

SAD

LA HISTORIA CLINICA  
instructivo para su elaboración



JOSE J. MACIAS MENDOZA

# LA HISTORIA CLINICA

instructivo para su elaboración



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI

---

FACULTAD DE MEDICINA 1988

SAD-2478<sup>v</sup>  
In. 11.024  
In. 11.024

616.31C  
M3115

ISBN-968-6194-09-6

0063-88005-A0001

---

*Editorial Universitaria Potosina*

## PRESENTACION

*La Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, edita este instructivo destinado especialmente para los estudiantes de medicina, a fin de que cuenten con una guía para la obtención y redacción de la historia clínica.*

*Ha sido elaborado pensando sobre todo en los estudiantes del curso de Propedéutica, para que les sirva de material de revisión y consulta en tanto se familiaricen con cada parte del interrogatorio y aprendan a realizar un examen físico ordenado.*

*Es el propósito que este instructivo acompañe al estudiante de medicina en sus primeros pasos durante el estudio clínico de los pacientes en el hospital, ya que la repetición constante del método es la base para obtener una disciplina firme.*

*El autor dedica esta pequeña contribución a los alumnos de Propedéutica, en recuerdo de más de veinte años de impartir el curso.*

DR. JOSE J. MACIAS MENDOZA



*El autor expresa su agradecimiento  
al Sr. Dr. José Miguel Torre, por su  
valiosa ayuda al revisar el texto original*





## LA HISTORIA CLINICA

Obtener una historia clínica adecuada, precisa y concisa es la base indiscutible con la que debe iniciarse el estudio de todo paciente.

El aprendizaje del método para hacer una historia clínica se inicia en el curso de Propedéutica, durante los primeros años de la carrera de medicina. El estudiante es instruido de ese modo en los principios básicos que a fuerza de repetirlos, los irá afinando en los diferentes cursos clínicos. Con el sólo hecho de interrogar a los pacientes en el hospital, una y otra vez, irá adquiriendo la destreza necesaria para obtener una buena historia.

El enfermo, elemento esencial en el aprendizaje del estudiante de medicina, merece todo respeto y consideración. Quien lo interroga y examina debe comportarse en forma profesional; ello implica dignidad, seriedad, conocimientos, atención, conducta adecuada, así como cuidado en el aseo personal, en el vestir y en el lenguaje.

El estudiante debe mostrar interés hacia lo que exprese el enfermo, debe ser cuidadoso en el trato, no debe estar de prisa o distraerse; debe prestar atención a cada palabra y a cada gesto o actitud del paciente; no debe ser demasiado frío ni demasiado afectuoso; no debe mostrar lástima hacia unos enfermos ni menosprecio hacia otros, aún cuando considere que no merecen su respeto (alcohólicos, farmacodependientes, de conducta sexual o social anormales, etc.). El estudiante debe cuidar el lenguaje que use frente al paciente, ser prudente en los comentarios y atender el tono de voz con que los diga. Debe comprender al paciente en todas sus miserias físicas y psicológicas.

Siempre que sea posible obtendrá la historia del paciente por medio de la conversación directa. De no ser posible ésto, la persona más cercana será el medio más adecuado para obtener los datos.

Deberá recogerse la mayor información sobre cada síntoma, con todas sus características. Recuérdese, por otra parte, que los datos negativos, es decir, la ausencia de ciertos síntomas o de ciertas modalidades, puede ser tan importante para el diagnóstico como la evidencia positiva. Obténgase pues esa información, pero sin abusar de ella.

Háganse breves anotaciones a medida que

se escucha al paciente; posteriormente se revisarán y ordenarán, antes de escribir la historia.

Téngase presente que el interrogatorio en medicina es diferente al que pueda hacerse en un tribunal. Las preguntas deben ser claras para obtener respuestas precisas, no para confundir al paciente. Debe darse tiempo al enfermo para que conteste, no hacer una pregunta tras otra sin ofrecerle la oportunidad de meditar y expresar correctamente sus respuestas.

El estudiante debe identificarse al presentarse ante un paciente. Debe hacerle saber que lo va a interrogar y a examinar. Para entrar en relación con el enfermo basta a veces una sola pregunta: ¿cómo se siente hoy?, ¿cómo está usted? Debe procurarse la comodidad del paciente durante el interrogatorio y el estudiante debe aprender a percibir la aparición de señales de fatiga para suspenderlo. Si el paciente está comiendo o a punto de hacerlo, no debe interrumpírsele; el estudiante le hace saber que le hará la historia clínica y que regresará posteriormente. Si se queja de dolor debe esperarse a que ceda espontáneamente o a que se le administre un analgésico. Si se trata de un paciente muy grave no se le debe forzar a un interrogatorio y se pide consejo al residente acerca de lo que debe hacerse. Si hay necesidad de interrogar acerca de aspec-

tos muy particulares o confidenciales, y el paciente está encamado en una sala general, se le llevará a un sitio privado para obtener esa información. Para efectuar el examen físico el estudiante debe tener siempre presente la dignidad del enfermo, particularmente cuando se haga un examen genital o rectal, y en el caso de la mujer debe respetarse el pudor que es natural en ella.

Es conveniente llamar al paciente por su apellido (señor Lozano, señora Martínez, señorita González, etc.), por su título (ingeniero, licenciado, doctor, etc.), o anteponiendo el don o doña al nombre. Sólo a los niños y a los jóvenes se les llamará familiarmente por su nombre.

## EL INTERROGATORIO

El interrogatorio consta de las siguientes secciones:

- I.—Ficha de identificación,
- II.—Origen y veracidad de la historia,
- III.—Padecimiento actual,
- IV.—Manifestaciones o síntomas de otros aparatos y sistemas,
- V.—Síntomas generales,
- VI.—Antecedentes familiares,

- VII.—Historia personal, hábitos, influencia del medio, alimentación,  
VIII.—Antecedentes patológicos.

I.—*Ficha de identificación:*

Nombre,  
Sexo,  
Edad,  
Estado civil,  
Ocupación,  
Lugar de nacimiento,  
Lugar de residencia,  
Dirección,  
Fecha de admisión al hospital,  
Fecha de elaboración de la H.C.

II.—*Origen y veracidad de la historia:*

Esta sección debe dar, a quien lea la historia, una idea acerca de lo fidedigno de la misma. Cuando se dude de la veracidad de los hechos recogidos, debe hacerse una breve explicación de ello.

Quien elabore la historia clínica debe tratar de precisar los datos que considere dudosos, con algún familiar o persona allegada al enfermo.

### III.—*Padecimiento actual:*

Esta es la parte medular de toda historia clínica. Debe obtenerse la mayor información del paciente. Preguntas como ¿porqué vino usted al hospital?, ¿qué es lo que le pasa a usted?, ¿cuáles son las molestias por las que ha venido a consulta?, dan pie para que el paciente relate sus síntomas. Déjesele hablar libremente, que a menudo expone su enfermedad en forma bastante clara. No lo interrumpa en su relato, los detalles se dejarán para más tarde. Si el paciente calla, animarlo a que siga su relato con preguntas como: ¿qué más?, ¿sí?, ¿y después?, ¿cuál otra molestia?

El curso de la entrevista puede comprometerse si desde el principio se interrogan detalles. Si el estudiante empieza su interrogatorio con numerosas y detalladas preguntas, sólo obtendrá respuestas lacónicas y el enfermo callará en espera de la siguiente pregunta. El resultado será una sesión improductiva de preguntas y respuestas.

Una vez obtenido un esbozo o una descripción del padecimiento, el estudiante deberá precisar el tiempo de inicio de los síntomas, si es que el paciente no lo ha mencionado. Preguntas como: ¿cuánto tiempo hace que se iniciaron sus molestias?, ¿en qué fecha comenzó usted a sentir esas molestias?, ¿cuándo se sin-

tió mal?, ¿cuándo se sintió bien por última vez?, pueden ayudar a conocer el principio del problema.

Es importante que el estudiante aprenda a distinguir lo que es el padecimiento actual de lo que es historia pasada, lo que corresponde a un padecimiento de reciente aparición y lo que pertenece a una enfermedad antigua subyacente y que aún está presente.

Es esencial conocer el orden de aparición de los síntomas, preguntas como: ¿qué fue lo primero que usted notó o sintió?, ayudará a conocer tal cosa. El conocer la cronología de los diferentes síntomas es fundamental, porque ello puede permitir la distinción entre un padecimiento y otro. El estudiante debe tratar de conocer o establecer las circunstancias de aparición de las manifestaciones iniciales, sobre todo tratándose de cuadros agudos recientes o recurrentes (dolor precordial, dolor abdominal, sibilancias, otros). El estudiante en este momento debe dirigir el diálogo y las preguntas para enterarse de las diversas características de cada uno de los síntomas: localización, intensidad, frecuencia en el día, predominio diurno o nocturno, periodicidad, irradiación si se trata de dolor, relación con actos fisiológicos, factores que lo alivian o lo agraban, manifestaciones asociadas, etc.

