

Examen Físico General. Técnicas de exploración:

El examen físico completo consta de tres partes:

1. Examen físico general.
2. Examen físico regional.
3. Examen físico por sistemas.

En este capítulo explicaremos las técnicas del examen físico general, que a su vez se subdividen en la exploración de:

- Marcha, biotipo, actitud y facies.
- Talla, peso y temperatura.
- Piel, mucosas y fanera (pelo y uñas)
- Tejido celular subcutáneo y panículo adiposo.

Marcha, Biotipo, Actitud y Facies

Durante la inspección, desde el primer momento del encuentro con la persona y el establecimiento de la comunicación, deben observarse estos detalles, por separado y en su conjunto, que permitan arribar a conclusiones.

Marcha:

El primero de los datos que recogemos por la inspección general es si el individuo deambula más o menos libremente, o si, por el contrario, está limitado, en mayor o menor grado, u obligado a permanecer sentado o en cama, cuando el examen se realiza en el hogar o en el hospital. Observe los movimientos de la persona, desde su entrada en la habitación, para evaluar los movimientos groseros de la marcha y la postura. Usted debe evaluar, además, si la persona experimenta dificultad o dolor cuando se para o se sienta, para realizar o no posteriormente un examen más específico.

También debe precisar si existen movimientos anormales que puedan indicar disfunción (tics, temblores, espasticidad, etc.)

Para un examen más específico pida a la persona que camine para detallar la función motora de movimientos groseros (marcha, postura, estancia) y la amplitud de movimiento de las articulaciones usadas para caminar.

La marcha normal es suave, usualmente acompañada de balanceo simétrico de los brazos. Cuando el caminar es normal, el talón debe tocar gentilmente el suelo con la rodilla extendida. El paso debe entonces transferirse armónicamente a lo largo del pie hacia el metatarso. Con la

rodilla ligeramente flexionada, el pie debe levantarse del suelo. Los movimientos al caminar deben ser coordinados.

Marchas Patológicas:

En la **marcha atáxica (taloneante)** el enfermo proyecta bruscamente el pie hacia delante y asienta a continuación de forma brusca el talón en el suelo. Se observa esta marcha en la tabes dorsal.

Otra marcha característica es la **marcha polineurítica o estepaje**, observada en las polineuritis o polineurorradiculitis de los miembros inferiores de distintas etiologías (diabética, alcohólica, arsenical). En ella se ve que el enfermo levanta la pierna en forma amplia, quedando el pie como colgando.

La **marcha guadañante o hemipléjica** de la hemiplejía espasmódica, es aquella en que el enfermo mueve la pierna afecta trazando un arco de convexidad exterior que recuerda el movimiento de la guadaña.

Es también digna de mencionarse la **marcha titubeante, asinérgica o cerebelosa**. Aquí el enfermo camina en zigzag (marcha de ebrio), tiene, además, desviación hacia uno u otro lado del punto de destino (lateropulsión), también tiene titubeo. Se ve en el síndrome cerebeloso

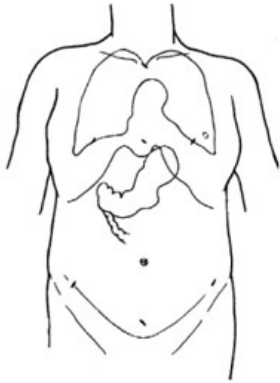
Biotipo o Hábito Externo:

Pasemos ahora a estudiar, también por la inspección general, la conformación corporal del sujeto, su hábito externo, lo que nos lleva a confrontar el importante problema de la constitución individual. En este momento solo haremos una breve alusión a esta trascendental cuestión a la que, por su importancia, consagraremos un estudio especial, en la Sección de Propedéutica Clínica.

Si observamos con atención la conformación corporal o hábito externo de los distintos individuos, comprobaremos que pueden separarse en tres grandes grupos:

- ✓ Unos presentan, por lo general, poca estatura, son más bien gruesos y corpulentos, tienen cuello corto, tórax ancho, ángulo costal epigástrico muy abierto, obtuso, musculatura bien desarrollada y extremidades relativamente pequeñas: son los **brevilíneos** o pícnicos
- ✓ Otros son, generalmente, más altos, delgados, de cuello y tórax alargados, ángulo costal epigástrico cerrado y agudo, musculatura pobre y extremidades largas: son los **longilíneos**.
- ✓ Finalmente, los **normolíneos**, constituyen el grupo intermedio con una conformación corporal armónica.

Tipo Brevilíneos:



Tipo Longilíneo



Tipo Normolíneo



Tipología tan marcadamente diferente hace presumir, una facilidad o predisposición distinta para contraer las enfermedades, así como una desigual resistencia frente a las mismas.

