

HISTORIA CLÍNICA

A.- FILIACIÓN: varón de 59 años, fontanero, natural y vecino de Valladolid.

B.- MOTIVO DE CONSULTA O INGRESO: Dolor epigástrico. Diarrea.

C.- ANTECEDENTES FAMILIARES: Padre fallecido de cáncer de colon a los 60 años. Madre diabética. 3 hermanos sanos. Esposa y 2 hijos sanos.

D.- ANTECEDENTES PERSONALES:

1.- Enfermedades previas: Diagnosticado de Diabetes tipo II hace unos 3 años y de moderada hipertensión hace 2 años. No dislipemia. Fiebre de Malta a los 20 años aproximadamente. Fractura de muñeca hace años. Pancreatitis aguda hace un año.

2.- ¿Le han operado? ¿De qué y hace cuánto aproximadamente?: Apendicitis hacia los 30 años.

3.- ¿Sabe Vd. si le pusieron sangre o similar y cuándo?: No

4.- No alergias conocidas.

5.- Fármacos que toma actualmente o que ha tomado los últimos meses (3-6 meses): Hidroclorotiazida, Metformina.

6.- Hábitos:

- Alcohol: Bebedor de aproximadamente 1 litro de vino diario y 1-2 copas los fines de semana hasta hace 1 año.
- Tabaco (cuánto). Ex-fumador desde hace 1 año.
- Drogas (sobre todo vía parenteral). No refiere.
- Otras (hábitos sexuales, etc): No refiere.

E.- ENFERMEDAD O PROCESO ACTUAL:

1.- ¿Qué le hizo acudir a consulta, a urgencias, etc? Dejar que hable el paciente libremente (**interrogatorio espontáneo**): suele describirnos el o los síntomas que más le afectan. Refiere que acudió a Urgencias por presentar poco después de comer el mismo día, dolor moderado-intenso en epigastrio irradiado a hipocondrio izquierdo y dorso, de intensidad creciente, por lo que a las 4 horas del comienzo vino al hospital. Dice que ya le había pasado varias veces, pero de menor intensidad desde hace un año, en que tuvo un episodio muy intenso, por el que estuvo ingresado y le dijeron que tenía una pancreatitis aguda.

2.- Interrogatorio dirigido:

2.1.-¿Desde cuándo tiene este dolor aproximadamente?¿Puede señalar la hora o la relación con algo? Sí; como ya señalé, poco después de comer y duró 4 ó 5 horas hasta que acudió a Urgencias. La comida consistió en un cocido, aunque dice que comió poca cantidad.

2.1.1.- ¿Se encontraba previamente bien, o ya presentaba esta molestia previamente y desde cuándo? Sí: Los días previos estuvo normal.

- 2.1.2.- ¿Había tenido algo similar previamente?
 - 2.1.2.3.- En caso afirmativo cuándo, cuántas veces y con qué frecuencia: Había presentado con bastante frecuencia (quizá una vez a la semana) estos episodios muy similares, pero de menor intensidad y duración, que cedían espontáneamente. Todo ello desde hace un año, después del ingreso de la pancreatitis aguda (estuvo ingresado durante 15 días). Aparte de esto, casi a diario presenta sensación de plenitud postprandial (se llena enseguida), con eructos frecuentes que le alivian.
 - 2.1.2.4.- ¿Qué exploraciones le realizaron (análisis, Rx, endoscopia, etc) y cuál fue el resultado.¿Tiene Vd. algún informe de ello? Revisando la historia de hace

un año, encontramos que tuvo un dolor muy intenso en epigastrio irradiado en cinturón hacia el dorso, con náuseas y vómitos. Temperatura, 37,5°C, F. cardíaca: 84 lpm. En la exploración presentaba disminución del murmullo vesicular, matidez, sin cambios con la respiración, y vibraciones vocales disminuídas en base izquierda. Abdomen algo distendido, con ruidos intestinales algo disminuidos y dolor a la palpación en epigastrio. Presentaba una analítica con Hematocrito algo elevado, amilasa de 1000 UI/ml, lipasa 3400 UI/ml, leucocitosis de 16.000 con 84 % de neutrófilos, Calcio normal, pO₂ arterial discretamente baja. Urea y creatinina y coagulación normales. Glucosa: 204 mg/dl. Colesterol normal. Triglicéridos algo elevados (190 mg/dl). Rx. tórax, derrame pleural izquierdo; sospecha de alguna atelectasia laminar en ambas bases.

Rx. simple de abdomen: dudosa calcificación aislada en páncreas.

Ecografía: litiasis biliar (2 cálculos de aproximadamente 1 cm en vesícula).

Colédoco no dilatado.

TAC con contraste: aumento del tamaño del páncreas de forma difusa, líquido peripancreático y evidencia de necrosis inferior al 30 %.

- 2.1.2.4.- ¿De qué le diagnosticaron? **Pancreatitis aguda moderada-grave. Se resolvió espontáneamente con dieta baja en grasa, analgesia e hidratación**

2.2.- Señale dónde le duele (en este caso debe indicarse la región anatómica, como epigastrio, etc) y si el dolor es fijo o **se irradia** a alguna otra parte: **En epigastrio, irradiado a hipocondrio izquierdo y dorso.**

2.3.- ¿Cómo comenzó, bruscamente y de repente, o poco a poco? **Bruscamente poco después de la comida del mediodía**

2.4.-¿Lo atribuye a algo? (alguna comida, algún movimiento, a algún enfriamiento, etc.) ¿Tomó algo, alimento o medicina, que le pudo sentar mal ese día o los anteriores? **Lo atribuye a la comida que hizo ese día (cocido)**

2.5.- Desde que comenzó con este dolor **hasta que vino** al hospital o a consulta, cómo evolucionó:

- Fue a más? **Sí**
- Fue a menos?
- Se mantuvo constante?
- “Iba y venía”?
- Tomó alguna medicina para calmarlo? Mejoraba o no? **Un antiácido (Hidróxido de Al y Mg), pero no calmó.**

2.6.- ¿Se acompañó de otras molestias o síntomas?

