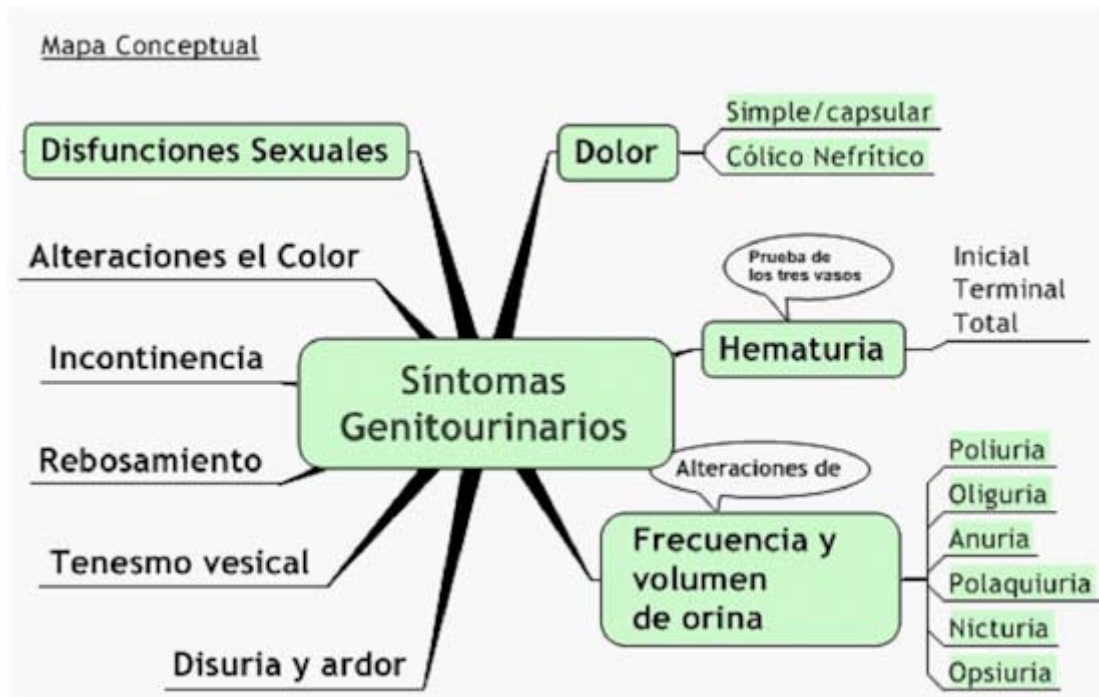


# GUÍA BÁSICA PARA LA CONFECCIÓN DE UNA HISTORIA CLÍNICA. EL INTERROGATORIO DE LOS APARATOS GÉNITOURINARIO, HEMOLINFOPOYÉTICO, ENDOCRINO Y NERVIOSO.

## Introducción

Este es el cuarto de una serie de trabajos dirigidos a estudiantes que cursan la carrera de medicina en Cuba, desde el IV al VI semestre. El objetivo de los autores es ofrecer un instrumento didáctico que permita la **orientación rápida** y la **práctica eficiente** en la confección de Historias Clínicas. La GUÍA es eminentemente orientadora y se vale de la síntesis, los recursos nemotécnicos y mapas conceptuales para su fácil comprensión. No pretende sustituir la utilización de los textos básicos y las obras enciclopédicas de semiología donde el estudiante cuenta con la información detallada y organizada para su correcta preparación, **SU OBJETIVO CARDINAL ES AYUDAR AL ESTUDIO EN LOS DÍAS PREVIOS A UN EXAMEN FINAL DE SEMIOLOGÍA**, cuando el tiempo no alcanza para volver a leer miles de páginas.

## Sistema Genitourinario



- **DOLOR.** El dolor de origen renal comprende dos modalidades:

**Dolor simple o capsular:** localizado en región lumbar, con poca irradiación, de poca intensidad, lenta instalación, aumenta con la marcha y los movimientos.

