



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ASPECTOS GENERALES DE LA EVALUACIÓN CLINICA EN EL PACIENTE GERIATRICO.

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

RICARDO DAVID RAMÍREZ AGUIRRE

DIRECTOR CD IRMA ESTELA VIZCALPANDO GALINDO

10 Bo
[Signature]
22 - April - 02



Mexico

2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

INDICE.

AGARECIMIENTOS.....PAG-1

INTRODUCCIÓN.....PAG-2

CAPITULO 1.

1.1.VEJES. (CONCEPTO).....PAG-3

1.2.CAMBIOS FISIOLÓGICOS CON LA EDAD.....PAG-7

1.2.1. PIEL.....PAG-7

1.2.2. APARATO RESPIRATORIO.....PAG-8

1.2.3. SISTEMA CARDIOVASCULAR.....PAG12

1.2.4. APARATO GASTROINTESTINAL.....PAG14

1.2.5. APARATO GENITOURINARIO.....PAG17

1.2.6.SISTEMA NERVIOSO.....PAG18

1.2.7 APARATO MUSCULO ESQUELETICO.....PAG19

1.2.8. SISTEMA ENDOCRINO.....PAG19

1.2.9. SISTEMA HEMATOLÓGICO E INMUNOLÓGICO.....PAG20

1.2.10. OJOS ,OIDOS, NARIZ Y BOCA.....PAG 21

1.2.11. CAMBIOS PSICOLÓGICOS.....PAG 25

CAPITULO 2

EVALUACIÓN CLINICA.....PAG 27

2.1. INSPECCIÓN VISUAL.....PAG27

2.2 HISTORIA CLINICA.....PAG33

2.2.1.FICHA DE IDENTIFICACIÓN.....PAG33

2.2.2.PADECIMIENTO ACTUAL.....PAG38

2.2.3.ANTECEDENTES.....PAG39

2.2.4.TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN.....PAG40

2.3.EVALUACIÓN CLINICA POR APARATOS Y SISTEMAS.	PAG43
1.SIGNOS VITALES.	PAG43
2.- PIEL.	PAG54
3.-APARATO RESPIRATORIO.	PAG65
4.-SISTEMAS CARDIOVASCULAR	PAG90
5.-APARATO GASTROINTESTINAL	PAG109
6.-APARATO GENITOURINARIO.	PAG117
7.- SISTEMA NERVIOSO.	PAG123
8.-SISTEMA MÚSCULO ESQUELETICO.	PAG134
9.-SISTEMA ENDOCRINO.	PAG140
10.- SISTEMA HEMAOLÓGICO E INMUNOLÓGICO.	PAG144
11.-CABEZA Y CUELLO.	PAG147
12.- INTERROGATORIO PSICOLÓGICO	PAG167

CAPITULO 3

ENFERMEDADES MAS COMUNES QUE AFECTAN AL PACIENTE GERIÁTRICO DE IMPORTANCIA	PAG174.
--	---------

CONCLUSIÓN	PAG200
------------	--------

BIBLIOGRAFÍA.	PAG202
---------------	--------

Agradecimientos.

A mi madre , en donde quiera que estes, gracias por todo,

A mi padre, por seguir confiando en mi.

A mis hermanas y familiares Por apoyarme y entenderme.

A la doctora Villalpando gracias por su tiempo y sus conocimientos.

Al doctor Vicente Moreno, gracias por su amistad.

INTRODUCCIÓN.

Sin duda la moderna practica dental, necesita una base cada vez más importante de medicina y psicología. Especialmente en la población de adultos mayores e infantil. Ya que los pacientes pueden sufrir de varias enfermedades sistémicas, inmunológicas etc

Esta tesina pretende, hacer notar la importancia no solo de una historia clínica y de una exploración física, sino de la importancia de evaluar al paciente integralmente, observándolo desde todos los puntos de vista, ya sea biológico, psicológico, social y funcional. Esta tesina esta dirigida a Cirujanos Dentistas

Bien las preguntas que nos haríamos respecto a esto serian cuando y por que, realizo una evaluación clinica

¿Cuándo haría una evaluación clínica? Siempre, la historia clinica me va a servir para realizar un diagnostico de presunción junto con la exploración física me ayudara a buscar datos que el paciente no nos dice o nos oculta y junto con métodos auxiliares de diagnostico llegar a una conclusión

¿ Por que? Los pacientes sanos son como los conductos rectos no existen, voy a realizar mi evaluación clinica, para prevenir una emergencia y modificar mi plan de tratamiento, ya que no podemos estandarizar los tratamientos en ningún paciente, menos el genático y sobre todo protección no-solo para ti sino también para el paciente, ya que la historia clinica es un documento legal

CAPITULO 1.

1.1. ENVEJECIMIENTO.

Ya que el presente trabajo, trata sobre la evaluación clínica del paciente geriátrico, es importante conocer el proceso de envejecimiento, como afecta al organismo, y los cambios que sufre el mismo. Comenzaremos explicando a grandes rasgos el proceso de envejecimiento y los cambios fisiológicos comunes en el paciente geriátrico

Desde un punto de vista fisiológico, el envejecimiento puede definirse como una constricción de la reserva homeostática de todos los sistemas orgánicos. Debe distinguirse entre la vejez fisiológica que en si es el desgaste normal que ocurre con el paso del tiempo, y los fenómenos patológicos que se presentan en los ancianos como resultado de enfermedades o de las características adversas en el estilo de vida del individuo

En otras palabras, la vejez se presenta en forma gradual durante toda la vida pero de manera muy variable entre un individuo y otro algunas personas envejecen con mayor rapidez que otras. Los cambios biológicos que acompañan a la vejez son influidos por factores genéticos y ambientales como son la dieta y sus hábitos personales como son el beber el fumar y una vida sedentaria

De hecho en ausencia de enfermedad la declinación de la reserva homeostática no produce síntomas e impone pocas restricciones sobre las actividades de la vida diaria sin importar la edad

Se han propuesto numerosas teorías para explicar los mecanismos biológicos del envejecimiento, de las cuales mencionaremos las más importantes.

Las principales teorías y actuales acerca del envejecimiento, puede dividirse en dos tipos, las que afirman que el proceso de envejecimiento ocurre de modo aleatorio y que se acumulan con el paso del tiempo. llamadas teorías estocásticas y las que se supone que ocurre de forma predeterminada no estocásticas

Teorías estocásticas

Teoría del error catastrófico.

Esta teoría propone que con el paso del tiempo se produce una acumulación de errores en la síntesis proteínica que finalmente, ocasiona el trastorno de la función celular. Ningún proceso biológico tiene la precisión del 100% y realmente ocurren errores en el proceso de transcripción y traslación. el proceso del envejecimiento podría muy bien cursar con una acumulación de errores. Sin embargo la mayoría de los investigadores señalan que tanto

La transcripción como la traslación continúa funcionando en modo adecuado con el paso de los años. Existen otros hallazgos que no apoyan esta teoría, como es que no se han encontrado cambios en la secuencia de los aminoácidos de las proteínas animales jóvenes y viejos. otra es que con los años no aumenta el número de ARNt defectuosos y no se han encontrado diferencias relacionadas con la edad respecto a la precisión de la síntesis proteínica por el poli U

Teoría del entrecruzamiento

Esta teoría sostiene que el entrecruzamiento de las proteínas y de otras macromoléculas celulares provoca el envejecimiento y la aparición de trastornos y enfermedades relacionadas con la edad. Aunque esta teoría no

explica todos los cambios asociados al envejecimiento, pero si algunos de ellos.

Un ejemplo es el entrecruzamiento entre las inmunoglobulinas glicosiladas y las proteínas de la membrana basal glomerular, así como entre las lipoproteínas glicosadas y las proteínas de la pared arterial, para explicar la aparición, tanto en el hombre como en los animales de experimentación, de enfermedades glomerulares y arteriales relacionadas con la edad

Teoría de desgaste

Esta teoría sostiene que el organismo esta formado por componentes irremplazables y que la acumulación de las lesiones de sus partes vitales ocasiona la muerte de células, tejidos, órganos y finalmente del organismo

Un ejemplo es el ADN que se va lesionando de modo constante durante toda la vida y como su reparación es incompleta y/o existen trastornos de los mecanismos reparadores relacionados con la edad con el tiempo podrian producirse disminuciones de la función celular. Los estudios en este campo se complican asimismo por la existencia de múltiples mecanismos de reparación del ADN y por la falta de certeza acerca de las cuales podrian ser mas o menos importantes respecto al proceso de envejecimiento

Teoría de radicales libres

Los radicales libres son moléculas fuertemente reactivas capaces de lesionar el ADN, las enzimas y las proteínas de la membrana celular. La fuente más importante de radicales libres es el metabolismo del O_2 que proporciona el radical súper oxido O_2^- . Los autores que apoyan esta teoría

afirman que con el paso del tiempo, se produce una acumulación de lesiones causadas por los radicales libres de bajo nivel, que ocasiona finalmente los

Hallazgos propios del proceso de envejecimiento. Aunque en estudios realizados en los que se alimentó a animales con antioxidantes diversos se demostró una aparente aumento de la esperanza de vida, en muchos de ellos la administración de estas sustancias se acompañó de una importante pérdida de peso que, como se sabe, ocasiona por sí una significativa esperanza de vida

Teorías no estocásticas

Teorías del marcapasos

Se cree que ciertos órganos o sistemas, inmunológico y neuroendocrino principalmente el hipotálamo, son una especie de marcadores intrínsecos del proceso de envejecimiento cuya involución está programada genéticamente para ocurrir en momentos específicos de la vida de un organismo determinado. Estas dos teorías no explican el origen de los cambios en el sistema de marcapasos ni tampoco considera que no todos los organismos vivos poseen sistemas inmunológicos o neuroendocrinos bien desarrollados.

Teorías genéticas

Aunque se desconocen los mecanismos implicados, los factores genéticos son claramente determinantes del proceso de envejecimiento. Existe una notable especificidad de especie respecto a la duración de la vida y, en el hombre, la de los gemelos univitelinos es más parecida entre sí, que la de los hermanos normales.

Se han creado variedades mutantes de un neonato, *C. elegans*, con una duración de vida aumentada 50% que al parecer el aumento se debe a un gen único presente en alguna de estas clases de animales.

Ya hemos mencionado las diferentes teorías que relacionan con el envejecimiento, sin embargo, todas tienen dificultades inherentes. Además la mayor parte no son excluyentes entre sí, y no hay pruebas de la existencia de un solo mecanismo del envejecimiento.

Podemos concluir que probablemente el envejecimiento tenga múltiples e interrelacionadas causas que quizás sean diferentes en las células y en los órganos que son postmitóticos, como son las neuronas, las células musculares cardíacas, comparadas con la de los tejidos renovables, como son las células de la médula ósea, la piel y el aparato gastrointestinal.

1.2. CAMBIOS FISIOLÓGICOS CON LA EDAD

1.2.1 PIEL

La piel y los apéndices cutáneos experimentan numerosos cambios. Algunos se deben al proceso de envejecimiento y otros por los efectos de la luz solar o de factores ambientales.¹

Cambios estructurales en la piel

Epidermis Aplanamiento de la unión dermoepidérmica. Variaciones en el tamaño, la forma y las propiedades tintoriales de las células basales, disminución en el número de células de Langerhans y disminución en el número de melanocitos.

¹ Bases Prácticas de Medicina Pp 75

Dermis. Reducción del grosor, disminución de la celularidad y de la vascularización y degeneración de las fibras de elastina.

Apéndices o Tejido subcutáneo. Disminución del número y distorsión de la estructura de las glándulas sudoríparas, y pérdida de melanocitos en el bulbo capilar.

Cambios funcionales en la piel

Alteración de la permeabilidad cutánea, disminución de las reacciones inflamatorias, disminución de la capacidad de la respuesta inmunológica, trastorno de la capacidad de cicatrización de las heridas, disminución de la sudoración endocrina, elasticidad disminuida, disminución de la producción de la vitamina D y percepción sensorial alterada

1 2 2 Aparato respiratorio

Pulmones

El envejecimiento no solo afecta las funciones fisiológicas de los pulmones (ventilación e intercambio gaseoso), sino también su capacidad de defensa

Los mecanismos biológicos concretos responsables de estas alteraciones no están claros. Tampoco está claro si el ritmo creciente de reducción de la función ventilatoria que se produce con la edad se debe a un progreso progresivo que ocurre durante toda la vida o aparece de forma brusca en pasos breves, dando lugar a una obstrucción de las vías aéreas asintomática en unos pocos años

Las alteraciones debidas a la edad en la ventilación y en la distribución de gases se deben fundamentalmente a alteraciones similares en la distensibilidad, tanto en la pared torácica como en los pulmones. Los volúmenes pulmonares (en reposo) están determinados por el equilibrio entre las fuerzas del tejido elástico pulmonar, que tiran hacia adentro, y las

fuerzas de la pared torácica y los músculos de la espiración, que tiran hacia afuera.

Durante los años de desarrollo, el crecimiento de los pulmones y la pared torácica es paralelo al crecimiento del cuerpo y presenta una estrecha relación con la talla. Al avanzar la edad, en particular a partir de los 55 años la fuerza de los músculos respiratorios se debilita tanto en los varones como en las mujeres. Este debilitamiento de la fuerza muscular expansiva y la mayor rigidez (disminución de la distensibilidad) de la pared torácica son contrarrestado por una pérdida de retracción elástica (aumento de la distensibilidad) de los pulmones

Distensibilidad

La retracción pulmonar se debe a los efectos combinados de las fibras elásticas parenquimatosas y las fuerzas de la superficie dirigidas hacia adentro de la interfase aire/ líquido de las unidades respiratorias terminales. No existe indicio alguno de que las fuerzas de superficie o el efecto opuesto se alteren con la edad. El aumento propio de la edad en la distensibilidad pulmonar puede deberse más a una lesión o a la pérdida de las adherencias alveolares a estas fibras elásticas, que determina un aumento en la proporción de las vías aéreas pequeñas colapsables. La distensibilidad de la pared torácica disminuye de manera gradual (la pared se vuelve más rígida) al avanzar la edad, probablemente como consecuencia de la osificación de las articulaciones condrocostales

Distribución de la ventilación

Las fibras elásticas de las paredes alveolares están unidas a los bronquiolos respiratorios y terminales, lo que ayuda a mantener la permeabilidad de estas vías aéreas de conducción pequeñas a volúmenes pulmonares bajos. La pérdida de estas adherencias elásticas provoca un

aumento de la distensibilidad de los alvéolos afectados, un colapso de las vías aéreas de conducción pequeñas, una falta de uniformidad de la ventilación alveolar y un atrapamiento de aire.

Capacidad de difusión

Después de aumentar hasta un máximo al inicio de la tercera década de la vida la capacidad de difusión de monóxido de carbono en una respiración sufre una disminución gradual con la edad, debido tanto a modificaciones morfológicas (disminución de la superficie de la membrana alvéolo capilar). Como a la mayor falta de homogeneidad de ventilación y/o del flujo sanguíneo

Tensión arterial de O₂

La disminución gradual del PA O₂ al avanzar la edad es paralela a la pérdida de la retracción elástica. Anteriormente ya habíamos mencionado que la pérdida progresiva de la retracción elástica produce una reducción del calibre de vías aéreas, el cierre temprano de estas y una mala distribución de la ventilación en las unidades de intercambio gaseoso distales, la perfusión no se modifica. Se crea pues un desequilibrio de ventilación-perfusión que explica la mayor parte de la reducción de la PaO₂. El desequilibrio de ventilación-perfusión es especialmente peligroso en los individuos de edad más avanzada, puesto que la Pao₂ (y por lo tanto el suministro de oxígeno) puede estar detenida también por las reducciones del gasto cardíaco asociadas a la edad. A medida que las desigualdades de ventilación y perfusión empeoran, disminuye la Pao₂ a cualquier gasto cardíaco dado si el gasto cardíaco se reduce, es mayor la disminución en el aporte de oxígeno.

Control de la respiración.

Las respuestas de las frecuencias respiratoria y cardiaca a la hipoxia y la hipercapnia disminuyen con la edad. Por esta razón, los ancianos por lo demás sanos son más vulnerables que los jóvenes a enfermedades que producen una reducción en los niveles de oxígeno como son la neumonía y EPOC. Aunque no se han explicado plenamente las causas de la supresión de la respiración, al parecer, la edad reduce la función de los quimiorreceptores, ya sea en los periféricos o en las vías de integración del SNC

Perdida del reflejo tusígeno eficaz (Y la consiguiente aspiración)

Contribuye también a aumentar la propensión a la neumonía en el anciano. Aunque la tos no es esencial para una limpieza normal de las vías respiratorias, sí es una poderosa ayuda cuando la limpieza mucociliar está sobrecargada por sustancias extrañas o secreciones. Un reflejo tusígeno intacto es un mecanismo de defensa necesario, por ejemplo, en situaciones de disfagia y detención de la movilidad esofágica, que son más frecuentes en los individuos de edad avanzada. Los ancianos sufren diversos trastornos asociados a una disminución del nivel de conciencia, como ejemplo empleo de sedantes que pueden provocar pérdida del reflejo tusígeno eficaz

Inmunidad humoral

La capacidad de generar una respuesta humoral eficaz depende de la interacción de las células T colaboradoras, las células T supresoras, los macrófagos y los linfocitos B. Al avanzar la edad se produce una reducción en la actividad de las células T colaboradoras, y un aumento de las células T supresoras y una reducción en la capacidad de las células B de producir anticuerpos heterogéneos normales de alta afinidad en respuesta a un antígeno. En cambio, la producción de anticuerpos de secreción IgA

asociada a las mucosas no presenta una disminución en sus capacidades funcionales al avanzar la edad.

En conclusión, los datos más importante respecto a los cambios biológicos más significativos respecto al aparato respiratorio es una disminución de la actividad ciliar de los bronquiolos, la elasticidad pulmonar va a disminuir, la capacidad respiratoria disminuye, la rigidez torácica aumenta, ya se explica él porque, y hay que considerar que la disnea y la hipoxia pueden causar este tipo de padecimientos independientemente de la edad

1 2 3. Sistema cardiovascular (Cambios fisiológicos)

Se considera que las alteraciones en la estructura y la función cardiovasculares debidas a la edad, aumentan la probabilidad de aparición de enfermedades, reduce el umbral en el que aparecen los signos y síntomas y afectan al curso clínico y él pronostico final de los trastornos. A la inversa, la amplia presencia de enfermedades complica el estudio gerontológico. En particular, las formas ocultas de la enfermedad pueden exagerar déficit funcionales que se atribuyen al envejecimiento y dan lugar a una visión errónea del efecto de la edad. Un ejemplo es la prevalencia de la enfermedad coronaria oculta es sorprendentemente elevada, en los individuos ancianos. Aproximadamente 1 de cada 2 individuos > 60 años. Pueden tener estenosis arterial coronaria grave aunque solamente el 50% presentan síntomas clínicos.

El declive de la función cardiovascular que se observa en las pruebas de esfuerzo puede deberse, al menos en parte, a esta enfermedad o a su interacción con variaciones relacionadas con la edad.

El corazón en el envejecimiento puede sufrir una atrofia, mantenerse inalterado o presentar una hipertrofia moderada o importante. Aunque diversos estudios, tanto de autopsias como de pacientes en vida, han comunicado un aumento moderado de grosor de la pared ventricular izquierda al avanzar la edad, ello está dentro de los límites clínicamente normales en individuos normotensos y solo está exagerado en los pacientes hipertensos.

El tamaño de la aurícula izquierda puede aumentar ligeramente, pero ello no puede tener significación estadística. El tejido fibroso aumenta con la edad pero no tiene contribución apreciable en el aumento de la masa cardíaca. Es más bien un aumento del tamaño de miocitos el que subyace en el engrosamiento de la pared cardíaca. Aunque algunos miocitos aumentan de tamaño, otros pueden ser sustituidos por tejido fibroso.

Las paredes arteriales se vuelven más rígidas con la edad, y la otra se dilata y se alarga. Ello no es atribuible al proceso ateroscleroso, sino que parece deberse a alteraciones en la cantidad y naturaleza de la elastina y del colágeno, así como al depósito de calcio. En particular, las variaciones en el entrelazamiento del colágeno pueden hacer que esta sea menos elástica. La aterosclerosis aumenta también notablemente en incidencia y gravedad al avanzar la edad.

La frecuencia cardíaca no se modifica con la edad. Este parámetro es modulado, por el tono simpático y, sobre todo, parasimpático relativo al individuo. Las variaciones espontáneas de la frecuencia cardíaca en un periodo de 24 hrs sin enfermedad coronaria disminuyen con la edad.

La interacción del volumen sistólico (precarga, poscarga, contractilidad miocárdica y flujo coronario) determinan el gasto cardíaco. Los datos existentes ponen en manifiesto que, a medida que avanza la edad, el gasto

cardíaco en reposo se mantiene inalterado o disminuye, según sean los métodos utilizados para valorarlo.² Este descenso puede deberse a factores cardíacos y no cardíacos, como por ejemplo coronariopatía grave, hipertensión o reducción de la demanda del flujo como consecuencia de un descenso del metabolismo basal por una reducción de la masa corporal magra.²

En la siguiente tabla mencionaremos los cambios morfológicos, cardiovasculares directamente atribuidos al proceso de envejecimiento.

En el componente mecánico

- Hipertrofia ligera de la pared posterior del ventrículo izquierdo
- Aumento del colágeno subepicárdico y subendocárdico, con cambios en sus propiedades
- Aumento de depósitos de amiloide en edades extremas
- Aumento en la cuenta de lipofuscina de los miocitos
- Aumento de las zonas fibrosas (suelen indicar patología previa)
- Calcificación en válvulas y anillos valvulares
- Degeneración mucóide de la válvula mitral
- Mayor rigidez del aparato subvalvular

Cambios en el sistema eléctrico

- Pérdida de células sinusales y aumento del contenido graso del nódulo sinusal
- Pérdida de células nodales
- Pérdida de fibras específicas de conducción a nivel del haz de His.

Cambios en el sistema nervioso autónomo

- Pérdida de receptividad por parte de los receptores adrenergicos.

1.2.4. Aparato gastrointestinal

² Brees Manual de Geriatria Pp 136

El tracto digestivo se halla sometido, a lo largo de la vida, a un estado de cambio constante y rápido. Las funciones principales del tracto digestivo son la digestión y absorción, las funciones secundarias que sirven a estas actividades son la secreción y la movilidad.* El paso del tiempo se acompaña de modificaciones fisiológicas y fisiopatológicas en muchos de los sistemas del organismo, como son el endocrino, cardiovascular y nervioso, que afectan la estructura y las funciones gastrointestinales y producen muchas variaciones en las formas de presentación de la enfermedad " 3

El tiempo permite también la superposición de una función alimentaria alterada por enfermedades extraintestinales. Si ello ocurriera con frecuencia podría motivar la falsa impresión de que las alteraciones observadas se deben al proceso natural de envejecimiento. De hecho se ha comprobado que la mayoría de las alteraciones que se producen con la edad en la movilidad gastrointestinal son consecuencia de alteraciones neurológicas más que musculares.

La intncada interacción del estrés y la función fisiológica es importante en la población anciana. El paciente de edad avanzada esta sujeto no solo al estrés habitual de la edad adulta, sino también a otros adicionales de la falta de cónyuge, familiares o amigos, falta de trabajo así como de aislamiento. Cambios morfológicos y funcionales

Estomago

- Fenómenos inflamatonos crónicos con evolución atrófica (gastritis atrófica)
- Disminución del numero de las células apnétales
- Disminución de la producción del factor intrínseco.

³ Brees Manual Merk de geriatría 1p499

- Disminución del valor máximo de secreción ácida.
- Aumento en la secreción de gástrica.
- Antralización progresiva del cuerpo gástrico.
- Disminución de la capacidad propulsiva, por lo tanto un retraso en el vaciamiento.

Intestino delgado.

- Atrofia de micro vellosidades (mas cortas y anchas)
- Mayor tendencia al sobrecrecimiento bacteriano.
- Menor capacidad absorbiva ala sobrecarga hidrocarbonada.
- Absorción más lenta y menor de grasas

Hígado.

- Disminución del numero de hepatocitos
- Aumento del tejido fibroso
- Aumento de tamaño de hepatocitos
- Disminución del aparato de golgi
- Disminución del flujo sanguíneo apático.
- Disminución de la síntesis de proteínas.

Páncreas

- Disminución de peso y tamaño
- Aumento de la consistencia
- Áreas focales de atrofias
- Hiperplasia de conductillos
- Disminución de lipasa en jugo duodenal.

1.2.5 Aparato genitourinario

Renal

Si no hay hipertensión ni una enfermedad vascular importante, el riñón del anciano mantiene su contorno relativamente liso. Sin embargo con la edad se asocia una pérdida progresiva de la masa renal. "La pérdida de la masa

Renal es sobre todo cortical, quedando relativamente preservada la medula renal, el número de glomérulos disminuye con la edad."⁴

El principal factor subyacente es la reducción del lecho vasculorrenal. Sin embargo, la disminución del flujo no es simplemente un reflejo en la reducción de la masa renal, ya que el flujo por gramo de tejido disminuye progresivamente a partir de la 4 década de la vida. La disminución en el componente cortical del flujo sanguíneo, con preservación del flujo medular. El principal defecto funcional clínicamente relevante que causa alteraciones histológicas y fisiológicas es una disminución progresiva de la filtración glomerular, esto es debido a la caída de la síntesis de creatinina endógena, que se produce por la disminución de la masa muscular que acompaña al proceso de envejecimiento.

Este detalle hay que tenerlo siempre en cuenta a la hora de ajustar la dosis de fármacos cuya excreción sea la renal como antibióticos amino glucósidos, digoxina, benzilpenicilina, etambutol, kanamicina, penicilina G, tetraciclina, quinidina, fenobarbital y practolol entre otros.

Vejiga, próstata

Los síntomas de disfunción del tracto genitourinario son frecuentes en individuos de edad avanzada. Muchos ancianos presentan nicturia y polaquiuria, a causa de grandes volúmenes de orina que se producen como consecuencia de la insuficiente capacidad de concentración urinaria, así como de las alteraciones que aparecen con la edad en la coordinación neuromuscular de la vejiga urinaria, también se observa un crecimiento en la próstata.

G.U. Femenino

⁴ Bress, Mark. Manual de geriatría. Pp 644

G.U. Femenino.

Después de la menopausia se producen alteraciones atroficas en el sistema G.U y otros tejidos con dependencia estrogena. El diagnostico de la menopausia se establece por el cese de la menstruación y por una constelación de signos y síntomas característicos

La atrofia vaginal se acompaña de una secreción acuosa, una mayor propensión a infección bacteriana local y la aparición esporádica de un dolor urente vaginal.

La dispareunia no suele ser un problema si se mantiene las relaciones sexuales con intervalos regulares, pero los periodos de abstinencias puede acompañarse de un mayor grado de atrofia y estenosis, que hace que la relación sexual posterior sea dolorosa

1.2.6 Sistema nervioso

Se produce una disminución en el número de células nerviosas, con el envejecimiento normal. El grado de pérdida celular varia en las distintas Partes del cerebro. Algunas áreas, como son el núcleo del tronco encefálico son resistentes ala pérdida celular mientras otras como el hipocampo muestra una rápida disminución del número de células

Otros cambios son el deposito de pigmento del envejecimiento lipofiscina en las células nerviosas el deposito de amiloido en las células y los vasos sanguíneos y la aparición de placas seniles y nudos neurofibrilares

El cerebro disminuye su tamaño y peso disminuye la síntesis de catecolaminas, menor síntesis cerebral dopaminica, disminuyen los reflejos, se mueven y reaccionan con menos rapidez y agilidad

1.2.7. Músculo esquelético.

Los cambios músculo esquelético continúan durante todos los años de la vida adulta, poco después de la madurez, el adulto empieza a disminuir ligeramente de talla, el acortamiento resulta manifiesto en edad avanzada. La principal disminución de talla tiene lugar en el tronco, cuando los discos intervertebrales se adelgazan y los cuerpos vertebrales se acortan o incluso entran en colapso por la osteoporosis. Las extremidades de una persona de edad avanzada tienden a ser muy largas en proporción con el tronco. Las alteraciones que se producen en discos y vértebras también contribuyen a la cifosis del envejecimiento, y aumentan el diámetro antero posterior del tórax, especialmente en la mujer. Además la masa muscular disminuye al igual que la densidad ósea.

1.2.8 Sistema endocrino

Al envejecer se producen modificaciones en muchos aspectos del sistema endocrino, pero no en un sentido uniforme. Algunos órganos y ejes endocrinos presentan una hipofunción, como consecuencia de enfermedades de alta prevalencia o por una regulación negativa fisiológica; otros sufren pocas o nulas modificaciones, y unos pocos pasan a tener una hiperactividad. El análisis de las variaciones observadas puede ser extraordinariamente complejo. A continuación se resumen las concentraciones séricas hormonales.

Concentraciones

Alta: Noradrenalina, vasopresina, insulina.

Normal: Adrenalina, cortisol, tiroxina, hormona del crecimiento y tirotrópina.

Baja: Tirodrotironina, hormona adrenocorticotrópica (ACTH) y somatomedina. Además disminuye la absorción de la vitamina

Concentraciones Esteroides en la mujer.

Alta. Folículo estimulante, luteinizante.

Baja. Estradiol, progesterona.

Concentraciones esteroideas en el hombre.

Alta. Dihidrotestosterona, estardiol.

Baja. Testosterona, androsterona.

Los sistemas metabólicos del organismo se hallan también interrelacionados. Aunque algunos de los pasos no están aun claros, las vanaciones en el metabolismo de los hidratos de carbono y las lipoproteínas presentan una estrecha correlación. Además, el metabolismo de los hidratos de carbono afecta y es afectado por las vanaciones en el equilibrio hidroeléctrico, el equilibrio ácido básico y el balance energético total es decir el aumento o pérdida de peso

1.2.9 Sistema hematológico e inmunológico

El porcentaje del espacio medular ocupado por tejido hematopoyetico varia a lo largo de la vida, con un descenso progresivo desde el nacimiento hasta los 30 años de edad, en la que se estabiliza. A partir de los 70 años vuelve a disminuir progresivamente. No se sabe si este segundo descenso se debe a una reducción real de los elementos hematopoyeticos o una reducción relativa causada por un aumento de la grasa en la medula ósea

La actividad hemostática se mantiene relativamente constante durante el transcurso de los años, pero con algunas modificaciones. El paciente anciano tiende a padecer episodios hemorrágicos, que toleran pero que los enfermos más jóvenes debido a que la respuesta vasoconstrictora es menor y además, el estado previo de la circulación, generalmente comprometida,

además, el estado previo de la circulación, generalmente comprometida, favorece la aparición de isquemia o infarto en los órganos mas comprometidos.

Los factores que se han valorado y que se han comprometido con la edad son la supervivencia eritrocitaria, el volumen sanguíneo total, el volumen eritrocitario y la morfología plaquetaria.

1.2.10.Ojos, Oídos y Boca.

Ojos.

En el transcurso del envejecimiento van a existir numerosas modificaciones, tanto anatómicas como fisiológicas sin que por ello se hable de patología

Las alteraciones normales más comunes no van a influir de manera importante en la función visual

En el capítulo siguiente cuando revise exploración de cabeza y cuello. mencionaremos las alteraciones más comunes en los pacientes geriátricos. En esta hablaremos mas bien de las alteraciones en la audición. Al envejecer perdemos, algo de nuestra capacidad para escuchar los sonidos de baja intensidad, pero sin embargo los sonidos de alta intensidad podemos oírlos también como siempre

El déficit sensorial más evidente desde perspectiva otorrinolaringologica es la presbiacusia, por las alteraciones tanto psicológicas como sociales

Boca

Para hablar de los cambios que sufre la boca debemos hablar de los cambios, que sufren las estructuras dentarias, en el nivel de los tejidos dentarios, parodonto, cutáneos, mucosos, submucosos, estructuras óseas, musculares y de glándulas salivales

Esta tesina se centra en los aspectos generales, no podemos profundizar, así que solamente lo mencionaremos a grandes rasgos.

Estructura dentaria.

Esmalte.

Las modificaciones en el esmalte de los dientes se relacionan, con el problema de la caries. La concentración de fluoruro de calcio aumenta progresivamente hasta los 30 años de edad y luego disminuye, aun con la ingesta de agua que contenga altos porcentajes de fluoruro. Probablemente el fenómeno se deba al estado de saturación de la capa superficial del esmalte, por lo que solamente ciertos fluoruros logran alcanzar capas profundas. Algo parecido sucede en la absorción de otros minerales, como el cobre y el hierro ⁵

El color de los dientes se torna más oscuro con el transcurso de los años. Se afirma que ello se debe al oscurecimiento del color de la dentina. Que se observa a través del esmalte ligeramente traslucido, pero es posible que el esmalte en si mismo se vuelva mas translucido y más oscuro con la edad.

La permeabilidad del esmalte disminuye con el avance de la edad en asociación con otros cambios en la composición de la capa externa del esmalte.

Mediante algunos análisis se observo que el aumento constante en el nitrógeno del esmalte produce manchas de color café y blancas. Estas áreas de esmalte alteradas son comunes en personas de edad avanzada e indicativas de caries, atrapadas en el esmalte.

⁵ Deguchi Ozawa. Estomatología pediátrica. Pp 180

Dentina.

Entre las modificaciones que afectan la dentina, se menciona el siguiente fenómeno; gran parte de la dentina de la corona y del área apical de la raíz. Se vuelve completamente transparente con la edad, los residuos de varios estudios confirman parcialmente esta hipótesis. Dicho cambio, que probablemente este asociado con la acumulación mineral en los tubos, parece iniciarse en la región del ápice radicular y viene acompañado por un Descenso en el número de odontoblastos y por la atrofia de las células pulpares.

Otros autores creen que la dentina de la raíz se vuelve transparente por la acción de toxinas bacterianas, que desde el borde de la encía pueden alcanzar la dentina apical, o penetrar en la zona apical de la pulpa a través, del trastomo en los odontoblastos y, por consiguiente, en la dentina

Esta modificación, que empieza en el ápice, se va extendiendo gradualmente. Algunos estudios sugieren que la densidad o mineralización de la dentina de la corona la raíz aumenta con la edad. Aun más, hay pruebas de que la dureza de la dentina aumenta y su fuerza de tnturación o fragilidad disminuye con el paso de los años. Los cambios de coloración en la dentina a causa de la edad, sugieren cambios en su sustancia de mucopolisacándos fundamentales

Cemento

Al parecer en el cemento se produce una concentración peculiar, quizás en relación con una matriz de fibras de reticulina en la que se depositan sales minerales. *El cemento se deposita intermitentemente durante toda la vida,

pero en mayor grado en su última etapa, debido probablemente en gran parte a la tensión a la que está sujeto el diente." ⁶

El continuo depósito de cemento proporciona un medio de adhesión a la superficie de la raíz de nuevas fibras suspensorias del ligamento parodontal.

La formación de cemento está muy influida por la enfermedad; por ejemplo, en la enfermedad periodontal el cemento tiende a engrosarse sobre toda la superficie de la raíz. De forma similar, después de una infección ocurre la muerte pulpar y hay engrosamiento del cemento apical.

El contenido de fluoruro en elemento, como en otros tejidos mineralizados aumenta con la edad. Hay un notable incremento del cemento acelular de la región cervical, probablemente por que este tiende a estar expuesto al ambiente oral y adquiere directamente fluoruro por la absorción tópica.

Pulpa

La pulpa dental guarda la misma relación con la dentina, que la médula ósea con la matriz del hueso calcificado. En términos de función, pulpa y dentina deben considerarse como un solo tejido: el complejo pulpa dentina. Sin embargo, es inevitable que la pulpa y la dentina de alguna forma se traten por separado.

"La pulpa continúa produciendo dentina lentamente toda su vida, hasta que en la edad avanzada el volumen que ocupa disminuye, y en la senectud puede ser reducida a un delgado hilo de tejido en la corona, más allá del cuello." ⁷

El cierre del ápice, la abertura en la base del diente permanente tan estrecha como un canal o un sistema de canales, el cual con el tiempo es más angosto y atenuado en parte por el depósito de dentina y parte por él.

⁶ Ozawa Deguchi: Estomatología geriatrica. Pp 183

⁷ Ozawa Deguchi: Estomatología geriatrica. Pp 184

crecimiento del cemento. En cambios en la morfología y el tamaño de la pulpa se asocian a modificaciones en su estructura y composición..

Mucosa oral.

El proceso de envejecimiento produce en los tejidos una serie de cambios graduales, irreversibles y acumulativos que son particularmente evidentes en la piel, la cual se observa seca y muestra, entre otras manifestaciones, una notable modificación en su grosor, así como la presencia de arrugas, manchas mecánicas. Cambios semejantes ocurren en la mucosa oral, la cual se vuelve más delgada, suave y seca, lo que origina mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos.

Otro cambio significativo es la atrofia de la mucosa lingual y pérdida de las papilas gustativas

En lo que se refiere a hueso, existe osteopenia generalizada, y en ATM existe degeneración del cartilago de la articulación, distensión de la cápsula y ligamentos

Y por ultimo, existe una atrofia del ligamento parodontal

1.2.11. Cambios psicológicos.

El descubrimiento, confirmado actualmente, de que el envejecimiento psicológico se determina de modo biológico o por el estado de salud solo en una pequeña parte, y que en cambio esta fuertemente influido por factores sociales y ecológicos, modifica en forma importante la investigación de los procesos de envejecimiento, que han sido considerados durante mucho tiempo como algo exclusivo de la medicina, siempre desde un punto fisiológico y anatómico

La concepción de que el mal estado de salud provoca deterioro del comportamiento y de las vivencias psíquicas, prevalece tanto como la idea que determinan anomalías psicológicas y sobre todo ciertas modificaciones de la esfera intelectual, pueden considerarse las causa de fenómenos

crecimiento del cemento. En cambios en la morfología y el tamaño de la pulpa se asocian a modificaciones en su estructura y composición.

Mucosa oral.

El proceso de envejecimiento produce en los tejidos una serie de cambios graduales, irreversibles y acumulativos que son particularmente evidentes en la piel, la cual se observa seca y muestra, entre otras manifestaciones, una notable modificación en su grosor, así como la presencia de arrugas, manchas mecánicas. Cambios semejantes ocurren en la mucosa oral, la cual se vuelve más delgada, suave y seca, lo que origina mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos.

Otro cambio significativo es la atrofia de la mucosa lingual y pérdida de las papilas gustativas.

En lo que se refiere a hueso, existe osteopenia generalizada, y en ATM existe degeneración del cartilago de la articulación, distensión de la cápsula y ligamentos.

Y por último, existe una atrofia del ligamento parodontal.

1.2.11. Cambios psicológicos

El descubrimiento, confirmado actualmente, de que el envejecimiento psicológico se determina de modo biológico o por el estado de salud solo en una pequeña parte, y que en cambio está fuertemente influido por factores sociales y ecológicos, modifica en forma importante la investigación de los procesos de envejecimiento, que han sido considerados durante mucho tiempo como algo exclusivo de la medicina, siempre desde un punto fisiológico y anatómico.

La concepción de que el mal estado de salud provoca deterioro del comportamiento y de las vivencias psíquicas, prevalece tanto como la idea que determinan anomalías psicológicas y sobre todo ciertas modificaciones de la esfera intelectual, pueden considerarse las causas de fenómenos

rituales; se advierte desde luego, la importancia cada vez mayor de las múltiples influencias ambientales.

En la vejez el comportamiento esta determinado por la acción, de los factores psicológicos y ecoiológicos.

Envejecer exige una adaptación desde un punto de vista intelectual, pero también social y efectivo. La índole y el grado de adaptación están determinados por las circunstancias biológicas, sociales, caracterológicas y de personalidad del individuo que envejece

Las modificaciones de las funciones psíquicas de la senectud, como son el debilitamiento global de la actividad intelectual, la disminución de la memoria de hechos recientes en tanto que los hechos pasados son remoderados con gran facilidad (memona retrograda), la ngidez en los juicios las ideas, la hipertrofia del instinto de conservación, la vanación mental y afectiva, se desarrollan a lo largo de muchos años. Es muy difícil tratar de establecer fronteras y conceptos de normalidad y anormalidad y aplicartos.

En conclusión el grado de deterioro y el momento de inicio de la declinación varían según funciones y según los individuos y solo algunos cambios tienen relación directa con la edad cronológica

CAPITULO 2.

EVALUACIÓN CLÍNICA.

2.1. INSPECCION VISUAL

También llamado aspecto general, apariencia general, inspección general, y en algunos casos somatoscopia.

Por que empezar con esto, antes de comenzar un interrogatorio o anamnesia, es preciso observar la persona desde el momento que llega hasta, que comienzas el interrogatorio y el examen físico, en ocasiones la simple inspección externa del paciente revela si este se siente incomodo, intranquilo, distraído, pálido, cianótico, etc. Se observara las ropas e higiene etc. Así la evaluación preliminar del estado funcional de cada paciente puede realizarse precozmente.