- **Náuseas y vómitos** (en caso positivo, características del vómito (abundante o no, alimenticio, bilioso, en “poso de café”, etc.) ¿El vómito le calmaba el dolor?: **Se acompañó de náuseas sin vómitos.**
- **Diarrea:** Características: **Sí. Viene teniendo tendencia a la diarrea (2-3 veces al día), no muy abundante, pastosa, con heces brillantes que flotan en el agua, desde hace aproximadamente un año (tras el ingreso de la pancreatitis aguda).**
 - Número de veces/día y apreciación del volumen (¿> de un litro/día aproximadamente?) **(2-3 veces al día)**
 - ¿Le despiertan por la noche? **(a veces sí)**
 - Preferentemente por las mañanas (¿desde antes o una vez ha desayunado?) o igual a lo largo del día. **Variable.**
 - ¿Se acompaña de dolor (retortijón)?, y dónde se localiza (periumbilical, hemiabdomen izquierdo, etc). **Sin dolor en el momento de la diarrea, y si lo hay, no calma con la deposición.**

- Heces líquidas, pastosas, malolientes, brillantes y que flotan en el agua, etc., con o sin sangre.
- Con o sin tenesmo y urgencia rectales. **No**

2.7.- Circunstancias que modifican el dolor u otros síntomas (para empeorarlo o para mejorarlo):

- Comidas
- Movimientos, posturas: **mejoraba al inclinarse hacia delante o encogerse.**
- Defecación (nota: si un dolor es epigástrico y se calma con la defecación, pensar que la causa radica en el colon, más que en tramos digestivos altos): **No hizo deposición esa tarde.**
- Otras: toma de fármacos, aplicación de calor o frío, etc.

2.8.- Valorar afectación del estado general:

- Ha notado cansancio? (astenia) (**no confundir con disnea**) **No**
- Ha perdido peso sin motivo? ¿Cuánto y en cuánto tiempo?: **Desde hace un año ha perdido unos 10 Kg.**
- He perdido apetito? **No**
- Ha tenido fiebre o sensación? ¿Cuánta si es que lo ha comprobado? escalofríos y/o sudoración? (ello es indicativo de fiebre en agujas, de tipo séptico): **No**

G.- ESTADO SUBJETIVO ACTUAL (interrogatorio por aparatos y sistemas):

A.D.-

- Apetito?
- Le sientan bien las comidas?
- Cómo va de vientre?

A.R.-

- Tos? En caso afirmativo, expectora o es tos seca?
- Si expectora, aspecto y color del esputo.
- Disnea? (puede constar este término)
- De esfuerzo, de reposo, nocturna, etc. tiene que dormir con la cabeza elevada, etc

A.C.-

- Opresión en el pecho (de esfuerzo o de reposo?)
- Palpitaciones
- ¿Se hinchan las piernas? desde por la mañana? (edemas)
- Raynaud ¿se le quedan blancos y fríos los dedos?

A.G.U.

- Volumen de orina (poliuria u oliguria)
- Frecuencia de micción (polaquiuria)(este término puede constar)
- Color de la orina
- Molestias en la micción (disuria)(este término puede constar)
- Tenesmo vesical (también puede constar)(¿Se queda con ganas de seguir orinando o deseos de orinar sin conseguirlo?)
- Disfunciones sexuales.
- Menstruaciones (aquí o en antecedentes personales)

A.Locomotor:

- Dolores articulares (con o sin inflamación articular). Especificar en que articulación o articulaciones.

Metabolismo:

- Peso

Termorregulador:

- Fiebre (continua, con escalofríos, sudoración, etc)

S.N:

- Cefaleas (localización, en que momento del día sobretodo, etc.)
- Mareos: tipo: ¿le dan vueltas las cosas (tipo vertiginoso)?, inestabilidad, sensación imprecisa que no sabe explicar, etc.
- Disestesias (sensación de hormigueo o adormecimiento)
- Visión (borrosa, etc) y audición (acúfenos, sordera, hiperacusia)

Piel y faneras

- Prurito (con o sin lesiones cutáneas, exantemas, etc)
- Caída de pelo
- Alteraciones de las uñas.

NADA QUE RESEÑAR**EXPLORACIÓN FÍSICA****1.- GENERAL:**

1. Talla (cualitativo)
2. Estado de nutrición (bueno, adelgazado, obeso, ...)
3. Coloración de piel y mucosas visibles (palidez, hiperpigmentación, ictericia, cianosis, facies congestiva o rubicunda, etc.) (a ser posible, con luz natural)
4. Facies típica de algún síndrome o enfermedad (cushingoide, etc)
5. Orientación témporo-espacial (En qué día, mes o año estamos? Dónde estamos?)
6. Colaborador o no
7. “No edemas, exantemas ni adenopatías generalizadas” (edema generalizado = anasarca)

Enfermo de talla media, coloración normal, de aspecto algo adelgazado, bien orientado en tiempo y espacio, colaborador, no edemas, exantemas ni adenopatías generalizadas.

