

CAPITULO II

HISTORIA Y EXAMEN FISICO

La historia clínica constituye la parte más importante en la evolución de un paciente.

Gran porcentaje del diagnóstico está en la historia clínica. Es la parte que permite acercarse al paciente y conocerlo... conocerlo antes que en sus "quejas", como persona; verlo integralmente y luego de establecer una excelente relación médico-paciente entrar en el detalle de sus síntomas; detalle de cada una de las cosas que le motivaron a "ir al doctor".

Debe tenerse en cuenta que la historia clínica supone el escuchar detenidamente al paciente.

Debe, así mismo, más que convertir la historia clínica en un cuestionamiento interpersonal, ser la "búsqueda" de todos los aspectos de la enfermedad. Se debe ser muy minucioso en la "búsqueda" de estos aspectos.

Una buena historia clínica hará que el examen físico esté mejor orientado y entonces también el diagnóstico será más certero.

Debe tener en cuenta que la eficiencia con que se realice una historia no debe significar el volverla poco personal. Una historia debe hacerse en un tiempo prudente que permita recopilar todos los datos positivos de la

enfermedad actual del paciente, que se profundice en los detalles significativos, pero nunca transmitir al paciente la impresión de que estamos en carrera: "en contra del tiempo". . .

El examen físico debe ser completo. La historia ayudará a enfatizar algunos aspectos del examen físico, en busca de complementos para el diagnóstico.

Usted debe tener idealmente su maletín médico con el instrumental mínimo necesario: estetoscopio, esfigmomanómetro, otorrinolaringoscopio, martillo de reflejos, metro.

Con el tiempo puede equiparlo con otros instrumentos e incluso con otros materiales especiales, jeringas, etc.

Existen nombres propios para algunos hallazgos específicos del examen y es importante conocerlos. Los nombres propios de estos signos deben tenerse presentes, pero sobre todo saber cómo se encuentran durante el proceso del examen físico. Es importante en ocasiones incluir algunos de los "datos negativos" "ejemplo: "No defensa Abdominal" ... "No rectorragia"... "No hay nistagmus".

Y por supuesto hacer una descripción amplia de los "datos positivos" Nunca olvidar en el examen físico un examen neurológico, un tacto rectal, o un examen ginecológico.

En el caso de estos últimos, siempre pida autorización a su superior de practicarlo y solicite la presencia de una enfermera para que le asista y esté presente durante todo el examen ginecológico. Cuide en el caso de estos exámenes de respetar el pudor del paciente.

Son exámenes poco agradables y necesitan que antes de hacerlos se explique en que consisten.

Una vez completada su historia clínica y elaborado el examen físico se estará preparado para entrar al diagnóstico.

1. HISTORIA CLINICA

Identificación, nombre, edad, raza, sexo, domicilio, religión, estado civil, lugar de nacimiento, lugar donde vive, médico referente, y el informante.

1.1 ENFERMEDAD PRINCIPAL

Motivo de consulta, en las propias palabras del paciente, problema actual y tiempo de evolución.

1.2 HISTORIA DE LA ACTUAL ENFERMEDAD

Condición del curso de la enfermedad actual, cómo y cuándo empezó, factores agravantes, factores atenuantes, tests, diagnósticos hechos previos a esta admisión, pertinente revisión por sistemas negativos y positivos, enfermedad asociada, factores de riesgo.

1.3 HISTORIA MEDICA ANTERIOR

Enfermedades, hospitalizaciones, cirugías, problemas médicos actuales y anteriores, medicamentos, alergias, transfusiones de sangre, trauma, exposición a agentes del medio ambiente, uso de tabaco y alcohol. En pacientes pediátricos, incluir historia pre-natal y nacimiento, alimentación, intolerancia a comidas, historia de inmunización.

2. HISTORIA POR SISTEMAS

2.1 CABEZA

Trauma, dolor de cabeza, sensibilidad.

2.2 OJOS

Visión, cambios del campo visual, último cambio de prescripción, fotofobia, visión borrosa, diplopía, manchas, inflamación, descargas.