Para señalar los datos que se obtienen mediante este procedimiento, los autores usan los siguientes términos: estatura, peso, estado de nutrición, constitución, configuración corporal. Todo esto se refiere a características somáticas, que cada autor las estudia con un criterio particular.

Los términos adaptación, grado de conciencia, cooperación, orientación, estado emocional, estado psíquico, lenguaje, tienen la función solamente de señalar alteraciones nerviosas o psíquicas.

*En su libro fundamentos del diagnóstico el Dr. Luis Martín Abreu, señala que todo este tipo de examen llamado inspección general, no está sistematizado, y a menudo se expresa con una serie de lugares totalmente inútiles en un documento científico, él propone una denominación que para él es más apropiada que sería el estudio del fenotipo.⁶

El estudio del fenotipo término que en antropología se usa para designar el conjunto de características aparentes de un individuo, es bastante preciso y se acepta que proviene de 2 fuentes.

⁶ Abreu Luis Martín. Fundamentos de diagnóstico pp 38

La primera o genotipo, determina las características, que el sujeto adquiere por sus formula genética, que hereda de sus progenitores.

La segunda o paratipo proporciona las características del hábitat, con las costumbres la nutrición, o fenómenos tales como la cultura, civilización y sociedad.

Así el estudio del fenotipo comprenderá tres categorías que son

- 1 - de orden somático (que se explica mas adelante Que es noción de somatotipo, sexo,estatura, peso, edad aparente y actitud somática
- 2 - de orden psiquico o mental actitud psiquica, grado aparente de inteligencia.
- 3 - de orden social y cultural indumentaria, cuidado personal, nivel económico y nivel cultural probable

A estos en caso que aparecieran, también se registra y podrán ser de utilidad como son

1 - Facies (Características típicas que algunas enfermedades imprimen en el rostro de los pacientes). displasias, vendajes mutilaciones y deformaciones

2 - tics u otros movimientos anormales, anomalias de lenguaje y rasgos anormales de conducta

En otras palabras el estudio del fenotipo se inicia por la inspeccion desde que se toma contacto con el paciente y continua con la anamnesia y el examen somático

Hemos estado hasta ahora hablando de somatotipo, actitud somatica pero no lo hemos explicado

A continuacion se explicara brevemente ya que esto solo se aplicara en exámenes clínicos habituales y solamente necesitamos una noción del somatotipo

Noción del somatotipo

*Se utiliza la clasificación de Sheldon que establecieron conclusiones que después fueron confirmadas, ellos analizaron fotografías de miles de

personas tomadas de frente, de espaldas y perfil, y concluyeron que la morfología externa de cada humano puede ser analizada por medio de componentes siempre presente, pero en cantidades variables.⁹

El primero fue llamado endomorfia, derivado de los órganos digestivos derivados del endodermo embrionario fig 1.



El segundo se refiere a huesos músculos y tejido conjuntivo de origen mesodérmico, por lo tanto fue llamado mesomorfia fig 2.



El tercero o ectomorfia implica el desarrollo de la piel y sistema nervioso, derivados del ectodermo fig 3



⁹ Abreu Luis Martín. Fundamentos de diagnóstico Pp 40.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Así el primer paso para la inspección visual o general y poder determinar el fenotipo, ya tenemos nociones del somatotipo, así un ectomorfo es una persona delgada en cambio un endomorfo puede ser una persona con apariencia obesa, en cambio un mesomorfo es de apariencia atlética

Bien la utilidad de esto, es que se ha demostrado que ciertas personas, según el somatotipo tienen la tendencia a padecer ciertas enfermedades como la hipertensión, la osteosclerosis, enfermedad coronaria. También se asocia al somatotipo el temperamento y algunas variaciones en ciertas funciones fisiológicas

Facies

Las enfermedades imprimen su huella en el rostro, haciendo que este adquiera una expresión especial, a esto se le llama facies. Todos los padecimientos son capaces de producir esta modificación en el rostro de las personas

En la cara, cuya extremidad frontal tiene la significación más noble, reflejan las reacciones provocadas por el mundo exterior (interés, miedo, repugnancia, etc.), así como las excitaciones que tienen su origen en el propio individuo ya sea estados de ánimo (alegría, tristeza, preocupación, angustia, etc.) o en trastornos funcionales de las vísceras provocados por daños de cualquier índole. En todos los casos, y por vía nerviosa, se produce, al par, la contractura de los denominados músculos faciales y fenómenos de irrigación de la piel (palidez, rubor, sudoración) que dan a la cara un aspecto que permite al observador la causa que lo motiva

Así. En los sujetos sanos el aspecto de la cara varía según múltiples factores. Como la edad, la raza, el estado de ánimo en el momento del examen, el hábito corporal, vicios, etc.

En los sujetos endomorficos la cara tiene el contorno pentagonal o en forma de escudo ancho, con color fresco de la piel, y sienes notablemente despejadas comparable a un Sancho panza.

En los ectomorficos las facies son muy características. Tienen el contorno frontal de la cara ovoide con el eje corto.

Y sin embargo en los mesomorficos el contorno de la cara es ovoide,, no existe en si un perfil característico, generalmente son de complejión musculosa.

Otra de las características que observamos en sujetos sanos, son los gestos de la cara como por ejemplo a sonrisa. adelantar la barbilla son semáforos reveladores de un gran numero de emociones e incluso estados de conciencia no expresados por el lenguaje.

II.- Las enfermedades graves se reflejan en la expresión entera de la cara. Recibe diversas clasificaciones con relación a los autores que las describen (Hipocrática) y según el signo principal que manifiesta (facie ictericia anémica,) o el órgano enfermo(facies cardiacas, hepática)

Los procesos dolorosos de larga duración (así como los estados de animo sostenidos) motivan la reiteración del mismo gesto que a la larga acaba por fijarse confinando ala cara un aspecto peculiar, como la facie ulcerosa gástrica propia de cada padecimiento y sistema.

III - En los últimos años se ha valorado las modificaciones de las facies consecutivas a la toma de determinados fármacos (facies iatrogénicas) Intoxicaciones profesionales y aberraciones cromosómicas. Como por ejemplo citaremos la facie cortisonica y entre las facies por anomalías autonómicas se encuentra la de Down.

En el transcurso de esta tesis exploraremos cada facie dependiendo de la causa, órgano y sistema, por el momento expresamos las diferentes

variaciones de acuerdo a sus causas, ya sea iatrogénica, cromosómicas, patológicas e incluso movimientos anormales.

Movimientos anormales.

El movimiento anormal son aquellos que se efectúan, de modo que no es habitual.

Los movimientos anormales pueden ser de 2 categorías, el primero por perversión de movimientos fisiológicos o por aparición de movimientos absolutamente nuevos

De los primeros se puede citar, la alteración de los movimientos respiratorios en las disneas o la modificación del parpadeo que se presenta en ciertos estados neuropáticos.

Y de los segundos, están las convulsiones, los temblores, el tic, los movimientos coreicos etc

Otros datos que debemos registrar, de utilidad clínica, de tipo somático son: Estatura y peso Su registro permitirá juzgar el desarrollo somático del sujeto y la existencia del exceso o defecto en algunas de estas características

La edad aparente adquiere valor hasta que es comparada con la edad real o cronológica Las discrepancias entre ambas darán lugar a investigaciones sobre las causas probables del envejecimiento

Y por ultimo la actitud somática es la posición que toma el cuerpo como consecuencia de una intención del sujeto (actitud de reposo, agresiva dolor, expectante, etc Implica la correlación de algo no somático, sino fisiológico o psíquico

Así la segunda categoría para el estudio del fenotipo es La actitud psíquica . En esto solamente podremos registrar la actitud psíquica en que el paciente se encuentre, calma serenidad ansiedad, deprimido, agitado inquieto, conviene agregar que este dato se recogerá no solo por la vista sino In largo del interrogatorio

Otro punto es el grado aparente de inteligencia, este dato también se observara a través del interrogatorio, no de manera inmediata, se dará una idea de las capacidades funcionales. al escuchar los puntos de vista o la manera como razona ante asuntos que le propongan.

Y por ultimo la tercera categoría es de tipo social y cultural. como son el, cuidado personal y nivel económico y cultural probable. No es lo mismo una persona que ocupa un puesto importante en la comunidad la que vive marginado, este tipo de personas no enfrentaran los mismos problemas nutricionales, económicos, sociales etc. Y por ultimo el nivel cultural va a complementar esta primera parte de la inspección general o como lo hemos dirigido el estudio del fenotipo. Esto es el nivel cultural probable. este te va a servir para orientar y graduar el nivel de las explicaciones, para orientar los temas de las plática. En otras palabras para establecer en forma adecuada las relaciones sociales y amistosas que todo medico debe tener con sus pacientes

2.2 Historia clinica

La historia clinica es el documento central del expediente del enfermo de su buena elaboración depende el éxito o el fracaso en el tratamiento de un paciente, en otras palabras es la biografía del individuo con relación a sus padecimientos físicos y mentales, y por supuesto incluye los datos antecedentes y actuales que puedan estar vinculados con ellos como son su medio ambiente, sus habitos, sus costumbres, su herencia. De su exactitud e integración depende, el diagnostico, el pronostico, y la terapéutica y en nuestro caso, no saber como modificar nuestro tratamiento.

Bien ya que este trabajo trata sobre la evaluación clinica del paciente geriátrico, al realizar la historia clinica, encontraremos varios problemas, de inicio los pacientes ancianos presentan a veces déficit sensoriales, que pueden ser auditivos, vision etc (ya los mencionamos en el capítulo

pasado.) Esto dificulta el proceso de la entrevista medica, por la que esta debe adecuarse a cada persona.

Para complicar mas las cosas, algunos ancianos tienen limitada o tienden a limitar la información sobre la sintomatología por considerarla una parte normal del proceso de envejecimiento. Ninguna enfermedad debe considerarse parte del envejecimiento normal, por eso es que se mencionan en el primer capitulo los cambios fisiológicos con la edad, ya que sin conocerlo es imposible realizar un correcto diagnostico y poder diferenciar lo normal del patológico

La historia clinica tradicional tiene varias partes, cada una con un fin específico, juntas estructuran los datos que se han reunido, pero no señalan cual será la secuencia exacta de la entrevista. Algunas veces al paciente el relato de ciertos aspectos importantes de su vida puede llenarle de ansiedad, angustia, inquietud, o por el contrario de alegría, satisfacción o tranquilidad. Por eso es imposible determinar un mecanismo específico en el método de estudio del paciente. La directora, de esta tesis, me comentaba que estaban acostumbrados a llenar renglones y a repetir preguntas, por eso es que mencionaba que no hay un mecanismo específico, algunas veces es conveniente iniciarse con el interrogatorio y otras haciéndolo paralelo con la exploración física. A lo largo de esta tesis en especial de este capitulo observaremos que el orden tiende a cambiar por cada aparato y sistema

La historia clinica tiene varias formas de realizarse de acuerdo a las finalidades de esta. Puede ser que se quiera para conocimiento del paciente, de la evolución del padecimiento, pronostico, curación

- otra como registro de consulta personal
- como registro hospitalario
- fines estadísticos
- para aplicación de sistemas de evaluación del expediente clinico.
- para material de publicación (con previa autorización)

Con este objeto, deben de valorar las tres formas posibles de un esquema-formato de la historia clínica general, pues cada especialidad hace referencia a determinados datos de utilidad en particular.

*Por ejemplo IMSS, utiliza una historia clínica general por capítulos con un correspondiente espacio en blanco -⁹

El Instituto Nacional de Cardiología, utiliza en forma de capítulos con distintos incisos a interrogar o explorar, ya que sirven como recordatorio al médico que la elabora. Y el tercer tipo es el resumido, que contiene una ficha de identificación, los antecedentes, el padecimiento actual, el interrogatorio y exploración somática por aparatos y sistemas

Ya que en el paciente geriátrico, como mencione al principio de este capítulo nos vamos a enfrentar a ciertos problemas como son, la audición, visión etc. Por eso es que esta tesina va utilizar el tercer tipo de historia clínica, empezando con la I general, ficha de identificación antecedentes, padecimiento y por último el interrogatorio y exploración por aparatos y sistemas paralelamente

El inicio de este capítulo abarcamos lo que es la inspección general, lo que correspondería ahora es la ficha de identificación. Antes de comenzar con esta debemos de entender cual es la forma más conveniente de obtener los datos clínicos, como debemos de realizar la entrevista

*Antes de comenzar a realizar nuestra historia clínica, es aconsejable preparar el escenario para esto, que significa un ambiente adecuado ya que esto facilita la comunicación -¹⁰

Las primeras fases de la comunicación paciente-clínico que incluyen el uso adecuado de nombres y títulos, son determinantes del auto concepto reflexivo de los pacientes(lo que cree que usted piensa de ellos. Si este concepto es favorable es más probable que los pacientes estén satisfechos y dispuestos a cooperar con sus recomendaciones diagnósticas y terapéuticas

⁹ Abreu Luis Martín. Fundamentos de diagnóstico. Pp 30

¹⁰ Bates Barbara. Propedéutica médica. Pp 12

Si la confianza es poca, lo que podamos decir o hacer mas tarde durante la visita quizás tenga poco impacto para ganar la confianza y la cooperación del paciente.

El lenguaje no debe supeditarse al propio de la medicina y familiarizarse con el lenguaje y modismo de la gente, ya que conocen una misma enfermedad bajo distintos nombres.

Finalmente el aspecto personal puede modificar la facilidad con la cual se establezca la relación. Limpieza, pulcritud, un atuendo conservador, una bata blanca y un gafete con el nombre, para personas de edad avanzada son aconsejables. Algo mas es asegurar la comodidad del paciente.

Bien ya que hemos cuidado todo lo anterior ahora toca el interrogatorio, ya que este tiene varias características

Interrogatorio.

El interrogatorio es el que permite recoger la anamnesia y construir la historia clínica. Este persigue fundamentalmente 2 objetivos: 1) obtener información sobre que aqueja al enfermo, 2) establecer una buena relación medico-paciente, indispensable para lograr la colaboración del enfermo durante el examen y eventual manejo subsecuente.

El interrogatorio puede ser directo cuando se hace al enfermo mismo, o indirecto cuando lleva a cabo a través de familiares o terceros, debido a diversas causas, ya mencionamos los problemas que nos enfrentamos como es la audición etc.

El interrogatorio consta de varias secciones y depende de cada caso, por el cual ha de iniciarse. Siempre es importante comenzar con la ficha de identificación.

2.2.1. Ficha de identificación

En la historia clínica algunos asuntos introductorios preceden a los detalles de la historia del paciente. La fecha siempre es importante y en circunstancias rápidamente cambiantes hay que añadir el momento. El

Etiquetar la historia clínica. Es útil añadir la dirección y el número de teléfono. Orientan sobre la nacionalidad y el grupo étnico

En la edad anotaremos la real o cronológica y dentro de un paréntesis, la aparente. Cotejando ambas nos daremos cuenta de si el sujeto lleva bien los años o está envejecido, ya que como mencionamos existe una evidente relación cronológica entre la mayoría de las enfermedades y los diferentes periodos de la vida, los cuales, a su vez, imprimen a aquellas un curso evolutivo distinto

* El estado civil es importante ya que el celibato el matrimonio viudez y divorcio significan modos de vivir distintos, que cuentan en la génesis de muchos trastornos funcionales incluso orgánicos. un ejemplo en las viudas el principal problema es la soledad y el desamparo. lógicamente es un estado de ánimo que nos puede llegar a afectar *¹¹

La ocupación hay que investigarla con mucha precisión, por que existen enfermedades profesionales que son aquellas, que se adquieren en el transcurso del trabajo realizado toda su vida, por ejemplo

Los agentes climáticos su acción nociva se observan sobre todo en personas como son los albañiles y todos los del ramo de construcción, ya que estos están expuestos al frío y corrientes de aire, por estas razones son más propensos a bronconeumopatías

Otro ejemplo como son el cáncer en la piel son más propensos los campesinos, los pescadores. Otros son aquellos que pueden tener una excesiva tensión psíquica, esta causa trastornos neurovegetativos, especialmente a nivel del sistema circulatorio, como son empresarios. Y en la profesión médica en especial los cirujanos y los internistas predominan las dolencias cardíacas y vasculares por el stress que causan sus especialidades. Los radiólogos son frecuentes las hemopatías, anemias, leucosis y agranulocitosis

Los datos de identificación que acabamos de mencionar como la edad, raza, u origen étnico, lugar de nacimiento y ocupación sexo sirven no solo

¹¹ Surro Batho Juan, Semiología Médica y Técnica exploratoria, Pp 80

para conocer donde se desempeña el paciente, también brindan algunas sugerencias acerca del tipo de persona con quien hablamos, incluso cuales pueden ser sus problemas.

Cuando los pacientes no acuden por propia voluntad, tiene importancia la fuente de referencia. Indica que puede ser necesario un informe escrito y ayuda a comprender las posibles motivaciones

El origen de la historia, tanto si es el paciente como la familia, amigos, una carta de quien lo envía o un registro médico anterior, también merece un comentario. Ayuda a estimar el valor y las posibles tendencias de la información. En ciertas circunstancias también es útil comentar la probable veracidad, del origen de los datos que se obtienen. Esta veracidad varía de acuerdo con los conocimientos, la memoria, la confianza y la motivación entre otros factores

2.2.2 Padecimiento actual

Ya comenzado el interrogatorio, iniciaremos con la investigación del padecimiento actual, dejando que el paciente relate su problema, el que usualmente expresa en su propio lenguaje y si lo escuchas con paciencia y atención te ganarás la confianza del mismo. a esto suele llamarse tribuna libre, a la que debe dársele tiempo razonable limitado que te permita organizar mentalmente tu interrogatorio y hacer tus preguntas en base a los datos expuestos. a esto se le llama interrogatorio dirigido y debe procurarse que cada pregunta tenga un objeto concreto y que no se caiga en el error de obligar al enfermo a dar una respuesta falsa, equivocada o poco clara, que lo intencionado de la pregunta no llegue a sugerir la respuesta, que no se salga de los límites de la discreción

El interrogatorio dirigido se lleva a cabo al mismo tiempo que el paciente relata su problema, así, el médico puede conducirlo por un cauce lógico con

respecto a sus características: el sitio anatómico de la enfermedad, el modo de aparición insistiendo en aclarar las circunstancias mediatas o inmediatas que condicionaron la iniciación del padecimiento y sin olvidar la causa la que el enfermo atribuye su mal. Las alteraciones del estado general, como fiebre, astenia o enflaquecimiento; síntomas que acompañan la manifestación principal, investigándolos de la misma manera que los síntomas principales. los caracteres del padecimiento tienen en el acto del examen y por supuesto la terapéutica empleada hasta el momento. En general se inicia por el interrogatorio de los datos que tiene mas relación con la patología del paciente, pero no se guarda un orden establecido

2.2.3 Antecedentes

Antecedentes personales

En este caso se debe investigar la historia pasada de enfermedades, su salud en general su peso habitual y variaciones sus hábitos alimenticios, higiénicos y habitacionales. Las características de sus actividades deportivas y sociales. Sus antecedentes de sus inmunizaciones rutinarias y especiales, las enfermedades que ha padecido las intervenciones quirúrgicas su historia marital, en general se investigan todos aquellos antecedentes que puedan tener una importancia para el momento actual

Antecedentes familiares

La historia familiar debe ser investigada con atención. El modo de vida y el estado de salud de los padres, conyuge hermanos hijos causa de su muerte. Frecuencia familiar de enfermedades transmisibles (sífilis hepatitis, tuberculosis etc), de enfermedades neoplásicas, metabólicas (obesidad, diabetes, gota), toxicomanías alergias cardiopatías hipertensión epilepsia, padecimientos neurológicos, atropatías desnutrición. En general todas aquellas circunstancias que en un momento dado pueden tener relación con el padecimiento

2.2.4. Técnicas de exploración.

Inspección.

¿ Cuándo empieza la inspección? Como ya lo habíamos mencionado, desde que el paciente entra, ya lo explicamos en la inspección visual. Todo esto se refiere a la inspección global, pero ahora, se procederá a la inspección de cada zona en particular, ya no basta una simple mirada, la inspección se aplica en una forma detallada, minuciosa, de una zona en particular.

La inspección se lleva a través de la mirada del sentido de la vista, puede ser directa o instrumental a través, de algún aparato como lentes de aumento, oftalmoscopio, etc.

La inspección da la noción de movimiento, simetría, forma, volumen, estado de la superficie, color, situación, actitud, postura, marcha, integridad y conformación, mas adelante explicaremos como se inspecciona cada aparato y sistema.

Palpación

En este utilizaremos otro de nuestros sentidos como es el tacto, en este permite complementar los hallazgos de la inspección y, además, buscar resistencia o rigidez muscular, tamaño, forma, consistencia y sensibilidad de vísceras o tumores, alteraciones de la humedad de la piel, variaciones de la temperatura local, edema, pulsaciones, crepitaciones, etc.

Es ideal palpar con las yemas de los dedos, y con la presión mínima que permita obtener la información buscada.

Auscultación.

En este lo llevaremos acabo a través de otro de nuestros sentidos, la audición. Esta puede ser directa, si se apoya la oreja sobre la región a explorar, o indirecta, cuando se utiliza un instrumento para su efecto (estetoscopio).

Un buen estetoscopio, entendemos un biauricular, sin filtraciones, con auriculares que se ajusten bien al oído y que tenga incorporado una campana y un diafragma en el mismo aparato, de manera que puedan intercambiarse según sea necesario

El diafragma debe aplicarse firmemente sobre la piel, capta mejor y refuerza ligeramente los ruidos de tonalidad alta, como son ruidos cardiacos, ruidos pulmonares, soplos de regurgitación y de expulsión, los clicks y los ruidos intestinales. En cambio la campana debe aplicarse sin ejercer presión sobre la piel, para no ponerla tensa y transformarla en diafragma, cuidando de no dejar espacios entre sus bordes y la piel, capta mejor los ruidos graves, como en los soplos diastólicos en la estenosis mitral, 3y 4 ruido cardiaco y el murmullo vesicular

Percusión

La percusión es un metodo exploratorio que combina la palpación, la inspección y la auscultación es decir, al percutir golpear una zona una región determinada, el clínico puede obtener fenómenos acústicos producir movimientos que se palpan o se observan y localizan puntos de sensibilidad dolorosa. La percusión puede ser directa golpeando la región con un dedo o varios a la vez, con la palma de la mano con el puño cerrado bien por un instrumento percutor. Cada uno de estos mecanismos tiene una indicación específica, puede ser indirecta, cuando se percute la region a traves de un

instrumento como es el plexímetro que está en desuso o interponiendo un dedo del explorador entre el objeto a percudir y la región por explorar

La percusión digito-digito, es decir, utilizando un dedo como percutor u otro como plexímetro, es el método rutinario de más uso, tiene grandes ventajas, evita la dependencia de instrumentos, el ruido agregado que se produce es mínimo y siempre el mismo, permite apreciar la fuerza de la percusión, la consistencia del dedo transmite vibraciones y se aplica cómodamente a la región por explorar. El dedo percutor debe caer perpendicularmente sobre el dedo plexímetro y el golpe debe ser breve y rápido con el objeto de no bloquear la transmisión de las ondas sonoras fig 4



Los fenómenos acústicos que se obtienen con la percusión indican el tipo de materia que vibra. Los sólidos transmiten mejor las ondas sonoras que los líquidos y estos mejor que los gases. Las características más importantes de los fenómenos acústicos son tres: Intensidad. Depende de la amplitud de las vibraciones, es decir, la propia intensidad de percusión sumada a la capacidad de vibración de la masa percutida. El tono depende de la altura y esta tendrá una gama muy amplia desde el tono más bajo hasta el más agudo perceptible por el oído humano. El timbre de un sonido está conferido por la calidad de la masa; por ejemplo no es igual el sonido de una guitarra al de una trompeta.

Los sonidos que se obtienen en la percusión clínica no son sonidos sino ruidos. Los tres tipos fundamentales de ruidos son el claro, el mate y el timpánico.

Sonido claro o resonante pulmonar. Se obtiene por la percusión del pulmón y resulta de la vibración del aire situado entre el parénquima, sé a comparado como si percutieras un pan fresco.

El sonido mate. Se obtiene sobre los órganos sin aire, como las grandes masas musculares. Y por último el sonido timpánico se obtiene sobre el estómago y el intestino, este recuerda a un tambor.

2.3. Evaluación clínica por aparatos y sistemas.

2.3.1. - Signos vitales.

Comenzaremos con la definición. El signo es el que nosotros observamos en el paciente como alguna deformidad, alteraciones etc. En cambio un síntoma es lo que el paciente nos refiere, y el signo vital es la manifestación objetiva que nos da las funciones vitales.

Pulso

El pulso es la presión que se siente cuando el corazón se contrae y bombea sangre las arterias. La toma del pulso es uno de los exámenes más corrientes en la práctica clínica. La palpación del pulso puede practicarse sobre cualquier arteria que sea superficial y que descansa sobre un plano relativamente duro. La más adecuada es la radial a nivel de la muñeca y la carótida más cercana de la presión aórtica central que el pulso de una extremidad. La relativa frecuencia de alteraciones de las paredes vasculares o de anomalías de posición aconseja que se tome simultáneamente el pulso en ambas arterias radiales, con el objeto de elegir en los exámenes sucesivos, aquella que se aprecian mejor se aprecian los latidos para estudiar los accidentes de pulso.

La forma de tomarlo es que el brazo se dispone moderadamente extendido, con el brazo en semipronación y la muñeca algo flexionada, se toma la muñeca entre el pulgar con la cara dorsal y las yemas de los dedos índice y

medio sobre la arteria ejerciendo una presión moderada. El dedo que más orienta es el próximo al puño, por lo cual es útil explorar el pulso radial izquierdo con la mano derecha y viceversa. Fig. 5.



FIG 5.

Al palpar el pulso consideremos de manera sucesiva.

- 1 - Numero de pulsaciones
2. - Ritmo
3. - Amplitud
4. -Velocidad con la que asciende el pulso, es el tiempo que tarda en ser elevado en cada pulsación que el dedo que palpa.
- 5 - Dicrotismo

Numero de pulsaciones Este se estima con el indicador de segundos de un reloj. Se cuentan las de un cuarto o medio minuto, y se multiplica por cuatro o por dos la cifra obtenida, también las puedes contar durante 30 segundos, sirviendo los 15 últimos los comprobantes de los primeros.

En condiciones normales y tratándose de sujetos sanos y en reposo el numero de pulsaciones por minuto guarda relación con la edad y el estado del sujeto.

En los adultos se encuentran como cifras medias la de 66 por minuto en hombre y 74 por minuto en mujeres con límites entre 60 y 100 por/min. según sean sujetos vago tónicos o simpático tónicos. Cuando el numero de

pulsaciones por minuto en un sujeto adulto en reposo es superior a 90, hablamos de taquicardia, y si es inferior de 60 de bradicardia.

El latido arterial rápido puede ser una manifestación de anemia aguda, ejercicio, estados emocionales, hipertiroidismo, y diversos tipos de taquicardias: supraventriculares o ventriculares

Y el pulso arterial lento, se observa en bradicardias sinusales o en el bloqueo auriculo ventricular completo, también en atletas, salmonelosis, ictericia, hipertensión intra craneana

Ritmo.

El pulso es regular cuando el intervalo entre uno y otro latido es el mismo. Cuando la frecuencia aumenta durante inspiración y disminuye durante la espiración se trata de arritmia sinusal. Esto es frecuente en gente joven

Cuando existe la completa irregularidad del ritmo se observa en la fibrilación auricular

Amplitud o volumen

Es la medida de la oscilación de su presión en el tubo arteria, entre su aumento en la plenitud sistólica y su descenso en la evacuación distolia. Guarda relación directa con la amplitud de la sistole y volumen del alza e inversa con el tono arterial, aumenta con a relajación de la pared

Un pulso amplio significa que existe una gran diferencia entre la presión arterial sistólica y diastólica. Este se observa en la insuficiencia de las sigmoideas aorticas que le llaman pulso de corrigan. El pulso amplio también se presenta en la persistencia del conducto arterioso. En este caso y en la regurgitación aortica, el abatimiento de la presión diastólica se debe al escape de sangre de la aorta al final de la diastole, y en el ascenso de la presión sistólica, se debe al aumento del volumen sistólico que maneja el ventriculo izquierdo. ambas situaciones ocasionan un aumento de la presión diferencial y por lo tanto de la presión del pulso

La amplitud del pulso se disminuye en caso de que el gasto cardiaco este disminuido como sucede en la estenosis mitral en la taquicardia, en el

choque y en la pericarditis constrictivas. Lo mismo sucede en las cardiopatías obstructivas y en la estenosis aortica.

Cuando un pulso es amplio y lo siguiente pequeño, de manera alternada y sucesiva recibe el nombre de pulso alternante, este es una manifestación de insuficiencia ventricular izquierda severa

Cuando existe una disminución acentuada de la amplitud del pulso durante la inspiración normal constituye el pulso paradójico, este se observa en grandes derrames pericardicos y en el asma bronquial severa

Velocidad con la que asciende el pulso

No debe confundirse con la frecuencia. Es el tiempo que tarda en ser elevado por cada pulsación el dedo palpa. Guarda relación con la sístole cardiaca, elasticidad vascular y resistencias periféricas, cuando la velocidad aumenta como insuficiencia aortica, el latido es intenso, patente, pero de apanción y desapanción rápidas, el pulpejo del dedo percibe como un latigazo o la impresión como de un resorte metálico. En la estenosis aortica y arterosclerosis el pulso es perezoso y tardó, y asciende con lentitud y es poco amplio

Dicrotismo

Se entiende por pulso dicrotico una forma de pulso, en la que apenas terminada la pulsación principal, se percibe otra segunda de menor intensidad, y ambas separadas de las pulsaciones que la preceden y siguen por intervalos iguales como los dos golpes del martillo que rebota en el yunque. El dedo que toma el pulso percibe la segunda pulsación como un prolongamiento de la primera. Este se da cuando la tensión diastólica es baja y el ritmo relativamente lento, como en fiebre tifoidea, y en convalecencias de enfermedades infecciosas

Mas adelante cuando revisemos la evaluación del aparato cardiovascular, mencionaremos mas a fondo las distintas variaciones y sus causas mas frecuentes.

Técnica.

Existen varias técnicas para la valoración, de la tensión arterial: táctil o palpatorio, auscultatorio y oscilometro.

Método táctil o palpato. Se insufla el brazalete aplicado sobre el codo (brazo) hasta que el pulso radial desaparece (presión supramaxima). Luego se deja salir el aire poco a poco hasta que aquellos reaparecen, momento que se señala la presión sistólica o máxima. Entonces mediante palpación de la arteria humeral (debajo del borde interno del biceps) o retromolar interna, se descontinúa a descompresión del brazalete percibiendo de esta forma un latido cada vez mas fuerte y vibrante hasta un máximo, partir del cual Desciende bruscamente la intensidad del latido, resalte palpato que corresponderia la mínima o diastólica

Método auscultato. Korotkow Procedimiento como en el método palpato, se sustituye la palpación por auscultación con un estetoscopio colocando sobre la humeral, se insufla el brazal hasta que ya no se escuchan los latidos (presión supramaxima), se descomprme sucesivamente hasta oír la primera pulsación (máxima), continuando la descompresion, las pulsaciones aumentan de intensidad, se hacen mas secas y a veces soplantes, hasta que bruscamente disminuyen (mínima)

Método oscilometro Requiere de aparato tipo oscilografo. Con el método oscilometro se puede medir la maxima, y la mínima. La diferencia es que es un aparato especial (oscilometro) y que la escala es oscilometra

La mayoría de los clínicos recomiendan usar el método auscultato, ayudado por la palpación simultanea del pulso arterial

En la clínica se utiliza el esfigmomanometro. El tamaño del mango que rodea al brazo debe ser proporcional al tamaño del brazo. El mango que se utiliza en un adulto normal debe medir 12.5cm de ancho, un mango que no sea de la medida adecuada da falsas presiones altas. Esto sucede cuando se utiliza

un mango de adulto en un niño o un mango de adulto normal en un obeso respectivamente.

Método auscultatorio (Korotkoff)

La tensión arterial se puede medir en el brazo del paciente, y debe registrarse en ambos brazos al menos una vez. El brazo del paciente debe estar un poco flexionado y apoyado cómodamente en una mesa, almohada o sobre su mano. Debemos asegurarnos que el brazo esta completamente desnudo.

Centre el manguito desinflado sobre la arteria humeral, en posición inmediatamente medial al tendón del biceps, con el borde inferior 2-3cm por encima del pliegue antecubital. Aplique un manguito de tamaño apropiado de forma ajustada y segura, pues un manguito suelto puede dar una medición falsa inferior

Se comprueba mediante la palpación, la ubicación de la arteria humeral. se coloca a continuación la campana del estetoscopio sobre la arteria humeral y se infla el manguito una presión superior a 20-30mm Hg superior a presión sistólica máxima que ya habíamos determinado por el método palpatorio fig 6



Fig 6

Se utiliza la campana por que es más eficaz que el diafragma para transmitir los sonidos de bajo tono que produce la turbulencia del flujo sanguíneo en la

arteria (Ruidos de Korotkoff. Se desinfla el manguito lentamente escuchando los siguientes ruidos.

1. - Dos latidos consecutivos, indican la presión sistólica y también el comienzo de la fase 1 de los ruidos de Korotkoff.
2. -En ocasiones los ruidos que se escuchan desaparecen, y vuelven a parecer 10-15mmHg después (fase 2) El periodo de silencio es el hueco o silencio auscultatono Debemos tener en cuenta esta posibilidad o infravaloraremos la presión sistólica o sobreestimar la presión diastólica. El hueco auscultatono aumenta en el caso de hipertensión sistólica en las personas ancianas (por perdida de la flexibilidad arterial), mientras que disminuye en el caso del pulso paradójico, por procesos cardiacos constrictivos
3. - Se debe detectar el punto en que los ruidos, con un primer chasquido (fase 3), se enmascara (fase 4) Es la señal inminente de la desaparición de los ruidos de Korotkoff
4. -Se debe observar el punto en el que los ruidos (fase 5) Este es el segundo ruido diastólico La presión diastólica donde los ruidos desaparecen Siempre se deben de seguir auscultando hasta que la columna de mercurio llegue a cero, ya que a veces existe el llamado agujero auscultatono que, de no tomarse en cuenta, puede hacer registrar una presión diastólica falsamente elevada Fig 7



Las cifras normales de la tensión arterial varían con el sexo (algo superior en el masculino al principio; a partir de los 45 años se invierten los papeles), raza (menor tensión en orientales), constitución, se ha descrito un tipo constitucional pleonico, hipertenso, característico, bajo fómido faz rubicunda, con cuello corto y tendencia a obesidad y accidentes vasculares, herencia ligada al sexo (la tendencia de hipertensión es mucho mayor en hermanos del mismo sexo que del sexo opuesto) y edad. En los sujetos añosos a partir de los 65 años de edad con sistema vascular rígido aumentan la presión sistólica, con una diastólica normal o ligeramente reducida y gran diferencia.

Las variaciones fisiológicas de la presión arterial, durante el día aparte de ligeras alzas, la tensión tiende a subir hacia la tarde, alcanzando su máximo entre las 7 y 8 de la noche, en cambio, desciende durante el reposo nocturno. Al cambiar bruscamente del decúbito a la posición de pie se produce un discreto descenso de la presión que, rápidamente, vuelve a su nivel primitivo, sin embargo, en cerca de la mitad de los casos, la diastólica persiste 2 a 5mm mas alta en posición de pie, mientras un tercio de los casos, la sistólica cae entre 10 y 15mm

La diferencia entre los 2 brazos mayor de 10mm de Hg se observa en la 5 parte de los individuos aparentemente sanos. En estos casos de desigualdad casi siempre en el brazo izquierdo es el de mayor presión. Diferencias mayores se observan en coartación aortica o estenosis de la subclavia o axilar del lado de menos presión.

Ya que las cifras normales guardan relación con la edad y el sexo del sujeto examinado. La American Heart Association recomienda registrar 3 valores de tensión arterial. El rango normal es aproximadamente de 100-140 mmHg para la sistólica y de 60-90 mmHg la diastólica (segunda). La diferencia entre la presión sistólica y diastólica se llama presión de pulso.

La presión diferencial o presión de pulso es aproximadamente un tercio de la máxima de 40 a 60mm, y la presión media o eficaz equivale a la mitad de la presión máxima, siendo en 20 o 30mm superior a la mínima o diastólica.

El esfuerzo, la emoción, la angustia, el dolor agudo, el cigarrillo, las comidas y aun la repleción vesical, originan alzas tensionales transitorias de diferente grado.

Finalmente, al examinar por primera vez a un paciente, debe de registrarse la presión en ambos brazos, especialmente si se descubre desigualdad de amplitud entre las radiales. Del mismo modo, en un primer examen, debe de determinarse la presión sentado o tendido y después de 3 minutos de estar de pie, con el objeto de pesquisar hipotensión postural que consiste en el descenso mayor de 15mm de la presión sistólica y diastólica en posición de pie, fenómeno que se observa en hipertensos tratados con cierto tipo de antihipertensivos o en diabéticos complicados.

Respiración

La respiración normal consiste en la sucesión rítmica y fluida de movimientos de expansión (inspiración) y retracción (expiración torácica) sin que el ojo pueda observar ningún intervalo entre el final de uno y el comienzo de otro.

En estado normal se observan 2 tipos respiratorios: el toracoabdominal y el costal superior. En el primero, propio del sexo masculino, la contracción enérgica del diafragma motiva la dilatación inspiratoria de la parte inferior del tórax y abdomen, en el segundo, la acción de los músculos de la cintura escapular, sobre todo escalenos y esternocleidomastoideo, desplaza hacia arriba y hacia delante la parte superior del tórax, con un máximo en el ámbito de la III y IV costillas.

La respiración toracoabdominal (o masculina) se observa en la mujer en procesos dolorosos del tórax, la inversión de tipo respiratorio en el hombre se da en casos de asma bronquial y procesos abdominales (ascitis).

peritonitis. El número de actos respiratorios por minuto (frecuencia) varía por múltiples causas, entre las que cuentan los esfuerzos físicos, las excitaciones psíquicas, el trabajo digestivo, y la edad, como se ha precisado bien en condiciones normales la frecuencia al nacer es de 44 respiraciones de 26 a los 5 años, de 20 a los 15-20 años, de 18 a los 20 o 25 años, de 16 a los 25-30 años y de 18 por arriba de los 40. La frecuencia respiratoria debe ser estableciendo límites de 12 a 20 por minuto.

No es necesario advertirle al paciente de que vamos a tomar el número de respiraciones, ya que ello puede provocar una respuesta inconsciente que puede producir o inducir a un error. Es mejor que cuente las respiraciones mientras este tomando el pulso. Compruebe las frecuencias en el momento en que el paciente no sepa lo que está haciendo.

La relación entre el ritmo de respiración y del pulso es de aproximadamente de 1 a 4. La posición es cuando el paciente permanezca sentado.

La disminución de la frecuencia respiratoria se llama bradipnea, la cual puede alcanzar cifras muy bajas, hasta 6 respiraciones por minuto en atletas entrenados y en reposo. Y al aumento se le llama taquipnea.

Existen diferentes tipos de trastornos de la respiración al igual que alteraciones cardiovasculares, más adelante cuando revisemos, el aparato respiratorio, los revisaremos.

Temperatura

Dependiendo del sitio donde sea medida la temperatura, varían las cifras señaladas como normales. Así en la axila y la ingle los límites están entre 36 y 36.9°C siendo para la toma bucal y rectal de 0.4°C más elevada.

En general se admite que las tomas rectal y bucal son las que señalan con mayor precisión la temperatura real del organismo, sin embargo no se debe olvidar que las cifras térmicas bucales pueden variar, si se ingirieron recientemente alimentos fríos o calientes y que aumentara si se ha estado masticando.

Variaciones.

Durante el transcurso del día se encuentran pequeñas variaciones dependiendo básicamente del grado de actividad física que exista, así la máxima elevación entre las 20 y 23 hrs. , Periodo en que se ha acumulado el máximo de producción de actividad, y por el contrario entre las 4 y las 6 hrs. , Existirá el mínimo de temperatura por razones de máximo reposo

El mecanismo que explica las variaciones térmicas en el curso del día, es el mismo que explica el aumento de la temperatura al ejecutar ejercicio, es decir el aumento de metabolismo muscular aumenta la producción de calor.