El estudiante debe aprender a adquirir

flexibilidad en la técnica del interrogatorio; debe saber adaptarse al estilo narrativo de cada paciente, pero manteniendo el control de lo que desea saber. Debe tener presente que existe una gran variedad de pacientes: extrovertidos, introvertidos, locuaces, silenciosos, aprensivos, desconfiados e irritables.

Todas las preguntas deben ser claras y breves, de tal forma que el paciente no tenga dificultad para entenderlas. La pregunta, aunque debe buscar la información que desea conocer el entrevistador, no debe influir en la respuesta del paciente. El lenguaje que se emplee debe ser comprensible para el enfermo y nunca deben hacerse dos o más preguntas a la vez.

El paciente a menudo da a conocer, y a veces en forma insistente, lo que algún médico le expresó acerca del diagnóstico e incluso menciona el nombre de la enfermedad que supuestamente tiene. El estudiante debe hacer saber al enfermo que por el momento lo que interesa es la información acerca de su historia. No deben aceptarse los términos médicos que usa el paciente, a menudo incorrectos, ni su juicio personal acerca del porqué de sus síntomas.

Es conveniente que, mientras el paciente hace el relato de su padecimiento, el estudiante anote las palabras clave, que le permitan posteriormente conducir el interrogatorio. No



es recomendable hacer anotaciones largas mientras habla el paciente, es mejor escucharle con atención.

Insisto que la cronología es lo que más ayuda o contribuye a la organización y claridad de la historia clínica.

Cuando se trate de un padecimiento que evoluciona en brotes obténgase la más detallada información que sea posible del más reciente, e invéstiguese luego las posibles diferencias con otros cuadros semejantes.

Cuando se trate de una enfermedad aguda superpuesta a un padecimiento crónico, obténgase primero la información de aquél y luego lo relativo al más antiguo.

En toda historia de un paciente siempre hay un principio, una evolución y un final o estado actual. Procúrese obtener toda la información acerca de ello. Recuérdese que la enfermedad es un proceso dinámico y así debe verse. A medida que el estudiante vaya adquiriendo experiencia y conocimientos, podrá saber, con la primera información que de el paciente, cuál es el probable órgano o sistema que está enfermo; ésto permitirá continuar con un interrogatorio apropiado, y además formular preguntas bien pensadas, tratando de distinguir padecimientos que tienen los mismos síntomas, aun cuando con peculiaridades propias cada uno. Debe investigarse si en el cur-

so del tiempo el padecimiento ha mejorado, ha empeorado o si ha permanecido estacionario.

Una vez obtenida la información más detallada que sea posible acerca del padecimiento actual, el estudiante procederá a la redacción del documento, anotando cuidadosamente la fecha o tiempo del principio, el orden de aparición de los síntomas, las características de cada uno de ellos, la evolución de los mismos y finalmente el estado actual del enfermo.

Es conveniente conocer en qué forma y en qué grado la enfermedad ha afectado el estado general del paciente, así como cuáles han sido las manifestaciones generales del cuadro patológico (astenia, pérdida de peso, etc.) Anótese al final del capítulo sobre el padecimiento actual los síntomas generales, en esa forma se dará más unidad al cuadro clínico.

La redacción de la información así obtenida deberá ser clara, coherente y precisa, sin omitir hechos, con cronología lo más precisa posible, no demasiado extensa ni excesivamente detallada, de tal forma que quien la lea, aun cuando no haya visto al paciente, se forme una idea cabal y exacta del problema.

IV.—*Interrogatorio de las manifestaciones o síntomas de los diferentes aparatos y sistemas.*

El interrogatorio de estos síntomas debe ser completo y detallado. Debe preguntarse acerca de todas las manifestaciones de cada aparato o sistema, analizando sus características y tratando de establecer sus relaciones con el padecimiento actual. La redacción de esta parte de la historia debe hacerse con la extensión adecuada. Deben anotarse además los datos negativos que se consideren importantes o pertinentes.

*Aparato digestivo:*— *Apetito.* Número de comidas al día. *Horario* regular o irregular de las comidas y tiempo destinado a ellas. *Intolerancia* a algunos alimentos (ej., leche). *Masticación.* *Dentadura* (pérdida, luxación, caries). *Condiciones* de la mucosa bucal y de las encías (aftas, gingivitis, sangrado). *Dolor retroesternal* al paso de los alimentos. *Disfagia* alta o baja (intermitente, persistente, progresiva). *Pirosis* y *regurgitación* (diurnas o nocturnas, post-prandiales, posturales, relacionadas con ciertos alimentos). *Aerofagia* (eructo). *Náusea* o *vómito* (características). *Hematemesis* (única o recurrente). *Plenitud post-prandial* precoz y/o exagerada. *Distensión* ab-

dominal. Meteorismo (horario y vía de canalización, relación con ciertos alimentos). Dolor abdominal: localización, tiempo de evolución, intensidad, duración, horario, relación con la posición, irradiaciones, relación con las comidas, periodicidad, modificaciones con la evacuación del intestino o canalización de gases oral o rectal, condiciones que lo agravan o que lo mejoran y manifestaciones acompañantes. Número de evacuaciones diarias y caracteres de las mismas: bien o mal formadas, cilindro grueso o delgado, duras, blandas, acuosas; horario, volumen, color y olor, con moco, sangre o restos de alimentos y de qué tipo. Investigar cambio reciente en el hábito intestinal. Expulsión de parásitos, (tratar de identificarlos). Dolor rectal relacionado o no con la evacuación. Pujo y tenesmo rectal. Prurito anal. Conocimiento de la presencia de hemorroides. Sangrado de tubo digestivo alto o bajo: melena y rectorragia. Ictericia: forma de aparición, progresiva, estacionaria, duración, con variaciones en la intensidad, acompañada o no de coluria, hipocolia o acolia y prurito cutáneo.

*Aparato cardiovascular:*— Disnea: duración, continua o intermitente, su relación con el esfuerzo (especificar qué tipo de esfuerzos) y evolución (progresiva, estacionaria); disnea

en el decúbito (anotar número de cojines o almohadas que se necesita usar para dormir); disnea paroxística nocturna (horario, duración, acompañada de sibilancias, de tos, expectoración y características de ésta). Dolor precordial: tipo, circunstancias de aparición (esfuerzo, emociones, comidas, exposición al frío, durante el sueño, ninguna relación con lo anterior), irradiaciones, manifestaciones acompañantes (sudor, enfriamiento, palidez). Palpitaciones: únicas, aisladas, percibidas en forma de latido brusco o de golpe energético en el pecho o en el cuello; en salvas (de dos, tres o cuatro latidos); en crisis más prolongadas, de instalación brusca o progresiva, duración, manifestaciones acompañantes (sudor, náusea, vómito, períodos de obnubilación mental); su relación con esfuerzo, alimentos, emociones: desaparición espontánea o provocada (por ingestión de líquido, alguna posición especial del cuello, supresión del esfuerzo). Edema de miembros inferiores: ritmo, magnitud, progresividad, consistencia, temperatura, color de la piel, doloroso o no. Cianosis: Época en que se presentó: desde el nacimiento, en la edad escolar, en el adulto; generalizada, localizada (labios, lengua, falanges, ortijos); con deformación de falanges (dedos hipocráticos), sin ello; con exacerbación o no por el esfuerzo. Conocimiento de la existencia de soplos car-

díacos. Síncope y lipotimias. Fotopsias, tinnitus, mareo, cefalea matinal, calambres y parestesias de los miembros inferiores. Claudicación intermitente. Enfriamiento de las extremidades (manos o pies). Acrocianosis, palidez o congestión de manos y/o pies. Livideces en las piernas. Pérdida de vello de las piernas, sequedad de la piel y piernas, anhidrosis reciente de los pies, cambios en las uñas de los ortijos. Conocimiento de várices en los miembros inferiores (venas dilatadas y visibles, cambios cutáneos, úlceras, etc.) Conocimiento de electrocardiogramas recientes o antiguos.

*Aparato respiratorio:*— Obstrucción nasal, (horario). Secreción nasal y sus características. Sequedad nasal. Estornudo. Goteo o descarga post-nasal (nasofaríngea). Ardor, dolor o sequedad faríngeas. Disfonía: tiempo, intermitente o continua, progresiva o no. Estridor laríngeo. Obstrucción glótica intermitente o constante. Tos: tiempo de evolución, cotidiana o sólo en períodos, exacerbaciones, remisiones, estacional, frecuencia, horario (diurna o nocturna), intensidad (tosiduras aisladas o accesos), disneizante, postural, factores que la desencadenan o agravan, progresividad, productiva o no. Investigar cualquier cambio reciente respecto a una tos de larga evolución. Expectoración: cantidad, aspecto (mucosa, mu-

copurulenta o purulenta), color, sabor, volumen, consistencia (viscosa o fluida), horario de presentación, relación con la posición, acompañada de estrías de sangre o francamente hemoptoica. Hemoptisis: fecha y tiempo de presentación, volumen, recurrencia, color de la sangre, (roja rutilante, negruzca, rosada). Dolor torácico: tipo, carácter, intensidad, duración, irradiaciones, su relación con la posición, con los movimientos respiratorios y con la tos. Cianosis facial, lingual o digital, persistente o sólo ligada al ejercicio o a la tos. Percepción de sibilancias, roncus o estertores: tiempo de evolución, constantes, intermitentes, sólo en el decúbito, horario y si se modifican o desaparecen con la tos.