**Valor:** expresa proceso inflamatorio o neoplásico irritando la cápsula renal o las estructuras vecinas. Cuando se produce una instalación lenta del dolor se relaciona con la nefritis.

**Cólico nefrítico:** dolor paroxístico (se afirma que uno de los más intensos que percibe el humano), aparece bruscamente y alcanzar enseguida su acmé. En ocasiones hay síntomas prodrómicos, como pesadez lumbar o de flanco, hematuria o polaquiuria.

**Localización:** la más típica en una de las regiones lumbares; pero en ocasiones su ubicación es en el abdomen (puede confundirse con otras condiciones dolorosas).

**Irradiación:** siguiendo el trayecto del uréter, hacia abajo y adelante (hasta el testículo en el hombre y el labio mayor en la mujer); hacia la cara interna del muslo y hacia el ano; hacia el epigastrio y el mesogastrio.

**Valor:** expresa distensión pieloureteral aguda determinada por un obstáculo al libre flujo de la orina.

- **HEMATURIA.** Emisión de orina con sangre. Puede ser macroscópica o microscópica. Descartar: pseudohematurias (p.ej. sangre del útero), hemoglobinurias (trastornos hemoglobínicos = hacer cateterismo uretral).

Valor: Apunta a múltiples diagnósticos etiológicos (tumores, infecciones. Litiasis, entre otros). El momento en que ocurre la hematuria ayuda a su localización topográfica aproximada, para ellos se utiliza la clásica "Prueba De Los Tres Vasos", cuyo resultado puede ser de hematuria inicial o del primer vaso (indica sangramiento de la uretra) hematuria terminal o del tercer vaso (sangre de la vejiga); y la hematuria total o de los tres vasos (sangramiento localizado a cualquier nivel, aunque suele ser renal o ureteral).

- **Poliuria.** Es el aumento del volumen total de orina en las 24 h por encima de 2 L. Pueden ser hipotónicas u osmóticas.
- **Oliguria y anuria.** Oliguria es la disminución del volumen total de orina en las 24 h, por debajo de 500 mL (diuresis horaria inferior a 20 mL). Anuria es la forma extrema de oliguria, con una diuresis inferior a 100 mL en 24 h, que puede llegar a cero. Oligoanuria es un término que abarca ambas etapas de un proceso único que se caracteriza por un bajo gasto urinario. Esta última puede ser prerrenal, renal y postrenal.
- **Nicturia.** Es la inversión del ritmo normal de eliminación de la orina; durante la noche es igual, e incluso mayor, que durante el día. Su valor semiológico es muy amplio, tanto en afecciones renales como extrarrenales: nefritis agudas o crónicas, riñón poliquístico, insuficiencia cardíaca congestiva, afecciones prostáticas, hipertensión portal, presencia de edemas de cualquier etiología, causas psíquicas, etcétera.
- **Opsiuria.** Llámase así al retraso en la eliminación del agua ingerida. Si una persona sana, sin déficit previo de agua, bebe un litro de agua en media hora, al cabo de dos horas habrá eliminado las tres cuartas partes y el resto, dos horas después.
- **Polaquiuria.** Micción muy frecuente, pero en cantidades muy pequeñas, de manera que la diuresis de 24 h puede ser normal o estar poco alterada. Se acompaña muy a menudo de tenesmo vesical y otros trastornos de la micción.
- **Disuria y ardor al orinar.** Dificultad para realizar el acto de la micción, determinada por algún obstáculo al curso normal de la orina desde la vejiga al exterior, o por cualquier causa que provoque un impedimento a una buena contracción vesical. En la mujer su mejor traducción es ardor a la micción (comúnmente por infecciones vulvovaginales, uretrales y vesicales).