Se producen cifras térmicas elevadas, después de haber efectuado ejercicios violentos, o cuando el medio ambiente sea cálido, por el contrario la temperatura descendera en ambiente frío o en reposo Desde luego si los mecanismos de control de temperatura funcionan adecuadamente, estas variaciones térmicas nunca serán mas allá, de los límites normales. En general estos mecanismos suelen ser insuficientes en los niños y viejos y por eso es que son más susceptibles a los cambios de temperatura ambiental

2.3.2 Piel

La observación de la piel y sus estructuras relacionadas, durante la inspección general sé continuo durante todo el examen. La piel se ha descrito como el espejo del organismo, pues se presenta alterada no solo en las enfermedades cutáneas, sino en muchísimas afecciones de los órganos internos. A diferencia de otras clínicas en las que el médico tiene que imaginar una lesión, casi siempre después de preguntar, oír palpar, buscar reflejos o hacer estudios de laboratorio y gabinete, la piel y las enfermedades de la piel se ven, aquí y es muy importante en todo nuestro proceso de evaluación, el entrenamiento, el conocimiento y el recuerdo visual son parte importante para el proceso de diagnóstico.

La objetividad de las dermatosis por que a todas las enfermedades de la piel se le llama dermatosis hace que el estudio de la piel se invierta en el orden de propedéutica general, ya que primero se explora y subsecuentemente se interroga.

Las enfermedades de la piel son numerosas y ya como había mencionado es un espejo del organismo, ya las dermatosis pueden ser reflejos de una serie de estados relacionados con la salud, como la ictencia, en estados de ánimo la sudoración persistente de las palmas, buena o mala nutrición (niño chapeado), de profesión dermatitis por contacto, o personas de campo que casi siempre tienen padecimientos producidos o transmitidos por parásitos animales como por ejemplo la sarna, mientras que aquí son comunes la calvicie, acné, seborrea

Antes de comenzar con la exploración es importante familiarizarnos con lesiones elementales como son las primarias y las secundarias

Las lesiones primarias son las formas originales en las que aparecen las diversas lesiones, como son las maculas, papulas, vesículas, pustulas, ampollas, nódulos, tumores y ronchas Y las secundarias son exfoliaciones, costras, excoelaciones, fisuras, úlceras, cicatrices y manchas

La macula constituye una mancha cutánea circunscrita sin elevación ni depresión, su diámetro hasta de 1cm por ejemplo, las pecas

La papula es una formación cutánea patológica, sólida elevada, no mayor de medio guisante, hasta 0.5cm un ejemplo es un nevo elevado

La vesícula es una formación cutánea patológica y elevada, del mismo tamaño, que la papula y que contiene un líquido seroso, como por ejemplo el herpes simple

La ampolla es una elevación de la piel mayor que medio guisante mas de 0.5cm, que contiene líquido seroso, un ejemplo es una quemadura de segundo grado

El nódulo es una formación cutánea patológica y sólida cuyo tamaño varía de 0.5 cm a 1 o 2 cm, frecuentemente más duro que una papula, una característica es que al desaparecer dejan una cicatriz permanente, un ejemplo, es la sífilis tardía.

El tumor es una formación patológica sólida de la piel, con un tamaño de 1 a 2 cm, estas pueden ser benignas o malignas y tienden a crecer o persistir, un ejemplo son las verrugas vulgares.

La roncha es una elevación cutánea transitoria producida por edema del cono, un ejemplo puede ser la picadura de un mosquito.

Las pústulas son elevaciones circunscritas de la piel producidas por colección purulenta, varían en forma, tamaño, número y pueden situarse profundamente en la piel, un ejemplo es el acné.

Las lesiones secundarias son

Las exfoliaciones constituyen una de epidermis descamada o en descamación, también se llaman escamas, y casi siempre se deben a inflamación de la piel por ejemplo la dermatitis exfoliante, la caspa y piel reseca.

La costra es una masa que se forma sobre la superficie de la piel, debida a acumulación de exudados desecados o en otros restos patológicos. Existen según su origen las más frecuentes son las hemáticas y son resultantes de rascado, se caracterizan por su apariencia de puntos rojos pequeños, muy superficiales formados por gotitas de sangre coagulada. Otro tipo es la denominada melencencia por su apariencia de miel y cera, tiene color amarillo y se debe a la concentración de material purulento, un ejemplo es el impetigo.

La excozación es una abrasión superficial de la piel, la superficie es húmeda pero no sangra, por ejemplo la zona húmeda después de la ruptura de una vesícula, como en la varicela.

La fisura es una grieta de la piel, que se extiende por el centro de la dermis hasta el corion. Un ejemplo es el pie de atleta.

La ulcera es una pérdida de la sustancia cutánea circunscrita que se extiende desde la epidermis hasta el corion, pero tiene por causa un proceso patológico. Un ejemplo es la ulcera por insuficiencia venosa, o un chancro sífilítico.

La cicatriz es una formación de tejido que sustituye a una pérdida anterior de sustancia del corion por tejido fibroso, esta puede ser queloide, regular irregular, hipertrófica, pigmentada, despigmentada

La mancha se debe a un depósito de sustancia colorante, como resultado de un proceso patológico un ejemplo Melanoma

Liquenificación Es el engrosamiento de la piel consecutivo al rascado crónico, se caracteriza por exageración del dibujo romboidal normal de la piel, le llaman piel paquidérmica, un ejemplo es la dermatitis atópica

La hiperqueratosis Es el engrosamiento de la piel de la capa cornea de la piel, el ejemplo callos

La atrofia Es el adelgazamiento de la piel con pérdida de la elasticidad, se debe a disminución de número o volumen de algunas capas de la piel un ejemplo es el lupus eritematoso y la insuficiencia arterial

Exploración

Una vez familiarizado con las lesiones más comunes ahora realizaremos lo primero que es la exploración de la piel, esta siempre se debe de llevar a cabo con buena luz, de preferencia natural, en general siempre se comienza con la exploración de la parte o partes que el paciente diga tener afectados, y en segundo el resto de la piel aunque no se declaren afectados, así mismo es necesario explorar los anexos de la piel como son cabello, cejas, pestañas, vello, uñas

En ocasiones, si a inspección a simple vista no parece suficiente, el empleo de lupa puede resultar extremadamente útil. Es esencial contar con una

iluminación apropiada: la luz del día proporciona la mejor iluminación para determinar las variaciones de color, sobre todo la ictericia. Si no se dispone de luz del día o esta es insuficiente, podemos recurrir a una luz fluorescente. Aunque la piel suele observarse a medida que se explora a de las partes de cuerpo o de los sistemas como lo mencionaremos mas adelante, es importante hacer un examen visual global, breve, pero cuidadoso, de la piel del cuerpo, en nuestro caso hasta donde podamos hacerlo.

Esta observación proporciona una idea adecuada sobre la distribución y extensión de las lesiones (en caso que existan), y además permite apreciar la simetría de la piel, detectar diferencias entre las distintas regiones del cuerpo y comparar las zonas expuestas al sol con las que no han sido expuestas. Algo muy importante es que a medida que se avanza la inspección, Claro hasta donde podamos, se pueden descubrir afecciones especiales que requieren atención

En la inspección y la palpación se debe observar lo siguiente

Color Esta depende del grado de transparencia de la epidermis y capas superficiales de la dermis, de la cantidad y color de la sangre contenida en vasos cutáneos y de la presencia de pigmentos. La coloración normal de la piel va desde un tono pardo ligero a un marrón oscuro, o de blanquecino Rosado a colorado, amarillentos o aceitunados. Aunque el color debe ser mas o menos uniforme, es posible que exista zonas oscurecidas por exposición al sol y zonas de piel más oscuras en las rodillas y codos. En los pacientes de piel oscura, los nudillos pueden tener un color más intenso que el resto de la piel. Las zonas callosas pueden presentar un aspecto amarillento. Las zonas de rubor vascular (mejillas, cuello, porción superior del tórax y región genital) pueden presentar una coloración rosa o roja, sobre todo en los casos de excitación o ansiedad

Tenemos que tener presente que el color de la piel puede estar enmascarado por cosméticos y agentes bronceadores

Los pacientes suelen ser más sensibles a un cambio de color de su piel que lo que observa el clínico, debemos buscar zonas de aumento de pigmentación, pérdida de pigmentación, enrojecimiento, palidez, cianosis y color amarillo en la piel. Casi todos los adultos presentan variaciones en el color de piel, incluyendo estrías no pigmentadas (marcas de distensión de color plateado o Rosado que se producen durante la gestación o al aumentar de peso) pecas en las zonas expuestas al sol, o nevos ya sean planos o elevados. Las mujeres adultas presentan cloasma con relativa frecuencia conocido como melasma , es decir, áreas de hiperpigmentación en cara y cuello que se asocian a la gestación o a la administración de hormonas. La ausencia de melanina da lugar a parches o manchas de la piel o pelo no pigmentados

Por ejemplo el color rojo es por la oxihemoglobina y el pálido por falta de ella, se observa mejor donde la capa córnea es más delgada y causa la menor difusión: las uñas de los dedos de las manos, labios y mucosas, y conjuntiva palpebral, estas zonas en particular se inspeccionan buscando palidez. En personas de piel oscura, las palmas pueden ser útiles. Y también la esclerótica, la conjuntiva, la mucosa, la lengua, los labios, los hechos ungueales

La cianosis es muy útil observar la conjuntiva y los lechos ungueales, los labios, mucosa bucal y lengua tienen mayor valor para estimar la cianosis central, aunque incluso los labios pueden adoptar un color azul por él frío. Además el pigmento de melanina, en los labios puede originar una falsa impresión de cianosis, en algunas personas con tez oscura. Uñas y piel de extremidades son útiles para identificar la cianosis periférica

Debemos buscar el color amarillo por exceso de caroteno en palmas de las manos, plantas de los pies y cara. Para el color amarillo de la ictericia observe, en particular, la conjuntiva bulbar contra el fondo de la esclerótica

Blanca, debemos también buscar en la conjuntiva palpebral, labios y paladar duro, debajo de la lengua. Para ver con mas facilidad la ictericia en los labios, haga que el color rojo palidezca mediante presión con algún objeto. Hemos estado hablando, sobre el color, para fines didácticos no mencionamos el color que la piel, tiende a formar con ciertos padecimientos, por eso es que cuando llegemos a determinado aparato o sistema especifico hablaremos sobre ello, en este momento solo nos interesa saber que buscamos en la piel.

La humedad al tacto la piel debe sentirse fresca o cálida, podemos emplear la superficie dorsal de la mano o los dedos para percibir la misma, buscaremos sequedad, sudor, piel obesa, etc

Temperatura Guarda relación con la cantidad de sangre que circula en unidad de tiempo, generalmente se debe usar un termómetro, pero podemos utilizar el dorso de la mano para la valoración, además de identificar el calentamiento generalizado o fiebre en la piel, note la temperatura de cualquier parte enrojecida, cuando llegemos a endocrino lo revisaremos con un poco mas de detalle

Textura Solamente observaremos piel áspera o lisa

La movilidad y turgencia Aquí debemos de elevar el pliegue de la piel, debemos observar la facilidad con que se mueve y la rapidez con la que se recupera, por ejemplo disminuye la movilidad en edema y esclerodermia, y la turgencia disminuye en deshidratación, para determinar la turgencia tenemos que pellizcar suavemente una pequeña zona de la piel del antebrazo, entre el índice y pulgar debemos soltarla

Una vez observada la piel lo que debemos observar ahora son las lesiones, ahora corresponde identificar la localización anatómica y su distribución en toda la superficie cutánea, debemos observar la disposición o agrupamiento de las lesiones, un ejemplo, si son lineadas, acumuladas, anulares (forma de

anillo), arquiforme (forma de arco) o por dermatomas y por ultimo trataremos de identificar el tipo de lesión cutánea por ejemplo maculas, papulas. Si es posible, tenemos que descubrir las lesiones representativas y recientes que no han sido traumatizadas por el rascado o alteradas en otra forma. Y procederemos ala inspección y palpación. Otro factor es observar el color de la lesión si es que existe.

Las uñas también deben inspeccionarse y palpase, debemos observar el color, forma y cualquier lesión eventual. Puede notarse bandas longitudinales de pigmento en las uñas de personas normales de raza negra

Las uñas sus anomalidades son de interés, y cada alteración del organismo, da una cierta característica, por citar un ejemplo en procesos bronco pulmonares, es frecuente encontrar los dedos en palillo de tambor o hipocráticos y uñas en forma de cnstal de reloj, y así es en la mayoría de los sistemas. Como en ciertas características de la piel, como la humedad Color, la temperatura, la textura etc , lo que nos enfocaremos en este momento solamente serán las malformaciones congénitas y lesiones que pueden causar ciertos traumatismos, cuando revisemos cada aparato y sistema estudiaremos con un poco mas de profundidad las alteraciones en la piel y sus anexos

Malformaciones congénitas

La primera es la anoniquia que es la ausencia de uñas. Se trata de un defecto genético que suele ir acompañado de otros trastornos ectodérmicos histicos; como es la hipoplasia de glandulas sudonparas alopecia e hipoplasia de glandulas sebaceas. Otro es la hipertrofia ungueal llamada onicocauxis y al engrosamiento de esta, la uña confiere cierto aspecto como de zarpa, llamado onicognofosis, se acompañan de hiperqueratosis palmo plantar y trastornos vasculares, desordenes nerviosos o deficiencias endocnnas.

Traumatismos.

Estos pueden motivar onicorexis (estrías longitudinales con fisuras o sin ellas) la leuconiquia (que son estrías blancas, por la entrada de aire entre las células de la lamina), la onicoatrofia y hematoma subungueal es muy doloroso por que la sangre queda atrapada en un espacio estrecho y rígido, entre la uña y su lecho. El habito de morderse las uñas onicofagia motiva el desgaste de su borde libre y la presencia de padrastrros y estos asu vez causa muy frecuente de penonixitis aguda. Otro padecimiento causado por traumatismo es la onicolisis asociado a frecuente inversión de las manos aguas jabonosas que empapan e hinchan la sustancia ungueal.

"El pelo se debe observar cantidad, distribución y textura, pero antes de valorar sus anomalías precisa tener en cuenta una sene de factores raciales, genéticos, constitucionales, geográficos y sexuales "¹² Un ejemplo es la pilosidad masculina, barba el bigote orejas, nanz, tórax y línea pilosa que une el vello pubiano con el ombligo, requiere de ciertas cifras plasmáticas de testosterona, característico en el hombre. La pilosidad no sexual, cabello cejas, pestañas y parte del vello corporal Su crecimiento es ajeno ala presencia de andrógenos, otro la pilosidad ambisexual, que es vello axilar, pubiano y parte de vello corporal Aparece con los niveles plasmáticos característicos en la mujer adulta

Pero si existe un aumento excesivo de pilosidad en la mujer se le conoce como hipertncosis, al parecer todo esto esta relacionado con el nivel de testosterona

En la pilificación no solo interviene la edad el sexo la raza etc , existen ciertos trastornos endocnnos, que alteran la pilificación en las personas

Una vez que comenzamos la exploración, comenzaremos el interrogatorio, aqui constituye el cuándo y el porque, como se ha dicho es secundario ala

¹² , Seidel henry. Manual médico de exploracion física. Pp 110

exploración en orden, mas no de importancia. Se debe realizar siempre dirigido de acuerdo a orientación obtenida por medio de la exploración. El Tiempo y persistencia de una lesión puede orientar mucho en el diagnostico; algo que perdura y crece in situ puede ser cancer, lo que aparece de un día a otro por ejemplo un herpes simple.

Hablábamos de la ocupación de la persona por ejemplo, en radioterapeutas puede existir una radiodermatitis, otro dato de importancia al explorar la piel son los antecedentes familiares, que nos puede orientar a padecimientos congénitos (un ejemplo la epidermolisis bulosa), en el estado mental del paciente indicara la posibilidad de que existan autoagresiones cutáneas (dermatitis facticia) o de la relación emocional con la evolución de un cuadro neurodermatitis. La procedencia del enfermo es importante ya que epidemiologicamente se podrá sustentar o afirmar diagnostico clinico. Un ejemplo es, lesiones semejantes a infartos ganglionares en cuello deberán orientar a tuberculosis en una persona de DF. Y coccidiomicosis en una de Sonora. Aunque muy importante dirigir el interrogatorio ya que nos dará una etiología del cuadro o bien antecedentes epidemiológicos.

Ahora en el paciente de la tercera edad, vamos a encontrar ciertos cambios o alteraciones que son normales y no por ello significa que son patológicas, se mencionan porque a exploración las encontrará

Alteraciones normales más comunes

Con el aumento de la edad, la piel presenta arrugas, se hace mas laxa y pierde turgencia. La vascularización de la dermis como ya habíamos mencionado disminuye y la piel en personas blancas tiende a parecer más pálida y opaca. Frecuentemente aparecen comedones en los camillos o alrededor de los ojos. La piel expuesta al sol se ve afectada por el tiempo engrosada, amarillenta y con surcos más profundos. La piel del dorso de la mano y del antebrazo se torna delgada, frágil, suelta y transparente y puede

presentar manchas blanquecinas y despigmentadas, que en inglés se denominan seudocicatrices o pseudocars. En las mismas áreas pueden aparecer manchas o placas bien definidas de color púrpura vivo que desaparecen al cabo de unas semanas. Estas manchas purpúreas provienen de la sangre que se escapa a través de capilares con poco sostén y difundido por la dermis.

La piel seca (asteatosis) que es un problema habitual, la piel está áspera escamosa y frecuentemente pruriginoso. Muchas veces es delgada, en especial en las pierns, donde una red de fisuras superficiales crea un verdadero mosaico de pequeños polígonos.

A menudo, en el dorso de las manos y brazos aparecen manchas de color pardo, conocidas en inglés como manchas de hígado o lentiginosis senil.

También son comunes las queratosis seborreicas, lesiones pigmentadas, elevada y papulosas y algo grasosas, que se desarrollan sobre todo en el tronco pero también pueden aparecer en la cara y en las manos. Las queratosis actínicas, menos frecuentes, se desarrollan en superficies expuestas, primero como pequeñas zonas rojizas, luego como lesiones elevadas, rugosas, de color amarillo a pardo.

Los angiomas de color cereza son muy comunes; aparecen primero en la etapa temprana de la vida adulta, y se observan más en el tronco y carecen de significación.

Pelo

Las canas aparecen en el 50% de la población a partir de la 3 década de la vida, y son por la pérdida de su pigmento del cuero cabelludo, en una etapa temprana como a los 20 años de edad, las líneas del pelo en el hombre pueden empezar a retroceder a nivel de las sienes, sigue luego la pérdida del pelo en el vértice. Algunas mujeres lo experimentan pero es menos intensa. En esta distribución la calvicie tiene origen genético. En ambos

sexos, el número de cabellos en el cuero cabelludo disminuye en forma generalizada y más sutil.

Uñas.

El envejecimiento causa cambios en las uñas en cuanto al color, calidad y forma. Las uñas se vuelven secas, pierden su brillo pueden volverse amarillentas y gruesas o frágiles, planas o cóncavas en vez de ser convexas.

2.3.3. Aparato respiratorio

Evaluación clínica

Interrogatorio.

A diferencia en la piel que primero exploramos y después interrogamos, en el aparato respiratorio debemos de observar solamente síntomas característicos de los padecimientos del mismo, mas adelante al igual que en otros aparatos, mencionaremos características de padecimientos de cada aparato, y en el capítulo 3. estudiaremos las enfermedades sistémicas más comunes y sus características e interrelaciones por eso es que importante conocer características especiales de exploración en cada aparato. cabe aclarar que solamente nos enfocaremos a características muy generales ya que la exploración clínica, completa corresponde al medico y al especialista nosotros como cirujanos dentistas solamente exploraremos a grandes rasgos ya que es importante para poder prevenir alguna emergencia

Bien ya que el interrogatorio es lo primero en este tipo de exploración, empezaremos con enfermedades anteriores propias de este sistema, en primer termino con las de la infancia, ya que algunas de ellas como por ejemplo neumonía, bronconeumonía, tos fenna Etc. dejan secuelas (como las bronquiectasias) o predisponen a sufrir otras, así las bronquitis de repetición figuran con notable frecuencia en los antecedentes de los enfermos enfisematosos y cancerosos bronquiales

Existen cierto numero de enfermedades que favorecen la aparición de la tuberculosis pulmonar mientras que otras, al contrario, presenta cierto antagonismo; entre las primeras o sintropicas figuran la diabetes, gripe, tos ferina, esquizofrenia y sarampión y entre los segundos o distropicas, las denitis, las enfermedades alencas y reumáticas inflamatorias, los procesos sépticos del corazon y vasos y la escarlatina.

De la edad se puede mencionar la sospecha de patología congénita en el recién nacido o durante los diferentes penodos de la infancia, aunque esta patología es hallazgo en la edad adulta

Las neoplasias habitualmente aparecen de la cuarta década de la vida en adelante, y no olvidar que estos conceptos son genéricos y de ninguna manera absoluta, ya que siempre existirá la excepción que confirme la regla.

De los climas, demasitados húmedos no son aconsejables para asmáticos y bronquíticos. La importancia perfectamente demostrada, que tiene el tabaquismo en la presencia del cáncer bronquiogenico, atribuyendo la observación una mayor presentación de neoplasias pulmonares, a los habitantes de ciudades por la presencia de imtantes carcinogeneticos en la atmósfera como consecuencia de desechos de combustión de motores fabncas, asfalto, etc

El tabaquismo amenta líneas especiales, pues su acción nociva a vías respiratonas es innegable, teniendo importancia, tiempo de fumar y la cantidad de cigarrillos consumidos, siendo la patología principal producida el enfisema pulmonar, que termina habitualmente en enfermedad cardiaca de tipo insuficiencia

Para finalizar, es necesano conocer el trabajo actual o anterior al paciente, pues actividades en presencia de polvos causan patología pulmonar, y estos polvos pueden ser orgánicos o inorgánicos, bastando mencionar dentro de los primeros al bagazo producida por el polvo de la caña de azúcar, y de los segundos los trabajadores de minas, cabe aclarar que para que los polvos

produzcan ciertas patologías se deben respirar a largo plazo, en ambientes confinados.

Los antecedentes familiares, destaca en ocasiones y de manera indudable, la acumulación de ciertas neuropatías en determinadas familias, ya sea por heredarse algunas particularidades corporales que predisponen a ellas, como el somatotipo. Existen antecedentes familiares de cáncer broncopulmonar. Según Guinosa, la herencia materna influye en el 57.7; la del padre en el 27.9% y la coexistencia entre hermanos en el 14.4%. En asmáticos es frecuente la incidencia dentro de la familia de esta misma enfermedad u otras de índole alérgica, como la rinitis, traqueitis, eccemas y colitis pseudomembranosa, en el próximo capítulo hablaremos de esta

En el comienzo y evolución de la enfermedad actual, buscaremos una serie de síntomas, que aislados o en grupo, orientan hacia un proceso respiratorio, a saber dolor, disnea, cianosis, tos, expectoración, vómica, hemoptisis, fiebre, anorexia, astenia, trastornos menstruales y dolores osteoarticulares. Toda esta serie de signos y síntomas junto con la exploración física, nos llevara a un diagnóstico en nuestro caso de presunción, ya que teniendo esta arma nosotros decidiremos si existe la necesidad de mandarlo al médico, y que modificación existirá en nuestro tratamiento odontológico

Ya que en el aparato respiratorio existen síntomas fundamentales, que son la tos, la expectoración, la hemoptisis, la disnea, la cianosis, el dolor torácico y síntomas generales como son la fiebre, la astenia y la anorexia

Sintomatología

Tos Posiblemente el síntoma principal para el conocimiento de las enfermedades pulmonares, es un síntoma reflejo que se origina por estímulos irritativos en zonas específicas reflectógenas (algo difícil en el paciente genético ya que este pierde este reflejo) como son las carinas de dicotomización bronquial, hasta bronquios del 4 o 5 orden, la traquea la mucosa laríngea, las cuerdas vocales y la epiglotis

Se le debe de estudiar varios caracteres, para su valoración semiológica o orientación hacia alguna posibilidad diagnóstica, si es seca, húmeda, intensidad etc. En si el origen y el tratamiento ya no nos correspondiese.

Expectoración. Es el material biológico producido por el aparato respiratorio como respuesta a un agente nocivo, y que es expulsado por la tos, a este hay que estudiar la cantidad y el color, algo importante ya que si esta expectoración es de cierto color como por ejemplo herrumbroso, es decir, como si tuviera en suspensión herrumbre metálica, es característica de la neumonía.

Si el color es asalmonado, de color rosa y esto se asocia a gran cantidad de burbujas, pudiera corresponder a un edema agudo de pulmón.

Hemoptisis. Es la expulsión de sangre provenientes de las vías respiratorias, y se le considera signo de gran interés por su orientación diagnóstica cuando es correctamente valorada. Es importante valorarla en su diferenciación de otros aparatos u órganos, como lo es el digestivo, donde se trata de hematemesis, de epistaxis, sangre proveniente de las fosas nasales que pudiera salir por las coanas o simplemente gingivitis. La expulsión siempre va precedida o acompañada del síntoma de tos, y generalmente después de una hemoptisis, el paciente continua los días subsiguientes expectorando estrias de sangre, puede tratarse de tuberculosis o neoplasias en el paciente genético, pero sin embargo todas las patologías broncopulmonar puede producir esto.

Disnea. Este síntoma no es exclusivo del aparato respiratorio y se manifiesta como una falta de aire. Puede ser de esfuerzo o posición y se le relacionan con los demás signos que completen un cuadro clínico.

Las disneas cuya causa radica en las vías aéreas o en el pulmón, según los factores etiopatogénicos que intervienen:

1 - disneas por estenosis del aparato respiratorio. En procesos nasofaríngeos hipertrofia adenoidea, lesiones inflamatorias de la laringe.

2. -por reducción de la superficie alveolar.como en la neumonía y la tuberculosis
3. -por disminución o perdida de la elasticidad pulmonar. Es mixta con predominio espiratorio, no ortopneica, es de esfuerzo no de reposo. El enfermo duerme sin ninguna molestia con una sola almohada, su suplicio comienza al ponerse de pie al realizar tareas tan simples como vestirse.
4. - por bloqueo alveolo capilar. Un ejemplo fibrosis pulmonar
5. - por anomalías de la caja toracica . Un ejemplo cfroscoliosis, obesidad.

Cianosis.

Solo nos concentraremos en las de origen pulmonar.

1. Bloqueo alveolocapilar como en la fibrosis pulmonares difusas.
2. Disminución de la tensión de oxígeno alveolar como en el asma, enfisema y procesos infiltrativos extensos

Dolor torácico. Este síntoma puede estar dado por diferentes órganos de los aparatos intra torácicos. o ser manifestaciones de patología de la pared del mismo. Le puede dar una patología de la piel hasta lesiones neurológicas torácicas, tumores mediastínicos, isquemias o infarto al miocardio

Bien ahora lo que correspondería sea la exploración física, esta deberá llevar un orden, en primero una inspección general, luego sobre el tórax en diferentes movimientos

Aspecto general

Al principio de este capítulo hablamos de lo que deberíamos de buscar en el aspecto general del individuo al entrar a nuestro consultorio, habíamos hablado de la actitud del paciente, la actitud que adopta un paciente enfermo suministra datos muy valiosos. La mayoría buscan una finalidad analgésica o si padecen de disnea buscan un alivio para esta. Por ejemplo en procesos consultivos como tuberculosis, cáncer, llama la atención una flojedad general y un andar de cansino (cansado). En ciertos casos la contractura muscular

refleja, ocasiona la contorsión homolateral del tronco, con la inclinación de la cabeza hacia el lado afectado. Los enfermos disneicos graves enfisematosos, buscan alivio, después de un esfuerzo físico, en actitudes forzadas a veces peculiares, por ejemplo, inclinar el tronco hacia delante y apoyándose en un soporte, en esta posición el mediastino bascula hacia delante con una mejor ventilación de la base del pulmón.

Llama la atención que cianóticos y disneicos puedan dormir con una sola almohada, cosa que no es posible en las restantes disneas, en especial por fallo cardíaco.

Facies.

Ahora si nos centraremos en las facies características, de enfermedades propias de este aparato

Facies adenoidea. Por la ocupación faríngea con respiración bucal la boca se mantiene entreabierta, primero solo durante el sueño y después durante todo el día. El labio superior es corto y no recubre por completo los incisivos superiores, los pómulos se hallan aplanados, de manera que el plano del párpado inferior se continua con el del pómulo, sin línea de demarcación, los ojos son saltones, la mirada adormecida, la fisonomía atontada e inexpresiva. La nariz está deprimida transversalmente en toda su extensión y disminuida de volumen, con los orificios pequeños y estrechos. En el interior de la boca la bóveda palatina de forma oval, esto hace que el extremo anterior del arco dentario y los incisivos sobresalgan. Debemos aclarar que más que pertenecer prácticamente al aparato respiratorio, sino más bien a sus vías superiores.

Facies disneica. Es muy demostrativa en el obstáculo de las vías altas (edema de la glotis) y en el asma bronquial. En el primer caso el aspecto de la cara es de angustia o susto, con los ojos muy abiertos y las fosas nasales dilatadas e inmóviles. La cianosis de los labios y los lóbulos de las orejas contrasta con la palidez del resto de las facies. La boca permanece

entreabierto, como para facilitar la entrada del aire y la presencia de un tiraje de predominio alto (región supraesternal, supra e infraclaviculares, epigástrica y espacios intercostales inferiores) y la audición de un ruido inspira tono grave (comaje) o de tono alto estridor. En el asma bronquial la cara esta abotargada, cianótica, perlada de sudor. Las venas cervicales son prominentes y las sibilancias respiratorias se oyen a distancia.

Facies tuberculosa. Dista mucho en la actualidad de tener validez semiológica, pues las descripciones de palidez, ojos grandes brillantes eran compatibles con estadios avanzados de la enfermedad, actualmente este padecimiento se observa se observa incluso en sujetos bien nutridos y hasta rubicundos. Facies cianótica. Se observa en las bronconeumopatías crónicas con enfisema y fallo cardiaco derecho, color azul grisáceo en los lóbulos de las orejas, la punta de la nariz, los labios o inclusive en las venas cervicales, casi siempre es posterior a la facie disneica.

Diferentes autores describen las facies tosfenosa, mediastinica, neumónica y escrofulosa, todas las descripciones son vagas que se consideran de poca utilidad propedéutica.

Constitución y estado de nutrición, únicamente es recomendable mencionar con relación al dato constitucional y el estado de nutrición del sujeto, cuando llega a la caquexia en la tuberculosis y supuraciones pulmonares crónicas.

Piel y anexos

Dentro de la infección de la piel y sus faneras o anexos, ha sido repetidamente mencionada la coloración azul del cianótico y su importancia de identificarla, sobre todo en sujetos de piel morena o negra. De valor puede resultar la observación de la sudoración en cara y cuello, traducción de aspectos emotivos, durante los accesos de asma o fiebre. Es importante la observación de cicatrices irregulares en las caras laterales del cuello, que puedan hacer sospechar antecedentes de tuberculosis linfática, de la llamada escrófula. También ha sido señalada la alteración periférica digital,

con formación de dedos en forma de palillo de tambor y uñas en vidrio de reloj, en los pacientes con trastornos crónicos de la oxigenación y coexistente con disnea y cianosis.

La característica de estos dedos, esta se asocia a una hipertrofia, en forma de maza, de las partes blandas de las falangetas, se acompaña incluso con sensación de calor y de dolor, la anomalía acostumbra a ser bilateral y simétrica, el dedo hipocrático único ha sido hallado en pacientes con uremia, o después de un traumatismo. Fig. 8.

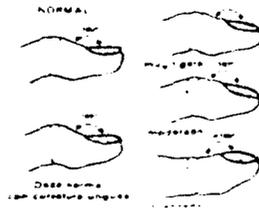


Fig. 8.

Realizada la inspección general o descripción del hábito exterior se procederá a realizar la exploración clínica del aparato respiratorio, aquí la técnica sigue los lineamientos generales, inspección, palpación, percusión y auscultación, todos ellos utilizados para su conocimiento y valoración de los órganos.

Inspección

En este procedimiento generalmente se recomienda que el tórax esté descubierto algo que nosotros no vamos a hacer lo que sí vamos a observar, es el tipo de respiración, ya habíamos mencionado la respiración toracoabdominal, propia del sexo masculino, y costal superior propia del sexo femenino. Cuando revisamos signos vitales, exploramos toda lo referente a respiración, ahora nos referiremos a anomalías de frecuencia y ritmo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al observar el tipo de respiración hay que pensar en términos de frecuencia, profundidad y regularidad, los términos tradicionales, como taquipnea, se proporcionan a continuación de manera fácil y simple las alteraciones de la respiración.

Respiración superficial y rápida taquipnea. Esta tiene causas diversas, incluyendo enfermedad pulmonar restrictiva, dolor torácico pleurítico y diafragma elevado.

Respiración profunda y rápida hiperpnea, hiperventilación. Esta tiene diversas causas incluyendo ejercicio, ansiedad y acidosis metabólica, en un paciente comatoso, hay que pensar en infarto, hipoxia o hipoglucemia, que afecta el mesencéfalo. La respiración de Kussmaul es una respiración profunda que acompaña la acidosis metabólica.

Respiración lenta bradipnea. Puede depender de coma diabético, depresión respiratoria ocasionada por fármacos y aumento de la presión intracraneal.

Respiración de Cheyne-Stokes. La respiración aumenta y disminuye clínicamente, de manera que periodos de respiración profunda alternan con periodos de apnea ausencia de respiración. Los niños y las personas de edad avanzada normalmente pueden mostrar este tipo de respiración durante el sueño. Otras causas incluyen insuficiencia cardíaca, uremia, depresión respiratoria de origen medicamentoso y lesión cerebral.

Respiración atáxica (Biot). Se caracteriza por irregularidad impredecible. Las respiraciones pueden ser superficiales o profundas e interrumpirse por breves periodos. Las causas incluyen depresión respiratoria y lesión cerebral, típicamente a nivel bulbar.

Respiración suspirante. La respiración es interrumpida por frecuentes suspiros. Debe de ponerse alerta pensando en la posibilidad de síndrome de hiperventilación causa frecuente de disnea y vértigo.

Respiración obstructiva. En la enfermedad pulmonar obstructiva, la respiración es prolongada por el aumento de la resistencia de la vía

respiratoria. Si la frecuencia respiratoria aumenta, los pacientes carecen de suficiente tiempo para que la espiración se complete. El tórax se dilata por el aire presionado) y la respiración se vuelve más superficial.

En conclusión que debemos observar de la respiración:

Frecuencia.

1. - Normal (eupnea) Aquí el tórax se mueve de manera simétrica y los movimientos respiratorios son uniformes

2. -Rápida (taquipnea)

3. - lenta (bradipnea)

Profundidad

1. - Superficial (Taquipnea)

2. - profunda (bradipnea)

Regulandad

1. -regular

2 irregular

-respiración suspirosa

-respiración obstructiva

-respiración de Cheyne-stokes.

-respiración de Biot

Otro dato importante es la deformidad del tórax, como el tórax en tonel, en embudo, en pájaro, y la cifocoliosis torácica. Todos estos son importantes no los explicamos por que una de las condiciones para hacer la inspección de esta es que el paciente este desnudo o la cintura para arriba algo que en el consultorio no lo haremos a menos que sean en el ámbito hospitalario y eso el medico sena el indicado para realizarlo

Antes de explorar el tórax, debemos saber líneas de referencia mas usadas, que a continuación citaremos

A.- Torax anterior. (Líneas longitudinales.)

Medioesternal. Desciende lo largo del eje medio del esternón, desde la fosa yugular hasta el apéndice xifoides. Divide la pared anterior del tórax en 2 mitades simétricas. Fig. 9 (a)

Paraesternal. Parte de la articulación esternoclavicular y sigue todo el borde esternal.

Medioclavicular o mamilar. Es la vertical que pasa por el pezón y aproximadamente a unos 10cm del borde esternal fig 9 (B)

Axilar anterior. Desciende verticalmente del punto en el que el borde inferior del músculo pectoral mayor forma un ángulo con la pared lateral del tórax permaneciendo el brazo horizontal entre ambas líneas axilares anteriores se limita la pared anterior del torax fig 9 (C)

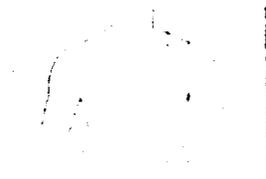


Fig 9.

Líneas horizontales (Regiones)

Región supraclavicular. Esta comprendida entre la clavícula, el borde superior del músculo trapecio y el posterior del esternalomastoideo. Los vértices pulmonares se proyectan en esta región unos 2-4cm por encima del tercio interno de la clavícula fig 10 (SC)

Región supraesternal. Delimitada por el borde superior de la horquilla esternal y el borde anterior de ambos músculos esternalomastoideo, es el punto donde se localiza la tráquea fig 10 (SE)

Región infraclavicular. Se extiende desde el borde inferior de la clavícula y el borde superior de la tercera costilla en dirección cráneo caudal y líneas

medioesternal y axilar anterior lateralmente. Incluye las proyecciones de gran parte de los correspondientes lóbulos pulmonares superiores fig 10 (I)

Región mamaria. Esta situada entre el borde inferior de la región infraclavicular por arriba y la sexta costilla por abajo, siendo sus límites laterales los mismos que los de la región anterior. El borde inferior de los pulmones cruza la sexta costilla en el plano anterior fig 10 (M)

Hipocondrios. Limitados por las costillas sexta y décima no contiene proyecciones de estructuras respiratorias fig 10 (H)

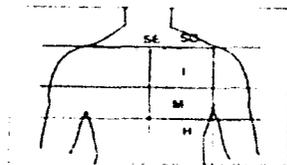


Fig.10.

B.-Tórax lateral. (verticales)

Axilar media. Desciende vertical a partir del vértice de la axila FIG 11(B)

Axilar posterior. Cae desde el músculo dorsal, permaneciendo horizontal al brazo. Entre la línea axilar anterior y la posterior se limita la pared lateral del tórax, y entre ambas líneas axilares posteriores la pared torácica posterior FIG 11 (A)

Axilar anterior. Descrita antes FIG 11(C)

Líneas horizontales (Regiones)

Entre las líneas axilar anterior y posterior, que delimitan el plano lateral, se encuentra una línea transversal que sigue la sexta costilla y que divide el plano en dos

Región axilar. Se extiende desde el vértice de la axila hasta la sexta costilla.

En el lado derecho se proyectan los tres lóbulos pulmonares y el lado

izquierdo el lóbulo superior e inferior. Los lóbulos inferiores de ambos pulmones localizan en esta región axilar en su porción superior.
 Región infraaxilar. Comprende desde el límite, inferior de la región anterior hasta el reborde de las falsas costillas. Topográficamente incluye la base pulmonar.



Fig. 11.

C. Plano posterior. (Líneas)

Vertebral. De dirección vertical, es una línea que sigue las apófisis espinosas de las vértebras. 12-A (a)

Escapular. Es una vertical que desde la espina de la escápula y pasa por el Angulo inferior de la misma. 12-A (b)

Escapuloespinal. Sigue un curso horizontal desde la línea vertebral, a nivel de la tercera vértebra dorsal, y se continúa con la espina de la escápula. 12-A (c)

Infraescapular. Pasa horizontalmente por el ángulo inferior de la escápula, contactando con la línea vertebral entre la séptima y octava vértebras dorsales. 12-A (d)

Basilar. Parte de la apófisis espinosa de la décima vértebra dorsal en dirección horizontal y señala el borde inferior de cada pulmón. 12-A (e)

Regiones.

Región supraescapular. Sus límites están presentados por la línea vertebral por dentro, la espina de la escápula por abajo y el borde superior del hombro por fuera. Las relaciones anatómicas que contiene es el lóbulo superior del pulmón correspondiente la arteria medial de la traquea 12-B (SE)

Región escapular. Situada entre las líneas escapuloespinal e infraescapular por arriba y por abajo de las líneas vertebral y axilar posterior lateralmente, incluye la estructura ósea de la escápula, la región paravertebral, escapulovertebral o interescapular, en relación con el lóbulo superior e inferior del pulmón correspondiente lóbulo inferior pulmonar. Fig 12-B (E).

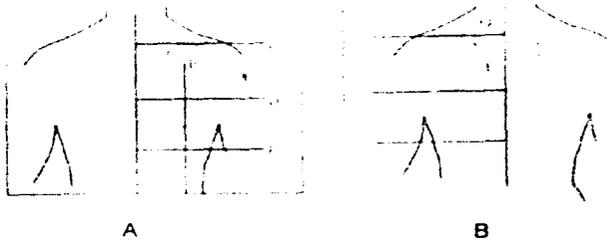


Fig. 12.

El siguiente paso sena la palpación.

Realizada la exploración del tórax, se procede a la palpación para confirmar los datos obtenidos por la primera, que datos arroja este método, son 7:

1. - Datos sobre anomalías de las partes blandas y de la caja del torax.
2. - Confirma la presencia y proporciona las características físicas de ganglios en el cuello, supraclaviculares y axilas
3. - Proporciona datos sobre la frecuencia respiratoria y la elasticidad torácica.
4. - Valora adecuadamente la movilidad torácica en sus diferentes porciones
5. - Se obtiene datos vibratorios vocales o fremito vocal.

6. -Se puede percibir por el tacto la trasmisión de ruidos anormales intratorácicos,
7. - Conocimiento de la fluctuación torácica

Palpación.

