo acostado, se levantan ligeramente los miembros inferiores con una mano colocada debajo del hueco poplíteo, se consigue una ligera flexión de la pierna sobre el muslo, de tal forma que la rodilla quede en alto y se percute sobre el tendón rotuliano; con el enfermo sentado, ambas piernas deben caer en forma de péndulo, sin tocar el suelo y se percute sobre el tendón rotuliano.

Reflejo aquiliano: Con el enfermo sentado, ambos miembros inferiores deben estar en forma de péndulo en el borde de la cama, o silla, se toma el pie con una mano y se flexiona sobre la pierna, se percute sobre el tendón de Aquiles y la respuesta es la flexión plantar del pie; con el enfermo de rodillas sobre una silla, o la cama, los pies deben estar fuera del borde (de la silla, o la cama) y se procede igual que en el caso anterior; con el enfermo acostado, se coloca el pie del miembro inferior a explorar, en semiflexión y se procede a

la abducción sobre el miembro opuesto, de forma tal que descansa sobre el maleolo externo, con una mano se toma la planta del pie, se lleva en ligera flexión y se percute el tendón de Aquiles.

Clonus: se debe explorar cuando los reflejos profundos están exaltados.

Clonus del pie: Se indica al paciente que flexione la pierna sobre el muslo y se le hace descansar sobre el antebrazo, se toma el pie por la cara plantar y manteniéndolo en esa posición, se le realiza una flexión forzada pasiva del mismo, con lo que el pie inicia una serie de sacudidas rítmicas.

Clonus de la rótula: Con el miembro inferior en extensión, se toma la rótula entre los dedos índice y pulgar de una mano y se le imprime un movimiento rápido hacia abajo, manteniéndola en esa posición, entonces se produce el clonus.

Signos meníngeos: rigidez de nuca.

Signos de Kernig:

Superior: Con el paciente acostado, el explorador coloca la mano debajo de la nuca y levanta el tronco hasta sentarlo. El signo es positivo si se flexionan los muslos sobre la pelvis y las piernas sobre los muslos.

Inferior: Con el paciente en la misma posición, se levanta un miembro inferior (pierna y muslo) manteniéndolo extendido. El signo es positivo si a cierta altura se produce la flexión de la rodilla.

Signo de Brudzinski: Con el paciente acostado en decúbito supino, colocamos una mano sobre el tórax para impedir que se levante y con la otra flexionamos la nuca. La respuesta es positiva, si los dos miembros inferiores se flexionan al nivel de las rodillas y las caderas.

Contralateral: Si se flexiona fuertemente un muslo sobre la pelvis, el miembro opuesto reproduce el movimiento.

Pares craneales:

I par (nervio olfatorio)

Cada lado de las fosas nasales se explora por separado. Se le dan a oler al paciente (quien tendrá los ojos cerrados) sustancias volátiles y de fácil identificación (café, alcohol, mentol, etc)

II par (nervio óptico)

Agudeza visual: Se coloca al enfermo a una distancia de 20 pies del observador, se le muestran sucesivamente los dedos de la mano y se le pide que los cuente. El enfermo mantendrá tapado el ojo contrario al que se explora, con la mano del mismo lado. Para una exploración más precisa se utilizará la escala de Snellen.

Perimetría y campimetría: Para la exploración del campo visual, de frente al enfermo, tapamos el ojo que no vamos a explorar con una mano; lo mismo debe hacer el paciente. Luego se sitúa el dedo índice

de la otra mano, o un objeto cualquiera (puede ser un lápiz), en el campo visual desde la periferia hacia el centro, siempre a la misma distancia de uno y otro, de manera que cuando el explorador comience a verle, el paciente también lo verá. La mirada debe mantenerse fija, y ambos, paciente y explorador deben mirarse de frente y fijamente. Finalmente, se mueve el objeto en diferentes radios, para comprobar en qué cuadrante se encuentra el defecto del campo visual.

Visión de colores: Identificación de distintos colores: rojo, verde, amarillo, etc.

Fondo de ojo.

Pares III, IV y VI (Examen de la motilidad ocular)

Primeramente se observa si ambos globos oculares son simétricos, luego se fija la cabeza con una mano y se le indica al paciente que siga con la vista un dedo del explorador, que se mueve frente a sus ojos en dirección horizontal, de derecha a izquierda y viceversa hasta las porciones externas, luego en dirección vertical y por último, en forma circular para apreciar los movimientos oculares.

III par (nervio óculomotor)

Comprobar si la apertura palpebral es normal. En caso de parálisis hay ptosis palpebral.

Examen de la pupila: forma, tamaño (diámetro normal: 2-4 mm).

Reflejo fotomotor: Se hace incidir un haz de luz directamente en la pupila y esta normalmente se contrae.

Reflejo de acomodación: Se indica al paciente, mirar hacia un lugar lejano, después al dedo del explorador colocado cerca del ojo; la pupila normalmente se contrae para acomodarse a la mirada cercana.

Reflejo consensual: Cuando exploramos el reflejo fotomotor, observamos que normalmente la pupila del otro ojo también se contrae.

En las lesiones del III par, encontramos incapacidad para mover el globo ocular hacia arriba, abajo y adentro, por parálisis de los músculos recto superior, inferior, interno y oblicuo menor. El ojo presentará un estrabismo por tironamiento hacia fuera, al predominar el recto externo.

IV par (nervio patético, o troclear)

Al paralizarse este par craneal, el ojo se desvía hacia arriba y afuera (mirada patética) y no se mueve hacia abajo y adentro.

V par (nervio trigémino)

Porción sensitiva: Exploración de las distintas modalidades sensitivas de la cara (táctil, dolorosa y térmica).

Puntos dolorosos de Valleux: supraorbitario, infraorbitario, mentoniano.

Porción motora: Se le indica al paciente que apriete fuertemente los dientes, para proceder a palpar los músculos maseteros; esto nos permite percibir el

endurecimiento de las masas musculares. También se le indica que abra la boca y con una mano se hace resistencia a este movimiento, con lo que se comprueba la contracción y la fuerza de los maseteros.

Reflejo mentoniano, o maseteriano (ver reflectividad profunda)

Reflejo corneal (ver reflectividad superficial).

VI par (nervio abductor)

Si se afecta este par, el paciente presenta un estrabismo interno por tironamiento y predominio del recto interno.

En muchas de las parálisis oculares el paciente presenta diplopia.

VII par (nervio facial)

Porción sensitiva: Consiste en el examen de la sensibilidad gustativa de los dos tercios anteriores de la lengua; se examina colocando sal, o azúcar en esa zona y se le muestra al paciente un letrero con estos nombres para que identifique el sabor.

Porción motora: Inspección de la cara del paciente, para detectar asimetría facial, hendidura palpebral, si las lágrimas se derraman solas y si hay desviación de la comisura labial.

Facial superior: Se le ordena el fruncimiento de la frente hacia arriba, así como cerrar fuertemente los ojos.

Signo de Bell: Existe cuando el paciente trata de cerrar los ojos y no lo logra y el globo ocular se dirige hacia arriba.

Facial inferior: Se le indica al paciente que muestre los dientes, silbar, soplar, sonreír.

Maniobra de Pierre-Marie-Foix: Se hace presión con ambos dedos índices, sobre la parte posterior del ángulo de la mandíbula, para poner en evidencia una parálisis facial.

VIII par (nervio estetoacústico, o vestibulococlear)

Rama vestibular: Primeramente se indaga si el paciente presenta pérdida de equilibrio, vértigos, o vacilación en la marcha.

Presencia de nistagmo: horizontal, vertical, o rotatorio.

Prueba de la desviación del dedo índice de Barany

Presencia de marcha zigzagueante

Estrella de Babinski

Examen de la función laberíntica mediante pruebas especiales (rotatoria, calórica).

Rama coclear: Examen de la agudeza auditiva.

Prueba de Weber

Prueba de Rinne

Pruebas audiométricas

IX par (nervio glossofaríngeo)

Rama sensitiva:

Exploración de la sensibilidad gustativa del tercio posterior de la lengua

Exploración del reflejo faríngeo

Exploración del reflejo del seno carotídeo

Rama motora:

Fenómeno de Vernet: Se le ordena al paciente decir "A" con la boca abierta; normalmente se produce la contracción de la pared posterior de la faringe.

Movimiento de la deglución

X par (nervio vago, o neumogástrico)

Examen del movimiento del velo del paladar, al pronunciar la letra "A" (normalmente hacia arriba).

Examen del movimiento de las cuerdas vocales, mediante un espejo laríngeo.

Exploración del reflejo óculo cardíaco

Examen de los movimientos deglutorios

XI par (nervio espinal)

Examen de los movimientos del cuello, al hacer girar la cabeza del paciente.

Palpación del tono de los músculos esternocleidomastoideos y trapecio.

Comprobación de la fuerza muscular: Se indica al paciente que eleve ambos hombros y se opone resistencia al movimiento, presionando sus hombros con ambas manos.

Oposición a los movimientos de la cabeza: flexión, extensión y rotación.

XII par (nervio hipogloso)

Se le ordena al paciente que saque la lengua, para observar si hay asimetría, desviación de la punta, fasciculaciones.

Se le ordena que mueva la lengua en todas direcciones.

Se le ordena que presione con la lengua, sobre la región posterior de las mejillas y por fuera nos oponemos a este movimiento.

CAPÍTULO 6:

LOS SÍNDROMES

Un síndrome es un conjunto de síntomas y signos, que tienen personalidad propia y obedecen a varias causas, generalmente con una explicación fisiopatológica común. Según los textos clásicos - y en la práctica ocurre así-, el diagnóstico se simplifica considerablemente cuando un problema clínico dado, se ajusta claramente a un síndrome bien definido, pues sólo unas cuantas enfermedades necesitan ser consideradas en el diagnóstico diferencial.

Para facilitar la realización de la discusión diagnóstica, en el aspecto del diagnóstico sindrómico, brindamos una clasificación general de los distintos síndromes por

aparatos y sistemas (Cuadro), con una explicación de los síntomas y signos que los componen y las entidades nosológicas que pueden ser causa de los mismos (etiología).

PRINCIPALES SÍNDROMES	
Aparato o Sistema	Síndromes
Sistema Osteomioarticular	Síndrome de inflamación articular Síndrome de sacrolumbalgia
Aparato Respiratorio	Síndromes bronquiales Síndromes parenquimatosos Síndromes pleurales Síndromes insuficiencia respiratoria
Sistema Cardiovascular	Síndrome de insuficiencia cardíaca Síndrome de insuficiencia coronaria Síndromes valvulares Síndrome de hipertensión arterial Síndrome de shock Síndrome de insuficiencia arterial Síndrome de insuficiencia venosa Síndrome pericárdico
Sistema Digestivo	Síndrome de sangramiento digestivo Síndrome diarreico Síndrome de malabsorción intestinal Síndrome icterico Síndrome ascítico Síndrome hipertensión portal Síndrome doloroso abdominal Síndrome de insuficiencia renal aguda Síndrome de insuficiencia renal crónica
Sistema Urogenital	Síndrome nefrótico Síndrome nefrítico Síndrome urinario infeccioso Síndrome urinario obstructivo Síndrome de desequilibrio hidromineral y ácido básico
Sistema Hematopoyético	Síndrome anémico Síndrome purpúrico hemorrágico Síndrome adénico Síndrome esplenomegálico
Sistema Endocrino	Síndromes hipofisarios Síndromes tiroideos Síndromes corticoadrenales Síndrome hiperglicémico Síndrome hipoglicémico
Sistema Nervioso	Síndrome de malnutrición Síndrome comatoso Síndrome motor Síndrome sensitivo Síndrome polineurítico Síndrome de hipertensión endocraneana Síndrome meníngeo Síndrome cerebeloso Síndrome vertiginoso Síndrome convulsivo Síndromes extrapiramidales
Otros	Síndrome febril

Síndrome de inflamación articular

Concepto: Conjunto de síntomas y signos que acompañan al aumento de volumen de las articulaciones.

Formas de presentación:

- Monoarticular: afección de una sola articulación
- Oligoarticular: afección de dos a cuatro articulaciones
- Poliarticular: afección de varias articulaciones

Síntomas y signos:

Dolor de inicio casi siempre brusco e intenso, que puede dar cierto grado de rigidez articular y llevar a la anquilosis. En ocasiones, el dolor es insidioso y se acompaña de artralgiyas, como ocurre en los casos crónicos.