2.3 OIDOS

Disminución agudeza auditiva, dolor.

2.4 TINNITUS

Mareos, vertigos, zumbido de oídos.

2.5 NARIZ

Problemas sinusales, hemorragia, pólipos.

2.6 GARGANTA

Dientes, lengua, encías, dentadura, lesiones, ronquera, dolor de garganta, inflamación amígdalas.

2.7 RESPIRACION

Dolor de pecho, estornudos, disnea, tos, color del esputo, hemoptisis, historia de neumonía, historia o influencia de algún bacilo o neumococo.

2.8 CARDIOVASCULAR

Dolor de pecho, ortopnea, número de píldoras usadas en la noche, disnea al esfuerzo, disnea paroxística, murmullos, hipertensión, edema y calambres en las piernas, disnea paroxística nocturna.

2.9 GASTROINTESTINAL

Apetito, náusea, vómitos, hematemesis, indigestión, dolor abdominal, diarrea, constipación, melena, hinchazón, molestias anales, hemorroides, cambio en el aspecto y color de heces, ictericia.

2.10 GENITALES

Frecuencia, urgencia, disuria, hematuria, poliuria, nocturia, incontinencia, enfermedades venéreas, descarga, esterilización, impotencia.

2.11 GINECOLOGICO MENAROVIA

Gestas, partos, abortos, cesáreas, último período de menstruación (frecuencia, duración, fluido), dismenorrea, manchas, menopausia, contracepción, último papanicolau dispareunia.

2.12 ENDOCRINO

Poliuria, polidipsia, intolerancia a cambios de temperatura, problemas tiroideos, glucosuria, terapia hormonal, cambios en el cabello o textura de la piel, calores, "flushing".

2.13 MUSCULO ESQUELETICO

Artritis, trauma, articulaciones dilatadas. dolor articular, edema articular, rigidez.

2.14 HEMATOLOGIA

Anemia, tendencia a sangrar, linfadenopatía, petequias, equimosis, sangrados anormales.

2.15 NEUROPSIQUIATRICO

Síncope, ataques imprevistos, coordinación, sensaciones, memoria, estado de ánimo, características de sueño, disturbios emocionales, problemas de drogas o alcohol.

3. EXAMEN FISICO

3.1 GENERAL

Estado de ánimo, desarrollo, raza, sexo, estado civil, si el paciente tiene alguna angustia o si asume una posición inusual, peso, talla, apariencia general, relación peso/talla.

3.2 VITALES

Temperatura, pulso, respiración, presión sanguínea, puede incluir mano derecha, mano izquierda, sentado, parado, acostado.

3.3 PIEL

Erupciones, pruritos, cicatrices, tatuajes, lunares.

3.4 GANGLIOS

Localización, tamaño, hipersensibilidad, movilidad, consistencia (cervical, supraclavicular, epitoclear, axilar, femoral).

3.5 CABEZA

Tamaño y forma, sensibilidad, trauma; para pacientes pediátricos: fontanelas y líneas de sutura.

3.6 OJOS

Tamaño de las pupilas, forma, reactividad, movimientos oculares extraoculares, agudeza visual, campos, fondo (color del disco, tamaño, pulsaciones venosas espontáneas, hemorragias, exudados, radio arteriovenoso), conjuntiva y esclera, arcos seniles, párpados, enoftalmos, exoftalmos.

3.7 OIDOS

Audición, sensibilidad, descarga, canal externo, membrana timpánica (intacta, opacidad o brillo, movilidad, líquido, o abombamiento de sangre).

3.8 NARIZ

Sensibilidad, obstrucción, lesiones, exudado, inflamación, para pacientes pediátricos, nariz vistosa, gruñido.

3.9 GARGANTA

Labios, encías, lengua, faringe, lesiones, eritemas, tamaño de las amígdalas, presencia de criptas.

3.10 CUELLO

Rango de movilidad, sensibilidad, distensión de la vena yugular.

3.11 NODULOS EN CUELLO

Masas, tiroides, localización de la tiroides, reflejo hepatoyugular.