Algo muy importante que tenemos que tomar en cuenta en torno a nuestra evaluación es que al inspeccionar, palpar y demás nos daremos cuenta de datos que el paciente no había manifestado, algo muy importante para nuestra prevención

Aquí solamente nos enfocaremos a buscar alguna anomalía y valorar ciertas características de los pulmones

Debemos de palpar los espacios intercostales, estos se reconocen abultados en los casos de dificultad respiratoria. (asma bronquial), mientras que se deprime en las obstrucciones de las vías respiratorias altas. Son dolorosos en casos de neuralgia intercostal, en la que se evidencia unos puntos hipersensibles

El dolor localizado sobre un arco costal, con frecuencia acompañado de crepitación, está en relación con una fractura costal. No obstante, el dolor a la presión costal o esternal puede aparecer como difuso o localizado en muy diversos procesos (leucemias, tumores mediastínicos, aneurisma aórtico)

La tráquea se localiza en el plano anterior a nivel del hueco supraesternal, por encima y por detrás de la horquilla esternal. Su posición normal es la línea media, y se palpa con los dedos pulgar e índice de una mano o ambos pulgares colocados en dicho hueco, cercana a la línea media, presionando con moderación en profundidad. Puede ser doloroso en los procesos inflamatorios traqueales o pulsátil por trasmisión en caso de aneurisma aórtico y encontrarse desviado hacia un lado, por cuadros respiratorios (atelectasia) o extrarrespiratorios (bocio), o hacia delante (tumores mediastínicos) Fig 13



Fig. 13.

En el hueco supraesternal y en las fosas supraclaviculares puede palpase una crepitación fina, como si se comprimiera nieve desmenuzada entre los dedos o explotaran con la presión pequeñas burbujas, en los casos que el aire haya escapado del aparato respiratono o de alguna visera hueca. En ocasiones este enfisema subcutáneo también se puede reconocer más extenso en la pared anterior del tórax y en dirección hueco axilar correspondiente

Las fosas supraclaviculares pueden estar ocupadas por tumoraciones únicas o policiclicas (ganglios), regulares y depresibles o punsatiles aneunisma del cayado aortico .

También los huecos axilares son lugar frecuente de asiento de linfonodos patológicos. La palpación de estas regiones debe ser meticulosa, explorando con los dedos lo mas profundamente posible cada hueco axilar. Por lo general se realiza una palpación con el brazo del paciente elevado, en posición horizontal o colocado sobre su cabeza, y otra con el brazo descansado sobre el brazo del explorador o dispuesto lo largo del tórax, a fin

De que los dedos que exploran penetren con mayor facilidad en el vértice axilar

Expansión respiratoria.

Mediante la palpación se puede reconocer la mayor o menor movilidad de ambos hemitorax, así como las diferencias entre regiones simétricas.

Para conocer la expansión respiratoria de los vértices debemos de colocarnos a espaldas del paciente y colocar las manos sobre ambas fosas supraclaviculares, conectando los dedos con las regiones infraclaviculares, y situando los pulgares cerca de la línea media a nivel de la séptima vértebra cervical.

Cuando uno de los pulmones se encuentra enfermo su expansión inspiratoria se encuentra menor fig 14

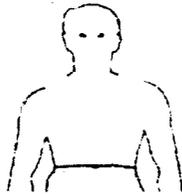


Fig. 14.

Movilidad de las bases pulmonares, se puede explorar desde los planos anterior o posterior. En el plano anterior las manos se disponen extendidas sobre las costillas, dirigidas hacia fuera hasta llegar los dedos a la línea media axilar, y los pulgares se sitúan sobre la sexta articulación condroesternal. Fig 15



Fig. 15.

En el plano posterior los pulgares se encuentran sobre la región del décimo proceso espinal, las manos y los dedos extendidos en dirección oblicua hacia cada hueco axilar fig 16. Con cada una de las maniobras se valora el grado y la simetría de los movimientos respiratorios. La percepción puede ser más evidente manteniendo los ojos cerrados mientras se realiza. Por ejemplo en neumonía, la movilidad del hemitorax afectado se encuentra disminuida, mientras que en los procesos más extensos como en el derrame pleural, el hemitorax implicado aparece abombado y con escasa o nula movilidad.



Fig. 16.

Vibraciones vocales

Los sonidos producidos al hablar se detecta en la pared torácica porque las vibraciones que se originan se propagan a través de la columna aérea traqueobronquial hasta la superficie del tórax.

La técnica que se sigue para explorar las vibraciones vocales consiste en solicitar al paciente que repita en voz alta vocablos que contenga

consonantes fuertes, como treinta y es, mientras reconocemos por palpación las características de tales vibraciones.

La mano se puede de colocar de varias maneras sobre la región a examinarse, una forma es extenderla para percibir las vibraciones con la palma de la mano, otra es apoyando el borde cubital (palpación lineal) o utilizando el dorso de los dedos, se puede utilizar una o dos manos, nosotros describiremos con ambas manos para, poder comparar las vibraciones en ambos hemitorax

Las vibraciones se perciben mejor en el segundo espacio intercostal en el plano anterior y en la zona interescapular en el plano posterior

Otra cosa importante es que en el lado derecho la intensidad es mayor, al ser de mayor calibre el bronquio principal

Cuando existe un aumento de las vibraciones vocales son los que presentan condensación del parénquima pulmonar, se encuentra en relación con un bronquiolo permeable y están en contacto con la pared torácica. Un ejemplo de esto son la neumonía, bronconeumonía, atelectasia compresiva, tumores pulmonares, infiltrados tuberculosos

Las vibraciones vocales disminuidas se detectan cuando el grosor de la pared torácica es excesivo (obesidad), la pleura se encuentra muy engrosada (paquipleuritis) o se interpone líquido (derrame pleural) o aire (neumotórax) entre el pulmón y la pared torácica, que impiden la transmisión de las vibraciones

Percusión

Al principio de este capítulo hablamos de la percusión, habíamos dicho que el sonido claro es el que escucharíamos por la percusión del pulmón, y que era comparado como si golpearas un pan fresco o incluso una sandía

Al percutir el tórax debe tenerse en cuenta que no se puede explorar con este método a mayor profundidad de 5cm. Todos los procesos-neumonía central, tumores aneurisma- situado más allá de este límite no producen cambios en la nota de percusión lo mismo ocurre con las lesiones de menos

de 2 0 3 cm de diámetro y con él líquido libre en la cavidad pleural cuyo volumen no exceda de 200 a 250cm³.

La posición del enfermo durante el examen será diferente según la región a explorar. La mejor es la de pie o sentado, con los brazos caídos pasivos al largo del tronco, y las palmas de las manos sobre la rodilla a fin de dejar la musculatura torácica. Para la percusión de la axila y paredes laterales debe levantar el brazo del lado que se examine y apoyar la mano sobre la cabeza, de manera que la palma caiga sobre el panel del otro lado.

El sonido que se obtiene sobre la percusión del tórax, depende del lugar donde se aplica el dedo plexímetro se indica la topografía de la percusión, la cual debemos conocer

Así observamos que percutiendo sobre la zona de los pulmones obtendremos un sonido claro, sobre el corazón e hígado matez y a nivel que sena el hipocondrio derecho, escuchamos timpanismo

Técnica

La percusión completa incluye exploración de los vértices pulmonares y de los planos anterior, posterior y lateral independientemente de la zona es importante comparar las regiones simétricas

Plano anterior

Se percute de arriba hacia abajo comenzando por el segundo espacio intercostal. En el lado derecho se obtiene un sonido mate como ya lo habíamos mencionado a nivel del quinto espacio, y se acentúa más a partir del sexto (matez hepática. En el lado izquierdo el sonido claro pulmonar queda confinado al segundo al segundo y tercer espacios intercostales, encontrándose en el resto del plano una submatez que corresponde a las estructuras cardiacas fig 17 -A

Plano posterior

Es la zona de máxima resonancia corresponde las bases pulmonares. La percusión se realiza en todo el plano en sentido descendente, evitando percudir sobre las escápulas Invirtiendo la paciente a que cruce los brazos

delante el tórax se separan las escápulas hacia fuera y se ofrece una mayor zona de percusión inter escapular. Al llegar al nivel de la décima costilla cambia el sonido claro pulmonar por matidez, lo que indica el límite inferior de las bases pulmonares. A continuación se le pide al paciente que realice una inspiración profunda y la mantenga, mientras que el explorador continua percutiendo en sentido descendente. En circunstancias normales el sonido claro pulmonar se extiende hasta la décima costilla, este sonido es mínimo en casos de enfisema pulmonar, derrame pleural. Fig 17-B

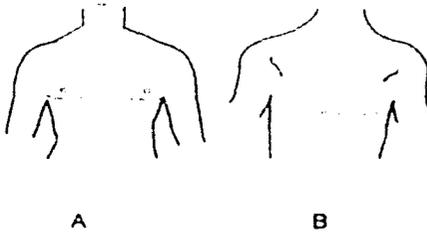


Fig.17.

Plano lateral.

El paciente debe de colocar los brazos elevados sobre la cabeza para lograr una exposición adecuada de la zona. Se percute en sentido descendente hasta encontrar matidez hepática en el lado derecho y timpanico de las estructuras huecas del tubo digestivo en el lado izquierdo.

Que ocasiona matidez dentro de la zona que debería de escucharse claro, cuando el contenido pulmonar esta remplazado por formaciones sólidas o líquidas (tumores, quistes), o el parénquima pulmonar aumenta su densidad (neumonía, bronconeumonía, atelectasia obstructiva, tuberculosis).

También dentro de la exploración del tórax posterior, existe el examen de la movilidad de las bases, pero este tipo de exploración queda reservado para el medico.

Auscultación.

La auscultación habitual puede ser directa o indirecta, la indirecta es la que vamos a usar, porque vamos a usar un estetoscopio. Al igual que las otras técnicas exploratorias esta debe ser ordenada y completa, partiendo de los vértices, por regiones simétricas inicialmente sobre la región dorsal, posteriormente por las caras laterales y para finalizar la cara anterior, en la que además de los datos pulmonares, se obtendrá los ruidos cardiacos, esta se realiza durante la respiración normal y la respiración forzada.

Bien antes de saber valorar es necesano conocer los diferentes ruidos auscultables, es necesano conocer los ruidos normales que se producen dentro del aparato respiratono y de ellos el pncipal o fundamental es el denominado ruido respiratono o respiración broncovesicular.

Este ruido es la suma de 2, al pnmero se le denomina soplo laringotraqueal, o glótico, y es un ruido soplante de tonalidad elevada que se percibe durante la inspiración y durante la espiración y lo forma la vibración de cuerdas vocales por la columna de aire a su entrada de inspiración, y a su salida, espiración, y se trasmite de la región glótica hasta las vesículas alveolares. A este pnmer ruido se le suma un segundo conocido como murmullo vesicular, que se puede describir como suave, largo y continuo, producido por la entrada del aire de un conducto estrecho como lo es el bronquiolo terminal, diferentes autores mencionan que se pueden escuchar separadamente, en la practica diana puede decirse que se identifica el ruido respiratono como suma de los dos, y solamente en situaciones punstas o de gran expenencia auscultatona pueden diferenciarse de forma separada. Debe señalarse que en la auscultación se escucha mas prolongada la inspiración que la espiración, por ser el primero un movimiento activo y el segundo pasivo, y penetrando con mayor fuerza la columna de aire a los pulmones durante el pnmer movimiento del ciclo. El ruido debe presentar situaciones acústicas en partes simétricas de los pulmones.

Técnica.

Ya habíamos mencionado que para poder llevar a cabo una correcta auscultación del tórax el paciente debe de permanecer desnudo de la cintura hacia arriba algo que no haremos, lo que sí pudiésemos hacer es que el paciente si se puede se quede en pura playera o ropa delgada.

El paciente se encontrara sentado sin respaldo, con la cabeza ligeramente flexionada y los brazos al largo del tronco, con las manos apoyadas en los muslos o en las rodillas. Cuando se ausculta los planos laterales requiere que eleve los brazos por encima de la cabeza

Se debe pedir que el paciente respire de manera tranquila, algo mas profundamente de lo normal y con la boca entreabierta, mientras exploramos todos los planos y regiones con la membrana del estetoscopio, para la auscultación de los vértices donde se consigue mejor adaptación con la campana. Se recomienda realizar la auscultación desde las regiones superiores a inferiores en todos los planos Fig 18

Cualquiera que sea la metodología que se siga se debe de auscultar en todos los planos del tórax y cada foco de auscultación se debe comparar con otro simétrico del hemitorax, auscultándose en cada uno de ellos todo un ciclo respiratorio inspiración y espiración

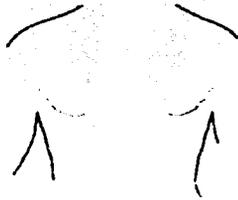


fig 18.

De las alteraciones más simples en la auscultación del aparato respiratorio, lo es la denominada respiración ruda, alteración del mismo. Consiste en la pérdida del carácter suave del ruido espiratorio, volviéndose seco áspero granuloso, condiciones que pueden depender de congestiones iniciales discretas de la mucosa alveolobronquial, y que señala precozmente una inflamación de las porciones terminales del aparato respiratorio.

Cuando la inspiración, y ocasionalmente espiración, en lugar de realizarse en un solo tiempo perfectamente continuo, se hace en vanos tiempos que se pueden apreciar regulares e irregulares, se le conoce como respiración sacudida, y traduce problemas torácicos dolorosos, emociones, escalofríos o pérdida de la elasticidad pulmonar como en el enfisema.

Estertores pulmonares

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 la tráquea y bronquios gruesos se les denomina roncales y silbantes, cuando su origen es en las porciones terminales alveolares, se le llama crepitantes y cuando indican la presencia de secreciones en los bronquios terminales, estertores subcrepitantes o de

burbujas, y cuando el ruido es de origen extrapleurales, en la propia pleura, cambian de nombre y se les conoce como frotos pleurales. Los estertores crepitantes, son más comunes a final de la inspiración, son comparables al frotamiento de un mechón de cabellos entre los dedos, o la crepitación de sal en fuego.

El subcrepitante es un ruido húmedo durante toda la respiración, que se modifica con la tos, haciéndolo presente o anulándolo, es comparable a burbujeo del agua gaseosa

Existen los soplos que en diversas patologías pleuropulmonar, la transmisión del soplo glótico se ve modificada por la interposición de alteraciones físicas, como es el soplo pulmonar, tubanico y el cavernoso, el problema radica que solamente teniendo gran experiencia y entrenamiento auscultatorio se puede percibir estos ruidos

A que nos debemos limitar a que al observar a nuestro paciente, observaremos como la movilidad torácica es simétrica y amplia de acuerdo a la edad y el sexo. La palpación de las vibraciones vocales se percibe normales de acuerdo al grosor de la caja torácica. La percusión con sus variantes regionales, en función de presencia de masas musculares, se obtiene el llamado claro pulmonar, y al auscultación siguiendo el mismo trayecto que la percusión es escuchar el ruido respiratorio

Después de todo esto cual es el objetivo de evaluar este aparato, ya que en el paciente genérico como se menciona en el primer capítulo, la capacidad y la elasticidad pulmonar van a disminuir, a que nos concentraremos a reconocer lo normal, considerando los cambios y las variaciones en función, a aceptación de los cambios ya mencionados todo lo demás deberá de ser muy parecido al normal en adulto joven. Nosotros al no reconocer algún ruido y tomando en cuenta todos los demás signos, podríamos pedir una interconsulta médica, ya que nuestra experiencia para escuchar los ruidos que realmente son importantes, es muy poca, y como dicen más vale dejar de etiquetar un ruido anómalo dudoso, que caer en el error de asignarle un significado que

no le pertenece. Solamente nos limitaremos a los antes mencionados y explorar hasta donde nuestra capacidad no los permita, teniendo en cuenta la importancia de esta para evaluar nuestro riesgo medico.

2.3.4. Sistema Cardiovascular.

Este sistema es uno del más difícil de estudiar y comprender. Para su evaluación seguiremos el mismo sistema que el anterior. Comenzaremos con el interrogatono

Interrogatono

Aquí debemos interrogar todos los antecedentes, familiares y personales. Sin embargo haciendo énfasis en todos aquellos antecedentes que de alguna manera se relacionan con enfermedades del corazón mas frecuentes; la arteroesclerosis coronana, la cardiopatía hipertensiva, la cardiopatía reumática, la miocardiopatías y las malformaciones congénitas del corazón.

Antecedentes familiares

La longevidad de los padres, de los tíos y de los hermanos mayores, es un factor de tomarse en cuenta en relación ala propensión de una persona a padecer alguna afección cardiovascular

La hipertensión arterial esencial es una enfermedad que se hereda poligeneticamente por colaboración de vanos genes. La hipertensión arterial puede considerarse como variable externa de una distribución normal. La hipertensión arterial significa enfermedad en tanto es capaz de ocasionar una sobrecarga continua del ventriculo izquierdo debido al aumento de las resistencias periféricas

Obesidad Esta no se hereda, pero si hay predisposición, lo que sucede es que hay familias que comen excesivamente. Este puede ser un factor contnbuyente de cardiopatía

El asma bronquial es un padecimiento que muestra la tendencia a presentar en familias y que puede ser factor, a la larga, de sobredistención pulmonar y cardiopatía pulmonar.

El que la madre haya padecido sarampión o algún otro exantema viral durante el inicio del embarazo, como factor de cardiopatía congénita.

Antecedentes personales

Ocupación. Son nocivas para el corazón y vasos aquellas que requieren esfuerzos físicos intensos y continuos crean estados de tensión psíquica como por ejemplo los empresanos o aquellos con cargo de responsabilidad, propenden a la hipertensión arterial, arteriosclerosis, angina de pecho, infarto al miocardio y miocardiopatías esclerosas, sobre todo cuando no saben equilibrar su trabajo

La manipulación cotidiana de tóxicos, como el plomo arsénico, etc. Puede acarrear consecuencias vasculares y cardíacas graves muy valoradas en intoxicaciones profesionales, en el capítulo 3 se encontrara mas información sobre esto

Una alimentación excesiva rica en ácidos grasos saturados, puede ser un antecedente entre otros, importante en personas con arteriosclerosis precoz.

Una alimentación deficiente en tiamina es causa de cardiopatía beriberi

El café o té en exceso o en sujetos susceptibles producen taquicardia con molestia y angustia precordial. El alcohol daña poco al corazón y vasos, incluso se ha afirmado que los alcohólicos rara vez son hipertensos. Si se abusa del, desempeñan un papel la hipoproteïnemia y avitaminosis propias de la anorexia habitual del bebedor empedernido. El alcoholismo crónico puede dar lugar a la llamada miocardiopatía alcohólica

El tabaquismo es un factor predisponente a arteriosclerosis y desencadenante de trombosis coronaria e infartos del miocardio

Antecedentes de haber padecido alguna manifestación mayor de fiebre reumática

La artritis reumatoide y algunas enfermedades llamadas de colágena como el lupus eritematoso diseminado, puede dar lugar a lesiones de las válvulas cardíacas y pericarditis.

La diabetes mellitas es factor predisponente a arteriosclerosis.

La sífilis puede ocasionar artentis de la aorta ascendente y del cayado, así como insuficiencia de la válvula aortita, como manifestación tardía.

Las parasitosis prolongadas pueden ser causa de anemia y de cardiopatía anémica

Sintomatología

Revisaremos la sintomatología frecuente en este aparato. Son muchas, la sintomatología relacionada, con cardiopatías, entre las que se encuentran la disnea, la tos, la hemoptisis, el síncope, la fatiga las palpitaciones, el dolor precordial, el dolor epigástrico, el dolor torácico, el edema, la ascitis.

Los síntomas y signos valorables para el diagnóstico de una afección cardiovascular puede originarse directamente en el corazón (algias cardioaorticas), en órganos diversos (disnea, expectoración, hematuria) o significa reacciones generales (edemas, astenias, fiebre etc)

Los principales síntomas que manifiestan las cardiopatías son

Disneas cardiogenicas Son los síntomas por excelencia del corazón insuficiente. Por tal motivo seremos precisos en el interrogatorio, insistiendo en el horario de su aparición, sus causas, fenómenos que lo acompañan (taquipnea o bradipnea, palidez, angustia, sudor, etc), y sobre la ausencia o presencia de ruidos respiratorios audibles por el enfermo y sus allegados. Tiene así el mismo valor su aparición lenta o paroxística.

Para la correcta interpretación de este síntoma es preciso no olvidar que los sujetos que llevan vida sedentaria pueden fatigarse al realizar esfuerzos bien tolerados por la generalidad, sin que de ello pueda inferirse insuficiencias cardíaca y el solo una ligera claudicación funcional por falta de hábito.

Citaremos las siguientes variedades

Disnea de esfuerzo. Aparece cuando el enfermo realiza un esfuerzo superior a posibilidades de su corazón, y persiste un cierto tiempo, una vez cesado el esfuerzo deuda de oxígeno. Si es intensa empeora rápidamente tras caminar algunos pasos y puede acompañarse de palpitaciones, dolores anginosos, tos sensación extraordinaria de cansancio, trastornos visuales, mareos y a veces síncope.

Disnea de decúbito. (ortopnea, o mejor dipnoidea). Aparece en decúbito y se alivia al pasar a posición sentada, o con las piernas colgando en el borde de la cama. Una forma especial es la trepopnea o intolerancia para un decúbito lateral (generalmente el izquierdo) por existencia de un derrame pleural contralateral o por una excesiva distocia postural del corazón, la cual da lugar a acodadura de los grandes vasos(cava inferior, suprahepática izquierda, y venas pulmonares) Esta disnea es característica de las insuficiencias izquierdas.

Disnea permanente Obliga al enfermo a permanecer sentado y evitar el menor esfuerzo. Es superficial, hecho motivado por la circunstancia de que, en la rigidez del pulmón, no se distienden lo suficiente los alvéolos durante la inspiración, clínicamente la inspiración se encuentra alargada, no siendo rara la demostración de estertores secos, y muy frecuente, por no decir constante. Esta es debida a la insuficiencia cardíaca izquierda, la mejoría con la posición sentada se debe al descenso del diafragma aumenta la capacidad vital y acumulación de sangre en las extremidades inferiores y sistema esplénico, con disminución de homeostasis cerebral y sobrecarga del corazón derecho. El fallo ventricular derecho aislado no motiva disnea, la que se observa en tales casos se debe casi siempre a un proceso broncopulmonar crónico motivo de la sobrecarga

Dolor precordial.

Por dolor precordial entendemos las molestias mas o menos intensas, continuas o paroxísticas experimentadas por el paciente a nivel de esta región.

Consideremos las causas de los dolores precordiales.

1. No cardiacos.
2. Psicógenos.
3. Por padecimiento cardiaco no primitivo.
4. Por padecimiento cardiaco primitivo, debiendo distinguir A) enfermedad cardiaca coronana), por causas vasculares no cardiacas.

Aquí solamente nos ocuparemos del dolor precordial por padecimiento cardiaco.

Dolor precordial por padecimiento cardiaco no primitivo. Se señala en grandes esfuerzos y en crisis hipertensivas del saturnismo, y en la inyección extemporánea de adrenalina. En la hipertensión permanente puede haber un dolor sordo asociado a pequeños grados de insuficiencia cardiaca, que no cede al reposo ni a nitritos, pero que desaparece aliviando la carga cardiaca al disminuir las cifras tensionales.

Dolor precordial por padecimiento cardiaco primitivo.

Este es de origen pericardico, solo aparece en procesos inflamatorios agudos, con derrame o sin él. De asiento retroesternal, es opormente y continuo, irradiándose al cuello, espalda, pero nunca, al contrario de lo que ocurre, hacia el brazo izquierdo. Aumenta con la inspiración profunda, posición echada y movimientos de deglución, y se alivia con las posiciones genupectoral.

El músculo cardiaco es fuente de molestias. a) En los esfuerzos corporales excesivos, incluso con coronarias sanas. La hipoxia dolorosa se produce por una demanda excesiva. Cuando se inflama (miocarditis), como en los

procesos reumáticos agudos. El dolor precordial es difuso y continuo, sin irradiaciones específicas. C) En las extrasístoles, ya sea como sensación de angustia y opresión retroesternal o en forma de dolores punzantes, que por cierto son más acentuados en sujetos de corazón sano que en los cardíopatas. D. En la distensión brusca de alguna de sus cavidades, como sucede con la aurícula en la estenosis mitral durante un esfuerzo y con el corazón derecho y la arteria pulmonar en los aumentos súbitos de presión en la pequeña circulación.

Los procesos dolorosos precordiales angoroides se acompañan de intensa cianosis: angor cereleusen la insuficiencia coronaria aguda (angina de pecho), el dolor anginoso aparece súbitamente en ocasiones de esfuerzo físico, stress psíquico, decubito, por la vagotonia de la madrugada o pesadillas nocturnas, paso de una habitación caliente a una fría etc., y se localiza casi siempre debajo del esternón, en la proximidad del hueco epigástrico o en el área elevada, a nivel del anillo esternal, pero siempre en la línea media, y casi nunca hacia la izquierda sobre la propia zona de proyección del corazón. El enfermo lo describe aplicando la mano sobre la región dolorosa y flexionando los dedos en garra. Se irradia hacia el hombro izquierdo, borde cubital del mismo lado y hasta la flexura del codo y los dos últimos dedos de la mano.

Dolor precordial por causas vasculares no cardíacas. Las más importantes son las que dependen de la aorta, y las arterias pulmonares como las cavas. El dolor de los aórticos resulta de estímulos causados por la distensión del vaso sobre los plexos cardioaórticos, de la insuficiencia coronaria concomitante, de la propagación al mediastino proceso inflamatorio determinante de la aortopatía, así como la irritación por compresión de los nervios sensitivos vecinos, si exige dilatación aneurismática del vaso. La aortitis del segmento ascendente motiva un dolor continuo, sensitivo o constructivo, retroesternal alto, como paroxismos con ocasiones de esfuerzo, crisis hipertensivas por distensión brusca del vaso y plexo cardioaórtico. El

dolor en una enfermedad de la arteria pulmonar, puede ser debido a la distensión súbita del vaso por hipertensión aguda en la pequeña circulación, caso en que se acompaña de cianosis angina hipercianótica. De las cardiopatías, solo la flebitis y la tromboflebitis de la cava superior pueden originar dolor precordial, a veces intensísimo, con sensación simultánea de distensión y calambres, espontáneos o de esfuerzo, en los miembros superiores

Palpitaciones

Son la cenestesia del latido cardíaco. Este es precedido ya sea como la sensación de paro súbito, angustia y opresión retroesternal o bajo la forma de dolores punzantes precordiales. Suelen sentirlos más los sujetos de corazón sano, pero con distonía neurovegetativa, que los cardiopatas.

Las palpitaciones se observan en las siguientes circunstancias:

En sujetos normales en ocasiones en el esfuerzo, si estos son extraordinarios se presenta extra-sístole, la mayor parte de las veces sin valor patológico alguno. Emociones, trabajos digestivos, cambios de altitud, estancia en atmósfera confinada. También se observa en la mayoría de lesiones valvulares, miocárdicas o de pericardio. Son llamativas en estenosis mitral, incluso en casos iniciales. También aparece en procesos no cardíacos como son la hipertensión sistemática esencial o sintomática, hipertiroidismo, el climateno, obesidad, intoxicaciones habituales (alcohol, tabaco, café), y medicamentos (morfinica, cocainica y por extractos tiroideos).

Bien este síntoma es frecuente tanto en sujetos sanos como enfermos del corazón o de otros órganos, una cosa importante es que no debe considerarse como un síntoma trivial, hasta que una exploración más concienzuda no lo autoricen a ello.

Ya mencioné que no solamente local sino también en órganos diversos. Citaremos algunos ejemplos:

El sistema digestivo sus signos pueden ser la disfagia, la dispepsia, la hepatomegalia, la esplenomegalia, la ascitis.

Los trastornos renales, guarda relación con el grado de insuficiencia cardiaca, aquí se evidencian los trastornos con la prueba de la proteinuria de esfuerzo, la oliguria es signo precoz en el fallo cardiaco.

Síntomas y signos neurológicos son. Anomalías del sueño, la tendencia invencible al sueño se observa en cardiopatías congestivas cianóticas, cefalea, anomalías visuales, vértigos, lipotimia

Edema, este es la acumulación anormal de líquido en el espacio intersticial, la patogenia del edema cardiogenico es compleja y suma varios factores que no revisaremos.

Exploración física

El examen clínico del sistema cardiovascular se debe de llevar a cabo colocando al enfermo en decúbito dorsal, con la cabeza y el tórax inclinados a 45°. Debemos colocarnos a la derecha de la cabecera del enfermo

El examen físico, debemos considerar muchas cosas como son

- a Las enfermedades del corazón se manifiestan a veces como parte de síndromes congénitos complejos
- b Las enfermedades del corazón son parte de procesos patológicos adquiridos que también involucran otros órganos y sistemas
- c. Las enfermedades del corazón repercuten en diversos sitios del organismo

La exploración física, de un paciente incluye examen de las extremidades, coloración de la piel, complexión, también se utiliza forma del tórax y del abdomen y examen de la retina, esta ya es una exploración más completa y compleja que nosotros la dejaremos al especialista en ello

Antes tuvimos que revisar algunos ejemplos entre la complejidad de relaciones que existen entre la enfermedad cardiovascular y el resto del organismo, para esto abarcaríamos lo que sería aspecto general. La

caquexia o el adelgazamiento acentuado, es frecuente en pacientes con insuficiencia cardíaca y gasto cardíaco disminuido crónico, y en los pacientes que padecen una valvulopatía tricúspide.

La contracción homolateral de una pupila constituye el signo de Homer que se presenta en las compresiones de la cadena simpática cervical y puede observarse en algunos casos de aneurisma del cayado de la aorta.

Las lesiones entomatosas, indoloras, nodulares y hemorrágicas que se observan en las palmas o plantas, constituyen el signo de Janeway y son manifestaciones de endocarditis bacteriana subaguda.

El aspecto pletórico o sanguíneo de un enfermo puede ser manifestación de policitemia secundaria a hipoxemia sostenida, tal como se ve en la cardiopatía pulmonar crónica severa.

La retracción de los espacios intercostales izquierdos durante la sístole, puede ser manifestación de una mediastinitis pericarditis crónica.

La presencia de nódulos pequeños y elevados, de medio centímetro de diámetro, dolorosos, ubicados en la porción distal de las extremidades, constituye un signo de Osler y se observa en la endocarditis bacteriana subaguda.

Los depósitos de colesterol de la piel en forma de xantomas en las prominencias óseas como los codos, o xantelasmas en los párpados, son manifestación de trastornos del metabolismo de los lípidos y arteriosclerosis coronaria precoz.

El entema malar por dilatación de los capilares y estancamiento de la circulación sanguínea capilar, se presenta en la estenosis mitral complicada con hipertensión pulmonar. Cuando el entema se debe a proliferación de capilares y se acompaña de lesiones descamativas de la piel constituye una manifestación de lupus entomatoso.

La palidez acentuada de la piel y mucosa puede ser una manifestación de anemia. Las manifestaciones de la cardiopatía anémica son gasto aumentado, cardiomegalia y soplos.

El tinte icterico de la piel y mucosa es frecuente en los sujetos con hígado congestivo por valvulopatía tricúspide e insuficiencia ventricular derecha.

La obesidad puede estar relacionada con la existencia de angina de pecho, de infarto al miocardio, de hipertensión arteria sistémica y trombosis venosa de las extremidades superiores. La obesidad suele agravar los efectos de la enfermedad cardiovascular.

La cianosis es una coloración azul de la piel y las mucosas, que se presenta cuando existen más de 5 gramos de hemoglobina reducida en los capilares de la piel, cuando la cianosis es más intensa en los miembros inferiores que en los superiores, se trata de cianosis diferencial. Esto acontece en los casos de persistencia del conducto arterioso con hipertensión pulmonar.

Eso señala grandes rasgos lo que buscaríamos en aspecto general, lo que correspondería que debemos de tener en cuenta, son el pulso y la presión arterial que al principio del capítulo lo revisamos, ahora correspondería revisar las variaciones de estos y el porque.

Pulso

Habíamos dicho que el pulso es la presión que se siente cuando el corazón se contrae y bombea sangre a las arterias, recordemos que al palpar el pulso consideraremos, el número de pulsaciones, ritmo, amplitud, velocidad con la que asciende, y dirotismo.

En los adultos se encuentran cifras medias de 66x/min, en los hombres y 74 en las mujeres, y los límites entre 60 y 100x/min. Según sean los sujetos vagotónicos y simpaticotónicos. Cuando el número de pulsaciones por minuto en un sujeto adulto en reposo es superior a 90, hablamos de taquicardia y si es inferior en bradicardia, ahora revisaremos las características de cada una.

Taquicardias. Atendiendo a sus características clínicas, número de pulsaciones, modo de comienzo, término y duración, se clasifican en dos grandes grupos: sinusales y paroxísticas.

Taquicardias sinusales. El estímulo parte del nódulo sinusal. Se caracteriza, por su frecuencia relativamente moderada pues no suele rebasar las 150 por/min, aunque se citan hasta 160-180 en ejercicios intensos en jóvenes simpaticotónicos, otra de sus características es que es proporcional a causa que la origina un ejemplo a más esfuerzo realizado o las fiebres, trae como consecuencia mayor rapidez de pulso y suele aumentar con drogas que estiman el simpático, como la atropina

Existe otro tipo de taquicardia sinusal llamada fisiológica, esta se señala en las emociones y en los estados de agitación psíquica, en los esfuerzos, en el periodo digestivo, en la estimulación erótica, en los estímulos dolorosos, se dice que si quieres saber que si un dolor es fingido debemos explorar el pulso.

Y una tercera seña la taquicardia sinusal patológica.

Se observa en procesos febriles de naturaleza infecciosa, como endocarditis, escarlatina, fiebre reumática, sepsis, en intoxicaciones, como nicotina café, alcohol, atropina, y el nitro de amilo Y por ultimo en enfermedades cardiovasculares, como la astenia circulatoria, en la insuficiencia aortita, en miocarditis y en la tromboflebitis. También se observa en las endocrinopatías y por ultimo en las neuropatías como por ejemplo en los neurotóxicos simpaticotónicos. Taquicardia paroxística es un tipo de origen heterotópico, extrasistólico, que se caracterizan por una frecuencia insólita de los latidos cardiacos, comienzo y terminación súbitos, de ahí su denominación. Su duración varía desde días, semanas, y aun meses. La crisis aparece en ocasiones sin causa aparente, en otra el motivo es conocido, otra a veces es con las maniobras que estimulan el vago, como por ejemplo tras un grueso bolo alimenticio, vómitos, etc

Bradycardias

La existencia de un pulso lento, por debajo de los 60 por minuto, puede ser a un retardo de la frecuencia cardiaca o a que algunas contracciones cardiacas

no tiene traducción periférica, como en la extrasístole ventricular y aritmia completa.

La bradicardia puede ser sinusal o por bloqueo auriculo ventricular.

La bradicardia sinusal se caracteriza por una frecuencia cardiaca por debajo de 60, cifra minima promedio en sujetos normales, puede modificarse por el esfuerzo, fiebre, emociones y los fármacos inhibidores del vago excitadores del simpático, ala vez que se acentúa con los estimuladores del neumogástrico (compresión ocular o del seno carotideo o del trayecto del vago, maniobra de valsalva, o administración de drogas vagomimeticas. La bradicardia puede ser fisiológica o patológica

La fisiología se observa en múltiples circunstancias, un ejemplo los alpinistas, cuando es permanente se señala en individuos, a veces de vanos de una misma familia, vagotonicos. Cursa frecuentemente con hipotimia arterial. Estos individuos suelen ofrecer gran resistencia ala fatiga física, y es curiosa la observación de que los atletas, casi sin excepción, tienen un ritmo lento. En ellos todas las causas taquicardizantes, como fiebre, ejercicio, emociones Etc , si bien aumenta él numero, lo hacen de una manera moderada. Cabe preguntar si son bradicardicos porque se dedican al deporte, o bien si son atletas por que su bradicardia aumenta considerablemente su resistencia a fatga

Cuando es patológica Es por intoxicaciones, como bromuros, ácidos, plomo, ácido salicílico, ergotamina, ruda y oxido de carbono, cuando es por infecciones sucede en la trióidea, parobdritis, mononucleosis infecciosa. En procesos cardiovasculares, como son la hipertensión arterial, estenosis aortita incluso en fallo cardiaco, infarto al miocardio y a veces en corazones seniles , En ictercias, en procesos foliculares abdominales, sobre todo en las hepáticas y obstructivas. Otra es el hipotiroidismo

Una segunda bradicardia es por bloqueo auriculo ventricular. Aqui él numero de pulsaciones por minuto es muy bajo y caso siempre inferior a 40 (ritmo idioventricular). Esta bradicardia no se modifica con el ejercicio, emociones,

drogas, y puede ser tolerada o dar un conjunto de síntomas o signos por isquemia cerebral, como vértigos, crisis epileptiforme, incluso la muerte.

Aritmias.

Los trastornos del ritmo regular se llaman aritmias.

Existen aritmias sinusales, por paro sinusal, pero la de mayor importancia para nosotros es la aritmia extrasistólica. Esta es de observación frecuente. Recibe el nombre de extrasístole la contracción cardíaca anticipada producida por una excitación cardíaca heterotópica intercala en el ritmo común básico. Es refrenda de manera distinta según la sensibilidad nerviosa del paciente, intensidad de la contracción ectópica, consecuencia del relleno diastólico que lo precede, y longitud de la pausa compensadora. En el momento en que se produce se percibe un choque, latido o golpe en la región precordial, con sensación angustiosa más o menos intensa.

Dentro de las anomalías de amplitud encontramos al pulso altérmate y al paradójico, que ya los explicamos en la sección correspondiente al pulso.

Palpación

Las líneas de referencia son las mismas que mencionamos en el punto anterior del tórax ahora solamente explicaremos la técnica simple y adecuada para nosotros.

Palpación del precordio

El primer paso es con el paciente en decúbito supino, se debe de localizar y observar el latido de punta, que en condiciones normales se sitúa cerca del ápex cardíaco en la línea medioclavicular y en el quinto espacio intercostal izquierdo. Suele ser sincrónico con el pulso carotídeo y el primer ruido cardíaco. Su posición proporciona información sobre el tamaño del corazón y su presencia suele estar afectada por la forma y espesor de la pared torácica y la cantidad de tejido, aire y líquido que se interponga entre el ventrículo izquierdo y la superficie externa de la piel. Fig. 19



Fig. 19.

Circunstancias que modifican el latido de punta.

Aumenta. En hipertrofia ventricular izquierda, ansiedad, emoción, ejercicio físico e individuos delgados

Disminuye o ausente En insuficiencia cardiaca, derrame pleural, derrame pericardico, enfisema pulmonar, obesidad, gran masa muscular, mamas muy desarrolladas.

Deslaza hacia la izquierda En dilatación cardiaca, neumotórax y en adherencias pleurales izquierdas

Ya dijimos que la palpación debe comenzar por la zona del ápex, luego desplazarse hasta la axila izquierda y de ahí hacia el borde paraesternal izquierdo finalmente, siguiendo el borde derecho de los externos hasta llegar al epigastno

Fremito

Es un soplo palpable y tiene su mismo significado, pero su presencia es más sugestiva de cardiopatía orgánica que la presencia de un soplo. Sus características recuerdan la sensación percibida con la palpación del tórax, mientras un individuo está hablando, o al ronroneo de un gato. Tienen sus orígenes y diferentes localizaciones, si encontramos uno de estos lo recomendable es que el especialista lo examine o confirme, ya que estos tienen diferentes causas como puede ser estenosis aortica, insuficiencia mitral, insuficiencia tricuspidea, estenosis mitral e incluso comunicación interventricular, el ciclo en donde se percibe (sístole o diástole) y su localización son variables

Percusión.

En la actualidad, la percusión del corazón es una técnica de utilidad limitada. Puede llevarse a cabo para la evaluación del tamaño del corazón, aunque ello se consigue mediante radiografía del tórax. Además, el tamaño del ventrículo izquierdo se puede determinar con una exactitud igual o superior mediante la determinación de la posición del latido de punta.

Auscultación

La auscultación debe realizarse sobre la totalidad de la región precordial y en especial sobre el ápex y la base del corazón, a menor distancia posible de la posición anatómica de las válvulas. Debemos tener en cuenta que pueden darse amplias variaciones en las características de los ruidos cardiacos audibles en personas sanas, y que no siempre es fácil atribuir un carácter normal o patológico aun ruido cardiaco aparentemente anómalo.

Un ejemplo de esto es que en personas con musculatura desarrollada, obesos o en pacientes con enfisema pulmonar se perciben disminuidos en intensidad.