2.- CABEZA

1. Dolor a la percusión de cráneo o a la presión en senos paranasales (frontales y maxilares)
2. Pares craneales:
 - Pupilas isocóricas y normorreactivas (III).(linterna)
 - Motilidad ocular extrínseca (sujetar cabeza cuando se explore). Explorar la convergencia. (III, IV y VI)
 - Apriete la mandíbula (palpando los maseteros): V motor.
 - Arrugue la frente. Cierre los ojos con fuerza (VII superior)
 - Hinche los “carrillos” y mueva los labios hacia los dos lados (VII inferior)
 - Faringe: con depresor de lengua, diga ¡Aaah!: observar movimientos de pared posterior de faringe y velo del paladar (V, IX y X)(linterna). Aprovechamos para explorar mucosa faríngea (enrojecida, amigdalitis, etc)
 - Mueva la lengua en todos los sentidos (XII)

- Eleve los hombros (contra resistencia) (XI)
- Salvo pacientes neurológicos, no realizamos exploración de sensibilidad de los pares craneales (especialmente V).

3. **Boca:**

- ¿Faltan piezas dentarias?
- Utiliza prótesis para comer?
- Observar mucosa (linterna y depresor): úlceras, aftas, muguet (candidiasis), etc.
- Mucosa lingual (saburral, atrófica o depapilada, etc.)

No hay dolor a la percusión de cráneo ni a la presión en senos paranasales. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Motilidad ocular extrínseca y resto de pares craneales normales. Hipertrofia parotídea bilateral.

Boca: Normal. Falta algún molar en arcada dentaria inferior. Lengua y faringe normales.

3.- CUELLO

1.- **Motilidad:**

- Rigideces
- Posturas antálgicas, etc.
- Hay que explorar motilidad activa, pasiva y contra resistencia.

2.- **Adenopatías:** (submandibulares, laterocervicales y supraclaviculares).

Indicar:

- Tamaño
- Número (si están agrupadas o separadas entre sí)
- Consistencia
- Dolor o no
- Adherencia a planos superficiales y/o profundos
- Cambio de color de la piel que las recubre (eritema).

3.- **Tiroides** (explorar con las dos manos situándose detrás del enfermo, indicándole que trague saliva, pues asciende con la deglución) (no se palpa si es normal, o sea si no hay bocio).

Si se palpa, precisar: tamaño, consistencia, si es nodular o difuso, si existe algún nódulo de consistencia más dura, etc.)

4.- **Carótidas:** Nunca palpar simultáneamente (riesgo de síncope): palparlas por delante del esternocleidomastoideo. El latido debe ser bilateral y simétrico.

5.- **Yugulares:** paciente de pie, sentado en silla o en la cama, **no forzado**. Si está encamado y no puede sentarse, elevar la cabecera de la cama.

- Observar directamente el trayecto de ambas yugulares externas
- Si no se observan, comprimir **con todo el dedo índice** por encima de las clavículas hasta lograr la ingurgitación, y entonces soltar. Debe desaparecer rápidamente la ingurgitación (si no, indicaría probablemente aumento de la presión venosa central).
- Esta maniobra se realiza aunque exista ingurgitación yugular espontáneamente, pues a veces existe ingurgitación (uni o bilateral) por acodaduras del trayecto, al atravesar la *fascia colli superficialis*. Si es así, aparece el colapso de la yugular (normal)
- En el caso de observar latido por inspección, si no se palpa es yugular. Si se palpa, es arterial (carotídeo).

Motilidad normal. No bocio ni adenopatías. Latido carotídeo bilateral y simétrico. No ingurgitación yugular.

4.- TÓRAX

- **PULMÓN**

- **Inspección:**

- Malformaciones torácicas (cifosis, cifoescoliosis, lordosis, pectus excavatum, etc.)
- Lesiones cutáneas (**ésto en cualquier zona del cuerpo explorada**) (estigmas hepáticos, estigmas alcohólicos, tumores, etc)
- Ginecomastia
- Movimientos respiratorios (simétricos), tiraje intercostal o supraclavicular, etc.

- **Palpación**

- Movimientos respiratorios (simétricos), colocando las manos a nivel de bases y vértices, indicando “respire hondo”.
- Ganglios axilares
- Vibraciones vocales (“diga 33”) (deben ser simétricas) (aumentadas en condensaciones, p.ej. neumonía, y disminuidas en derrame pleural).

- **Percusión (sonido claro pulmonar).**

- Hacerlo de arriba abajo, comparando puntos simétricos entre ambos hemotórax.(en zig-zag), por detrás, delante y planos laterales.
- Percusión de bases en inspiración y espiración (valora motilidad diafragmática y posible existencia de patología, p.ej. derrame pleural, en bases de hemotórax).
- El derrame o la condensación dan sonido mate.

- **Auscultación (murmullo vesicular)**

- Hacerlo de arriba abajo, comparando puntos simétricos entre ambos hemotórax.(en zig-zag), por detrás, delante y planos laterales (es decir, igual que la percusión).
- Disminución generalizada o localizada del murmullo vesicular, estertores, soplos bronquiales, etc.