3.12 PULMONES

Configuración y simetría del movimiento con la respiración, sonido del aliento, percusión, retracción costal, sonidos, pulmones, (murmullo vesicular).

3.13 CORAZON

Frecuencia cardíaca, ritmo, soplos, galope, punto de impulso máximo. (Los soplos del corazón son revisados en 19-21 pp).

3.14 GLANDULAS MAMARIAS

Pezones, masas, retracción, erosiones en la piel, sensibilidad, ginecomastía, descarga por los pezones.

3.15 ABDOMEN

Aspecto (liso, distendido, obeso), ruidos intestinales, sensibilidad, rebote, masa, hígado (longitud en la línea medioclavicular). Esplenomegalia, ángulo costovertebral, sensibilidad, percusión, timpanismo, desplazamiento, adenopatía inguinal.

3.16 GENITALES

Circuncisión, testículos (tamaño, sensibilidad, masas), hernias, transiluminación de masas, lesiones de la piel.

3.17 PELVICO

Indicaciones Especiales.

3.18 RECTAL

Hemorroides, fisuras, tono esfínter, masas, próstata (tamaño, sensibilidad, nodularidad), examen de heces para sangre oculta.

3.19 EXTREMIDADES

Amputaciones, edemas, sensibilidad, temperatura, pulso, (radial, bronquial, femoral, poplíteo, tibial, anterior y posterior) sensibilidad en la pantorrilla, várices, signos hormonales.

4. EXAMEN NEUROLOGICO

Examen mental, si es apropiado ver la historia psiquiátrica y física que sigue:

- | | |
|--------------|---|
| I - II | Nervios craneales, visión, olfato, campos. |
| III - IV, VI | Respuestas pupilarias, movimiento de los ojos volitivos, movimientos de los ojos persuasivos. |
| V | Reflejo corneal, sensación facial, resistencia de la mandíbula abierta. |
| VII | Tocar con los ojos cerrados, mostrar los dientes, reír, sensibilidad facial. |
| VIII | Audición, equilibrio. |
| IX, X | Mover el paladar en una línea media, hablar, tragar. |

XI Encoger los hombros, poner resistencia en la cabeza.

XII Sacar la lengua.

4.1 CEREBELO

Dedo - nariz, talón - espinilla, talón - dedo, movimientos de alteraciones rápidas.

4.2 SENSORIAL

Dolor, vibración, posición, estereognosis, identificar algún déficit, usando el Esquema Dermatoma.

4.3 REFLEJOS

Biceps C5-C6, triceps C7-C8, braquiorradiales C5-C6, cuádriceps L3-L4, tobillo S1-S2, Babiniski, Hoffman, otros reflejos patológicos; para pacientes pediátricos, Moro (Startle) y reflejos de succión.

4.4 DATOS DE LABORATORIO

Recuento de glóbulos blancos y fórmula, hemoglobina, hematocrito, sedimentación, SMA, rayos X de Torax, EKG, etc.

4.5 ASESORAMIENTO

Una discusión y evaluación de los problemas actuales con un diagnóstico diferencial.

4.6 PLAN

Pruebas adicionales, tratamiento médico, consultas, etc.

5. HISTORIA PSIQUIATRICA Y FISICA

Los elementos de la historia psiquiátrica y física son los de la historia básica y física subrayados a continuación. La principal diferencia es la atención a la historia psiquiátrica anterior y un examen detallado del estado mental tal y como se describe a continuación.

5.1 EXAMEN PSIQUIATRICO DEL ESTADO MENTAL

- Apariencia: Gestos, manierismos, etc.
- Hablar: Coherencia, vuelo de ideas, etc.
- Modo y Afecto: Depresión, cólera, alegría, etc.
- Proceso del pensamiento: Bloqueo, evasión, etc.
- Contenido del pensamiento: Disculpas, hipocondrías, carencia de confianza en sí mismo, alucinaciones, de ilusiones, etc.
- Actividad motora: Lento, rápido, útil, etc.
- Funciones cognitivas:
 - Atención y concentración
 - Memoria (recordar inmediatamente, lo reciente, lo remoto)
 - Cálculos
 - Abstracciones
 - Juicio