Actitud:

La postura, actitud o estancia se refiere a la posición que asume el individuo cuando está de pie o sentado y también, acostado.

La posición erecta es característica. En el estado adulto el hombre puede adoptar la actitud acostada, la sentada o la de pie. El recién nacido es incapaz de adoptar otra actitud que la acostada.

La actitud de pie es inestable y requiere la variación constante en la intensidad de la contracción tónica de los distintos grupos de músculos encargados de mantenerla, de acuerdo con las oscilaciones del cuerpo y las variaciones del peso que cada grupo muscular debe sostener en cada momento.

Para mantener la actitud de pie en condiciones normales, se requiere:

1. Integridad de la conciencia.
2. Integridad del sistema locomotor (huesos, articulaciones, músculos, tendones, ligamentos, etcétera).
3. Integridad de los mecanismos nerviosos encargados de mantener el tono muscular:
 - a) De los nervios periféricos.
 - b) De los centros medulares del tono.
 - c) De los centros superiores que regulan a los anteriores.

Actitudes Patológicas de pie:



Actitud en la Hemiplejia



Actitud de Tenor



Actitud en el Parkinson

La actitud adoptada cuando la persona está acostada (llamada "actitud en el lecho") es variable dentro de la normalidad y su importancia radica en las actitudes patológicas que puede asumir un paciente encamado.

Cuando examinamos un enfermo acostado debemos observar atentamente cuál es la posición que adopta en la cama, es decir, cuál es el decúbito (del latín decumbo: recostarse) que presenta. Distinguiremos un decúbito dorsal o supino, un decúbito ventral o prono y un decúbito lateral izquierdo o derecho, según el paciente se encuentre acostado sobre la espalda, sobre el vientre o sobre uno de sus costados. Algunos autores consideran también como decúbito la posición semisentada o sentada que se ven obligados a adoptar ciertos enfermos, especialmente los que sufren de intensa disnea.

El decúbito que presenta un enfermo puede ser el que adopta por su propia voluntad y fuerzas o puede ser aquel en que las fuerzas exteriores, especialmente la gravedad, lo coloquen, por encontrarse inerte, falta de fuerzas o inconsciente. En el primer caso, decimos que se trata de un decúbito activo; en el segundo, de un decúbito pasivo.

El decúbito pasivo se encuentra habitualmente en los casos en que el enfermo ha perdido el conocimiento o se halla extremadamente debilitado, sin fuerzas. Manifiesta una gran debilidad muscular y apatía mental. Observamos el decúbito pasivo en diversos estados morbosos, casi todos graves.

El decúbito activo es aquel en el cual el enfermo participa por su propia voluntad y fuerza; puede ser indiferente o forzado según se modifique o no a voluntad, sin inconveniente o molestia.

El decúbito activo indiferente ofrece poco interés semiológico.

Los decúbitos activos forzados se encuentran principalmente en aquellas enfermedades que se acompañan de disnea, dolor, parálisis, contracturas musculares o retracciones tendinosas, trastornos articulares, etcétera. Entre ellos tenemos:

Posición de ortopnea: Posición obligada de pie o sentada que adopta el paciente afecto de disnea intensa u ortopnea.



Signo del almohadón: En algunos casos de grandes derrames pericárdicos o de corazones considerablemente aumentados de volumen, se observan posiciones más forzadas aún. Algunos enfermos colocan sobre sus muslos una almohada, y permaneciendo sentados, se recuestan en ella adoptando una actitud muy peculiar que se ha descrito con el nombre de “signo del almohadón”



El **decúbito lateral forzado** u obligado, mejor expresado “preferido”, se observa principalmente en las afecciones del aparato respiratorio y está condicionado al dolor, la disnea y la tos con expectoración, presentes. Así los enfermos afectos de una intensa punzada de costado por neumonía o por pleuritis se acuestan por lo general sobre el lado sano, para no aumentar el dolor; puede observarse en los casos en que existen cavidades supurantes en el pulmón (cavernas pulmonares, bronquiectasias). En estos casos, el enfermo suele acostarse del mismo lado en que asienta la cavidad supurante; puede observarse también en los enfermos del corazón.

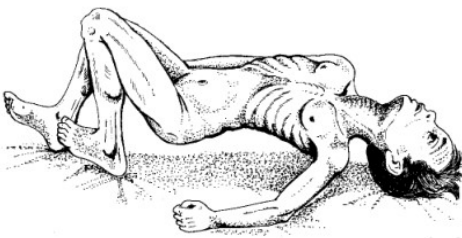
Decúbito dorsal o supino: Es adoptado por enfermos afectos de procesos abdominales agudos (apendicitis, peritonitis, colecistitis), y se acompaña con frecuencia de flexión de los

miembros inferiores, o de uno de ellos, el derecho, por ejemplo, como se ve en las inflamaciones apendiculares.