Puede presentarse como:

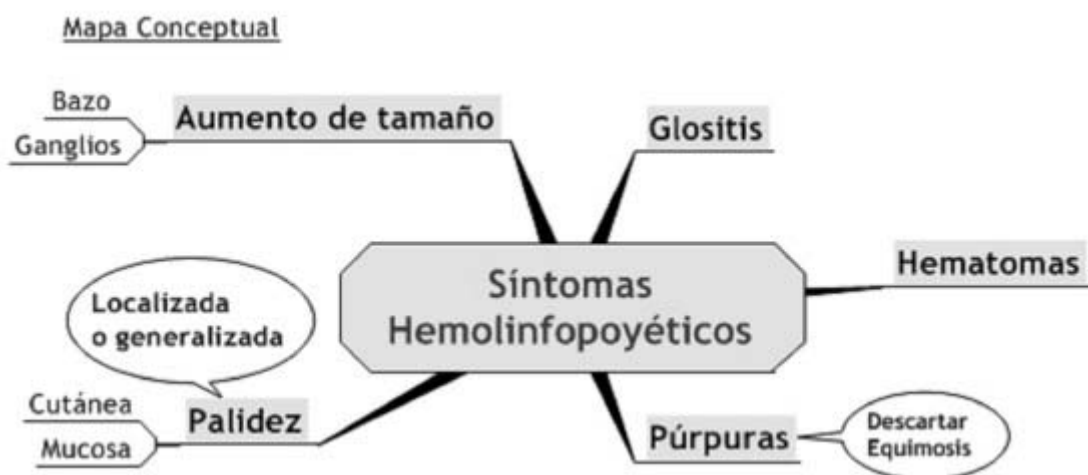
- **Micción lenta** (el acto de la micción se prolonga más tiempo que el normal).
  - **Micción retardada** (se prolonga el tiempo, desde el inicio voluntario del acto de la micción hasta el comienzo de la emisión de orina. Requiere usualmente un esfuerzo por parte del enfermo).
  - **Interrupción brusca del chorro** (típico de litiasis y tumores pediculados de vejiga).
- **Tenesmo vesical.** Es el deseo continuo, doloroso e ineficaz de orinar sin que la micción haga ceder las molestias. En cada micción se expulsa muy poca orina y a veces ninguna.
  - **Micción por rebosamiento.** La orina fluye gota a gota por el meato uretral. Se observa en los casos de vejiga atónica, distendida por un adenoma prostático y coexiste con un globo vesical.

- **Incontinencia de orina.** Es la incapacidad de la vejiga para retener la orina. Debe diferenciarse de la micción por rebosamiento.
- **Alteraciones del color de la orina.** El color puede variar de acuerdo con sus condiciones patológicas.
  - **Pardo rojiza** en estados febriles, por su mayor concentración y por la abundancia de uratos y uroeritrina.
  - **Amarillo intenso, color caoba** con cierto tinte verdoso en ocasiones, en los distintos tipos de ictericia, debido a los pigmentos biliares y a la urobilina en exceso.
  - **Rojizo o rojo** en las hematurias y en las hemoglobinurias).
  - **Color Café** si la orina es ácida y la hemoglobina se transforma en metahemoglobina y hematina.
  - **Parduzco** en la orina de varias horas de emitida, en los sarcomas melanóticos, alcaptonuria, hemoglobinuria paroxística nocturna en la primera micción de la mañana.
  - **Blanco amarillento, lechoso.** En las quilurias (presencia de linfa en la orina) y más raramente en las piurias muy intensas
  - **Rojo violáceo** en los raros casos de porfirinuria.
  - La presencia de ciertos medicamentos también puede colorear la orina (mercurocromo, azul de metileno, guayacol y muchos otros).
- **Disfunción sexual:** Las disfunciones sexuales masculinas se clasifican en: en **disfunción eréctil**, **eyaculación precoz** y **eyaculación retardada**. Las femeninas en **disfunción sexual general (frigidez)**, **disfunción orgásmica**, **dispareunia** (dolores asociados al coito) y **vaginismo** (espasmo de la musculatura del tercio externo de la vagina).