- **CORAZÓN**

- Inspección, palpación: latido de la punta, thrill (palpación de vibración por flujo turbulente, sobretodo ostensible en foco aórtico y territorio carotídeo en estenosis valvular aórtica, **por ejemplo**).
- Auscultación de los 4 focos (desdoblamiento, soplos, chasquidos, etc).
 - Medir frecuencia central, y si no es rítmico y compararla con la periférica, para detectar déficit de pulso (p. ej. en la fibrilación auricular)

Exploración pulmonar (inspección torácica, palpación percusión y auscultación normales)

Exploración cardíaca: tonos rítmicos, a 64/min. T.Arterial: 130/85. No se auscultan soplos ni extratonos.

5.- ABDOMEN:

- **Inspección:**

- Abdomen normal, globuloso (obesidad, ascitis, quistes gigantes, embarazo, etc), distendido (tenso o no tenso) (meteorismo, ascitis, etc), movilización con la respiración.
- Circulación superficial (red venosa superficial). Explorar dirección de la corriente: umbilicofuga en hipertensión portal, ascendente en obstrucción de cava inferior).
- Hernias (no olvidar la inspección de ingles)
- Cicatrices (quirúrgicas, etc.)

- **Palpación:**

- **Mano plana sobre el abdomen, realizando flexiones sólo de la primera falange** (el que palpa moviliza los interóseos y lumbricales, inervados por el cubital). No hacer garra ni introducir los dedos perpendiculares u oblicuos a la pared abdominal.
- **Paciente en cama o camilla, relajado, los brazos a lo largo del cuerpo, respirando tranquilo con la boca entreabierta y relajada.**
- Señale dónde le duele o le dolía (más preciso que durante el interrogatorio), para comenzar la palpación en el lado diametralmente opuesto, recorriendo todo el abdomen para terminar en la zona dolorosa (para evitar contractura de la pared si se comienza por la zona dolorosa).
- Primero se realiza palpación superficial, y luego podemos ayudarnos si es necesario con las dos manos (la derecha palpando de la forma antes indicada, y la izquierda sobre ella haciendo presión).
- Palpación de ingles (hernias, ordenándole toser para explorar pulsión en puntos herniarios). Explorar ganglios inguinales.
- Durante la palpación pueden detectarse:
 - **Dolor** (que pasa a ser de síntoma a signo, pues lo hemos objetivado).
 - Si se detecta dolor en una zona, se invita al paciente a que levante la cabeza de la almohada mientras mantenemos la palpación en la misma zona. Si disminuye o desaparece el dolor, se tratará de dolor visceral, interno, pero si aumenta, probablemente se trata de dolor parietal (hematoma en pared abdominal, rotura de fibras musculares, etc.)
(Maniobra de Carnet).

- **Contractura o defensa parietal** (indica que existe probablemente un proceso inflamatorio subyacente)
- **Signo del rebote (Blumberg):** indica irritación del peritoneo.
- **Masa** (inflamatoria, tumoral, quística)
 - Movilización (intraperitoneal) o no (retroperitoneal) con los **movimientos respiratorios**.
 - En caso de detectarse en flanco abdominal, debe explorarse el **contacto lumbar**. Mientras palpamos por delante la masa con la mano derecha, aplicamos la mano izquierda en la correspondiente zona lumbar y damos impulsos: si éstos se transmiten a la masa y a la mano palpatoria, decimos que hay contacto lumbar (retroperitoneal). Si no hay clara transmisión, probablemente la masa es intraperitoneal.

Intraperitoneal: Se moviliza con respiración. No contacto lumbar (p. ej. esplenomegalia).

Retroperitoneal: No se moviliza con la respiración. Contacto lumbar positivo (p. ej. tumor de riñón).

- **Hígado:**

- Desde abajo o desde arriba (en este caso haciendo gancho sobre el reborde costal derecho), y aprovechando su descenso en inspiración.
- Tamaño (en cm), consistencia, superficie lisa o rugosa o abollonada, etc. (**más valorable que por percusión**)
- Dolor
- Reflejo hepatoyugular (con cuidado si se explora) (+ en hígado de éxtasis por insuficiencia cardíaca)

- **Bazo:**

- Similar técnica de exploración que hígado.
- Percusión mate en caso de esplenomegalia en hipocondrio izquierdo (paciente en decúbito lateral derecho).

- **Vesícula biliar:**

- Investigar maniobra de Murphy en punto cóstico (intersección de línea medio-clavicular derecha con reborde costal): dolor que detiene la inspiración.
- Signo de Courvoisier-Terrier: en ictericia obstructiva, palpación de globo elástico no doloroso bajo reborde costal derecho que se mueve con la respiración.

- **Percusión: mezcla de timpánico y mate.**

- Timpánico: meteorismo
- Ascitis (matidez cambiante con la postura en flancos, signo del menisco en bipedestación)
- Hígado y bazo: ya señalado previamente.

- **Auscultación: ruidos intestinales normales.**

- **Hiperperistaltismo** (ruidos hidroaéreos)
 - Coincidiendo con dolor: crisis suboclusiva intestinal (hiperperistaltismo de lucha)
 - Indoloros:
 - Personas nerviosas
 - En una hemorragia digestiva alta pueden indicar que la hemorragia sigue activa.
- **Silencio abdominal:** íleo (a veces con ruidos pasivos, metálicos, por goteo de líquido sobre niveles hidroaéreos en asas distendidas, o de chapoteo al movilizar al enfermo).
- Soplos vasculares (tumores hipervascularizados, estenosis arteriales, etc.).

Abdomen: Inspección normal. Palpación: dolor a la palpación profunda en epigastrio, sin apreciarse resistencia ni masas, con Blumberg negativo. Maniobra de Murphy negativa. Durante la maniobra de Carnet, desaparece el dolor durante la palpación. Ruidos abdominales normales. Tacto rectal normal.