Decúbito prono o abdominal: Se adopta a menudo por los que sufren cólicos abdominales, como los cólicos que se observan en la intoxicación por el plomo, y que se alivian apreciablemente en esta posición. Igualmente se presentan en algunos casos de epigastralgias por úlcera, y los casos que sufren de ciertas lesiones de la columna vertebral, por ejemplo, tuberculosis vertebral.

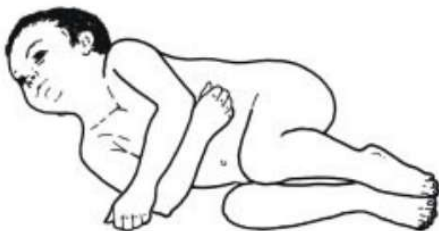
También se pueden observar, principalmente en enfermedades del sistema nervioso, las actitudes especiales siguientes:

Opistótonos: Es una actitud poco frecuente, en que el cuerpo descansa sobre la cabeza y los talones, arqueándose el tronco hacia arriba; el dorso se presenta cóncavo, hacia el plano de la cama, en tal forma que entre ambos puede pasarse la mano. Se observa en el envenenamiento por estricnina, en el tétanos, en las convulsiones de la rabia, en la histeria, en la epilepsia y, en un grado menor, en la meningitis.



Pleurotótonos: En esta actitud la corvadura del cuerpo es lateral, arqueándose sobre un costado, por contractura unilateral. Se observa, muy raramente, en el tétanos o en algunas afecciones de la columna vertebral o de la pleura.

Posición en gatillo de escopeta: En la meningitis tuberculosa, como consecuencia de la contractura muscular que determina la irritación de la corteza cerebral, el enfermo se encuentra en decúbito lateral, con ligera extensión de la nuca y marcada aducción y flexión de los muslos sobre el abdomen y de las piernas sobre el muslo, simulando su silueta un gatillo de escopeta



Facies:

Así se denomina el aspecto y la configuración de la cara, la expresión facial o fisionómica de la persona. Ante todo, debemos evaluar la simetría facial, tanto estática como en movimiento, comparando el lado derecho de la cara con el izquierdo, evaluando las arrugas de la frente, las cejas, los párpados, los ojos, los surcos nasogenianos y las comisuras labiales.

Si no hay ninguna asimetría, una mirada amplia, abriendo totalmente los ojos cuando habla, puede expresar ansiedad; el ceño fruncido y estrechar los párpados, denota disgusto; una mirada evasiva puede denotar timidez o tristeza.

La expresión facial que recogemos en el registro escrito de facies puede ser entre otras: tensa o ansiosa, interrogadora, colérica, alegre, triste, adolorida, inexpresiva, etc., aunque es preferible su descripción objetiva, seguido del significado que a nuestro juicio denota.

Falta Facies patológicas

Piel, mucosas y fanera (pelo y uñas)

Orientaciones generales

Explore la piel, membranas mucosas, el pelo y las uñas utilizando como técnicas básicas la inspección y la palpación.

Debe equiparse, además, de una cinta o regla métrica, para medir las lesiones de la piel, y de guantes para la palpación, si es necesario precaver el contacto con líquidos corporales. Inspeccione la piel y el pelo meticulosamente, a fondo, de la cabeza a los pies.

La inspección general de los tegumentos, al igual que para la inspección de cualquier otro aspecto, debe hacerse en un local con temperatura adecuada (20-25 °C) y con suficiente iluminación difusa, natural o artificial de tipo natural, que permita evaluar fielmente los colores y asegure un examen efectivo y meticuloso. En ciertos casos es útil también el examen a la luz incidente o tangente, porque se hacen así más aparentes ciertos detalles.

Deben examinarse los tegumentos en toda su extensión, descubriendo y observando, parte por parte, la superficie corporal; tratando siempre de tener los cuidados y el tacto necesarios para no herir el pudor y la delicadeza del sujeto; porque el pudor y las maniobras torpes alteran las condiciones físicas de la piel y predispone psíquicamente al examinado en contra del médico o del examinador.

Se complementa la inspección tegumentaria con el examen de la mucosa bucal y de las conjuntivas oculares. Si detecta anomalías, compare siempre el lado derecho e izquierdo del cuerpo.