Aumento de volumen con presencia de derrame, que puede ser de tres tipos: hidrartrosis, hemartrosis y pioartrosis.

- Rubor, o enrojecimiento
- Aumento de temperatura

Etiología:

Monoarticular: infección, cristales, traumatismos, hemartrosis, cuerpo extraño, neoplasias articulares, necrosis aséptica, trastorno mecánico, sarcoidosis, forma de comienzo de una poliartritis.

Poliarticular: artritis reumatoidea, lupus eritematoso, enfermedades por depósito de cristales, hiperparatiroidismo, acromegalia, hemocromatosis, enfermedad de Wilson, amiloidosis, dislipidemias, infección por virus de hepatitis y rubéola, neisseria, artritis de Lyme, endocarditis bacteriana, fiebre reumática, hipersensibilidad a drogas, púrpura anafilactoide, artropatías seronegativas, artritis reactivas.

Síndrome de sacrolumbalgia

Concepto: Síndrome resultante del deterioro de los discos intervertebrales, a causa del envejecimiento, o traumatismos.

Formas de presentación: sacrolumbalgia aguda, sacrolumbalgia crónica y cialgia vertebral común.

Síntomas y signos:

Sacrolumbalgia: Dolor en región lumbar, de intensidad variable, pero habitualmente alta después de una actividad física y se puede exacerbar con la tos, la defecación, etc.; dificultad para la deambulación: el enfermo adopta posición antálgica (aplanamiento de la lordosis lumbar y escoliosis). La duración es variable.

Cialgia vertebral común: Dolor unilateral que abarca la extremidad inferior. Presencia de irritación de la raíz L5; el dolor es posteroexterno en el muslo, externo en la pierna, pasa sobre el maléolo externo y cruza el dorso del pie, para terminar en los dos primeros dedos. El examen físico muestra reflejo aquileano normal, con hipostesia del territorio doloroso, disminución de la fuerza muscular de los músculos elevadores del pie, peroneos y extensor del dedo gordo; el enfermo presenta dificultad para mantenerse sobre el talón del lado afectado (signo del talón). Cuando se trata de una ciática de S1, el dolor es posterior en el muslo y en la pierna, llega al talón y borde externo del pie, para terminar en los tres últimos dedos. El examen muestra una disminución, o desaparición del reflejo aquileano, hipostesia en el territorio doloroso, sobre todo en el borde externo del pie y en los tres últimos dedos; puede estar disminuida la fuerza muscular de la zona posterior de la pierna, lo que impide al enfermo ponerse en puntillas (signo de la punta). En ambos casos (L5 y S1) puede aparecer el signo de Lassegue. Según el tipo de ciática, la presión de la región paraespinal de L5, o S1, produce irradiación del dolor hacia la extremidad (signo del timbre de Seze).

Síndromes bronquiales

Concepto: Disminución del calibre de la luz bronquial, que trae como consecuencia dificultad para la salida del aire.

- Incluye los siguientes síndromes:
- Síndrome de obstrucción bronquial

Síndrome de hiperreactividad bronquial

Síntomas y signos:

Síndrome de obstrucción bronquial: Si la obstrucción es aguda (cuerpo extraño), el enfermo se lleva la mano al cuello (signo universal de obstrucción), hay tos paroxística, disnea súbita, rubicundez y cianosis exagerada. Si la obstrucción es lenta, la tos es menos pertinaz, la disnea menos intensa y las fascies adquieren un tono azulado (abotagado azul). Inspección: normal, o disminución de la movilidad respiratoria de la zona afectada. Palpación: estertores roncós y/o disminución localizada de las vibraciones vocales. Percusión: hipersonoridad del área afectada. Auscultación: murmullo vesicular normal, o disminuido localmente, estertores secos, o subcrepitantes.

Síndrome de hiperreactividad bronquial: Disnea de tipo expiratoria, tos seca, o escasa, adherente, o perlada. Inspección: inspiración corta y expiración larga, ortopnea, tiraje, cianosis, aleteo nasal. Palpación: disminución de la amplitud del tórax, ronquidos, vibraciones vocales normales, o disminuidas. Percusión: normal, o hipersonoridad con disminución de la matidez del área cardíaca. Auscultación: murmullo vesicular disminuido localmente, estertores roncós y sibilantes diseminados; pueden aparecer subcrepitantes al final de la crisis.

Etiología: Inflamación, obstrucción, broncoespasmo.

Síndromes parenquimatosos pulmonares

Concepto: Lesión del parénquima pulmonar, que produce alteración alveolar, bronquial e intersticial.

Incluye los siguientes síndromes:

- Síndrome enfisematoso
- Síndrome de condensación inflamatoria
- Síndrome de condensación atelectásica
- Síndrome de condensación tumoral

Síntomas y signos:

Síndrome enfisematoso: Disnea mantenida, o a los mínimos esfuerzos, con ortopnea, fascies rozada (soplado rozado), puede haber fiebre, tos o expectoración. Inspección: tórax en tonel. Palpación: movimientos expansivos disminuidos, vibraciones vocales disminuidas. Percusión: hipersonoridad pulmonar, disminución de la matidez del área cardíaca, descenso de las bases pulmonares. Auscultación: murmullo vesicular disminuido, con expiración prolongada, estertores y sibilantes, o húmedos cuando se asocia con infecciones.

Síndrome de condensación inflamatoria: Tos seca al comienzo y productiva después, de tipo purulento, herrumbroso, o hemoptoico, fiebre con escalofríos y dolor en punta de costado. Inspección: disminución de la respiración del lado afectado. Palpación: movimientos expansivos disminuidos, vibraciones vocales aumentadas. Percusión: matidez. Auscultación: murmullo vesicular disminuido, estertores crepitantes y

subcrepitantes, soplo tubario, broncofonía aumentada y pectoriloquia áfona.

Síndrome de condensación atelectásica: Las manifestaciones van a depender de la magnitud de obstrucción. Puede ser masiva, parcial, o lobar y segmentaria. Inspección: disminución de la respiración; si es masiva, puede haber retracción del hemitorax, tiraje y disminución de los espacios intercostales. Palpación: movimientos expansivos disminuidos, vibraciones vocales disminuidas, o abolidas. Percusión: matidez, puede haber desviación de la matidez del mediastino hacia el lado afectado. Auscultación: murmullo vesicular abolido con silencio respiratorio, broncofonía disminuida (no auscultación de la voz).

Síndrome de condensación tumoral: Astenia, anorexia y pérdida de peso. Puede presentar síntomas y signos de un síndrome parenquimatoso, bronquial, o pleural.

Síndromes pleurales

Concepto: Afección de la pleura por inflamación, irritación, o mecánica, en la cual se acumula líquido, o aire, entre la pleura visceral y parietal.

Incluye los siguientes síndromes:

- Síndrome de interposición líquida
- Síndrome de interposición gaseosa

Síntomas y signos:

Síndrome de interposición líquida: Dolor sordo en punta de costado, a veces de tipo abdominal, respiración superficial de intensidad variable según modo de instalación y magnitud de la misma, tos seca molesta y continua; puede haber febrícula, o fiebre. Inspección: normal si derrame pequeño, abombamiento del tórax, disminución de la expansibilidad torácica. Palpación: disminución de la expansión, vibraciones vocales abolidas; por encima del derrame, hay aumento de las vibraciones vocales. Percusión: matidez en forma de parábola (curva de Damoiseau); por encima del derrame, hay hipersonoridad, o timpanismo, columna vertebral mate. Auscultación: murmullo vesicular abolido, pectoriloquia áfona, egofonía y murmullo vesicular intenso por encima del derrame.

Síndrome de interposición gaseosa: Dolor en punta de costado, intensa disnea progresiva y cianosis cuando el cuadro es agudo; si la instalación es lenta, se presenta sólo el dolor y ligera disnea. Inspección: abombamiento y disminución de la expansibilidad torácica del lado afectado. Palpación: disminución de la expansión y vibraciones vocales abolidas. Percusión: hipersonoridad, timpanismo, o sonido metálico. Auscultación: murmullo vesicular disminuido, o abolido, soplo anfórico y disminución de la broncofonía.

Síndrome insuficiencia respiratoria

Concepto: Conjunto de síntomas y signos, que aparecen por perturbación en la captación de oxígeno, o en la eliminación de dióxido de carbono, o ambos.

Incluye los siguientes síndromes:

- Insuficiencia ventilatoria

- Insuficiencia difusiva
- Insuficiencia en la perfusión
- Insuficiencia combinada

Insuficiencia ventilatoria restrictiva de causa nerviosa y muscular:

Síntomas y signos: Cianosis y disminución de las excursiones torácicas, polipnea, disminución de la expansibilidad respiratoria.

Etiología: Anestesia, Guillain Barré, Miastenia Gravis, cifoescoliosis, síndrome de Marfán, obesidad.

Insuficiencia ventilatoria obstructiva:

Síntomas y signos: Signo universal de obstrucción, disnea de tipo inspiratorio, cianosis, cornaje y tiraje si la obstrucción es de laringe, o tráquea y bradipnea espiratoria con estertores sibilantes, si la obstrucción es de bronquios finos.

Etiología: Cuerpos extraños, asma bronquial, tumores, bronquitis crónica

Insuficiencia difusiva del intercambio alvéolo capilar:

Síntomas y signos: Cianosis, polipnea, tiraje y disminución del murmullo vesicular.

Etiología: Colagenosis, sarcoidosis, fibrosis intersticial de Hamman Rick e insuficiencia cardíaca congestiva.

Insuficiencia en la perfusión:

Síntomas y signos: Polipnea, cianosis, tiraje, astenia, taquicardia y somnolencia.

Etiología: Hipertensión pulmonar primaria, insuficiencia cardíaca, colagenosis, sarcoidosis, fibrosis intersticial y valvulopatía mitral.

Síndrome de insuficiencia cardíaca

Concepto: Es un trastorno funcional en el que el gasto cardíaco, no es suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas del organismo, lo que provoca un fallo en la actividad de bomba del corazón.

Síntomas y signos:

Por disminución del gasto cardíaco: debilidad, fatiga, laxitud, confusión mental, desorientación, somnolencia, oliguria diurna y nicturia, pérdida de masa muscular y caquexia, disminución de la presión arterial media, pulso

débil, dicrótico, o alternante respiración de Cheyne Stokes, piel fría, sudorosa y pálida.

Por congestión venosa sistémica: edemas, ascitis, derrame pleural, dolor en hipocondrio derecho, plenitud, anorexia, náuseas y vómitos, hepatomegalia, ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular.

Por congestión venosa pulmonar: disnea, estertores crepitantes y sibilantes, tos, expectoración y cianosis.

Otras: palpitaciones, anormalidades en la localización, amplitud y forma del latido de la punta, soplos, aparición de tercer y cuarto ruidos cardíacos, ritmo de galope y taquicardia.

Etiología:

Con gasto cardíaco elevado: Beri Beri, fístula arteriovenosa, anemia, hipertiroidismo, enfermedad de Paget.

Con gasto cardíaco disminuido: Hipertensión arterial, cardioangioesclerosis, infarto del miocardio, valvulopatías, tromboembolismo pulmonar, miocardiopatías, miocarditis, arritmias, cardiopatías congénitas, pericarditis constrictiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión pulmonar primaria.

Síndrome de insuficiencia coronaria

Concepto: Conjunto de síntomas, signos y manifestaciones electrocardiográficas, resultantes de la disminución del flujo sanguíneo coronario, de forma aguda o crónica, transitoria, o permanente, lo que produce privación local de oxígeno y eliminación insuficiente de metabolitos.

Síntomas y signos:

Características comunes:

Localización: retroesternal (puede localizarse en el epigastrio, en el infarto agudo del miocardio).

Irradiación: miembro superior izquierdo, hombro, espalda, cuello, mandíbula.

Intensidad: variable, generalmente elevada.

Carácter: opresivo, compresivo.

Modificación: no se modifica con la tos, movimientos respiratorios, deglución o posición.

