

432
2ej



*Universidad Nacional Autónoma
de México*

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ASPECTOS BASICOS Y FUNDAMENTALES EN EL FORMATO
DE LA HISTORIA CLINICA MEDICO-ODONTOLOGICA
E
INTERPRETACION CLINICA DE ANALISIS DE LABORATORIO

T E S I S

Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a

GABRIELA TOVAR ANCIOLA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1988



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION

El objetivo de la Facultad de Odontología es la formación de profesionales con conocimientos eficaces que lleven al análisis mesurado del estado de salud bucal y general de los pacientes y a la adopción de medidas convenientes en la terapéutica a seguir.

Por los adelantos de la ciencia médica, cada día más avanzados, he considerado de suma importancia el estudio de cada uno de los elementos que formen parte de la historia clínica, así como la acuciosa observación del análisis de laboratorio para obtener un diagnóstico personal acertado.

Se pretende proporcionar una visión global y a la vez detallada, del estudio clínico médico-odontológico del enfermo, señalándose la disciplina que debe seguirse en el examen del enfermo.

El objetivo concreto será la delimitación de las conductas médicas que se deben tener en cuenta y la evaluación del rendimiento de las mismas, con el interés fundamental de establecer un diagnóstico presuncional de la enfermedad bucal en general, a través de las directrices de una historia clínica exhaustiva.

El estudio se inicia con el diálogo enfermo-paciente, en que este último denuncia, con palabras y frases los trastornos y enfermedades, que por fragmentarias que sean, brindan directrices a seguir. Estos hilos orientadores de información que suelen llamarse síntomas, son datos subjetivos de enfermedad y signos que son manifestaciones objetivas de la misma, y que formarán posteriormente la historia clínica médico-odontológica. El interrogatorio es un arte refinado y perfeccionado que solamente se adquiere después de mucha experiencia. En seguida, no menos importantes están los datos de exploración física que deberán ser la explicación clara y lógica de las anomalías físicas del paciente, o la mezcla confusa de datos contradictorios que pueden desorientar al clínico.

Para ayudar al lector presento el esquema de una historia clínica adecuada según mi concepto. En la primera parte se transcribe el interrogatorio y la exploración física; y en la segunda vaciamos el estudio clínico del laboratorio.

La intención del manual de análisis clínicos es referida para que el odontólogo conozca la variedad de éstos. Ellos están a su disposición para el ejercicio de su profesión.

Además se señalan las enfermedades que causan las modificaciones de los valores normales de los diferentes análisis clínicos. Los que señalo son los mínimos que debe conocer el odontólogo. La interpretación clínica del análisis hace responsable al odontólogo y lo capacita para el estudio y reflexión de la enfermedad. La descripción de cada análisis del laboratorio la hago de la siguiente manera:

- 1.- Tipos de análisis de laboratorio.
- 2.- Valores normales.
- 3.- Enfermedades que causan los resultados de los análisis, cuando éstos se modifican.

Deseo aclarar que los valores señalados son los que el I.M.S.S. maneja en sus laboratorios, pero que podrían ser los de cualquier otro gabinete de estudios. Pueden variar estas cifras según las técnicas de laboratorio empleadas, pero lo importante es conocer e interpretar si esos valores se encuentran normales, aumentados o disminuidos, o si son positivos o negativos, y en estos casos a qué enfermedades corresponden. También es importante que se conozca si el paciente está preparado para ser sometido al análisis requerido, por su propia enfermedad, por su estado anímico y hasta por su situación económica.

Deseo que esta modesta aportación sea útil para futuros Odontólogos, toda la crítica al respecto será bien recibida.

I N D I C E

FICHA DE IDENTIFICACION

01. Nombre del enfermo.
02. Edad
03. Sexo
04. Estado civil
05. Ocupación
06. Lugar de nacimiento

ANTECEDENTES FAMILIARES

07. Signo de Combe
08. Neoplasias
09. Alcoholismo
10. Diabétes
11. Obesidad
12. Inmunoalergia
13. Hipertensión arterial
14. Padecimientos mentales y neurológicos
15. Artropatias
16. Litiasis
17. Malformaciones congénitas
18. Padecimientos hematológicos

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

19. Padecimientos de la infancia y vacunaciones
20. Fiebre reumática

21. Parasitosis
22. Inmunoalergias e hipersensibilidad
23. Enfermedades venereas
24. Enfermedades febriles
25. Tuberculosis
26. Artropatias
27. Ictericia
28. Intervenciones quirúrgicas
29. Traumatismos
30. Hipertensión arterial y enfermedades vasculares
31. Padecimientos mentales y neurológicos
32. Endocrinopatias
33. Hemorragias y enfermedades hemorragiparas
34. Transfusiones
35. Exposición a radiaciones
36. Malformaciones congénitas

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

37. Residencia
38. Habitación
39. Alimentación
40. Hábitos higiénicos
41. Alcoholismo
42. Tabaquismo
43. Dependencia a drogas y medicamentos

I N T E R R O G A T O R I O

APARATO DIGESTIVO

44. Dolor
45. Pirosis y agruras
46. Regurgitación
47. Eructo
48. Disfagia
49. Náusea
50. Vómito
51. Hematemesis
52. Ictericia
53. Acolia
54. Coluria
55. Estreñimiento o constipación
56. Diarrea
57. Rectorragia
58. Melena
59. Pujo o tenesmo
60. Flatulencia
61. Prurito anal
62. Parásitos

PARATO CIRCULATORIO

63. Disnea
64. Dolor precordial

65. Palpitaciones
66. Edema cardiaco
67. Síncope y lipotimia
68. Fenómenos vasculares periféricos
69. Hipertensión arterial
70. Cianosis

APARATO RESPIRATORIO

71. Tos
72. Disfonia
73. Expectorcación
74. Dolor toracico
75. Hemoptisis
76. Cianosis
77. Disnea
78. Estertores

APARATO URINARIO

79. Diuresis y alteraciones de la orina
80. Piuria
81. Cólico renal
82. Expulsión de cálculos
83. Dolor
84. Tumorcación

APARATO GENITAL FEMENINO

85. Menarca
86. Gestaciones
87. Partos
88. Aborto
89. Cesáreas
90. Leucorrea
91. Lactancia
92. Hemorragia transvaginal
93. Alteraciones menstruales
94. Trastornos del climaterio
95. Menopausia
96. Amenorrea
97. Embarazo
98. Prematuros
99. Ultima fecha menstrual

APARATO GENITAL MASCULINO

100. Escurrecimientos uretrales

SISTEMA HEMATOPOYETICO Y LINFATICO

101. Anemia
102. Fenómenos hemorragiparos
103. Adenopatias

SISTEMA ENDOCRINO

- 104. Hipófisis
- 105. Tiroides
- 106. Suprarrenales
- 107. Páncreas
- 108. Paratiroides

SISTEMA NERVIOSO

- 109. Cefalea
- 110. Temblores
- 111. Convulsiones y epilepsia
- 112. Dolor
- 113. Parestesias
- 114. Hipoestesia o anestesia
- 115. Parálisis o paresia
- 116. Coordinación
- 117. Marcha

ORGANOS DE LOS SENTIDOS Y NERVIOS CRANEALES

- 118. Olfato
 - Diplopia
 - Desviación de rasgos faciales
 - Audición
 - Acufenos

- Vértigo
- Dificultad en la deglución

119. Esfínteres

FUNCIONES MENTALES

- 120. Ansiedad
- 121. Depresión
- 122. Orientación
- 123. Atención
- 124. Alucinaciones
- 125. Memoria
- 126. Lenguaje
- 127. Sueño

SINTOMAS GENERALES

- 128. Fiebre
- 129. Adinamia
- 130. Astenia
- 131. Aumento o disminución de peso
- 132. Modificaciones del apetito

EXPLORACION FISICA

- 133. Peso actual
- 134. Peso ideal

- 135. Estatura
- 136. Pulso
- 137. Temperatura
- 138. Respiración
- 139. Presión general
- 140. Actitud somática
- 141. Facies
- 142. Biotipo
- 143. Estado nutricional
- 144. Coloración de la piel

C A B E Z A

- 145. Forma y volumen del cráneo.
- 146. Pelo
- 147. Cejas
- 148. Párpados
- 149. Ojos
- 150. Reflejos pupilares
- 151. Agudeza visual
- 152. Fondo de ojo
- 153. Ictericia conjuntival
- 154. Nariz
- 155. Labios
- 156. Encía y dentadura
- 157. Lengua

158. Amígdalas

159. Faringe

160. Piel

161. Oídos

C U E L L O

162. Forma y movimientos

163. Vasos

164. Ganglios

165. Tiroides

166. Tráquea

T O R A X

167. Forma, pared, volumen y movimientos

168. Glándulas mamarias

EXPLORACION DEL CORAZON

169. Alteraciones de la frecuencia y del ritmo

170. Ruidos cardiacos

171. Ruidos agregados

172. Exploración broncopulmonar

A B D O M E N

173. Forma y volumen

- 174. Pared
- 175. Hernias
- 176. Hígado
- 177. Bazo y Riñón
- 178. Dolor
- 179. Tumoraciones
- 180. Ascitis
- 181. Ruidos intestinales
- 182. Tacto rectal

DORSO Y EXTREMIDADES

- 183. Piel y faneras
- 184. Columna
- 185. Región cervical
- 186. Región dorsal
- 187. Región lumbar
- 188. Región sacrocoxigea
- 189. Extremidades
- 190. Masas musculares
- 191. Osteoarticular
- 192. Circulación arterial de los miembros
- 193. Circulación venosa de los miembros
- 194. Reflejos

ANALISIS DE LABORATORIO

ESTUDIOS DE LA SANGRE

195. Composición.
196. Desórdenes de la sangre.
197. Cuenta de glóbulos rojos.
198. Hematocrito.
199. Hemoglobina.
200. Volumen corpuscular medio.
201. Concentración corpuscular media de hemoglobina.
202. Concentración corpuscular de hemoglobina.
203. Cuenta de glóbulos blancos.
204. Neutrófilos.
205. Eosinófilos.
206. Basófilos.
207. Monocitos.
208. Linfocitos.
209. Tiempo de sangrado.
210. Aumento del tiempo de sangrado.
211. Tiempo de coagulación.
212. Aumento del tiempo de coagulación.
213. Tiempo de tromboplastina parcial.
214. Aumento del tiempo de tromboplastina parcial.
215. Disminución del tiempo de tromboplastina parcial.
216. Tiempo de protrombina.
217. Aumento de tiempo de protrombina.
218. Cuenta plaquetaria.
219. Aumento del número de plaquetas.
220. Disminución del número de plaquetas.

EXAMEN GENERAL DE ORINA

221. Densidad baja.

- 222. Aumento a la densidad.
- 223. Concentración.
- 224. Color.
- 225. Olor.
- 226. Ph
- 227. Orina alcalina
- 228. Sangre o hemoglobina en la orina.
- 229. Albúmina en la orina.
- 230. Proteína en la orina.
- 231. Glucosa en la orina.
- 232. Acetona en la orina.

QUIMICA SANGUINEA

- 233. Glucosa
- 234. Creatinina
- 235. Urea
- 236. Acido úrico

REACCIONES SEROLOGICAS EN SANGRE

- 237. V.D.R.L.

BACTERIOLOGIA

- 238. Hemocultivo.
- 239. Urocultivo.
- 240. Exudado faringeo.
- 241. Cultivo nasofaringeo.
- 242. Prueba para hepatitis viral.
- 243. Reacción de Widal

- 244. CONCLUSIONES
- 245. BIBLIOGRAFIA

FICHA DE IDENTIFICACION

01. NOMBRE DEL ENFERMO.

Se anotará el apellido paterno, materno y nombre.

02. EDAD.

Se deben anotar los años cumplidos.

Se debe tener en cuenta que hay padecimientos que con más frecuencia aparecen en la infancia como son las enfermedades exantemáticas, las de la adolescencia, las inflamatorias y las de edad adulta que son las crónico-degenerativas.

03. SEXO.

Se anotará una "M" en caso de que sea masculino y "F" si es femenino.

04. ESTADO CIVIL.

Se anotará el estado que corresponda: soltero, casado, --viudo, divorciado, unión libre.

05. OCUPACION.

Es necesario especificar las ocupaciones a que se ha dedicado por más de 3 años, esto debe interrogarse debido a las consecuencias que producen ciertas clases de trabajo, como los que están expuestos a traumas, acción nociva de los agentes climáticos, de microtraumatismos repetidos, - sustancias venenosas, ruidos continuos, etc. Todo esto es necesario investigar para dar posibles orientaciones - de un diagnóstico preciso.

06. LUGAR DE NACIMIENTO.

Anotar el lugar en que nació y el estado a que pertenece.

ANTECEDENTES FAMILIARES

07. SIGNO DE COMBE.

¿Convive el paciente con algún enfermo tuberculoso y desde cuándo?

08. NEOPLASIAS.

Si ha habido neoplasias de cualquier tipo, estadío y lugar. Recordar que éstas se repiten con frecuencia en algunos familiares.

09. ALCOHOLISMO.

Sobre todo en los familiares directos, ya que produce alteraciones genéticas, provoca desequilibrio en el ambiente familiar con repercusión psicológica y emocional e induce al desarrollo de la toxicomanía en los miembros de la misma.

10. DIABETES.

Es un padecimiento hereditario que debe de investigarse minuciosamente. Anotar qué miembros de la familia padecen o padecieron la enfermedad, a su vez es conveniente en base al cuadro clínico, interrogar si alguno de los miembros de la familia es sospechoso de diabetes.

11. OBESIDAD.

Quiénes de la familia lo son, sobre todo si el paciente es obeso. Identificar si es causa endógena o exógena.

12. INMUNOALERGIA.

Se conocen familiares alérgicos y de qué tipo. Es muy frecuente encontrar en la anamnesis familiar y de los asmáticos la misma enfermedad y otras de carácter alérgico como rinitis, traqueítis, eczema, edema angioneuróticos, neurodermatitis, etc.

13. HIPERTENSION ARTERIAL

La hipertensión arterial es una enfermedad en la que puede haber predisposición familiar. La hipertensión arterial sistémica sostenida es causa de cardiopatía hipertensiva, de enfermedad coronaria, de accidentes cerebrovasculares y enfermedad renal.

14. PADECIMIENTOS MENTALES Y NEUROLOGICOS

Quién de los miembros de la familia han presentado idiocia, retraso mental, parálisis o alguna otra alteración del sistema nervioso central y periférico, anotando la probable causa.

15. ARTROPATIAS

Esta enfermedad tiene frecuentemente carácter familiar. - Recordar la nefrolitiasis como complicación.

16. LITIASIS

Las litiasis son también procesos que pueden tener predisposición familiar. La litiasis biliar y la urinaria, son frecuentes en sujetos con trastornos metabólicos como: - obesidad, gota, hipercolesterolemia, trastornos del metabolismo del calcio y embarazo.

17. MALFORMACIONES CONGENITAS

Las malformaciones congénitas se asocian a defectos cromosómicos específicos: se investigará quién de los familiares ha cursado con algún tipo de malformación congénita y si se ha repetido. Investigar consanguinidad.

18. PADECIMIENTOS HEMATOLOGICOS

Ciertas anemias hemolíticas hereditarias que se observan casi exclusivamente en ciertos grupos étnicos (anemia de células falciformes, persistencia hereditaria de hemoglo-

bina fetal, talasemia menor y mayor, etc.). La hemofilia se investigará siempre.

PADECIMIENTOS PERSONALES PATOLOGICOS

19. PADECIMIENTOS DE LA INFANCIA Y VACUNACIONES

Su investigación debe ajustarse a las necesidades de cada tipo de paciente (padecimiento actual, edad, etc.) rubéola, varicela, sarampión, cuadros de amigdalitis de repetición, parasitosis y otros que de una u otra forma se presentaron con frecuencia. Investigar a su vez si se recibió tratamiento médico y de qué tipo. Si se tienen antecedentes de vacunación y a qué edad aproximadamente; específicamente de poliomielitis, difteria, tosferina y tétanos (DPT), tuberculosis (BCG), sarampión, tifoidea y si alguna vez se le ha aplicado la antirrábica humana.

20. FIEBRE REUMATICA

Antecedentes de amigdalitis de repetición o caries dental o cualquier infección por estreptococo beta hemolítico -- con protefna "C" reactiva y antiestreptolisinas positivas. Artralgias, astenia, pérdida de peso, palidez, corea de Sydenham, anemia y repercusión cardíaca.

21. PARASITOSIS

Si hay antecedentes demostrados de parasitosis, cuáles, - en cuántas ocasiones y si se recibió tratamiento médico.

22. INMUNOALERGIAS E HIPERSENSIBILIDAD

Ha presentado reacciones alérgicas a medicamentos, plantas, ropa, alimentos o causa inaparente.

23. ENFERMEDADES VENEREAS

Ha tenido algún padecimiento venéreo y a qué edad se presentó, Esgurrimiento, ardor, dolor, se presentaron nodulaciones en genitales externos o lesiones ulcerativas (chan

cro duro o blando), se recibió algún tratamiento, de qué tipo y en qué cantidad; si en la actualidad presenta algún signo o síntoma de éstos; pruebas serológicas positivas.

24. ENFERMEDADES FEBRILES (laudismo, tifoidea, brucelosis)

Ha estado en lugares que se consideren palúdicos, como -- Oaxaca, Guerrero, Michoacán, Sinaloa, Tabasco, etc., o si ha recibido transfusiones; si han cursado con fiebre intermitente y anemia crónica y si se ha comprobado por el laboratorio infección. Las zonas endémicas de brucelosis -- son los estados del centro de la República.