6. SOPLOS CARDIACOS

TABLA: DESCRIPCION DE LOS DIFERENTES TIPOS DE SOPLOS CARDIACOS

TIPO	DESCRIPCION
A. Estenosis aórtica	<p>El soplo es de calidad creciente y decreciente; es más audible en el área aórtica y se transmite a las arterias carótidas. También es audible en la punta del corazón. Siendo el tipo de expulsión, el soplo se inicia claramente después del primer sonido cardíaco y termina antes del segundo ruido. En presencia de estenosis aórtica grave, el soplo es largo y llega a su máximo hacia la mitad o poco después de la sístole; a menudo hay galope diastólico auricular (cuarto sonido cardíaco).</p>
B. Insuficiencia aórtica	<p>El primer sonido puede ser normal o ligeramente reducido; el componente aórtico del 2do. sonido cardíaco está disminuido o es inaudible en la presencia de regurgitación grave. Frecuentemente un 3er. sonido cardíaco fuerte es audible en la punta y puede estar presente también un 4to. sonido cardíaco. La característica más típica de la lesión es una disminución del soplo diastólico soplante en el borde izquierdo del esternón en el tercero o cuarto espacio intercostal. En presencia de insuficiencia aórtica ligera, este</p>

soplo es de tono alto, suave, y se oye solo al iniciarse la diástole; puede apreciarse solo cuando el paciente se encuentra en posición de pie, echando el cuerpo hacia adelante y con la expiración retenida. Con una fuga regurgitante más grave el soplo suele tener una calidad más ruda y puede durar durante toda la diástole.

C. Estenosis pulmonar

Soplo audible en el área pulmonar con irradiación a la espalda y el cuello. Constituye un soplo de vaciamiento. Es un soplo que es máximo en el 2do. espacio intercostal izquierdo aunque puede ser igualmente intenso en el 3ro. Un soplo simétrico blando, con máximo tardío en la sístole, y extendiéndose mucho más allá del cierre aórtico, deberá indicar obstrucción grave. Generalmente se observa un "click". Hay hipertrofia ventricular derecha.

D. Insuficiencia pulmonar

El mejor lugar para auscultar: el área pulmonar. Soplo de calidad decreciente. Hipertrofia ventricular derecha presente.

E. Estenosis mitral

A la auscultación el primer ruido cardíaco es generalmente fuerte, agudo en calidad y un poco retrasada. Estas características se presentan debido a que la presión auricular izquierda está aumentada y se requiere mayor tiempo para

que acumule suficiente presión ventricular izquierda para cerrar la válvula mitral; la tasa de cambio de la presión ventricular izquierda dp/dt es rápida en este momento de lo que resulta un cierre de mayor fuerza que lo normal de la válvula mitral. El ruido de cierre de las válvulas aórticas es normal, pero un chasquido de apertura de la mitral sigue el segundo ruido cardíaco; el chasquido es audible en la parte inferior izquierda del borde del esternón y en la punta del corazón. Existe una correlación general entre la gravedad de la estenosis mitral y el momento en que ocurre el chasquido de apertura; se necesita hacer una valoración cuidadosa del intervalo que hay entre el cierre aórtico y el chasquido de apertura. El chasquido de apertura es seguido por un retumbo diastólico de tono bajo, resultado del flujo turbulento a través del orificio mitral estenosado. El soplo por lo general se localiza en un área de alrededor de 2 cm. de diámetro cerca o inmediatamente por dentro de la punta ventricular izquierda en el 4to. o 5to. espacio intercostal y se escucha mejor con el paciente en decúbito lateral.

F. Insuficiencia
Mitral

Soplo pansistólico de tono alto perceptible en la punta del corazón, que se transmite a la axila izquierda. Si la lesión es grave se acompaña de 4 signos: a) suave ruido cardíaco

inicial, b) galope diastólico ventricular fuerte e intenso (3er. sonido del corazón), c) retumbo corto de la fase inicial diastólica, el cual acompaña el rápido influjo sanguíneo hacia el ventrículo izquierdo, d) una amplia división del segundo ruido cardíaco causado por el cierre prematuro de las válvulas aórticas.