Focos de auscultación Fig 20

Existen 5 áreas de auscultación cardiaca

- 1 El ápex o área mitral se localiza en la intersección del quinto espacio intercostal izquierdo y la línea medio clavicular. fig 20 (a)

La base del corazón se divide en

- 2 - Area aortica, segundo espacio intercostal derecho, y el borde paraesternal derecho fig 20 (b)

- 3 - Area pulmonar, localizada en el segundo espacio intercostal izquierdo, en el borde paraesternal izquierdo. Fig 20 (d)

4. -El foco aortico accesorio o aortico secundario que se localiza en el tercer espacio intercostal izquierdo, en el borde paraesternal izquierdo.fig-20 (c).

5. -El area tricuspidea sé encuenra en el extremo distal del estemon, anivel del cuarto espacio intercostal izquierdo, en la parte inferior del borde paraesternal izquierdo. Fig 20- (e).

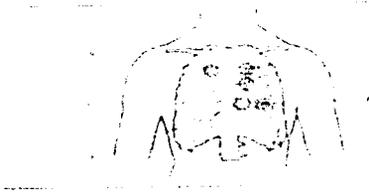


Fig. 20.

Técnica.

Utilizaremos de preferencia un estetoscopio que disponga de campana para sonidos de baja frecuencia (soplo diastólicos) y de una membrana, para sonidos de alta frecuencia un soplo de regurgitación aortica.

Se debe de indicar la posición que debe adoptar el paciente en cada momento de auscultación, cuando debe de respirar en forma normal o contener la respiración. Es obligatono auscultar todos los focos, primero con la membrana realizando una presión firme y después la campana, ejerciendo una presión suave

Ruidos cardiacos básicos

El primer ruido cardiaco, es de tono bajo, timbre suave y de mayor duración tum. Se genera por el cierre de las válvulas mitral y tricúspide durante la sístole ventricular. Se percibe mejor en la región del ápex

El segundo ruido breve y de tonalidad aguda (ta), coincide con la diástole ventricular y el cierre de las válvulas sigmoideas aórtica y pulmonar. Es más intenso en la región de la base sobre el foco pulmonar en los jóvenes, y sobre el aórtico en adultos y ancianos.

La fase áfona entre el primero y el segundo ruido cardíaco es el que llaman pequeño silencio, y que media entre el segundo y el primero, gran silencio, media entre el segundo y el primero. Los dos primeros ruidos son el principio señalan el principio y final de la sístole, (primer ruido- pequeño silencio) y el segundo ruido- gran silencio (diástole) entonces el ciclo cardíaco se escucharía así primer ruido (tum)-pequeño silencio-segundo ruido(ta)-gran silencio en conclusión tum-ta-tum-ta

Se admite la existencia de un tercer y cuarto ruido cardíaco. Esta denominación es contradictoria, pues se trata de un fenómeno que se manifiesta al inicio de la revolución cardíaca. Su frecuencia en los sujetos jóvenes y sanos varía del 0 al 5%

Continuando con la auscultación, mientras se examina cada uno de los cinco focos de auscultación, desplazándose palmo a palmo de un foco al siguiente, comenzando en la punta y terminando en la base, debemos de escuchar de forma selectiva cada uno de los componentes

Debemos incitar al paciente a que respire con normalidad y a que detenga la respiración después de haber exhalado el aire. Debemos detectar el primer ruido (R1) mientras palpamos el pulso carotídeo. El R1 coincide con la elevación del pulso carotídeo, debemos observar toda intensidad, variaciones etc. Hay que recordar que el R1 marca el comienzo de la sístole, debemos concentrarnos en la diástole, que es un intervalo más prolongado que la sístole, cualquier ruido, que no coincida, con el ciclo que mencionamos.

Para detectar el segundo ruido (R2), debemos incitar al paciente a exhalar aire y mantenerse así, después inspirar y mantener la respiración. Así R2 parece un único ruido

Las posiciones son tres:

En la primera con el paciente sentado algo inclinado hacia delante y preferentemente en espiración escucharemos los 5 focos cardiacos. Esta es la mejor posición para auscultar soplos de tono alto con el diafragma del estetoscopio. Fig. 21-a

El paciente en supino, igual los 5 focos con la membrana. Fig. 21-b

Y el paciente en decúbito lateral izquierdo, igual 5 focos en el orden ya mencionado esta posición es mejor para auscultar los ruidos de llenado de bajo tono, durante a diástole, con la campana del estetoscopio. Fig 21-c.



Fig 21.

A

B

C

Ruidos añadidos

Las válvulas cardiacas se suelen abrir sin producir ningún ruido, añadidos a los normales (R1 Y R2) a menos que estén engrosadas, rugosas o alteradas de alguna forma, como resultado de alguna enfermedad

Por ejemplo la estenosis valvular puede producir un chasquido de apertura (válvula mitral) clic de eyección (válvulas semilunares) o clics sistólicos (prolapso mitral. Los ruidos cardiacos añadidos suelen ir acompañados e soplos y siempre han de ser considerados como posibles indicadores de un proceso patológico

Mencionaremos algo de los soplos aclarando como ha sido a lo largo de esta tesina que esto solamente es una exploración general, ya que nosotros al.

encontrar algún ruido añadido, debemos remitirlo al especialista para su correcto diagnóstico y por lo tanto su tratamiento.

Como ya habíamos dicho los soplos cardiacos son ruidos añadidos, relativamente prolongados se escuchan tanto en la sístole como en la diástole y frecuentemente son indicativos de patología. Las características de los soplos dependen de la funcionalidad de la válvula, el tamaño del orificio, la velocidad del flujo sanguíneo, la fuerza del miocardio el grosor y a consistencia de los tejidos subyacentes, a través de cual se escucha un soplo. La pregunta es como se escucha un soplo, lo comparan como cuando utilizan un fuelle al avivar el fuego,

Ya que esta tesina es sobre el paciente genético, a continuación mencionaremos alteraciones comunes en el paciente de esta categoría.

Soplo sistólico aortico. Este se ha percibido en aproximadamente en la tercera parte de las personas con cerca de los 60 años y en mas de la mitad que alcanza los 85 años de edad. Como habíamos mencionado en el primer capítulo el envejecimiento produce engrosamiento de las bases de las hojuelas aorticas con tejido fibroso, seguido de calcificación y de vibraciones audibles la turbulencia producida por el flujo sanguíneo en una aorta dilatada puede contnbuir a este soplo. A esta fibrosis y calcificación se le conoce como esclerosis aortica

Esta no dificulta el flujo sanguíneo, pero si los vértices de las hojuelas van calcificándose e inmovilizándose puede desarrollar una verdadera estenosis aortica, con dificultad para el flujo sanguíneo, el problema es que ambas son muy difícil de diferenciar clinicamente

Otra alteración es el soplo sistólico de insuficiencia mitral, este afecta a mitral esta produce cambios degenerativos con calcificación que disminuye la capacidad de la mitral para cerrarse normalmente durante la sístole y causan el soplo.

Estos soplos también pueden estar en grandes vasos. El soplo sistólico cervical, estos son percibidos en la parte media o alta de la carótida sugieren una obstrucción arterial parcial a consecuencia de aterosclerosis

Con la edad la aorta y las grandes arterias se endurecen al volverse arterioscleróticas. Como la aorta es menos distensible, un volumen sistólico determinado provoca mayor aumento de la presión arterial sistólica, entonces suele producirse la hipertensión sistólica.

Otros desarrollan una tendencia elevada a la hipotensión postural (u ortostática) una brusca caída de la presión arterial cuando de sentados se ponen de pie, también la tendencia a presentar ritmos cardíacos anormales. Estas arritmias pueden causar un síncope

2.3.5. Aparato gastrointestinal

Interrogatorio

Ocupación. La úlcera péptica gastroduodenal, las gastroenteritis agudas y las crónicas, hepatitis agudas se observa con frecuencia en obreros que manipulan plomo, pintores, impresores, fábricas de porcelana y vidrio. Las cirrosis hepáticas se han observado más en los vinateros, en los ganaderos en los obreros en contacto con tetracloruro de carbono, las hemorroides en conductores de camión. La vida sedentaria junto a una alimentación copiosa, favorece la litiasis biliar, las profesiones con gran tensión psíquica, médicos empresarios, cuentan con la frecuencia de úlcera péptica gastroduodenal, espasmos en el esófago, colon irritable, colitis ulcerosa

Enfermedades anteriores. El interrogatorio bien dirigido nos indica, si la enfermedad digestiva es secundaria a otros procesos, o guarda relación con otros anteriores, si guarda relación con algunos fármacos

Antecedentes familiares

Ya es conocida cierta predisposición familiar frente al cáncer y ulcera gastroduodenal, el factor familiar es patente en ciertas formas de cirrosis infantil así como en lagunas ictéricas y hepáticas.

Comienzo y evolución de la enfermedad.

Si es que existe, preguntaremos cuando, como ha evolucionado y a que se lo atribuye. El síntoma digestivo que destaca será precisado en el interrogatorio

Los más comunes de este aparato son:

Anorexia Es por falta de apetito, es un síntoma inespecífico y que puede indicar la presencia de cualquier enfermedad orgánica, sea digestiva o no.

Disfagia Es la dificultad para tragar es refrenda como una sensación de detención del bolo alimenticio. Esta generalmente se traduce en un problema orgánico. Una causa son las lesiones que estenosan el esófago (cáncer), enfermedades del sistema nervioso

Pirosis En cuanto a la anamnesis de esta también llamado ardor esternal o epigástrico, se debe de investigar acerca de esta su aparición irregular o de carácter continuo, con que se calma y finalmente con la postura

Dolor. Este es un síntoma frecuente en patología digestiva. Se preguntara acerca de su localización inicial sus irradiaciones, características, comienzo y duración, y la intensidad y síntomas asociados, como náuseas, vómitos, diarrea estreñimiento, flatulencia, eructos distensión abdominal, angustia y ansiedad

Náuseas y vomito Las náuseas se describe como el deseo de vomitar y preceden generalmente a las arcadas o contracciones simultáneas de los músculos inspira tonos de la pared torácica, el diafragma y a musculatura abdominal, mientras la glotis permanece cerrada

El vomito definido como la expulsión activa del contenido gástrico por la boca, a menudo se ve precedido de náuseas y suele completar el ciclo de respuesta aun estímulo. Las náuseas y los vómitos se desencadenan por múltiples causas de origen digestivo o no,

Durante la anamnesis se debe preguntar sobre el momento de aparición o la cronología, ya que los vómitos matutinos, en ayunas, sugieren embarazo, uremia alcoholismo. Y los vómitos postprandiales inmediatos suelen ser psicógenos (anorexia nerviosa), los que aparecen después de 30 min. a 2 a 3 hrs., Después de la ingesta sugiere trastornos gástricos o duodenales (gastritis o úlcera péptica) y los tardíos sugieren una estenosis del píloro (mas de 12 hrs. Y al final se preguntara sobre su naturaleza y características (aspecto y color) del material vomitado, en particular si existe sangre (hematemesis), tampoco se debe de omitirse la cantidad aproximada del material vomitado

Diarrea y estreñimiento. Hablemos de diarrea cuando existe la emisión de heces poco consistentes o líquidas, en general con deposiciones frecuentes Puede considerarse anormal mas de 3 deposiciones al día El estreñimiento se define como el retraso de la evacuación intestinal, con heces escasas y duras Al igual deberá investigarse su consistencia, aspecto (líquida, con sangre, presencia de moco) olor, número de deposiciones diarias, volumen y duración Además los síntomas acompañantes o asociados

Ictencia Consiste en la coloración amarilla de la piel y de las mucosas debido a la impregnación de bilirubina, que se encuentra en concentraciones anormalmente altas en la sangre

Aspecto general

La actitud en procesos dolorosos, por ejemplo en los procesos esofágicos graves y con dificultad para la deglución, es llamativo la desnutrición y la palidez, otro ejemplo en los casos de procesos gástricos como las úlceras gástricas o duodenales se alivia con posición encogida fetal y presionando el vientre con las manos abiertas o los puños. Otro ejemplo en las pancreatitis el dolor aumenta y se alivia sentándose y doblándose hacia delante

Otro ejemplo en los procesos dolorosos de los márgenes del ano, el sujeto se sienta de una manera peculiar, lo hace con mucho cuidado apoyándose sobre una nalga con el objeto de presionar la zona afectada.

Facies.

Hipocrática. Se señala en afecciones peritoneales. Se define por la nariz y demás rasgos fisonómicos afilados, los ojos hundidos en las orbita, la piel de color terroso, cubierto de sudor pegajoso y cianosis de las mucosas.

En molestias ulcerosas y desnutrición general, arrugan la frente y hundan las mejillas. Los ojos abiertos y brillantes con temblor palpebral y pupilas a veces dilatadas

También puede existir ictericia

Cirótica Puede existir lo que llaman eudoexoftalmia y la conjuntiva subictericia o bien teñida, la piel es de color gris, con un tinte azulado, son constantes pequeñas dilataciones estelares, aracniformes (spiders) o lineales (culebrillas), en frente, pómulos, dorso de la nariz, cuello y parte superior del tórax. También puede existir entema palmar, que es el enrojecimiento de las manos

Pancreática En la pancreatitis no solo dolor y angustia, es notable la palidez terrosa y cianótica a la vez de las mejillas así como frialdad de la nariz y los ojos semihundidos

Piel

En el cambio de color de la piel es la ictericia, esta resulta de la difusión de pigmento biliar contenido en la sangre. El color amarillo debe buscarse siempre con luz de diurna, a nivel de las conjuntivas y el velo del paladar

Bien para hacer la inspección del abdomen nos enfrentamos al mismo problema que con los aparatos anteriores, el paciente tiene que estar desnudo de la cintura para arriba, así que solo nos limitaremos a síntomas, palpación y percusión

Exploración física.

Inspección.

Antes de comenzar debemos de saber cuales son las zonas en las que se divide el abdomen y que estructuras se encuentran en estas.

El abdomen se divide en nueve regiones, divididos por 2 líneas horizontales la primera que une alas 2 crestas iliacas y las otras 2 a los 2 rebordes costales inferiores. Las líneas verticales parten de la línea medio clavicular, siguiendo los bordes laterales de los músculos rectos del abdomen

Las estructuras por cada región son Fig 22

Hipocondrio derecho Lóbulo hepático derecho, vesicula biliar, angulo hepático del colon, parte de duodeno, polo superior riñón derecho y suprarrenal derecha (1)

Hipocondrio izquierdo Estomago, bazo, cola del páncreas, polo superior del riñón izquierdo, glándula suprarrenal (3)

Epigastro Extremo pilórico del estomago, duodeno, páncreas y parte del hígado (2)

Flanco derecho o lumbar derecho Colon ascendente, mitad inferior del riñón derecho, parte del duodeno y del yeyuno (4)

Flanco izquierdo o lumbar izquierdo Colon descendente, mitad inferior del riñón izquierdo, parte del yeyuno e ileon (6)

Umbilical, o mesogastro Epiplón, porción inferior del duodeno, yeyuno e ileon (5)

Inguinal derecha o fosa iliaca derecha Ciego, apéndice, ovario derecho (7)

Inguinal izquierdo Colon sigmoideo, uréter izquierdo, ovario izquierdo (9)

Hipogastro o publica Ileon vejiga y útero (en gestación) (8)

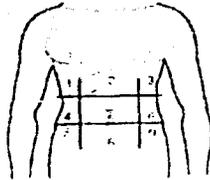


Fig. 22.

Se comienza generalmente la inspección del abdomen observando y registrándose la morfología general y la simetría el abdomen, el color de la piel, las características superficiales, si existen cicatrices, nódulos o masas aparentes, estrias etc. Desgraciadamente no lo haremos ya explicamos él porque.

Lo que sí haremos es palpar, generalmente nos situaremos ala derecha del paciente, el cual se encuentra en decúbito y con el abdomen relajado. Generalmente la palpación se lleva en dos fases palpación superficial y profunda. Solamente haremos la primera

Debe realizarse con la cara palmar de los dedos, utilizando especialmente la zona de las yemas por ser más sensible. La palpación bimanual, con la mano en el abdomen (habitualmente la derecha) y otra (habitualmente izquierda) colocada por detrás, en la zona lumbar entre la 12ª costilla y la cresta iliaca, se utiliza también para palpar órganos específicos: el hígado, el bazo y especialmente los riñones.

Palpación superficial

Mientras se observa el rostro del enfermo para apreciar cualquier gesto de dolor, se coloca suavemente la palma de la mano sobre el abdomen con los dedos extendidos y juntos. A continuación se desplaza la mano de manera ordenada por todos los cuadrantes abdominales, sin perder contacto con la piel y empezando por un punto alejado de cualquier área que el enfermo haya indicado el enfermo a zona dolorosa (si existiera), imprimiendo una

presión suave y uniforme con a zona palmar de los dedos, procurando evitar los movimientos bruscos que pueden provocar contractura de la musculatura abdominal. Esta palpación debe ser indolora en condiciones normales, y el abdomen debe palparse uniformemente blando y sin rigides, incluso localizadas, ni defensa o resistencia ala palpación (contracción muscular. El abdomen se pondrá tenso si percibe una presión brusca, si las manos del explorador están frías, si el paciente es poco colaborador o se queja por todo y si existe inflamación, también se valora hipersensibilidad cutánea. en tal caso el paciente puede referir una sensación de dolor al rozar su piel con los dedos, un ejemplo de esto en que las zonas de irritación peritoneal especifica puede identificarse a través de las zonas de hipersensibilidad cutánea La palpación profunda la realizara un profesional, aquí nosotros nos guiaremos por los síntomas del paciente

Percusión.

La percusión se emplea para evaluar el tamaño de las viseras abdominales accesibles, masas sólidas o liquidas, detectar la presencia de liquido libre (ascitis) o gas (distensión del estomago e intestino) Mediante la percusión de una zona de contenido aéreo o de una masa cubierta por gas obtendremos un sonido timpánico, mientras que en las viseras sólidas y liquido proporciona un sonido mate Como norma se debe realizar una primera percusión general por todos los cuadrantes del abdomen y seguidamente una percusión particular del higado asi como de zonas que hayan proporcionado un sonido habitual

En general el sonido abdominal predominante es timpánico, debido al contenido gaseoso del estomago e intestino

Auscultación

Esta técnica se utiliza para valorar la motilidad intestinal, auscultar soplos vasculares y roces

Para valorar los ruidos intestinales se sitúa la membrana del fonendoscopio sobre la región mesogástrica. La actividad peristáltica normal produce ruidos de gorgoteo característico cada 5- 10 seg.

La frecuencia de estos aumenta a causa del hambre, en la enteritis y en la primera fase de la obstrucción intestinal entre otras.

Disminuyen en frecuencia cuando se retarda el peristaltismo, tal como ocurre en el íleo paralítico. O la ausencia total de ruidos (silencio abdominal). aplicando la campana del fonendoscopio, sobre la región epigástrica, los 4 cuadrantes (hipocondrios e inguinales) y las dos regiones lumbares (flancos), la auscultación puede descubrir soplos secundarios a estenosis

Bien para poder ubicarnos en el síntoma y las regiones que ya explicamos, se expondrán algunas de las regiones anatómicas de percepción de dolor y los órganos que implican

Hipocondrio derecho Hepatomegalia, hepatitis, colecistitis, gas en el ángulo hepático del colon, úlcera duodenal, neumonía

Hipocondrio izquierdo Rotura esplénica, gas en el ángulo esplénico del colon, aneurisma de la aorta, perforación del colon, úlcera gástrica, neumonía

Flanco derecho, izquierdo y mesogástrico. Pancreatitis aguda, fase inicial de la apendicitis, obstrucción intestinal, trombosis mesentérica, aneurisma de la aorta, diverticulitis.

Fosa iliaca derecha Apendicitis aguda, quiste ovárico, embarazo ectópico, perforación del ciego, litiasis renal

Fosa iliaca izquierda Colitis ulcerosa, perforación del colon, diverticulitis aguda

Hay que aclarar que estas son solo un ejemplo, y los cambios relacionados ya se mencionaron en el capítulo anterior.

2.3.6. Aparato genitourinario.

Al evaluar este aparato, nos vamos a guiar por la sintomatología, y la historia clínica, ya que a exploración de este es algo compleja. Debemos recordar que esta exploración clínica se realiza con un propósito preventivo, ya que las enfermedades que posiblemente podamos diagnosticar no corresponden al cirujano dentista tratarla.

Interrogatorio.

Antecedentes En la infancia y adolescencia se presentan con frecuencia, a glomerulonefritis y sus variedades, así como la infección tuberculosa, el absceso puerperal y síntomas clínicos del riñón flotante, este tiene su máximo de frecuencia entre los 20 y 30 años. Los cálculos renales suelen manifestarse entre los 25 y 40 años, pero se forman rara vez después de los 30 años, es indudable el predominio del sexo masculino en la calculosis renal, en la diverticulosis de la vejiga, en los tumores del riñón.

Ocupación Son nocivas para el riñón y las vías urinarias todas aquellas que el individuo se expone al frío causa de la reactivación, simultánea de los focos amigdalofaríngeos y de la constricción isquemia renal, suda profusamente (lo que concentra la orina y aumenta la tendencia a precipitar litiasis) o maneja sustancias nefrotóxicas: mercurio, ácido bórico, revelador fotográfico. O aquellas que son cancerígenas al eliminarse por la orina (en las fábricas de goma y neumáticos).

Ya es conocida la frecuencia de urolitiasis en las profesiones sedentarias.

La frecuencia de cálculos es elevada en los climas cálidos y secos, pues la gran transpiración cutánea concentra la orina y facilita la precipitación de cristaloideos.

Enfermedades anteriores.

Son múltiple las dolencias nocivas para el niño. En unas ocasiones la relación causa y efecto es evidente, por ejemplo, brote faringoamigdalagudo como escarlatina y glomerulonefritis difusa, ingestión de fármacos nefrotóxicos (cianuro de mercurio, oxalato de potasio) y nefrosis aguda.

Infecciones agudas (sinusitis, focos amigdalofaríngeos) generales (escarlatina, fiebre tifoidea, sepsis) causa de glomerulonefritis difusa aguda.

Cardiovasculares, niño de éxtasis en la insuficiencia cardíaca, infarto renal o nefritis en focos en la endocarditis maligna lenta.

Metabólicas y endocrinas. Glomeruloesclerosis en la diabetes, insuficiencia renal en la gota, alteraciones del niño en el hiperparatiroidismo y sobre dosificación de vitaminas. Otros fármacos(sulfas, nitrofuranos y fenoltaleína).

Antecedentes familiares

Sé a observado una cierta predisposición, en familias a glomerulonefritis aguda, pielonefritis, litiasis urinaria y sé a observado lesiones renales asociadas a retinitis pigmentosa

Evolución de la enfermedad actual

Los enfermos urológicos, solamente manifiesta ciertos síntomas, tales como dolor y trastornos en la micción. Menos veces por alteraciones por alteraciones objetivas de la orina (cambios de coloración, olor, transparencia, etc) o por síntomas generales inespecíficos: fiebre, hipertensión, cefalea, vértigos, disminución de la agudeza visual, alidez, anemias, sed intensa, insomnio etc

Sintomatología

Dolor renal. Se experimenta en el hipocóndrio y sobre todo, en la región lumbar. El paciente lo señala con la mano en una forma muy particular. El pulgar hacia atrás y los dedos apoyados en el abdomen, al revés de los dolores de origen vertebral en los que el paciente coloca la mano con el

pulgar hacia delante. Suele ser sordo y tenaz, aumenta con la marcha y movimientos y disminuye con el reposo (si se trata de un calculo alojado en la pelvis), cosa que no ocurre en las pequeñas hidronefrosis, nefritis dolorosas, procesos tumorales

Al considerar el dolor renal debemos tener en cuenta la posibilidad, no tan remota, como a primera vista parece, de que las molestias causadas, por un riñón enfermo sean referidas por el paciente al riñón del lado opuesto, sano.

Este dolor, llamado paradójico o contralateral, provocado por un reflejo visceral, no aumenta ni la presión ni la percusión de la, región lumborenal, al contrario de lo que ocurre si se presiona o percute el riñón enfermo

A continuación se citaran patrones característicos del dolor en las enfermedades del riñón y vías urinarias

Cólico nefrítico Comienza en el flanco (dere o izq) irradiado alo largo del trayecto uretral hasta la zona inguinal (fosas iliacas) del mismo lado

Dolor lumbar (pielonefritis) Dolor de intensidad variable y continuo, en la fosa lumbar (flancos), asociado a fiebres escalofrios. Se asocia a un síndrome urinario

Dolor vesical o uretral Dolor sordo o urente y de localización suprapubica (hipogastno), durante o especialmente al final de la micción, asociado a un síndrome urinario

Dolor prostático Dolor en la región inguinal y penanal, sordo y contiguo o exacerbado durante la defecación y el coito. Acompañado de molestias urinarias vagas o bien definidas

Trastornos de la evacuación de orina

Se refieren a su cantidad (poliuria, oliguria, anuria), ritmo de eliminación (nicturia, opsia) o ala forma de micción frecuente(polaquiuria), difícil, (disuria

Poliuria Se entiende como el aumento de la cantidad de orina, en veinticuatro horas del día. En condiciones normales esta no excede de

1.500ml. por la noche la diuresis desciende notablemente debido al aumento nocturno de adiuretina.

Por lo que se refiere a su causa, pueden dividirse: poliurias pasajeras. De ingestión excesiva de líquidos, emotivas, del fnó, medicamentos, en enfermedades infecciosas, alimentarias (dietas vegetarianas insuficientes) y por reabsorción de excusados y edemas.

Poliurias crónicas.

Por diuresis osmótica, en ellas la disminución de la reabsorción de agua se debe aun exceso de sustancias disueltas (glucosa en la diabetes, fosfatos en el hiperparatiroidismo), o a una exagerada administración de soluciones salinas o glucosadas

Por lesión renal, de las nefritis crónicas en la tubulopatias congenitazo anomalías reno- uretrales, trastomos tubulares por hipotasemia, hipercalcemia, pielonefritis, y por trastomos hipofisianos, o por trastomos del centro de a sed, en enfermos neuróticos o psicópatas

Oliguria Es la disminución en la cantidad de onna en veinticuatro horas del día En el sujeto normal puede depender 1) ingesta deficiente de líquidos, 2) sudoración excesiva, 3) traslado a grandes altitudes

Esta también puede ser consecuencia de proceso agudos con vómitos y diarreas, de la toma de ciertos fármacos- corticoesteroides, fenilbutazona, y lesiones reales

Aniuria Es el cese completo de la secreción renal No debe confundirse con la retención vesical completa de onna En esta el enfermo se encuentra agitado, con deseos de orinar, ero sin poder lograrlo, aquí se puede palpar lo que llaman globo vesical que desaparece con sondeo En esta el enfermo tiene ganas de orinar pero la vejiga esa hacia Por lógica si encontramos algo así se remite de inmediato al medico

Nicturia Consiste en la inversión del ntmo normal de la diuresis La cantidad de onna recogida durante la noche supera ala del día Se señala en

enfermedades edematizantes, fallo cardiaco, nefropatias, esclerosis cerebral senil y traumatismos craneales. También cuentan la administración de corticoesteroides.

Opsiuna. Es el retraso en la eliminación del agua ingesta. Se observa en sujetos afectados de insuficiencia cardiaca o renal y él la hipertensión portal.

Poiakiuna. Es la micción frecuente y escasa, sin que exista alteración del volumen global diario de orina, la causa puede estar en el tramo urinario, (calculo renales) o en órganos vecinos(embarazo), próstata.

Disuna. La micción difícil puede ser inicial, terminal o total si la dificultad se prolonga durante toda la micción, sus causas estenosis de la uretra, procesos prostáticos, o lesiones de los centros nerviosos, (esclerosis cerebral senil)

También es importante saber el color de la orina, entre los cuales citaremos:

Orina clara. Baja concentración de solutos disueltos, ingesta excesiva de líquidos, diabetes mellitus, diabetes insípida, glomerulonefritis crónica

Orina hiperpigmentada

Amanilla. Orina normal hiperconcentrada, tetraciclina, pindina

Anaranjado. Urobilogeno, santonina (anthelmintico) y fenindiona (anticoagulante)

Rojo. Hemoglobina reciente, depósitos en uratos, porfirina. Remolacha, zarzamora, colorantes de anilina de los dulces, nifampicina y aminopirina.

Verde-azul. Bilirubina, timol, azul de metileno.

Marrón-negro. Orina normal muy concentrada, bilirubina, metahemoglobina, porfirina, tirosina, fenol y cresol

Orina turbia y blanquecina. Celdas epiteliales del tracto genitourinario, bacterias, pus

Exploración física.

Inspección.

En las nefropatías hidropiogenas, glomerulonefritis aguda, difusa, nefrosis, el signo visual más llamativo es la infiltración edematosa del tejido celular subcutáneo, existe predilección en el rostro, en especial los párpados, la piel es lisa, seca, y deja una huella profunda y duradera a la presión digital.

En la uremia crónica existe caquexia, hasta el punto de evocar la presencia de un cáncer.

Percusión

Nosotros solamente usaremos una percusión sencilla del riñón solamente para ver su sensibilidad

Para evaluar la sensibilidad de cada riñón pida al paciente que se siente. Coloque la palma de la mano sobre el Angulo costovertebral y golpéela con el puño de la otra mano. Repita la misma maniobra en el Angulo costovertebral del otro lado. El paciente debe recibir un impacto, pero este no debe causarle sensibilidad de los riñones o dolor fig 23.



Fig 23

Palpación. La percusión lleva un orden suele ser una palpación parietal, del riñón y uréter, de la vejiga urinaria, de la próstata y de la uretra, este tipo de palpación es especializada y corresponde al especialista, nosotros solamente se los mencionamos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Auscultación. La auscultación especializada del abdomen y de los flancos puede descubrir la presencia de un soplo sistólico en relación con una estenosis arterial renal o una fístula arteriovenosa intrarrenal a consecuencia de una biopsia renal. Como en la ocasión anterior esta solamente es especializada.

2.3.7. Sistema nervioso

Interrogatorio

En la infancia y edad escolar inciden con mayor frecuencia los procesos sépticos, víncos-poliomielitis, encefalitis aguda o subaguda o bacterianas (meningitis cerebroespinal) y se manifiestan muchas enfermedades heredo degenerativas de tipo familiar (leudodistrofias, idiocia amaurotica infantil).

*En la edad adulta prvan las enfermedades por autoagresion esclerosis múltiple, encefalomeilitis alérgica, la esclerosis lateral amiotrofica (esta se sitúa entre los 50 y 60 años *¹³

Profesión

*En la profesión los albañiles, pintores, yeseros, predisponen alas neuntis y alas lesiones por manipulación de sustancias toxicas * ¹⁴

En la industna de caldereria (muy ruidosa) si como el empleo de martillos neumáticos (vibraciones repetidas), son motivo de lesiones no rara vez graves del sistema nerviosos central y perifénco

Ya son conocidas las alteraciones neurológicas provocadas por el abuso del alcohol. Los cuadros mas socorridos son poliencefalitis hemorrágica superior y la polineuropatia con cuadro mixto sensitivo motor. La alimentación carencial desempeña un gran papel amplificador. Una contraprueba la ofrece la posibilidad de mejorar al paciente, aun sin supnimir la causa de tal condición, debe suministrársele una alimentación superabundante

¹³ Surro-Rufo Juan. Semiología Médica y Técnica. Expositora. PF 750

¹⁴ ibidem 750

Antecedentes familiares.

Las llamadas enfermedades heredo generativas del sistema nervioso, de tipo familiar, se caracterizan por la afectación de carácter progresivo que terminan con grave incapacidad funcional o la muerte.

"Él termino degenerativas con que clásicamente se conocen, esconde en realidad la ignorancia sobre la verdadera causa de muchas de ellas, si bien se refiere a un comprobado o supuesto fondo metabólico." ¹⁵

La herencia es uno de los caracteres esenciales de la jaqueca; en un 80% de los casos existe una herencia homóloga directa. La transmisión mas frecuente es de madre a hija, viniendo después de la madre al hijo.

Padecimiento actual.

La descripción analítica de los síntomas, su forma de comienzo y evolución son capitales para el diagnóstico neurológico, el comienzo brusco de un cuadro clínico por ejemplo de hemiplejía o hemiparesia, con pérdida de la conciencia, orienta así un problema vascular cerebral del tipo de la hemorragia o la embolia, en cambio, la misma sintomatología de comienzo mas lento y progresivo es mas frecuente en la trombosis.

Sintomatología

Disestesias y parestesias. Se entiende por disestesia la percepción espontánea, es decir, sin estímulo, de sensaciones diversas, tales como hormigueo, descarga eléctrica etc. Estas sensaciones anormales y espontáneas pueden localizarse en el tronco o extremidades, pueden incidir constantemente en un área determinada o ser difusas y no localizadas. Sus causas son múltiples - irritación de los nervios sensitivos, raíces o cordones posteriores de la medula, y nunca deben prescindir de una exploración médica completa.

¹⁵ Abreu Luis Martín. Fundamentos del diagnóstico. Pp 731

La parestesia de las sensaciones significa un estímulo determinado evoca una sensación distinta. Ciertos fenómenos, como el retraso y fusión de las sensaciones, su persistencia anormal y su metamorfosis se consideran también parestesia

Convulsiones Son crisis de contracciones musculares más o menos generalizadas que se producen de manera violenta e independientemente de la voluntad

Parálisis (paresia) Parálisis es la pérdida de la motilidad voluntaria; la paresia es la disminución de la fuerza de la conservación de la motilidad. "Existen cierto número de análisis ligadas a crisis miopléjicas en relación con trastornos de potasio"¹⁶

Trastornos de la visión La agudeza visual puede estar disminuida (ambliopía) o abolida (amaurosis), a consecuencia, principalmente, de atrofia óptica primaria o secundaria a edema e papila

Cefaleas, cefalalgias Cefalalgia (dolor de cabeza efímero, puntivo) y cefalea (molestias, más o menos persistentes, en forma de pesadez, tensión, o simple sensación de presencia) son de observación frecuente, y se distinguen 4 tipos de cefaleas

Cefalea orgánica Se trata casi siempre de un aumento de volumen cerebral y de la presión del líquido cefalorraquídeo en casos de procesos inflamatorios. Otro tipo de cefaleas está condicionado por enfermedades de los vasos de la cabeza, la arteriosclerosis cerebral (no rara vez asociada a hipertensión), trombosis venosas, cuentan también las especialmente súbitas e intensas a consecuencia de hemorragias precedentes de arterias mal formadas (neurinoma, angioma). En conclusión esta tienen que ver como manifestación, de diferentes procesos patológicos como por ejemplo, en caso del quiste coloidal del tercer ventrículo

¹⁶ Suroz Barbo Juan. Semiología Médica y técnica exploratoria. P: 731

Cefaleas funcionales. Se trata de una reacción de un cerebro sano y fuerte a estímulos de las más diversas índole. Esta reacción transcurre a través del sistema nervioso y llegan a las arterias de la cabeza de forma que, en general, se habla también de cefaleas vasculares. Tiene que ver factores hereditarios y la personalidad del sujeto. Dentro de esta se incluyen la cefalea vasomotora (o habitual), es la más frecuente entre las formas crónicas de dolor de cabeza. Se extiende de forma difusa por la cabeza, con un máximo a nivel de la frente y de las sienes y tiene carácter sordo y opresivo. Puede acentuarse al agacharse y al realizar fuerzas. Afecta sobre todo a personas de edad joven y mediana, de ambos sexos. Puede intervenir como factores desencadenantes cambios atmosféricos, sueño insuficiente, abuso de alcohol y medicamentos, así como sobrecargas psíquicas.

La migraña (jaqueca hemicraneana) se observa, casi siempre, en sujetos con predisposición genética y un terreno psíquico peculiar: personas perfeccionistas, ansiosas

Cefaleas psicógenas En este tipo de cefaleas no se puede demostrar un mecanismo del dolor ni en los vasos cefálicos, ni en las meninges, ni tampoco en la musculatura de la cabeza. Si se analiza con precisión los dolores, lo que expresa con claridad son más bien dis-sensaciones, que ponen de manifiesto, una sensación de insatisfacción y tensión psíquica. "En estas situaciones se habla de opresión en la cabeza o de una cabeza pesada como de plomo. En estos casos la cefalea presenta un trastorno del estado general, en el lenguaje del psicoanálisis un síntoma de conversión" ¹⁷

Cefaleas.

Cefaleas constitucionales Estas persisten durante muchos años, sin que exista una psicosis, una neurosis ni siquiera una enfermedad física. Aparecen casi siempre en el marco de una hipersensibilidad general al dolor.

Trastornos de sueño

¹⁷ Abreu Luis Martín. Fundamentos del diagnóstico. Pp 731

La patología de sueño puede dividirse en dos grandes capítulos: los trastornos por exceso, o hiperinsomnias, y los por defecto insomnias. Junto a ellos se agrupan las parasomnias o trastornos menores de sueño: sobresaltos presomnicos y somnicos, agitación motora durante el sueño.

Otros que se podrían mencionar son la pérdida de la conciencia momentánea, con recuperación completa (lipotimia) a veces con inicio y recuperación rápida (sincope) este también es un problema frecuente en cardiología. En la anamnesis debe de recoger la forma de presentación (brusca, paulatina), la presencia de síntomas previos (palidez, trastornos vegetativos como sudoración, angustia) o síntomas acompañantes (dolor precordial, palpitaciones, convulsiones, mordedura de lengua), la forma de recuperación de la conciencia, si ha sido rápida o con periodo de somnolencia, si a habido alguna maniobra que precipita el episodio (cambios posturales), si a tomado fármacos (algunos vasodilatadores

Trastornos convulsivos Aquí solamente debemos averiguar como empiezan, si han sido generalizadas desde el principio o focales, si a existido liberación de esfínteres etc

Vértigo Es la sensación que el paciente percibe de rotación de su propio cuerpo, o del medio que lo rodea. Lo principal es llegar a distinguir entre su origen central (originado en el SNC), o periférico (originado en el laberinto), por ello es importante recoger detalladamente la forma de inicio y los antecedentes

Discinesias Se les llama discinesias, a los movimientos anómalos por falta de coordinación en su ejecución. Estas por lo general son movimientos involuntarios que suelen aparecer en reposo, aumentan con el movimiento y desaparecen con el sueño.

Las coreas son movimientos breves, irregulares que afectan grandes grupos musculares. Se han valorado antecedentes familiares y enfermedades

asociadas como la hepatopatías, y la fiebre reumática que puede manifestarse como corea de Sydenhan.

Los temblores, son movimientos rítmicos oscilantes, que pueden ser finos o gruesos toscos. Se deben apreciar si aparecen en reposo (Parkinson), con determinadas posturas o movimientos, su localización, las situaciones que los mejoran, así como síntomas neurológicos acompañantes.

Atetosis. Son movimientos continuos y lentos, como serpenteantes, que afectan a los dedos de la mano y lengua.

Las mioclonías, son contracciones musculares bruscas e irregulares que suelen precipitarse por estímulo sensorial, siendo importante precisar, si es posible, el estímulo desencadenante y las manifestaciones clínicas o enfermedades asociadas

Distonias. Son contracciones bruscas de los músculos agonista, con lo que se consigue mantener persistentemente un movimiento, como si se tratara de un espasmo muscular. Sé a de recoger si existen situaciones desencadenantes y si hay enfermedades asociadas o ingesta de fármacos.

Los tics. Los mencionamos al principio de este capítulo, aunque no lo explicamos, estos son movimientos espontáneos, involuntarios, limitados a pequeños grupos musculares, que se presentan a intervalos libres e irregulares y que recuerdan gestos habituales. Característicamente estos movimientos pueden ser suprimidos mediante un esfuerzo voluntario durante un breve espacio de tiempo, pero reaparecen enseguida.

Facies. Hay que aclarar, que determinadas facies son muy características de ciertas alteraciones neurológicas, es muy difícil que un paciente no las manifieste, solamente las mencionaremos para conocerlas.

Hemorragia cerebral. En esta llama a atención la asimetría de la cara. Una de las mejillas está completamente flácida y agitada por los movimientos de respiración, el enfermo tiene la boca entre abierta y deja escapar un poco de saliva. Si el enfermo gime o intenta hablar, se acentúan las diferencias, ya que solo se contraen de un solo lado.

Parálisis bulbar progresiva. La atrofia de los músculos de la región inferior de la cara comunica una expresión característica de la cara, con la boca entreabierta, las comisuras labiales dirigidas hacia abajo y los lados, y el labio inferior colgante.

Facie parkinsoniana Los pacientes su mirada es fija, sin parpadeo, la piel es grasosa con secreciones seboreicas en el cuero cabelludo, cejas, nariz. La mandíbula cae flojamente y la saliva se escapa por el ángulo la boca.