Diferencias:

Aspectos diferenciales	Angina	Infarto
Factor desencadenante	Generalmente el esfuerzo físico	Generalmente el reposo
Duración	< 10 minutos	> 30 minutos
Forma de instalación	Habitualmente progresiva	Generalmente súbita
Forma de aliviarse	Reposo y administración de nitroglicerina.	No alivio con el reposo o nitroglicerina.
Síntomas acompañantes: vómitos, sudoración edema pulmonar, shock	Menos frecuentes, excepcionales.	Más frecuentes, son habituales.

Etiología:

Aterosclerosis, espasmos arteriales, procesos inflamatorios, grandes dilataciones, o hipertrofias ventriculares y la valvulopatía aórtica fundamentalmente.

Síndromes valvulares

- Estenosis Mitral
- Insuficiencia Mitral
- Estenosis Aórtica
- Insuficiencia Aórtica

Estenosis mitral

Concepto: Estrechez del orificio valvular mitral, que dificulta el paso de la sangre de la aurícula izquierda, al ventrículo izquierdo durante la diástole.

Síntomas y signos: disnea, hemoptisis, cianosis, palpitaciones, manifestaciones embólicas, otros síntomas de insuficiencia cardiaca, síntomas compresivos (disfagia, tos seca, disfonía), soplo (ritmo de Duroziez: arrastre, o retumbe, soplo presistólico, el primer ruido en pistoletazo y el desdoblamiento del segundo ruido).

Etiología: Causas congénitas y adquiridas, de origen reumático.

Insuficiencia mitral

Concepto: Incapacidad de la válvula para mantener cerrado el orificio auriculoventricular izquierdo durante la sístole, lo cual trae como consecuencia el reflujo sanguíneo hacia la aurícula y la consiguiente hipertrofia y dilatación de esa cavidad.

Síntomas y signos: Similares a los de la estenosis mitral, además del soplo holosistólico intenso, en punta, irradiado a la axila y a la base del pulmón izquierdo.

Etiología: Además de las causas congénitas y reumáticas, se señalan el infarto miocárdico, la endocarditis bacteriana y la dilatación del ventrículo izquierdo.

Estenosis aórtica

Concepto: Disminución del calibre del orificio valvular aórtico, lo que dificulta el paso de la sangre del ventrículo izquierdo, a la aorta durante la sístole.

Síntomas y signos: Disnea por esfuerzo, dolor precordial, síncope, muerte súbita, palidez de la facies, hipertensión arterial diastólica con diferencial reducida, soplo mesosistólico, alargado y rasposo, más intenso en el foco aórtico, irradiado a los vasos del cuello y frecuentemente con frémito.

Etiología: Congénita, reumática y arterioesclerótica.

Insuficiencia aórtica

Concepto: Incapacidad de las válvulas sigmoideas para mantener cerrado el orificio aórtico durante la diástole, lo cual trae como consecuencia el reflujo de sangre, hacia el VI procedente de la aorta.

Síntomas y signos: Disnea de esfuerzo, o paroxística nocturna, palpitaciones, palidez de la facies, tensión sistólica elevada y diastólica disminuida, con gran diferencial, pulso duro y saltón, doble soplo crural (de Duroziez), desplazamiento del latido de la punta, soplo diastólico suave, aspirativo, en el borde esternal izquierdo; también puede auscultarse un soplo sistólico fuerte (de acompañamiento), por una estenosis relativa de las valvas, como consecuencia de las modificaciones ocurridas en la morfología del ventrículo izquierdo.

Etiología: Reumática, sífilítica, endocarditis, aterosclerosis, hipertensión arterial y aneurisma disecante de la aorta.

Síndrome de hipertensión arterial

Concepto: Aumento de la presión arterial por encima de los valores considerados como normales, según los criterios establecidos. Se considerará que un paciente es hipertenso, cuando el promedio de dos, o más cifras de tensión arterial diastólica en dos, o más consultas, es ≥ 90 mmHg, o cuando el promedio de las presiones sistólicas es ≥ 140 mmHg.

Síntomas y signos: Cefalea recurrente, generalmente matutina y frontooccipital, palpitaciones, sensación de "calor, o vapor" facial, opresión precordial, sensación de disnea, vértigos, trastornos visuales, epistaxis, decaimiento, bochorno, defecto motor, alteraciones de la conciencia, presencia de soplos en el área cardiaca, o en fosas lumbares, masas palpables en abdomen, alteraciones en el fondo de ojo (edemas, hemorragias, etc.). La forma más frecuente de presentarse es asintomática.

Etiología: Hipertensión arterial primaria, o esencial (más frecuente: 95 % de los casos); hipertensión arterial primaria secundaria: enfermedades del riñón (estenosis de la arteria renal, riñón poliquístico, tumores, pielonefritis crónica, glomerulopatías primarias y secundarias), enfermedades endocrinas (aldosteronismo primario, feocromocitoma, síndrome de Cushing), coartación de la aorta, toxemia gravídica y otros (anticonceptivos orales).

Síndrome de shock

Concepto: Insuficiencia del aparato circulatorio, para conservar el riego y las funciones celulares, con un deterioro crítico del flujo sanguíneo a órganos y tejidos vitales.

Síntomas y signos:

Etapa I (shock compensado): Los síntomas son sutiles; presencia de hipotensión arterial ligera, aumento de la frecuencia cardiaca, estrechamiento de la presión del pulso y ansiedad leve.

Etapa II (shock descompensado): Alteraciones del estado mental, disminución de la diuresis, hipotensión, taquicardia, polipnea, pulso débil, rápido y filiforme, acrocianosis y diaforesis.

Etapa III (shock irreversible): Hipotensión crítica, taquicardia, anuria, coma, polipnea, o bradipnea, piel fría cianótica.

Etiología:

Shock hipovolémico: hemorragias, deshidratación, quemaduras, peritonitis pancreatitis.

Shock cardiogénico: Infarto miocárdico y sus complicaciones, valvulopatías, miocardiopatías, taponamiento cardiaco, miocarditis, fármacos depresores del miocardio, arritmias.

Shock obstructivo vascular: embolia pulmonar masiva, neumotórax a tensión, disección aórtica.

Shock distributivo: sepsis, anafilaxia, choque neurógeno, aplastamiento, crisis addisoniana, hipotiroidismo profundo, fármacos.

Síndrome de insuficiencia arterial

Concepto: Cuadro clínico que resulta de una obstrucción completa brusca, o crónica, del flujo sanguíneo arterial en una extremidad. Pueden distinguirse dentro de este síndrome, la insuficiencia arterial crónica y la insuficiencia arterial aguda, cada una de ellas con sus propios síntomas, signos y etiología.

Insuficiencia arterial crónica:

Síntomas y signos: Fatiga, claudicación intermitente, dolor, parestesias, cambios de coloración (palidez, rubicundez, cianosis), cambios tróficos de la piel, frialdad, gangrena, disminución, o ausencia de pulsos.

Etiología: Arteriosclerosis obliterante, tromboangiitis obliterante.

Insuficiencia arterial aguda:

Síntomas y signos: Dolor agudo lancinante, parestesias, impotencia funcional, hipostesia, o anestesia, frialdad brusca, cambios de coloración (palidez, cianosis), taquicardia.

Etiología: Estenosis mitral, fibrilación auricular, otras cardiopatías.

Síndrome de insuficiencia venosa

Várices:

Concepto: Son dilataciones tortuosas y difusas de las venas, dadas por una insuficiencia valvular.

Síntomas y signos: Dilataciones sacciformes y tortuosas de las venas; si las várices son profundas, hay dolor y fatiga en los músculos de las pantorrillas, que se alivia con el ejercicio y se exacerba con la posición de pie, o sentado; además hay edema crónico firme e indurado.

Etiología: Aumento mantenido de la presión abdominal, secuelas de flebitis, o trombosis, ausencia congénita de las válvulas.

Obstrucciones venosas: Tromboflebitis (trombosis consecutiva a la inflamación de la pared) y Flebotrombosis (derivadas de alteraciones de la coagulación de la sangre y alteraciones hemáticas, con alteración hemática o sin ella)

Síntomas y signos: Taquicardia, dolor, impotencia funcional del miembro, edema, discreta cianosis, circulación colateral superficial manifiesta, úlceras postflebiticas.

Etiología: Traumatismos, infecciones, irritación química, inmovilización, encamamiento, neoplasias, contraceptivos orales, insuficiencia cardiaca, posparto, posoperatorio.

Síndrome pericárdicos

Concepto: Manifestaciones clínicas resultantes de la invasión, irritación, o lesión del pericardio visceral, o parietal.

Incluye las siguientes manifestaciones:

- Pericarditis aguda
- Pericarditis constrictiva
- Taponamiento cardiaco

Pericarditis aguda:

Síntomas y signos: Dolor, o molestia precordial, similar al de la cardiopatía isquémica, disnea, ortopnea, tos seca, disfonía, o disfagia, fiebre, escalofríos, debilidad, pérdida de peso, ansiedad, delirio, posición de plegaria mahometana, roce pericárdico (pericarditis seca, o al inicio y final de una pericarditis con derrame), aumento del área de submatidez cardiaca, ausencia, o disminución de los latidos cardiacos y tonos apagados.

Pericarditis constrictiva:

Síntomas y signos: Cianosis ligera, o moderada, pulso paradójico en ocasiones, hepatomegalia de tamaño variable, reflujo hepatoyugular, ascitis, edemas en miembros inferiores, pulsaciones mínimas (corazón tranquilo) área de submatidez cardiaca pequeña, ruidos distantes y apagados.

Taponamiento cardiaco:

Síntomas y signos: Intranquilidad, palidez cianosis, posición de plegaria mahometana, hipotensión arterial, hipertensión venosa con ingurgitación yugular, corazón quieto, pulso rápido y débil, en ocasiones, paradójico, disminución de la intensidad de los ruidos y hepatomegalia con reflujo hepatoyugular, Etiología: Bacteriana, micótica, reumática, tuberculosa, urémica, lúpica, neoplásica, traumática, infarto miocárdico, ruptura de aneurismas.

Síndrome doloroso abdominal

Concepto: Manifestación subjetiva, siempre desagradable, más o menos intensa, percibida y referida por el enfermo en cualquier sitio del abdomen. Puede ser epigástrico y no epigástrico.

Síntomas y signos

1. Localización

Epigástrico alto (lesiones esofágicas bajas, gástricas altas, lesiones de las coronarias y de la aorta)

Epigástrico medio (lesiones gástricas vecinas al píloro, afecciones hepatovesiculares, pancreáticas, apendiculares, trastornos psicovegetativos y neurológicos.

Epigástrico bajo (afecciones duodenoyeyunal e ileocecal)

Dolor posterior (úlceras yuxtapilóricas y duodenales, lesiones del páncreas y hernias del hiatus, afecciones de columna vertebral, traumatismos, tumores lesiones neurológicas)

Hipocondrio derecho (enfermedades hepatobiliares, colitis angular, nefropatías, neuritis, fibrosis, pancreatopatías de la cabeza, afecciones de pleura y diafragma)

Hipocondrio izquierdo (hernias del hiatus, lesiones del páncreas, úlceras gástricas, afecciones del riñón, pleura, corazón y bazo)

Flanco derecho (colitis derecha, yeyunoileitis, cólico renal, perivisceritis y neuritis de la región)

Mesogastrio (enfermedades del yeyunitis e ileitis, aortitis, colopatías del transverso, neuralgia mesentérica, saturnismo, tabes)

Flanco izquierdo (colitis izquierda, patología urinaria)

Fosa iliaca derecha (apendicitis, tiflitis, ileitis, tuberculosis, tumores del ileon y ciego, afecciones urinarias, psóitis, anexitis en la mujer)

Hipogastrio (ileitis, sigmoiditis, afecciones de vejiga, próstata y metropatías en la mujer)

Fosa iliaca izquierda (colitis, sigmoiditis, afecciones genitourinarias, psóitis, neuralgias regionales)

2. Irradiación

Hacia arriba (de tipo anginoso, lesiones bajas del esófago, altas del estómago, yuxtacardiales, del diafragma y las coronarias)

Hacia la izquierda (de la cola y el cuerpo del páncreas)

Hacia la derecha (afecciones hepatovesiculaes y duodenitis)

Hacia abajo (apendicitis aguda, lesiones ileocecales, úlceras perforadas de estómago, gastritis)

Hacia detrás (úlceras de curvatura menor, duodenales y procesos pancreáticos)

Irradiación universal (perivisceritis de estómago, duodeno, vesícula, tabes dorsal, peritonitis, pancreatitis)

2. Periodicidad

Periódico: dolor con periodos de actividad, de duración generalmente cortos y periodos de remisión largos (Ej.: úlcera péptica gástrica y duodenal)

No periódico: dolor no periódico, con permanencia regular, a través de mucho tiempo (Ej.: perivisceritis, adherencias, procesos inflamatorios crónicos, psiconeurosis).