6.- EXTREMIDADES

- Edemas, lesiones vasculíticas, varices, etc.
- Movilidad (rigidez, espasticidad, temblor, etc.) y reflejos (rotuliano y aquileo)
- Reflejo plantar (explorar signos piramidales: Babinsky).
- Pulsos arteriales (**pedio, tibial posterior**, poplíteo y femoral). Puede haber patología isquémica intestinal, y nos da una pista. También en caso de Abdomen agudo (una causa es el aneurisma de aorta abdominal, que produce anulación de los pulsos en extremidades inferiores).

Pulsos periféricos normales. No edemas, reflejos y movilidad normales. Babinsky negativo.

Datos complementarios:

Hb: 11,5 gr/dl. (normal de 12 a 14) VCM 110 micras cúbicas (normal de 80 a 102). Leucocitos y plaquetas normales. Urea y creatinina normales. Glucosa 140 (normal hasta 110). Colesterol 205 (normal hasta 220). Triglicéridos: 198 (normal hasta 150). Gamma-GT 120 (normal hasta 50), fosfatasa alcalina, 230 (normal hasta 130), GOT y GPT normales. Bilirrubina normal. Sideremia normal. Ferritina algo elevada (250, v.n hasta 200). Fólico en suero normal. B12 algo descendida. Amilasa y lipasa normales.

Análisis de heces: sangre, cultivo y parásitos negativos. Se observan al estudio microscópico, gotas de grasa abundantes. Test de grasa en heces (van de Kamer): 9 gr de grasa en 24 horas (normal menos de 7), con trioleina marcada con C13 (test de aliento), positivo (aumento de eliminación de C13 en aire espirado). Descenso importante de la elastasa fecal.

Ecografía: 2 cálculos en vesícula de 1 cm cada uno. Colédoco normal. Posibles calcificaciones diminutas en páncreas.

TAC: páncreas disminuido de tamaño, con una formación quística de 1 cm. adyacente a cuerpo de páncreas, borde inferior. El Wirsung parece algo dilatado.

Ecoendoscopia: páncreas pequeño, con aspecto de desestructuración difusa, con Wirsung discretamente dilatado. De momento, dado que el paciente ha mejorado, no se realiza biopsia ni colocación de prótesis.

HISTORIA CLÍNICA

Emplear lenguaje vulgar culto (no médico, salvo alguna excepción, por ejemplo para localizar un dolor en una determinada región anatómica)

A.- FILIACIÓN: Sexo, edad, profesión, lugar de residencia, si no colabora, recoger todos los datos de un familiar o persona próxima, haciéndolo constar.

B.- MOTIVO DE CONSULTA O INGRESO: Síntoma o síntomas predominantes que orienten hacia el proceso actual, expresados muy brevemente (una línea: **telegráfico**).

C.- ANTECEDENTES FAMILIARES: **primer grado** (padres, hijos, hermanos: especificar número): enfermedades (preguntar específicamente por hipertensión y diabetes) y causas de muerte. En algunos casos, familiares de 2º o 3er grado.

D.- ANTECEDENTES PERSONALES:

1.- ¿Qué otras enfermedades ha tenido? ¿Hace cuánto aproximadamente?

Preguntar por enfermedades prevalentes: Hipertensión, diabetes, colesterol elevado.

2.- ¿Le han operado? ¿De qué y hace cuánto aproximadamente?

3.- ¿Sabe Vd. si le pusieron sangre o similar y cuándo?

4.- ¿Alergias conocidas a fármacos o agentes ambientales?

5.- Fármacos que toma actualmente o que ha tomado los últimos meses (3-6 meses), (incluyendo medicina alternativa, herboristería, productos dietéticos, etc), además de los que le puedan haber prescrito por su enfermedad actual. Automedicación.

6.- Hábitos:

- Alcohol: tipo(s) de bebida, cantidad y tiempo de consumo (diario o de fines de semana?). Señalar si es ex-bebedor y desde cuándo.
- Tabaco (cuánto). Señalar si es ex-fumador y desde cuándo.
- Drogas (sobretudo vía parenteral). Desde cuándo, y si lo dejó, cuánto tiempo hace.
- Otras (hábitos sexuales, etc)

E.- ENFERMEDAD O PROCESO ACTUAL: Debe comenzar el interrogatorio por este apartado (antes de los antecedentes familiares y personales), aunque se exponga en sesión en este orden.

1.- ¿Qué le hizo acudir a consulta, a urgencias, etc? Dejar que hable el paciente libremente (**interrogatorio espontáneo**): suele describirnos el o los síntomas que más le afectan. Ejemplo: dolor en “vientre”.

2.- Interrogatorio dirigido:

2.1.- ¿Desde cuándo tiene este dolor aproximadamente? ¿Puede señalar la hora o la relación con algo? (p.ej. inmediatamente después de la comida del mediodía, o unas horas después de la misma, etc)

- 2.1.1.- ¿Se encontraba previamente bien, o ya presentaba esta molestia previamente y desde cuándo?
- 2.1.2.- ¿Había tenido algo similar previamente?
 - 2.1.2.3.- En caso afirmativo cuándo, cuántas veces y con qué frecuencia.
 - 2.1.2.4.- ¿Qué exploraciones le realizaron (análisis, Rx, endoscopia, etc) y cuál fue el resultado. ¿Tiene Vd. algún informe de ello?
 - 2.1.2.4.- ¿De qué le diagnosticaron?