La disnea puede interrogarse indistintamente al revisar el aparato respiratorio o el cardiovascular; es una expresión común a la patología de estos dos aparatos.

*Sistema urinario*:— Número de micciones en 24 horas. Poliuria. Oliguria. Polaquiuria. Isostenuria. Urgencia. Nicturia. Esfuerzo inicial o durante toda la micción. Fuerza del chorro de la orina y calibre del mismo (esto último en el varón). Ardor durante la micción: inicial, terminal o durante toda ella. Sensación de vaciamiento incompleto o tenesmo. Goteo terminal. Incontinen-

cia: permanente, intermitente o sólo de esfuerzo. Hematuria: total, inicial o terminal. Color, olor y aspecto de la orina. Uretrorragia. Secreción purulenta a través del meato. Dolor lumbar: uni o bilateral, características, irradiaciones. Edema palpebral y/o facial. Edema de miembros inferiores. Anasarca. Expulsión de cálculos durante la micción, aire o materia fecal. Dolor testicular o perineal.

*Aparato genital:*— Mujer: menarquía, telarquía, edad de aparición del vello pubiano y axilar. Ritmo del ciclo y duración de la menstruación. Hipermenorrea, hipomenorrea, polimenorrea, oligomenorrea, amenorrea. Cambios en el ciclo. Apreciación de las características del sangrado (color, coágulos). Dolor abdominal ligado a la menstruación: día de aparición, sitio, intensidad, irradiaciones. Tensión pre-menstrual: cambio en el carácter, irritabilidad, cefalea, dolor mamario. Fecha de la última menstruación (FUM). Metrorragias. Uso de anticonceptivos orales o inyectados. Dispositivo intra-uterino, otros métodos anticonceptivos. Leucorrea: cantidad, color, olor, se acompaña o no de prurito o ardor. Menopausia: bochornos, cambios en el carácter. Sangrado transvaginal post-menopausia. Sangrado transvaginal post-coito. Libido. Frigidez. Dispareunia. Cambios en



las glándulas mamarias. Nódulos mamarios. Secreción a través del pezón (hemática o de otro tipo). Galactorrea.

Hombre: Libido, impotencia, hábitos sexuales. Eyaculación normal, temprana o tardía. Edad de aparición de caracteres sexuales secundarios. Cambios en los testículos. Ginecomastia.

*Sistema hematológico:* — Tendencia hemorrágica: petequias, equimosis, espistaxis, gingivorragias, sangrado excesivo en extracciones dentarias o heridas. Manifestaciones de anemia: disnea de esfuerzo, astenia, fatigabilidad, mareo, lipotimias, palidez. Labilidad a infecciones. Adenopatía. Conocimiento de esplenomegalia.

*Sistema endócrino:* — Polidipsia, poliuria, adelgazamiento, hipodinamia, prurito vulvar, luxación y caída de piezas dentarias. Conocimiento de hiperglucemia o de glucosuria. Acidosis o coma diabético. Hipoglucemia: somnolencia, ansiedad, sudoración, temblor, cefalea, irritabilidad, conducta anormal. Obesidad. Intolerancia al calor o al frío. Cambios en la piel, pelo, cejas y uñas. Cambios en la voz y en el lenguaje. Temblor digital fino, sudoración e hipercinesia. Hiperpigmentación de la piel. Hipotensión postural. Estrías purpúreas. Hirsutismo.

*Sistema músculo-esquelético:*— Artralgias. Aumento de volumen y deformidad de las articulaciones. Limitación funcional y crepitación de las mismas. Rigidez digital matutina. Dolor cervical y de columna torácica. Lumbalgia. Si hay historia de dolor lumbar interrogue si ha habido irradiación a los glúteos y a los miembros inferiores y si ha cursado con imposibilidad brusca para los movimientos del tronco. Limitación funcional de la columna en sus diferentes segmentos. Dolores musculares. Dolores óseos.

*Sistema nervioso:*— Función motora: motilidad, marcha, parálisis, parestias, pérdida de fuerza en las extremidades y atrofia muscular. Sensibilidad al tacto (características de los objetos que se tocan: temperatura, superficie, consistencia, etc.) Sensibilidad profunda. Parestesias. Ataxia. Vértigo. Trastornos sensoriales: gusto, olfato, vista, oído. Cefalea: tiempo de evolución, tipo, localización, opresiva, pulsátil, horario, duración, influencia de la posición y del esfuerzo, precedida o no de fenómenos visuales, acompañada de náusea o de vómito, acompañada de otros fenómenos (disartria, parestesias, parestias, etc.). Investigar cambios recientes de una cefalea crónica.

*Psicosomático:*— Personalidad. Medio familiar. Relaciones familiares, en el trabajo

y en la escuela. Ansiedad. Depresión. Aprensión. Excitabilidad. Irritabilidad. Agresividad. Fobias. Memoria. Sueño. Sociabilidad. Reacción del paciente hacia su padecimiento.

V.—*Síntomas generales:*

Fiebre, calosfrío, diaforesis, pérdida de peso, astenia e hipodinamia.

*Terapéutica empleada:*— Medicamentos recibidos para su padecimiento o previamente. Procedimientos quirúrgicos y otros métodos terapéuticos a los que haya sido sujeto el paciente por su enfermedad actual.

*Ingresos previos al hospital:*— Causa, fecha y tratamiento.

VI.—*Antecedentes familiares:*

Obténgase información acerca del estado de salud de los familiares inmediatos: padre, madre, hermanos, hijos, esposo(a), tíos, abuelos. Si algún miembro de la familia está enfermo trate de investigar qué tipo de padecimiento tiene: de ser posible obtenga el nombre de la enfermedad. Si algún miembro de la familia ha muerto investigue la causa. Obtenga especial información acerca de diabetes, obesidad, tuberculosis, padecimientos ma-

lignos (neoplásicos o hematológicos), artritis, bocio, asma, padecimientos alérgicos, arterioesclerosis, enfermedad vascular cerebral, cardiopatías en especial coronaria, hipertensión arterial, litiasis vesicular, enfermedad ácido-péptica, epilepsia y otros padecimientos neurológicos, trastornos psíquicos, alcoholismo.

#### VII.—*Historia personal:*

Habitación, disposición de excretas y aseo personal. Trabajo actual y ocupaciones anteriores. Residencias anteriores. Exposición a agentes nocivos: polvos, gases, humos, animales, productos vegetales, productos animales y químicos, en especial insecticidas. Ejercicio (deportes). Diversiones. Tabaquismo (número de cigarrros en 24 horas y tiempo de tener el hábito). Alcoholismo (tipo de bebida, cantidad, frecuencia y duración). Uso de fármacos y toxicomanías (marihuana, cocaína, barbitúricos, psicoestimulantes, etc.). Dieta habitual y cambios recientes en la alimentación. Interrogue acerca de los alimentos habituales y haga una apreciación cualitativa o cuantitativa aproximada del número de calorías y la composición en carbohidratos, proteínas y grasas.

### VIII.—*Antecedentes patológicos:*

Obténgase una idea general acerca de la salud del enfermo. Pregunte cuales enfermedades ha sufrido previamente y cuándo las padeció. En especial interrogue acerca de los siguientes padecimientos: sarampión, tos ferina, varicela, parotiditis, escarlatina, difteria, amigdalitis, fiebre reumática, meningitis, poliomiélitis, paludismo, fiebre tifoidea, tifo, brucelosis, neumonía, tuberculosis, labilidad a infecciones catarrales de las vías respiratorias, infecciones urinarias, hepatitis, parasitosis intestinal, asma, urticaria, eczema, diabetes, obesidad previa, cuadros convulsivos, trombosis venosa de los miembros inferiores, problemas psiquiátricos. Padecimientos venéreos (blenorragia, sífilis, herpes genital, etc.) Inmunizaciones (en la infancia y posteriormente). Antecedentes quirúrgicos. Antecedentes traumáticos: accidentes automovilísticos, caídas, fracturas, etc. Antecedentes obstétricos y ginecológicos: menarquia, ritmo, períodos de amenorrea (si no fue interrogado previamente). Vida sexual activa. Embarazos, partos, distosias, operaciones cesáreas y abortos. Fecha del último parto. Características de los productos. (estado de salud y peso). Edad de la menopausia (si ya ocurrió).

## LA EXPLORACION FISICA

En esta sección se señala lo que debe hacerse, mas no el método. Este es función del profesor y puede verse en los libros de Propedéutica.

Antes de llevar a cabo el examen explique al enfermo qué es lo que va a hacer usted, con el fin de ganar su cooperación.

Para llevar a cabo el examen físico el estudiante debe contar con estetoscopio, esfigmomanómetro, oftalmoscopio y otoscopio, linterna de bolsillo, martillo para reflejos, diapasón, cinta métrica, abatelengua de madera, un alfiler grande y un poco de algodón, guante de hule o de material plástico.