Degeneración hepatolenticular (enfermedad de Wilson) Se presenta sonnente con la boca entreabierta y sialorrea, lo cual comunica un rostro una expresión llamativa por lo grotesca; en cambio la mirada se conserva inteligente

Facie de hutchinson. Se observa en los casos que, por ptosis bilateral del párpado superior, el enfermo, para poder ver, tiene que echar la cabeza hacia atrás y fruncir el músculo frontal, esta se presenta en anomalía de oftalmoplejia o en a parálisis del motor ocular

Marcha

La marcha que también es parte de la exploración inicial, lo que llamamos actitud somática, ahora en este sistema lo exploraremos

Bien la marcha es resultante de una serie de actos coordinados de iniciación voluntaria y que luego se realizan automáticamente

En la marcha se hace andar al sujeto, examinado el perfil, nos fijamos si mira hacia delante, como es habitual, al suelo aun punto fijo, si la marcha rápida y decidida, lenta y torpe si sigue una línea recta o se desvía, si separa en exceso los pies o los aproxima demasiado, si, los brazos pendulan normalmente, si permanecen rígidos pegados al cuerpo

En general el medico realiza una exploración completa de esta, evaluando el equilibrio, las funciones sensitivas tanto primarias como corticales, los reflejos tanto tendinosos profundos como superficiales incluso capacidad cognoscitiva Bien nosotros exploraremos solamente la marcha y los pares craneales ya que la primera es evidente, al hacer la inspección visual, la

segunda nos es de utilidad, y en lo que se refiere a la capacidad cognoscitiva en esta en general nos damos cuenta en todo el interrogatorio, lo que si haremos es explorar un poco el estado mental y eso a grandes rasgos.

Tipos de marcha. Bien aquí mencionare los más comunes como son: fig 23. Los tipos de marcha patológica van de acuerdo por lesiones de distintas partes del cerebro.

Cerebro frontal Existe la apraxia de la marcha, en círculos y la marcha senil. Esta es lenta y a pequeños pasos, con frecuencia el talón del pie que avanza no llega a adelantar la punta del otro pie, y como quiera que apenas lo levanta, toda su planta rosa al suelo al andar. La actitud del paciente es característica, encorvado presenta aumento de la cifosis senil, esta algo tembloroso y anda de un modo inseguro. Esta es una manifestación de una lesión difusa del cerebro y de los núcleos de la base FIG 23-A

De la vía motora piramidal existe la marcha hemipléjica. Aquí la persona anda con la pierna enferma extendida, sin doblar la rodilla y dándose un movimiento de circulación hacia fuera, ósea que la punta del pie describe un semicírculo fig 23-B

Diaplejía cerebral espasmódica A causa de contractura en aducción y rotación interna de los muslos, flexiona moderadamente las rodillas el sujeto, el paciente da pasos cortos, arrastra todo el pie sobre el suelo, las caderas tienden a cruzarse una por delante de la otra FIG 23- E

Cuando afecta los centros y vías piramidales. En los sujetos hipertónicos-hipocinéticos, un ejemplo parkinson, el enfermo se inclina hacia delante y marcha a pequeños pasos.

Cuando afecta órganos y vías que intervienen en el equilibrio y coordinación, los más importantes son

La marcha atáxica. Los pies tienen una amplia base de sustentación. Los escalonamientos y sacudidas hacia uno y otro lado acompañan el balanceo del tronco. FIG 23-D

Marcha cerebelosa. Esta marcha con amplia base de sustentación, los pies se lanzan hacia delante y hacia fuera, apoyando primero los talones y después los dedos. El paciente mira al suelo antes de apoyar el pie.

Y cuando están lesionados los nervios periféricos, existe una marcha muy característica la llaman de gallo (o equina) . La cadera y la rodilla se elevan excesivamente al levantar el pie (en flexión plantar) del suelo. El pie vuelve al suelo con una palmeada. El paciente no puede apoyar sus talones. FIG 23- C



Fig 23.

Algo importante es que aquí solamente estamos mencionando las causas y las más comunes que encontraremos en el paciente genético, mas no las únicas. Existen muchas mas de mayor complejidad, pero cabe recordar que solamente estamos estudiando aspectos generales, estos ejemplo nos sirven para decir que estas marcha no son normales en el paciente genético y si caminan así, o de alguna otra forma significa que existe algo mas, y que alguna parte de nuestro sistema nervioso podría estar lesionado.

Exploración física.

Exploración de pares craneales.

I.- olfatorio. Posee fibras sensitivas que tienen su origen en la mucosa de la cavidad nasal y en si proporciona el sentido del olfato.

Exploración.

1. - se le pide al paciente que detecte la diferencia entre el olor a menta, vainilla y chocolate
2. - para detectar una posible obstrucción nasal, se le pide al paciente que exhale por la nariz y sobre un espejo.

II - óptico. Sensitivo con fibras procedentes de la retina, proporciona propiamente la visión

Exploración

1. - Se le pide al paciente se tape un ojo y lea unas frases. Lo mismo con el otro ojo.
2. - se valora el campo visual, colocándose detrás del paciente desplazando ligeramente los dedos desde atrás hacia la visión. Cuando exploremos ojos, profundizaremos un poco más en lo que se refiere a campos visuales.

III - oculomotor. Contiene fibras motoras dirigidas a los músculos extraoculares

Exploración

1. - se le pide al paciente que siga con la mirada nuestro dedo cuando este describe una X, ambos ojos deben de moverse de manera suave y similar siguiendo el dedo
2. - el reflejo de acomodación se explora haciendo que el paciente cambie el enfoque de su mirada pasando un objeto lejano a uno más próximo, las pupilas deben presentar una constricción

En este tipo de exploración abarcamos los nervios IV Y VI.

V.- Trigémino. Es sensitivo para la cara, cuero cabelludo, nariz y boca y motor para los músculos masticadores.

Exploración.

La sensibilidad se explora golpeando suavemente la cara con un algodón bilateralmente en a frene mejillas y parte inferior de la mandibula.

La exploración motora se realiza diciendo al paciente que apriete los dientes y se palpan los maseteros y temporales, ambos deben contraerse al mismo tiempo.

VII.- Facial. Es sensitivo y motor, proporciona la sensibilidad gustativa de la parte inferior de la lengua 1 - el paciente debe diferenciar el azúcar de la sal en la punta de la lengua

2. - debemos inspeccionar la simetria de los rasgos faciales e distintas expresiones, (sonreir, inflar los camlios, arugar la frene, etc)

VIII - vestibulococlear Transporta la sensibilidad auditiva y la del equilibrio.

Exploración

1. -Se le pide al paciente que camine en linea, colocando los pies, uno delante de otro

2. -la audición se puede comprobar mediante pruebas de cuchicheo o audimetna, o tambien frotando pelo cerca del oido del paciente

IX y X - glosofaringeo y vago Llevan fibras hacia la parte posterior de la garganta

Exploración

1. - el paciente debe de decir ah y se observa la elevación simétrica del paladar blando Se observa el reflejo faringeo tocando ambos lados de la faringe

XI.- Accesono. Lleva sensibilidad a los músculos trapecio y enternocleidomastoideo

Exploración.

1. - el trapecio se explora diciendo al paciente que levante sus hombros en contra de su voluntad, el otro músculo el esternocleidomastoideo se le pide que gire su cabeza hacia la derecha y luego hacia la izquierda en contra de su resistencia

XII.- Hipogloso. Lleva fibras motoras a la lengua.

Exploración.

1. - se indica al paciente que saque la lengua y se observa alguna posible desviación (simetría, temblor, atrofia).

Debemos inspeccionar los movimientos de la lengua hacia la nariz y la barbilla.

Debemos comprobar la fuerza de la lengua con el índice sobre la mejilla del paciente, mientras empujamos con ellas

2.3.8. Sistema músculo esquelético

Interrogatorio

En este sistema también llamado locomotor, constituye una unidad funcional de gran complejidad en que participan huesos, músculos y articulaciones, y además el sistema nervioso. Sus manifestaciones específicas indican alteración de los elementos que lo integran, y con frecuencia es difícil precisar el interrogatorio cual es la estructura responsable del síntoma o signo

Sexo No hay ninguna enfermedad osteoarticular que sea exclusiva de un determinado sexo, pero sí hay diferencias significativas en su frecuencia en el hombre y la mujer. Son más frecuentes en la mujer la artritis reumatoide, el lupus eritematoso, la dorsalgia benigna y el síndrome cervicocefálico. Son frecuentes en hombres el espondilitis anquilosante, el síndrome de reiter, la poliartitis nudosa y la gota

Ocupación En ciertos casos es de interés saber la posición de trabajo y el número de horas que dedica. La influencia de esta se debe a la sobrecarga

mecánica que ciertos movimientos o posiciones propias de ella determinan sobre las articulaciones periféricas o sobre la columna vertebral.

En lo que se refiere a lugar de residencia. La fiebre reumática es más frecuente en zonas frías que templadas.

Antecedentes. Entre estos son:

Infeciosos. Hay que interrogar sobre el antecedente de procesos infecciosos en otros órganos o sistemas. En la tuberculosis osteoarticular es muy frecuente el antecedente de una afección pleuropulmonar de la misma naturaleza.

Fármacos. El antecedente de ingestión de fármacos debe interrogarse ante todo caso de lupus eritematoso, que puede aparecer solo en personas predispuestas, por tomar procainamida, hidralacina, etc.

Son muchos fármacos, que pueden dar lugar a enfermedad del suero, que puede evolucionar con artritis, o diversas formas de vasculitis o entema nudoso, que también van acompañadas de artralgias o artritis. No hay que olvidar los anticonceptivos como causa posible de entema nudoso. Los anticonvulsivos administrados durante años pueden dar lugar a un tipo particular de osteomalacia.

Se han citado las ententis por yersinia, salmonelosis o disenteria como causa correspondiente a artritis reumatoide.

Antecedentes familiares

En muchas enfermedades osteoarticulares existe un factor familiar o hereditario, aunque a veces poco penetrante. Por ello conviene interrogar las enfermedades reumáticas que padezcan o hayan padecido los padres, hermanos, hijos o parientes próximos, para ver si entre ellos existen casos análogos. Un ejemplo es la gota es muy frecuente e familiares de gotosos, mientras que ala artritis reumatoide solo lo es ligeramente respecto ala población general.

Enfermedad o problema actual.

Los principales signos y síntomas que manifiesta el paciente son: Dolor, debilidad muscular, inflamación y deformidad.

Dolor.

Es el síntoma que con mayor frecuencia refieren los pacientes. Cualquiera que sea su procedencia (huesos, músculos, articulaciones) generalmente se debe intentar sistematizar las particularidades del mismo.

Forma de inicio Súbita, aguda, gradual

Ritmo. Matinal, nocturno, continuo

Localización Fijo, difuso

Signos y síntomas locales Inflamación, deformidad

Manifestaciones generales Fiebre, pérdida de peso.

Dolor óseo

El dolor de origen óseo, por lo general se refiere como localización profunda y precisa y de intensidad variable, en relación a la causa que los produce

Puede ser súbito en casos de fracturas o agudo de predominio nocturno y bien localizado en los procesos óseos inflamatorios (osteitis), aunque estos pueden presentar la característica de irradiado.

El dolor óseo crónico, sin cambios paroxísticos pero en relación con modificaciones mecánicas (de ambulación, esfuerzos con las extremidades superiores) suele ser debido a enfermedades endocrino-metabólicas (osteoporosis, osteomalacia, hiperparatiroidismo)

Dolor muscular

Los dolores de origen muscular se conocen como mialgias. El enfermo las puede relatar como localizadas o difusas en relación con el esfuerzo muscular infrecuente o prolongado asociadas a procesos inflamatorios (miosis) o traumáticos (hematomas, heridas)

Las mialgias difusas febriles acompañan procesos infecciosos (gripe) y las intensas y localizadas pueden señalar el comienzo de lagunas infecciones víricas (poliomielitis, herpes).

El dolor agudo abrupto, de localización lumbar, suele corresponder a lumbago (espontáneo o traumático). De manera característica se irradia a los glúteos y raíz de los músculos, aumenta los movimientos, la tos y la defecación y calma con el reposo.

Dolor articular

El dolor en las articulaciones recibe el nombre de artralgia. Puede tener su origen en articulaciones inflamadas (artritis), en cuyo caso suele ser vivo, punzante y en ocasiones pulsátil. Los causa o intensifica la movilización de la articulación y se atenúa después de algún tiempo de desentumecimiento articular. Son dolores que duran todo el día (continuos) y con un característico predominio nocturno, en especial durante la segunda mitad de la noche

El dolor articular de origen mecánico (artrosis) lo desencadena el movimiento, disminuye durante algún tiempo mientras se mantiene la actividad, para posteriormente empeorar si se prosigue con el mismo

Movimiento que lo puso en evidencia. Se calma o desaparece con la inactividad y el reposo nocturno

Debilidad muscular

Es una manifestación muy frecuente de las enfermedades músculo esqueléticas, y durante el interrogatorio debemos de intentar precisar, cual es su distribución y el grado de severidad.

Es preciso recordar, no obstante, que la mayoría de los procesos osteoarticulares causan debilidad muscular no por afectación neuromuscular sino por que otros fenómenos acompañantes (dolor, tumefacción, limitación de movimientos o inmovilidad) han establecido una atrofia muscular que es responsable de la pérdida de fuerza

Conviene recordar que la debilidad muscular difusa es una manifestación frecuente en los en pacientes sin alteraciones orgánicas.

Una debilidad muscular que se establece en semanas o meses (subaguda, crónica), localizada en pantomillas o en a musculatura proximal, puede estar relación con la ingesta continua de determinadas sustancias (alcohol, cocaína, heroína, y fármacos) La localización de debilidad en la musculatura proximal, simétrica, que se acompaña en mialgias espontáneas y/o a la movilización, se suele observar en casos de miositis de causa desconocida (polimiositis, dermatomiositis, lupus entematoso, polimialgia reumática). Algunas enfermedades endocrnas (hiper e hipotiroidismo) se acompañan de miopatía crónica y atrofia muscular, de predominio en tronco y extremidades Las distrofias musculares cursan por lo general con debilidad muscular crónica. Las miositis infecciosas (bacterianas, víncas, parasitarias) causan un cuadro agudo de mialgias generalizadas, pero con pérdida de fuerza.

Signos inflamatonos

Los signos inflamatonos múscuo esquelético están representados por tumefacción, el rubor y el calor implican el aumento de volumen en una o vanas regiones, fundamentalmente a expensas de las partes blandas. Estos signos físicos se reconocen mejor durante la exploración física

Huesos En los procesos inflamatonos de ongen óseo la participación de las partes blandas circulantes ongina una tumefacción que se acompaña de rubor y calor localizados y, en ocasiones, de drenaje al exterior del material necrótico (osteomielitis) En ocasiones la hinchazón no se acompaña de otros fenómenos locales percibidos por el enfermo (quistes óseos)

Músculos La tumefacción de este ongen, se debe la mayoría de ocasiones, a procedimientos localizados (abscesos bacterianos) a hematomas intramusculares. En casos de hernia o desinserciones musculares los signos inflamatonos suelen ser transitorios, persistiendo la tumefacción como único elemento

Articulaciones. Los signos de este son decisivos para saber si las manifestaciones del paciente se deben a un proceso artrítico, aunque ser la exploración física que lo confirme.

Exploración física

La exploración de este se realizara mediante la inspección y palpación simultaneas. Si no están orientadas por la historia clínica, deben comenzar por lo huesos largos con el fin de descubrir alteraciones de la morfología, tumoraciones y zonas de mayor sensibilidad

Las deformidades óseas generalizadas se aprecian por lo común en la osteitis deformante o enfermedad de paget (tibia, cráneo), en el raquitismo (epifisis, cráneo, costillas), acromegalia (huesos cara, anos, pies), osteomalacia (tórax, vértebras) entre muchas otras

Así mismo, se deberá observar y anotar deformidades de la columna dorsal y lumbar (si es que las alcanzamos apreciar) como son las cifosis, escoliosis, lordosis

En la exploración muscular se deberá observar El tono muscular, masa muscular, fuerza muscular, coordinación, marcha, reflejos y movimientos involuntanos

La exploración muscular se lleva a cabo en un primer tiempo en un primer tiempo de manera superficial, recomendo suavemente la mano, la piel del paciente, con el fin de detectar anomalías Solamente lo aremos de manera superficial y eso solo en las partes que podamos hacerlo ya que no reunimos las condiciones, para explorar por completo

Articulaciones La exploración de esta implica a comprobación de las anomalías observadas durante a inspección o relatadas por el paciente

Al examinar las articulaciones debemos utilizar ambas manos. Una se apoya o abraza la articulación y la otra se encarga de moverla. De esta manera se puede percibir ruidos articulares a la vez que se valora el grado de movimiento. Es recomendable que la mano que se encuentre sobre la

articulación las presiones moderadamente mientras exploramos la movilidad, para poder detecta desde un principio si existe una inflamación o no.

Los ruidos articulares son sonidos de diferentes características que se recogen por palpación. Mientras que la articulación se moviliza. Se puede encontrar crepitaciones finas en casos de artritis reumatoide, crepitaciones gruesas o crujidos cuando la articulación esta senamente destruida (artrosis) y chasquidos, de tono mas alto y e apación aislada, no dolorosos, la mayoría de las veces significado patológico.

También se realiza la exploración de movilidad articular esta nos informara, además de la posible existencia de ruidos, si los movimientos son normales, si se encuentran limitados o si resultan dolorosos.

Para valorar el grado, se utiliza el goniómetro, esto solo es exclusivo para exploración especializada. Cabe aclarar que se explora, individualmente por articulación, desde columna, codo, hombros, muñeca etc. Nosotros solamente los exploraremos a groso modo y hasta donde nuestro Paciente y habilidad no los permita. Lo que si vamos a explorar, de forma individual es la ATM, que cuando llegemos a cabeza y cuello lo revisaremos.

2.3.9. Sistema endócrino.

Interrogatono

Será lo mas detenido posible, no dudando en recurrir a los parientes que acompañan al paciente si creemos que aque!!os puedan aclararnos alguna duda. Tengo que aclarar que en este nos guiaremos por los signos y síntomas que encontremos nada mas, ya que una exploración o evaluación a fondo de este le correspondería al endocrnólogo.

Mientras interrogamos al paciente nos fijaremos en las peculiaridades de su voz. Esta refleja modificaciones en el equilibrio hormonal, ya sean transitorias y normales (la voz puede hacerse ronca e inestable antes de la

menstruación, por edema laríngeo debido al descenso de concentración de estrógenos, o por trastornos endocrinos graves. En la enfermedad de Addison se vuelve débil y ronca, similar a la de un sujeto fatigado de tanto hablar, en el hipertiroidismo las manifestaciones vocales varían, pero la mayoría de los enfermos se aquejan de fatiga de la voz, con alteración de su tono. En la acromegalia la voz es resonante, con un timbre extraño de polichinela. En la tetania paratiroidea tiene tendencias a las notas graves, con escape de agudos, y se pasa de un registro a otro.

La voz masculina en algunas mujeres vinloides (arrenoblastoma del ovario, tumores suprarrenales, postmenopausia) se explica por el gran desarrollo del aparato laríngeo.

Herencia endocrina

En la literatura médica son numerosas las observaciones sobre transmisión hereditaria de las endocrinopatías. La herencia puede ser directa o cruzada. En la primera se transmite la misma disfunción glandular, siendo frecuentes los casos de enfermedad de Addison, acromegalia, diabetes mellitus, diabetes insípida, mixedema. En la segunda más compleja, representa la transmisión de una enfermedad de la misma glándula, pero signo contrario un ejemplo un mixedematoso hijo de un hipertiroidico, el de un diabético que sufre un hipinsulinismo.

Factores

Las intoxicaciones tóxicas más comunes (tabaquismo, alcoholismo, saturnismo) tienen importancia en la génesis de los síndromes, plinglandulares y esclerosis endocrinas, mientras las afecciones dan generalmente el tipo monoglandular. También ciertas infecciones y su predilección por ciertas glándulas, así la tuberculosis respeta más frecuentemente el broides, páncreas e hipófisis, y daña las suprarrenales y gónadas, la sífilis, por su parte, ataca principalmente la hipófisis, las gónadas

y páncreas y rara vez las suprarrenales y tiroides; el virus de la parotiditis, el páncreas, gonadas y posiblemente tiroides.

* En lo que es factor emotivo, se discute si una emoción orgánica intensa puede crear una endocrinopatía o si precisa de cierta predisposición orgánica; así una diabetes post emotiva sería más frecuente y posible en los hijos de diabéticos, y el hiperparatiroidismo y la enfermedad de Basedow emotivos, en individuos asténicos, longilíneos y con estigmas evidentes de desequilibrio neurovegetativo.¹⁸

Inspección

Facies.

Hipertiroides La exoftalmia, generalmente bilateral, con alargamiento de la hendidura palpebral confiere a la mirada una expresión de sorpresa o susto.

Los enfermos duermen con los ojos entreabiertos

Hipotiroides En la leve se aprecia la piel seca, gruesa amarillenta, que transparenta las mejillas unas venitas dilatadas de color azul En la fase avanzada es ancha, hendidura palpebral estrecha y los ojos pequeños, hundidos, la nariz es ancha y los labios gruesos

Acromegalia Se acentúan los rasgos fisonómicos, con arcos superciliares acentuados y mandibular robusta Las cejas pobladas, existe un crecimiento excesivo de los labios, la separación manifiesta de los dientes (excesivo desarrollo mandibular) y la procedencia de la lengua agrandada que no cabe en la boca

Virioides Por procesos virilizantes o administración prolongada de esteroides

Lo que más llama la atención es el excesivo crecimiento de vello

Addisoniana Generalmente la pigmentación oscura, contrasta con la blancura de la esclerótica y de los dientes, los ojos hundidos, los cabellos finos, secos y de color negro, el vello es muy escaso

¹⁸ Abreu Luis Martín. Fundamentos del diagnóstico pp. 709

Cushing. La facie aparece ancha, abotargada, y con una papada submentoniana (cara de luna llena) y un llamativo color rojo.

Diabética. La mímica es laxa con placas rojizas(rubeosis) en la frente, pómulos y mejillas y nódulos en los párpados, frente con relación a su hipertipemia, en los pacientes graves que inician el tratamiento insulínico se observa a veces un leve edema generalizado que borra las arrugas de la cara, se acompaña de palidez especial que recuerda a la porcelana.

Cretenica. El característico aspecto se debe tanto a anomalías del desarrollo del cráneo. El conjunto de los huesos faciales es relativamente pequeño, bajo y ancho. La raíz nasal esta hundida. Los pómulos sobresalen mucho, lo mismo con la mandíbula. Las partes blandas están acolchadas, la frente es plana, y la piel que cubre aparece arrugada, nanz aplastada y dorso ancho

También se investiga la talla, para explicar los diferentes tipos de gigantismo y enanismo, el peso

Piel

Glándulas suprarrenales. La enfermedad de Addison puede diagnosticarse por simple inspección, pues la piel adquiere un tono oscuro particular el cual es mas acentuado en las partes descubiertas, sitios de roce, cicatrices. No es una coloración uniforme, pues sobre un fondo oscuro destacan pinceladas de tonalidad más alta

Tiroides. En el hiper los datos más valioso es el sentido del tacto. La piel aparece fina suave, aterciopelada, húmeda y caliente. Suda abundantemente, y a veces con olor fuerte y desagradable

Hipófisis. En la acromegalia se observa la elefancia de tegumentos. Estos pierden su transparencia y espesan, en especial a nivel de las paredes distales del cuerpo, (labios, orejas, nanz, manos y pies), dando al sujeto un aspecto tosco, a pesar de su grosor puede ser levantada en, pliegues, lo que la diferencia de la piel gruesa

Cushing, la piel es seca y de espesor muy reducido, la secreción sebacea esta aumentada en algunas secreciones, siendo muy frecuentes los bordes de acne, característico la aparición de estrias vinosas.

Pilificación. Ya lo habíamos mencionado al estudiar piel.

Posterior a este se realizan exploraciones regionales, exámenes neuropsiquiátricos, exploración roetgenologica y una exploración funcional, como ya había dicho al inicio de este punto, eso corresponde al especialista, ahora en él capitulo tres abordaremos las enfermedades endocrinas más comunes junto con su clínica y es que como nos puede afectar, junto con las los demás sistemas.

2 3. 10. Sistema hematológico e inmunológico

Interrogatono.

En lo que se refiere al sexo, se ha encontrado predominio en la mujer la agranulocitosis, y anemia pemiciosa. En cambio la hemofilia transmitida por la mujer es sufnada por el hombre, también el sexo masculino son comunes las leucosis agudas, las crónicas mieloides y la linfática crónica.

Ocupación. El ambiente del área de trabajo, así como su profesión tendrá, importancia como causantes de ciertas hemopatias y síndromes hemorrágicos. Algunas sustancias tóxicas o radioactivas peligrosas, por su acción mielo depresora. Un ejemplo es el plomo (causa frecuente de anemia que puede adquirir, ala larga, el tipo aplásico, por agotamiento de la regeneración celular) la anilina o nitrobenzeno, venenos metahemoglobinizantes, benzol y dervados motivos de cuadros anémicos, trombopenicos, leucocíticos o crónicos mieloides.

Las radiaciones ionizantes del radio y tono y de los rayos x son muy nocivos para los órganos hematopoyeticos.

La alimentación cualitativa o cuantitativa insuficiente, muchas veces asociada a malas condiciones higiénicas, falta de luz etc. Crea anemias ferropenicar.

las que están más expuestas las mujeres por pérdidas menstruales y desgaste del embarazo y lactancia. O avitaminóticas, ya sea del complejo B o del ácido ascórbico o de la vitamina D.

El abuso de alcohol motiva anemia por engendrar una desnutrición global, el que bebe mucho apenas si come pues el alcohol le rinde las calorías necesarias, e inhibir ciertos procesos enzimáticos; más tarde, si aparecen cirrosis hepática, la anemia macrocítica o megaloblástica se acentúa.

Enfermedades anteriores

Hay que tener en cuenta que las hemopatías primarias son poco frecuentes si se comparan con las manifestaciones hematológicas secundarias, a otros procesos. Los efectos nocivos de los fármacos sobre los elementos formes de la sangre (hemopatías iatrogénicas) añaden una nueva dimensión. La lista de afecciones orgánicas con anomalías hemáticas es muy extensa: citaremos algunos cuadros anémicos

- Posthemorrágicos vances en el esófago, gastritis, hernia diafragmática, úlcera gastroduodenal etc
- Parasitosis intestinal anquilostoma
- Infecciones agudas o crónicas sífilis, tuberculosis
- Nefropatías crónicas que evolucionan con insuficiencia renal uremigena(inhibición tóxica medular y falta de una sustancia eritropoyética producida por el riñón, la eritropoyetina) o infección renal (pielitis crónica)
- Endocrinopatías hipotiroidismo, hipogonadismo
- Hepatopatías crónica o ictericias duraderas (fístula biliar)

Antecedentes familiares

El factor familiar es muy patente en algunos procesos leucemias, anemias hemolíticas y ciertas trombopatías. Han citado leucosis congénita, la mayoría en varones, de tipo linfático y rápida evolución letal

Evolución de la enfermedad actual

El comienzo de las hemopatías puede ser insidioso e inespecífico(no es frecuente que se descubra en exámenes de sangre que se practican de manera rutinaria, en nuestro caso antes de hacer algún procedimiento quirúrgico) o ateniendo un cuadro confuso. O por el hallazgo accidental de adenopatías indoloras; por una sensación tensiva a nivel del hemiabdomen izquierdo (en relacion de una esplenomegalia) o por una manifestaciones hemorragicas cutaneomucosas- manchas purpuncas, equimosis, hematomas, epistaxis espontaneas o secuentes a un trauma minimo.

Exploración física

Inspección.

Solamente mencionaremos algunas características de distintos procesos

En los enfermos con mononucleosis infecciosa presentan a menudo edema de los párpados superiores(puede sugerir glomerulonefritis) el cual se acompaña de dolor en la nuca (adenopatía cervicoccipitales) y de un exantema que suele consistir en un entera maculopapular morbiliforme

En las leucemias crónicas pueden formarse infiltrados cutáneos en la cara

En la hemofilia son posibles hematomas subcutáneos sobre todo en a región frontopanelal y en el área palpebral

Es importante el examen de la cavidad oral, en algunas enfermedades como las anemias (que en el capítulo 3 revisaremos) ferropenicas se observan gnetas en las comisuras labiales y palidez de la mucosa y la lengua, este fue solo un ejemplo

Palpación

Es muy útil y completa la palpación Señala la presencia o ausencia de adenopatías (en el pnmer caso precisa sus caracteres tamaño, dureza, sensibilidad etc), tumoraciones, focos de fractura ósea, hepato y/o esplenomegalia, etc

Las regiones ganglionares accesibles ala palpación son cervicales, retronucleares, submentonianas, aunculares, supraclaviculares, axilares e inguinales

Otro dato importante es que en las anemias intensas puede presentarse disnea, taquicardia, soplos cardiacos funcionales y edemas alveolares discretos, también pueden existir cefaleas tanto en la anemia como de una poliglobulia, veces por compresión cerebral por leucemia.

La parestesia se observa en la anemia perniciosa, o por hemopatias malignas.

Existe otro tipo de exploración la roetgenologica, esta señala la presencia y tamaño de las masas ganglionares intratoraxicas e infiltraciones pulmonares, así como posible desplazamiento de la misma Y por ultimo existe el examen de sangre, que ya lo abarcamos en técnicas de exploración y elementos de diagnostico

2 3 11 Cabeza y cuello

A lo largo de esa tesina hemos hablado de facies, color de piel y ciertos sintomas y signos propios de cada aparato y sistema, ahora lo que nos toca explorar es la cabeza y el cuello, profundizando un poco mas en boca

Craneo

En la exploración clinica el craneo los metodos utilizados comúnmente son la inspeccion y palpación, con menor frecuencia y aplicaciones practicas se utiliza la percusión y auscultacion. En la inspección del cráneo se anotan, forma, el volumen, el estado de la superficie

Forma y volumen

La forma puede sufrir alteraciones del normal por el predominio de alguno de los ejes o por abultamiento o apianamiento de parte de su superficie. Algunas variantes en este sentido son raciales y sirven de guía en estudios antropometricos(al principio de este capítulo hablamos de antropometria)

Normalmente, el diámetro antero posterior es mayor que el transverso, la exageración de esta proporción es la dolicocefalia. Por otra parte el aumento del diámetro transverso casi igualado al antero posterior constituye la braquicefalia y por armonía de ambos se produce el tipo habitual: mesaticefalo.

Existen diferentes alteraciones en relación a la forma del cráneo, al principio de este capítulo hablamos sobre la antropometría, y que solo deberíamos tener cierto conocimiento básico sobre ello, aquí solamente mencionaremos, las diferentes alteraciones.

La primera es la naticefalia o también llamado cráneo en forma de nalgas, resulta del abultamiento bilateral, de gibas frontales, pudiendo existir abultamientos posteriores que den un aspecto como de bollo, esta condición puede ser causada por sífilis congénita

En el raquitismo, se produce reblandecimiento de los huesos craneales, con deformidad por aplanamiento generalmente posterior

En la enfermedad de paget de los huesos, osteitis quística deformante, produce en el cráneo un aumento de volumen de la bóveda, con engrosamiento considerable de los huesos planos y fistulas arteriovenosas múltiples la forma del cráneo recuerda a una bellota

En la acromegalia es generalmente reconocida por el crecimiento corporal, el organismo, los rasgos faciales aumentados y el crecimiento de pies, y también existe crecimiento craneal con mayor desarrollo occipital y grandes senos frontales

*Otra causa de deformación son las huellas de aplicación del fórceps obstétricos que producen asimetría craneana facial *¹⁹

En el volumen pueden ser por aumento la macrocefalia, por disminución, microcefalia La macrocefalia se ve en la hidrocefalia, condición en la que existe circulación de líquido cefalorraquídeo, con enorme dilatación de los ventrículos cerebrales y compresión de la corteza cerebral, causando

¹⁹ Abreu Luis Martín Fundamentos del diagnóstico Pág 103

trastornos sobre la capacidad intelectual, también existe aumento en la acromegalia y en la enfermedad de Paget.

La microcefalia, puede apreciarse en la turicefalia, y en otras anomalías de desarrollo, lo que además el efecto volumétrico producirá consecuencias graves con el desarrollo cerebral.

Estado de la superficie. Desde un punto de vista debemos valorar, las características de cabello, su abundancia, grosor, color etc.

Además la presencia de alopecia (falta de cabello), ya sea en forma de placas (alopecia areata) o en grandes extensiones o total (alopecia generalizada)

La alopecia generalizada puede ser hereditaria familiar o ser alopecia tóxica sintomática consecutiva a: intoxicaciones (talio, quimioterapia); radiaciones, trastornos metabólicos (enfermedades carenciales), después de enfermedades infecciosas prolongadas, periodo postpartum

*La alopecia areata, por caída del cabello en zonas circunscritas, como placas ovales o circulares, bien limitadas, ligeramente realzadas, de causa no bien determinada, frecuentemente está relacionada con trastornos emotivos y puede remitir completamente -²⁰

Cara

Por la inspección se buscan alteraciones de la forma y el volumen, facies simétrica, cambios de coloración, y lesiones dérmicas. Facies, cambios de coloración y lesiones dérmicas (ya los revisamos

Al explorar simetría la cabeza del paciente debe mantenerse erguida y quieta, y revisaremos la simetría, aunque es difícil encontrar una cara perfectamente simétrica, debemos fijar nuestra atención en cambios muy ostensibles como

- aperturas palpebrales son diferentes por cierre mayor (ptosis palpebral.
- desviación del eje de la nariz hacia un lado

²⁰ - Abreu Luis Martín Fundamentos del diagnóstico Pág 104

-prominencia o hundimiento de un globo ocular, o ausencia de un globo ocular.

-desviación de la comisura bucal, hacia un lado y hacia arriba o abajo.

-deformaciones unilaterales, frontales, genianas o mandibulares.

-prominencia unilateral de glándulas salivales (parotidas, submaxilar y sublingual) por inflamación, neoplasia u obstrucción de conductos. Mas adelante, exploraremos estructuras extrabucales

Movimientos.

Es posible observar modificaciones, de los movimientos faciales, alterados de forma parcial o completa. Entre los más ostensibles son:

La caída del párpado superior y la capacidad para elevarlo, por lesión del III par craneal, también puede existir desviación del globo ocular hacia fuera (estrabismo divergente)

La pérdida o disminución de los movimientos en los dos tercios inferiores del rostro(cara) del lado opuesto al sitio de la lesión central del VII par.

Y ya habíamos mencionado los tics al principio de este capítulo y la parálisis facial en sistema nervioso

La palpación, permite descubrir puntos dolorosos, principalmente de senos paranasales (frontales y maxilares), debe hacerse presión digital sostenida bilateral

Durante la inspección es importante, pedirle al paciente que realice algunos movimientos, (volviendo un poco a exploración de pares craneales) que nos permita apreciar rápidamente la integridad neuromuscular facial, como por ejemplo el cierre de los ojos, habrá y cierre la boca, haga como si fuera a silbar, que saque la lengua y que la mueva de un lado a otro

Ojos

Lo que correspondería, sería la exploración de los ojos y sus estructuras anexas.

Los ojos son extremadamente rcos en signos clínicos, tanto de padecimientos oculares propiamente dichos, como padecimientos sistémicos,

que producen percusión muy importante en ellos, aquí solamente nos limitaremos a exploración externa de ellos y exploración de campos visuales. le dividiremos en exploración externa y de campos visuales, la exploración interna o también llamada oftalmoscopia de mayor complejidad quedara reservado para el examen especializado

Exploración externa

La exploración se lleva cabo mediante un procedimiento sistemático, comenzado por los anexos oculares, es decir las cejas y los tejidos circulares, y siguiendo hacia el centro

Se debe inspeccionar las cejas en cuanto a su tamaño, extensión y textura del pelo. En las cejas se describen 3 partes: cabeza, cuerpo y cola. La abundancia pilosa, la línea de implantación y el grosor dependen de factores hereditarios y raciales. Debe observarse si hay caída anormal por enfermedad (no por depilación)

En la vejez tienden a volverse borrosas. (hipertrofia) cosa que también se observa como típica en ciertas razas y familias cosa que también se observa en el hipercortisolismo suprarrenal, acromegalia, hirsutismo

Ambas cejas están separadas por la glabella o entrecejo. La sinofidia es la unión de ambas cejas por los cabos internos se cree que es familiar, y se observa con mayor frecuencia en personas de pelo negro

La pérdida de pelo de la ceja o alopecia superciliar puede ser completa, incompleta, parcial o total. La alopecia total se observa en casos de hipopituitarismo, en la insuficiencia tiroidea y en la hemiatrofia facial, en sífilis en su periodo secundario, y también existen casos en la que la falta de las cejas coincide con la falta de cabello y bello

La alopecia superciliar parcial se realiza a expensas de las partes laterales, filogenéticamente más jóvenes. También se observa en el hipoparatiroidismo (cae el vello del tercio externo), en la sífilis, la lepra, en queratosis pilar y en la intoxicación por talio

Lo que toca explorar es la región orbitaria en busca de edema, hinchazón de los tejidos infraorbitarios. Aunque la hinchazón puede obedecer la pérdida de tejido elástico que se produce con la edad, la presencia de edema siempre es anormal, aunque su significado varía directamente, en función de su grado. Puede deberse a hipofunción tiroidea, la existencia de un proceso alérgico o patología renal. Puede observarse lesiones planas, de color amarillento, forma irregular y ligeramente elevadas en los tejidos periorbitarios, que corresponde a depósitos de lípidos y pueden indicar una anomalía del metabolismo lipídico. A este tipo de formaciones se les conoce como xantelasma, que son placas de colesterol que se depositan en la porción nasal de los párpados.

Debemos pedirle al paciente que cierre los ojos sin fuerza y debemos examinar para detectar fasciculaciones o temblores palpebrales, que constituye un signo de hipertiroidismo. Debemos inspeccionar a capacidad de oclusión y apertura completa de los párpados de ambos ojos, debemos observar cualquier tipo de inflamación, enrojecimiento o hinchazón del borde de los párpados. Deben de existir pestañas en ambos párpados, dirigidas hacia afuera.

Las pestañas son pelos largos, sobre todo en el párpado superior. Su longitud aumenta en la diabetes sacarina y en la tuberculosis, pero puede ser más aparente que real, debido al hundimiento ocular.

La desaparición definitiva de las pestañas (madarosis) se observa en el mixedema, hipopituitarismo.

Con el ojo abierto, el párpado superior debe cubrir una porción del iris, pero no pupila. Si la porción cubierta por uno de los párpados superiores es mayor que la del otro o llega a cubrir la pupila, es posible que se deba a ptosis del párpado en cuestión, lo cual quizás se relacione con la debilidad, congénita o adquirida, del músculo elevador del párpado o con la parálisis de una de las ramas del III nervio craneal.

También debemos observar la existencia de versión palpebral, tanto hacia afuera como hacia adentro, cuando el párpado inferior esta separado del ojo y vertido hacia fuera, se habla de ectopno que suele acompañarse de lagrimeo excesivo epifora. O puede estar vertido hacia el ojo entropión, lo cual las pestañas pueden causar imitación comeal y conjuntiva, incrementando el riesgo de infección secundaria. Al final de este apartado haremos mención de las alteraciones más comunes en el anciano.

Dentro del aparato lagrimal, la alteración más común es la inflamación de las glándulas lagrimales situadas en el borde superior y externo de cada orbita, esta inflamación o dacrioadenitis es evidencia como una prominencia en el párpado superior, con enrojecimiento y edema palpebral. Puede existir sequedad anormal de las conjuntivas, llamada xeroftalmia, por deshidratación o por enfermedad de las glándulas lagrimales como en enfermedad uveoparotidea, en que son atacadas tanto glándulas lagrimales, como salivales, lo que origina xerostomia.²¹

Globos oculares La forma de los globos tiene poca variación. El volumen del ojo puede aparecer aumentado por prominencia del mismo, exoftalmos, o aparente disminución, enoftalmos. En el enoftalmos puede ser por hundimiento ya que los tejidos orbitales retrooculares puede estar disminuido, como en la cetoacidosis diabética, u otras causas de deshidratación severa que también producirá la verdadera disminución de los globos oculares. En cambio el exoftalmos puede ser uni o bilateral puede ocurrir en tumores de la orbita, o trombosis del seno cavernoso, o en traumatismo que produzcan por ejemplo un hematoma infraorbitario. Cuando es bilateral puede ser causado por hipertiroidismo. Los movimientos anormales hacia arriba, hacia abajo, hacia fuera, o adentro pueden alterarse por lesiones de la vía nerviosa (III, IV o VI par craneal) o de los músculos

²¹ Abreu Luis Martín. *Fundamentos del diagnóstico*. Pp113

correspondientes. Un ejemplo de estos movimientos es el estrabismo, que es la desviación del eje de un ojo y puede ser hacia adentro o convergente (esotropía) o bien hacia fuera (exotropía). O nistagmus que es un temblor o movimiento involuntario, mas o menos rápido de los ojos, tanto en sentido horizontal, vertical, rotatorio o ambos. Es más evidente cuando la persona mira de frente, en forma patológica puede deberse a esclerosis múltiple, y en no patológica puede ser por fatiga ocular.