Guía para el examen de la piel:

1. Inspección:
 - ✓ Color y pigmentación
 - ✓ Higiene y lesiones
2. Palpación:
 - ✓ Humedad
 - ✓ Temperatura
 - ✓ Textura y grosor
 - ✓ Turgencia y movilidad

Fanera (pelo y uñas)

La fanera está representada por producciones tegumentarias que se conocen también como anejos de la piel: los pelos y las uñas.

Pelo: Los pelos son producciones filiformes de la epidermis que no son similares en cuanto a su calidad y demás características, sino que varían de acuerdo con la parte del organismo que recubren y, por ello, reciben distinta denominación: cabello, los del cuero cabelludo; cejas, los de las arcadas supraorbitarias; pestañas, los de los bordes de los párpados; barba, los de la cara; bigote, los del labio superior; pelos –propriadamente dichos– los de las axilas, pubis y otras regiones del cuerpo (particularmente en el hombre); vellos, los pelos cortos, finos y claros de la cara y de algunas regiones del cuerpo de la mujer y del niño; y lanugo o pelusa, el pelo rudimentario, muy fino, muy corto y claro, que presenta el infante en la cara y en el cuerpo.

Examen del pelo: Se explora por medio de la inspección y la palpación, tratando de establecer las variaciones, tanto en estado normal como patológico, que puedan presentar sus características que son:

1. Cantidad.
2. Distribución.
3. Implantación.
4. Calidad, que se traducen en: aspecto, color, largo, espesor, resistencia y estado trófico en general.

Guía para el examen del pelo:

- ✓ Color y pigmentación
- ✓ Distribución. De acuerdo con el sexo
- ✓ Cantidad
- ✓ Textura y grosor
- ✓ Implantación
- ✓ Higiene

Ejemplo de registro del pelo: Pelo. Buena higiene; de color y pigmentación, cantidad, textura y distribución normales, de acuerdo con su edad, sexo y raza.

Uñas: Las uñas están representadas por las placas córneas del dorso de las falangetas de los dedos, que se forman debido a una especial queratinización de la piel de las mismas. En ellas se debe estudiar su forma, aspecto, resistencia, crecimiento y color, que pueden presentar alteraciones en las más diversas enfermedades internas, particularmente en las de orden metabólico, infeccioso, neurovegetativo, etcétera.

Guía para el examen de las uñas:

- ✓ Forma y configuración
- ✓ Color
- ✓ Tiempo de llenado capilar (menor que 3 segundos)

Nota: La uña normal crece alrededor de 0.5 mm por semana, es de color rosado, de superficie lisa, y consistencia elástica. La lúnula de color blanquecino ocupa la quinta parte de su superficie.

Ejemplo de registro de la uña

Uñas: forma y configuración, color, lesiones

Tejido Celular Subcutáneo

Al hacer este examen debemos recordar que normalmente en él se encuentra el tejido adiposo, luego es este el momento en que observaremos si el paciente mantiene un peso normal o si está delgado por haber disminuido o desaparecido su panículo; o, por el contrario, si está obeso por haber aumentado el mismo. También puede ser que en él se encuentren algunas sustancias.

Edema: Decimos que existe edema cuando el líquido o plasma intersticial que ocupa los espacios intercelulares o intersticiales, se encuentra patológicamente aumentado, su causa puede ser múltiple y de acuerdo a esta tendrá características diferentes.

Cuando exploramos el Tejido celular subcutáneo hacemos presión con un dedo sobre una zona donde debajo quede un plano duro (resistente) y de existir edema quedará una depresión llamada cazo o godet.

Modelo de Registro del Examen Físico General:

1. Biotipo. Normolíneo, brevilíneo, longilíneo.
2. Facies. Inexpresiva, alegre, ansiosa, colérica, triste, adolorida, etcétera.
3. Actitud o postura:
 - a) De pie y sentada. Erecta, correcta.
 - b) Acostada o en el lecho: Decúbito activo, no obligado (supino, prono, laterales).
4. Deambulación o marcha (fluidez y coordinación de los movimientos). Marcha fluida y coordinada.
5. Peso.
6. Talla.
7. Temperatura.
8. Piel. Color y pigmentación, humedad y turgencia, temperatura, elasticidad y grosor, movilidad, higiene y lesiones. (Si lesiones describir cantidad, localización, color, tipo, forma, tamaño, consistencia, sensibilidad, movilidad).
9. Mucosas. Color y humedad (normocoloreadas y normohídricas). Pigmentación y lesiones.
10. Pelo. Color y pigmentación, distribución, cantidad, textura y grosor, implantación e higiene.
11. Uñas. Forma y configuración, color, tiempo de llenado capilar. Lesiones.
12. Tejido celular subcutáneo (TCS). No infiltrado (prominencias óseas visibles, no huella o godet a la presión).
13. Panículo adiposo. Conservado, aumentado, disminuido.