4. Ritmo/ horario

Dolor con relación pandrial

Post pandrial precoz (gastritis, ptosis de estómago, discinesia cólica)

Post pandrial tardío (úlcera gástrica y duodenal, cólico hepático, tiflitis)

Dolor sin relación pandrial (perivisceritis, tumores, radicitis)

5. Intensidad

Gran intensidad (cólico hepático, pancreatitis, úlcera perforada)

Mediana intensidad (úlceras gástricas y duodenales, colecistopatías no calculosas)

Escasa intensidad (discinesias gástricas, gastritis, duodenitis)

6. Calidad

Quemante (gastritis, duodenitis, pirosis cólica)

Calambre, o torsión (úlcera duodenal, gástrica y colecistopatías, tumores de tendencia obstructiva)

Gravativo (ptosis gástrica y del intestino, gastritis, duodenitis)

Terebrante (úlceras perforantes en páncreas, infiltraciones tumorales)

Excruciante (cólico hepático, gangrena de la vesícula biliar, angina abdominal)

Lancinante (tabes dorsal, intoxicación por plomo)

Constrictivo (neuralgias, herpes zoster)

Sordo (gastritis, ptosis digestivas)

Pursátil (aneurismas, aortismos, distonías vegetativas)

Con tenesmo, o pujos (disenterias, procesos rectosigmoideos)

7. Modo de comienzo

Brusco (úlcera perforada, pancreatitis, apendicitis, procesos biliares)

Lento (úlceras no complicadas, discinesias)

8. Modo de calmarse

Espontáneo (discinesias)

Con alimentos (úlcera péptica)

Con analgésicos (cáncer)

9. Síntomas asociados

Constipación (oclusión intestinal, hernia estrangulada, tumores)

Diarreas (disentería, colitis ulcerativa, tumores, discinesias)

Melena, o enterorragia (coagulopatías, trombosis mesentéricas, invaginaciones)

Otros (distensión, pirosis, ictericia)

Síndrome de sangramiento digestivo

Concepto: Expulsión de sangre procedente de una lesión, situada en el tracto digestivo, desde la boca hasta el ano.

Síntomas y signos: sangramiento digestivo alto (afección desde la boca hasta el ángulo duodenoyeyunal), que se caracteriza por melena, melenemesis, o enterorragia (si el sangramiento es masivo, o el tránsito intestinal es acelerado); sangramiento digestivo bajo (afección desde el ángulo duodenoyeyunal hasta el ano), que se caracteriza por enterorragia. Otros síntomas son mareos, vértigos, fatiga, palidez cutáneo mucosa, taquicardia, polipnea, signos de shock, epigastralgia, ardor gástrico, petequias, equimosis, tumor palpable.

Etiología: úlceras, tumores, infecciones, várices, pólipos, divertículos, procesos inflamatorios, prolapsos mucosos, cuerpos extraños, síndrome de Mallory-

Wiess, hernias del hiatus, ruptura de vasos sanguíneos, hemobilia, ampuloma de Vater, discrasias sanguíneas, uremia, shock.

Síndrome de malabsorción intestinal

Concepto: Conjunto de síntomas y signos, que se producen por trastornos de la digestión, o la absorción intestinal de nutrientes.

Síntomas y signos: Diarreas abundantes con restos de alimentos, a veces grasosas, de color amarillo, abundantes en cantidad y poco numerosas; pérdida de peso, astenia, anorexia, glositis, aftas bucales, palidez cutáneo mucosa, edemas blandos, hemorragias, trastornos menstruales, dolor y calambres de los miembros.

Etiología: Esprue tropical, enfermedad celíaca, insuficiencia pancreática, insuficiencia hepática, insuficiencia gástrica, enfermedades inflamatorias del intestino delgado, linfomas, carcinomas, enfermedad de Wipple, amiloidosis, esclerodermia, resecciones del intestino delgado, endocrinopatías, insuficiencia vascular, antibióticos y citostáticos, sobrecrecimiento bacteriano, inanición.

Síndrome disentérico

Concepto: Conjunto de síntomas y signos, que expresan la reacción de la mucosa rectal, a distintas lesiones.

Síntomas y signos: Diarreas mucopiosanguinolentas, pujos, tenesmo rectal, toma del estado general, anemia, pérdida de peso, anorexia, fiebre, artralgias, tumoración palpable al examen de abdomen y al tacto rectal, proctalgia.

Etiología: Enfermedades inflamatorias del intestino, colitis por radiaciones, disentería basilar, colitis inespecífica, colitis amebiana, abuso de supositorios, colitis esquistosomiasis, balantidiasis, tumores, linfomas, papilitis y criptitis del ano, fistulas anales, afecciones de vejiga y aparato ginecológico.

Síndrome icterico

Concepto: Coloración amarilla de la piel, mucosas y algunos líquidos orgánicos, debido a su impregnación por la bilirrubina, normalmente aumentada en el plasma.

Síntomas y signos: Prurito, xantelasma, anorexia, repugnancia, constipación, hipocolia, hipercolia, coluria, bradicardia, hipotensión, hemorragias, insomnio, trastornos visuales, astenia, hepatomegalia, vesícula palpable.

Etiología:

Producción: anemias hemolíticas

Transporte: cortocircuitos porto-cava

Captación: enfermedad de Gilbert, fármacos

Almacenamiento: Síndrome de Rotor, fármacos

Conjugación: Enfermedad de Crigler-Najjar, fármacos

Secreción: Hepatitis, cirrosis hepática, síndrome de Dubin-Jonson

Excreción: intrahepática: fármacos, hepatitis, cirrosis hepática; extrahepática: litiasis del colédoco, neoplasia de vías biliares y páncreas.

Síndrome ascítico

Concepto: Acumulación anormal de líquido en la cavidad abdominal.

Síntomas y signos: Dolor abdominal difuso, pesantez, distensión, aumento de volumen, trastornos digestivos como náuseas, dispepsias, dificultad respiratoria, oliguria.

Inspección: aumento de volumen, piel lisa y brillante, ombligo desplegado, circulación colateral, aumento de lordosis lumbar.

Palpación: renitencia, signo del tímpano de hielo.

Percusión: matidez de declive, o en tablero de ajedrez, timpanismo periumbilical, maniobra de Tarral positiva.

Auscultación: signo de la moneda de Pittress

Etiología: ascitis mecánica (pericarditis constrictiva, cor pulmonar crónico, cirrosis hepática, trombosis de la suprahepática); ascitis por alteración humoral (carencias, malabsorción intestinal, hepatopatías, síndrome nefrótico); ascitis inflamatoria: (peritonitis, TB); ascitis tumoral; otras (linfomas, obstrucción del conducto linfático, mixedema).

Síndrome de insuficiencia renal aguda

Concepto: Cuadro clínico y humoral, resultante de la supresión brusca de la función renal e incapacidad para mantener la homeostasia.

Síntomas y signos: Disminución de la diuresis (oliguria, o anuria) en la mayoría de los casos, deshidratación, o sobrehidratación. Se presentan síntomas y signos de la enfermedad de base. Hay elevación de los azoados.

Etiología: Hemorragias, quemaduras, vómitos, diarreas, fistulas, shock, insuficiencia cardiaca, transfusiones de sangre incompatibles, accidentes obstétricos y quirúrgicos, sepsis generalizada, fármacos nefrotóxicos, cálculos de vías urinarias, tumores, fibrosis.

Síndrome de insuficiencia renal crónica

Concepto: Cuadro clínico y humoral resultante de la pérdida sostenida y progresiva de la función renal.

Síntomas y signos: Puede ser asintomática en estadios iniciales, sólo se detecta disminución del filtrado glomerular por el laboratorio, anemia, hipertensión arterial ligera, a moderada. En estadios avanzados, hay manifestaciones a diferentes niveles:

Piel y tejido celular subcutáneo: palidez cutáneo mucosa, prurito, escarcha urémica (cristales de urea en cara, cuello y tórax), edema de tipo renal.

Respiratorias: arritmias respiratorias (Cheyne Stokes y Kussmaul), estertores húmedos.

Cardiovasculares: hipertensión arterial primaria, insuficiencia cardiaca, roce pericárdico.

Digestivas: aliento urinoso, anorexia, náuseas, vómitos, diarreas, hematemesis, melena, hipo, estomatitis, tumefacción urémica.

Hematológicas: anemia, esplenomegalia, hemorragias.

Neurológicas: confusión mental, somnolencia, coma, hiperreflexia, calambres musculares, neuropatía, atrofia muscular.

Óseas: dolores óseos, fracturas patológicas.

Etiología: Glomerulonefritis crónica, pielonefritis crónica, hipertensión arterial primaria, diabetes mellitus, amiloidosis, nefritis intersticial, riñones poliquísticos, lupus eritematoso, poliarteritis nodosa, esclerodermia, mieloma múltiple, etc.

Síndrome nefrótico

Concepto: Cuadro clínico y humoral, resultante de un aumento de la permeabilidad de la membrana basal glomerular, a las proteínas plasmáticas.

Síntomas y signos: Edema blanco, blando, de fácil godet, localizado en la cara, los párpados, pene y labios; llegan a ser mayores en horarios matutinos; puede llegar a la anasarca; presencia de proteinuria, hipoproteinemia, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.

Etiología: Nefropatías primarias (cambios mínimos, esclerosis focal, membranosa, proliferativa) y nefropatías secundarias (lupus eritematoso sistémico, diabetes mellitus, amiloidosis, mieloma múltiple, trombosis de la vena renal, etc.)

Síndrome nefrítico

Concepto: Manifestaciones clínicas resultantes de una afección del glomérulo, secundaria a una infección faríngea, o cutánea.

Síntomas y signos: Infección previa de la faringe o de la piel, hematuria, oliguria, edema periorbitario al inicio, que después se hace generalizado, duro, de difícil godet, dolor abdominal en los flancos, malestar, febrícula, hipertensión arterial, disnea, taquicardia, hepatomegalia,

Etiología: Estreptococo β hemolítico del grupo A.

Síndrome urinario infeccioso

Concepto: Proceso patológico resultante de la invasión y colonización de los tejidos del tracto urinario.

Síntomas y signos:

Infección urinaria alta: fiebre elevada con escalofríos, toma del estado general, dolor lumbar unilateral, o bilateral, que irradia hacia delante, orinas turbias, cefalea, vómitos, maniobra de puño, percusión dolorosa, puntos pielorrenoureterales positivos, riñón palpable, pulso acelerado.

Infección urinaria baja: orinas turbias, poliaquiuria, micción imperiosa, ardor terminal, piuria, hematuria, malestar, irritabilidad, uretra dolorosa, leucorrea, vaginitis, aumento de tamaño de la próstata.

Etiología: Bacterias (E. coli, Pseudomonas, Klebsiella, Proteus), hongos.

Síndrome urinario obstructivo

Concepto: Conjunto de alteraciones morfofuncionales, que traen como resultado la retención de orina, a cualquier nivel del tracto urinario.

Síntomas y signos: Puede presentarse como un cólico nefrítico (dolor intenso, en región lumbar, que irradia hacia

delante), o dolor gravativo, hematuria, retención urinaria, micción retardada, micción lenta, náuseas, vómitos, dispepsias, poliaquiuria, fiebre, hipertensión arterial, dolor a la palpación en región lumbar, hipertrofia de próstata.

Etiología: Litiasis, tumores, estenosis, cuerpos extraños.

Síndrome de desequilibrio hidromineral y ácido básico

Concepto: Conjunto de síntomas y signos, secundarios a alteraciones del equilibrio del agua, electrolitos y ácido básico en el organismo. Incluye los siguientes síndromes: síndrome de deshidratación hipertónica, síndrome de deshidratación hipotónica, síndrome de deshidratación isotónica, síndrome de hiperhidratación, síndrome de hipernatremia, síndrome de hiponatremia, síndrome de hiperpotasemia, síndrome de hipopotasemia, síndrome de acidosis metabólica, síndrome de alcalosis metabólica, síndrome de acidosis respiratoria y síndrome de alcalosis respiratoria.