Conjuntiva. En condiciones normales las conjuntivas no son transparentes y poco visibles, y presentan un aspecto rosado no entumecido. La inspección de la conjuntiva del párpado inferior se lleva a cabo haciendo que el paciente mire hacia arriba, al tiempo que se tira con suavidad del párpado inferior hacia abajo. En la figura 24 se ilustra este procedimiento



fig 24.

Puede existir edema pigmentación y acumulo de sustancias anormales como la pingüecula. Un cambio de coloración, como en los casos de anemia que es una coloración pálida y amarilla en la ictericia

La esclera normalmente de un color blanco opalescente, pero puede estar alterada su coloración por

ictericia, hipotiroidismo que en esta se aprecia un color azulado grisáceo, o incluso pigmentación racial, en los sujetos de piel oscura es más intensa.

Cornea. Siendo esta una estructura lisa, brillante y transparente, es prácticamente imposible apreciarla excepto por lentes de aumento, iluminación especial oblicua o con el empleo de colorantes que permite descubrir irregularidades.

Esta puede inflamarse y producir opacidad discreta de la membrana o puede estar alojado un cuerpo extraño con la infección subsiguiente o bien por otras, como el herpes simple y el zoster. Y puede existir en ancianos el arco comeal.

Pupilas. Estos orificios centrales del iris, permiten la entrada de mayor o menor cantidad de luz según es necesario para la visión y tiene modificaciones también en su acomodación. Normalmente mide de 3 a 5 mm aproximadamente, de forma circular y deben ser iguales entre sí, lo que se denomina isoconia, y si son desiguales habrá anisoconia. Esta condición puede deberse a mayor tamaño de una midriasis o disminución por contracción miosis. Tanto la midriasis como la miosis pueden ser uni o bilateral. Las causas de la midriasis bilateral son miedo, estados emocionales, acción medicamentosa sistémica o local anticolinérgica (atropina) o de simpaticomiméticos (adrenalina), lesiones cerebrales. Cuando las pupilas midriásicas no reaccionan a la luz se le llama midriasis fija.

La miosis bilateral se aprecia sobre todo en acción de narcóticos (opio, morfina, cocaína) intoxicación por barbitúricos en etapas iniciales o uso de agentes parasimpaticomiméticos (pilocarpina o prostigmina).

Técnica. Debe examinar la respuesta de las pupilas a la luz, la forma es reduciendo el nivel de luz de la habitación, de manera que las pupilas se dilaten. Continuación se dirige la luz del lápiz linterna a un ojo y se observa la contracción de las pupilas. Esto en ambos ojos, se debe contraer al mismo tiempo que la luz llega.

Existe otra prueba de acomodación que consiste hacer que el paciente mire hacia un objeto distante y seguidamente, a un objeto a prueba un lápiz por ejemplo a 10 cm. del puede de la nariz. Las pupilas deben contraerse cuando

el ojo fija el objeto cercano. Este estudio tiene solo valor diagnóstico cuando existe alteración en a respuesta pupilar ala luz.

La exploración de campos visuales antes se hace una exploración de agudeza visual, pero corresponde al optometrista, lo que si evaluaremos son el campo visual ya que representa los limites de la visión periférica o indirecta, en a que interviene toda la retina. Para esto lo haremos con la prueba de confrontación. Para ello debemos colocamos frente al paciente, con los ojos al mismo nivel y a una distancia aproximada de 1 metro. Se pide al paciente que cubra con la palma izquierda el ojo izquierdo, y haremos lo mismo con el ojo derecho o se cierra, posteriormente se le pide al paciente que mire fijamente nuestro ojo izquierdo con ojo derecho, y acto seguido que debe extender el brazo completamente. el brazo a media distancia entre nosotros y el paciente y acercándolo progresivamente hacia el centro haciendo un movimiento ondulante con los dedos. Debemos hacer que el paciente nos diga cuando es capaz de ver los dedos, sin dejar demorar al ojo, y debemos comparar la respuesta del paciente con la que nosotros observamos. El campo visual puede presentar espacios ciegos o lagunas llamados escotomas, como los de origen vascular o inflamatorio agudo. Algo importante es que estos movimientos se hacen en todos los sentidos y que además es muy impreciso, se debe considerar efectiva si arroja datos claramente anómalos. En la figura 25 se ilustra dicho procedimiento



Alteraciones normales más comunes.

Orbita. La disminución de su contenido, sobre todo de la grasa orbitaria, hace que disminuya su volumen, lo que lo traduce en una ligera enoftalmia.

Párpados. A nivel de la dermis las fibras colágenas degeneran, produciéndose elastosis senil. La atrofia cutánea puede originar una blefarocalasia, que es un pliegue que cubre el margen palpebral, pudiendo ocluir en mayor o en menor grado la hendidura palpebral. Ambas alteraciones tanto de los párpados como de la orbita dan origen al entropión o entropión seniles.

Glándulas lagrimales. El tejido conjuntivo intersticial prolifera, mientras que los elementos glandulares se atrofian, lo que da lugar a una disminución en la cantidad y calidad de las lagrimas, influyendo en la película precorneal.

Esclera. Como consecuencia de la densificación de las laminillas esclerales y la aparición de precipitados calcáreos, se producen unas placas gnsaceas denominadas placas hialinas esclerales.

Cornea. Va a presentar numerosas modificaciones. El arco comeal o gerontoxol es un anillo gnceaso o blanquecino, situado aproximadamente 2 mm del limbo, formado por depósitos lipídicos extracelulares que se acumulan en las membranas limitantes y secundariamente en las lámelas coméales.

Conjuntiva. Existe una elastosis senil, a lo que se añade frecuentemente reacciones inflamatorias, debida parte a la deficiencia lagrimal.

La degeneración de la elastina origina pingueculas que se presentan como acumulaciones amarillentas en el ángulo palpebral interno.

Iris. Disminuye su espesor y presenta zonas despigmentadas, su diámetro disminuye originando una miosis senil que reduce la iluminación retiniana.

Cristalino. Las modificaciones que va a sufrir influirán en la transparencia, volumen y forma, modificando la aguda visual, la acomodación y la

profundidad de la cámara anterior. Las anomalías empiezan a partir de los 40 años, la cápsula se espesa, la corteza desarrolla vacuolas que originan modificaciones de la refracción y el núcleo se esclerosa dando lugar a modificaciones en la cantidad y en la calidad de transmisión luminosa.

Vítreo. La despolarización del ácido hialurónico origina licuefacción y pérdida de la arquitectura normal, por eso aparecen cuerpos flotantes, fopsias, metamorfosis y en ocasiones disminución de la agudeza visual.

Retina. El envejecimiento retiniano se va a manifestar por el incremento de células gliales y la disminución en el número de fotorreceptores, células bipolares y ganglionares, probablemente como consecuencia de modificaciones vasculares.

Normalmente estas lesiones no afectan la agudeza visual.

Exploración de la nariz

En la nariz se inspecciona en busca de desviaciones en cuanto su forma, tamaño y color.

En el estado de la superficie, se pueden apreciar alteraciones de la piel como

-cambios de coloración como el entema en lupus vulgaris y entematosis; pigmentación oscura en enfermedad de Addison o equimosis.

-excoemaciones, traumatismos, costras

-acne, furúnculos

-vasculadad aumentada sobre todo en sujetos alcohólicos

-Neoplasias sobre todo en el ala de la nariz

-seborrea, con costras grasas en el surco del área de la nariz y comedones en lóbulo nasal (obstrucción de la glándula sebácea)

Otra cosa que debemos observar son los movimientos en pacientes con rinitis hipertrofica por ejemplo, puede existir movimiento de las alas nasales, sincrónicos con la inspiración y espiración. es el llamado aleteo nasal, el cual es notable también en pacientes con insuficiencia respiratoria.

En la palpación. Es utilizada sobre todo para investigar la integridad de los huececillos o la presencia de dolor, crepitación ósea. La palpación también se utiliza para buscar dolor sobre los senos paranasales, frontales y maxilares, haciendo presión sostenida, firme y simultánea sobre la axila y bordes supraorbitarios del frontal

Dentro de esta existe la inspección de cavidades nasales, esta es mediante inspección armada, ya sea con espejo frontal o espejo o un rinoscopio con fuente de luz propia. Este tipo de inspección no se estudia por que no es el propósito de esta tesina, ya que esto como en otras tantas ocasiones he mencionado, queda de uso para el medico

Oído

En el estudio del oído general del paciente, se revisa el oído externo y el tímpano y se efectúan pruebas simples de audición. Existen estudios mas detallados de la audición como la audiometría, y las pruebas de equilibrio, aquí solamente inspeccionaremos el oído externo, ya que para inspeccionar el tímpano necesitaríamos un otoscopio, así que el tímpano y audiometría queda reservada para el medico y el especialista. Aunque al explorar pares craneales, exploramos a grosso modo audición y equilibrio lo que nos faltaria ser la exploración del oído externo

Pabellón auricular. Los pabellones auriculares deben tener el mismo color que la piel de la cara sin lunares, ni quistes, ni otras lesiones deformidades, ni nódulos. En la región preauricular no debe existir aberturas ni derrames. El tubérculo de Darwin, un engrosamiento en la zona, en el borde superior del helix, constituye una variante normal

El color de los pabellones auriculares puede variar en ciertas circunstancias, así una tonalidad azulada puede indicar un cierto grado de cianosis, a palidez o un rubor excesivos pueden deberse a inestabilidad vasomotora, el frío intenso por último, pueden causar palidez extrema

El tamaño o la forma de los pabellones auriculares pueden ser un rasgo familiar o indicar ciertas anomalías. La oreja en forma de coliflor es el

resultado de un traumatismo contuso con necrosis del cartilago subyacente; la existencia de tofos que son pequeños cristales blancuzcos de ácido úrico, a lo largo de los márgenes de las orejas pueden indicar uremia (gota), por su parte los quistes sebáceos constituyen un hallazgo frecuente.

Examen de la boca.

Bien entramos a nuestra área, la exploración de boca, así como los demás aparatos son motivo, de libros, tratados e investigaciones. Nuestro objetivo es exploración clínica en aspecto general, con la intención que lo que aquí se reviso a grandes rasgos y de groso modo, sirva para evaluar al paciente no solo genátnco, (aunque esta tesina asi esta dingida), y que lo que aquí se reviso, sea aplicable para el cirujano dentista

Bien para la exploración extrabucal, generalmente, llevamos un orden, que podría ser el siguiente

1. -aspecto general del paciente
2. - cara
3. - linfonodos submentonianos y submandibulares.
4. - glándulas parotidas
5. -ATM
- 6 -cuello y linfonodos

Ya revisamos lo que buscaríamos ala inspección de la cara y sus estructuras, ahora revisaremos, la exploración física de estructuras extrabucales Ya que los 2 primeros puntos ya los abarcamos, comenzaremos con palpación de linfonodos

Los linfonodos son estructuras ovaladas con forma de frijol que se localizan a lo largo de los vasos linfáticos Por lo general no son dolorosos, son blandos y no es posible palparlos, a menos que estén aumentados de tamaño Por consiguiente, debemos buscarlos bajo la piel en las áreas anatómicas correspondientes

Se comienza en el área submentoniana y continuamos en sentido posterior hasta las regiones submandibular, parotídea, auricular y del cuello. Se recomienda la palpación bimanual. Aquí nos colocaremos detrás de el paciente.

En las glándulas parotidas deben palparse en busca de edema. Si el paciente aprieta los dientes, es más fácil percibir cualquier edema del área parotídea sobre el músculo masetero endurecido. Algunas veces, los maseteros son tan grandes que simulan edema del área parotídea.

Continuación se explora la articulación temporomandibular, primero se observan desviaciones en el movimiento de la mandíbula durante la abertura y cierre. también el límite de los movimientos verticales y lateral.* Se palpa las articulaciones colocando los dedos delante del orificio articular y se escucha si hay chasquidos y crepitaciones durante la abertura y el cierre de la mandíbula, (algunas veces se usa un estetoscopio para localizar estos ruidos) - 22

Debemos notar cualquier hipersensibilidad sobre la articulación o los músculos de la masticación. La palpación de los músculos de la masticación se realiza de la siguiente forma, se realiza con la superficie palmar del dedo medio, índice o anular para explorar las áreas adyacentes, se aplica una presión suave con los dedos realizando a la vez movimiento circular de 1 a 2seg. Se deben palpar el músculo temporal en tres regiones

- En la región anterior. Por encima del arco cigomático y por delante de la ATM.
- En la región media. Por encima de la ATM y el arco cigomático.
- Región posterior. Por encima y detrás de la oreja.

El músculo masetero se palpa colocando los dedos sobre el arco zigomático delante de la ATM.

Los músculos entran en espasmo debido a la contracción o estiramiento prolongado y será difícil tener una sin la otra. Cuando el músculo se contrae, su antagonista se estira, de manera que lo que afecta a un músculo también

* Lusch, Brightman. Medicina bucal de Burket. Pp 752

afecta al otro. Se deben palpar los músculos masticadores pero hay que poner especial atención en los músculos pterigoideos.

Palpación pterigoidea. Aunque esta es intrabucal debemos estudiarla, dentro de este grupo. La palpación pterigoidea se realiza pidiendo al paciente que abra la boca lo mas que pueda, se desliza suavemente el índice por el borde anterior de la rama ascendente, a altura del surco hamular, se desplaza la punta del dedo hacia la línea media a través del borde anterior del músculo pterigoideo medio. Cuando la boca esta abierta al máximo, el margen anterior del músculo es percibido como un tendón vertical tenso. Se desplaza el dedo medialmente alrededor de este borde y aproximadamente 1cm hacia la úvula. Se ejerce presión firme hacia fuera, a través de una línea imaginaria que pasa directamente por el centro del oído. En algunos casos agudos el simple contacto desencadena una reacción dolorosa.

Una vez revisado todo esto se continúa con la palpación del cuello y sus correspondientes linfonodos.

Con el cuello del paciente extendido, debemos observar la clavícula y los músculos, esternocleidomastoideo y trapecio, que definen los ángulos anterior y posterior. Al palpar el hueso hioides, los cartílagos tiroideos el cricoides y la traquea, debemos notar cualquier desplazamiento e hipersensibilidad.

La traquea se describió su palpación cuando revisamos aparato respiratorio.

Exploración de linfonodos. Aquí se palpa suavemente la totalidad del cuello en busca de nódulos. Se seguirán 4 pasos aquí nos pondremos de frente al paciente con la cabeza recta.

- 1 linfonodos occipitales en la base del cráneo
- 2 retroauriculares superficiales sobre el proceso mastoideo
- 3 preauriculares justo delante del pabellón auricular
- 4 Los amigdalinos del ángulo mandibular

Seguidamente, desplazaremos hacia abajo a lo largo del cuello palpando con la siguiente secuencia. 4 pasos: aquí nos colocaremos detrás,

1. - nódulos cervicales superficiales a lo largo del esternocleidomastoideo.
2. - cervicales a lo largo del borde interior del trapecio.
3. - y los cervicales profundos por debajo del esternocleidomastoideo
4. - desplazándonos hacia la región supraclavicular, buscando en el ángulo formado por la clavícula y el esternocleidomastoideo, buscando ganglios supraclaviculares. Los ganglios supraclaviculares son sede frecuente de metástasis a causa de su localización al término del conducto torácico y otros conductos linfáticos asociados. Aquí nos colocaremos de frente a él y el inclinara la cabeza hacia delante

Como en los demás aparatos revisaremos nuestra boca, sin olvidar que es una exploración general

El examen de la boca es de una importancia extraordinaria, pues es uno de los sitios del organismo que son ricos en patología de diferentes tejidos y órganos que la forman, pero además participa de las enfermedades generalizadas o que tiene marcada expresión clínica en la boca

Debemos examinar cuidadosamente cada una de las siguientes partes:

1. -labios.
2. - encías
3. -dientes.
4. - piso de boca y cara interna de mejillas (carillos).
5. -lengua
6. -paladar duro, blando y úvula
7. -amígdalas

Técnica

Al iniciar la exploración bucal, primero deben observarse los labios, para observar estos se le pide al paciente que aproxime sus dientes esto relaja el músculo labial, y se toma el labio con la mano para visualizar la superficie

mucosa completa. El frenillo maxilar es una señal normal localizada en la base del labio superior, con frecuencia existe una pequeña porción de tejido extranormal adherida al frenillo, de la misma manera el labio inferior, debe relajarse y jalarse hacia abajo y observarse. Lo que debemos observar es el color, textura y cualquier anomalía de la superficie de los labios, fisuras, herpes, úlceras costras, nódulos, placas etc. Debemos palparlos ambos labios en busca de engrosamientos (induración) o tumefacción, debemos observar los orificios de las glándulas salivales menores y la presencia de gránulos de Fordyce

Después se inspecciona el carillo y observa la mucosa. Se buscan 2 señales. Una es la papila o el orificio de la glándula parotida, a nivel del 1 molar superior. Suele observarse saliva transparente que fluye a través del orificio. La otra señal no es anatómica, pero casi siempre está presente, es la raya blanca que corresponde a la línea de oclusión y se observa en la parte media del carillo hasta la anterior de la boca. Que debemos observar cambios en la pigmentación y movilidad de la mucosa, una línea blanca pronunciada, leucodema, placas hiperqueratósicas, úlceras, nódulos cicatriciales. Y en el conducto debemos establecer la permeabilidad, después de secar la mucosa con una gasa y observar el carácter y el grado del flujo salival, y por último palpar los músculos de los carillos

Luego se inspecciona el paladar duro, ya sea de modo directo o con ayuda de un espejo dental. La porción anterior contiene los pliegues histicos denominados rugosidades. En la parte posterior, el paladar tiene una coloración blanquecina por la superficie queratinizada. En sus regiones laterales existen glándulas salivales menores y es un área muy vascularizada, por lo que su base es azulada. Los orificios de los conductos son del tamaño de una cabeza de alfiler y de color rosado, en los fumadores puede ser de mayor dimensión y de color rojo. En ocasiones se observa una línea blanca en la parte media debido a que no existen glándulas ni grasa en

el sitio, y el tejido conectivo se adhiere con firmeza al hueso localizado bajo esta área.

Que debemos buscar, alteraciones de color, tumefacciones, fistulas, hiperplasia papilar, úlcera, quemaduras, asimetría de la estructura o función y palpar posibles tumefacciones.

Dingiéndose en sentido posterior, debemos inspeccionar a úvula. En esta región existen vanos tejidos amigdalinos, los principales pueden observarse con facilidad y están constituidos por tejido linfóide, en distintas localizaciones anatómicas. Las bucales pueden observarse más frecuentemente en el piso. Las de mayor tamaño son las palatinas situadas en ambos lados del pliegue palatogloso y palatofaríngeo. También deben observarse las amígdalas accesorias. Suelen localizarse cerca de la base de la úvula. Lo que debemos buscar es observar el color, tamaño y anomalías superficiales de las amígdalas, úlceras, secreciones. Etc.

Lo que correspondería sea la lengua. Se pide al paciente que la saque y con facilidad se estudia la superficie dorsal debe observarse vanos aspectos anatómicos especiales. El revestimiento blanquecino, que en algunas enfermedades se encuentra acentuado, representa las papilas filiformes individuales de la lengua, estas pueden teñirse de color café en los fumadores. Entre estas se encuentran las fungiformes rosadas con forma de hongo. Las circunvaladas no suelen observarse, cuando sucede lo contrario, aparece en forma de grandes tumefacciones en la superficie posterior de la lengua.

La lengua se visualiza con facilidad y se controla sosteniéndola con una gasa con la que se envuelve la punta. De esta manera podemos mover la lengua de ambos lados para inspeccionar las caras laterales. Continuación se le pide al paciente que toque el paladar con la lengua. Con esto, la superficie ventral de la lengua y el piso de la boca pueden visualizarse. Aquí no solo debemos observar el frenillo, sino también las grandes venas que corren lateralmente. Estas son grandes en pacientes de mayor edad, se denominan

varices linguales. Posteriormente se explora el piso de la boca. En la porción anterior, a ambos lados, aparecen pliegues sublinguales o carunculas, que son cilindros poco elevados que contienen orificios de las glándulas linguales en superficie. Tienen forma de V que apunta hacia los dientes anteriores y termina con una ligera inflamación, ligeramente mayor que contiene un orificio grande conducto submandibular, lo que debemos buscar estacamiento salival, tumefacciones, úlceras y placas rojas o blancas.

Exploración gingival

En ella debemos observar la coloración, forma y presencia o ausencia de hemorragia, en definitiva, aquellos signos que, unidos a una profunda exploración periodontal, en la que no podrá faltar la sonda, nos ayude a diagnosticar una enfermedad propiamente periodontal. Aparte la inspección, la palpación va a proporcionar datos de gran interés, como son el grado de sensibilidad, la consistencia de la encía, sus tumefacciones y deformidades, y el grado de extensión de estas

*La exploración del periodonto y de las encías ha de completarse siempre con la de los ganglios del cuello a donde van a parar por vía linfática las infecciones de esta zona ²³

Exploración de los dientes

Esta es con la que mayor frecuencia realizaremos, la colocación que tendremos puede ser adelante, atrás, a lado, lo importante es tener una visión directa en tanto sea posible, utilizando nuestro espejo, sonda y pinzas. Una vez que ya realizamos la exploración de todo nuestro tejido de soporte, comenzaremos con la inspección a través del espejo y observaremos los desplazamientos los diastemas, apiñamientos, forma de los dientes, número de los que faltan, interrogar sobre la causa de la pérdida así como la presencia de supernumerarios. Otras anomalías dentanas como hipoplasias, retrasos de erupción etc

²³ Lynch Bingham. Medicina bucal de Hurst, pp 14

Observaremos las posibles abrasiones, erosiones la existencia de grietas etc. Este examen debe complementarlo junto con el examen parodontal y radiográfico. Las fracturas pueden causar dolor en general, la palpación como la radiografía y exploración de estructuras nos completa la exploración.

2.3.12. Interrogatorio psicológico.

Hasta ahora hemos evaluado a nuestro paciente, desde un punto de vista físico ya sea medico y odontológico, pero también debemos evaluarlo desde un punto de vista psicológico. No importa cual completo haya sido el examen clínico de una persona, quedara incompleto si no se explora en el área psicológica. El Doctor Luis Martin Abreu, dedica todo un capitulo de su libro ala interrogación medico-psicológica. Con esto doy a entender que este tipo de evaluación no debe de ser exclusivo para el genatra, sino que debe de evaluarse de la misma forma todos nuestros pacientes, obviamente en cada caso será diferente dependiendo de la edad y situa citación en que se encuentren

Desde un punto de vista medico, además de establecer con el una relación significativa. Debemos de identificar

- la presencia de sintomas psicicos y fisiológicos
- conocer si en su vida actual ya sea familiar, ocupacional y social, existen situaciones generadoras de conflicto, como frustraciones, o perdida de su seguridad de cualquier tipo
- y tratar de identificar los rasgos dominantes de su carácter, distinguiendo entre meras actitudes situacionales y otras que son expresión de tendencias permanentes, es decir en su estilo y forma de relación consigo mismo y con todos los demás

En otras palabras debemos evaluar, físicamente, odontológicamente, su medio ambiente y como reacciona el individuo hacia el mismo

Todo esto nos permitirá formarnos además de un criterio, una opinión sobre los aspectos situacionales, psicológicos y caracterológicos de cada paciente. La indagación medico-psicológica no debe omitirse aun cuando las quejas iniciales del enfermo, apunten claramente hacia un padecimiento orgánico, por las mismas razones que haría imperdonable que se omitiera interrogar, y explorar alteraciones en los sistemas, simplemente porque presenta un síntoma explícito por lo que se presenta a consulta.

Es claro que el interrogatorio medico-psicológico debe tener en cada caso una extensión y profundidad que permita el paciente y las circunstancias. Lo primero que indagaremos es su medio ambiente y como reacciona hacia el mismo, indagando su situación personal incluyendo sus hábitos ya que sabiendo los mismos, nos pueden orientar hacia trastornos de mas cuidado. Una vez que realizamos nuestra evaluación clínico-odontológico, ahora si preguntaremos sobre la situación personal de nuestro paciente, es importante interrogar sobre circunstancia de la vida del paciente que pudieran generar en las tensiones y conflictos. Algunas veces esta es factores desencadenantes de la enfermedad. Una forma de realizar este interrogatorio, es preguntar si el paciente recientemente le a ocurrido eventos desafortunados o dolorosos, como fracasos, desengaños, pérdidas, y sobre toda su reacción a esto. También es importante conocer si el paciente se siente aceptado por personas que para él podrian ser importantes, su relación con su familia, sus empleados asociados, amigos etc. Como se siente con su vida, satisfecho de sus logros en el hogar, en la oficina en su vida social.

Algo importante es que si el paciente atribuye importancia en su enfermedad a ciertos eventos de su vida, especialmente situaciones que han suscitado disgustos, cólera, frustración. Esto debe tomarse en cuenta, ya que algunos padecimientos crónicos que evolucionan por brotes, como la úlcera péptica,

la artritis reumatoide, etc., las crisis son frecuentemente desencadenadas por estado de descompensación emocional." ²⁴

En el examen con orientación psicológica el interrogatorio del enfermo acerca del sueño y del apetito adquiere mayor importancia por la frecuencia con que las alteraciones psicológicas se presentan en este sector.

Es necesario precisar si el enfermo tiene dificultad para conciliar el sueño si despierta una o varias veces durante la noche, o si su sueño se interrumpe prematuramente insomnio tardío. Es importante el carácter de esos sueños, terroríficos, agradables, si tiende a repetirse los sueños etc. En esto se profundiza pero se requiere un entrenamiento especial (psicoanálisis), "los cambios en el sueño son un síntoma común en diversas perturbaciones psicológicas" ²⁴

Los cambios en el apetito y en el peso son también significativos, ya que en ambos influyen directa o indirectamente en diversas alteraciones emocionales. Es importante averiguar si usa bebidas alcohólicas, medicamentos o drogas, ya que el consumo de estos y abuso frecuentemente representa un intento por parte del enfermo para superar sus estados de tensión, depresión o ansiedad

Estados de animo

Estado afectivo, las perturbaciones de este son las que se encuentran comúnmente en la clínica. Su examen precede ventajosamente a otras funciones. Hacia ello se debe dirigir primero el interrogatorio psicológico. En general los efectos displacenteros, angustia, vergüenza, culpa, rencor, desesperanza, cuando son persistentes indican un desequilibrio psicológico. Debemos preguntar si ha experimentado cambios recientes en su humor, su energía o su interés para vivir. Se debe de valorar la intensidad de estos cambios y determinar el grado en que interfieren con las ocupaciones y

²⁴ Abreu Luis Martín. Fundamentos del diagnóstico. Pp 67

diversiones del paciente. Es necesario aclarar si estos cambios de humor duran días, horas, meses etc.

Otro punto interesante es el habla, se observa si habla con rapidez, como ocurre en la manía, o lentamente, como en la depresión o demencia, si el habla es clara o dificultosa, como en el ictus o en parkinson, si le cuesta trabajo nombrar los objetos.

También la existencia de delirios (son ideas falsas, fijas, idiosincráticas), obsesiones (son ideas indeseadas recurrentes), alucinaciones (que son falsas percepciones visuales, auditivas, olfatorias o táctiles), fobias (temores irracionales respecto a lugares, cosas o situaciones particulares).²⁵

Existen trastornos importantes que debemos de reconocer

El primero es la depresión, habla de depresión, que se considera un trastorno del estado de ánimo, estamos hablando de la condición más frecuente en los seres humanos. Sin embargo, sentirse deprimido no es un síntoma suficiente para diagnosticar una depresión. Esta distinción es importante pues la depresión como síntoma está presente en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos (ejemplo esquizofrenia, obsesiones etc.)

"En segundo lugar, no resulta fácil diferenciar la depresión clínica de los estados de ánimo depresivos más o menos transitorios y cotidianos."²⁶

La depresión puede tener dos orígenes, como un estado endógeno o como una reacción a circunstancias adversas de la vida.

Síntomas

La depresión clínica no suele aparecer de modo aislado, suelen aparecer al menos 4 o 5 síntomas asociados. Uno de los síntomas es la tristeza se observa en el 90% de los deprimidos, al igual que la ansiedad y la inquietud, otro síntoma es la apatía, la indiferencia junto con el estado de ánimo

²⁵ Breez, Mark Manual de Merck diagnóstico y tratamiento. Pp1000

²⁶ Fuente Nebro. Psicología médica. Pp902

deprimido, es el síntoma principal de un estado depresivo. "Levantarse de la cama por las mañanas o asearse pueden convertirse en tareas casi imposibles y, en muchos casos, se abandonan los estudios, el trabajo etc. Esto es su forma extrema puede constituir lo que se denomina retardo psicomotor, es decir un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto y una inhibición motivacional absoluta." ²⁷

También puede existir la pérdida de la autoestima, desesperanza y dentro de los síntomas físicos existe la pérdida del sueño (insomnio postdomical) y en otra hipersomnia (duermen mucho), también puede existir fatiga, pérdida del apetito e incluso la disminución del deseo sexual, a veces dolores de cabeza, de espalda, náuseas vomito, visión borrosa. Todos estos son síntomas de un estado depresivo

Ya mencioné que las causas pueden ser endógenas, o reacciones, los síntomas y que para que se considere como depresión debe de existir 4 o 5 síntomas asociados, ahora correspondería mencionar la causa endógena

Su fisiopatología se caracteriza por reducción de los niveles de noradrenalina y un aumento de los receptores beta adrenergicos, también existe la disminución de serotonina. Los receptores presinápticos alfa adrenergicos, que regulan a liberación de noradrenalina pueden ser hiperactivos, disminuyen la cantidad de la misma

El tratamiento cuando se detecta depresión, es a base de antidepresivos, como son los tricíclicos, tetracíclicos

Correlación dental. El aumento del estrés, y los medicamentos tricíclicos, puede dar un aumento en la presión arterial pudiéndonos llevar al paciente a una crisis hipertensiva

El segundo ansiedad y angustia, al igual que la anterior la ansiedad es frecuente en el ser humano. Tradicionalmente ha sido definida como una emoción compleja, difusa y desagradable que se expresa por un sentimiento

²⁷ Fuente Nietro. Psicología Médica pp 903

de temor y de tensión emocional. Aunque es una sensación cercana al miedo, difiere del en varios aspectos. Mientras que el miedo es un sentimiento producido por un peligro presente e inminente y por lo tanto se encuentra estrechamente ligado a los estímulos que lo generan, la ansiedad es más bien la anticipación de un peligro venidero, indefinible e impredecible.

"Un concepto que aparece a menudo asociado al término ansiedad es la angustia: Aunque ambos son matices de la misma expresión, sus diferencias son las siguientes."²⁸

-en la angustia predominan los síntomas físicos (localizados preferentemente en el corazón, región precordial y garganta), mientras que en la ansiedad predominan los síntomas psíquicos, sensación de catástrofe, de peligro etc

-en la angustia el grado de nitidez de captación del fenómeno se encuentra muy atenuado, mientras que en la ansiedad el fenómeno se percibe con la máxima nitidez

Sin embargo, a pesar de tener acuestas estas diferencias, la mayoría de los autores los consideran dos conceptos intercambiables y difícilmente diferenciables

Ya que la ansiedad es lo que abarcamos revisaremos algunos trastornos de ansiedad frecuentes

Como son las crisis de angustia, que son frecuentes, implica a aparición de varios síntomas como son

-acortamiento de la respiración, dolor o molestia en el tórax, entumecimiento, miedo de morir, náusea, nudo en la garganta, palpitaciones y frecuencia cardíaca acelerada, rubor o escalofríos, sudoración, vértigo o temblores

La crisis alcanza su máxima expresión en el plazo de 10 minutos o menos y suele ceder un poco después. Los pacientes que sufren de trastorno de angustia con frecuencia anticipan el próximo ataque y están preocupados por él, de forma que evitan los lugares donde antes sintieron angustia

²⁸ Fuente: Nebra. Psicología Médica. Pp. 710

Existe un trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica o inducida por sustancias. Aquí la ansiedad puede ser secundaria a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica, como alteraciones neurológicas (infecciones) afecciones cardiovasculares (insuficiencia cardíaca, arritmias), o enfermedades endocrinas(hipertiroidismo) o puede ser por consumo de drogas, como alcohol, cafeína, cocaína.

En general en los libros manejan todo esto como exploración del estado mental, pero al hablar de la exploración del estado mental, nos aventuramos demasiado ya que explorar el estado mental, ni los psiquiatras lo logran, menos a una evaluación general como es esta. Lo que sí lograremos con todo esto es determinar la capacidad mental en el paciente en el momento de la evaluación. Todo esto además de prevenir urgencias por trastornos que ya mencionamos, también es necesaria para establecer la capacidad legal del paciente sobre todo personas mayores. para dar un consentimiento informado para la práctica de intervenciones. En la actualidad se utiliza una escala de Blessed, para determinar el deterioro intelectual, estos son muy útiles sobre todo para la detección de estados iniciales de enfermedades como el Alzheimer.

CAPITULO 3.

Enfermedades más comunes que afectan al paciente geriátrico y modifican el tratamiento odontológico.

En este capítulo solo revisaremos, algunas de las enfermedades más comunes, pero no son todas, solamente se revisaran a grandes rasgos.

Trastornos respiratorios.

Insuficiencia respiratoria

Cuando el organismo falla en su función intercambiador de gases aparece la insuficiencia respiratoria. Esta se define exclusivamente por el valor de los gases en la sangre arterial. Se trata del estado en el que el valor en la sangre arterial está reducido (hipoxemia P_{aO_2} inferior), que no suele faltar, puede acompañarse además del aumento de la presión parcial de CO_2 , (hipercapnia P_{aCO_2} superior).

Las repercusiones clínicas de la insuficiencia respiratoria será consecutivas a la hipoxemia o, además, la hipercapnia. Los signos de la hipoxemia aguda se manifiestan principalmente por trastornos del SNC y del sistema cardiovascular. Entre los primeros destacan la incoordinación motora, la somnolencia y la disminución de la capacidad intelectual. Puede haber manifestaciones cardiovasculares en forma de taquicardia e hipertensión arterial.²⁹

Cuando la concentración de hemoglobina es superior a 5g/dl aparece cianosis periférica. La hipoxemia crónica se acompaña de apatía, falta de concentración y respuesta lenta a los diversos estímulos. En la hipercapnia aguda predominan trastornos del SNC, desorientación temporoespacial, somnolencia, coma incluso muerte.

²⁹ Rozman Carl. Compendio de Medicina interna. Pp235

Causas. Son muchas mencionaremos algunas más importantes y de nuestro interés. Esclerosis múltiple, enfermedad de parkinson, sobredosis de medicamentos, sedantes, barbitúncos, opiáceos y cifoscoliosis.

Asma.

Definición. Aunque no existe una definición satisfactoria, el asma se considera como una enfermedad inflamatoria de las vías aéreas, ala que se asocia intensa hiperreactividad bronquial frente a estímulos diversos

Etiología La hiperactividad bronquial a agentes inespecíficos. (asma intrínseco) en la mayoría de los casos. Algunas presentan reacciones de hipersensibilidad a alergenosen conocidos (asma extrínseco) y, a menudo, histona familiar de trastomos atopicos

Factores precipitantes Ejercicio, aire frío emociones, fármacos, alergenosen (ejemplo, polen, esporas)

Manifestaciones clínicas Silbancias, disnea y tos intermitente

Complicaciones Status asmaticus taquicardia, pulso paradójico y ausencia de silbancias (por un gran broncoespasmo)

Prevención Identificar mediante una histona clínica y exploración física. Los ronus y las silbancias son signos característicos del asma "aunque no es raro auscultar silbancias en enfermos asintomático" 250-rozman

Debemos valorar la intensidad de la enfermedad terapéutica actual, debemos asegurarse que el paciente tome su medicamento debe identificar las causas que precipitan los ataques. Si estos elementos se encuentran en el ambiente odontológico (estrés o ciertos medicamentos) Por ejemplo, se sedara al paciente ansioso que presenta sintomatología cuando esta sometido a estrés. Se evitaran las demoras en las citas del paciente "Algunos pacientes se beneficiaran al usar sus propios broncodilatadores antes el tratamiento dental" 31

²⁰ Rozman Ciri. Compendio de Medicina interna pp 250

³¹ Rose. Medicina interna en odontología Pp 812

"Hay que evitar ciertos fármacos, como la adrenalina, en la anestesia local, por su posible efecto acumulativo perjudicial al combinarse con ciertos simpaticomiméticos."³²

Evitar si es posible, antihistamínicos, anticolinérgicos, narcóticos, aspirinas, aines y penicilinas."³³

EPOC.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, es un proceso que se caracteriza por una limitación permanente del flujo aéreo causada por anomalías de las vías aéreas inferiores y el parénquima pulmonar.

Hoy en día se refiere el concepto de EPOC al de bronquitis crónica y enfisema

Definición. Tos productiva casi todos los días al menos durante tres meses al año

Enfisema Dilatación y destrucción de los grupos alveolares con pérdida aérea para el intercambio gaseoso

"La bronquitis crónica y el enfisema a menudo coexisten en el mismo individuo "³⁴

Etiología El tabaquismo es el principal factor etiológico

Manifestaciones clínicas Expiración prolongada y dificultosa, tos productiva crónica, silbancias y disnea, hundimiento de los espacios intercostales

Prevención Evaluación clínica, la taquipnea aparece en fases avanzadas de la afección, presencia de timpanismo (hay que recordar que en los pulmones es claro pulmonar), ala auscultación el ruido respiratorio esta disminuido y el tiempo espiratorio aumentado

³² Rose Medicina Interna en odontología Pp 812

³³ Little James. Odontología en pacientes con patología previa pp

³⁴ Porter, Stephen. Medicina y cirugía para odontólogos pp 39

Debemos valorar el grado de enfermedad. La disnea en reposo o con los esfuerzos leves requiere una especial cautela. Buscar signos de cardiopatía secundaria a la EPOC. Las arritmias auriculares y ventriculares son frecuentes cuando hay hipertensión pulmonar, hipoxia, o acidosis respiratoria. Evitar procesos estresantes, debemos evitar el uso de sedantes o narcóticos, que pueden deprimir el estímulo respiratorio y aumentar la hipoxia y la retención de CO₂. "Debemos evitar el empleo de vasoconstrictores en los pacientes sometidos a terapéutica broncodilatadora, ya que esta combinación podría causar arritmias cardíacas" ³⁵

Debemos utilizar el oxígeno con cautela ya que en los pacientes con retención crónica de CO₂, el O₂ puede producir depresión respiratoria. Hay que mantener a los pacientes en posición erguida, ya que el decúbito supino aumenta el trabajo respiratorio y puede precipitar la aparición de edema pulmonar.

Bronquiectasias.

Dilatación anormal y engrosamiento de las paredes bronquiolares con transporte mucociliar defectuoso

Etiología. Frecuentemente secundarias a fibrosis quística, tabaquismo severo o infecciones respiratorias severas recurrentes

Fiebre intermitente y tos productiva (estupos, dispuestos en tres capas al sedimentar; pus en el fondo, saliva en el centro y moco en la parte superior) halitosis persistente, hemoptisis, disnea y acropaquias (dedos en paño de tambor)

Prevención. Historia clínica y ya detectada en el paciente dental, debe de tratarse similar a los pacientes con EPOC, con atención especial a evitar la aspiración de los aerosoles dentales

Neumonía y tuberculosis.

Neumonía. Inflamación del parénquima pulmonar

Etiología. Infecciosa, pero también de origen químico por radiación o alergia. La enfermedad es más común en ancianos, inmunodeprimidos y fumadores. **Manifestaciones clínicas.** En general, el paciente puede indicar intensos escalofríos, fiebre alta y mantenida ausente en los ancianos y tos seca, con estupo purulento y hemumbroso.

A la exploración física, matidez en el área pulmonar, y estertores crepitantes.

Complicaciones. Atelectasias pulmonares, abscesos y neumotórax.

Tuberculosis. Se trata de una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*, fundamentalmente transmitida por gotas de saliva. Frecuentemente asintomático pero puede causar,

Linfadenopatías cervicales gigantes, debilidad, cansancio, anorexia, pérdida de peso, úlceras bucales, lupus vulgar.

Dado que en el anciano la tuberculosis cursa con manifestaciones a menudo sutiles, muchos de los síntomas clínicos, como pérdida de peso, tos, debilidad y disnea, pueden asociarse incluso al propio envejecimiento. "Suele haber fiebre, pero en general moderada y puede no ser apreciada si no se toma la temperatura. La hemoptisis, que sugieren especialmente una tuberculosis, con frecuencia no están presentes o no se indaga su existencia"³⁶

Diagnóstico. son pruebas cutáneas, radiografías y cultivos de escupo.

Prevención

Con tuberculosis activa Consultar a su médico antes de cualquier tratamiento, este limitado a urgencias

Con antecedentes de tuberculosis Obtener una buena historia clínica, consultar su médico

Procedimientos asepticos estrictos, minimizar el uso de jeringa de aire, utilizar instrumental manual y evitar el rotatorio, solo trabajo de urgencias el necesario

³⁶ Abrams, William Manual Merck de Geriatria Pp 478

TRANSTORNOS CARDIOVASCULARES.