## Ginecológico

- **Dolor:** Se refiere al aparato genital y se localiza habitualmente en el hipogastrio (dolor uterino) o en las fosas ilíacas o lumbares (dolor de ovario). Menos frecuentemente se refiere en los genitales externos. Descartar el dolor que acompaña a la menstruación (dismenorrea). Preguntar características (utilizar recurso ALICIA FREDUSA). El dolor puede ser agudo o crónico.
- **Trastornos menstruales:** Desviaciones patológicas de la menstruación fuera de lo aceptado como ciclo menstrual normal (5 días  $\pm$  2 cada 28 días  $\pm$  7) que se repitan por tres meses o más.
  - **Hipermenorrea:** aumento en la cantidad diaria de sangre - usa más de 6 almohadillas.
  - **Hipomenorrea:** disminución en la cantidad diaria de sangre.
  - **Polimenorrea:** duración de más de 5 días.
  - **Oligomenorrea:** duración menos de 3 días.
  - **Amenorrea:** ausencia de menstruación por un período mayor de 3 meses.
  - **Opsomenorrea:** ciclos rítmicamente alargados; menstruación cada 5 semanas o más.
  - **Proiomenorrea:** ciclos rítmicamente cortos; menstruación cada 3 semanas o menos.
  - **Hiperpolimenorrea o menorragia:** aumento en la cantidad y duración.
  - **Hipoligomenorrea:** disminución de la cantidad y la duración.
  - **Opsoligomenorrea:** ciclos alargados en tiempo, con disminución en la duración en días.
  - **Metrorragia:** sangramiento uterino irregular independiente del ciclo menstrual.
- **Leucorrea.** Término vulgar: "flujo vaginal", "flujo", "Manchas". Es la salida al exterior del contenido vaginal aumentado y modificado, resultado de las secreciones o trasudaciones de los órganos genitales.

## Sistema Hemolinfopoyético:



- **Palidez cutáneomucosa:** Ausencia del tinte sonrosado de la piel; esta se presenta de color blanco, a veces con un ligero matiz amarillento. También se observan decoloradas, más o menos exangües, las mucosas; lo que se aprecia en la de los labios, la boca y en la conjuntiva. Habrá palidez siempre que se halle alterada la cantidad o la calidad sanguínea, el calibre o el número de los vasos sanguíneos de la dermis o cuando la epidermis aumente de grosor o disminuya su transparencia, interfiriendo el paso de la coloración roja de la sangre a través de ella, que en este caso puede estar normal.

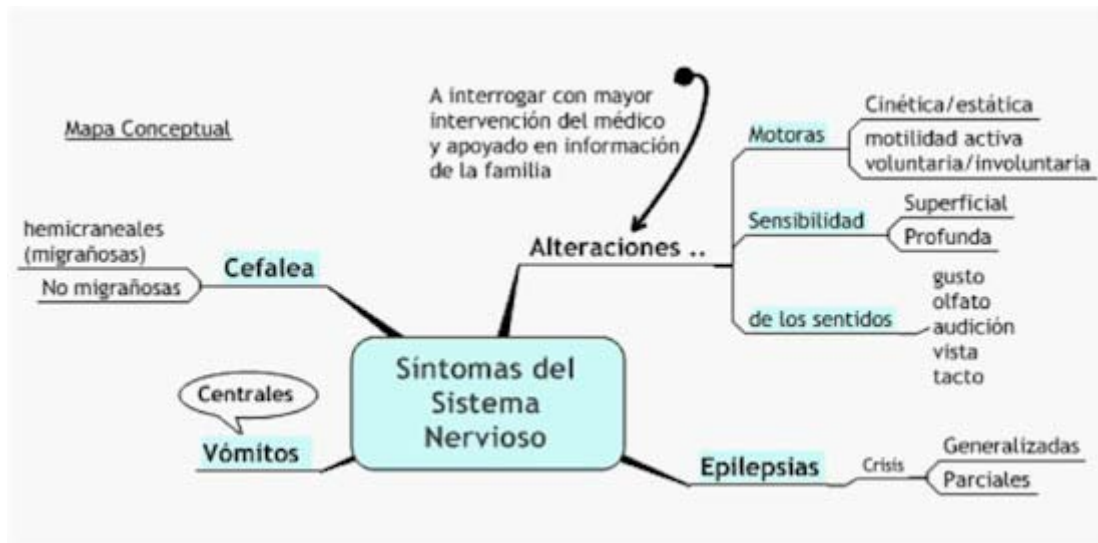
La palidez puede ser **generalizada** en todo el cuerpo o **localizada** en una parte de él o en un miembro, por ejemplo, en una porción del mismo. De acuerdo con la intensidad de la coloración, se describe una palidez ligera, mediana o intensa. Según el tinte especial que presentan se distingue:

- **Palidez alabastrina** (del alabastro) y la **palidez cérea** (como la cera) observadas en ciertos estados anémicos
  - **Palidez pajiza** (color amarillo semejante a la paja): observado en los cancerosos.
  - **Palidez verdosa**, observada en la clorosis (tipo especial de anemia).
  - **Palidez térrea o terrosa** (pigmentación oscura de la cara sobre todo), se observa en el paludismo y en algunas enfermedades del hígado.
- **Glositis:** Se observa en la anemia perniciosa. La lengua está inflamada, irritada, se atrofian las papilas linguales y el paciente se queja de ardor y molestias dolorosas. El color rojo ajamonado que adquiere la lengua puede extenderse a todo el dorso de la misma o limitarse a los bordes. A veces se acompaña de estomatitis.
  - **Púrpura:** La púrpura o lesiones purpúricas son hemorragias espontáneas a la vitropresión. Se observan principalmente en las alteraciones plaquetarias o vasculares.
  - **Hematoma:** Son colecciones de sangre mayores que las equimosis y se observan en los traumatismos, en el déficit de factores de la coagulación, o en el exceso de anticoagulantes. El hematoma no es una púrpura.
  - **Aumento del bazo y de los ganglios.** Tanto la esplenomegalia como las adenopatías son signos de relevante importancia en hematología e implican una invasión importante del tejido linforreticular.

## Sistema Endocrino

- **Astenia:** Es la pérdida de energía o la ausencia total de fuerza con sensación de agotamiento o cansancio. Su significado es distinto al de fatiga, que es un estado fisiológico. Los pacientes la refieren como debilidad, cansancio, agotamiento, falta de energía, etc. Hay incapacidad para realizar lo que ellos hacían antes normalmente o lo que otros hacen con facilidad.
- **Poliuria:** Es el aumento del volumen total de orina en 24 horas mayor de 2L.
- **Polidipsia:** Se presenta como una sensación excesiva de sed que obliga al enfermo a ingerir grandes cantidades de agua, en ocasiones 15 L o más. Generalmente acompaña a la poliuria, dando lugar al síndrome poliúrico-polidíptico.
- **Polifagia:** Consiste en la exageración de los deseos de comer, y se caracteriza por un hambre voraz de cualquier alimento.
- **Obesidad:** Es el aumento del tejido adiposo por hipertrofia o hiperplasia de las células grasas. Se considera obeso todo paciente portador de más de un 20 % por encima del peso ideal o con un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup>.
- **Delgadez:** Aun cuando los términos clínicos de delgadez o adelgazamiento se utilizan indistintamente, son dos conceptos. En la delgadez, el individuo tiene un peso menor que el que le corresponde para su talla, edad y sexo, sin que presente ningún proceso patológico. El adelgazamiento o desnutrición es un proceso evolutivo y siempre patológico, que va, desde la utilización exagerada de las reservas hidrocarbonadas y grasas hasta la destrucción de los tejidos. Al grado extremo de desnutrición se le llama caquexia.
- **Aumento de volumen del tiroides (bocio):** Es el aumento de volumen o engrosamiento anormal de la glándula tiroides, independiente de su etiología. El bocio puede ser originado por tres tipos principales de alteraciones: hipertrofia e hiperplasia funcional, reacciones inflamatorias y neoplasias.
- **Exoftalmía o exoftalmos:** Es la proyección o protrusión anormal de los globos oculares. En algunos casos es tan acentuada que estos no quedan cubiertos completamente por los párpados. A causa de la protrusión ocular, el párpado superior está anormalmente elevado y los ojos parecen demasiado abiertos por la contractura del elevador del párpado superior, por lo cual la cara del enfermo adquiere una expresión de alarma o sorpresa. La exoftalmía puede ser bilateral o unilateral.
- **Alteraciones de la talla:** Constituye un motivo frecuente de consulta en niños. Encontramos dos grandes grupos que son el **Síndrome de talla baja** (por debajo de la mínima fisiológica: 1,5 m en el hombre y 1,38 m en la mujer) y el **Síndrome de talla alta** que aparece en menor proporción y tiende a preocupar menos a las madres.
- **Hirsutismo:** Es el aumento del vello corporal de la hembra, en zonas no habituales para su sexo. Por tanto, es un síndrome que solo tiene expresión clínica en la mujer y que se caracteriza por aumento del vello corporal y cambio en sus caracteres, en los sitios correspondientes al hombre. Debe distinguirse el hirsutismo de la hipertrichosis simple, que es un exceso de vello corporal, pero respetando la topografía normal de la mujer.