Síndrome de deshidratación hipertónica

Síntomas y signos: Sed intensa, disminución de peso, oliguria, estupor, pérdida de peso.

Etiología: Diabetes Mellitus, coma hiperosmolar, sepsis grave, diarreas, edema cerebral, diuresis osmótica, diálisis peritoneal.

Síndrome de deshidratación hipotónica

Síntomas y signos: Cansancio, pliegue cutáneo, cefalea, vértigos, fatiga, convulsiones, coma.

Etiología: Diuréticos, enfermedad renal perdedora de sal, acidosis tubular renal, pérdidas gastrointestinales, acumulación de líquido en terceros espacios.

Síndrome de deshidratación isotónica

Síntomas y signos: Sed, sequedad de las mucosas, oliguria, pliegue cutáneo, náuseas, vómitos.

Etiología: Vómitos, diarreas, diuréticos, soluciones hipotónicas, insuficiencia suprarrenal aguda, insuficiencia renal crónica, necrosis tubular aguda, nefropatía obstructiva, paracentesis, sudoración.

Síndrome de hiperhidratación

Síntomas y signos: Piel húmeda, mareos, náuseas, vómitos, visión borrosa, estertores bibasales, edema cerebral.

Etiología: Diálisis forzada, insuficiencia renal ologúrica aguda, exceso de aporte de volumen, postoperatorio inmediato, uso de oxitocina.

Síndrome de hipernatremia (Na >150 meq/l)

Síntomas y signos: Sed intensa, disminución de peso, oliguria, estupor.

Etiología: Ingesta inadecuada de líquidos, diabetes insípida, diuresis osmótica, iatrogenias.

Síndrome de hiponatremia (Na <130 meq/l)

Síntomas y signos: Cefalea, mareos, vómitos, conducta hostil, convulsiones, coma.

Etiología: Depleción de sal, hiponatremia dilucional, secreción inadecuada de hormona antidiurética (ADH).

Síndrome de hiperpotasemia (K >5,5 meq/l)

Síntomas y signos: Astenia, debilidad, parálisis flácida, alteraciones neuromusculares y cardiovasculares (paro en diástole)

Etiología: Acidosis metabólica, disminución de la insulina, digitálicos, succinil colina, hemólisis intravascular, quemaduras, parálisis hiperpotasémica, nefritis intersticial, insuficiencia renal aguda y crónica, lupus eritematoso sistémico, diuréticos ahorradores de potasio, transfusiones rdbdomiolisis, penicilina potásica.

Síndrome de hipopotasemia (K <3,5 meq/l)

Síntomas y signos: Debilidad músculo esquelética, hiporreflexia, alteraciones cardiovasculares (paro en sístole)

Etiología: Diuréticos, esteroides, penicilina sódica, fase diurética de la insuficiencia renal aguda, alcalosis metabólica, aldosteronismo, insuficiencia cardíaca, estenosis de la arteria renal, vómitos, diarreas, drenajes, parálisis hipopotasémica.

Síndrome de acidosis metabólica

Síntomas y signos: Respiración de Kussmaul, náuseas, vómitos, contracción venosa, alteraciones cardiovasculares (arritmias, insuficiencia cardíaca)

Etiología:

Con brecha aniónica aumentada: cetoacidosis diabética, de ayuno, alcohólica, acidosis láctica, insuficiencia renal crónica, intoxicación exógena (alcohol metílico, salicilatos, paraldehído, isoniácida)

Con brecha aniónica normal: acidosis tubular renal, desviaciones uretrales, inhibidores de la anhidrasa carbónica, adición de ácidos, aldosteronismo, nutrición parenteral.

Síndrome de alcalosis metabólica

Síntomas y signos: Irritabilidad, signos de hipoxia tisular, síntomas de la enfermedad de base.

Etiología:

Cloro sensible: diuréticos, vómitos, broncoaspiración, esteroides, transfusiones, pérdidas renales, aniones poco reabsorbibles, administración de bicarbonato.

Cloro resistente: aldosteronismo, síndrome de Cushing, hipocalcemia, hiperreninemia, deficiencia de potasio.

Síndrome de acidosis respiratoria

Síntomas y signos: Somnolencia, estupor, convulsiones, cefalea, taquicardia, hipertensión arterial, piel caliente.

Etiología: Tromboembolismo pulmonar, paro cardiorrespiratorio, distress respiratorio, neumopatías inflamatorias, broncoaspiración, laringoespasma, miastenia gravis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumotórax, tórax batiente, polimiositis, intoxicaciones exógenas, síndrome de Pick Wick, sepsis del sistema nervioso central, poliomielititis, esclerosis múltiple.

Síndrome de alcalosis respiratoria

Síntomas y signos: Adinamia, confusión mental, convulsiones, parestesias, calambres, taquicardia opresión torácica, náuseas, vómitos.

Etiología: Ansiedad, histeria, dolor, embarazo, ventilación mecánica, exposición al calor, salicilatos, trauma craneal, accidentes vasculares encefálicos, sepsis grave, cirrosis hepática, shock.

Síndrome anémico

Concepto: conjunto de síntomas y signos, determinados por una disminución de las cifras de hemoglobina.

Síntomas y signos: Palidez cutáneo mucosa, astenia, disnea, cefalea, vértigos, lipotimias, inestabilidad, inquietud, somnolencia, insomnio, zumbido en los oídos, pica, glositis, presencia de soplos, trastornos de la sensibilidad, adenopatías, esplenomegalia, hemorragias.

Etiología: Trastornos en la célula madre, trastornos en la síntesis de ADN, trastornos en la síntesis del hem, en la síntesis de globina, en la síntesis enzimática, en la interferencia externa en las funciones de la médula, y en la supervivencia de los hematíes.

Síndrome purpúrico hemorrágico

Concepto: Son aquellos procesos, en que la sangre se escapa del sistema vascular sin causa aparente, o existe desproporción entre la causa y la intensidad del sangramiento. Puede ser por trastornos primarios (vasculares y plaquetarios), o secundarios (mecanismos plamáticos de la coagulación).

Síntomas y signos:

Por trastornos primarios: petequias (lesiones puntiformes), equimosis (morados) y víbices (forma lineal como un latigazo).

Por trastornos secundarios: hemorragias de intensidad variable, hematomas.

Etiología:

Vasculares: Congénitas (Ehlers-Danlos, Rendú-Osler, osteogénesis imperfecta, pseudoxantoma elástico), o adquiridas (escorbuto, Scholein-Henoch, alergia, mecánicas, drogas, vasculitis, uremia, púrpura senil, enfermedad de las células plasmáticas, síndrome de Cushing).

Plaquetarias: Por función anormal (Bernard-Soulier, tromboastenia de Glanzman, uremia, paraproteínas, drogas, síndromes mieloproliferativos), por producción disminuida (aplasia medular, drogas, alcohol, leucosis, infecciones), por aumento de la destrucción (púrpura trombocitopénica, coagulación intravascular diseminada, hiperesplenismo, síndrome hemolítico urémico, drogas, infecciones, malformaciones vasculares, post transfusiones, por secuestro, síndrome de Kasabach-Merrit).

Plasmáticas: Déficit de factores (II, V, VII, VIII, IV, XI),

exceso de anticoagulantes circulantes.

Síndrome adénico

Concepto: Conjunto de síntomas y signos, producidos por un aumento de volumen de los ganglios linfáticos.

Síntomas y signos: Aumento de volumen con dolor, rubor y sensibilidad al tacto; si son agudas, pueden ser duras, o pétreas y adheridas, si son de origen metastásico, elásticas de consistencia como el caucho, si obedecen a procesos linfoproliferativos. Pueden ser localizadas, o generalizadas.

Etiología:

Localizadas: infecciones piógenas, linfogranuloma venéreo, enfermedad por arañazo de gato, traumatismos, metastásicas.

Generalizadas: linfomas, leucemias, tuberculosis, SIDA, micosis, metástasis de neoplasias malignas, mononucleosis infecciosa, enfermedades exantemáticas, drogas (fenitoína).

Síndrome esplenomegálico

Concepto: Conjunto de síntomas y signos, que aparecen como resultado de un aumento de tamaño del bazo.

Síntomas y signos: Dolor en hipocondrio izquierdo, de intensidad y características inconstantes, con irradiación a la espalda y al hombro y región supraclavicular izquierda; puede haber ruptura con hipotensión, o shock; se palpa la esplenomegalia, que puede ser masiva; puede haber anorexia, náuseas, diarreas, vómitos, repletez, dispepsias, meteorismo.

Etiología: Septicemias, mononucleosis, fiebre tifoidea, endocarditis, paludismo, tuberculosis, sífilis, hipertensión portal, linfomas, quistes, leucemias, anemias hemolíticas, enfermedad de Gaucher y Nieman Pick.

Síndrome hipofisario

Concepto: Conjunto de síntomas y signos, que aparecen como resultado de un aumento (hiperpituitarismo), o disminución (hipopituitarismo), de la función hipofisaria. Incluye los siguientes síndromes: síndrome del lóbulo anterior y síndrome del lóbulo posterior.

Síndrome del lóbulo anterior

Hiperpituitarismo

Síntomas y signos:

Por estimulación de la suprarrenal: Enfermedad de Cushing.

Por estimulación del tiroides: tirocoxicosis.

Por estimulación de las glándulas sexuales: hiperactividad ovárica o testicular.

Por aumento de la secreción de GH: gigantismo y acromegalia.

Gigantismo: inicio en la niñez, o adolescencia, crecimiento excesivo del esqueleto no armónico (brazos y piernas), actitudes viciosas (pie plano, cifosis), debilidad y delgadez muscular, susceptibilidad a las infecciones, infantilismo psíquico, retardo en el desarrollo genital.

Acromegalia: debilidad astenia, dolores difusos, aumento de peso, talla normal, o ligeramente aumentada, incurvación de la columna vertebral, alteraciones de la cara (prognatismo mandibular, aumento de arcadas superciliares, cigomáticas, de la protuberancia occipital y diastema, ensanchamiento de la nariz y crecimiento de las orejas, aumento del grosor de los labios y macroglosia), piel engrosada y callosa con secreción sebácea y sudoral abundante, crecimiento de las extremidades con manos en forma de pala y dedos en forma de salchicha, ensanchamiento de los pies, esplenomegalia, signos de hipertensión endocraneana y de la visión, signo de hiperfunción tiroidea, suprarrenal, gonadal y diabetes.

Etiología: Tumoral (adenoma de células acidófilas).

Hipopituitarismo

Síntomas y signos:

Por supresión suprarrenal: insuficiencia suprarrenal.

Por supresión del tiroides: hipotiroidismo.

Por supresión de las glándulas sexuales: insuficiencia ovárica, o testicular.

Por supresión combinada: síndromes complejos.

Etiología: Síndrome de Sheehan, enfermedad de Simmons, tumores, infecciones, traumatismos, hipofisitis, fibrosis.

Síndrome del lóbulo posterior

Concepto: Diabetes insípida: emisión persistente y abundante, por encima de 3 litros de orina, anormalmente clara y diluida sin azúcar.

Síntomas y signos: Polidipsia intensa de cualquier líquido (hasta 20 litros, incluso 40 litros), poliuria constante y uniforme, pero clara y diluida, conservación del estado general.

Etiología: Traumatismos, hipofisectomía total, tumores (metastásicos, adenoma eosinófilo, o basófilo), infecciones, granulomas (linfomas, sarcoidosis), diabetes insípida nefrótica, idiopática.

Síndrome tiroideo

Concepto: Conjunto de síntomas y signos, que aparecen como resultado de una hiperfunción (hipertiroidismo), o de una hipofunción (hipotiroidismo), de la glándula tiroidea.

Síndrome de hipertiroidismo

Síntomas y signos:

Sistema circulatorio: taquicardia, calor, rubicundez, hipertensión arterial primaria sistólica.

Sistema digestivo: aumento de la frecuencia defecatoria, y del vaciamiento gástrico, polifagia.

Sistema muscular: temblor fino, cansancio muscular fácil, hiperreflexia general.

Metabolismo: pérdida de peso, hipocolesterolemia. Además se observa exoftalmo con los signos típicos de Von Graefe, Moebius, y Dalrymple.