El examen físico debe ser lo más completo y detallado que sea posible, procurando no omitir región alguna. Regístrese el peso y la estatura del enfermo, la temperatura bucal, la frecuencia del pulso, la tensión arterial y el número de respiraciones por minuto. Calcúlese el peso ideal del paciente de acuerdo con las tablas que existen al respecto.

*Inspección general:*— El *hábitus* del enfermo es importante, ya que permite obtener un buen número de datos útiles. Todo aquello que no pertenezca a un sistema en particular debe ser incluido en esta sección; anótelo

una vez terminado el interrogatorio. Observe el aspecto general tomando en cuenta el sexo, la edad real y la aparente, la raza, el estado de nutrición y el desarrollo físico. Tome nota del tipo de personalidad, de la condición mental aparente, del estado emocional y de su reacción frente al examen. La disposición para colaborar al estudio y la actitud para establecer una buena relación médico-enfermo. Observe si existen deformaciones, la postura que guarda en la cama, o en la silla, así como la marcha, si es un paciente ambulatorio. Trate de captar, por el aspecto general, si su apariencia es la de una persona sana, aguda o crónicamente enferma. Observe las características de su respiración, si tose, si existe edema, cianosis, ictericia, palidez o cualquier otro signo evidente a la inspección general.

Proceda luego a examinar cuidadosa y ordenadamente cada una de las porciones del cuerpo.

*Cabeza:*— Observe la forma y tamaño del cráneo y clasifíquelo de acuerdo con la nomenclatura usual. Note las características del pelo en cuanto a color, abundancia, consistencia, distribución e implantación; examine el cuero cabelludo en busca de lesiones, cicatrices o cambios debidos a alguna dermatosis. Busque anormalidades del cráneo: exostosis, nó-

dulos, hundimientos y sensibilidad dolorosa a la presión y a la percusión. Observe y palpe las arterias temporales superficiales. Haga la auscultación del cráneo.

Observe la forma de la cara; si es simétrica o no, si existe palidez, congestión, cianosis o edema. Vea con cuidado el estado de la piel; si hay dermatosis, pigmentaciones, cicatrices, hirsutismo u otra anormalidad, así como el aspecto de los vasos venosos de la frente. Note la simetría de los surcos nasogenianos.

*Ojos:* Observe el estado de los globos oculares (proptosis, endoftalmos, desviaciones, estrabismo) y de la abertura palpebral. Las características de las cejas, de las pestañas y de los párpados; buscando en éstos si hay edema, xantomas, ptosis u otras anormalidades. Haga que el enfermo ocluya suave y luego firmemente la abertura palpebral. Examine la tensión ocular. Explore las conjuntivas palpebrales y bulbares; observe la coloración, la red vascular, si existen neoformaciones, ictericia, pigmentaciones o quemosis. Vea los movimientos oculares externos y si hay nistagmus. Examine la córnea y note si hay arco o anillo seniles, ulceraciones o cicatrices. Mire el estado del iris y las pupilas y en éstas examine su tamaño, forma, situación y simetría. Inves-



tigue la respuesta pupilar a la luz (directa y consensual) y a la acomodación. Busque el reflejo cilio-espinal y el reflejo corneal. Examine el fondo del ojo y vea cuidadosamente el estado de la papila y de los vasos; busque la presencia de exudados, hemorragias, microaneurismas, cicatrices y otras lesiones. Estudie los campos visuales.

*Nariz y senos faciales:*— Note si existe desviación de la nariz, el estado del tabique (perforaciones, desviaciones, espolones) y el tamaño de los cornetes y aspecto de la mucosa (coloración y grado de humedad). Vea si hay obstrucción de una o ambas fosas nasales, presencia de secreción y sus características (mucosa, amarillenta, purulenta) y presencia de sangre. Investigue sensibilidad a la presión en los maxilares superiores, en los senos frontales y en ambas mastoides.

*Boca:*— Examine la boca en condiciones estáticas y dinámicas, note la posición de las comisuras y grado de apertura. Mire los labios, dientes, encías, surcos gingivolabiales y gingivogenianos, piso de la boca y mucosa geniana, y note el grado de humedad o sequedad. Examine la lengua por sus caras y bordes, su tamaño, movilidad y protrusión, el aspecto de su superficie y de las papilas, su co-

loración y el estado de las venas raninas. Vea la bóveda palatina. Si observa alguna masa dentro de la boca haga palpación de la misma con un dedo cubierto por un guante. Palpe las articulaciones témporo-maxilares en condiciones est ticas y durante movimientos de masticación y laterales del maxilar inferior.

*Faringe y laringe:*— Vea el velo del p ladar y la úvula, su aspecto, posición y movilidad. Examine las amígdalas palatinas (tamaño, coloración y superficie, presencia de exudados) y los pilares. Observe la pared posterior de la faringe y si hay secreción que drene de la nasofaringe. Con el espejo examine la base de la lengua, la hipofaringe (en especial los senos piriformes), la epiglotis, la glotis, la posición, el aspecto y movilidad de las cuerdas vocales. Observe la respuesta nauseosa al estímulo.

*Oídos:* — Examine los pabellones, su implantación, simetría, coloración, características de la piel y estado del cartílago. Note si hay secreción en el orificio. Examine el conducto auditivo externo y la membrana timpánica; vea la coloración de ésta y si existen perforaciones, cicatrices o pérdida del reflejo luminoso. Investigue la conducción aérea y ósea de los sonidos.

*Cuello:*— Observe la forma, dimensiones y simetría. Vea el aspecto de la piel, los huecos supraesternal y supraclaviculares. Note si hay retracción inspiratoria de los huecos y si hay uso de los músculos del cuello al respirar. Observe el estado de las venas; si hay plétora venosa note si es uni o bilateral y su relación con el ciclo respiratorio. El examen de las yugulares debe hacerse con el paciente a 45°; en esta posición, si hay plétora, se observará con facilidad el menisco superior y permitirá medir su altura en relación al ángulo del esternón. Con cuidado vea el pulso venoso. Observe el latido de las carótidas; palpe estos vasos (alternativamente y no simultáneamente) y note su calibre y la consistencia de las paredes así como las características del pulso, comparando un lado con el otro. Busque la presencia de frémito y haga la auscultación de estos vasos. Note la posición de la tráquea y su desplazamiento. Examine la glándula tiroides por inspección y por palpación, tanto en condiciones estáticas como durante la deglución; debe obtener información acerca del tamaño, simetría, consistencia, estado de la superficie, sensibilidad, y si está crecida busque frémito y soplo; ponga énfasis en la búsqueda de nódulos tiroideos. Investigue cuidadosamente la presencia de ganglios, notando el número, tamaño, consistencia, sensibilidad, si están aisla-

dos o agrupados, si están libres o adheridos entre sí, a la piel o a los planos profundos; búsquelos en las regiones sub-mentoniana, sub-maxilares, carotideas, supraclaviculares, laterales, retro-auriculares, sub-occipitales y posteriores. Palpe las glándulas salivales sub-maxilares y parótidas.

*Tórax y pulmones:*— Observe la forma general del tórax, su tamaño y su simetría. Note la posición de los hombros y la prominencia de las escápulas. Vea el aspecto de la piel; busque la presencia de lesiones, hirsutismo, red venosa y si ésta existe, note la dirección de la corriente. Tome la frecuencia respiratoria; observe el ritmo y la profundidad de la respiración, el tipo de movimiento (costo-abdominal, costal, torácico superior, paradójico, etc.), si existe retracción intercostal inspiratoria y/o abombamiento espiratorio, así como la duración de la inspiración y la espiración. Vea si los hemitóraces se mueven con la misma amplitud y si hay retardo en la expansión de alguno de ellos, tanto con respiración normal como profunda; realice las maniobras de ampliación y amplexación. Si el paciente está en decúbito dorsal vea la movilidad del tórax colocándose frente a los pies. Palpe la superficie del tórax en busca de fenómenos que pudieran ser percibidos: crepita-

ción ósea o gaseosa, roncus, frotés. Busque si hay dolor a la presión en los espacios intercostales, en las costillas, así como en los cartilagos costales y en la unión de éstos con las costillas y el esternón. Si el paciente ha relatado la presencia de dolor torácico investigue si hay hiperalgesia cutánea, preferentemente pasando la punta de un alfiler sobre la pared, de arriba hacia abajo. Investigue la transmisión de la voz en el varón palpando las vibraciones vocales, en toda la pared torácica y en forma comparativa; en la mujer realizará esta maniobra sólo en la cara posterior. Percuta sistemática y comparativamente todas las regiones del tórax. Localice así la posición de los hemidiafragmas y su excursión en inspiración profunda y en espiración forzada. Ausculte cuidadosa y sistemáticamente ambos hemitóraces, en forma comparativa, región por región, sin olvidar los huecos axilares y las áreas de proyección en la pared del lóbulo medio y de la lingula. Ponga atención al ruido respiratorio, tanto en su fase inspiratoria como espiratoria; con cuidado escuche sus caracteres: intensidad, duración y tono. Trate de precisar si existe soplo o sólo espiración soplante. Escuche con atención en busca de fenómenos agregados: estertores, roncus y fenómenos silbantes, su presencia durante la inspiración o la espiración o en ambas, así como su ubicación: al

principio, al final o a lo largo de cada una de ellas. Es aconsejable investigar estos datos con respiraciones normales y profundas; para buscar fenómenos silbantes es conveniente hacerlo en espiración forzada con el paciente sentado y luego en decúbito dorsal. Busque la presencia de frote con el paciente sentado y en decúbito. Escuche si aparecen estertores después de la tos (post-tussis). Realice la auscultación de la voz alta y cuchicheada. Si se sospecha la presencia de derrame pleural o neumotórax a tensión, busque el signo de la moneda.

