

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“MEDICINA HUMANA”



- **Nombre del alumno:** Freddy Ignacio López Gutiérrez.

- **Nombre del docente:** Dr. Alfredo López López.

- **Nombre de la materia:** Antropología II

- **Nombre del trabajo:** Resumen de los capítulos de semiología 2 y 3.

- **Semestre:** Segundo semestre.

Capítulo 2

El examen físico es la exploración que practica personalmente el médico a todo individuo, a fin de reconocer la existencia o no de alteraciones físicas o signos producidos por enfermedad, valiéndose solo de los sentidos y de pequeños aparatos llevados consigo mismo, como el termómetro clínico, el estetoscopio y el esfigmomanómetro, para mencionar los más usuales. Las cuatro técnicas básicas de la exploración clínica son: la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación.

La inspección es la apreciación con la vista desnuda o cuando más con la ayuda de una lente de aumento, de las características del cuerpo en su superficie externa y de algunas cavidades o conductos accesibles por su amplia comunicación exterior, por ejemplo, boca y fauces.

Cuando se realiza el examen físico como tal, el examinado se colocará de pie, sentado o acostado, de acuerdo con lo que queremos examinar y con las limitantes físicas o facultativas que este pueda tener, y el explorador se situará frente al mismo, de espaldas a la luz, si la persona explorada está de pie o sentada, o al lado derecho si está acostada, cuando el explorador es diestro y al lado contrario cuando el que examina es zurdo.

La palpación es uno de los procedimientos más antiguos del examen físico. La palpación de los tegumentos se practica con la mano desnuda, salvo posibilidades de contaminación. En cambio, el tacto se realiza con la mano protegida, ya sea con dedos o guantes de goma, lubricados para facilitar la penetración.

La palpación puede ser monomanual o bimanual; es decir, con una sola mano o con ambas, bien por tener que emplear estas últimas separadas, sobrepuestas o yuxtapuestas.

La percusión puede ser practicada golpeando la superficie externa del cuerpo, con las manos desnudas o valiéndose de un instrumento especial llamado martillo percutor. Este método fue inventado por Leopold Joseph Auenbrugger a mediados del siglo XVIII.

En la percusión digital el dedo que percute golpea directamente sobre la superficie de la zona explorada, es la de menos uso. La puñopercusión se caracteriza por percutirse con el borde cubital de la mano cerrada o puño, generalmente, sobre el dorso de la otra mano interpuesta. Se practica sobre todo en la región lumbar para detectar el dolor producido en las afecciones inflamatorias del riñón.

También el dedo interpuesto o dedo plesímetro puede ser el del medio o el índice, apoyado lo suficiente para establecer un contacto íntimo de solo la cara palmar de la segunda y tercera falanges con la pared.

El descubrimiento de la **auscultación** y el invento del estetoscopio a principios del siglo XIX por René Laennec, originó una verdadera revolución en el diagnóstico de las enfermedades del tórax (pulmones y corazón), pues una serie de condiciones patológicas irreconocibles en vida fueron fácilmente individualizadas por este método de exploración; por ejemplo: bronquitis, enfisema pulmonar, neumonía, pleuresía, lesiones valvulares cardíacas, pericarditis, etcétera.

La auscultación consiste en la apreciación con el sentido del oído, de los fenómenos acústicos que se originan en el organismo, ya sea por la actividad del corazón (auscultación cardiovascular), o por la entrada y salida del aire en el sistema respiratorio (auscultación pulmonar), o por el tránsito en el tubo digestivo (auscultación abdominal), o finalmente por cualquier otra causa (auscultación fetal, articular, etc.)

En la auscultación intervienen tres factores: el órgano receptor de la audición, la naturaleza y característica de los fenómenos acústicos auscultables y los métodos técnicos que se utilizan para escuchar.