Desde el punto de vista afectivo: ansiedad, agitación,

aumento de la libido al principio, para caer en indiferencia al final.

Etiología: Enfermedad de Graves Basedow, tumores (benignos o malignos), tiroiditis crónica.

Síndrome de hipotiroidismo

Síntomas y signos:

Sistema circulatorio: bradicardia, palidez, frialdad, hipertensión arterial primaria diastólica.

Sistema digestivo: constipación, digestiones lentas, anorexia, aumento de peso.

Sistema muscular: debilidad muscular fácil, movimientos lentos, hiporreflexia en general.

Etiología: Mixedema primario, deficiencia de yodo, tiroiditis, tumores, tiroidectomía, radiaciones, drogas anti tiroideas, mixedema hipofisario e hipotalámico.

Síndrome de hipotiroidismo congénito

Síntomas y signos: Retraso mental, retraso del desarrollo, crecimiento demorado, dificultad para la lactancia, prolongación del ictero del recién nacido, hernia umbilical.

Etiología: Aplasia tiroidea, o atireosis.

Síndromes corticosuprarrenales

Concepto: Conjunto de síntomas y signos, que aparecen como resultado de un aumento (hipercorticismos), o disminución de la función suprarrenal.

Hipercorticismos (Síndrome de Cushing)

Síntomas y signos: Obesidad faciotrocular, delgadez de los miembros, vergetures, poliuria, polidipsia, dolores óseos, hipertensión arterial, fragilidad capilar, virilismo pilar.

Etiología: Tumores, secreción de ACTH hipofisaria e hipotalámica, producción ectópica de ACTH (paraneoplásica).

Insuficiencia corticosuprarrenal aguda (Waterhouse-Friderichsen)

Síntomas y signos: Astenia, adinamia, irritabilidad, petequias, púrpura, taquicardia, hipotensión, shock, cefalea, inquietud, delirio, convulsiones, confusión, coma.

Etiología: Crisis aguda de una insuficiencia suprarrenal crónica, infecciones (difteria grave, infecciones por estreptococo, neumococo, meningococo), hemorragias, trombosis, resección quirúrgica, supresión brusca de esteroides.

Insuficiencia corticosuprarrenal crónica (Enfermedad de Addison)

Síntomas y signos: Astenia de esfuerzo, melanodermia, anorexia, náuseas, vómitos, dolores abdominales, adelgazamiento, hipotensión arterial, impotencia, sexual, amenorrea, esterilidad, inestabilidad emocional, artralgias, mialgias.

Etiología: De causa hipofisaria, SIDA, tuberculosis, amiloidosis, idiopática, neoplasias metastásicas, micosis, trombosis venosas y arteriales.

Síndrome hiperglucémico

Concepto: Estado clínico y humoral, producido por un aumento de las cifras de glicemia en ayunas (>7 mmol/l), o una prueba de tolerancia a la glucosa, por encima de los valores normales.

Síntomas y signos: Orinas abundantes (poliuria), excesiva sed (polidipsia), aumento del apetito (polifagia), astenia, pérdida de peso y prurito. Además, se pueden presentar otros síntomas y signos producidos por complicaciones vasculares, neurológicas y cutáneas.

Etiología: Diabetes Mellitus tipo I y tipo II, diabetes gestacional, defectos genéticos en la función de las células β , defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías, inducido por drogas y sustancias químicas, infecciones, otros síndromes genéticos asociados.

Síndrome hipoglucémico

Concepto: Estado clínico y humoral, producido por una disminución de las cifras de glicemia, por debajo de 2,2 mmol/l.

Síntomas y signos:

Manifestaciones adrenérgicas: nerviosismo, inestabilidad emocional, temblor, hambre, palpitaciones, parestesias, sudoración, palidez, midriasis, taquicardia, hipertensión arterial.

Manifestaciones neuroglucopénicas: excitación, diplopia, alteraciones de la conciencia, intranquilidad, confusión, negativismo, amnesia, agitación, cambios de la personalidad, convulsiones, coma.

Etiología: Hiperinsulinismo (tumores, drogas hipoglucemiantes, anticuerpos contra insulina, anticuerpos contra receptores), tumores extrapancreáticos, fármacos (alcohol, salicilatos, sulfonilureas), alteraciones hepáticas graves, insuficiencia renal crónica, sepsis, hipoglucemia reactiva (alimenticia, galactosemia, intolerancia a la fructosa, idiopática).

Síndrome de malnutrición

Obesidad

Concepto: Acumulación excesiva y generalizada de grasa en el cuerpo, con hipertrofia total del tejido adiposo. Existe un índice de masa corporal mayor de 30.

Síntomas y signos: Se describen dos tipos de obesidad: la ginoide, de carácter femenino, más frecuente en la mujer, de predominio en la mitad inferior del cuerpo y la androide, de tipo varonil, predomina en la mitad superior del cuerpo. Se asocian con otras enfermedades, como son, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, dislipidemia, etc.

Etiología: Obesidad exógena, endocrina (diabetes mellitus, síndrome de Cushing), disfunción gonadal (Síndrome de Stein-Leventhal), síndrome de Frolich), hipotiroidismo, afecciones del hipotálamo (traumas, tumores, procesos inflamatorios), síndrome de Pickwick,

genética-familiar (genética, familiar, o genética familiar), indeterminada.

Delgadez

Concepto: Estado del organismo en el cual, el peso es inferior al que corresponde teóricamente. Existe un índice de masa corporal menor de 20.

Síntomas y signos: Desaparece primero la grasa del vientre, luego la de los muslos, la de los glúteos y la de la cara; hundimiento de los globos oculares, lo que produce una apariencia de edad mayor, a la que corresponde biológicamente; exposición de las eminencias óseas.

Etiología: Alimentación incorrecta (falta de alimento, anorexia y dificultad para masticar o tragar), por enfermedad (endocrina y procesos consuntivos) y constitucional.

Síndrome comatoso

Concepto: Estado de inconsciencia, en el cual se han perdido las funciones de la vida de relación, pero se conservan las de la vida vegetativa.

Síntomas y signos:

Coma: Depresión de la conciencia, boca entreabierta con secreciones, ojos cerrados, respuesta en monosílabos, pérdida de la motilidad y sensibilidad, pero se conservan las funciones vegetativas en la mayoría de los casos.

Coma carus: Grado mayor que el anterior, enfermo inerte, insensibilidad a todo estímulo.

Coma sobrepasado: Todo está abolido, incluso, las funciones vegetativas.

Etiología: Enfermedad cerebrovascular isquémica y hemorrágica, meningoencefalitis, tumores, hemopatías malignas, status epiléptico, tóxicos, metabólico, endocrino, hipoxia.

Síndrome hemipléjico

Concepto: Pérdida de la fuerza muscular de una mitad del cuerpo, por una alteración funcional, u orgánica. Puede ser hemiplejía flácida, espástica o larvada.

Síntomas y signos: Parálisis facial central y de la extremidad superior e inferior, del mismo lado, hiporreflexia osteotendinosa (flácida), o hiperreflexia (espástica) del lado paralizado, signo de Babinski, abolición de los reflejos cutáneo abdominales.

Etiología: Enfermedad cerebrovascular, tumores.

Síndrome parapléjico

Concepto: Consiste en la parálisis de dos mitades simétricas del cuerpo. Desde el punto de vista topográfico existen dos variedades: central (cerebral y medular) y periférica. Según sus manifestaciones clínicas se distinguen dos tipos: flácida y espástica.

Síntomas y signos:

Paraplejía flácida central: parálisis casi siempre completa, reflejos osteotendinosos y cutáneos abolidos, trastornos vasomotores en las partes paralizadas, hipoestesia o anestesia tanto superficial como profunda. Hay signo de Babinsky y trastornos esfinterianos.

Paraplejía flácida periférica: Se observan los síntomas y signos anteriores pero están ausentes el signo de Babinsky y los trastornos esfinterianos.

Paraplejía espástica (siempre es central): parálisis menos marcada, son contracturas de intensidad variable, clonus del pie y de la rótula, signo de Babinsky, reflejos exaltados, reflejos vegetativos (evacuación emuntorial, priapismo), anestesia superficial y profunda, retención de orina.

Etiología:

Central: accidentes vasculares, sífilis, tumores, mielitis transversa, hematomielia, esclerosis múltiple, siringomielia, degeneración cordonal, anemia perniciosa, hernia discal.

Periféricas: poliomielitis, Guillain-Barré, alcoholismo, diabetes.

Síndrome parkinsoniano

Concepto: Manifestaciones que se producen por lesión y cese de las funciones del *globus pallidus*. Existen dos formas de presentación: rigidez y temblor. Puede tomar un hemicuerpo (hemiparkinson), o los dos.

Síntomas y signos: Cansancio fácil, sensación de llamaradas de calor, labilidad emocional, alteraciones del sueño, disfunción sexual, lenguaje lento, fascies con ausencia de mímica, cara sebosa, boca entreabierta con salida de la saliva, rigidez, cabeza semiflexionada sobre el tronco, flexión del antebrazo sobre el brazo y de la pierna sobre el muslo, temblor fino de las manos y dedos, que mejora con la intención, marcha a pequeños pasos, o rápida (festinante), hipotensión ortostática, parestesias, dolores, pérdida de peso.

Etiología: Idiopático, infeccioso (postencefalítico), aterosclerosis, postraumático, tóxicos, fármacos, Parkinson heredodegenerativo (enfermedades del cuerpo de Lewy, Wilson, Huchington, Halervoden Spatz, Parkinson familiar), Parkinson plus (asociado a demencia -esclerosis lateral amiotrófica, Shy-Drager, etc.)

Síndromes sensitivos

Concepto: Pérdida de la facultad de la corteza cerebral, para reaccionar a los estímulos aportados a ella, por las vías conductoras centrípetas.

Síntomas y signos:

Disociación siringomiélica: abolición de la sensibilidad térmica y dolorosa, mientras se conserva la sensibilidad táctil y la profunda.

Disociación tabética: abolición de la sensibilidad táctil y profunda, mientras se conserva la sensibilidad térmica y dolorosa.

Disociación periférica: anestesia superficial con conservación de la sensibilidad profunda.

Síndrome sensitivo parapléjico: anestesia absoluta por debajo de la lesión medular.

Síndrome de Brown-Sequard: abolición de la sensibilidad profunda del lado de la lesión y alteración de la sensibilidad superficial del lado opuesto

Síndrome de los cordones posteriores: disminución de la sensibilidad profunda, en ocasiones (etapa avanzada), de la superficial.

Síndrome de los cordones anteriores: alteración de la sensibilidad de tipo siringomiélica.

Síndrome del cono medular: anestesia en silla de montar y alteraciones esfinterianas.

Síndrome de la cola de caballo: anestesia en silla de montar, alteraciones esfinterianas y bandas de anestesia a lo largo de la cara posterior y muslo.

Síndrome sensitivo periférico: anestesia absoluta correspondiente al nervio, o plexo afectado.

Etiología: Traumatismos, accidentes vasculares, infecciones, tumores, hernia discal, tóxicos, avitaminosis.

Cefalea

Concepto: Sensación subjetiva de dolor, que va desde el reborde orbitario hasta la región occipital.

Síntomas y signos:

Síndromes primarios:

Migraña clásica: frecuente en mujeres, precedida de aura que puede ser visual, motora, sensitiva, cognitiva, o psíquica, suele durar unos minutos y precede a la crisis, o coincide con ella. El dolor de cabeza suele ser unilateral, pulsátil, o punzante, acompañado de náuseas, vómitos, fonofobia y fotofobia, de duración entre 4 y 72 horas, aunque puede ser mayor (status migrañoso).

Migraña común: características similares a la anterior, pero no está precedido de auras.

Cefalea tensional, o por contracción muscular: el dolor es crónico, bilateral, constrictivo, no pulsátil y asociado a la rigidez de los músculos del cuello, ocurre diariamente hacia el final del día; su intensidad es oscilante.

Cefalea en racimos: más frecuente en el sexo masculino, unilateral, de localización orbitaria y/o periorbitaria, extremadamente dolorosa, acompañada de disfunción autonómica (lagrimeo, ptosis, miosis, congestión nasal, hiperemia conjuntival). El dolor aparece diariamente, a la misma hora y dura días, o semanas (racimos); puede reaparecer a intervalos de meses, o años.