25. TUBERCULOSIS

Antecedentes de vacunación BCG, a qué edad, si ha presentado tos crónica con o sin expectoración, hemoptisis, dolor en región dorsal, convivencia con enfermos tuberculosos (signo de Combe), si se le han practicado baciloscopias, cuáles han sido los resultados y si se han practicado catástros torácicos y con qué resultados.

26. ARTROPATIAS

Articulaciones involucradas, dolor, flogosis, evolución y secuelas.

27. ICTERICIA

Ha estado icterico, ha tenido hepatitis o enfermedades hepatobiliares diagnosticadas y hace cuánto tiempo.

28. INTERVENCIONES QUIRURGICAS

Lo han intervenido quirúrgicamente en alguna ocasión. -- Cuál fue la causa, en qué fecha, hubo o no complicaciones.

29. TRAUMATISMOS

Qué tipo de traumatismos, cuándo, qué parte del cuerpo, de qué intensidad y qué tratamiento recibió.

30. HIPERTENSION ARTERIAL Y ENFERMEDADES VASCULARES

Cuadros de cefaleas, acompañadas de acúfenos, fosfenos, si se sabe hipertenso, desde cuándo y si ya se encuentra en control médico, qué tipo de antihipertensivos son los que toma y cuánto tiempo tiene tomándolos.

31. PADECIMIENTOS MENTALES Y NEUROLOGICOS

Ha presentado trastornos mentales, confusiones, ausencias, pérdida de la conciencia, convulsiones, estados de ansiedad o depresión, cuadros de agresión. Procesos tóxicos o infecciones en la infancia como meningitis, encefalitis y traumatismos craneoencefálicos.

32. ENDOCRINOPATIAS

Ha presentado alteraciones de la función de las glándulas endócrinas, tumores u otras enfermedades que haya producido trastornos hormonales (tiroides, páncreas, suprarrenal, hipófisis, ovario, etc.).

33. HEMORRAGIAS Y ENFERMEDADES HEMORRAGIPARAS

Ha presentado hemorragia de cualquier tipo: del tracto gastrointestinal alto o bajo, hematuria, epistaxis frecuentes, uterina, respiratoria, púrpura o equimosis. Es importante investigar a su vez desde cuándo se presentaron, su frecuencia, el sitio y si recibió tratamiento médico.

34. TRANSFUSIONES

Ha recibido transfusiones sanguíneas, y cuál fue la causa.

35. EXPOSICION A RADIACIONES

Los efectos dañinos de la radiación son determinados por la extensión de la exposición, la cual a su vez depende - no sólo de la cantidad de la radiación aplicada al cuerpo sino también del tipo (rayos X, neutrones, rayos gamma, - partículas alfa o beta) y la duración de la exposición. - Cuando se sobrepasan los límites recomendados para la seguridad contra la radiación en las personas expuestas en el trabajo o en el ejercicio clínico, pueden ocurrir lesiones graves por radiación (dermatitis, proctitis, alopecia, anemia).

36. MALFORMACIONES CONGENITAS

Algunas malformaciones congénitas pueden ser visibles y - se investigarán alteraciones cardíacas, urinarias, digestivas, etc.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

37. RESIDENCIA

Residencia actual, desde hace cuánto tiempo. Otros lugares de residencia y por cuánto tiempo radicó en ellos. Recordar la existencia de sitios endémicos de ciertas enfermedades.

38. HABITACION

Calidad y tipo de vivienda, agua potable, drenaje, ventilación, hacinamiento y convivencia con animales.

39. ALIMENTACION

Calidad y regularidad tratando de identificar su valor energético y la proporción de los diferentes nutrientes -

(proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas, minerales y fibra).

40. HABITOS HIGIENICOS

Aseo general, lavado de boca, cambio de ropa y con qué frecuencia.

41. ALCOHOLISMO

Desde qué edad ha ingerido bebidas alcohólicas, de qué tipo, en qué cantidad, y si llega a la embriaguez, con qué frecuencia. Hay que tener en cuenta que el alcohol es causa de gastritis, cirrosis hepática y hepatitis aguda alcohólica, así como graves alteraciones neuropsiquiátricas y desnutrición, además de las implicaciones sociales y económicas tan frecuentes.

42. TABAQUISMO

Interrogar el tiempo y cuantificar el consumo diario de cigarrillos. Es importante recordar que lo que se presenta primero son los procesos irritativos de las vías respiratorias altas; laringitis y bronquitis crónicas. El tabaquismo es factor de riesgo de cáncer de laringe y bronquial, enfermedad coronaria y arteriopatías periféricas.

43. DEPENDENCIA A DROGAS Y MEDICAMENTOS

Desde qué edad, cómo se inició, con qué tipo de sustancia o medicamento, en qué cantidad y con qué frecuencia.

INTERROGATORIO

APARATO DIGESTIVO

44. DOLOR

Anotar sitio, intensidad, radiaciones, modalidad, horario, duración, ritmo, periodicidad, evolución, síntomas que lo acompañan, factores que lo disminuyen, relación con la ingestión de alimentos, defecación y expulsión de gases.

45. PIROSIS Y AGRURAS

Es la sensación de ardor o quemadura retroesternal. En ocasiones esa sensación ardorosa, quemante, ácida, puede discurrir hasta la garganta, produciendo la sensación que se conoce como agrura. Ambas tienen la misma significación.

46. REGURGITACION

Es llegada a la boca sin esfuerzo, del contenido esofágico o gástrico. Debe distinguirse del vómito, en el que hay esfuerzo y síntomas vagales.

47. ERUCTO

Expulsión por la boca del aire contenido en el estómago o a veces en el esófago. Es normal cuando es ocasional, después de una comida copiosa o de ingerir bebidas gaseosas. Cuando el olor es a putrefacción, indica estasis y descomposición de alimentos que puede estar en relación con divertículos o retención gástrica.

48. DISFAGIA

Es la dificultad al paso de los alimentos.

49. NAUSEA

Es una sensación desagradable que puede presentarse aislada o preceder al vómito. Igual que el vómito, indica alteración gástrica o puede ser de origen reflejo.

50. VOMITO

Es la expulsión violenta por la boca del contenido gástrico. Generalmente está precedido de náuseas, sudoración y salivación abundante. El vómito "cerebral" es decir, de causa central, no es precedido de náusea ni de síntomas vagales se le llama también vómito en proyectil.

Sus causas son múltiples, pueden pertenecer a patología propiamente gástrica: gastritis, úlcera péptica, neoplasias y estenosis pilóricas. Puede poner en peligro la vida por deshidratación y desequilibrio electrolítico si son muy abundantes y frecuentes, sobre todo en niños o ancianos.

51. HEMATEMESIS

Es la expulsión de sangre fresca o digerida que proviene de la parte alta del tubo digestivo. Debe diferenciarse de la hemoptisis en donde la sangre viene aerada, acompañada de tos, con esputo hemoptoico. Debe anotarse cuándo apareció, su frecuencia, su intensidad, si se acompaña o no de síntomas de anemia.

Sus causas más frecuentes son: ruptura de várices esofágicas, gastritis erosiva, úlcera péptica, cáncer gástrico, hernia hiatal y divertículos.

52. ICTERICIA

Es la coloración amarilla de piel y mucosas debido al aumento de las bilirrubinas circulantes. Debe interrogarse la presencia o ausencia de: coluria, acolia y prurito.

Su causa puede ser hepática: cirrosis o hepatitis; posthepática: cálculos enclavados en colédoco, neoplasia de cabeza de páncreas, de colédoco, o de ámpula de Vater; prehepática: hemólisis exagerada por ingestión de medicamentos, paludismo, anemias congénitas, transfusiones incompatibles.

53. ACOLIA

Es la depigmentación de la materia fecal; blanca o amarilla muy pálida, debido a la falta de pigmento biliar en el tubo digestivo.

54. COLURIA

Es la hiperpigmentación amarilla de la orina debida a la eliminación de bilirrubina directa. Se presenta en las ictericias de origen hepático o biliar.

55. ESTREÑIMIENTO O CONSTIPACION

Puede ser horaria, cuantitativa y cualitativa. Indican un tránsito lento en el colon, su causa más común es funcional (constipación simple) por malos hábitos higiénico-dietéticos, ingestión de poca fibra de poca agua, hábitos sedentarios, bloquear el deseo de la defecación, embarazo o problemas psicológicos; pero pueden deberse a padecimientos orgánicos como neoplasias del tubo digestivo, neuropatías, endocrinopatías.

56. DIARREA

Evacuaciones de mayor contenido acuoso y tránsito intestinal acelerado. Anotar si es aguda o crónica, el número de evacuaciones, color, cantidad, presencia de alimentos no digeridos; presencia de grasa o fibras musculares; parásitos, espuma, moco o sangre.

En las agudas, preguntar antecedentes de ingestión de alimentos sospechosos y si otras personas que los ingieren tienen diarrea; investigar cambios en la costumbre alimenticia. Uso de antibióticos, o de laxantes, presencia de parásitos u otras anormalidades. En las crónicas, si alterna con períodos de constipación o de normalidad.

57. **RECTORRAGIA**

Es la expulsión de sangre fresca por el recto. Su significado clínico es presencia de lesión activa de la porción inferior del tubo digestivo. Las causas son variables, he morroides, ulceraciones, divertículos, cáncer y pólipos.

58. **MELENA**

Es la expulsión por el recto de sangre digerida. Puede ser de color negro o rojizo, líquida, pastosa o sólida. Debe distinguirse de las evacuaciones negras producidas por ingestión de medicamentos: subnitrito o subcitrato de bismuto, carbón o hierro; o de alimentos: betabel, espinacas, tunas rojas, etc. Anotar frecuencia, si se acompañó o no de hematemesis, volumen, duración y síntomas de anemia.

59. **PUJO O TENESMO**

Se denomina así a la sensación de evacuación incompleta, o a la sensación de tener el recto ocupado, sin lograr evacuación, o sólo de pequeñas cantidades de materia fecal, de moco o de sangre. Indica inflamación a nivel del recto; se debe a espasmo de los músculos intrínsecos del recto y de los esfínteres.

60. **FLATULENCIA**

Es la expulsión en mayor cantidad que lo normal de gases por el recto. Debe investigarse la alimentación: ingestión exagerada de alimentos que producen gas: farináceas, celulosas, lácteos, etc.

61. PRURITO ANAL

Puede tener causa local: hemorroides, fisuras, fistulas, parásitosis especialmente por oxiuros, tricocéfalos y ascárides; falta de aseo adecuado postdefecación, alergia a ciertos alimentos. Puede tener causa general: dermatosis generalizadas, ictericia y aún causas psicógenas.

62. PARASITOS

Sólo se pueden identificar los helmintos: ascárides, proglótidos de tenias, tricocéfalos y oxiuros.

APARATO CIRCULATORIO

63. DISNEA

Es la sensación molesta de la necesidad de respirar con - esfuerzo que el paciente expresa como "necesidad de aire". Es normal después de un ejercicio y anormal cuando se presenta en reposo o con esfuerzos menores. Existen diversos tipos de disnea.

- a). De esfuerzo.- Depende del ejercicio y debe investigarse si es de grandes, medianos o pequeños esfuerzos.
- b). De decúbito.- Aparece en la posición horizontal.
- c). Paroxística.- Es de aparición súbita, nocturna (asma cardíaco).
- d). Ortopnea.- Disnea que mejora al elevar el tronco - de la posición horizontal a la vertical.

La disnea por causas patológicas puede explicarse por insuficiencia cardiorespiratoria, anemia, acidosis, parálisis de músculos respiratorios.

64. DOLOR PRECORDIAL

El carácter del dolor propio del corazón puede ser: opresivo o constrictivo.

Dolor anginoso.- De presentación con el esfuerzo o situaciones equivalentes tales como la digestión, estrés emocional, actividad sexual, etc., cede con el reposo o con nitritos de acción rápida en pocos minutos.

Dolor de infarto miocárdico.- De instalación brusca, intenso, irradiado a mandíbula, miembro superior izquierdo, dorso. De más de 20 minutos de duración, acompañado de -- síntomas vagales como náusea, vómito, deseo de defecar, - diaforesis. Sensación de muerte inminente, disneizante, - no cede con nitritos de acción rápida. Sólo disminuye con analgésicos potentes.

65. PALPITACIONES

Percepción molesta del latido cardíaco en el pecho, rápidas e intensas en ejercicio físico pero desproporcionado a la cantidad de esfuerzo, traducen alteración de la fuerza contráctil del miocardio.

Palpitación única intermitente u ocasional que se percibe como "vuelco" del corazón, traduce extrasistolia ventricular aislada o periódica.

Palpitaciones rápidas de inicio brusco, disneizantes, que cesan repentinamente o con ellas acuden a consulta médica, traducen taquicardia paroxística supraventricular,

Palpitaciones rápidas de inicio brusco acompañadas de datos francos de bajo gasto cardíaco.

66. EDEMA CARDIACO

Blando, duro, no doloroso, en sitios declives del cuerpo,

vespertino y bilateral. Generalmente acompaña a otros síntomas cardiovasculares o a alguna patología cardiovascular ya detectada. Se identifica por medio del signo de Godete.

67. SINCOPE Y LIPOTIMIA

Síncope es la pérdida súbita y temporal de la conciencia, con incapacidad para mantener el tono muscular; puede recuperarse en algunos minutos, suele precederse de lipotimia, pérdida del equilibrio y sensación de caer al vacío. Reconoce varias causas: colapso vascular periférico, accidente vascular cerebral, trastorno del ritmo cardíaco, -- por ejercicio exagerado, hipoglucemia, etc.

68. FENOMENOS VASCULARES PERIFERICOS

Síntomas y signos clínicos de insuficiencia arterial de miembros inferiores; se manifiestan por dolor en las masas musculares de las extremidades y claudicación al caminar.

69. HIPERTENSION ARTERIAL

Se define como presión arterial elevada. Las cifras medias normales son de 120/80 mm Hg, y se aceptan como límites máximos 140/90 mm Hg.

Existen dos formas clínicas de hipertensión arterial sistémica: la primaria (de causa desconocida o esencial que es la más frecuente) y la secundaria debida a padecimiento renal, Cushing, arteriopatías, etc.).

La importancia de la hipertensión arterial radica en el hecho de que a la larga puede repercutir sobre diversos órganos y ocasionar daño irreversible en ellos (corazón, riñón y cerebro). La importancia de los aumentos ocasionales de la presión arterial, también llamada lábil y a los

sujetos que la presentan, hiperreactores, radican en el hecho de que con el tiempo se pueden convertir en enfermos con hipertensión arterial fija.

70. CIANOSIS

Es la coloración azulada de piel, mucosas, lecho ungueal, etc. Revela trastornos de la hematosi tisular o hipoxemia resultado de la presencia de hemoglobina no saturada de la sangre arterial y capilar.

APARATO RESPIRATORIO

71. TOS

Si el enfermo tiene tos, el médico deberá de resolver 3 problemas fundamentales: ¿es aguda o crónica? aquí debemos evaluar si el síntoma es pasajero o de evolución breve. ¿Es de origen respiratorio? ¿Es de origen extrarrespiratorio?

72. DISFONIA

Es un síntoma que puede representar alguna relación con el aparato respiratorio, Existe la posibilidad de neoplasias primarias benignas como pólipos, malignas como el cáncer de la laringe c metastásicas; puede estar dada por trastornos de tipo parésico o paralítico de uno de los nervios recurrentes por enfermedad intratorácica, aneurisma de la aorta y neoplasias pulmonares que los engloben o compriman.

73. EXPECTORACION

La expectoración está íntimamente ligada con la tos, en algunas ocasiones existe y ésta no es expulsada ya sea,

porque los enfermos la degluten como sucede frecuentemente en las mujeres y en los niños o por la sencilla razón de que no saben expectorar. Se debe observar, color, cantidad, olor, sabor y consistencia.

Cuando se trata de expectoración mucosa su color es blanquecino, la expectoración mucopurulenta es de color verdoso, mientras que la expectoración purulenta es amarilla, ambas nos dan una idea del proceso infeccioso que está originando estos datos.

La expectoración de color rojizo es conocida como esputo hemoptoico y se caracteriza porque con la expectoración aparecen "hilos" sanguinolentos o bien un franco color rojizo. La expectoración "achocolatada" es en algunos casos muy sugestivos en abscesos hepáticos que se han abierto a bronquios, la expectoración que se produce en el edema agudo de pulmón es de color "salmón" y finalmente la expectoración negruzca es debida a la antracosis, la observamos con frecuencia.

Finalmente, cuando el olor es fétido y el sabor desagradable podemos tener la certeza de que nos encontramos ante un cuadro de origen infeccioso causado predominantemente por gérmenes anaerobios y Gram negativos.

74. DOLOR TORACICO

El dolor torácico es un síntoma de gran importancia dentro de la patología del aparato respiratorio, además debemos tener presente que en la mayoría de los procesos respiratorios con manifestaciones dolorosas la pleura se encuentra interesada.

75. HEMOPTISIS

Clínicamente se designa con este nombre a las hemorragias del aparato respiratorio provenientes de tráquea, bron-

quios y pulmones. Cuando la sangre es en pequeña cantidad y viene mezclada con la expectoración se habla de esputos hemoptoicos.