Si el paciente no es capaz de sentarse, se hará la exploración del tórax en posición de decúbito. Primero se harán todas las maniobras por la cara anterior y luego se colocará al paciente en uno y otro decúbito lateral, lo que permitirá examinar las caras laterales y posterior.

Al escribir los datos del examen del tórax, trate de reunir todos los signos anormales que corresponden a una región, lóbulo o segmento pulmonar, de tal forma de dar unidad; recuerde que los datos deben ser congruentes.

*Glándula mamaria:*— Con el tórax descubierto por la cara anterior observe el tamaño, contorno, simetría, y posición de las glándulas mamarias, así como el aspecto de las areolas y los pezones. Observe si hay cicatri-

ces u otras anormalidades de la piel. Esta observación debe hacerse con la paciente sentada y en decúbito, con los miembros superiores a la altura de la cabeza y a lo largo del tronco. En estas mismas posiciones debe hacerse la palpación de las glándulas para conocer su consistencia, la presencia de nódulos o masas, la existencia de dolor y adherencias del tejido mamario a la piel o a la pared torácica. Haga presión en las glándulas y vea si hay salida de secreción a través del pezón. La palpación debe hacerse con suavidad y sin exagerar en el tiempo destinado para ella. Mientras palpe una glándula la otra debe estar cubierta.

En el hombre haga la palpación de las regiones mamarias en busca de ginecomastia.

En este momento es conveniente observar y palpar ambas axilas. La palpación debe hacerse en forma metódica en busca de ganglios crecidos; utilice la mano derecha para la axila izquierda y la mano izquierda para la axila derecha. Palpe con cuidado el vértice, la pared interna (torácica) y la externa (brazo), la anterior (por detrás del pectoral) y la posterior (por delante del músculo dorsal ancho).

*Región precordial:*— La mayor parte del examen de la región precordial debe realizarse con el paciente en decúbito dorsal; sin embargo, el estudiante debe examinar siempre a su

enfermo en decúbito lateral izquierdo y sentado, ya que hay fenómenos de auscultación que se aprecian mejor en esas posiciones (ej., el retumbo de la estenosis mitral y el soplo de la insuficiencia aórtica).

Haga la inspección de la región precordial y note si hay abombamiento de la misma y levantamiento de toda el área. Busque el latido del ápex y aprecie su intensidad y amplitud. Observe si hay latidos en el epigastrio y en el segundo espacio intercostal, junto al borde esternal, así como retracción de los espacios intercostales o movimiento reptante en el área cardíaca. Haga toda esta observación inclinándose sobre el paciente, pero también hágalo tangencialmente o con una luz en dirección oblicua.

Proceda a la palpación del impulso del ápex, sea visible o no. Pálpelo en decúbito dorsal y en decúbito lateral izquierdo; aprecie sus características referentes a rítmicidad, intensidad, duración, amplitud, levantamiento en uno o en dos tiempos y note si se desplaza al pasar de un decúbito a otro. Precise el sitio de máximo impulso del ápex y localice el espacio intercostal y la distancia de la línea media en proyección donde se encuentre. Busque fenómenos anormales con el latido apexiano: chasquidos valvulares, de apertura o de cierre y frémito. Ponga su mano sobre toda la región



precordial y busque el impulso del ventrículo derecho, especialmente durante la inspiración profunda. Palpe con cuidado el segundo espacio intercostal izquierdo y el derecho en busca de latidos, frémitos y chasquidos valvulares.

Continúe con la percusión de la región precordial, procedimiento que sólo se hará en el varón, ya que en la mujer la presencia de la glándula mamaria lo impide. Percuta el segundo espacio intercostal izquierdo en busca de matidez. Proceda a percutir el borde izquierdo y luego el borde derecho, marcando con puntos el límite de la matidez cardíaca para dibujar el perfil del corazón sobre la pared anterior del tórax.

Haga la auscultación ordenada del corazón. Note si los latidos son rítmicos o no y trate de identificar las arritmias hasta donde sea posible: respiratoria, por extrasístoles y entonces cuente las que haya en un minuto, "completo". Tome la frecuencia en 30 segundos (en un minuto cuando haya arritmia). Escuche con atención los ruidos cardíacos en cada uno de los focos de auscultación, apreciando su intensidad y timbre, así como la presencia de otros ruidos normales o anormales (tercer ruido normal, tercer ruido por ritmo de galope, desdoblamientos, chasquido de apertura de la

válvula mitral, etc.). Escuche si hay soplos y trate de precisar su ubicación en el ciclo cardíaco, sea en la sístole o en la diástole; tomando como referencia, especialmente, el primer ruido cardíaco. Si existen uno o varios soplos precise el foco de máxima auscultación, la intensidad, el timbre, su ubicación: al principio, en medio o al final de la sístole o de la diástole, o si ocupan la totalidad del ciclo cardíaco, si borran los ruidos cardíacos, y si su intensidad se mantiene constante o si aumenta o disminuye; note también las irradiaciones, si se modifican con la posición, con el ciclo respiratorio y, cuando sea posible, por efecto del ejercicio. Escuche con cuidado en busca de frottes. Utilice el diafragma y la campana del estetoscopio.

*Dorso:*— Con el paciente sentado observe la postura que guarda, la dirección de la columna torácica y lumbar, la prominencia de las masas musculares. Sujete al paciente por las crestas ilíacas y observe la movilidad de la columna mientras el enfermo se dobla hacia adelante y hacia atrás, a la izquierda y a la derecha y al girar el tronco hacia uno y otro lado. Haga presión sobre las apófisis espinosas y los ligamentos en busca de dolor; palpe los músculos paravertebrales y las masas lumbares para enterarse del tono y si hay dolor.

Percuta con el martillo de reflejos cada una de las apófisis espinosas en busca de dolor. Si hay sospecha de patología inflamatoria renal o perirrenal, haga presión a nivel de los ángulos costovertebrales y haga la puñopercusión de las regiones lumbares (advierta al paciente lo que va a hacer). Busque edema sacro en los pacientes encamados y si el paciente es hipertenso haga la auscultación de las regiones lumbares en busca de soplos.

Posteriormente, de pie y con el dorso descubierto, observe de nuevo la dirección de la columna vertebral y la altura de ambas crestas iliacas; pídale al enfermo que haga flexión del tronco y note la magnitud del movimiento.

*Abdomen:*— Con el paciente en decúbito dorsal y con el abdomen totalmente descubierto, note si es plano, o globoso, o si está hundido. Vea si es simétrico, si los flancos son prominentes, si hay masas visibles, si la cicatriz umbilical es plana, prociendente o si está hundida. Observe si hay cicatrices, red venosa, pigmentaciones, vívices o cualquier lesión de la piel. Note la distribución y cantidad del vello pubiano, y si ello está de acuerdo con el sexo y la edad del paciente. Observe la movilidad de la pared abdominal con la respiración, si existe peristaltismo visible o

latidos. Pida al paciente que trate de incorporarse y note si hay diastasis de los rectos anteriores o hernia epigástrica.

Haga la auscultación del abdomen; note la presencia de ruidos peristálticos, su frecuencia en un minuto y sus características en cuanto a intensidad, tono y timbre. Escuche si hay soplos vasculares en el abdomen superior e inferior.

Busque los reflejos cutáneo-abdominales; si hay red venosa vea la dirección del flujo. Note el grado de hidratación de la piel, el espesor del tejido adiposo, la existencia de hiperalgesia cutánea. Mediante la palpación superficial aprécie el tono de la pared abdominal, si hay resistencia generalizada o localizada, si hay masas u órganos crecidos y si hay chapaleo gástrico. Note si se despierta dolor con este tipo de palpación y si hay dolor de rebote. Investigue si hay hernia umbilical. Con cuidado haga la palpación profunda; para ello debe tener presente la localización de todos los órganos intra-abdominales. Principie por el cuadrante inferior izquierdo y en forma ordenada haga la de los demás cuadrantes. Si encuentra una masa precise su localización, el tamaño, la superficie, el contorno, su sensibilidad y movilidad, si es pulsátil, si desciende con los movimientos respiratorios o si presenta peloteo en el caso de estar localizada en los

cuadrantes superiores; coloque el estetoscopio sobre la masa en busca de soplos vasculares.

Palpe el hígado, busque el borde y note si es romo o cortante y su consistencia; palpe la superficie del hígado y mediante presión moderada investigue si es doloroso. Marque en la pared abdominal el contorno del borde inferior del órgano y mida la distancia en centímetros entre él y el borde costal, sobre las líneas paraesternal, medioclavicular y axilar anterior derechas. Percuta la base del hemitórax derecho por sus caras anterior y lateral y marque el límite superior de la matidez hepática. Mida el área hepática en las líneas antes señaladas. Si el hígado está crecido, coloque el diafragma del estetoscopio sobre él en busca de soplo o de frote. Si sospecha congestión hepática busque reflujo hepato-yugular.