Síndromes secundarios: Varían según el proceso patológico; hay que considerar la forma de comienzo (intenso en la hemorragia cerebral, o menos intenso, fluctuante, o gradual, en los tumores cerebrales), la edad (la arteritis se presenta después de los 50 años y la migraña no es frecuente después de esta edad).

Etiología:

Síndromes primarios: migraña clásica, migraña común, cefalea en racimos y tensional.

Síndromes secundarios: intracraneales (hematomas,

hemorragias, malformaciones, absceso cerebral, meningitis, encefalitis, vasculitis, punción lumbar, infarto cerebral), extracraneales (sinusitis, trastornos de la columna cervical, arteritis de células gigantes, patología dentaria), causas sistémicas (fiebre, viremia, hipoxia, hipercapnia, hipertensión arterial, alergia, anemia, abstinencia a la cafeína u otras sustancias, depresión).

Síndrome de hipertensión endocraneana

Concepto: Conjunto de síntomas y signos, resultante de un aumento de la presión del líquido cefalorraquídeo, dentro de la cavidad craneana.

Síntomas y signos: Cefalea intensa, difusa, que aumenta con la tos y los esfuerzos, vómitos en proyectil, sin náuseas previas, papiledema, constipación, bradicardia, somnolencia, o alteraciones psíquicas, convulsiones, vértigos, cambios de conducta, trastornos olfatorios, ataxia, trastornos visuales, afasias, parálisis de pares craneales, etc.

Etiología: Tumores primarios y metastásicos, meningoencefalitis, abscesos cerebrales, tuberculomas.

Síndrome meníngeo

Concepto: Cuadro clínico causado por la invasión, o agresión aguda de las meninges, por algún proceso patológico, infeccioso, o no.

Síntomas y signos: Cefalea intensa, vómitos en proyectil, fiebre, sed, oliguria, anorexia, constipación, fotofobia, convulsiones, parálisis, hiperestesia cutánea, contractura muscular (opistótonos), signo de Kerning y Bruzinski, signo de Lewinson, raya meningítica de Trousseau.

Etiología:

Primarias: virus, bacterias, riketsias, hongos, espiroquetas

Secundarias: sarampión, varicela, reacciones posvacunales, hemorragias subaracnoideas.

Síndrome cerebeloso

Concepto: Conjunto de síntomas y signos, causados por diversas lesiones, o trastornos que afectan el cerebelo, o sus vías.

Síntomas y signos: Ataxia cerebelosa (marcha en zigzag, como de ebrio, con aumento de la base de sustentación), dismetría, asinergia, adioadococinesia y disdiadococinesia, discronometría, temblor, hipotonía, trastornos del lenguaje y nistagmo.

Etiología: Enfermedad cerebrovascular, tumores, aneurismas, abscesos, enfermedades desmielinizantes, intoxicaciones, enfermedades degenerativas.

Síndrome vertiginoso

Concepto: Sensación angustiosa y desagradable, definida de rotación y desplazamiento. Puede ser periférico, o central.

Síntomas y signos:

	Vértigo Periférico	Vértigo Central
Sensación giratoria	Subjetiva	Objetiva
Nistagmo	Horizontal, o rotatorio agotable	Rotatorio, o vertical inagotables
Hipoacusia	Frecuente	Infrecuente
Antecedentes personales	Enfermedades auditivas, infecciones	Ataque transitorio de isquemia, hipertensión arterial primaria, enfermedades crónicas
Focalización neurológica	Ausente	Presente
Signo de Romberg	Presente	Ausente
Duración (continuo)	No más de 36 horas	Variables
Acúfenos	Frecuente	Infrecuente
Forma de inicio	Abrupto	Generalmente gradual
Intensidad	Muy intenso	Menos intenso

Etiología:

Vértigo periférico: Vértigo posicional benigno, laberintitis, neuronitis vestibular, vestibulopatías tóxicas y traumáticas, trastornos vasculares del oído interno, enfermedad de Meniere, hipertensión arterial primaria, hipotensión arterial, anemia, poliglobulia, menopausia, hipotiroidismo, avitaminosis B, vértigo cervicógeno, enfermedad de Addison, insuficiencia renal crónica, disproteinemias, hipoxia cerebral, hepatopatías, cinetosis, ansiedad, reflejo vagal, tapón de cera.

Vértigo central: Accidentes vasculares vertebrobasilares, tumores del ángulo pontocerebeloso y fosa posterior, esclerosis múltiple, epilepsia vertiginosa, migraña basilar, síndrome de Ramsay Hunt, aneurismas, sepsis del sistema nervioso, traumatismos, vértigo posicional maligno, insuficiencia vertebrobasilar, anoxia del sistema nervioso central.

Síndrome convulsivo

Concepto: Conjunto de manifestaciones clínicas, que tienen como elemento central un tipo de movimiento involuntario llamado convulsión. Las convulsiones son sacudidas rítmicas y bruscas, de grandes grupos musculares.

Síntomas y signos:

Crisis tónicas: Rigidez, o hipertonía, que afecta a todo el cuerpo, o parte de él.

Crisis tonicoclónicas: Existen períodos alternantes de crisis tónicas y relajación, lo que produce flexión y extensión de los miembros, así como la pérdida de conciencia.

Crisis parcial: Limitada a una mitad del cuerpo, sin pérdida de la conciencia.

Etiología: Tumores, enfermedad cerebrovascular, trastornos humorales (hipoglicemia, hipocalcemia, hiponatremia, hipoxia, uremia, tóxicos), secuelas perinatales, traumatismos, meningoencefalitis, epilepsia esencial.

Síndrome extrapiramidal

Concepto: Manifestaciones hipercinéticas, que tienen en común movimientos anormales, exagerados y no dependientes de la voluntad.

Síntomas y signos:

Temblores: movimientos de toda, o una parte del cuerpo alrededor de su posición de equilibrio; son contracciones alternantes y rítmicas, de músculos con funciones opuestas; pueden ser de reposo, de acción, o permanente.

Mioclonías: Contracciones bruscas de tipo clónico, limitadas a un fascículo muscular, o a un músculo.

Corea: movimientos involuntarios, inútiles, irrefrenables, incoordinados, rápidos, breves y explosivos, que aumentan con la intensión y la emoción y desaparecen con el sueño.

Espasmos musculares: contracciones de un músculo, o grupos musculares, casi todos inervados por un mismo nervio; son de breve duración.

Tics: serie de movimientos coordinados, que se repiten rápidamente y remedan un acto voluntario, con un fondo psicógeno.

Hemibalismo: Movimientos involuntarios sin finalidad, semejantes a la corea, pero más violentos y rápidos, parecidos al lanzamiento de una bala, con una combinación de movimientos de torsión, empuje y sacudidas.

Etiología: Accidentes vasculares, degeneraciones, tumores, infecciones, hereditaria.

Síndrome febril

Concepto: Conjunto de síntomas y signos, que acompañan a un aumento de la temperatura central del organismo, por encima de los límites fisiológicos.

Puede clasificarse en:

Síndrome febril agudo: La fiebre dura hasta 7 días.

Síndrome febril prolongado: La fiebre dura entre 7 y 21 días.

Síndrome febril crónico: La fiebre dura más de 21 días.

Fiebre de origen desconocido (FOD): La fiebre es de más de 38° C y dura más de un mes; no se encuentra la causa, hasta pasada una semana de estudio.

Existen cuatro tipos: FOD clásica, FOD asociada a pacientes neutropénicos, FOD en el nosocomio y FOD en el paciente con SIDA.

Síntomas y signos: Temperatura corporal por encima de 38° C, piel y mucosas secas, labios agrietados, herpes labial, taquicardia, polipnea, dolor de garganta, lengua saburral, sed, anorexia, dispepsias, vómitos, constipación, oliguria, orinas oscuras, midriasis, fotofobia, dolor al movimiento de los ojos, adenomegalia, esplenomegalia, excitación mental, delirio, decaimiento, cefalea, mialgias, raquialgias, insomnio, somnolencia, estupor, convulsiones.

Etiología:

Infecciones: por bacterias, rickettsias, virus, parásitos, hongos.

Traumatismos: injuria por aplastamiento.

Neoplasias: linfomas, páncreas, hipernefoma, pulmón, hueso, hepatoma.

Enfermedades hematológicas: leucemias, anemias hemolíticas.

Accidentes vasculares: miocárdicos, pulmonares,

cerebrales.

Enfermedades por mecanismos inmunes: conectivas, drogas, enfermedades séricas.

Trastornos metabólicos: gota, porfiria, hipertrigliceridemia, enfermedad de Addison, tiroides.

CAPÍTULO 7 : LA HISTORIA CLÍNICA EN EL ADULTO MAYOR

La historia clínica es más difícil de obtener en los ancianos, pues muchos de ellos son incapaces de relatar sus síntomas de forma clara, o de situar éstos en orden cronológico, debido a trastornos de la memoria, demencia (10 %), trastornos auditivos (20 %), visuales (15 %) y del habla, tales como la disartria, o afasia, así como por enfermedades cerebrovasculares previas. La polimorbilidad que usualmente está presente, crea dificultades para encauzar correctamente la entrevista.

En muchas ocasiones, es preciso utilizar fuentes alternativas de datos, como la entrevista a familiares, amigos, o cuidadores y resúmenes enviados por personal sanitario, que ha atendido previamente al paciente.

Los datos a introducir en la historia clínica, en el caso de los ancianos, son más abarcadores, pues resulta de gran valor conocer aspectos concernientes a la nutrición, aspectos sociales y psicológicos, la historia sobre el uso de medicamentos y el nivel funcional premórbido; este último es muy importante para evaluar el pronóstico y determinar si es posible mejorar la calidad de vida, como objetivo fundamental del tratamiento.

Las personas de edad avanzada, no siempre aportan la totalidad de los síntomas, quizás porque temen que se les pueda diagnosticar enfermedades graves, o simplemente porque asumen sus problemas como parte del envejecimiento. Este hecho debe preparar al médico, para buscar la parte oculta de los problemas del anciano, muchos de los cuales, atendidos a tiempo, pueden atenuar la fragilidad y detener el tránsito hacia la discapacidad.

El examen físico es el mismo que se realiza a personas de cualquiera edad, aunque debe realizarse con gentileza y adecuándolo a las limitaciones del paciente, teniendo en cuenta los cambios anatómicos y fisiológicos propios del envejecimiento.

Los datos obtenidos por la anamnesis y exploración del paciente anciano, deben ser interpretados en un contexto amplio; el médico debe saber dar a los síntomas y signos, la importancia que tienen en particular, en este tipo de paciente. Si en alguna etapa de la vida, se aplica con mayor certeza el adagio de que existen enfermos y no enfermedades, es en la ancianidad. Lo que a veces consideramos llamativo, desde el punto de vista médico, no es lo que preocupa, o incapacita a la persona mayor y a menudo, la situación de salud reflejada por la historia de la enfermedad, obedece a múltiples problemas y no a uno solo.

A los efectos prácticos, es mejor pensar en términos de problemas, que en rótulos, o etiquetas diagnósticas. Los problemas son aquellas condiciones que le dificultan al paciente geriátrico, vivir de manera independiente en la comunidad. En la discusión diagnóstica debe hacerse, además de una lista de los diagnósticos, una lista de los problemas. Esto facilitará, al tratar de dar solución, o respuesta a los mismos, la conducta terapéutica del médico, o del equipo que atiende al adulto mayor.

En el cuadro siguiente enumeramos algunos aspectos que consideramos peculiares al confeccionar la historia clínica de un paciente anciano y que requieren la atención del médico, de manera que pueda organizarse y economizar un tiempo valioso.

PECULIARIDADES DE LA HISTORIA CLÍNICA EN EL ANCIANO

Anamnesis

- Dificultades en la comunicación: trastornos del habla, memoria, demencia, disminución de la audición y la visión.
- Necesidad de una fuente alternativa de datos: familiares, amigos, cuidadores, resúmenes del médico de familia, etc.
- Síntomas, o problemas ocultos no reportados por el anciano, por considerarlos parte del envejecimiento. Aquí resulta de mucha utilidad, el interrogatorio por aparatos.
- Enfatizar en el uso de medicamentos: tipo, dosis, duración del tratamiento.
- Enfatizar en la historia nutricional: tipo, cantidad y frecuencia de la alimentación.