Es necesario y muy importante diferenciar hemoptisis con cuadros de epistaxis, gingivorragias y hematemesis; cuando la epistaxis, hematemesis y las gingivorragias son abundantes, puede originar que parte de la sangre pase a laringe produciendo tos con expectoración hemoptoica originando desde un principio errores en el procedimiento diagnóstico y generalmente existen antecedentes que son muy útiles para determinar el sitio donde se origina el sangrado.

En la hemoptisis franca podemos observar que la mayoría de las veces se acompaña de esfuerzo de tos y la sangre es aerada, roja, presentando posteriormente el enfermo esputos hemoptoicos.

76. CIANOSIS

La palabra cianosis proviene del griego y designa "azul obscuro", este nombre es aplicable a todos aquellos enfermos que presenten esa coloración en los tegumentos y mucosas siendo más aparente en la nariz, labios, lóbulos de las orejas, lengua y uñas.

77. DISNEA

La palabra disnea proviene del griego y designa "dificultad para respirar". Clínicamente la disnea presenta dos formas principales: la subjetiva y la objetiva.

Ante un enfermo con disnea habrá que precisar si ésta es de grandes, medianos o pequeños esfuerzos, si es continua o se presenta en fase de agudización de algún proceso crónico agregado o si es en decúbito.

78. ESTERTORES

Los estertores son ruidos anómalos que acompañan a los ruidos respiratorios, modificados o no en sus caracteres, y se pueden originar en diferentes porciones del aparato respiratorio, cambiando sus particularidades y denominándose de diferente manera.

Cuando su origen es en tráquea y bronquios gruesos se les denomina roncantes y sibilantes; cuando su origen es en las porciones terminales alveolares se les llama crepitantes y cuando indican la presencia de secreciones en los bronquiolos terminales, estertores subcrepitantes o de burbuja, y de acuerdo a las características de éstas en su timbre e intensidad se les puede diferenciar en pequeñas, medianas y grandes burbujas. Cuando el ruido es extrarrespiratorio, en la propia pleura, se les conoce como frotos pleurales.

APARATO URINARIO

79. DIURESIS Y ALTERACIONES DE LA ORINA

Los signos y síntomas que frecuentemente encontramos son:

- a). Los que habitualmente son usados en nefrología, pues tienen que ver con la función renal de formación de la orina:
 1. Poliuria
 2. Oliguria
 3. Anuria

- b). Los que tienen relación con la función excretora de la orina y por lo tanto son urológicos:
 1. Polaquiuria

2. Disuria
3. Hematuria
4. Pujo y tenesmo vesical

c). Otros signos que frecuentemente encontramos son:

1. Cambios de color de la orina.
2. Secreciones uretrales.
3. Enuresis, que se usa exclusivamente para aludir a nicturia con incontinencia involuntaria en niños.

80. PIURIA

Puede ser macro y microscópica. La piuria tiene la particularidad de enturbiar la orina, pero existen otras circunstancias que pueden darle el mismo aspecto: fosfaturia, quiluria-lipuria. La fosfaturia o alguna otra clase de despeños de sales alcalinas con la orina se ven frecuentemente.

La piuria puede ser total, inicial o terminal, siendo esto un dato para la localización de la fuente que la origina (riñón, vejiga o uretra respectivamente).

El dolor, la hematuria y la piuria, son los únicos datos de interrogatorio que pueden recogerse en los padecimientos renales.

81. COLICO RENAL

El riñón duele por la distensión de sus cavidades (pelvis, cálices), de allí que los padecimientos obstructivos ureteropielícos, particularmente la litiasis, cursen con dolor como síntoma predominante y frecuentemente único.

Las irradiaciones del dolor renal, siguiendo el curso del ureter, se situarán en hipocondrio, vaco o cuadrante y -

fosa ilíaca correspondiente y, particularmente si aumenta su intensidad, siguiendo el trayecto de los nervios abdominogenitales, podrá incluir en sus irradiaciones al testículo y la cara interna del muslo en el lado afectado.

82. EXPULSION DE CALCULOS

El ureter como las cavidades renales, duele también por su distensión, siendo la causa casi siempre, un obstáculo al libre tránsito de la orina por su luz.

83. DOLOR

Los tipos de dolor del aparato genitourinario más frecuentes son:

a). Dolor renal.- Producido por la distensión de sus cavidades (pelvis y cálices).

b). Dolor uretral, Producido también por la distensión, - siendo la causa casi siempre un obstáculo al libre tránsito de la orina.

c). Dolor prostático.- El dolor es producido por procesos inflamatorios agudos y crónicos.

d). Dolor testicular y/o epididimario.- Los dolores testiculares se presentan en lesiones inflamatorias y como en estas circunstancias el epididimo es la parte más comúnmente lesionada, es realmente el epididimo el que duele.

84. TUMORACION

a), Adenocarcinoma del riñón (hiper nefroma). Es el tumor del parénquima renal más frecuente.

b), Embrionoma del riñón (tumor de Wilms). Por definición de niños.

- c). Tumores de la pelvis renal y ureter. Son menos frecuentes que los del parénquima, pueden dar siembras tumorales a vejiga. El síntoma más común es la hematuria total y a veces dolor cólico cuando hay obstrucción por un coágulo.
- d). Tumores de la vejiga. Las bases para el diagnóstico son "prostatismo" con esfuerzo y dificultad para iniciar la micción, crisis de polaquiuria y disuria, por ingestión de irritantes como café o licores, reducción de la presión y calibre del chorro de orina, nicturia, retención urinaria, y por tacto rectal aumento de volumen de la próstata.
- e). Carcinoma de la próstata. Las bases para el diagnóstico son prostatismo frecuentemente de evolución rápida, consistencia dura de la próstata, las metástasis óseas producen dolor especialmente en la columna lumbar, pelvis ósea, y costillas entre las más frecuentes.
- f). Tumores del testículo. Las bases para el diagnóstico son crecimiento indoloro de los testículos.

APARATO GENITAL FEMENINO

85. MENARCA

Es la presentación de la primera menstruación.

86. GESTACIONES

Por gesta, se entiende el número de embarazos que una mujer presenta. Tiene importancia saber que tanto después de iniciadas las relaciones sexuales fecundantes presentó

su primer embarazo. La fecha del último embarazo, también es fundamental preguntar. Las gestas incluyen: partos a término, prematuros y abortos.

De las gestas, hay que preguntar la sintomatología del primer trimestre: náuseas, vómitos, polaquiuria. Del tercer trimestre: sangrados, edema de miembros inferiores o generalizados, hipertensión.

87. PARTOS

Se refiere al número de productos prematuros o de término, nacidos por vía vaginal. Se debe de investigar, si hubo alguna maniobra quirúrgica durante el parto y el tipo de puerperio que presentó la paciente: fisiológico o patológico. En el patológico, los principales signos son: fiebre y hemorragia.

88. ABORTO

Es la expulsión del producto de la concepción antes de que sea viable. Puede ser espontáneo o provocado. Hay tres tipos clínicos: Amenaza de aborto, aborto en evolución y aborto incompleto. En el aborto incompleto puede haber retención en la cavidad uterina, de partes del producto, o de placenta y membranas.

89. CESAREAS

Se investigará el número de cesáreas realizadas, si es posible investigando la causa de ellas.

90. LEUCORREA

Por leucorrea, se entiende todo escurrimiento por vía vaginal, no hemático. Es el signo más importante en ginecología. Las características del flujo pueden variar y en algunos casos ser patognomónico de la etiología.

Un flujo verde, ligado, espeso, aereado y fétido, con puntillero hemorrágico de las mucosas, corresponde generalmente a tricomoniasis.

Un flujo blanco, grumoso, espeso, no fétido pero con enrojecimiento de la piel de la vulva y de las mucosas, corresponde a moniliasis.

Un flujo abundante, no fétido, generalmente espeso, amarillo o verde, puede corresponder a una infección por gonococo, o a múltiples gérmenes no específicos.

91. LACTANCIA

La secreción láctea se inicia en una mujer puerpera a las 24 horas del parto con la expulsión del calostro.

Calostro.- Es la secreción de las mamas durante los primeros 5 días después del nacimiento del producto. Posee un color amarillo, reacción alcalina y densidad media de 1.040 - 1.060

92. HEMORRAGIA TRANSVAGINAL

Se llama así a la salida de sangre por vía vaginal que puede coincidir con la fecha menstrual o fuera de ella y tener como etiología trastornos endocrinos; tumores benignos del útero y tumores malignos uterinos del cuello.

93. ALTERACIONES MENSTRUALES

Las alteraciones menstruales pueden ser por disminución del flujo hemático con aumento de los días intermenstruales, o por aumento de los días menstruales y cantidad del flujo hemático y disminución de los días intermenstruales.

94. TRASTORNOS DEL CLIMATERIO

Están caracterizados principalmente por alteraciones en

la menstruación sobre todo con aumento del escurrimiento en los días menstruales y la disminución de los días intermenstruales, además de presentar ciclos anovulatorios. O bien aumento de los días intermenstruales con disminución de los días de sangrado y cantidad durante ellos, -- ocasionalmente alternando con ausencia menstrual de algunos meses.

95. MENOPAUSIA

La menopausia está caracterizada por la ausencia menstrual la ausencia de ovulación y trastornos neurovegetativos, - como son: bochornos, sudores, labilidad emocional, insomnio y aumento de peso.

96. AMENORREA

Las amenorreas pueden ser primarias o secundarias. Se dice primaria cuando en ninguna ocasión ha tenido la mujer escurrimiento hemático vaginal.

97. EMBARAZO

Fecha de última regla. Si la mujer está embarazada deberá dividirse en: 1º, 2º y 3er. trimestre el embarazo.

En el primer trimestre se investigará: anorexia, náuseas, vómitos, lipotimias, cefaleas, disminución de peso, aumento de volumen de las glándulas mamarias, frecuencia en el número de micciones y sangrados en poca o mucha cantidad, coincida o no con la fecha menstrual que le tocará. Presión arterial, pulso y respiraciones. Deberá pedirse citología hemática, química sanguínea, examen de orina, grupo sanguíneo y factor Rh, V.D.R.L.

Segundo trimestre: Se investigará la dieta y cantidad ingerida, presión arterial, pulso, respiraciones, frecuencia cardíaca, aumento de peso, aumento del volumen de las

mamas. A partir del 5º mes se debe de auscultar el foco fetal. La madre debe percibir los movimientos fetales.

Tercer trimestre: Presión arterial, pulso, respiraciones. Vigilar si hay edema, sangrado en poca o mucha cantidad, o salida a través de los genitales de líquido con los caracteres del amniótico.

La presión arterial y el examen de orina durante todo el embarazo, deben de ser normales. La elevación de la presión arterial, edema y albúmina en la orina en el tercer trimestre, de inmediato debe de remitirse al médico de la especialidad: se trata de embarazo de alto riesgo.

El aumento de peso deberá ser de un kilogramo al mes. Puede a partir del segundo trimestre haber un incremento de 1,300 ó 1,500 mensuales, el cual se debe de controlar disminuyendo los hidratos de carbono.

Si el aumento en el tercer trimestre coincide con edema en miembros inferiores y aumento de la presión arterial, debe internarse a la paciente.

98. PREMATUROS

Se entiende por prematuro a todo niño nacido a partir de la semana 28 de gestación.

99. ULTIMA FECHA MENSTRUAL

Debe de preguntar el primer día de la última menstruación.

APARATO GENITAL MASCULINO

100. ESCURRIMIENTOS URETRALES

Buscar datos de relación sexual con pareja sospechosa de tener infección genital.

SISTEMA HEMATOPOYETICO Y LINFATICO

101. ANEMIA

Se define como la reducción en la concentración de hemoglobina en la sangre por abajo de las cifras aceptadas.

El síndrome clínico de anemia crónica está formado por: palidez, disnea, fatigabilidad, astenia, palpitaciones y soplo funcional en área cardíaca.

La forma de confirmar su existencia es por medio de la medición del hematócrito y la hemoglobina, que al mismo tiempo servirá para clasificar la variedad de anemia con los índices hematológicos correspondientes.

102. FENOMENOS HEMORRAGICOS

Deben investigarse antecedentes hemorrágicos, presencia actual de fenómenos de sangrado, equimosis y petequias -- que pongan de manifiesto una posible tendencia a padecimientos hemorrágicos.

Recordar que en los fenómenos hemorrágicos pueden participar factores vasculares (fragilidad capilar), trastornos plaquetarios (trombocitopenia) y problemas en la coagulación sanguínea (hipoprotrombinemia, deficiencia de diversos factores de coagulación, etc.). Tomar en cuenta que, además de las enfermedades primarias del sistema hematológico como leucemias o púrpuras, existen causas diversas que provocan fenómenos hemorrágicos como la desnutrición, la insuficiencia hepática, etc.

103. ADENOPATIAS

Debe investigarse si el paciente ha notado la presencia de tumoraciones en cuello, axilas o regiones inguinales (ver exploración de cuello y exploración de dorso y miembros) sugestivos de crecimiento ganglionar y si se acompaña de datos clínicos generales como fiebre, anemia y pérdida de peso.

SISTEMA ENDOCRINO

104. HIPOFISIS

a). Hiperfunción (acromegalia)

Se debe al aumento anormal en la producción de hormona de crecimiento (GH); cuando se lleva a cabo previo a la pubertad se expresa clínicamente como gigantismo. La causa reside en un tumor hipofisario.

b). Hipofunción (panhipopituitarismo)

La deficiencia de las hormonas producidas en la parte anterior de la hipófisis tiene como causa lesiones por traumatismo, presencia de tumor, infiltración linfocitaria, metástasis.

105. TIROIDES

a). Hiperfunción (hipertiroidismo)

La sintomatología que aparece en el hipertiroidismo es: insomnio, nerviosismo, irritabilidad emocional, ansiedad, intolerancia al calor, sudor, caída del pelo, hambre, astenia, fiebre, palpitaciones, taquicardia, disnea funcional, uñas quebradizas, trastornos menstruales y ginecomastia.

b). Hipofunción (hipotiroidismo)

El hipotiroidismo es la entidad dada por la deficiencia en la cantidad o la actividad de las hormonas tiroideas, lo cual obedece a déficit en la producción de tirotrófina; o más frecuentemente una falla intrínseca de la propia glándula tiroidea

La sintomatología que predomina en el hipotiroidismo es: sensación de frío, somnolencia, pereza mental, pereza física, intolerancia al frío, constipación, piel seca, escamosa, pelo seco, quebradizo, anorexia, voz grave, lenta, palidez y mixedema (sensación de piel gruesa).

106. SUPRARRENALES

a). Hiperfunción. Síndrome y enfermedad de Cushing.

Es una entidad patológica en la que existe un exceso de corticoesteroides, fundamentalmente cortisol y cuya etiología puede localizarse en la glándula suprarrenal o fuera de ella. En el primer caso, se puede deber a carcinoma, hiperplasia o más comúnmente adenoma y el segundo, a tumor hipofisiario productor de adrenocorticotropina (ACTH), producción extrahipofisiaria de ACTH y uso de esteroides con fines terapéuticos por diversas enfermedades.

b). Hipofunción (insuficiencia suprarrenal, síndrome de Addison).

La disminución de las hormonas producidas en la corteza suprarrenal puede estar condicionada por afección propia de la glándula en cuestión. Las infecciones, principalmente la tuberculosis, son la causa más frecuente. Puede expresarse desde el punto de vista clínico de una manera crónica o aguda, ésta última pone en peligro la vida del paciente.

107. PANCREAS

Hipofunción (diabetes mellitus)

Antecedentes. El antecedente de familiares diabéticos en el paciente con esta entidad es frecuente. La obesidad es un acompañante frecuente de la diabetes mellitus tipo II, no así de la tipo I. Es tan importante el hecho que en ocasiones el control de la diabetes mellitus se logra sólo al realizar el control del sobre peso. El tipo de alimentación es importante, ya que en pacientes con dieta rica en carbohidratos, lo cual es usual en la mayoría de la población mexicana, favorece el desarrollo de la obesidad que por sí misma hace evidenciar a la diabetes y dificulta el control de la enfermedad sacarina.

La dieta rica en carbohidratos hace difícil el control del sujeto diabético. Dada la relación estrecha, especialmente en nuestro medio del alcoholismo y la pancreatitis, será necesario el interrogatorio a este respecto, ya que la pancreatitis e intrínsecamente el daño de las células beta de este órgano como resultado de la agresión del tóxico en cuestión, puede llevar a la expresión clínica de la diabetes mellitus.

108. PARATIROIDES

Hipofunción (hipoparatiroidismo)

La deficiencia de la parathormona se encuentra frecuentemente posterior a la cirugía de cuello, especialmente la extirpación del tiroides, el déficit puede ser temporal o permanente, mientras más extensa sea la cirugía mayor será el riesgo para presentar la enfermedad.

SISTEMA NERVIOSO

109. CEFALEA

Tiempo de evolución, localización, irradiaciones, tipo, frecuencia, duración, causas que la desencadenan o la --exacerban, factores con los que desaparece o calma, síntomas que lo acompañan y fenómenos que la preceden.

- a). Hipertensión endocraneana. Cefalea sorda u opresiva, se acompaña de náuseas, vómitos, visión borrosa, diplopia; se exacerba con los esfuerzos, se calma con reposo o analgésicos. En la exploración hay edema de papila.
- b). Migraña. Cefalea precedida o no de síntomas neurológicos, de tipo pulsátil, hemicraneal y generalizada, acompañada de náuseas, vómito fotofobia e intolerancia al ruido.
- c). Psicógena. Cefalea de localización variable, opresiva o de carácter indefinido se desencadena o exacerba con problemas emocionales, se acompaña de nerviosismo o depresión.