2.2.- Señale dónde le duele (en este caso debe indicarse la región anatómica, como epigastrio, etc) y si el dolor es fijo o **se irradia** a alguna otra parte (señalando la región anatómica, como hipocondrio derecho, etc.), y cómo se irradia: de forma transfixiva (perforación), en cinturón, hacia tórax, hacia abajo, etc.

2.3.- ¿Cómo comenzó, bruscamente y de repente, o poco a poco?

2.4.- ¿Lo atribuye a algo? (alguna comida, algún movimiento, a algún enfriamiento, etc.) ¿Tomó algo, alimento o medicina, que le pudo sentar mal ese día o los anteriores?

2.5.- Desde que comenzó con este dolor **hasta que vino** al hospital o a consulta, cómo evolucionó:

- Fue a más?
- Fue a menos?
- Se mantuvo constante?
- “Iba y venía”?
- Tomó alguna medicina para calmarlo? Mejoraba o no?

2.6.- ¿Se acompañó de otras molestias o síntomas?

- **Náuseas y vómitos** (en caso positivo, características del vómito (abundante o no, alimenticio, bilioso, en “poso de café”, etc.) ¿El vómito le calmaba el dolor?(suele ocurrir si es de origen gastro-duodenal)
- **Diarrea:** Características:
 - Número de veces/día y apreciación del volumen (¿> de un litro/día aproximadamente?)
 - ¿Le despiertan por la noche?
 - Preferentemente por las mañanas (¿desde antes o una vez ha desayunado?) o igual a lo largo del día.
 - ¿Se acompaña de dolor (retortijón)?, y dónde se localiza (periumbilical, hemiabdomen izquierdo, etc)
 - Heces líquidas, pastosas, malolientes, brillantes y que flotan en el agua, etc., con o sin sangre.
 - Con o sin tenesmo y urgencia rectales.

2.7.- Circunstancias que modifican el dolor u otros síntomas (para empeorarlo o para mejorarlo):

- Comidas
- Movimientos, posturas (dolor pancreático suele mejorar al encogerse)
- Defecación (nota: si un dolor es epigástrico y se calma con la defecación, pensar que la causa radica en el colon, más que en tramos digestivos altos)
- Otras: toma de fármacos, aplicación de calor o frío, etc.

2.8.- Valorar afectación del estado general:

- Ha notado cansancio? (astenia) (**no confundir con disnea**)
- Ha perdido peso sin motivo? ¿Cuánto y en cuánto tiempo?
- He perdido apetito?
- Ha tenido fiebre o sensación? ¿Cuánta si es que lo ha comprobado? escalofríos y/o sudoración? (ello es indicativo de fiebre en agujas, de tipo séptico)

2.9.- **En caso de ictericia** (anotar color amarillo), señalar si ha sido brusca o gradual, si tiene prurito y si ha notado cambio en el color de las heces y orina (heces claras y orinas oscuras)(no deben figurar términos como ictericia, hipocolia o coluria, y en cambio constarán las

comparaciones que exprese el enfermo: orinas color “cognac” o “coca-cola”, etc), además de los otros datos ya señalados (dolor , afectación del estado general)

G.- ESTADO SUBJETIVO ACTUAL (interrogatorio por aparatos y sistemas):

A.D.-

- Apetito?
- Le sientan bien las comidas?
- Cómo va de vientre?

A.R.-

- Tos? En caso afirmativo, expectora o es tos seca?
- Si expectora, aspecto y color del esputo.
- Disnea? (puede constar este término)
- De esfuerzo, de reposo, nocturna, etc tiene que dormir con la cabeza elevada, etc

A.C.-

- Opresión en el pecho (de esfuerzo o de reposo?)
- Palpitaciones
- ¿Se hinchan las piernas? desde por la mañana? (edemas)
- Raynaud ¿se le quedan blancos y fríos los dedos?

A.G.U.

- Volumen de orina (poliuria u oliguria)
- Frecuencia de micción (polaquiuria)(este término puede constar)
- Color de la orina
- Molestias en la micción (disuria)(este término puede constar)
- Tenesmo vesical (también puede constar)(¿Se queda con ganas de seguir orinando o deseos de orinar sin conseguirlo?)
- Disfunciones sexuales.
- Menstruaciones (aquí o en antecedentes personales)

A.Locomotor:

- Dolores articulares (con o sin inflamación articular). Especificar en que articulación o articulaciones.

Metabolismo:

- Peso

Termorregulador:

- Fiebre (continua, con escalofríos, sudoración, etc)

S.N:

- Cefaleas (localización, en que momento del día sobretodo, etc.)
- Mareos: tipo: ¿le dan vueltas las cosas (tipo vertiginoso)?, inestabilidad, sensación imprecisa que no sabe explicar, etc.
- Disestesias (sensación de hormigueo o adormecimiento)
- Visión (borrosa, etc)) y audición (acúfenos, sordera, hiperacusia)

Piel y faneras

- Prurito (con o sin lesiones cutáneas, exantemas, etc)
- Caída de pelo
- Alteraciones de las uñas.