Explore el bazo en decúbito dorsal y en decúbito lateral derecho; trate de palpar el polo inferior, tanto con respiración normal como en la inspiración profunda; si es palpable mida la distancia que existe entre el borde costal y el polo inferior del órgano. Si hubiere crecimiento importante palpe el borde anterior y trate de sentir la escotadura. También en caso que exista esplenomegalia aprecie las características del órgano en cuanto a su superficie, consistencia, sensibilidad y la presencia de frote cuando se le hace descender con una

inspiración profunda. Percuta el área de matidez esplénica.

Haga la palpación bimanual de ambos riñones, en inspiración profunda. Si uno o ambos son palpables busque peloteo y note si hay dolor.

Palpe cuidadosamente el hipogastrio en busca de tumoración pélvica o útero crecido en la mujer. Cualquier sospecha debe ser confirmada posteriormente al hacer el tacto vaginal o el tacto rectal. Si encuentra una tumoración hipogástrica, sea en el varón o en la mujer, debe pedir al paciente que orine y luego repetir la palpación.

Trate de palpar el colon en toda su extensión. En el cuadrante inferior izquierdo lo sentirá como una estructura tubular; el resto será palpable en la medida en que esté ocupado por heces, o bien porque sea asiento de un proceso inflamatorio o tumoral.

Busque si hay empastamientos que denoten la presencia de un proceso inflamatorio, con adherencia de asas intestinales o de porción del epiplón.

Haga la percusión del abdomen. Note las diferencias de sonoridad y, si los flancos son prominentes, investigue si hay matidez cambiante. Palpe luego el pulso femoral de uno y otro lado por abajo del pliegue inguinal y haga la auscultación de las arterias femorales.

Toque los ganglios inguinales y aprecie sus características en cuanto a tamaño, consistencia, movilidad y sensibilidad.

Investigue la presencia de hernias inguinal y crural, pidiendo al paciente que tosa o que haga un esfuerzo con la glotis cerrada. Note el tamaño de los anillos inguinales y la permeabilidad de los conductos inguinales. Repita esta exploración con el paciente de pie.

*Extremidades superiores:*— Con el paciente en decúbito dorsal y después sentado en el borde de la cama o de la mesa, haga la exploración completa de los miembros superiores. La comparación de las estructuras y de la función de cada uno de los miembros (y lo mismo es para los miembros inferiores), es un aspecto básico en esta parte del examen.

Vea la forma, tamaño y volumen de ambas, comparándolas. Observe la coloración de las manos, la forma de los dedos y el aspecto de las uñas. Examine cuidadosamente la piel y note cualquier lesión, así como el estado de los vasos venosos. Mire el llenado venoso, el flujo capilar y note la temperatura y grado de humedad de las manos. Investigue si hay temblor de las manos o cualquier movimiento anormal de las extremidades. Palpe las arterias radiales y humerales y perciba las características de la pared del vaso y del pulso. Si hay

diferencia en el pulso de uno y otro miembro tome la tensión arterial en ambos. Efectúe movimientos pasivos de ambas extremidades y note el tono muscular. Pida al paciente que eleve un poco ambos miembros y que haga movimientos de pronación y supinación. Estudie las articulaciones mayores y menores, mediante la inspección y palpación de las mismas y, pida al paciente haga movimientos activos con cada una de ellas. Mientras examine los músculos y articulaciones observe la cara del paciente para ver si denota dolor. Palpe los ganglios axilares (si no lo ha hecho) y busque ganglios espitrocleanos. Comparativamente explore los reflejos bicipital, tricipital y supinador.

*Extremidades inferiores:*— Con el paciente en decúbito dorsal y ventral, y después sentado en el borde de la cama o de la mesa y de pie, haga el examen completo de los miembros inferiores. Vea su forma, longitud y grosor comparativamente; note si hay diferencia en el diámetro de los muslos y de las piernas. Observe el aspecto de la piel de los muslos, piernas y pies y vea si hay pigmentación, sequedad, atrofia, ulceraciones, palidez, congestión o cianosis. Observe cuidadosamente las venas, en cuanto a calibre y trayecto. Busque edema; en caso positivo note sus caracte-



rísticas en relación a coloración, temperatura, consistencia (duro o blando) y si es doloroso o no, así como la extensión que abarca. Examine la planta de los pies, los ortijos y los talones en busca de nevos. Observe el estado de las uñas y el llenado capilar, este último en posición horizontal y elevando el miembro a 45°. Note la temperatura de los pies y de las piernas. Palpe las arterias pedias y tibiales posteriores y note sus características: palpe los pulsos pedios, tibiales posteriores y poplíteos, siempre comparativamente. Cuando se sospecha enfermedad arterial o venosa vea la coloración de los pies y el llenado capilar con los miembros en posición horizontal, hacia arriba y colgando de la mesa o de la cama. Vea y palpe cada una de las articulaciones. Efectúe movimientos pasivos de todos los segmentos de los miembros y note el tono muscular y si estos movimientos causan dolor. Pida al paciente que eleve una y otra extremidad y que efectúe movimientos activos con los muslos, piernas y pies. Examine los reflejos rotulianos, aquileos y plantares, comparativamente en ambas extremidades, y en el varón el reflejo cremasteriano.

*Examen genital:*

*Hombre:*— Inspeccione los genitales, ob-

servando el aspecto de la piel que los cubre, tanto del pene como del escroto. Haga con suavidad la palpación del escroto y de su contenido, palpe cada uno de los testículos y epidídimos, notando su tamaño, consistencia, superficie y sensibilidad. Si hay sospecha de hidrocele haga la transiluminación. Esta maniobra a veces es indispensable para diferenciar un hidrocele a tensión de un tumor testicular. Si sospecha la presencia de varicocele, debe confirmarlo haciendo la palpación con el paciente de pie. Palpe el cordón espermático.

Haga la palpación del pene; si hay prepucio debe retraerlo para observar el glande, el meato y el surco coronal. Si hay historia de posible proceso infeccioso uretral pida al paciente que él haga esta maniobra o haga el examen utilizando un guante. Vea si hay salida de secreción por el meato. Proceda luego a palpar el cuerpo del pene y la uretra penéana.

*Mujer:* — Este examen debe hacerse en presencia del interno, del médico residente, del profesor o de una enfermera. Debe obtenerse la aceptación de la paciente antes de llevarlo a cabo. Explique a la paciente en qué consiste el examen y la razón de llevarlo a cabo. Pídale que vacíe la vejiga.

Haga el examen con una iluminación adecuada. Inspeccione los genitales externos. Ob-

serve el aspecto general de la vulva. Separe los labios mayores y observe su aspecto; examine los labios menores, el clítoris, el orificio vaginal, meato uretral, región perineal y ano; observe si el himen está intacto o no, y trate de palpar las glándulas de Bartolini; busque cicatrices, ulceraciones, inflamación y presencia de secreción vaginal. Si el himen está intacto, en este momento termina el examen genital y se completará con el tacto rectal. Pida a la enferma que haga un esfuerzo expulsivo y observe si se produce un abombamiento ya sea de la pared anterior de la vagina (cistocele) o de la pared posterior (rectocele) o si hay descenso del cuello uterino hacia el orificio vaginal (prolapso). Introduzca el índice y el tercer dedo de la mano enguantada y palpe la pared de la vagina, la uretra y el cuello uterino; aprecie la posición del cérvix, su tamaño, forma, consistencia, las características del orificio, su movilidad y la sensibilidad a la palpación. Examine los fondos de saco. Pida a la paciente que relaje sus músculos abdominales y haga la palpación bimanual. Determine el tamaño, forma, movilidad y sensibilidad del fondo del útero, de los ovarios y trompas de falopio (palpables sólo cuando son anormales). Con la palpación bimanual examine nuevamente los fondos de saco de la vagina.

Al retirar los dedos vea si hay secreción y su característica.

Introduzca luego el espejo vaginal y observe el aspecto de las paredes de la vagina y del cuello uterino.

*Tacto rectal:*— Con el paciente en decúbito lateral o de pie, con el tronco en flexión y el pecho sobre la mesa (en el caso del varón), inspeccione la región anal en busca de lesiones cutáneas, escoriaciones, hemorroides, fisuras u orificios de fístulas. Al insertar el índice note el tono del esfínter. En el varón palpe la próstata y aprecie su tamaño, forma, superficie, consistencia y sensibilidad, así como la presencia o ausencia del surco medio y si hace prociencia hacia el recto. Busque si hay hemorroides internas trombosadas. Palpe luego las paredes rectales en toda su extensión y tan alto como sea posible. Si palpa alguna masa note su localización, tamaño, forma, consistencia, superficie, movilidad y sensibilidad. En la mujer palpe el fondo de saco de Douglas y el cuello uterino. Al retirar el dedo vea el color de las heces adheridas al guante y si hay sangre.