110. TEMBLORES

Los temblores pueden aparecer durante el reposo o con la actividad. Los primeros sugieren lesión del sistema extrapiramidal y los temblores de actividad, lesiones de los centros cerebelotálamo-corteza.

Las causas que pueden originar temblores más frecuentes son:

- a). Tetania
- b). Tumores cerebrales

- c). Encefalitis
- d). Choque hipoglucémico
- e). Alcohólicismo crónico
- f). Enfermedad de Parkinson
- g). Polineuritis

111. CONVULSIONES Y EPILEPSIA

Son movimientos anormales involuntarios, de presentación súbita que aparecen por descargas bruscas de las neuronas cerebrales. Si las descargas son bilaterales y extensas darán origen a convulsiones generalizadas, producirán manifestaciones circunscritas dependiendo del área estimulada "convulsiones jacksonianas, ataque psicomotor".

Así tenemos tres tipos de convulsiones:

- a). Convulsiones tónicas: se observan en el tétanos y la tetania.
- b). Convulsiones clónicas.
- c). Convulsiones mixtas: se observan en la epilepsia esencial.

Los factores que intervienen en la producción de convulsiones son:

- a). Administración de sustancias tóxicas: alcohol, plomo.
- b). Administración de medicamentos: cafeína, alcanfor, cardiazol.
- c). Lesiones de la corteza cerebral motriz: tumores cerebrales, meningitis, encefalitis.
- d). Alteraciones vasculares: vasoespasmo, aterosclerosis cerebral.
- e). Alteraciones del metabolismo: hipocalcemia, edema cerebral, hipoglucemia.

- f). Desequilibrio hidroelectrolítico: alcalosis con hiperpnea.
- g). Traumatismos craneoencefálicos.

112. DOLOR

Investigar descartando su origen: neurológico, musculoesquelético o visceral. Tiempo de evolución, localización, irradiaciones, tipo de dolor, duración, causas que lo exacerban o lo calman.

113. PARESTESIAS

Sensaciones anormales de tipo táctil, doloroso o térmico. Pueden ser episódicas o constantes. Debe estudiarse su localización, irradiaciones y duración.

114. HIPOESTESIA O ANESTESIA

Tiempo de evolución, localización inicial; corroboración a la exploración de los tipos de sensibilidad afectados.

115. PARALISIS O PARESIA

Si la alteración motora es total se habla de parálisis o plejía, cuando es parcial de paresia.

Si la alteración afecta a uno de los cuatro miembros se hablará de monoparesia o monoplejía; si son ambos miembros inferiores se denomina paraparesia o paraplejía; si se encuentra afectada a la mitad del cuerpo se conoce como hemiparesia o hemiplejía y si son las cuatro extremidades se llama cuadriparesia o cuadriplejía.

Se determinará tiempo de evolución, localización inicial y evolución, si existen alteraciones en el tono muscular y en el trofismo.

116. COORDINACION

Tiempo de evolución, forma de instalación que puede ser brusca o de carácter progresivo. En la exploración hay alteración en la metría, sinergia y diadococinesia.

- a). La instalación brusca sugiere trastorno vascular cerebral o padecimiento desmielinizante.
- b). La instalación progresiva nos orienta a procesos expansivos.

117. MARCHA

- a). La marcha en Steppage se caracteriza por la caída pendular del pie que obliga a elevar demasiado la pierna y el muslo: Indica lesión del nervio ciático popliteo externo; se observa en las polineuropatías, en la afectación de las motoneuronas de las astas anteriores de la médula espinal y en lesiones traumáticas.
- b). Marcha hemipléjica por lesión de la vía piramidal; se efectúa con hiperextensión de la extremidad inferior, con el muslo en abducción y dirigiendo la extremidad hacia afuera (marcha en segador)
- c). La marcha en la paraplejia espástica es a pequeños pasos, arrastrando los pies, dirigiendo las extremidades hacia afuera (marcha en tijera).
- d). Marcha cerebelosa se realiza con aumento de la base de sustentación y con desviación hacia los lados.
- e). Marcha vestibular: se caracteriza por desviación hacia el lado de la lesión al caminar hacia adelante y al lado opuesto al caminar hacia atrás (marcha en estrella).

- f). Marcha miopática: se realiza buscando la pelvis hacia uno y otro lado.
- g). Marcha Parkinsoniana: es a pasos cortos, arrastrando los pies, con la cabeza y tronco flexionados, con pérdida del balanceo de los brazos, a veces con dificultad para que el paciente la inicie o para detenerse (marcha procrusiva).
- h). Marcha tabética: con separación de las piernas, con taconeos, se efectúa con ayuda visual, existe signo de Romberg.

ORGANOS DE LOS SENTIDOS Y NERVIOS CRANEALES

118. OLFATO

Alteraciones: hiposmia o anosmia. Se investiga tiempo de evolución y forma de instalación. Agudeza visual y campos visuales. Se investiga cuando existen cambios y cómo se han instalado.

DIPLOPIA

Tiempo de instalación, forma de evolución, si es en sentido vertical u horizontal, si se acompañó de ptosis palpebral.

DESVIACION DE RASGOS FACIALES

Forma de inicio, evolución, si afecta toda la hemicara (parálisis periférica) o sólo en sector inferior (parálisis facial central).

AUDICION

Hipoacusia o anacusia.

Cuando se inició y si fue de aparición brusca o ha sido progresiva.

ACUFENOS

Tiempo de evolución, duración, frecuencia, tipo, intensidad.

VERTIGO

Tiempo de evolución, dirección, duración, en qué condiciones aparece, se exagera, qué factores lo disminuyen o lo suprimen, síntomas que lo acompañan (marcha inestable, náuseas, vómito, cefalea, etc.)

DIFICULTAD EN LA DEGLUCION

Tiempo de evolución, si ha sido estacionaria o progresiva, si se presenta con sólidos y líquidos o con ambos.

119. ESFINTERES

Vesical.- Incontinencia o retención. Fecha de inicio y evolución.

Rectal.- Incontinencia o retención. Fecha de inicio y evolución.

FUNCIONES MENTALES

120. ANSIEDAD

Se define como tensión emocional, aprensión, inquietud, sensación de peligro sin que exista causa evidente para ello. Es uno de los síntomas psicológicos más frecuentes y es equivalente, con diferencia de grado, con la angustia.

121. DEPRESION

Es la experiencia subjetiva de tristeza, infelicidad y falta de esperanza. El paciente difícilmente experimenta la sensación de placer durante el estado de depresión y no raramente se contemplan actitudes suicidas. Es un fenómeno clínico muy frecuente; puede ser primario, por problema psiquiátrico o secundario a diversos padecimientos orgánicos o a la acción de ciertas drogas.

122. ORIENTACION

Es la determinación consciente de la propia posición con respecto a espacio, tiempo y a la identificación de sí mismo, o sea las tres esferas que deben investigarse en todo paciente. Alteraciones de cualquiera de estos conceptos ponen de manifiesto la pérdida de la percepción relativa que puede deberse a problemas psiquiátricos, lesión orgánica, aterosclerosis, senilidad, etc.

123. ATENCION

Entre los trastornos de la conciencia están los relacionados con los de la atención que es la reacción consciente, selectiva, por medio de la cual el sujeto examina el mundo externo y extrae datos útiles, para lo cual se requiere cierta agilidad o viveza elemental.

La fatiga, las intoxicaciones y padecimientos orgánicos tienden a disminuir esta disposición. La incapacidad para mantener la atención se define como distractibilidad.

124. ALUCINACIONES

Son percepciones que ocurren sin objeto por no existir - impulso creado por la estimulación de un receptor o sea, que es una imagen real que surge del interior del paciente.

125. MEMORIA

Memoria es la capacidad mental de almacenamiento de datos, información e imágenes a lo largo de la existencia de un individuo que es fundamental para el aprendizaje y como mecanismo de protección instintiva del individuo.

Los trastornos de la memoria son propios de estados demenciales como la senilidad, el síndrome de Alzheimer, esquizofrenia, etc. En el anciano es frecuente la pérdida paulatina de la memoria para hechos recientes con preservación de la memoria de hechos antiguos. Se pierde la capacidad de recordar hechos recientes, de aprender nuevos conocimientos, olvido de citas o personas e incapacidad para retener datos; por el contrario puede existir memoria fresca de hechos ocurridos en la infancia o juventud del paciente.

126. LENGUAJE

Es la comunicación verbal a través de la palabra hablada, capacidad que se adquiere y forma desde los primeros años de la vida.

Los trastornos del lenguaje pueden ser congénitos o adquiridos; en estos últimos se pueden descubrir manifestaciones de conflicto, la expresión de emociones ocultas y formas sutiles de esconder dichas emociones. Otras veces son manifestaciones de padecimientos orgánicos cerebrales manifestados por disartria, afasia, etc., o expresión de enfermedades metabólicas como el coma hepático.

127. SUEÑO

El sueño es un elemento fundamental de carácter físico y psicológico en la vida de los individuos. Es un factor reparador de energía y base indudable de equilibrio físico y mental.

Sus alteraciones pueden ser en un sentido u otro, o sea, por falta o por defecto; la falta conocida como insomnio es propio de ciertas edades o circunstancias psicológicas; el exceso puede ser manifestación de anemia, debilidad, de alteraciones orgánicas o metabólicas.

Entre los trastornos del sueño se consideran como causas la inquietud, las pesadillas, terrores nocturnos y el sonambulismo.

SINTOMAS GENERALES

128. FIEBRE

Se define a la fiebre como un síndrome caracterizado por hipertermia (temperatura corporal por arriba de 37°C.), taquicardia, malestar general, intranquilidad o estupor, cefalea y calosfrío.

129. ADINAMIA

Es la disminución de la fuerza muscular.

130. ASTENIA

Sensación de debilidad generalizada con fatiga fácil con el deseo intenso de estar acostado.

Es un síntoma que es muy frecuente en padecimientos infecciosos, diabetes, anemia e insuficiencia renal; es -- muy común en el período prodrómico de la hepatitis infeciosa.

131. AUMENTO O DISMINUCION DE PESO

La obesidad es uno de los factores que participan en la morbilidad y mortalidad de muy diversas patologías de la

población. Las circunstancias que cursan con aumento de peso pueden incluir factores hereditarios, psicológicos, neurológicos, endócrinos y hábitos dietéticos.

La pérdida de peso puede estar en relación con alimentación insuficiente, catabolismo patológico que puede deberse a infecciones crónicas, sistémicas (tuberculosis), padecimientos neoplásicos e insuficiencia hepática. Puede relacionarse con hipertiroidismo, enfermedad de Addison, diabetes mellitus, etc. Puede tener relación con alteraciones neuropsiquiátricas como la anorexia nerviosa y la depresión, o con padecimientos que afectan al aparato digestivo en su proceso de absorción intestinal.

132. MODIFICACIONES DEL APETITO

Pueden ser por aumento o disminución.

La polifagia (asociada con polidipsia y poliuria) es un dato clásico de la diabetes mellitus.

La anorexia de frecuente observación se presenta en casos de desnutrición, padecimientos febriles, hepatopatías agudas y crónicas, insuficiencia renal, etc. Existen casos de anorexia por problemas psicológicos en neuróticos o psiconeuróticos y en la llamada "anorexia nerviosa" cuya etiología se desconoce.

Terapéutica empleada.- Se anotarán todos y cada uno de los medicamentos utilizados por el paciente, haciendo hincapié en el nombre del medicamento, cuándo se utilizó por cuánto tiempo, por qué vía y a qué dosis.

EXPLORACION FISICA

133. PESO ACTUAL

Guarda relación con estatura, edad, sexo y con la superficie corporal. Se mide en kilogramos. Tiene importancia clínica si se observan desviaciones de más o de menos, respecto al peso ideal (obesidad, desnutrición, etc.)

134. PESO IDEAL

Es importante siempre calcular el peso ideal del paciente ya que así podemos identificar si existe alguna patología. Para obtener el peso ideal podemos ayudarnos con la regla de Brocca, esta regla indica que el peso es igual a las dos últimas cifras de la talla del individuo, por ejemplo: talla de 1,70 m. su peso promedio será de 70 Kg.

En niños de 2 a 10 años, la regla será multiplicada por 2 la edad en años y sumarle 8, por ejemplo: un niño de tres años, pesará 14 kg. ($3 \times 2 = 6 + 8 = 14$).

135. ESTATURA

Es el resultado de factores genéticos y nutricionales y puede haber problemas de crecimiento como resultado de condiciones patológicas tales como anomalías congénitas o adquiridas.

136. PULSO

Frecuencia: la frecuencia normal está entre 75 y 80 pulsaciones por minuto.

Diferentes tipos de pulso que frecuentemente encontramos en la práctica médica puede tener significación clínica.

Pulso alternante de Traube: se encuentra en padecimientos

que afectan la fibra estriada del corazón de causa nutricional, tóxica, infecciosa tóxica o de generativa.

Pulso saltón (tipo Corrigan): Lo observamos en la insuficiencia aórtica.

Pulso capilar o pulso de Quincke: se presenta también en la insuficiencia aórtica.

Pulso de la estenosis aórtica: se presenta por alargamiento de la sístole ventricular y aparece momentos después del latido de la punta.

Pulso paradójico de Kussmaul: se presenta en la pericarditis constrictiva.

137. TEMPERATURA

La temperatura corporal normal oscila entre 36 y 37°C., se modifica poco en las 24 horas llegándose a obtener variaciones hasta de 2 a 10 décimas de grado. Puede haber disminución de la temperatura en ciertos estados patológicos que cursan con metabolismo basal bajo, por ejemplo desnutrición, hipotiroidismo e insuficiencia hipofisaria, o elevación como en el hipertiroidismo, infecciones neoplasias, etc.

138. RESPIRACION

A la respiración se le investiga:

Tipo: puede ser costal superior o tipo diafragmático. Dependiendo de edad, constitución física o condiciones patológicas.

Amplitud: se deberá considerar la amplitud o extensión de los movimientos respiratorios.

Frecuencia: 16 por minuto en condiciones normales.

Ritmo: dentro de las alteraciones más frecuentes del ritmo están las siguientes: taquipnea (aumento en el número de movimientos respiratorios) se presenta en esfuerzos, emociones, insuficiencia respiratoria, etc.

Respiración de Cheyne-Stokes: se presenta en diversas cardiopatías, arterioesclerosis, uremia, intoxicación medicamentosa (ácido acetilsalicílico, barbitúricos, etilismo agudo) y en la anemia grave.

Respiración de Biot: se presenta en enfermedades infecciosas de las envolturas del cerebro, por ejemplo meningitis, meningoencefalitis, etc.

139. PRESION SANGUINEA

Es variable según edad, sexo y ciertas condiciones patológicas. En el sujeto adulto normal es de 120/80 mm Hg. Es un signo clínico que siempre se investigará de rutina en todos los pacientes sin importar la edad o el sexo. Las modificaciones que sufra la tensión arterial junto con otros signos clínicos servirá para sospechar hipertensión, cardiopatías, padecimientos renales y otras.

INSPECCION GENERAL

Dentro de las particularidades de orden general están: sexo, edad aparente, integridad y constitución física, actitud somática y postura, facies, estado nutricional, marcha, movimientos y actitud psicológica.

140. ACTITUD SOMATICA

Los enfermos adoptan instintivamente la que hace su mal más llevadero. Es necesario especificar si el paciente tiene una actitud libre o forzada por el padecimiento que presenta.

141. FACIES

La expresión de la cara es determinada por las modificaciones que en ella imprimen las enfermedades, por ejemplo: facies hipocrática, facies dolorosa, ansiosa, depresiva, agónica o renal, tiroidea, hepática o parkinsoniana, según la enfermedad causal.

142. BIOTIPO

Desarrollo corporal dependiente de la relación morfológica en sus segmentos. Para efectos de la clínica diaria se consideran tres biotipos que son: longilíneos (altos y delgados), brevilíneos (bajos y gordos) y normolíneos (intermedio entre los anteriores)

143. ESTADO NUTRICIONAL

El estado nutricional de un organismo se refleja en todas sus funciones y sus deficiencias. Actualmente la valoración del estado nutricional se divide en tres grandes capítulos:

- I. Somatometría corporal
- II. Mediciones bioquímicas
- III. Respuesta inmunológica

144. COLORACION DE LA PIEL

La palidez transitoria generalizada puede ser consecuencia del influjo emocional, hipovolemia o choque, etc., - la palidez generalizada persistente es propia de las anginas graves, de la fiebre reumática, de las infecciones crónicas, de la hipertensión maligna, de los procesos neoplásicos y de la insuficiencia renal crónica. La palidez circunscrita puede ser debida a procesos vasculares arteriales obstructivos como trombosis arterial o procesos espasmódicos como el síndrome de Raynaud, a despig-

mentación de la piel o infecciones locales. La coloración rubivonda cutánea generalizada puede deberse a estado emocional transitorio como pudor o ria, esfuerzos corporales violentos, enfermedades febriles, intoxicaciones agudas (intoxicaciones por monóxido de carbono), hiperglobulina (aumento de la cantidad de hemoglobina en sangre que se denomina plétora) y policitemia. La coloración rubicunda circunscrita puede ser debida a diversos factores locales o sistémicos.

Coloración ictérica.

Coloración cianótica.

C A B E Z A

145. FORMA Y VOLUMEN DEL CRANEO

Debemos reconocer tres tipos de cráneo principalmente: normocéfalo, dolicocéfalo y braquicéfalo. Se buscarán deformaciones del cráneo (hundimientos y exostosis).