EXPLORACIÓN FÍSICA

1.- GENERAL:

8. Talla (cualitativo)
9. Estado de nutrición (bueno, adelgazado, obeso, ...)
10. Coloración de piel y mucosas visibles (palidez, hiperpigmentación, ictericia, cianosis, facies congestiva o rubicunda, etc.) (a ser posible, con luz natural)
11. Facies típica de algún síndrome o enfermedad (cushingoide, etc)
12. Orientación témporo-espacial (En qué día, mes o año estamos? Dónde estamos?)
13. Colaborador o no
14. “No edemas, exantemas ni adenopatías generalizadas” (edema generalizado = anasarca)

2.- CABEZA

3. Dolor a la percusión de cráneo o a la presión en senos paranasales (frontales y maxilares)
4. Pares craneales:
 - Pupilas isocóricas y normorreactivas (III).(linterna)
 - Motilidad ocular extrínseca (sujetar cabeza cuando se explore). Explorar la convergencia. (III, IV y VI)
 - Apriete la mandíbula (palpando los maseteros): V motor.
 - Arrugue la frente. Cierre los ojos con fuerza (VII superior)
 - Hinche los “carrillos” y mueva los labios hacia los dos lados (VII inferior)
 - Faringe: con depresor de lengua, diga ¡Aaah!: observar movimientos de pared posterior de faringe y velo del paladar (V, IX y X)(linterna). Aprovechamos para explorar mucosa faríngea (enrojecida, amigdalitis, etc)
 - Mueva la lengua en todos los sentidos (XII)
 - Eleve los hombros (contra resistencia) (XI)
 - Salvo pacientes neurológicos, no realizamos exploración de sensibilidad de los pares craneales (especialmente V).
3. **Boca:**
 - ¿Faltan piezas dentarias?
 - Utiliza prótesis para comer?
 - Observar mucosa (linterna y depresor): úlceras, aftas, muguet (candidiasis), etc.
 - Mucosa lingual (saburral, atrófica o depapilada, etc.)

3.- CUELLO

1.- Motilidad:

- Rigideces
- Posturas antálgicas, etc.
- Hay que explorar motilidad activa, pasiva y contra resistencia.

2.- Adenopatías: (submandibulares, laterocervicales y supraclaviculares).

Indicar:

- Tamaño
- Número (si están agrupadas o separadas entre sí)
- Consistencia
- Dolor o no
- Adherencia a planos superficiales y/o profundos
- Cambio de color de la piel que las recubre (eritema).

3.- Tiroides (explorar con las dos manos situándose detrás del enfermo, indicándole que trague saliva, pues asciende con la deglución) (no se palpa si es normal, o sea si no hay bocio).

Si se palpa, precisar: tamaño, consistencia, si es nodular o difuso, si existe algún nódulo de consistencia más dura, etc.)

4.- Carótidas: Nunca palpar simultáneamente (riesgo de síncope): palparlas por delante del esternocleidomastoideo. El latido debe ser bilateral y simétrico.

5.- Yugulares: paciente de pie, sentado en silla o en la cama, **no forzado**. Si está encamado y no puede sentarse, elevar la cabecera de la cama.

- Observar directamente el trayecto de ambas yugulares externas
- Si no se observan, comprimir **con todo el dedo índice** por encima de las clavículas hasta lograr la ingurgitación, y entonces soltar. Debe desaparecer rápidamente la ingurgitación (si no, indicaría probablemente aumento de la presión venosa central).
- Esta maniobra se realiza aunque exista ingurgitación yugular espontáneamente, pues a veces existe ingurgitación (uni o bilateral) por acodaduras del trayecto, al atravesar la *fascia colli superficialis*. Si es así, aparece el colapso de la yugular (normal)
- En el caso de observar latido por inspección, si no se palpa es yugular. Si se palpa, es arterial (carotídeo).

4.- TÓRAX

- **PULMÓN**

- **Inspección:**

- Malformaciones torácicas (cifosis, cifoescoliosis, lordosis, pectus excavatum, etc.)
- Lesiones cutáneas (**ésto en cualquier zona del cuerpo explorada**) (estigmas hepáticos, estigmas alcohólicos, tumores, etc)
- Ginecomastia
- Movimientos respiratorios (simétricos), tiraje intercostal o supraclavicular, etc.

- **Palpación**

- Movimientos respiratorios (simétricos), colocando las manos a nivel de bases y vértices, indicando “respire hondo”.
- Ganglios axilares
- Vibraciones vocales (“diga 33”) (deben ser simétricas) (aumentadas en condensaciones, p.ej. neumonía, y disminuidas en derrame pleural).

- **Percusión (sonido claro pulmonar).**

- Hacerlo de arriba abajo, comparando puntos simétricos entre ambos hemotórax.(en zig-zag), por detrás, delante y planos laterales.
- Percusión de bases en inspiración y espiración (valora motilidad diafragmática y posible existencia de patología, p.ej. derrame pleural, en bases de hemotórax).
- El derrame o la condensación dan sonido mate.