## Sistema Nervioso



- **Cefalea:** La cefalea puede constituir por sí misma un síndrome o formar parte como síntoma de otros síndromes (hipertensión endocraneana, síndrome meníngeo, hipertensión arterial, etc.). Entre sus clasificaciones y de acuerdo a su localización están las **hemicraneales o migrañosas** y las **no migrañosas**.

En este apartado se le pregunta al paciente si su dolor de cabeza aparece por crisis, su localización, si aparece siempre en el mismo lugar o hemicránea, si afloran las llamadas auras (avisos migrañosos) de carácter no doloroso y de tipo visual, si es pulsátil o con otros caracteres, si se acentúan con la luz o el ruido y mejora en la oscuridad, buscar el posible desencadenante (stress, alcohol, ciclo menstrual, insomnio y transgresiones dietéticas) y los síntomas acompañantes (nauseas, vómito o lagrimeo, rinorrea, etc.).

- **Vómitos:** Es un vómito de tipo central. El mecanismo de producción se limita a la estimulación directa de los centros vomitivos, como ocurre en las lesiones orgánicas del sistema nervioso central que aumentan la presión intracraneal (tumores, abscesos, meningitis, hemorragia meníngea, etc.) o bien su estimulación a través de la sangre ocasionada por diversas sustancias de acción emetizante.
- **Epilepsia:** Se denomina crisis o ataque epiléptico al cuadro electroclínico resultante de las descargas excesivas, hipersincrónicas, súbitas y recurrentes de una población neuronal más o menos extensa del cerebro. Se clasifican en **crisis generalizadas** o **crisis parciales**.

### Alteraciones del sistema nervioso a interrogar con mayor intervención del médico y apoyado en información de la familia:

- **Alteraciones de la sensibilidad:** La sensibilidad es la facultad de la corteza cerebral de reaccionar a los estímulos aportados a ella por las vías conductoras centrípetas, con un proceso de excitación que marcha paralelamente con un proceso psíquico. Los pacientes pueden referir alteraciones en la **sensibilidad superficial consciente** (tacto, temperatura y dolor), en la **sensibilidad profunda consciente** (se refiere a las sensaciones originadas en tendones, músculos, huesos, dermis profunda o articulaciones, ellas son: el sentido de presión o barestesia, el reconocimiento del peso de los objetos o barognosia y del objeto en sí o estereognosia, la sensibilidad vibratoria o parestesia y el sentido de posición o batiestesia. Los trastornos pueden presentarse como una hiperestesia, hipoestesia o anestesia total.

- **Alteraciones motoras:** El movimiento es una actividad muscular regida por el Sistema Nervioso Central. La motilidad puede ser **cinética** (determina, por medio de una o varias contracciones musculares, el desplazamiento de un segmento, un miembro o todo el cuerpo, en donde interviene el arco reflejo, el sistema extrapiramidal y el sistema piramidal) y **estática** (es aquella que una vez terminado el movimiento con desplazamiento, mantiene el segmento o todo el cuerpo, en la actitud a la que lo ha llevado el movimiento. Este tipo de movimiento fija, en lugar de desplazar y no es más que el tono muscular, intervienen tanto el sistema extrapiramidal como el cerebelo).