El volumen pequeño del cráneo (microcefalia) se debe a la osificación temprana de las suturas craneales produciendo dificultad en el desarrollo del sistema nervioso central y a su vez deficiencias mentales y retardo en el aprendizaje.

La macrocefalia es resultado de hipertensión intracraneana congénita o adquirida antes de que las suturas craneales se fusionen.

146. PELO

Al pelo se le estudia implantación, color, cantidad y textura. Presencia de padecimientos locales, infecciosos micóticos y parasitarios.

En algunos padecimientos sistémicos la caída del pelo -- como manifestación secundaria (trastornos psiquiátricos, desnutrición, quimioterapia del cáncer, radiaciones, - - etc.). Observar las alteraciones de su calidad que se -- presentan en la desnutrición y en algunas enfermedades -- metabólicas.

147. CEJAS

Es importante observar la pérdida del pelo de la ceja -- (alopecia supraciliar) ésta puede ser total o parcial; - si es total se encuentra en hipopituitarismo, enfermedad de Simmonds, mixedema; hemiatrofia-facial o sífilis. Si es parcial, en sífilis, mixedema, lepra, queratosis pilar e intoxicación por talio.

148. PÁRPADOS

Se les estudia simetría, implantación de las pestañas y movilidad. La presencia de edema palpebral unilateral es secundaria a padecimientos locales (blefaritis, conjuntivitis, etc.). Cuando es bilateral es secundario a padecimientos generales (desnutrición, enfermedad renal, o enfermedad cardíaca, etc.)

Si existe parálisis o ptosis palpebral unilateral se debe a lesión del nervio motor ocular común o del facial. Cuando es bilateral se encuentra en miastenia gravis o en el síndrome de Horner.

149. OJOS

Se les estudia simetría, movimientos, grado de humedad, estado conjuntival, córnea, iris, pupilas y tono ocular.

La conjuntiva es la membrana mucosa que cubre la porción posterior de los párpados y la anterior de la esclerótica, está permanentemente humedecida por la secreción la-

grimal, como mecanismo de protección permanente. Existen casos de ausencia de lágrimas que propician irritación y lesiones conjuntivales y corneanas. En los casos de exceso de lagrimeo (epfora) se deben a problemas inflamatorios o mecánicos de las vías lacrimales.

La esclerótica es la porción blanquecina del ojo, representa una cubierta resistente y que junto con la córnea forma la capa protectora externa del ojo.

La córnea es la porción transparente de la cubierta externa del ojo, que forma la pared anterior de la cámara anterior y está recubierto por la conjuntiva. Las lesiones más frecuentes son cicatrices (nube), úlceras, cuerpos extraños, pterigiones y vascularización.

El iris es la membrana circular coloreada suspendida por detrás de la córnea e inmediatamente por delante del cristalino. Por medio del oftalmoscopio se pueden descubrir trastornos tales como tumores, nódulos, anomalías pigmentarias y sinequias. La pupila no es más que el orificio redondeado en el centro del iris, asiento de los reflejos oculares.

150. REFLEJOS PUPILARES

Las alteraciones en la pupila (midriasis o miosis) pertenecen al conjunto de padecimientos de los nervios craneales (II y III) y del simpático cervical. Los reflejos -- que se estudian son principalmente: reflejo fotomotor, reflejo consensual y reflejo de acomodación o motomotor.

La ausencia de uno o todos los reflejos indicarán alteraciones de los nervios craneales II, III y IV y del simpático cervical.

151. AGUDEZA VISUAL

La determinación de la agudeza visual debe ser parte de un examen rutinario en todos los pacientes. El método habitual para estudiar la agudeza visual es por medio de cartillas especiales con letras de prueba. Los trastornos más frecuentes que encontramos a este respecto son la miopía, hipermetropía y presbicia, que conforman los llamados vicios de refracción.

152. FONDO DE OJO

El examen del fondo ocular incluye la inspección del disco óptico, de la mácula, de la retina, de los vasos retinianos, de la coroides y de la esclerótica.

153. ICTERICIA CONJUNTIVAL

Se presenta en hepatopatías, obstrucciones biliares e ictericias pre-hepáticas.

154. NARIZ

A la nariz se le estudiará principalmente forma, volumen y estado de la superficie, así como la exploración de las fosas nasales que permite comprobar si hay o no permeabilidad de las vías aéreas superiores, estado de la mucosa, presencia de secreciones anormales (catarro, pus, etc.) o la presencia de ulceraciones o lesiones sangrantes, pólipos, etc.

La exploración armada permite identificar tamaño y situación de cornetes, hipertrofia de los mismos, etc.

La epistaxis puede ser uni o bilateral; los padecimientos que cursan con epistaxis son aquellos que afectan la médula ósea (hiperplasia medular, leucemia, púrpura), otros como son hipertensión arterial primaria o secundaria, infecciones (fiebre reumática, fiebre tifoidea), --

pólipos y tumores nasales y fracturas del piso anterior de la base del cráneo.

155. LABIOS

El color de los labios puede cambiar por procesos locales o generales que actúan aumentando o disminuyendo los pigmentos de la sangre, de las vías biliares y de substancias tóxicas. Coloración pálida se observa en desnutridos, anémicos, síndrome nefrótico, mixedema. Coloración amarillenta se observa en insuficiencia hepática, ictericia obstructiva, e ictericia prehepática. Coloración violácea en insuficiencia respiratoria, aguda o crónica, insuficiencia cardíaca y síndrome de Addison. La coloración rojiza la observamos en traumatismos, infecciones locales y poliglobulinas. Manchas oscuras en labios o en mucosa bucal puede sugerir pólipos del tipo de Peutz-Jaeger.

156. ENCÍA Y DENTADURA

La encía normal es sonrosada y no sangrante, el sangrado de la encía puede ser debida a gingivitis crónica, deficiencias vitamínicas, discrasias (púrpura trombocitopénica, aplasia medular, hemofilia) y procesos mieloproliferativos (leucemias). Puede existir secreción gingival purulenta como sucede en la parodontitis.

Debe investigarse la presencia de adoncia total o parcial así como su alineamiento y forma de los dientes, existencia de caries, infecciones de piezas dentales que son poco activos de padecimientos infecciosos del tipo de la fiebre reumática, glomerulonefritis, artritis reumatoidea, endocarditis bacteriana, etc. Los dientes de Hutchinson es un defecto congénito atribuido a la sífilis.

157. LENGUA

Se estudia estado de la superficie, movilidad, presencia de placas o lesiones blanquecinas, infecciones por cándida, etc. La lengua despulida es propia de la desnutrición o hipovitaminosis. La lengua saburril es propia de padecimientos infecciosos. A la región sublingual se le estudia la coloración de la mucosa, desembocadura de los conductos de Warthon en la base del frenillo de la lengua nodulaciones, tumoraciones o cálculos de las glándulas submaxilares.

La región palatina se revisará en busca de infecciones o bien cualquier tipo de estomatitis (gomas, neoplasias, etc.).

158. AMIGDALAS

Frecuentemente sufren modificaciones en su forma, color, tamaño y en su superficie por infecciones, supuraciones, etc. Recordar que las amígdalas crípticas son focos de infección crónica. Para hacer diagnóstico diferencial entre amigdalitis hipertrófica y tumores de la región tonsilar se hará palpación de estos órganos adenoides.

159. FARINGE

Es frecuente asiento de irritaciones o infecciones virales o bacterianas. Tiene una red linfática rica que constituye la capa linfática de Valdeyer que suele aparecer hipertrófica en estos casos.

160. PIEL

Ver piel.

161. OIDOS

La exploración de oído externo incluye pabellón auricu-

lar, conducto auditivo externo profamente y la parte externa de la membrana timpánica. Recordar que son asiento frecuente de lesiones cutáneas, bacterianas, micóticas o parasitarias; con frecuencia el conducto auditivo externo puede ser obstruido por tapón de cerúmen o cuerpo extraño y que interfieren en la audición normal y en algunos casos pueden desarrollar vértigo.

Es importante revisar la coloración de la membrana timpánica; una coloración amarillenta es debida a acumulación de serosidad en oído medio. El color blanco sucio corresponde a procesos infecciosos, y la coloración rojo púrpura es secundaria a infecciones del oído medio.

La sordera total es secundaria a procesos infecciosos -- (encefalitis, escarlatina, sarampión), fracturas de la base del cráneo y administración de antibióticos por largo tiempo o en dosis elevadas (kanamicina, estreptomycina, etc.).

La sordera parcial es debida a procesos locales como otomastoiditis aguda o crónica, cuerpos extraños en conducto auditivo externo, otosclerosis. La falsa sordera se observa en taponamiento por cerúmen, trastornos mentales, deficiencia mental y afasia auditiva congénita.

C U E L L O

162. FORMA Y MOVIMIENTOS

Dimensiones del cuello (cuello corto se observa en el cretinismo, enfermedad de Morquio, gargolismo y síndrome de Klippel-Feil). El aumento de volumen de la cara anterior del cuello casi siempre es secundario a procesos neoplásicos, metabólicos o infecciosos de la tiroides y paratiroides.

La deformación de la cara lateral del cuello es debida a crecimientos ganglionares (tuberculosis, rubéola, leucemia, linfosarcoma, enfermedad de Hodgkin) y crecimiento de los vasos del cuello (ingurgitación venosa, fistula arteriovenosa).

Los movimientos del cuello pueden estar limitados en la adenitis cervical, costilla cervical, traumatismos del cuello o procesos inflamatorios. La rigidez del cuello es un signo neurológico y aparece en procesos inflamatorios de las meninges, poliomielitis, tétanos, encefalitis y traumatismos cerebrales y hemorragia cerebral.

163. VASOS

La ingurgitación yugular es un signo que aparece cuando existe aumento de la presión venosa en el sistema de las cavas. La trombosis de la vena cava superior, pericarditis o insuficiencia del corazón derecho son padecimientos que cursan con ingurgitación yugular.

Las venas del cuello ingurgitadas son gruesas, distendidas, que pueden tener pulsaciones visibles, aumentando su llenado en decúbito dorsal y disminuyendo con la posición erecta o semisentado. La ausencia del pulso de cualquier de las carótidas puede indicar obstrucción.

Puede palparse "Thrill" o auscultarse un soplo en cualquiera de los vasos del cuello, secundario a aneurismas arteriovenosos, hipertiroidismo o estenosis aórtica.

164. GANGLIOS

Al explorar las cadenas ganglionares del cuello se buscará la presencia de adenopatía. Son múltiples las causas que pueden ocasionar infartación ganglionar, las más frecuentes son: caries, gingivoestomatitis herpética, sinu-

sitis, tuberculosis y neoplasias. Si todas las cadenas ganglionares del cuello se encuentran crecidas o infartadas, se deberá de pensar en un padecimiento generalizado como la leucemia, rubéola, mononucleosis infecciosa o enfermedad de Hodgkin.

165. TIROIDES

En la exploración de la glándula tiroides se precisará su tamaño, consistencia, dolor, desplazamiento durante la deglución, nodulaciones, tumoraciones, "Thrill", adenopatías y obstrucción traqueal.

166. TRAQUEA

A la inspección se observarán los movimientos que sufre durante la deglución, ya que la falta de movilidad puede indicar enfisema broncogénico o un proceso infiltrativo del mediastino (linfoma, tumor broncogénico y aneurisma aórtico).

T O R A X

167. FORMA, PARED, VOLUMEN Y MOVIMIENTOS

Clinicamente se han señalado diferentes tipos de tórax en condiciones normales:

Longilíneo	-	(Ectomórfico)
Brevilíneo	-	(Endomórfico)
Normolíneo	-	(Mesomórfico)

Cualquier modificación que sufra la cavidad torácica -- puede ser secundaria a padecimientos osteomusculares, - pleuropulmonares o mediastinales.

a). Modificaciones generales del tórax (las más frecuentes).

Tórax enfisematoso. Conocido también como tórax en tonel, globoso, en barril y tórax en inspiración permanente.

Tórax paralítico. Conocido también como tórax aplanado, tísico o tórax en espiración permanente. Se observa en desnutrición avanzada y en enfermedades caquectizantes (infecciones crónicas o neoplasias, tuberculosis pulmonar).

Tórax raquíptico. El carácter fundamental es el rosario costal y las deformaciones del tórax.

Tórax cifoescoliótico. Se observa en la enfermedad de Pott, traumatismos de la columna dorsolumbar y congénito.

b). Modificaciones localizadas a un hemitórax.

Abombamiento. Por lesiones pulmonares (enfisema vicariante o enfisema hipertrófico, tumores pulmonares, neumonías basales). Por lesiones pleurales (síndrome de condensación pleural, derrame pleural y empiema).

Retracción. Lesiones pleurales (cualquier proceso infeccioso, traumático, degenerativo o neoplásico que pueda provocar engrosamiento de las hojas pleurales (paquipleuritis).

Lesiones pulmonares (fibrosis, tuberculosis pulmonares, resecciones pulmonares y costales).

c). Modificaciones parciales.

Abombamiento. Por enfisema subcutáneo, edema de la

piel, lipomas. Lesiones osteomusculares (fracturas - costales, miositis, procesos inflamatorios de las ar ticulaciones condroesternales, fracturas vertebra- - les).

Retracción. Por lesiones parietales (fracturas o re- secciones de las costillas, deformaciones óseas pos- traumáticas, atrofiás musculares). Lesiones pleura- les (pleuritis hemorrágica, pleuritis reumática, - - pleuritis neoplásica). Lesiones pulmonares (esclero- sis pulmonar, tuberculosis).

168. GLANDULAS MAMARIAS

Forma y volumen.- Las mamas hipertróficas pueden depen- der de embarazo, obesidad o edema y administración de es trógenos. La asimetría de los senos pueden deberse a - - abscesos, quistes y tumores.

Estado de la superficie. Son muy frecuentes las infeccio- nes superficiales (moniliasis del pezón y del surco in- framamario) y profundas (mastitis) la "piel de naranja" sugiere neoplsias y las lesiones superficiales del pezón (grietas) y las más profundas (fisuras) aparecen los pr imeros días del puerperio.

Palpación. La fijación a planos profundos debe sugerir - neoplasia o adherencia por procesos infecciosos cróni- - cos. La glándula mamaria es ligeramente nodular, por lo uqe se buscarán siempre masas de consistencia dura y fi- jadas en la parte más profunda. Se hará palpación de las cadenas ganglionares regionales.

Secreciones del pezón. Los tipos más frecuentes de secre ción del pezón son: lechosa, grumosa, purulenta, acuosa,

serosa, serosanguinolenta y hemorrágica.

- a). Secreción lechosa o galactorrea: siempre es bilateral, espontánea, persistente y no relacionada con el puerperio. Es un líquido amarillento, viscoso, coagulable y en cantidad variable.
- b). Secreción purulenta: se presenta en la mastitis puerperal aguda, mastitis crónica de la lactación y en los abscesos generales del seno.
- c). Secreciones serosas, serosanguinolentas y hemorrágicas: son las más frecuentes; se han reportado en papiloma intraductal, cáncer mamario, enfermedad fibroquística, dilatación avanzada de los conductos y en la hiperemia durante el embarazo así como en los senos notablemente ingurgitados.

Examen de la mama masculina. Son múltiples las anomalías que se encuentran en la mama masculina, dentro de las más frecuentes se incluyen la mastitis quística crónica, cáncer y ginecomastia.

La ginecomastia es muy frecuente y las causas son muy variadas; durante la pubertad es bilateral, y se manifiesta por hinchazón blanda, dolorosa a la presión. La ginecomastia con hiperpigmentación es secundaria a la administración de grandes dosis de estrógenos que son tomados por los hombres para el tratamiento del carcinoma prostático.

EXPLORACION DEL CORAZON

El choque de la punta se localiza en el 5º espacio intercostal izquierdo sobre la línea medio clavicular. Su desplazamiento - se debe a crecimiento cardíaco: hacia abajo, por crecimiento - del ventrículo izquierdo y hacia afuera, por crecimiento del - derecho. Puede también desplazarse a causa de padecimientos me diastinales y pleuropulmonares.

169. ALTERACIONES DE LA FRECUENCIA Y DEL RITMO

La frecuencia normal es variable, se encuentra entre 60 y 80 por minuto. El deportista de alto rendimiento puede bajar hasta 40 por minuto en reposo. En el síndrome de - Stokes-Adams y en pacientes que reciben beta bloqueado- res, la frecuencia puede ser muy baja.

Las arritmias cardíacas pueden deberse a trastornos en - la formación de impulsos (bradicardia sinusal, arritmia sinusal, aleteo, fibrilación auricular o fibrilación ven tricular). O alteraciones en la conducción (bloqueo car- díaco sinoauricular, bloqueo auriculoventricular, y blo- queo de rama),

Entre las alteraciones del ritmo se encuentran la extra- sistolia, que puede ser normal en jóvenes y deportistas, la taquicardia sinusal, taquicardia paroxística, flutter y fibrilación auricular, taquicardias ventriculares y -- trastornos de la conducción A-V.

170. RUIDOS CARDIACOS

Los ruidos cardíacos normales pueden estar alterados en su intensidad; cuando la fuerza del corazón está dismi- nuida por choque, insuficiencia cardíaca o alguna otra - causa, los ruidos se escuchan débiles o apagados. Las le

siones valvulares pueden aumentar o disminuir la intensidad de los ruidos cardíacos (estenosis mitral, estenosis aórtica).