- **Auscultación (murmullo vesicular)**
 - Hacerlo de arriba abajo, comparando puntos simétricos entre ambos hemotórax.(en zig-zag), por detrás, delante y planos laterales (es decir, igual que la percusión).
 - Disminución generalizada o localizada del murmullo vesicular, estertores, soplos bronquiales, etc.
- **CORAZÓN**
 - Inspección, palpación: latido de la punta, thrill (palpación de vibración por flujo turbulente, sobretodo ostensible en foco aórtico y territorio carotídeo en estenosis valvular aórtica, **por ejemplo**).
 - Auscultación de los 4 focos (desdoblamientos, soplos, chasquidos, etc).
 - Medir frecuencia central, y si no es rítmico y compararla con la periférica, para detectar déficit de pulso (p. ej. en la fibrilación auricular)

5.- ABDOMEN:

- **Inspección:**
 - Abdomen normal, globuloso (obesidad, ascitis, quistes gigantes, embarazo, etc), distendido (tenso o no tenso) (meteorismo, ascitis, etc), movilización con la respiración.
 - Circulación superficial (red venosa superficial). Explorar dirección de la corriente: umbilicofuga en hipertensión portal, ascendente en obstrucción de cava inferior).
 - Hernias (no olvidar la inspección de ingles)
 - Cicatrices (quirúrgicas, etc.)
- **Palpación:**
 - **Mano plana sobre el abdomen, realizando flexiones sólo de la primera falange** (el que palpa moviliza los interóseos y lumbricales, inervados por el cubital). No hacer garra ni introducir los dedos perpendiculares u oblicuos a la pared abdominal.
 - **Paciente en cama o camilla, relajado, los brazos a lo largo del cuerpo, respirando tranquilo con la boca entreabierta y relajada.**
 - Señale dónde le duele o le dolía (más preciso que durante el interrogatorio), para comenzar la palpación en el lado diametralmente opuesto, recorriendo todo el abdomen para terminar en la zona dolorosa (para evitar contractura de la pared si se comienza por la zona dolorosa).

- Primero se realiza palpación superficial, y luego podemos ayudarnos si es necesario con las dos manos (la derecha palpando de la forma antes indicada, y la izquierda sobre ella haciendo presión).
- Palpación de ingles (hernias, ordenándole toser para explorar pulsión en puntos herniarios). Explorar ganglios inguinales.
- Durante la palpación pueden detectarse:
 - **Dolor** (que pasa a ser de síntoma a signo, pues lo hemos objetivado).
 - Si se detecta dolor en una zona, se invita al paciente a que levante la cabeza de la almohada mientras mantenemos la palpación en la misma zona. Si disminuye o desaparece el dolor, se tratará de dolor visceral, interno, pero si aumenta, probablemente se trata de dolor parietal (hematoma en pared abdominal, rotura de fibras musculares, etc.)
(Maniobra de Carnet).
 - **Contractura o defensa parietal** (indica que existe probablemente un proceso inflamatorio subyacente)
 - **Signo del rebote (Blumberg):** indica irritación del peritoneo.
 - **Masa** (inflamatoria, tumoral, quística)
 - Movilización (intraperitoneal) o no (retroperitoneal) con los **movimientos respiratorios**.
 - En caso de detectarse en flanco abdominal, debe explorarse el **contacto lumbar**. Mientras palpamos por delante la masa con la mano derecha, aplicamos la mano izquierda en la correspondiente zona lumbar y damos impulsos: si éstos se transmiten a la masa y a la mano palpatoria, decimos que hay contacto lumbar (retroperitoneal). Si no hay clara transmisión, probablemente la masa es intraperitoneal.

Intraperitoneal: Se moviliza con respiración. No contacto lumbar (p. ej. esplenomegalia).

Retroperitoneal: No se moviliza con la respiración. Contacto lumbar positivo (p. ej. tumor de riñón).

- **Hígado:**
 - Desde abajo o desde arriba (en este caso haciendo gancho sobre el reborde costal derecho), y aprovechando su descenso en inspiración.
 - Tamaño (en cm), consistencia, superficie lisa o rugosa o abollonada, etc. **(más valorable que por percusión)**
 - Dolor
 - Reflejo hepatoyugular (con cuidado si se explora) (+ en hígado de éxtasis por insuficiencia. cardíaca)
- **Bazo:**
 - Similar técnica de exploración que hígado.
 - Percusión mate en caso de esplenomegalia en hipocondrio izquierdo (paciente en decúbito lateral derecho).

- **Vesícula biliar:**
 - Investigar maniobra de Murphy en punto cóstico (intersección de línea medio-clavicular derecha con reborde costal): dolor que detiene la inspiración.
 - Signo de Courvoisier-Terrier: en ictericia obstructiva, palpación de globo elástico no doloroso bajo reborde costal derecho que se mueve con la respiración.
- **Percusión: mezcla de timpánico y mate.**
 - Timpánico: meteorismo
 - Ascitis (matidez cambiante con la postura en flancos, signo del menisco en bipedestación)
 - Hígado y bazo: ya señalado previamente.
- **Auscultación: ruidos intestinales normales.**
 - **Hiperperistaltismo** (ruidos hidroaéreos)
 - Coincidiendo con dolor: crisis suboclusiva intestinal (hiperperistaltismo de lucha)
 - Indoloros:
 - Personas nerviosas
 - En una hemorragia digestiva alta pueden indicar que la hemorragia sigue activa.
 - **Silencio abdominal:** íleo (a veces con ruidos pasivos, metálicos, por goteo de líquido sobre niveles hidroaéreos en asas distendidas, o de chapoteo al movilizar al enfermo).
 - Soplos vasculares (tumores hipervascularizados, estenosis arteriales, etc.).

6.- EXTREMIDADES

- Edemas, lesiones vasculíticas, varices, etc.
- Movilidad (rigidez, espasticidad, temblor, etc.) y reflejos (rotuliano y aquileo)
- Reflejo plantar (explorar signos piramidales: Babinsky).
- Pulsos arteriales (**pedio, tibial posterior**, poplíteo y femoral). Puede haber patología isquémica intestinal, y nos da una pista. También en caso de Abdomen agudo (una causa es El aneurisma de aorta abdominal, que produce anulación de los pulsos en extremidades inferiores).