Insuficiencia cardiaca congestiva.

Este termino se aplica alas situaciones en las que el corazón es incapaz de suministrar ala periferia la cantidad de sangre necesana para satisfacer sus necesidades. Aunque la insuficiencia cardiaca implica el fracaso de la función de la bomba del corazón, sus manifestaciones clínicas dependen de la repercusión hemodinámica que determina en otros órganos. Esta deberá de tenerse e consideración tal posibilidad en cualquier paciente de edad avanzada o con antecedentes de cardiopatía

Sintomatología Esta se debe sobre todo a sus repercusiones sobre otros órganos y suele manifestarse por disnea, tos, intranquilidad, sudoración, fatiga o debilidad muscular, edemas y hepatomegalia En la exploración física se descubre un pulso rápido y amplitud disminuida, estertores particularmente en el derecho, ingurgitación de las venas yugulares, hepatomegalia de éxtasis, edema, cianosis y caquexia

El paciente con insuficiencia cardiaca inicial presenta escasos signos y sintoma en situación basal La ansiedad con la que viven muchos pacientes, la visita al dentista puede hacer de esta una importante prueba de la resistencia cardiaca La cianosis periférica (por ejemplo, en el lecho ungueal) obedece a una extracción local más intensa de oxigeno de sangre bombeada con dificultad que discurre por vasos reflejamente constreñidos La cianosis de los lechos ungueales conduce a dedos en palillo de tambor, también puede existir una hipertensión significativa

Complicaciones Los problemas que pueden aparecer son que si hay policitemia, aparece hemorragia por trombocitopenia y depleción de fibrinogeno secundano ala trombosis de pequeños vasos, puede aparecer un paro cardiaca un infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, infección

Prevención Evaluación clínica, por lo tanto tal vez detección y remisión al medico de cabecera

No realizar ningún tratamiento hasta después de un buen control médico, antibióticos para prevenir las infecciones post-quirúrgicas, el paciente debe permanecer en posición erecta durante el tratamiento dental con el fin de disminuir el flujo de sangre al pulmón. Antes de cualquier técnica quirúrgica debe de conocerse el tiempo de sangría y de protombina, dar por terminada la visita si el paciente se siente cansado y sobre todo evitar vasoconstrictores.

Entonces de las más comunes son: una infección, hemorragia, petequias y equimosis.

Hipertensión.

Definición "La hipertensión arterial es una elevación crónica de la presión arterial sistólica y/o diastólica y constituye con toda probabilidad la enfermedad crónica más frecuente. Su existencia se admite ras tres determinaciones separadas, como mínimo, por una semana, con un promedio de presión arterial diastólica igual o superior a 90mmhg y/o una sistólica igual o superior a 140mmhg. para un adulto a partir de los 18 años".³⁶

Etiología Cuando es sistólica con aumento de a presión de pulso, por gasto cardiaco aumentado, fistula arteno venosa, insuficiencia de la válvula aortica, artenosclerosis

Cuando es sistólica y diastólica Hipertensión esencial (desconocida, primaria) Hipertensión secundaria, esta es de etiología conocida, como en problemas renales (glomerulonefritis, retención primaria de sodio),

Endocrinos (hipotiroidismo, hiperparatiroidismo), exógenos (coartación de la aorta, ciclospóna, antidepresivos tricíclicos, simpaticomiméticos, anticonceptivos orales)

Complicaciones El estrés y la ansiedad relacionada con la visita al dentista, pueden determinar aumento de a presión sanguínea, que en pacientes ya

³⁶ Rozman, Carl Compendio de medicina interna pp 215

hipertensos puede implicar un infarto al miocardio o accidente cerebrovascular.

En los pacientes que están iniciando un tratamiento hipertensivo pueden aparecer náuseas y vómitos estar hipotensos o desarrollar hipotensión postural. El uso de vasopresores causa un aumento de la presión arterial que en estos pacientes puede ser peligroso. Las complicaciones bucales, como hemorragia incontrolada en pacientes hipertensos después de las técnicas quirúrgicas, xerostomía en pacientes tratados de forma excesiva con diuréticos,

Prevención Detección y remisión de los pacientes con hipertensión importante y moderada de forma mantenida, para evaluación y tratamiento médico

Utilizar anestésicos locales sin vasoconstrictores, no utilizar vasopresores en las hemorragias locales. La epinefrina no debe utilizarse en pacientes que reciben tratamiento con pargulina o cualquier inhibidor de la monoaminooxidasa. Y si encuentras una hipertensión muy marcada elevada 115 mmHg de diástole o más, no debe realizarse ningún tratamiento dental urgente, solamente analgésicos y antibióticos

Valvulopatías

Estenosis mitral En la mayoría de los casos es de origen reumático. Sin embargo suele faltar este antecedente en a mitad de los casos

Clinicamente Aparece disnea de esfuerzo, más tarde ortopnea, y crisis de disnea paroxística nocturna. Al a exploración, los pómulos pueden presentar un tinte rojizo característico, al a palpación el pulso arterial pequeño e irregular. Los signos auscultatorios de la estenosis mitral son un primer ruido muy fuerte, un chasquido de apertura después del segundo y un soplo diastólico

Insuficiencia mitral Esta también es de origen reumático, también en cardiopatía isquémica, dilatación del ventrículo izquierdo y en calcificación del anillo mitral.

El cuadro clínico solamente es fatiga y debilidad muscular, en la exploración el latido de punta suele ser amplio, el primer ruido disminuido, y queda incluido un soplo sistólico, de frecuencia alta y largo, este se detecta mejor con la membrana del estetoscopio.

Estenosis aortica. Puede ser congénita, reumática o secundaria a la calcificación de las válvulas sigmoideas. La estenosis aortica calcificada es mas frecuente en los ancianos y se considera un proceso degenerativo.

Puede ser asintomático durante muchos años merced a la hipertrofia que permite al ventrículo generar una presión sistólica elevada. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad, disnea, síncope y angina, suelen aparecer en la cuarta o quinta década de la vida. A la exploración el latido de punta es enérgico, y puede hallarse desplazado por el crecimiento ventricular, a la auscultación es la presencia de un soplo sistólico, rudo e intenso.

Insuficiencia aortica

La causa más frecuente es la afectación reumática de la válvula. Suele ser asintomático durante muchos años, se manifiesta por palpitaciones, se detecta una presión diferencial muy amplia, se puede palpar un fremito diastólico en el foco aortico, también un soplo diastólico

Insuficiencia tricúspide. El cuadro clínico consiste en la congestión venosa sistémica

Insuficiencia tricúspide

Esta es casi siempre funcional y secundaria a una dilatación del ventrículo derecho de cualquier causa, valvulopatía izquierda, cardiopatía isquémica y miocardiopatías. El en foco tricúspideo se encuentra un soplo

El principal aspecto que hay que tomar en cuenta sobre estos pacientes es la posibilidad de endocarditis por eso si necesitan un tratamiento dental urgente, deben ser sometidos a profilaxis antibiótica

Puesto que los llamados soplos benignos son frecuente y no requieren modificación alguna, es importante reconocer la naturaleza de estos a través de su medico de cabecera.

Endocarditis.

El paciente dental afecto de alguna valvulopatia se halla sujeto básicamente a tres riesgos: insuficiencia cardiaca, aritmias y endocarditis infecciosa.

La infección del endocardio es un trastorno grave, cuya incidencia varia de forma importante según la incidencia de bacteremias transitorias con pacientes con valvulopatias. " Se ha demostrado, que prácticamente cualquier manipulación dental puede determinar una siembra temática de microorganismos. Lógicamente el nesgo de entrada de bacteremias se correlaciona con el nivel de salud dental, particularmente el penodonto "³⁷

El hallazgo de un soplo cardiaco de insuficiencia valvular constituye un elemento básico de diagnostico, pero su preserica no es absolutamente especifica. Determinados signos cutáneos, como las petequias y las hemorragias subungueales, están presentes en el 20% de los casos y aunque inespecíficos son onentadores de la enfermedad, una manifestación clásica de la endocarditis que se observa en las formas de curso subagudo o lento. Consiste en un nódulo entematoso y doloroso de apación súbita en el pulpejo del dedo, otras son maculo papulosas entematosas que aparecen en las palmas de las manos y plantas de los pies y suele verse en la endocarditis

"La complicación más frecuente son las embolias sistémicas, los aneunsmas micoticos son una complicación grave, pero poco frecuente "³⁸

Prevención La profilaxis antibiótica esta indicada en los pacientes con cardiopatía subyacente, que se sometan a manipulaciones en su piel o mucosas que puedan oningar bacteriemia. Deben considerarse candidatos los pacientes con alguna de las siguientes patologias: cardiopatía valvular

³⁷ Rose, Medicina interna en odontologia. Pp 633

³⁸ Rouman, Cyril, Compendio de medicina interna. Pp 194

adquirida, cardiopatía congénita, miocardiopatía hipertrofica, insuficiencia valvular o antecedentes de fiebre reumática.

Trastornos hemáticos.

Anemias.

Se define como anemia la disminución de la cifra de hemoglobina por debajo de 130g/l en el hombre o de 120g/l en la mujer.

Las anemias suelen clasificarse según distintos aspectos, aunque las clasificaciones más empleadas se refieren a etiopatogenia y a los índices eritrocitarios

Clasificación según los índices eritrocitarios

Microcíticas Anemia ferropénica, talasemia

Macrocíticas Anemia megaloblástica, hipotiroidismo, alcoholismo.

Normocíticas Enfermedades hemolíticas

Anemia macrocítica

Anemia ferropénica Es una anemia crónica caracterizada por hematíes pequeños y pálidos y disminución de los depósitos de hierro

"Esta es la anemia más frecuente en los ancianos y representa casi el 60% de las anemias en los individuos mayores de 65 años" ³⁶

El déficit de hierro nunca es un dato normal en los ancianos. El cuerpo humano no dispone de un mecanismo para eliminar el exceso de hierro, por consiguiente, los depósitos de hierro de la médula ósea y el conjunto del cuerpo aumentan al avanzar la edad

Las causas son prácticamente el déficit de hierro en la dieta y la mala absorción del mismo y sino implica la existencia de una pérdida hemática, que la mayoría de las veces se produce en el tubo digestivo o en el tracto genitourinario. Las posibles causas son el carcinoma, la úlcera, la gastritis atrófica, la gastritis por consumo de fármacos, la hemorragia vaginal posmenopáusica

³⁶ Abrams, William. El manual Merck de Geriatría. Pp 695

El déficit de hierro afecta muchos tejidos y, muy especialmente, el tubo gastrointestinal, puede producir atrofia de la lengua y de la mucosa de la boca, la mucosa puede mostrarse pálida o icterica. Los primeros síntomas suelen ser unas maculas entomatosas con bordes irregulares que afectan cualquier parte de la mucosa. En la lengua existe atrofia de las papilas filiformes y después de las fungiformes, produce un aspecto de carne roja.

Precauciones Diagnosticar y remitir para el tratamiento definitivo, las posibles complicaciones generalmente no existen, el tratamiento de urgencia es el mismo.

Anemia perniciosa

Es el prototipo de las anemias megaloblásticas. Probablemente se debe a un trastorno autoinmune en el cual el órgano diana son las células productoras de un factor intrínseco. Al ser este factor necesario para que la vitamina B12 pueda ser absorbida en el íleon, se produce su déficit.

*Además de la presencia de anticuerpos contra el factor intrínseco, cabe demostrar la existencia de otros anticuerpos, como los dirigidos a las células parietales del estómago, glándulas suprarrenales o piel (vitiligo)⁴⁰

El cuadro clínico es insidioso, los síntomas pueden no ser más específicos que la fatiga debida a la anemia intensa. Sin embargo, es característico que aparezca glositis, con una lengua roja y lisa, ictericia leve y alteraciones neurológicas.

Complicaciones Las posibles complicaciones son infección, hemorragia y retraso de la cicatrización, la detección es más bien por anomalías de laboratorio. Las complicaciones bucales son parestesia de los tejidos bucales, retraso en la cicatrización, hemorragias y petequias. *En cuanto un paciente toma vitamina B12 por anemia perniciosa no existen contraindicaciones de tratamiento dental.*⁴¹

Trastornos endocrinos

⁴⁰ Roemman Carl. Compendio de medicina interna. Pp 527

⁴¹ Rose. Medicina Interna en Odontología. Pp448

Diabetes mellitus.

Es una de las enfermedades más frecuentes en clínica humana, se define como un trastorno crónico de base genética caracterizado por dos tipos de manifestaciones:

1. - un síndrome metabólico consistente en hiperglucemia, glucosuria, polifagia, polidipsia y poliuria y alteraciones en el metabolismo de los lípidos y de las proteínas como consecuencia de un déficit absoluto o relativo en la acción de la insulina
2. - como un síndrome vascular que puede ser macroangiopático y microangiopático, y que afecta todos los órganos, pero en especial el corazón, la circulación cerebral y periférica, los riñones y la retina.

La diabetes se clasifica en 3 grandes grupos

1. "Los pacientes con diabetes mellitus insulinodependiente o tipo I. Los pacientes de tipo I presentan cetosis, lo que indica una ausencia casi completa de insulina eficaz. Casi todos estos pacientes tienen los signos y síntomas de una diabetes no controlada al inicio de la enfermedad. Aunque la mayoría de los pacientes son niños y adultos jóvenes, la antigua denominación de diabetes de inicio juvenil no eran de todo exactos, puesto que algunos adultos y ancianos delgados presentan una diabetes con tendencia a cetosis"⁴²
2. Diabetes no insulino-dependiente o tipo 2, se asocia al mismo tiempo con un déficit relativo de insulina y una resistencia a la acción de esta hormona. La combinación de unas concentraciones de insulina normales o elevadas y una hiperglucemia implicada la existencia de resistencia a la insulina. La diabetes tipo 2 se distingue por la ausencia de cetosis, ello implica la presencia al menos, algo de insulina eficaz. "Él término no-insulinodependiente puede provocar

⁴² Abrams William. El manual Merck de geriatría. Pp 853

confusión, puesto que alrededor del 25% de estos pacientes reciben insulina.⁴³

3. La tercera clase de diabetes es la que en la actualidad se designa de otros tipos (antes secundaria). En este grupo se encuentran los pacientes con enfermedades que destruyen el páncreas (pancreatitis), los que padecen determinadas enfermedades endocrinas en las que el exceso de hormonas interfiere en la acción de la insulina (cushing y acromegalia) y los que toman determinados fármacos que suprimen la secreción de insulina (fenitoína) o inhiben su acción (glucocorticoides y estrógenos ⁴⁴ 855

Signos y síntomas

Se reduce la producción de glucosa, con lo que aparece hiperglucemia en ayunas, y las concentraciones plasmáticas supera el umbral renal. Si la glucosuria persiste suele provocar una diuresis osmótica. Los pacientes experimentan poliuria, que conduce a la deshidratación, y polidipsia, y polidipsia. Dado que la insulina es cada vez más ineficaz, el organismo no puede utilizar las calorías suficientes, con lo que se produce una pérdida de peso, a pesar de que los pacientes tienen más hambre y presentan polifagia. Estos pacientes refieren visión borrosa, como consecuencia de alteraciones de la forma del cristalino debido a las alteraciones osmóticas inducidas por hiperglucemia. También presentan mayor propensión a determinadas infecciones, en especial las fúngicas y estafilocócicas.

Manifestaciones orales y prevención. Está ampliamente aceptado que existe una relación directa entre la diabetes mellitus y enfermedades dentales. Los signos y síntomas clínicos pueden estar en relación con cambios salivales y dentales, alteraciones parodontales de la mucosa, infecciones oportunistas, y alteración en la curación de heridas. Una alteración frecuente del paciente

⁴³ Abrams William. El manual Merck de geriatría pp 853

⁴⁴ ibidem pp 854.

con diabetes no controlada es la xerostomia, la deshidratación de los tejidos orales y a neuropatía pueden contribuir a los síntomas de dolor bucal generalizado, alteración del gusto y sensación de quemazón. "De forma secundaria ala xerostomia, puede observarse un aumento de la actividad de canes, sobre todo en la región cervical, y la odontalgia y dolor ala percusión, inexplicable pueden explicarse por una artentis pulpar debida a microangiopatias."⁴⁵

Los cambios microvasculares observados en otros tejidos, como el músculo esquelético o el tejido renal, también se encuentra en el tejido gingival.

Se ha observado que las infecciones orales, en forma de abscesos penapicales o penodontales, y la enfermedad penodontal activa, los pacientes diabéticos requieren dosis de insulina menores.

La curación de las hendas y el aumento de la susceptibilidad de infecciones son producida por a disminución de la actividad fagocítica, reducción de la diapédesis, retraso de a quimiotaxis, cambios vasculares que conduce ala reducción del flujo sanguíneo y alteración de la producción de colágena.

El paciente diabético bien controlado y sin otros problemas médicos asociados o concurrentes puede recibir tratamiento dental sin modificación de los protocolos dentales. y el que no esta bien controlado se debe retrasar el tratamiento dental efectivo o as intervenciones quirúrgicas, hasta que se regule su nivel de glucosa

Se ha observado que los corticoesteroides aumentan os niveles de glucosa sanguínea, mientras que las sulfas incrementan os efectos hipoglucemicos de los agentes hipoglucemiantes tipo sulfonilurea *⁴⁶

En todos los pacientes diabéticos es importante reducir al máximo el dolor
Se ha observado que el estrés agudo aumenta la liberación de adrenalina, eleva la eliminación de corticoesteroides y disminuye la secreción de insulina, conduciendo a un incremento de la glucosa sanguínea y ácidos grasos libres.

⁴⁵ Rose: Medicina interna en odontología Pp 1425

⁴⁶ ibidem pp 1426

La adrenalina tiene una acción contraria a la de la insulina. Aumenta los niveles de glucosa estimulando la glucogenolisis y aumentando los niveles de ácidos grasos libres por potencialización de la lipólisis. La consecuencia de la adrenalina endógena estimulada por el estrés es de mayor preocupación mucho mayor que las pequeñas cantidades administradas en los anestésicos locales, sobre todo en pacientes mal controlados, en los que las complicaciones cardiovasculares son as frecuentes. Puesto que las infecciones odontológicas y otras infecciones orales puede producir complicaciones en la regulación y control de la diabetes, nos incumbe tratarlas y eliminarlas

En conclusión, es indispensable elaborar una buena historia clínica, en el paciente diabético o con sospecha del mismo. La gravedad y el grado de control deben de establecerse antes de decidir el tratamiento

Hiperadrenocorticismismo (Cushing)

Se produce como consecuencia de una exposición excesiva y prolongada a la acción de las hormonas glucocorticoides. En las formas endógenas puede haber aumento de la secreción de mineralocorticoides, andrógenos o estrógenos o suprarrenales. El síndrome de Cushing exógeno se debe a la administración de glucocorticoides naturales o sintéticos

Cuadro clínico. Cara de luna llena, obesidad centripeta, miopatia esteroide, debilidad muscular, hipertensión arterial, trastornos psicicos, intolerancia a la glucosa, osteoporosis y litiasis renal

Si sin tratamiento se produce una exacerbación gradual de todas las manifestaciones clínicas de la enfermedad que conducen a la muerte, en general por enfermedad cardiovascular

Prevención. Debeos estar al corriente de los graves procesos que pueden acompañar, incluyendo hipertensión, insuficiencia cardiaca, diabetes mellitus, osteoporosis, ccatrizacion detenorada y depresión emocional

Addison. Insuficiencia suprarrenal primaria.

Se instaura cuando ambas glándulas suprarrenales quedan destruidas, la causa más frecuente de la citada destrucción era la tuberculosis, mientras que actualmente, en la mayoría de los casos se trata de una adrenalitis atrófica de probable patógenia autoinmune

Manifestaciones. De forma característica los pacientes afectados presentan hiperpigmentación cutánea y mucosa. Se manifiesta en forma de una coloración bronceada de las zonas expuestas a la luz, como la cara, el cuello y el dorso de las manos. También se observa hiperpigmentación de la mucosa oral, en las encías a lo largo de la línea de implantación dentaria, en la lengua y en la conjuntiva. La secreción disminuida de andrógenos suprarrenales es la responsable de la reducción incluso la pérdida de vello axilar y pubiano y de la disminución de libido en las mujeres.

Los pacientes que están tomando esteroides presentan dos problemas potenciales: el aumento de la susceptibilidad de infección y la posibilidad de una crisis suprarrenal.

Los pacientes que toman corticoesteroides tienen un riesgo aumentado de desarrollar infecciones dentales graves, ya que los corticoesteroides alteran la respuesta inflamatoria normal del huésped. La probabilidad de infección puede reducirse al mínimo empleando técnicas atraumáticas y asépticas, y mediante terapéutica antimicrobiana apropiada.

El estrés inducido por infección, traumatismo, cirugía, anestesia y similares puede conducir a una crisis suprarrenal primaria o secundaria. En estos pacientes hay atrofia suprarrenal con inhibición de la producción de cortisol, causada por la supresión del sistema retroactivo, hipofiso-suprarrenal. El estrés físico o emocional, aumenta la demanda metabólica de corticoesteroides. El riesgo de una crisis suprarrenal aumenta generalmente con la intensidad y duración del estrés agudo.

Como prevención hay que combinar anestésicos locales de acción prolongada, con un buen tratamiento del dolor postoperatorio mediante medicación.

Hipertiroidismo.

En sentido amplio se denomina hipertiroidismo a la presencia de un trastorno funcional de la tiroides caracterizado por la secreción, y el consiguiente paso a la sangre, de cantidades excesivas de hormonas tiroideas en relación con necesidades del organismo.

Por lo contrario, la tirotoxicosis es el estado en que se encuentra el organismo cuando está expuesto a un exceso de hormonas tiroideas.

La tirotoxicosis suele ser producida por un hipertiroidismo, pero a veces puede deberse a la ingesta de cantidades excesivas de preparados farmacéuticos de hormona tiroidea o, en casos excepcionales a un origen extratiroideo, como un estroma ovárico. Las causas del hipertiroidismo son la enfermedad de Graves, el adenoma único hiperfuncionante, el bocio multinodular, algunas formas de tiroiditis.

Manifestaciones clínicas. El hipertiroidismo en el anciano transcurre de forma aun más oculta que el hipotiroidismo, los pacientes de edad avanzada presentan menos síntomas clásicos que los pacientes jóvenes. Las características clínicas en el anciano son:

- Glándula tiroides de menor
- Bocio multinodular
- Menos taquicardia
- Más arritmias
- Más angina de pecho
- Mas pérdida de peso
- mas apatía
- mayor debilidad muscular.
- mayor depresión
- y hepatomegalia

Otras manifestaciones son que el paciente presenta una piel facial que es caliente y húmeda, y a menudo muestra sofocación. En la piel puede

aparecer una pigmentación blanca excesiva, y el pelo del paciente puede ser fino y friable.

Los signos oculares se distinguen fácilmente como es un parpadeo infrecuente, pupilas dilatadas, protusión de los globos oculares y se puede producir estrabismo. "Existe una tendencia a la osteoporosis del hueso alveolar en el paciente hipertiroideo. Estos pacientes parecen también desarrollar caries y enfermedad periodontal a un ritmo rápido."⁴⁷

Prevención. En los individuos hipertiroideos, el estrés emocional, los traumatismos y la cirugía han desencadenado una crisis tiroidea que puede ser mortal. En el caso de una urgencia dental en un paciente hipertiroideo, como la infección oral aguda, debemos consultar al médico en lo que respecta al tratamiento de urgencias. A menudo es aconsejable un tratamiento conservador, consisten en antibióticos y analgésicos. Si la terapéutica ha de emprenderse inmediatamente, lo mejor es llevarla a cabo en el ambiente controlado de una sala de operaciones.

Osteoporosis

Trastorno metabólico caracterizado por una disminución gradual en la masa ósea absoluta, con preservación del proceso de mineralización esquelética. La disminución de la densidad ósea determina una mayor propensión a la fractura, que pueden ser producidas por movimientos o accidentes aparentemente insignificantes.

Etiología

Existen dos tipos de osteoporosis primaria, que es el trastorno que presentan la mayoría de los individuos con enfermedades óseas metabólicas. La osteoporosis de tipo I, u osteoporosis posmenopáusicas se produce entre los 51 y 75 años, afecta a las mujeres con una frecuencia 6 veces mayor a los hombres, y es el responsable en gran parte de mayor número de fracturas osteoporóticas.

⁴⁷ Rose: Medicina Interna en Odontología. Pp 1320

La osteoporosis tipo II es una fase lenta y prolongada de pérdida ósea en relación con la edad.* Predomina en personas mayores de 70 años y afecta el doble de mujeres que hombres. También se le denomina osteoporosis involutiva o senil.**48

Esta se asocia a una pérdida ósea gradual relacionada con la edad. Dado que la densidad disminuye no solo en el hueso trabecular sino también en el cortical, esta da lugar a fracturas femorales y vertebrales. Mientras que las alteraciones endocrinas posmenopáusicas son probablemente, las responsables de la osteoporosis de tipo I, se cree que la de tipo II es consecuencia de variaciones en la síntesis de vitamina D asociadas al envejecimiento.

La osteoporosis secundaria tiene varias causas que son:

- Endocrinopatías: Hiperparatiroidismo, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo y hipogonadismo
- Fármacos y drogas: Corticoides, barbitúricos, fenitoína, heparina, alcohol, tabaco
- Otros: Diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, hepatopatía, síndrome de mala absorción, EPOC, artritis reumatoide

Manifestaciones orales El hueso alveolar es muy susceptible de osteoporosis, en particular en los pacientes que han perdido dientes y han desarrollado atrofia por desuso. El hueso alveolar pierde a menudo su capa cortical, los bordes residuales son agudos y están cubiertos de espículas por resorción irregular. En algunos casos, se pierde tanto hueso alveolar que los maxilares se hacen planos. *A disminución de masa ósea con reducción de la densidad y ampliación de los espacios óseos hace al hueso poroso y frágil, lo que aumenta el riesgo de fractura de mandíbula, esto puede ocurrir durante el tratamiento dental.* 49

*48 Abram William: El manual merid de geriatría. Pp 765

**49 Rose: MEDICINA Interna EN odontología, pp 1327

La osteoporosis del maxilar va acompañada de un aumento del tamaño de los senos paranasales, a menudo con marcado adelgazamiento del hueso. En pacientes que conservan bien los dientes esto da como resultado, un seno maxilar que se extiende profundamente entre las raíces de los dientes. Los canales por los que de forma habitual pasan los nervios dentales superiores están perdidos y los nervios suelen estar situados en el revestimiento antral. En estos casos, una inflamación del seno es probable que produzca un dolor referido en los dientes del maxilar, también aumenta la probabilidad de una fractura

La mucosa de sostén en los individuos osteoporóticos que llevan dentaduras puede volverse sensible a los traumatismos producidos por el material básico de la dentadura. Por lo tanto, las bases deben ser recubiertas con un material blando y la oclusión cuidadosamente equilibrada

TRANSTORNOS GASTROINTESTINALES.

Síndrome de mala absorción

Es un conjunto de signos y síntomas debidos generalmente a una excreción excesiva de grasa (esteatorrea) y diversos grados de mala absorción de vitaminas, electrolitos y agua, y mala digestión de carbohidratos y proteínas. El estado nutricional de los ancianos es influido por los efectos de la edad, sobre la digestión y absorción de nutrientes. El envejecimiento no afecta de forma importante la estructura y la función del páncreas exocrino, ni deteriora la capacidad digestiva

El individuo anciano bien nutrido tiene una menor superficie de mucosa con una ligera reducción de altura de las vellosidades y una preservación normal de altura de los enterocitos, del número de linfocitos intraepiteliales y la celularidad de la lamina propia. La lactasa y la fosfatasa alcalina del borde del cepillo yeyunal disminuyen con la edad, mientras que otras disacidasas se mantienen relativamente estables, empezando a disminuir a partir de la séptima década de la vida. La absorción de la grasa es normal, pero de las

vitaminas A y K liposolubles esta aumentada, mientras que de la vitamina D se halla disminuida.

Así pues los trastornos de la absorción y la digestión en el individuo de edad avanzada no están en relación con procesos fisiológicos sino se deben a situaciones patológicas.

La mala absorción puede clasificarse en tres grupos fisiopatológicos:

1. - Mala digestión intraluminal secundaria a insuficiencia pancreática, sobrecrecimiento bacteriano intraluminal y enfermedades de la vía biliar.
2. - Lesiones mucosas debidas a enfermedad celíaca, enfermedad de Crohn o resección ileal
- 3 - Disfunción linfática, por ejemplo en la fibrosis retroperitoneal, la linfagiectasia intestinal y las enfermedades malignas retroperitoneales. En el anciano tres son la causa de la mala absorción, la enfermedad celíaca, los síndromes de sobrecrecimiento bacteriano y la insuficiencia pancreática.

GASTRITIS ATROFICA

La gastritis atrófica se caracteriza por un aumento en el número de las células inflamatorias en las paredes del estómago y diversos grados de atrofia de la mucosa gástrica. En general se cree que este tipo de gastritis tienden a ser progresiva y que a la larga puede evolucionar hacia una atrofia gástrica. Esta última es un trastorno más difuso, caracterizado por una disminución en el número de células secretoras (tanto principales como apéndiceles) en la mucosa del cuerpo y el fondo gástrico. En general, estas alteraciones de la mucosa gástrica que se producen con la edad tienden a estar correlacionadas con una disminución de la secreción gástrica.⁵⁰

Existen dos tipos de gastritis atrófica: el tipo A es una gastritis más difusa que no afecta el antro y que suele asociarse a la presencia de anticuerpos circulantes contra las células apéndiceles, así como una disminución de la producción de ácido y unas concentraciones bajas de gastrina elevada. Pueden evolucionar hacia característica anemia perniciosa. La gastritis tipo B

⁵⁰ Abram William. El manual Merck de geriatría. Pp541

es un trastorno antral más focal, que se asocia a una menor reducción de la secreción ácida, a unas concentraciones séricas de gastrina normales y la ausencia de anticuerpos contra las células parietales.

Los pacientes con estos trastornos suelen estar asintomático, aunque pueden presentar úlceras gástricas benignas. Tiene gran importancia clínica la posibilidad de aparición de enfermedades malignas tanto en la gastritis atrófica como en la atrofia gástrica, entidades que comparten el carácter de premalignidad de la anemia perniciosa.

Úlcera péptica

Ulceración de la mucosa que penetra a través de la muscular de la mucosa y afecta las áreas bañadas por ácido y pepsina. Esta es de origen multifactorial que se caracteriza desde un punto de vista anatomopatológico por lesión localizada y, en general, solitaria de la mucosa del estómago o del duodeno.

Aunque la úlcera duodenal es la forma predominante de la ulceración péptica en los individuos jóvenes, en el anciano predomina la úlcera gástrica, que es más probable que pueda originar la muerte del paciente. Estas parecen benignas pero un porcentaje de ellas son malignas. Cualquier úlcera persistente debe provocar la sospecha y ser tratada con cirugía. Los pacientes de edad avanzada tienen el riesgo especial de complicaciones especiales de complicaciones importantes como la perforación, la hemorragia y la obstrucción.⁵¹

Dado que una úlcera cicatriza más lentamente en el anciano, en ausencia de complicaciones deben transcurrir al menos 6 semanas de tratamiento antes de efectuar cualquier tratamiento.

Úlcera duodenal. Los varones de edad avanzada presentan en ocasiones un dolor abdominal alto, que a menudo se irradia hacia la espalda. Este dolor se localiza en el epigastro y suele describirse como ardor, dolor o sensación de hambre dolorosa. Suele presentarse a un ritmo horario relacionado con la ingesta. Suele presentarse a un ritmo relacionado con la ingesta de

⁵¹ Abrams William. El manual mérc de geriatría. Pp 613

alimentos, los síntomas aparecen de 1*3 horas después de la ingesta y cede con la ingesta de alimentos o alcalinos.

"La causa son diversos factores, como son el aumento de la secreción ácida y actividad péptica. Alteraciones de los mecanismos defensivos de la barrera mucosa y el empleo de AINES." ⁵²

El paciente dental con enfermedad ulcerosa péptica requiere cuidados especiales en los aspectos generales del tratamiento: medicamentos, pauta de conducta frente a las situaciones de tensión y cirugía oral

Prevención

-Valorar las posibles interacciones medicamentosas y los efectos adversos

- Debe evitar el consumo de aspirina o analgésicos que contengan, fenilbutazona, esteroides y AINES
- Paracetamol o cualquiera de sus compuestos, o el clorhidrato de propixifeno, son los analgésicos de elección
- Los anticolinérgicos, que se emplean para el tratamiento de la úlcera péptica, pueden causar xerostomía, lo que aumenta el porcentaje de caídas y disminuye el grado de retención de las prótesis. Se puede recurrir al uso de fluoruros, adhesivos o a la saliva artificial
- Los antiácidos contienen generalmente sales de calcio, de magnesio o de aluminio, que se unen a los medicamentos administrados por vía oral, como la eritromicina y la tetraciclina. Esta ligazón da lugar a que la absorción de los antibióticos disminuya incluso hasta un 80%, por lo que ambos fármacos han de separarse de una hora
- Se reducirá la tensión, y el tiempo de las consultas
- *Debido a que los pacientes con enfermedad ulcerosa péptica pueden presentar hemorragias ocultas con anemia crónica, debemos practicar

⁵² Ruizman C. Inl. Compendio de medicina interna. Pp. 23

un hemograma completo e investigar las cifras de hematocrito y hemoglobina antes de proceder a la cirugía oral o periodontal.⁵³

Demencia senil tipo Alzheimer.

Enfermedad neuropsiquiátrica progresiva propia del envejecimiento que se observa en adultos de mediana edad, y en particular en ancianos, que afecta la sustancia cerebral y se caracteriza por pérdida inexorable de la función cognitiva así como trastornos afectivos y de la conducta.

Etiología La enfermedad parece ser consecuencia de un proceso degenerativo caracterizado por una pérdida de las células de la corteza cerebral, el hipocampo y las estructuras subcorticales, que incluye pérdida celular selectiva en núcleo basal de Meynert, así como la presencia de placas neuríticas o seniles. La somatostatina, factor liberador de corticotropina y otros neurotransmisores están significativamente reducidos. También existe un déficit de utilización en el cerebro. La etiología parece ser familiar en aproximadamente 50% de los casos y esporádica en el otro 50%.⁵⁴

Signos y síntomas Se caracteriza por pérdida de la memoria reciente, incapacidad para aprender y retener nueva información, problemas de lenguaje, labilidad del estado de ánimo y, posiblemente, cambios en la personalidad. Los pacientes pueden tener una dificultad para realizar actividades de la vida diaria, puede aparecer irritabilidad, hostilidad y agitación como respuesta a la pérdida del control y la memoria. Esto es en un estadio inicial.

En un estadio intermedio. El paciente es completamente incapaz de aprender y recordar nueva información. Con frecuencia se pierde, y a veces hasta el punto de ser incapaces de encontrar su propio territorio o el baño. El paciente necesita ayuda para las actividades de la vida diaria. En esta fase el

⁵³ Rose. Medicina Interna en Odontología. Pp 1200

⁵⁴ Abrams, Williams. F. manual Merck de medicina. Pp 1005

paciente ha perdido completamente el sentido del tiempo y espacio. Aquí suele ser necesarios fármacos neurolépticos o ansiolíticos para estabilizar al paciente.

En el estadio grave o terminal, el paciente es incapaz de andar, es totalmente incontinente y no puede realizar ninguna actividad de la vida diaria. A veces son incapaces de deglutir y pueden requerir alimentación por sonda nasogastrica. Hay un riesgo de neumonía, malnutrición y necrosis por presión de la piel. El paciente no puede referir sintoma alguno.

Complicaciones.

Las complicaciones son de tres tipos: de comportamiento, psiquiátricas y metabólicas. Las complicaciones de comportamiento, incluyen hostilidad, agitación y falta de cooperación, la depresión, la ansiedad y las reacciones paranoides son complicaciones psiquiátricas frecuentes. Puede haber problemas metabólicos, por ejemplo deshidratación, infección y toxicidad a fármacos, que empeoran el tratamiento cognitivo y hace más difícil el tratamiento del paciente.

*Diagnostico Histona clínica, exploración física y pruebas complementarias, ya que el diagnostico definitivo solo puede establecerse a partir de tejido cerebral, obtenido mediante una biopsia *⁵⁶

En lo que se refiere a las pruebas complementarias, en evaluación psicológica la mencionamos

⁵⁶ Abrams, William. El manual Merck de geriatría pp 1006.

CONCLUSIÓN.

Al comenzar esta tesina, mis razones personales eran muchas, ya que mi anterior experiencia en Cruz Roja, me hacia preguntarse, hasta donde debo saber evaluar a una persona y lo más interesante como lo lograría.

A lo largo de esta tesina concluí, que la importancia de evaluar al paciente es vital. Ya que una historia clínica no basta, me servirá de inicio pero no es suficiente. Como lo remarque en muchas ocasiones, existen patologías, que tienen ciertas características que por nuestra falta de experiencia no las notamos. Recuerdo unas palabras de la directora de esta tesina, la mayoría de los padecimientos pasan de ser percibidos por el cirujano dentista, y esto es verdad

Nosotros como personal de salud debemos saber evaluar a nuestros pacientes no solo la boca, si no debemos evaluarlo como lo que es un individuo con características personales, propias de cada uno. ¿Hasta donde? no como un medico especialista, si no tener los conocimientos suficientes para comenzar un tratamiento odontológico seguro

Esta tesina hemos tratado de estructurar una manera fácil de cómo podríamos evaluar clínicamente a nuestros pacientes, tratándola de hacerla propia para el Cirujano dentista

Pero la interrogante sigue ¿cómo lo lograría? Solo existe una forma, que la exploración clínica general sea parte integral de mi historia clínica, que sea algo habitual para nosotros. Y sobre todo, que tengamos la oportunidad de experimentar clínicamente las diferentes patologías que existen, ya sea a través de hospitales, centros de salud, etc. Aquí es aplicable esto, ya que si lo estudio posiblemente lo entienda, pero si lo veo probablemente lo

recuerde, pero si lo toco es más seguro que lo aprenda, todo esto es indispensable para el entendimiento clínico.

Debemos poner especial énfasis en nuestros pacientes, sobre todo genátncos y pediátncos, ya que al evaluarlos integralmente, posiblemente podríamos contnbuir a que tengan una mejor calidad de vida

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Abrams, William B, Berkow, Robert. El Manual Merck de Geriatria. ED. Doyma, M
- 2.-Abreu, Luis Martín. Fundamentos del Diagnostico. ED. Méndez. 9ª ED, México, D.F, 1996.
- 3.-Brees, Mark H. Manual Merck Diagnostico y Tratamiento Ed. Arcota, Barcelona España.
- 4.-Bates Bárbara Propedéutica Medica Ed Mc Graw Hill, 5 Ed. México, 1992.
- 5.-Cuevas Francisco. Manual de Técnica Medica Propedéutica 7ª Ed. . México, D F, 1998
- 6.-Deguchi José y Ozawa Estomatología Genática ED Trillas, México, 1994
- 7 -Fuente nebro, Filiberto y Carmelo Vázquez Psicología Médica, psicopatología y psiquiatría Ed Interamericana Vol II, Madrid España, 1990.
- 8 -Guinta John L. Patología Bucal Ed Interamericana Mc Graw Hill, México, 1991
- 9 -Goic Alejandro, Chamorro Gastón Semiología Médica. ED Mediterráneo, Santiago Chile, 1989
- 10 -Klusek, helen y Minnie Bowen Diagnóstico Clínico Ed Interamericana, México, 1996
- 11 -Linch, Brightman Medicina Bucal de Burket Ed Mc Graw Hill, 9ª Ed. México D F
- 12 -Little, James Odontología en pacientes con patología previa Ed Medica S A, Barcelona España, 1986
- 13 -Porter, Stephen R Cnspias Scully Medicina y Cirugía para Odontólogos. Ed.Churchill Livingstone,1993

- 14.-Rosman, Ciril Compendio de medicina interno. Ed. Harcourt Brace. E.U, 1997.
- 15.-Rose L Kaye D. Medicina interna en odontología. Ed Salvat Barcelona España 1992.
- 16.-Salgado Alberto y Francisco Guillen Manual de Genetría. Ed. Salvat, México D.F, 1994.
- 17.-Seidel Henry M. Manual Mosby de Exploración Física. Ed. Mosby Year, 2ª Ed. Barcelona, España,1993.
- 18.-Sunos Ballo, Juan Semiología Médica y Técnica Explorativa Ed. Masson S A, 7ª Ed. Barcelona, España, 1998
- 19.-Tierney, Lawrence y Maxine Papadaquis Diagnóstico clínico y tratamiento. Ed Manual Moreno, 33 Ed Santa fe Bogota, 1998
- 20.-Tortora Gerard y Nicholas P Prncipios de anatomía y fisiología. Ed Harfa, México, 1993
- 21.-Vademécum. Ed Reza Editores, 3ª ED, México D.F, 1994.