El desdoblamiento de los ruidos corresponde a alteraciones del sistema de conducción eléctrica del corazón como sucede en el bloqueo de rama y se debe al cierre asincrónico de válvulas.

171. RUIDOS AGREGADOS

Los soplos cardíacos son ruidos que se agregan al ciclo normal del corazón, y que se presentan en los sitios donde el flujo, normalmente laminar de la sangre, se hace turbulento.

Deben investigarse las siguientes características de los soplos:

- a). Sitio de máxima auscultación e irradiación del soplo.
- b). Influencia de los movimientos respiratorios y el ejercicio sobre el soplo.
- c). Calidad e intensidad del soplo.
- d). Ubicación del soplo en el ciclo cardíaco.

Pueden ser causados por insuficiencia o estenosis de las válvulas o defectos congénitos y procesos inflamatorios del endocardio.

172. EXPLORACION BRONCOPULMONAR

Se estudiarán los ruidos respiratorios normales, la transmisión de la voz, la presencia de soplos (estridor laríngeo), y la de ruidos adventicios (estertores traqueobronquiales, bornquialveolares y frotos).

ABDOMEN

173. FORMA Y VOLUMEN

Existen tres diferentes tipos patológicos del abdomen: - abdomen globoso, abdomen en batracio y abdomen en batea:

Abdomen globoso. Se presenta si existe una causa que pro-
voque aumento de la presión intraabdominal. Si la pre-
sión dentro del abdomen es muy marcada puede llegar a --
provocar protrusión de la cicatriz umbilical; si persis-
te o aumenta la presión intraabdominal puede favorecer -
la formación de hernias umbilicales. Esta variedad de ab-
domen se observa en el embarazo, tumoraciones intraabdo-
minales, quistes gigantes del ovario, ascitis libre, - -
fleo paralítico o tumoraciones retroabdominales.

Abdomen en batracio. Se presenta esta variedad cuando se
pierde el tono de los músculos anterolaterales del vien-
tre y la presión intraabdominal o de las vísceras vence
la resistencia. Este tipo de abdomen se observa en los -
ancianos, obesos, embarazo a término (multíparas), tumo-
raciones intraabdominales y en casos de pacientes cirró-
ticos con ascitis.

Abdomen en batea. Es consecutiva a pérdida del tejido -
celular y de las masas musculares. Las salientes óseas -
se acentúan, la piel se torna seca y lisa y los pliegues
cutáneos se hacen más acentuados; la cicatriz umbilical
se encuentra retraída. Este tipo de abdomen se observa -
en la desnutrición, neoplasias avanzadas, infecciones --
crónicas y procesos degenerativos en general, procesos -
caquetizantes.

174. PARED

Se pueden presentar alteraciones cutáneas de la pared abdominal por causas locales o sistémicas.

175. HERNIAS

Se denomina hernia a la salida del contenido abdominal a través de un orificio natural (ombligo, canal inguinal, crural).

Hernia umbilical. Protrusión a través del orificio umbilical dilatado del contenido abdominal, puede ser epiplón o intestino.

Hernia de la línea blanca. Generalmente es de grasa subperitoneal, produce mucho dolor, se encuentra en la línea media entre el ombligo y la punta del esternón.

Hernia inguinal. Se produce a través de los orificios inguinales, puede ser directa o indirecta. Reducible o no. Su tamaño es muy variable; su contenido puede ser intestino delgado, colon, vejiga, o epiplón. Debe explorarse tanto en decúbito como de pie.

Hernia Crural. Se produce a través del orificio crural, se dirige hacia el muslo, es más frecuente en mujeres que en hombres. Puede ser reducible o no. Su tamaño generalmente es pequeño. Difícil de diagnosticar en personas obesas.

Eventración. Se produce a nivel de cicatrices quirúrgicas de operaciones previas o de diastasis de los músculos rectos del abdomen.

176. HIGADO

La palpación es el procedimiento que mayor número de signos nos aporta en la exploración del hígado. Se le estudia tamaño, consistencia, estado de la superficie (liso, rugoso, nodular), sensibilidad y movilidad. En la cirrosis, el borde anterior es cortante, de consistencia dura, no doloroso, se palpan nodulaciones de forma y tamaño variable y se desplaza con los movimientos respiratorios.

Percusión. Por medio de la percusión se delimita el área hepática. A través de este procedimiento se podrá demostrar si el hígado conserva su tamaño, está disminuido o aumentado.

177. BAZO Y RINON

Bazo. Normalmente el bazo no es palpable, el bazo palpable generalmente es indicativo de problema clínico que requiere aclaración. Son diversos los factores que pueden provocar crecimiento del bazo.

Las principales causas que originan aumento de este órga no son:

- a). Cirrosis hepáticas: por obstrucción de la circulación portoesplénica.
- b). Infecciones: septicemias, endocarditis bacteriana, mononucleosis infecciosa.
- c). Metabólicas: hemosiderosis, amiloidosis, porfiria, galactosemia.
- d). Hematológicas: anemia hemolítica, esferocitosis, anemia de Cooley, leucemias.

e). Neoplasias; linfosarcoma, sarcoma celular, reticulares, etc.

f). Otras: insuficiencia cardíaca congestiva, pericarditis constrictiva, policitemia vera.

Riñón. La exploración de la región lumbar puede ser útil para descubrir la presencia de patología renal, particularmente de cuadros inflamatorios como en la pielonefritis crónica o el absceso perirrenal. En los padecimientos inflamatorios renales o de las vías urinarias altas la maniobra de puño-percusión es dolorosa, pero también puede ser positiva esta maniobra cuando existe inflamación de las masas musculares.

178. DOLOR

Durante la exploración manual del abdomen es posible comprobar la presencia del dolor relatado por el paciente o bien durante la palpación profunda originar este signo cuyo sitio, intensidad y características puede orientar al clínico a identificar el órgano involucrado. Con este propósito y por razones prácticas se ha acostumbrado a dividir el abdomen en cuadrantes que se identifican como: superior e inferior, derechos e izquierdos.

En el cuadrante superior derecho (CSD), los cuadros dolorosos pueden deberse a patología hepatobiliar, gastroduodenal, pancreática o renal derecha.

En el cuadrante superior izquierdo (CSI) suelen expresarse órganos como páncreas, colon izquierdo, bazo, riñón izquierdo.

En el cuadrante inferior derecho (CID) el dolor puede --

ser originario en región ileocecal, apéndice, ovario derecho, uréter y riñón derechos.

En el cuadrante inferior izquierdo (CII) se expresan órganos como el colon izquierdo, uréter, riñón y ovario izquierdos.

El epigastrio suele ser el sitio donde se irradia el dolor de diversas vísceras abdominales: vesícula, apéndice, ovario, estómago, intestino, colon, etc.

179. TUMORACIONES

A toda tumoración que se encuentra en el abdomen, se le estudiarán las siguientes características: sitio, forma, sensibilidad, consistencia, tamaño, desplazamientos que sufre con los movimientos respiratorios, caracteres de su superficie, y su relación con los órganos abdominales.

180. ASCITIS

Es la presencia de líquido acumulado en la cavidad peritoneal, puede llegar a tener gran volumen observándose tensión de la piel y la cicatriz umbilical sobresaliente.

181. RUIDOS INTESTINALES

Normalmente se escuchan a la auscultación los ruidos intestinales y la transmisión del latido aórtico. El ruido intestinal es un sonido grave, arrítmico, crepitante, -- que varía de intensidad de una región a otra, no tiene relación con los movimientos respiratorios y la frecuencia en la unidad de tiempo varía de una persona a otra.

182. TACTO RECTAL

El tacto rectal debe practicarse siempre. Su indicación precisa es la detección oportuna de lesión tumoral. Se podrán encontrar procesos locales como hemorroides, fisuras, abscesos, etc. y es de primordial utilidad en el diagnóstico de apendicitis aguda.

En la mujer el tacto rectal permitirá palpar el cuello uterino y detectar neoplasias en caso de que el tacto vaginal esté proscrito por la integridad del himen. A través del saco de Douglas, se identifican los anexos, tumoraciones anexiales, miomas y fibromas, colecciones del fondo de saco (hematocele pélvico), flemones de los ligamentos anchos, tumores intraligamentarios y abscesos, embarazo extrauterino y abscesos de trompas.

En el hombre se realiza para el estudio de próstata y vesículas seminales. En próstata se investiga tamaño, consistencia y presencia de nódulos.

DORSO Y EXTREMIDADES

183. PIEL Y FANERAS

Las enfermedades de la piel,

Lesiones elementales. Son los signos de las enfermedades de la piel, como las letras del alfabeto dermatológico, con ellas se construyen todas las entidades dermatológicas y de su identificación depende en buena parte el diagnóstico. Se dividen en primitivas y secundarias.

Las lesiones primitivas son:

1). Mancha. Simple cambio de color de la piel. Puede -- ser de tipo vascular y de tipo pigmentario. Entre -- las primeras tenemos: eritema o mancha congestiva -- que se borra con la presión (psoriasis, lupus erite-- matoso), mancha de tipo purpúrico o por extravasa-- ción, no se borra con la presión (petequias). Entre las pigmentarias tenemos las acrómicas por ausencia de pigmento (vitiligo), hipocrómicas por disminu-- ción de la melanina (pitiriasis alba) e hiperacrómi-- cas por aumento del mismo pigmento (melasma, Addi-- son). También tenemos manchas por depósito de sus-- tancias extrañas: tatuajes, carotenodermia, icteri-- cia.

2). Levantamientos circunscritos de contenido líquido. Dentro de éstos tenemos a:

a) Vesícula y ampolla. De contenido seroso, la vesí-- cula es de milímetros y la ampolla es mayor. El herpes simple da vesículas, el pénfigo ampollas.

b) Pústula y absceso. Son de contenido purulento. -- La pústula es de milímetros y la colección es -- siempre epidérmica, no tiene tendencia a dejar -- cicatriz si no se le maltrata (impétigo, acné), el absceso es mayor y más profundo, es dérmico, deja cicatriz (acné furunculosis).

3). Levantamientos circunscritos de contenido sólido -- (celular). Entre ellos tenemos:

a) Pápula. Lesión inflamatoria, resolutive (no deja cicatriz si no se le maltrata), de corta evolu-- ción, cuyo contenido es un infiltrado en dermis

y epidermis de polinucleares y linfocitos, ejemplo: acné, prurito, sífilis temprana.

b) Nódulo. Lesión inflamatoria no resolutive de larga evolución (meses o años) cuyo contenido es a base de células histiocitarias. Caracteriza las infecciones crónicas como lepra, tuberculosis y a las micosis profundas. Cuando el nódulo sufre un proceso de necrosis, se reblandece y abre al exterior recibe el nombre de goma (sífilis tardía, esporotricosis).

4). Levantamientos no precisos

a) Roncha. Lesión fugaz, pruriginosa, debida a un edema transitorio vasomotor de los vasos dérmicos. Caracteriza al síndrome urticaria.

b) Nudosidad. Lesión hipodérmica, más palpable que visible, dolorosa, de corta evolución debida a una vascularitis de los vasos hipodérmicos y un infiltrado de polimorfonucleares y linfocitos. Caracteriza al síndrome eritema nudoso (lepra, medicamentos, virus).

Las lesiones secundarias son:

1). Costra. Concreción de un exudado que se seca.

2). Escama. Desprendimiento en bloque de la capa córnea.

3). Escara. Desprendimiento de una zona necrosada de la piel.

4). Liquenificación. Enfrosamiento de la piel, marcados los pliegues losángicos, señal de rascado crónico.

- 5). **Ulceración.** Pérdida de sustancia. Cuando es sólo de las capas superficiales de la epidermis, no deja cicatriz y se llama erosión. Ejemplo: complejo de pier na.
- 6). **Atrofia.** Disminución de todas o algunas de las capas de la piel. La piel se ve adelgazada, con talangiectasias (lupus eritematoso, esclerodermia).
- 7). **Esclerosis.** Enrosamiento y endurecimiento de la piel a base del tejido conjuntivo (esclerodermia).
- 8). **Cicatriz.** Reparación de una solución de continuidad por tejido fibroso (acné, queloide).
- 9). **Verrugosidad.** Lesión seca, áspera, anfractuosa resultado de una hiperqueratosis y papilomatosis.
- 10). **Vegetación.** Lesión húmeda, anfractuosa, mal oliente debida a papilomatosis.

184. COLUMNA

Xifosis. Se observa engargolismo, enfermedad de Morquio, necrosis aséptica de los cuerpos vertebrales, tumores -- vertebrales, espondilitis, osteomielitis vertebral, padecimientos pulmonares crónicos, enfisema toracógeno, asma bronquial crónica) espondilitis anquilosante, fracturas vertebrales, de origen postural y xifosis en el adolescente.

Lordosis. Se presenta en raquitismo, distrofias musculares, poliomiелitis, espondilolistesis, espondilosis (desplazamiento de un cuerpo vertebral), acondroplasia, trastornos de la articulación de la cadera, múltiples.

Escoliosis. Pueden ser congénitas (hemivértebras, anomalías vertebrales con aplasia o fusión de las vértebras correspondientes) o ser secundarias a otros procesos -- morbosos de etiología diversa, raquitismo, poliomielitis, distrofia muscular, ataxia de Friederich, síndrome de Marfan, espondilitis tuberculosa, neurofibromatosis.

185. REGION CERVICAL

Los movimientos del cuello pueden estar limitados en -- uno o todos sus movimientos y las principales causas -- son: adenitis cervical, fiebre reumática, costilla cervical, traumatismo del cuello o procesos inflamatorios de las estructuras blandas del cuello y torticollis.

La rigidez del cuello es un signo neurológico que aparece en procesos infecciosos o degenerativos; se ha observado en hemorragia cerebral, poliomielitis, tétanos, encefalitis, meningitis, o traumatismos craneoencefálicos.

186. REGION DORSAL

Se debe valorar la movilidad de la región dorsal, se estudiará conjuntamente con los movimientos respiratorios y su disminución provoca trastornos en la mecánica pulmonar.

187. REGION LUMBAR

Se pueden encontrar a los lados de las apófisis espinosas una serie de nódulos, fibrolipomas y pelotones grasos dolorosos, se puede percibir dolor a la movilización de los cuerpos vertebrales por procesos degenerativos articulares.

188. REGION SACROCOXIGEAL

(La exploración se complementa con el tacto rectal). Con frecuencia se observa el quiste pilonidal. El coxis frecuentemente se lesiona por traumatismo.

189. EXTREMIDADES

La inmensa mayoría de las alteraciones del volumen son secundarias a procesos infecciosos, tumores, neoformaciones vasculares, traumatismos y enfermedades neurológicas.

El edema puede ser unilateral o bilateral; cuando es unilateral o localizado se debe generalmente a traumatismos, infecciones locales, insuficiencia venosa o linfática. Cuando es bilateral debe hacernos pensar en cirrosis, desnutrición, síndrome nefrótico, insuficiencia cardíaca y mixedema.

Se analizará la marcha, sentarse, escribir, levantarse u otro tipo de movimientos anotándose al final si los movimientos se encuentran conservados, disminuidos, abolidos, alterados o existen movimientos anormales.

190. MASAS MUSCULARES

Se investigarán antecedentes sobre la existencia de padecimientos congénitos musculares, traumatismos, enfermedades de la colágena del tipo de la dermatomiositis, y padecimiento de origen neoplásico.

191. OSTEOARTICULAR

En la exploración física del sistema osteoarticular se debe confirmar la integridad de huesos, articulaciones y sistema muscular, así como también la función normal de locomoción y movimientos.

192. CIRCULACION ARTERIAL DE LOS MIEMBROS

Las lesiones arteriales de los miembros pueden manifestarse precozmente por hinchazón, cambios de coloración de la piel, de temperatura, ausencia de pulsaciones y limitación de los movimientos.

Pulsos arteriales:

Radial.- El pulso radial muestra a veces arritmia completa, lo que traduce una fibrilación auricular.

Femoral.- El pulso femoral se investiga palpando en el punto medio entre la espina del pubis y la espina ilíaca anterosuperior por abajo del pliegue inguinal; su disminución indica obstrucción a su nivel por encima, es decir, de la ilíaca externa o de la ilíaca primitiva; si el pulso femoral está ausente en ambos lados, indica obstrucción de la aorta.

Popliteo.- Si no existe pulso femoral es muy remoto que exista pulso popliteo.

Pedio.- Se investiga en el dorso del pie por fuera del tendón del extensor del dedo grueso, en la parte proximal del canal que separa el primero del segundo metatarsiano; existe ausencia congénita del mismo en el 10% de los sujetos. Es importante investigarlo en el paciente diabético o cuando se sospeche insuficiencia arterial periférica.

193. CIRCULACION VENOSA DE LOS MIEMBROS

En los miembros inferiores se encuentra un sistema venoso profundo, un sistema venoso superficial y ramas comunicantes que unen al primero con el segundo.

194. REFLEJOS

Rotuliano.- También llamado patelar; da información acerca de la integridad funcional de los nervios espinales.

Aquiliano.

Babinski.- Debe diferenciarse cuidadosamente del reflejo plantar que se logra al estimular la zona media de la planta del pie. La respuesta completa consiste en la forsiflexión del primer ortejo al mismo tiempo que los demás se abren en abanico.

ESTUDIO DE SANGRE

195. COMPOSICION

Aproximadamente un adulto tiene 5 litros de sangre, que pueden ser separados en tres litros de plasma y 2 de células; el plasma es un líquido derivado de los intestinos y órganos del cuerpo, y las células de la médula ósea, éstas clasificadas en células blancas (leucocitos) y células rojas (eritrocitos) y plaquetas (trombocitos).