## EXPLORACION NEUROLOGICA

*Estado mental:*— Note el estado de conciencia del paciente; si está alerta, letárgico, obnubilado, estuporoso o en coma, así como su estado anímico: eufórico, triste, hostil, autista, etc.

*Función intelectual:*— El estudiante debe investigar el estado de orientación del paciente, en relación a la persona, al tiempo y el lugar. Deberá fijarse en la coherencia del relato e investigar la memoria, la atención y la capacidad de concentración. Debe tener en cuenta el nivel social y educacional del paciente.

*Lenguaje:*—Investigue si existe disfasia o disartria. Si existe disfasia (o afasia) trate de distinguir si es sensorial (receptiva), motora (expresiva), o global. La disartria en ocasiones es obvia; si no lo es pida al paciente que repita una frase corta como “tres tristes tigres”. Note si hay bradilalia. Investigue si existe dislexia y disgrafia. Note si hay disfonía, sea por alteración del tono o de la intensidad de la voz.

*Nervios craneales:*

Olfatorio (I par):— Examine la percep-

ción de olores conocidos (no irritantes para la mucosa nasal), en cada una de las fosas nasales por separado.

Óptico (II par):— Investigue la agudeza visual de cada uno de los ojos; examine los campos visuales y haga una observación cuidadosa del fondo del ojo, apreciando las características de la papila, en cuanto a coloración y bordes; vea las arterias y las venas, fijándose en la relación del grosor de la arteria y la vena correspondiente, del trayecto si es sinuoso o no, de los cruces arteria-vena en busca de compresiones.

Oculomotores (III, IV y VI pares):— Observe comparativamente la hendidura palpebral y la posición de los globos oculares. Vea la posición y movilidad de los párpados superiores. Examine los movimientos de los globos oculares en todos sentidos. Pregunte al paciente si en alguna posición de los ojos hay visión doble si esto ocurre examine en cuál dirección de la mirada las imágenes están más separadas. Observe si hay nistagmus; si existe nistagmus horizontal note hacia dónde es la fase rápida y qué tipo de movimiento ocular lo provoca. Si se explora a un enfermo inconsciente puede haber nistagmus en péndulo. Observe las pupilas, su forma, regularidad de contornos y simetría. Busque los reflejos a la luz y a la acomodación.

Trigémino (V par):— Explore la sensibilidad al tacto, a la temperatura y al dolor en las áreas correspondientes a las tres ramas sensoriales, utilizando algodón y un alfiler. Compare ambos lados de la frente, mejillas y mandíbula. Observe los músculos temporales y maseteros. Note la fuerza de los músculos de la masticación (maseteros y pterigoideos); pida al paciente que apriete fuertemente los dientes y palpe los músculos maseteros; así mismo pídale que mueva lateralmente la mandíbula contra la oposición de su mano. Busque el reflejo corneal y en mayores de 50 años busque el reflejo mandibular.

Facial (VII par):— Haga la inspección cuidadosa de la cara y note cualquier asimetría. Busque la presencia de tics o fibrilaciones. Examine las contracciones voluntarias de los músculos faciales, indicándole al paciente que frunza el ceño, eleve las cejas, arrugue la frente y cierre los ojos lo más fuertemente posible. Así mismo pídale que muestre los dientes, que silbe, apriete los labios y que baje el labio inferior. Examine la percepción de sabores en los dos tercios anteriores de la lengua; para ello utilice azúcar, sal y alguna sustancia ácida o amarga. Busque el reflejo nasopalpebral.

Auditivo o vestíbulo-coclear (VIII par):— Explore la función auditiva, tanto la conduc-

ción aérea como ósea. Puede explorar la conducción aérea con la voz cuchicheada o frotando los dedos de una mano frente al oído. Sin embargo es mejor usar un diapasón de 256 o 512 ciclos para explorar la conducción aérea y ósea. Haga las pruebas de Rinne y de Weber. La función vestibular deberá estudiarse investigando nistagmus horizontal o rotatorio con las maniobras habituales, o el nistagmus posicional. La prueba de Romberg sirve para este mismo efecto.

Glossofaríngeo (IX par):— Explore el sentido del gusto en el tercio posterior de la lengua. Note la sensibilidad del velo del paladar a cada lado de la línea media; observe el reflejo palatino (en este reflejo intervienen IX y X pares). Investigue el reflejo nauseoso. Es difícil explorar el sentido del gusto y rara vez es necesario.

Vago (X par):— Inspeccione el paladar blando. Si hay lesión bilateral de este nervio habrá debilidad del velo del paladar. Si hay parálisis unilateral, la úvula estará desviada al lado sano. Observe la movilidad del velo del paladar durante la fonación. Examine las cuerdas vocales estática y dinámicamente.

Espinal (XI par):— Observe el volumen y examine la fuerza de los músculos esternocleidomastoideos y de las fibras superiores de los trapecios.



Hipogloso (XII par):— Observe la lengua, pidiendo al paciente que abra la boca y deje su lengua descansando en el piso de la boca y después que haga protusión de la misma. Note si hay asimetría o atrofia, si hay fasciculaciones o temblor. Al protruir la observe si se desvía. Pida al paciente que empuje una y otra mejilla con la punta de la lengua, a la vez que sus dedos oponen resistencia.

*Sistema motor:*

Inspección:— Observe la postura del paciente y la marcha; esta última cuando el paciente sea capaz de mantenerse en pie y caminar. Note si el defecto para la marcha comprende a uno o a ambos miembros inferiores, si hay flacidez o espasticidad y si hay problema con el equilibrio. Examine la forma y volumen de la musculatura del paciente, comparando uno y otro lados, y en el caso de las extremidades, compare la porción proximal y la distal. Note si hay fasciculaciones de los músculos. Observe los movimientos voluntarios y note su precisión, rapidez y calidad. Vea si hay movimientos involuntarios como temblores (identifique el tipo, amplitud, frecuencia, duración), mioclonias o movimientos coreiformes.

Palpación:— Note la consistencia y ten-

sión de los músculos, así como la presencia de dolor a la presión. Examine el tono de los músculos mediante el movimiento pasivo de las articulaciones. Para ello coloque al paciente en decúbito dorsal con la cabeza y el cuello en posición neutra. Obténgase la relajación completa del enfermo; una vez conseguido ésto se harán movimientos pasivos de los hombros, codos, muñecas, caderas, rodillas y tobillos. Investigue si hay clonus del pie y de la rodilla. Examine la fuerza muscular en los diferentes segmentos de las extremidades, tanto en la flexión como en la extensión. Procure seguir una rutina en esta parte del examen: flexión y extensión del cuello; flexión, extensión, abducción y aducción de los hombros; flexión y extensión de los codos; pronación del antebrazo; flexión y extensión de las muñecas; flexión, extensión, aducción y abducción de los dedos; fuerza de la mano al empuñarla y de la oposición del 1.º y 5.º dedos. En el tronco investigue flexión, extensión y flexión lateral; examine la fuerza de los músculos abdominales. En las extremidades inferiores pruebe la flexión, extensión, abducción y aducción de las caderas; la flexión y extensión de las rodillas; dorsiflexión, extensión y movimientos laterales de los tobillos; finalmente la flexión y extensión de los ortejos.

Haga valoración del movimiento fino de

los dedos, sea pidiendo al paciente que mueva los dedos de las manos como si tocara el piano o que toque sucesivamente el pulgar con cada uno de los dedos de la propia mano.

Si se sospecha lesión cerebelosa debe investigarse la presencia de nistagmus, la coordinación de los movimientos mediante pruebas como dedo-nariz, dedo-dedo, talón-rodilla. Así mismo la presencia de disimetría y la aptitud para hacer movimientos rápidos alternados. Observe la capacidad del paciente para la bipedestación con los pies juntos (signo de Romberg), para mantenerse en un solo pie y para caminar punta-talón por una línea.

#### *Sistema sensorial:*

Es importante explorar la sensibilidad de las diferentes áreas del cuerpo, sea en la cabeza, el tronco y las extremidades. Es importante conocer el área de la distribución anatómica de los diferentes nervios, para poder hacer un diagnóstico apropiado acerca de cuáles nervios o cuáles partes del sistema nervioso central están afectados.

**Tacto:**— Utilice un poco de algodón, aplíquelo a la piel y pregunte al paciente acerca de qué siente: pida al paciente que cierre sus ojos y haga el examen en forma comparativa de uno y otro lados. Es mejor solamente

tocar la piel con el algodón y no deslizarlo. Establezca los límites del área con sensibilidad alterada. Trate de que el estímulo aplicado sea igual en todo momento.

**Dolor:**— Examine la sensibilidad al dolor con alfiler; utilice uno para cada paciente por la posibilidad de transmisión de gérmenes (ej., virus de la hepatitis B y del SIDA). Es conveniente estimular alternativamente con la punta y la cabeza del alfiler y preguntar al paciente qué siente: si agudo o romo. El paciente debe tener los ojos cerrados.

**Temperatura:**— Explique al paciente lo que investigará. Toque las diferentes áreas con pequeñas botellas que contengan agua caliente y fría; es conveniente no tocar la misma región con ambas botellas. Esta prueba se hará cuando se sospeche anestesia disociada.