Examen físico

- Tener en cuenta cambios anatómicos y fisiológicos del envejecimiento, por ejemplo: arrugas, manchas seniles, púrpura senil, marcha más lenta, arco senil, etc.
- Evaluar estado funcional en el momento del examen.
- Detectar trastornos sensoriales (déficit visual y/ o auditivo).
- Evaluar el estado mental (test minimental).

Discusión diagnóstica

- Además de prefijar un diagnóstico, pensar en problemas.
 - Tener en cuenta presentaciones atípicas de las enfermedades.
-

La historia clínica es uno de los aspectos que se descuida a menudo en la atención a los adultos mayores; primero, porque no se les dedica el tiempo necesario para escuchar sus quejas; segundo, porque no se les deja hablar y se hace un interrogatorio muy dirigido y escolástico; tercero, porque a la hora de redactar el documento, se hace con deficiencias.

Sin dudas, son los ancianos los pacientes más agradecidos cuando se les escucha y atiende debidamente; depositan en el médico toda su confianza, y el momento de la entrevista y el examen físico, es crucial para el desarrollo de todo el proceso diagnóstico, como también es parte de la terapéutica.

CAPÍTULO 8:

ERRORES MÁS FRECUENTES

Juicio y carácter, son atributos necesarios para un buen médico, además de atesorar un fuerte componente de humanismo, como parte intrínseca de la profesión. La dedicación, lo que supone utilizar el tiempo en el ejercicio de nuestra profesión, es fundamental. Muchos

de los errores que se cometen al confeccionar la historia clínica, se producen por actuar con rapidez. En estudios realizados por Moreno, los internos consumen, en promedio, unos 14 minutos en la entrevista, y este tiempo es menor en la Atención Primaria de Salud, respecto a la cual Borrell plantea, que el encuentro con el enfermo es muy breve, de sólo 7 minutos como promedio.

Según Barreto Penié, algunas de las causas que condicionan errores en la historia clínica son las siguientes:

- a. La concepción puramente biomédica de la Medicina, con su tecnología sofisticada y su farmacología compleja.
- b. El crecimiento exponencial de los conocimientos y de la información a emplear por el equipo de salud, así como la desorganización de estos en el expediente clínico, dada la ausencia de métodos administrativos apropiados.
- c. La subestimación de la tecnología cognoscitiva y del método clínico, por una gran parte de los médicos y profesores
- d. Sobrevaloración de los datos de las investigaciones médicas, en detrimento de la relación médico – paciente, anamnesis y examen físico.
- e. Falta de supervisión y control de las historias clínicas, de forma diaria y permanente.
- f. Aumento de las especialidades y la fragmentación incoordinada de la atención médica individual.
- g. Deficiencias organizativas y de dirección en muchos de los servicios médicos actuales.

7.1 Aspectos que conducen a errores en la Historia Clínica

Generalidades:

- Información incompleta
- Desorganización
- Ilegibilidad
- Deficiencias en la redacción y en el uso del lenguaje

BIBLIOGRAFÍA

1. Espinosa Brito A. Medicina Interna ¿Qué fuiste, qué eres, qué serás?. Rev Cubana Med 1999; 38(1): 79-90.
2. Moreno MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2001.
3. Casas J, Salmerón O, Zarco P. Concepto de la Patología General. En: Balcells A, ed. Patología General. La Habana: Edición Revolucionaria; 1967: 3-9.
4. Delgado G. Nacimiento y desarrollo histórico de la clínica. Bol Ateneo "Juan César García" 1996; 4: 1-6.
5. Barreto Penié J. La historia clínica: documento científico del Médico. Ateneo 2000; 1(1): 50-5.
6. Selman-Housein Abdo E. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2002.p. 1-50.
7. Romero AJ, Rocha JF, Ríos A, Pérez R, Pérez de Villamil A. Historia Clínica. Panel impartido en el Diplomado de

En la Historia de la Enfermedad actual (HEA):

- No establecer el cronopatograma.
- Obviar problemas importantes.
- No tomar información asociada a la semiografía (características de los síntomas).
- Preferencia por información secundaria y terciaria.
- No indagar sobre el momento del comienzo de la HEA.
- No identificar claramente la queja principal.

Tipos de preguntas:

- Que inducen a respuestas.
- Breves y cerradas.

Desarrollo de la entrevista:

- Interrumpir al enfermo (hablar simultáneamente al paciente).
- Entrevista monótona.
- Discutir con el paciente.
- Permanecer distante (no mirar al paciente).
- Emplear un lenguaje chabacano.

En el examen físico:

- Omitir partes importantes de la exploración física: frecuencia respiratoria, pulsos periféricos, no auscultar vasos del cuello, peso, talla, tacto rectal y vaginal, tensión arterial en miembros inferiores, fondo de ojo.
- Posiciones inadecuadas al explorar.
- Examinar al enfermo por encima de la ropa.
- Falta de habilidades para realizar maniobras.
- No detectar los signos presentes.
- No definir semiografía de soplos, visceromegalias, edemas, etc.
- Deficiente examen neurológico.

En la discusión diagnóstica:

- Ausencia de resumen de datos positivos.
- No justificar los síndromes detectados.
- Omitir síndromes fundamentales.
- Selección errónea del síndrome a discutir.
- Diagnóstico diferencial insuficiente.
- Ausencia de rediscusiones.

- Gestión Clínica. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos, Diciembre 2004.
8. La historia clínica. URL disponible en: http://www.sefh.interguias.com/libros/tomo1/Tomo1_Cap2-2.pdf. (Revisado: 20-12-04)
 9. Ferrer Salvans P. Recursos informáticos en el ejercicio de la medicina. En: Rozman C, ed. Medicina Interna. Decimocuarta edición. Edit. Harcourt, Madrid, 2000: 10-13.
 10. Seidel HM, Ball JW, Dains JE, Benedict GW. Anamnesis y entrevista. En su: Manual Mosby de exploración física. 3ra edición. Harcourt Brace. Barcelona; 1999: 1-35.
 11. Borrell F, Bosh JM. Entrevista clínica. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. Elsevier España S.A. Madrid; 2003: 437-452.
 12. Ministerio de Salud Pública. Formulario Nacional de Medicamentos. Editorial Ciencias Médicas. La Habana; 2003.
 13. Devesa E. Uso de los medicamentos en el anciano. Edit. Científico Técnica. La Habana; 1998.
 14. Menitove JE. Blood transfusion. Goldman: Cecil Textbook of Medicine. 21st Ed. W.B. Saunders, Philadelphia ; 2000: 905-911.
 15. Regan F, Taylor C. Recent developments: blood transfusion medicine. BMJ 2002; 325: 143-147.
 16. Edwards R. The problem of tobacco smoking. BMJ 2004; 328: 217-219.
 17. Paton A. Alcohol in the body. BMJ 2005; 330: 85-87.
 18. Fajardo MI, Pérez R, Rivero HB, Samper JA, Pérez F. Dolor torácico agudo. Guías Clínicas 2004; 4 (13). URL disponible en: <http://www.fisterra.com>.
 19. Erdhart L, Herlitz J, Bossaert L, Halinen M, Keltai M, Koster R et al. Task Force on the management of chest pain. Eur Heart J 2002; 23 (15): 1153-1176.
 20. Goldman L. Dolor torácico y palpitaciones. En : Fauci AS, Braunwald E, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna. 14^a Edición. Mc Graw Hill, Madrid; 1998: 67-75.
 21. Powell DW. Approach to the patient with gastrointestinal disease. En Goldman: Cecil Textbook of Medicine. 21st Ed. W. B. Saunders; 2000: 643-645.
 22. Soll A, Isenberg J. Peptic ulcer: epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, and diagnosis. En Goldman: Cecil Textbook of Medicine. 21st Ed. W. B. Saunders; 2000: 671-675.
 23. Rodríguez-Loeches J. Apendicitis aguda. En su: Características clínicas y diagnóstico del abdomen agudo. Editorial Científico Técnica. La Habana, 1980: 57-68.
 24. Dambro MR, Griffith JA. Cefalea tensional. En: Los 5 minutos claves en la consulta de atención primaria. Waberly Hispánica S. A. Barcelona 1996: 182-3.
 25. Levin M. The many causes of headache. Postgrad Med 2002; 112(6):67-82
 26. López I, Rodríguez MP, Sánchez M. Migraña. Guías clínicas 2003: 3(23). URL disponible en <http://www.fisterra.com>.
 27. Fernández A. Neuralgia del trigémino. Guías Clínicas 2002; 2 (8). URL disponible en <http://www.fisterra.com>.
 28. Rozen TD, Niknam RM, Shechter AL, Young WB, Silberstein SD. Cluster headache in women: clinical characteristics and comparison with cluster headache in men. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2001; 70: 613-617.
 29. Núñez de Villavicencio F, Iglesias O. Aspectos psicológicos y sociales de la historia clínica. En su: Psicología y salud. ECIMED. Ciudad de la Habana 2001: 233-237.
 30. Aparicio F. Manual de principales síndromes y diagnóstico diferencial de las enfermedades. Instituto Superior de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate". Villaclara 2000: 1-234.
 31. Palmer RM. Geriatric assessment. Med Clin North Am 1999; 83(6): 1503-23.
 32. Perlado F. Valoración geriátrica. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001; 36(Supl 5): 25-31
 33. Moreno MA. Deficiencias en la entrevista médica. Un aspecto del método clínico. Rev Cubana Med 2000; 39(2): 106-114.
 34. Los consejos de Esculapio. Rev Finlay 1988; 2(4): 73-75.
 35. Rocha Hernández F. Errores más frecuentes en la historia clínica. Conferencia impartida en el Diplomado de Gestión Clínica. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos, 2004.
 36. History and physical examination. En: Beers MH, Berkow R, eds. The Merck Manual of Geriatrics. Third Edition. Merck Research Laboratories. New Jersey, 2000: 24-38.
 37. Fernández CJ, López JM, Fojón S. Protocolo diagnóstico/terapéutico de la disnea aguda. Medicine 2005; 9(35): 2327-2331.
 38. Aldama G, Campo R, Piñero M, Piñón P. Protocolo diagnóstico de la disnea crónica. Medicine 2005; 9(35): 2332-2335.

39. García S, Novo F, Vázquez JM, Pérez Vences F, Malo JM, Fluiters F, et al. Diabetes mellitus tipo 2. Guías Clínicas 2003; 3(7). URL disponible en <http://www.fisterra.com>.
40. Viana C, Molina F, Diez M, Castro P. Infección de vías urinarias en el adulto. Guías Clínicas 2002; 2(34). URL disponible en <http://www.fisterra.com>.
41. Bass PF, Jarvis JAW, Mitchell CK. Urinary tract infection. Prim Care Clin Office Pract 2003; 30: 41-61.
42. Malik K, Hess D. Evaluating the comatose patient: rapid neurologic assessment is key to appropriate management. Postgrad Med 2002; 111(2): 38-55.
43. Lacunza FJ, García A, Gimeno JR, Valdés Mas M, Valdés Chavarri M. Síncope. Medicine 2005; 9(37): 2447-2454.
44. Shipton B, Wahba H. Valvular heart disease: Review and update. Am Fam Physician 2001; 63: 2201-8.
45. Abrams J. Chronic stable angina. N Engl J Med 2005; 352: 2524-33.
46. Dosh SA. Diagnosis of heart failure in adults. Am Fam Physician 2004; 70: 2145-52.
47. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication No. 03-5233. May 2003.
48. Martínez FJ, Standford C, Gay SE. Is it asthma or COPD?. The answer determines proper therapy for chronic air-flow obstruction. Postgrad Med 2005; 117(3): 19-26.
49. Anish EJ. Lower respiratory tract infections in adult outpatients. Clinics in Family Practice 2004; 6(1): 75-99.
50. Sanai Fm, Ghent CN. Portal hypertensive complications of liver cirrhosis. Geriatrics and aging 2003; 6(3): 32-35.
51. Lindeman RD. Renal disease and disorders. Clinical Geriatrics 2002; 10(1): 41-52.
52. Sarritz SI, Caplan LR. Current concepts: Vertebrobasilar Disease. N Engl J Med 2005; 352: 2618-26.
53. Light RW. Pleural effusion. N Engl J Med 2002; 346: 1971-77.
54. Wilson GR. Thyroid disorders. Clinics in Family Practice 2002; 4(3): 667-701.