Los leucocitos (células blancas) se clasifican en:

- 1.- Granulocitos (Leucocitos granulares)
 - a) Neutrófilos
 - b) Eosinófilos
 - c) Basófilos

- 2.- Agranulocitos (Leucocitos agranulares)
 - a) Linfocitos
 - b) Monocitos

- 3.- Trombocitos o plaquetas

196. DESORDENES DE LA SANGRE

Los desórdenes de los glóbulos rojos están agrupados dentro -- del grupo de las anemias, debido a la reducción en la producción y destrucción de las células rojas y aumentos anormales - en las mismas en la sangre que son las Policitemias.

Los desórdenes de los glóbulos blancos puede ser el aumento de

ellos, denominado Leucocitosis ó disminución llamada Leucopenia.

Los diferentes tipos de glóbulos blancos pueden reflejar diferentes desórdenes; infecciones, leucemia, agranulocitosis, -- agranulocitopenia. La disminución de los trombocitos o plaquetas resulta en la Trombocitopenia, que puede manifestarse en hemorragia.

La biometría hemática completa es una prueba básica y es uno de los procedimientos más frecuentes ordenados. Los hallazgos de la B.H.C. proporciona valiosa información acerca del diagnóstico, pronóstico y tratamiento. La B.H.C. consiste en:

- Cuenta de glóbulos blancos
- Cuenta diferencial de glóbulos blancos
- Cuenta de glóbulos rojos
- Hematocrito
- Volumen corpuscular medio
- Concentración de hemoglobina
- Concentración de hemoglobina corpuscular

197. CUENTA DE GLOBULOS ROJOS
(cuenta eritrocitos)

Valores normales:

Hombre: 4.2 - 5.4 millones /cu mm.

Mujer: 3.6 - 5.0 millones /cu mm.

El procedimiento más usual en el momento presente para determinar el número de glóbulos rojos, es el método electrónico - automatizado.

SIGNIFICADO CLINICO

A) Valores disminuidos.

1. Anemias debido a:

- a) Disminución en la producción de glóbulos rojos.
- b) Aumento en la destrucción de glóbulos rojos
- c) Pérdida de sangre
- d) Dietas insuficientes de hierro, ciertas vitaminas especialmente B₆, B₁₂ y ácido fólico.

2. Padecimientos de la médula ósea.

- a) Enfermedad de Hodking
- b) Mieloma múltiple
- c) Leucemia
- d) Anemia perniciosa y hemolítica
- e) Lupus eritematoso
- f) Enfermedad de Addison
- g) Fiebre reumática
- h) Endocarditis

3. Valores aumentados.

- a) Policitemia Vera
- b) Policitemia secundaria
- c) Diarrea severa
- d) Deshidratación
- e) Envenenamiento agudo
- f) Fibrosis pulmonar
- g) Después y durante hemorragias

Hay factores intercurrentes que varían fisiológicamente los valores como son: ejercicio, edad, altitud, embarazo, medicamentos (gentamicina, metildopa, etc.)

Valores normales:

Hombre: 40% - 54%

Mujer: 37% - 47%

Recién nacidos: 50% - 62%

El propósito de esta prueba es determinar el espacio ocupado por el paquete de glóbulos rojos y se expresa como el porcentaje de glóbulos rojos en un volumen de sangre, separándolo de plasma de los G.R. por centrifugación. La sangre se obtiene por cualquiera de los métodos empleados con un anticoagulante.

SIGNIFICADO CLINICO

A) Valores aumentados.

- a) Policitemia
- b) Severa deshidratación
- c) Shock

B) Valores disminuidos.

- a) Anemia
- b) Leucemia
- c) Hipertiroidismo
- d) Cirrosis hepática
- e) Pérdida masiva de sangre
- f) Reacciones hemolíticas (transfusión por sangre incompatible. Reacciones químicas o drogas. Agentes infecciosos, válvulas protésicas cardiacas).

FACTORES INTERCURRENTES

La gente que vive a grandes alturas puede tener valores altos, de la hemoglobina. Disminuye el hematocrito en los hombres y mujeres después de los 50 años y varía con el sexo y la edad del individuo.

199.

H E M O G L O B I N A

Valores normales:

Mujer: 12 - 15 g/100 ml.

Hombre: 14 - 16,5 g/100 ml.

Recién nacido: 14 - 20 g/100 ml.

La hemoglobina es el componente principal de los eritrocitos, es un medio para el transporte del O_2 y CO_2 , está compuesta de aminoácidos que forman una proteína llamada globina, y un componente llamado "heme" que contiene hierro y el pigmento rojo porfirina se estudia en la sangre venosa utilizando el sistema automático electrónico.

SIGNIFICADO CLINICO

A). Disminución de valores:

- a). Anemia
- b). Hipertiroidismo
- c). Cirrosis hepática
- d). Reacciones hemotóxicas (transfusiones por sangre incompatible. Reacciones químicas y drogas. Infecciones, reacciones a agentes físicos (quemaduras, válvulas protésicas cardiacas).

- e). Enfermedad de Hodking
 - f). Leucemia
 - g). Linfoma
 - h). Lupus eritematoso sistémico
 - i). Carcinomatosis
 - j). Sarcoidosis
 - k). Necrosis renal cortical
- B). Aumento de valores:
- a). Hemoconcentración de sangre (Policitemia, quemaduras severas.
 - b). Enfermedad pulmonar crónica obstructiva
 - c). Insuficiencia cardíaca

200.

VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO
(V.C.M.)

Valores normales: 87 - 103 mm³

El estudio se hace por el tamaño o volumen individual de la célula, y es el mejor método para clasificar anemias, e indicará si los glóbulos rojos aparecen Normocíticos, microcíticos o macrocíticos.

SIGNIFICADO CLINICO

- A). Disminución de valores,
- a). Anemia por deficiencia de hierro
 - b). Anemia perniciosa
 - c). Talasanemia
 - d). Anemia por pérdida crónica de sangre
- B). Aumento de valores
- a). Enfermedades hepáticas

Es una prueba del peso de la hemoglobina en los glóbulos rojos, utilizado en pacientes severamente anémicos:

A). Valores aumentados:

- Anemia macrocítica

B). Valores disminuidos:

- Anemia microcítica

203. CUENTA DE GLOBULOS BLANCOS
(Cuenta leucocitaria)

Valores normales: 5,000 - 10,000

La función principal de los leucocitos es combatir las infecciones, defender el organismo por la fagocitosis contra la invasión de organismos extraños, transportar y distribuir anticuerpos como respuesta inmunológica. La medida de los leucocitos es un importante procedimiento en el diagnóstico y pronóstico de diversos padecimientos, y el aumento o la disminución es proporcional a la sensibilidad de los signos y síntomas de la enfermedad. La cuenta diferencial identificará a ciertas personas con disminución a infecciones, la función del leucocito está hecha para determinar la habilidad para fagocitar y distribuir bacterias.

SIGNIFICADO CLINICO

A). Aumento de valores.

La leucocitosis se considera cuando los glóbulos blancos están arriba de 10,000/mm. y generalmente se debe a un aumento de un sólo tipo de leucocitos y se da el nombre con el tipo que muestra el aumento.

- Leucocitosis Neutrofilica ó Neutrofilia
- Leucocitosis Linfocítica ó Linfocitosis
- Leucocitosis Eosinofílica ó Eosinofilia
- Leucocitosis Monocítica ó Monocitosis
- Leucocitosis Basofílica ó Basofilia

En ciertos padecimientos la Leucocitosis es alta, y sugiere - Leucemia, pero en ésta es permanente y progresiva, y en enfermedades como tosferina, varicela, parotiditis es alta pero - temporal. La Leucocitosis ocurre en infecciones agudas, en que el aumento dependerá de la severidad de la infección, resistencia del paciente, edad, eficiencia de la médula ósea. - Otras causas son: Hemorragia, traumatismos, neoplasias, metástasis, tumores del tracto digestivo, huesos, hígado, uremia, eclampsia, enfermedad del suero, padecimientos circulatorios, necrosis y traumatismo de tejidos. Leucemia cuando no hay evidencia de padecimiento clínico. Terapia de corticoesteroides.

B). Disminución de valores:

a). Infecciones virales

b). Hiperesplenismo

c). Depresión de la médula ósea (barbitúricos, antibióticos, antimetabólicos, antihistamínicos, anticonvulsivos, quimioterapia para el cáncer, radiación, leucemia aguda, anemia aplásica y perniciosa, alcoholismo y diabetes).

204.

N E U T R O F I L O S

Valores normales: 50% - 60% del total de la cuenta de glóbulos blancos 3,000 - 7000/mm.

Los Neutrófilos son los más numerosos y más importantes en la

reacción del cuerpo a los procesos inflamatorios y constituyen la defensa primaria contra las invasiones microbianas a través del proceso de Fagocitosis.

SIGNIFICADO CLINICO

- A). Aumento de valores.
- a). Infecciones bacterianas parasitarias
 - b). Trastornos metabólicos (coma diabético y urémico, gota, eclampsia).
 - c). Trastornos sanguíneos (hemorragias, leucemia, granulocítica)
 - d). Anemia perniciosa
 - e). Adicción a la morfina
 - f). Hemólisis
 - g). Intoxicación por digital, mercurio, ACTH, sulfas, arsenicales
 - h). Infarto del miocardio
 - i). Gangrena
 - j). Transfusiones con hemólisis
 - k). Después de cirugía
 - l). Después de cirugía, cáncer del hígado y médula ósea.
- B). Disminución de valores. Neutropenia
- a). Infecciones virales (Influenza, Hepatitis, Parotiditis, Poliomieltis).
 - b). Anemia Aplástica
 - c). Leucemia Linfoblástica
 - d). Enfermedad de Addison
 - e). Acromegalia

205.

E O S I N O F I L O S

Valores normales: 1% - 4%
50 - 250 mm.

La función de ellos es Fagocitar. Son muy activos en reacciones alérgicas e infecciones.

SIGNIFICADO CLINICO

- A). Aumento de valores
 - a). Reacciones alérgicas
 - b). Enfermedad de Addison
 - c). Padecimientos parasitarios
 - d). Cáncer de pulmón y huesos
 - e). Infecciones crónicas de la piel
 - f). Leucemia
 - g). Enfermedad de Hodking
 - h). Policitemia
 - i). Infecciones suagudas
 - j). Poliarteritis nudosa

- B). Disminición de valores
 - a). Monocucleosis infecciosa
 - b). Hiperesplenismo
 - c). Congestión cardiaca
 - d). Síndrome de Cushing
 - e). Anemia aplástica y perniciosa
 - f). Uso de A.C.T.H. epinefrina, tiroxina

206.

B A S O F I L O S

Valores normales: 0.5% - 1% del total de Leucocitos
25 - 100 mm.

Su función no es muy específica, y son un pequeño porcentaje -

del total de los Leucocitos. Contienen heparina, histamina y serotonina.

- A). Aumento de valores
 - a). Asociado a Leucemia granulocítica y basófila
 - b). Policitemia Vera
 - c). Anemia crónica hemolítica
 - d). Esplenectomía
 - e). Después de radioterapia

- B). Disminución de valores
 - a). Reacciones alérgicas agudas
 - b). Hipertiroidismo
 - c). Stress
 - d). Shock anafiláctico

207.

MONOCITOS

Valores normales: 2% - 6% del total de Leucocitos
100 - 600 mm.

Es la segunda línea de defensa contra las infecciones, y son las más grandes células de la sangre normal y se les considera fagocitaria.

SIGNIFICADO CLINICO

- A). Aumento de valores. Monocitosis
 - a). Infecciones virales (mononucleosis varicela)
 - b). Infecciones bacterianas y parasitarias (endocarditis subaguda).
 - c). Tuberculosis, amibiasis, colitis ulcerativa, enteritis.

- d). Enfermedades de la colágena
- e). Leucemia mielocítica
- f). Lupus eritematoso
- g). Linfoma
- h). Anemias hemolíticas
- i). Agranulocitosis
- j). Púrpura trombocitopénica

B). Disminución de valores:

Usualmente no se identifican con enfermedades específicas.

208.

L I N F O C I T O S

Valores normales: 20% - 40% de la cuenta total de Leucocitos
1000 - 4000 mm.

Son agranulocitos pequeños que emigran a áreas de inflamación, pudiéndose convertir en macrófagos y células plasmáticas. Tienen un papel importante en reacciones inmunológicas.

SIGNIFICADO CLINICO

A). Aumento de valores.- Linfocitosis

- a). Infección de las vías aéreas superiores.
- b). Infecciones virales (tosferina, monocucleosis infecciosa hepatitis).
- c). Neumonía viral
- d). Infecciones bacterianas (tuberculosis, brucelosis).
- e). Trastornos hormonales (hipotiroidismo, hipoadrenalismo).
- f). Leucemia linfocítica
- g). Linfosareana

- h). Leucosarcoma
- i). Diarrea
- j). S.I.D.A.

B). Disminución de valores

- a). Púrpura trombocitopenia
- b). Anemias (Perniciosa, aplásica y hemolítica)
- c). Después de transfusiones masivas de sangre
- d). Neumonía
- e). Después de quimioterapia de cáncer
- f). Infecciones
- g). Después de administrar drogas (Bismuto cloranfenicol, clorotiazida, colchicina, dietilestilbestrol, oro, -- heparina, meprobamato, penicilina, prenisolona, es - treptomicina, sulfametoxina, tolbutamina).
- h). Sangrados espontáneos
- i). Tiempos prolongados de sangrado
- j). Petequias
- k). Equimosis

209. TIEMPO DE SANGRADO
 (Duke and Ivy Methods)

Valores normales: 3-10 minutos en la mayoría de los laboratorios.

El tiempo de sangrado es la medida de la primera fase de hemostasia, es una de las primeras pruebas para los trastornos de la coagulación e indicador de deficiencia plaquetaria. La duración del sangrado depende de la cantidad y calidad de las plaquetas y de la habilidad de la vasoconstricción. Tiene un valor significativo en detectar anomalías de las plaquetas o deficiencia de ellas. Y es utilizado principalmente en el diagnóstico de la enfermedad de Von Willebrand.

210. AUMENTO DEL TIEMPO DE SANGRADO

SIGNIFICADO CLINICO

- a). Trombocitopenia
- b). Síndromes de disfunción de las plaquetas
- c). Disminución o anomalías de los factores del plasma.
- d). Anomalías en las paredes de los pequeños vasos
- e). Defectos vasculares
- f). Enfermedades severas del hígado
- g). Leucemia
- h). Anemia aplásica

211. TIEMPO DE COAGULACION

Valores normales: 5-10 minutos.

Es una de las pruebas más antiguas en uso para la prueba de coagulación. Se basa en la formación del coágulo dentro de un tubo de prueba de vidrio, y es el tiempo requerido para la formación del coágulo. Ha sido reemplazado en muchos laboratorios por la prueba conocida como tiempo parcial de trombo-plastina. Una de las razones de este cambio, es porque los pacientes hemofílicos pueden tener un tiempo de coagulación normal. Esta prueba es utilizada para regularizar la administración de heparina en enfermos que la requieren.

212. AUMENTO DEL TIEMPO DE COAGULACION

SIGNIFICADO CLINICO

- a). Hiperheparinemia
- b). Se ve las deficiencias en cualquiera de los factores de la coagulación que se presenta antes del tiempo prolongado de la misma coagulación.
- c). Disminución de la protrombina

213. TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL

Valores normales: 30-45 segundos.

La base de esta prueba es la formación de un coágulo a base de fibrina. Es una prueba muy importante y sensible para los desórdenes de la coagulación en su fase 2. Específicamente se usa para detectar deficiencias de los componentes de la trombo-plastina.

214. AUMENTO DEL TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL

SIGNIFICADO CLINICO

- a). Hemofilia
- b). Deficiencia de vitamina K
- c). Enfermedades hepáticas
- d). Presencia de medicamentos anticoagulantes

215. DISMINUCION DEL TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL

SIGNIFICADO CLINICO

- a). Cáncer diseminado
- b). Hemorragias agudas

216. TIEMPO DE PROTOMBINA

Valores normales; 11-16 segundos.

La protombina es una proteína producida en el hígado y que interviene en la coagulación de la sangre, dependiendo de una adecuada producción de vitamina K. Durante la coagulación la protombina se convierte a trombina. Es uno de los cuatro más importantes estudios en el diagnóstico de la coagulación.

217. AUMENTO DEL TIEMPO DE PROTOMBINA

SIGNIFICADO CLINICO

- a). Deficiencia de protombina

- b). Deficiencia de vitamina K
- c). Desórdenes hemorrágicos del recién nacido
- d). Enfermedades del hígado (hepatitis, cirrosis hepática, - alcoholismo).
- e). Terapia anticoagulante
- f). Obstrucción de las vías biliares
- g). Intoxicación de salicilato
- h). Hipervitaminosis "A"

218.

CUENTA PLAQUETARIA

Valores normales: 150,000 - 350,000 mm.

También se conocen como trombocitos y son los más pequeños de los elementos en la sangre. Su actividad es necesaria para la coagulación. La deficiencia de ellas prolongará el tiempo de sangrado. Las plaquetas se forman en la médula ósea y su vida de ellas es de aproximadamente de 7.5 días.

219.