G. Defecto de Tabique Auricular (Comunicación Inter-auricular CIA)

Soplo de eyección sistólica audible sobre todo en la parte superior del borde esternal izquierdo. Soplo creciente y decreciente. Soplo medio sistólico en el borde esternal izquierdo. Desdoblamiento del segundo ruido cardíaco.

H. Defecto de Tabique Ventricular (Comunicación inter-ventricular CIV)

La variedad más común de defecto de tabique ventricular se halla por debajo y por detrás de la cresta supraventricular, en la región del septo membranoso. Se ausculta soplo holosistólico para esternal prominente. Si el calibre del defecto disminuye el soplo holosistólico se vuelve más blando, más corto, de tono más agudo y suele hallarse en etapa temprana de la sístole antes del cierre completo.

7. SIGNOS FISICOS Y EPONIMOS

7.1 SIGNO DE BABINSKI

Extensión de dedos del pie con estimulación de la planta del pie en vez de una flexión normal, indicativo de enfermedad de tracto piramidal.

7.2 SIGNO DE BATTLE

Equimosis detrás del oído asociado con fracturas del cráneo basilar.

7.3 SIGNO DE BRUDZINSKI

La flexión del cuello causa flexión de las piernas en meningitis.

7.4 RESPIRACION DE CHEYNE-STROKES

Repitiendo el ciclo del aumento gradual de la profundidad del aliento seguido por una disminución gradual hasta la apnea; desórdenes CNS, uremia, algunas muestras normales de sueño.

7.5 SIGNO DE CHOUWSTEK

Espasmo facial en estados hipocalcémicos por afección del nervio facial.

7.6 SIGNO DE CULLEN

Equimosis en el costado es asociado con hemorragia peritoneal.

7.7 NODULOS DE HEBERDEN

Nódulos en las falanges terminales asociados con osteoartritis.

7.8 SIGNO/REFLEJO DE HOOFFMAN

Golpeando la superficie de la falange distal causa la flexión de los dedos; asociado con enfermedades de tacto piramidal.

7.9 SIGNO DE HOMAN

Dolor de pantorrilla con dorsiflexión forzable del pie, asociado con trombosis venosas profunda.

7.10 SIGNO DE KERNING

Cuando el muslo es flexionado al ángulo derecho, no es posible la extensión completa de la pierna, visto con meningitis.

7.11 RESPIRACION KUSSMAUL

Profunda, muestra rápida respiración vista con coma o ketoacidosis diabética.

7.12 SIGNO LEVINE

El puño cerrado sobre el pecho mientras se describe el dolor de pecho, asociado con angina e infarto agudo al miocardio.

7.13 PUNTO/SIGNO DE MC. BURNEY

Punto localizado en una tercera parte de distancia de la espina ilíaca superior anterior a la umbilical, el signo es sensible al situarse y es asociado con apendicitis aguda.

7.14 SIGNO DE MURPHY

Dolor severo y detención de la respiración con palpación del cuadrante superior derecho, asociado con colecistitis.

7.15 SIGNO OBTURADOR

Flexión y rotación lateral del muslo, con lo que se quita el dolor en casos de inflamación del muslo obturador interno. Está positivo en entidades como: absceso pélvico y apendicitis aguda.

7.16 SIGNO PSOAS

La extensión y elevación de la pierna derecha produce dolor en caso de inflamación del músculo psoas, positivo con apendicitis.

7.17 SIGNO DE QUINCKE

Alternando sonrojamiento y palidez seguido de compresión de uña visto con regurgitación aórtica.

7.18 SIGNO DE ROMBERG

Paciente parado con los pies juntos cerrados y los ojos cerrados, la inestabilidad es asociada a desórdenes internos del oído y tabes dorsales.

7.19 SIGNO DE TROUSSEAU

Espasmos carpal producido por presión sanguínea inflamada, imprevista detrás del brazo sobre la presión sistólica, indicando hipocalcemia.