La motilidad cinética se divide, a su vez, en dos grandes categorías: **La motilidad activa voluntaria** (este tipo de movimiento se ejecuta mediante un acto volitivo, siempre está precedido de la representación mental consciente del movimiento que queremos ejecutar) y **la motilidad involuntaria** es la que se realiza independientemente de la voluntad del sujeto.

El paciente puede aquejar una parálisis (imposibilidad de realizar activamente el movimiento que corresponde a un músculo o a un grupo de músculos), una paresia que es un grado de incapacidad menor que la parálisis, en ella es posible realizar parcialmente el movimiento de un músculo o grupo de músculos, en este caso el movimiento es más lento, o menos armonioso. Es necesario diferenciar estos trastornos de la impotencia funcional (la causa es un proceso osteoarticular que impide el movimiento mecánico),

- **Alteraciones de los sentidos (gusto, olfato, audición, vista y tacto):** Muchas veces el enfermo nos informa que “no paladea” lo que ingiere; que lo que come o bebe le sabe igual. Otros enfermos se quejan de paladear un sabor soso. Las principales alteraciones encontradas son la **ageusia** (pérdida del sentido del gusto), la **hipogeusia** (disminución del sentido del gusto) y de conjunto con la exploración de la porción sensitiva del VII par craneal podemos encontrar una **parageusia** (confusión o perversión de los sabores).

Otras veces el enfermo refiere que ha perdido la olfacción de un lado (**anosmia unilateral**) o de ambas fosas nasales (**anosmia bilateral**), quizás solo refiere una disminución (**hiposmia**) u otros trastornos más complejos que se aclaran con la exploración del nervio olfatorio como es la **parosmia** (confusión de los olores) o presentar **alucinaciones olfatorias**.

Para las alteraciones de la audición de origen neurológico nos es útil también indagar. Podemos encontrar pacientes con zumbido en los oídos (**tinnitus**), con **hipoacusia o sordera** y con **paracusia** (es mejor la audición en medio de ruidos que en el silencio).

Los problemas en la visión requieren un detallado interrogatorio. Pueden aparecer defectos visuales como la **ambliopía** (es el defecto de la agudeza visual, o sea, la disminución de la visión), la **amaurosis** (es la ceguera completa, que puede ser congénita o adquirida), la **hemeralopía** (ceguera diurna), la **nictalopía** (ceguera nocturna), las cegueras para el color (**acromatopsia, monocromatismo, dicromatismo**), los **escotomas** (son los puntos ciegos anormales en el campo visual) y defectos en el campo visual (**hemianopsias**).

### **Referencias bibliográficas:**

1. Llanio Navarro, Dr. Raimundo; Perdomo González, Dr. Gabriel. Propedéutica Clínica y Semiología Médica. Editorial Ciencias Médicas, 2005. Tomo I y II.
  2. Roca Goderich, Dr. Reinaldo. Temas de Medicina Interna. La Habana .Editorial Ciencias Médicas, 4<sup>ta</sup> Edición, 2002. Tomos I, II y III.
  3. Álvarez Sintés, Dr. Roberto. Temas de Medicina General Integral. Editorial Ciencias Médicas, 2da Edición 2004. Volumen 1.
-

**Autores:**

**Marco J. Albert Cabrera (1)**

**Suiberto Hechavarría Toledo (2)**

**Yaima C. Pino Peña (3)**

**Aileén Gómez Hernández (4)**

**Arián Luís Rodríguez (4)**

**Arturo E. Rodríguez González (4)**

(1) Máster en Ciencias. Especialista de Primer y Segundo Grados de Medicina Interna. Especialista de Segundo Grado de Medicina General Integral Profesor Auxiliar. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.

(2) Máster en Ciencias. Especialista de Primer Grado de Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.

(3) Especialista de Primer Grado en Medicina general Integral.

(4) Alumnos de Sexto año de medicina. Policlínico Universitario Vedado.