AUMENTO DEL NUMERO DE PLAQUETAS (Trombocitemia/Trombocitosis)

SIGNIFICADO CLINICO

- a). Cáncer
- b). Leucemia
- c). Policitemia vera
- d). Esplenectomía
- e). Trauma
- f). Asfixia
- g). Artritis reumatoide
- h). Deficiencia de hierro
- i). Infecciones agudas

- j) Enfermedades del corazón
- k). Cirrosis
- l). Pancreatitis crónica

220. DISMINUCION DEL NUMERO DE PLAQUETAS

SIGNIFICADO CLINICO

- a). Púrpura ideopática trombocitopénica
- b). Anemia hemolítica, perniciosa, aplástica
- c). Después de transfusiones masivas de sangre
- d). Neumonía
- e). Condiciones alérgicas
- f). Durante la administración de quimioterapia en el cáncer
- g). Infección
- h). Efectos tóxicos de varias drogas (cloranfenicol, cloro-
quina, clorotiácida, colchicina, dietil estil bestrol, -
heparina, meprobanato, penicilina, prednisona, sulfas, -
tolbutamida.

EXAMEN GENERAL DE ORINA

Este estudio es un procedimiento esencial y no de los más frecuentemente usados en diversas enfermedades y de gran valor en desórdenes metabólicos y de padecimientos renales. Y de ello el curso del tratamiento de las enfermedades.

Valores normales:

Color: amarillo-ambar. Turbidez: clara. Densidad: 1015-1025. Ph: 4.6 - 8. Determinantes químicos: glucosa negativa, sangre negativa, acetona negativa, proteína negativa, bilirrubina negativa, urobilógeno 0.1 - 1. Sedimento: ocasionalmente siguiendo los hialinos. Hemoglobina negativa. Cristales negativos. Glóbulos blancos negativos.

221.

DENSIDAD BAJA

SIGNIFICADO CLINICO

- 1.- Diabetes insípida
- 2.- Glomerulonefritis
- 3.- Severo daño renal

222.

AUMENTO A LA DENSIDAD

SIGNIFICADO CLINICO

- 1.- Diabetes mellitus
- 2.- Nefrosis

223.

CONCENTRACION

Una disminución de la gravedad indica padecimiento renal y la persistencia de ella es de pronóstico reservado. Como ocurre en la deficiencia de potasio, hipercalcemia debida a sarcoidosis. Mieloma múltiple. Hiperparatiroidismo, infección renal aguda.

224.

COLOR

SIGNIFICADO CLINICO

Disminución

1. Reducción de número de respiraciones.
2. Nefritis crónica.
3. Diabetes mellitus sin tratamiento.
4. Diabetes insípida.
5. Ingestión alcohólica.
6. Terapia diurética.
7. Pequeña cantidad de pigmentos biliares.
8. Coloración café amarillenta o verde amarillenta:
 - a). Indica bilirrubina en la orina, aunque no siempre es así.
 - b). Cristales de bilirrubina.
9. Coloración roja o café oscura. Indica hemoglobinuria.
10. Orina de color café oscuro. Indica porfirina. Enfermedad de Addison. Y envenenamiento.

225.

O L O R

1. El suave olor de acetona indica acetona en la diabetes.
2. Olor ligeramente desagradable en infecciones urinarias.
3. En los niños el aumento indica desórdenes metabólicos de origen ácido.

El Ph se modifica en pacientes que están siendo tratados por cálculos renales y que están en algunos casos, sometidos a dietas severas o sometidos a tratamientos de medicamentos (estrep-tomicina, neomicina, kanamicina). Terapia a base de sulfas.

Disminución.

SIGNIFICADO CLINICO

1. Acidosis.
2. Alcalosis severa.
3. Diabetes no controlada.
4. Severa alcalosis.
5. Enfermedades respiratorias donde hay retención de CO_2
6. Diarrea.
7. Deshidratación.

227. ORINA ALCALINA (Ph más de 7)

1. Infecciones urinarias.

228 SANGRE O HEMOGLOBINA EN LA ORINA

Valores normales: negativos.

SIGNIFICADO CLINICO

Hematuria, es una de las indicaciones diagnósticas de padecimiento renal. Usualmente la sangre está presente en la orina asociada a la proteína.

PRESENCIA DE SANGRE

- a). Quemaduras extensas.
- b). Reacciones por incompatibilidad en transfusiones de sangre.
- c). Intoxicación febril.
- d). Envenenamiento.
- e). Malaria.
- f). Cirugía prostática.
- g). Anemia hemolítica.
- h). Contusiones renales.
- i). Administración de drogas.

229.

ALBUMINA EN LA ORINA

Valores normales: negativo 2 - 8 mg.

SIGNIFICADO CLINICO

1. La proteinuria indica una alta expresión de proteína y es el resultado de un aumento del filtrado biomedular debido a que algunos de los glomérulos están dañados.
2. La continua proteinuria en cualquier cantidad es una persona aparentemente sana, indica enfermedad mínima renal.
3. La proteinuria ocurre en los siguientes padecimientos renales:
 - a). Nefritis.
 - b). Nefrosis.
 - c). Riñón poliquístico.
 - d). Tuberculosis y cáncer del riñón.
 - e). Cálculos renales

4. La proteinuria puede ocurrir en las siguientes enfermedades no renales:

- a). Fiebre.
- b). Trauma.
- c). Severas anemias y leucemia.
- d). Toxemias.
- e). Tumores abdominales.
- f). Desórdenes convulsivos
- g). Hipertiroidismo.
- h). Obstrucción intestinal.
- i). Padecimientos cardiacos

230.

PROTEINA DE LA ORINA

Valores normales: 10 - 100 mg,

SIGNIFICADO CLINICO

Moderada proteinuria:

1. Glomerulonefritis.
2. Síndrome nefrótico.
3. Congestión cardiaca.
4. Congestión renal producida por trombosis.

Acentuada proteinuria:

1. Nefroesclerosis.
2. Pielonefritis con hipertensión.
3. Miéloma múltiple.
4. Lesión renal por diabetes.
5. Preemclampsia.
6. Tumores abdominales.

7. Infecciones agudas.
8. Enfermedades del corazón.
9. Hipertiroidismo.
10. Enfermedades hepáticas.

231. PRESENCIA DE GLUCOSA EN LA ORINA

Valores normales: negativo

SIGNIFICADO CLINICO

1. El aumento de glucosa en la orina es encontrada en:
 - a). Diabetes mellitus.
 - b). Lesiones cerebrales.
 - c). Infarto miocardio

232. PRESENCIA DE ACETONA EN LA ORINA

Valores normales: negativos

SIGNIFICADO CLINICO

1. La presencia de acetona en la orina puede ocurrir cuando -
aumenta la cantidad de grasa metabolizada, o los carbohi--
dratos están restringidos, o la dieta es rica en grasas.
2. La acetonuria ocurre en:
 - a). Fiebre.
 - b). Anorexia.
 - c). Trastornos gastrointestinales

- d). Vómitos prolongados.
- e). Después de la anestesia.
- f). Es de gran ayuda en los diagnósticos diferencial entre coma diabético y shock insulínico.
- g). La presencia de acetona en la orina sugiere que el paciente diabético no está bien controlado e indica la necesidad de una medicación y dieta hecha apropiadamente.

Valores normales: 60 - 100 mg.

El propósito de este análisis es de detectar cualquier desorden del metabolismo de la glucosa, la cual está formada por la digestión de los carbohidratos y la conversión del glucógeno por el hígado. Dos hormonas directamente regulan la glucosa en la sangre la insulina y el glucógeno.

Los desórdenes del metabolismo puede ser el resultante de una o varias causas:

1. Incapacidad de las células del páncreas (islotes Langerhans) de producir insulina.
2. Incapacidad de los intestinos de absorber glucosa.
3. Incapacidad del hígado de acumular y destruir glucógeno.

SIGNIFICADO CLINICO

Aumento de valores:

- a). Diabetes,
- b). Enfermedad de Cushing's.
- c). Stress agudo.
- d). Feocromocitoma.
- e). Adenoma de la pituitaria.
- f). Hipertiroidismo.
- g). Adenoma del páncreas.
- h). Pancreatitis.
- i). Enfermedad crónica del hígado.
- j). Enfermedad crónica del intestino.
- k). Prolongada inactividad física.
- l). Desnutrición.

NIVELES BAJOS DE GLUCOSA

- Sobre dosis de insulina.
- Enfermedad de
- Carcinoma del páncreas.
- Neurosis.
- Hipertiroidismo.

234.

CREATININA

Valores normales: Mujeres: 0.6 - 1 mg/dl.

Hombres: 0.8 - 1.7 mg/dl.

La creatinina es producto de la destrucción de la creatinina - fosfática por el metabolismo, removiéndola del cuerpo por los riñones. Un desorden de la función renal reduce la excreción de creatinina, resultando un aumento de ella en sus niveles -- en la sangre.

SIGNIFICADO CLINICO (Aumento)

- 1.- Disfunción renal.
- 2.- Nefritis crónica.
- 3.- Obstrucción del trayecto urinario.
- 4.- Gigantismo.
- 5.- Acromegalia.

Disminución:

- 1.- Distrofia muscular.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

235.

UREA

Valores normales: 10 - 15 mg./100 ml.

La urea es formada en el hígado y constituye el producto terminal del catabolismo de las proteínas. La urea es llevada a los riñones por la sangre, y excretada en la orina. Su estudio es usado para cuantificar la función glomerular.

SIGNIFICADO CLINICO

Aumento:

- 1.- La más frecuente es debido a enfermedad renal u - obstrucción urinaria.
- 2.- Shock.
- 3.- Deshidratación.
- 4.- Infección.
- 5.- Diabetes.
- 6.- Injerto del miocardio.
- 7.- Gota crónica.

Disminución:

- 1.- Enfermedad hepática,
- 2.- Desnutrición.

236.

ACIDO URICO

Valores normales: Mujeres: 2.2 - 7 mg.

Hombres: 4.2 - 8 mg.

El ácido úrico es un producto terminal del metabolismo puri--

nas. Dos terceras partes del ácido úrico es excretado por -- los riñones, y una tercera parte por la materia fecal.

SIGNIFICADO CLINICO

Aumento:

- 1.- La elevación de los niveles de ácido úrico, con aumento de la urea creatinina, es usualmente interpretada como disfunción renal.
- 2.- Gota
- 3.- Leucemia
- 4.- Linfoma
- 5.- Cáncer metastásico
- 6.- Eclampsia severa
- 7.- Alcoholismo

Disminución:

- 1.- Stress
- 2.- Medicamentos:

- a). Diurético (Tiazida)
- b). Salicilato
- c). Melhildopa
- d). Acido ascórbico
- e). A.C.T.M.
- f). Cumarín

REACCIONES SEROLOGICAS

237.

V.D.R.L.

Valores normales: Negativo

Es un análisis para el diagnóstico de la sífilis, causada por el *treponema palidum*, y para el diagnóstico hay diferentes estudios, en nuestro medio la más usada es V.D.R.L. (Venereal, Disease Reaction Laboratory) que es una prueba de floculación.

Hay reacciones positivas que no necesariamente significan que el paciente tenga sífilis, se les denomina falsos positivos y éstas las podemos encontrar:

- 1.- Malaria
- 2.- Lepra
- 3.- Mononucleosis
- 4.- Inmunizaciones en los niños
- 5.- Lupus eritematoso
- 6.- Linfogramuloma venereo
- 7.- Neumonía atípica
- 8.- Tifoidea
- 9.- Hepatitis
- 10.- Varicela
- 11.- Sarampión
- 12.- Artritis reumatoide
- 13.- Escarlatina

BACTERIOLOGIA

238.

HEMOCULTIVO

Valores normales: Negativo

El cultivo de la sangre es probablemente el más importante espécimen para el laboratorio microbiológico. Es la razón para sospechar o confirmar bacteremia o septicemia y valorar severas infecciones.

Indicaciones para hemocultivo:

- 1.- Bacteremia
- 2.- Septicemia
- 3.- Shock postoperatorio inexplicable
- 4.- Fiebre inexplicable con varios días de duración
- 5.- Pacientes con:
 - a). Quemaduras infectadas
 - b). Infecciones tracto urinario
 - c). Infecciones que avanzan rápidamente
 - d). Pacientes debilitados por terapia Antibióticos, corticosteroides, inmunodepresores.

239.

UROCULTIVO

Valores normales: No hubo desarrollo de gérmenes o tiene menos de 10,000 gérmenes en un ml. sin aumento de leucocitos.

El urocultivo es común usarlo para diagnosticar infecciones - del tracto urinario, que afecta a pacientes de todas edades y ambos sexos, siendo infecciones resultantes en mayor número - de infecciones ascendentes a través de la uretra, y todavía - más pacientes en la mujer por su uretra corta. La combinación con pus en la orina, sugiere muy severa infección renal.

240.

EXUDADO FARINGEO

Valores normales: Negativo

Los siguientes microorganismos pueden estar presentes, pero -- cuando su titulación es significativa pueden ser considerados patógenos:

Streptococcus (alfa y gamma); Staphylococcus aureus y Epidermis, Bacilos difteroides. Especies no patógenas del género Neisseria. Diplococcus pneumoniae. Haemophilus influenzae y cancliato.

Indicaciones:

- 1.- Infección Streptococcica de la laringe
- 2.- Difteria
- 3.- Infecciones de la boca
- 4.- Infección amigdalina
- 5.- Fiebre reumática
- 6.- Escarlatina
- 7.- Glomerulo nefritis aguda hemorrágica

241.

CULTIVO NASO - FARINGEO (vease exudado-faringeo)

Valores normales: Negativo o inferior a los siguientes valores

Bilirubina: Indirecta hasta 0.8 mg.

Directa cero

Transaminasa G oxaloacética de 8-40 U.

Transaminasa G pirúvica de 5 - 35 U.

Se conocen tres tipos de hepatitis viral:

- Hepatitis A.
- Hepatitis B.
- Hepatitis no A, no B.

HEPATITIS A. - Comumente conocida como hepatitis infecciosa -- con período de incubación de 2 a 6 semanas, transmitida por -- contacto personal, o por vía oral o fecal. Es muy frecuente en niños o adolescentes.

HEPATITIS B ó hepatitis del suero o transfusional puede estar asociado con uso de drogas, con un período de incubación de 6 a 26 semanas. Más frecuente en el hombre que en la mujer y puede ser causa de hepatitis crónica.

HEPATITIS N.A., N.B., es un síndrome clínico, de diferentes -- etiologías. Su período de incubación es variable, asociado con hepatitis crónica.

La diferencia acerca de la infección viral causal para la hepatitis requiere el uso de sueros específicos para hepatitis - - A.B. y N.A., N.B.

243.

REACCION DE WIDAL

Valores normales: Negativo o menos de 1:80

Estudio que se realiza para diagnosticar fiere tifoidea, causada por tífico "o" tífico "H" paritífico "A" paritífico "B".

- 1.- Se propone la elaboración de una historia clínica médico-odontológica actualizada.
- 2.- El paciente con cultura médica suficiente contestará el interrogatorio correspondiente. El clínico, si hay algún dato de importancia lo puede ampliar y estudiar con detenimiento.
- 3.- En el capítulo de interrogatorio, todas las preguntas de éste, se encuentran enumeradas, lo que permitirá que en la parte final de la historia y con el mismo número se indique la interpretación del signo o síntoma positivo ampliamente.
- 4.- El capítulo de exploración física se encuentra enumerado por orden de segmentos corporales y también en la parte final, se amplía y se explica la región del cuerpo corporal en estudio.
- 5.- Considero que el odontólogo conocerá los análisis clínicos requeridos para el ejercicio de su profesión, e interpretará las modificaciones patológicas de ellos y a qué enfermedades corresponden. Además que tomará las precauciones personales necesarias para el cuidado de su propia salud, en el caso que se tratara de un enfermo infecto-contagioso.
- 6.- De la valoración de los análisis clínicos, el odontólogo, podrá instituir su tratamiento o hasta la interconsulta con el médico tratante de la enfermedad que afecte además al estado de salud bucal del paciente.

- Cline, N. The white cells. Harvard University Press. Cambridge, Mass. 1975.
- Delp, M. Propedéutica médica. Ed. 7 Interamericana. 1975.
- Frances Fischbach Laboratory Diagnostic Test. J.B. Lippincott - Co. Philadelphia. Ed. 2, 1985.
- Gaddum, J. Drug antagonism pharmacol. Rev. 9:211, 1975.
- Gradwohl's Clinical Laboratory, Method and Diagnosis Ed. CV - - Mosby, St. Louis, 305-381. 1980.
- Goth Andres Medical Pharmacology 11 Ed. Mosby Co. 1984.
- Guyton, A. Text book of medical physiology Ed. 6 WB Saunder -- Philadelphia. 1981.
- Krane, S. Scientific American Medicine Scientific American, New York pp. 15-11:1-3. 1981.
- Mitchell, S. Propedéutica Odontológica 2a. Ed. Interamericana. 1973.
- Ortega, M. Propedéutica Fundamental 12 Ed. 1975.
- Tood-Sanford Davidson Clinical Diagnosis and management by laboratory methods. Ed. 16 WB Saunders, Philadelphia pp: 259-304 1979.
- Widmann Frances K.M.D. Clinical Interpretation of Laboratory -- Test Ed. 10. 1985.
- Williams W. et al (E.D.S.) Hematology Mac Graw-Hill New York -- pp. 10-25. 1977.
- Woo J. Treuting, J. and Cannon, D. Metabolic intermediates and inorganicions.
- Wintrobe, M. Clinical Hematology Ed. 7 Lea & Febiger, Philadelphia. 1974.