**Sensibilidad profunda:**— Puede buscarse causando dolor en estructuras como tendones (tendón de Aquiles) y testículo. El estudiante debe decir al paciente lo que va a realizar. Investigue el sentido de la posición, doblando y extendiendo las articulaciones interfalángicas de los dedos y de los ortejos (el primer ortejo es el más útil). Busque la percepción a la vibración con un diapasón de 128 ciclos. Explore primero en los ortejos y después en los maleolos y en la parte superior de la tibia; puede buscarse además en los dedos de la ma-

no y en el extremo distal del cúbito y del radio. Todas estas pruebas deben llevarse a cabo mientras el paciente tiene los ojos cerrados.

Otras pruebas:— Puede investigarse la discriminación de dos puntos, la localización de un punto, la estereognosis y la identificación de texturas.

Cuando se sospeche una lesión medular debe establecerse, lo más preciso que sea posible, el nivel sensorial y buscar de cuál dermatoma hacia abajo es anormal la sensibilidad. Cuando se sospeche una lesión radicular en una extremidad debe investigarse lo más preciso que sea posible, cuáles áreas tienen sensibilidad anormal. Esto es válido también para cuando se sospecha patología de un nervio periférico.

La mayor información acerca de la sensibilidad se obtendrá en el primer examen; la repetición no aumenta la información obtenida; por el contrario puede disminuirla y crear confusión en el examinador.

### *Exploración de los reflejos:*

Examínense los reflejos tendinosos: en los miembros superiores el bicipital, el tricipital y el supinador, en en los inferiores el rotuliano y el aquileo. Hágase siempre la comparación del mismo reflejo. Utilícese el martillo de re-

flejos y percútase el tendón y no el músculo. El paciente debe estar relajado y en posición cómoda. Véase la magnitud de la respuesta al estímulo y gradúela de 0 a ++++ (0 ausente; + disminuido; ++ normal; +++ exagerado; ++++ clonus).

Explórense finalmente los reflejos superficiales. Busque el reflejo plantar; con una punta roma estimule la planta del pie cerca de su borde externo. El paciente debe estar en decúbito supino y con los miembros inferiores en extensión. La respuesta normal es flexión plantar del primer oratejo y a veces de los demás; cuando la respuesta es anormal habrá dorsiflexión del grueso oratejo y a veces separación en abanico de los dedos restantes. Sólo si la respuesta es extensora (dorsiflexión) se le llamará Babinski. Si existe respuesta anormal busque los sucedáneos del Babinski (Hoffman, Gordon, etc.) Investigue los reflejos abdominales en los cuatro cuadrantes; estimule la piel con un alfiler en dirección oblicua a la piel, en sitios paralelos a los bordes costales y pliegues inguinales. Debe tenerse presente que en las personas obesas y en las mujeres múltiparas puede no observarse la respuesta. En el hombre busque el reflejo cremasteriano. Al igual que los reflejos tendinosos, los reflejos superficiales deben investigarse en forma comparativa.

Finalmente, si sospecha irritación meníngea, busque rigidez cervical para la flexión (rigidez de la nuca), el signo de Kernig y el signo de Brudski.

Una vez concluido el interrogatorio y la exploración física, el estudiante debe leer las notas que ha tomado y los datos que ha obtenido. Con ello ha de escribir la historia clínica, en forma clara y ordenada, tomando en cuenta que es un documento de gran valor y que constituye la base del estudio del paciente.

Una buena historia clínica es el recurso más útil que tiene el médico para llegar al diagnóstico de una o más enfermedades que aquejan a un paciente; bien sea porque por sí misma lleve a conclusiones ciertas, o porque con base en ella se realicen los exámenes de laboratorio y de gabinete que sean necesarios para ampliar la información y poder llegar al diagnóstico.

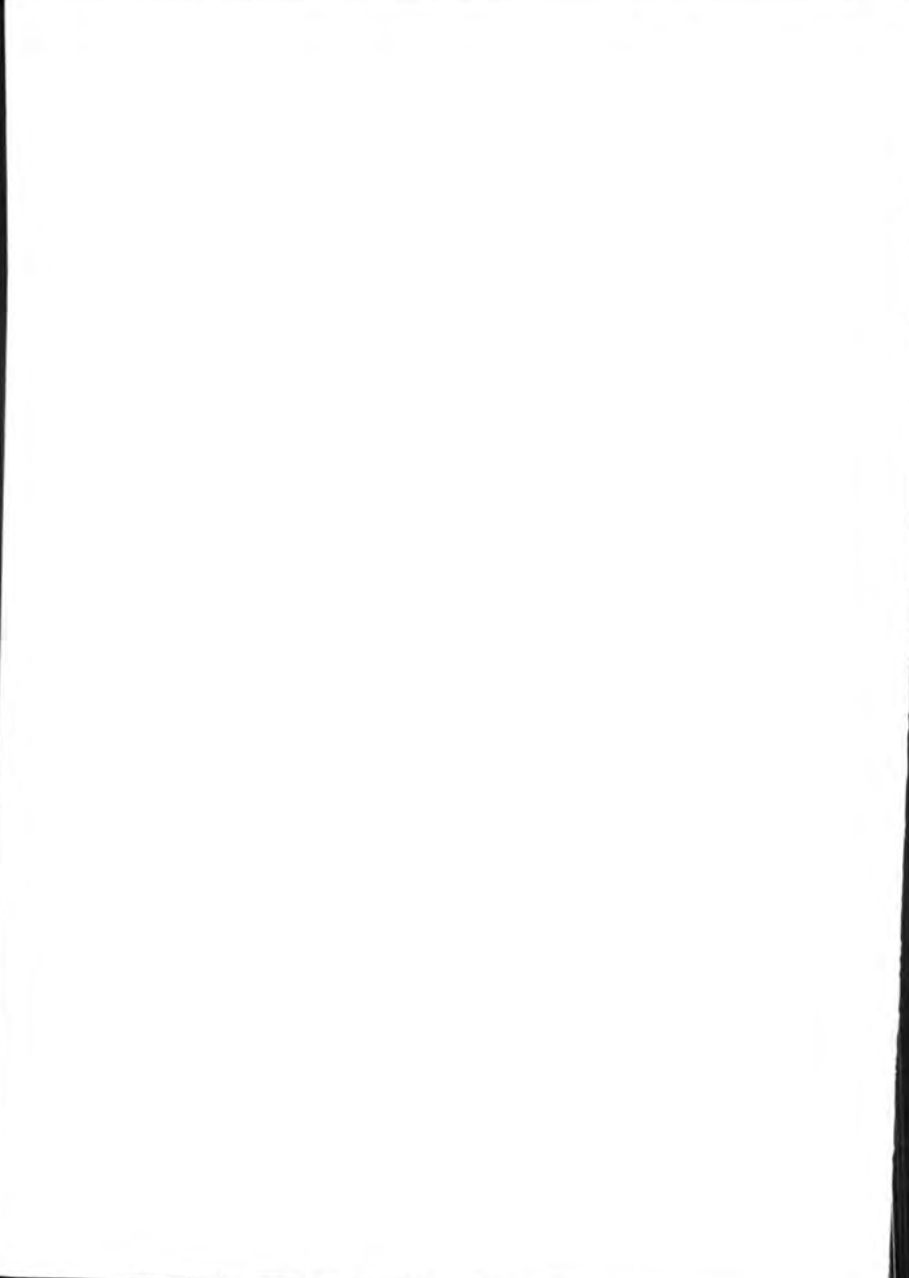
Quisiera que el estudiante comprenda lo anterior y que desde sus primeros pasos en el campo clínico se acostumbre a ser sumamente cuidadoso en la elaboración de la historia clínica. Una disciplina adquirida en el inicio de la carrera será un buen hábito que perdurará a lo largo de los años.

Es aconsejable que el estudiante tome nota de cada uno de los pacientes que estudie y lo haga en una libreta pequeña que pueda lle-

vase fácilmente en el bolsillo. Deberá anotar de cada paciente: el nombre, la edad, el número de registro del hospital, los aspectos interesantes del caso y el o los diagnósticos. Un breve resumen del caso será conveniente, así como anotaciones del curso de la enfermedad y el resultado del tratamiento. Escribanse también los resultados sobresalientes del laboratorio, de los exámenes de gabinete, y si hubiera fallecido el paciente y se hizo necropsia, anótese así mismo los hallazgos. Estas notas, que integrarán un resumen de la labor clínica del estudiante, servirán después para consulta y como un estímulo al ir creciendo en experiencia y en conocimiento al través de la diaria actividad profesional.



*Por acuerdo del señor licenciado Alfonso Lastras Ramírez, rector de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, este libro se imprimió en los Talleres Gráficos de la Editorial Universitaria Potosina. La edición estuvo al cuidado de su autor, fue concluida el 5 de febrero de 1988 y consta de 1000 ejemplares.*



JOSE J. MACIAS MENDOZA

# LA HISTORIA CLINICA

instructivo para su elaboración



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI

---

FACULTAD DE MEDICINA 1988



SR02478