Hay dos métodos para auscultar: la auscultación inmediata y la auscultación mediata. 1) auscultación inmediata se realiza aplicando directamente el oído contra la superficie cutánea, generalmente con la sola interposición de una tela fina de algodón o hilo y nunca de seda u otro tejido que pueda generar ruidos. 2) auscultación mediata se efectúa interponiendo entre el oído y la superficie cutánea un pequeño instrumento denominado estetoscopio, que se adapta perfectamente al conducto auditivo externo y a la piel de la región.

El estetoscopio biauricular es el más común de los instrumentos usados para la transmisión de los ruidos cardíacos desde la caja torácica al oído.

En la ejecución de la auscultación como operación debe considerarse lo siguiente:

- Colocación correcta del auricular al auscultar.
- Sujetar el diafragma o la campana con dos dedos (el pulgar y el índice o el dedo del medio).
- Calentar por fricción el diafragma si es necesario.
- Aplicar el diafragma firmemente para escuchar los sonidos agudos o altos.
- Aplicar la campana suavemente para escuchar los sonidos graves o bajos.

Las características de los sonidos a tener en cuenta durante la auscultación, como intensidad, tono, timbre y otras.

Capítulo 3

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. 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.

Biotipo. 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, megalosplácnicos (del griego megas: grande; esplangkhnon: víscera), pícnicos (del griego pyknus: espeso, condensado) o hiperesténicos (del griego hyper: exceso; sthenos: fuerza)

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 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.

Actitud de pie. La buena postura o actitud de pie normal se caracteriza por una alineación adecuada de las partes del cuerpo.

Los tipos posturales son los siguientes:

Tipo A: Excelente.

1. Cabeza erecta. Mentón saliente. Alineación perfecta de la cabeza con relación al hombro, cadera y tobillo.
2. Tórax alto y abombado. El esternón es la parte más anterior del cuerpo.
3. Abdomen inferior hacia dentro y plano.
4. Las curvaturas de la espalda están dentro de límites normales.

Tipo B: Buena.

1. Cabeza ligeramente hacia delante.
2. Tórax ligeramente bajo.
3. Abdomen inferior hacia dentro, pero no plano.
4. Las curvaturas de la espalda ligeramente aumentadas.

Tipo C: Pobre.

1. Cabeza hacia delante.
2. Tórax plano.
3. Abdomen relajado. Es la parte del cuerpo más prominente.
4. Las curvaturas de la espalda exageradas.

Tipo D: Mala.

1. Cabeza exageradamente hacia delante.
2. Tórax deprimido (enterrado).
3. Abdomen completamente relajado y protuberante.
4. Las curvaturas de la espalda extremadamente exageradas.

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.

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.

Talla, peso y temperatura. El peso y la talla son las medidas antropométricas de exploración obligada en el examen físico de toda persona. Ello forma parte de los parámetros necesarios para evaluar el estado nutricional y metabólico del individuo.

La talla se usa, además, para estimar el peso ideal e interpretar otros datos o determinar otros valores como, por ejemplo, la arquitectura corporal y el área de superficie corporal.

El peso debe medirse y registrarse en todos los encuentros. El hecho de ganar o perder peso, debe ser un indicador importante de salud o enfermedad. A menudo, la dosificación de los medicamentos dependen del peso.

ero la temperatura corporal se determina leyendo la medida registrada en un termómetro, que puede ser el clásico termómetro clínico de cristal, que contiene mercurio (Hg) en su interior, un termómetro electrónico o utilizando un monitor asociado con un termostato de termodilución, tal como el que acompaña a un catéter implantado en la arteria pulmonar o a un catéter Foley. Los termómetros clínicos de cristal son llamados de máxima, porque cuando el mercurio asciende hasta la máxima temperatura marcada, permanece allí hasta que sea bajado mecánicamente. Los termómetros electrónicos son los más seguros y se prefieren

a los de cristal, porque tienen menos posibilidad de contaminación cruzada, debido a la cubierta desechable que se utiliza en cada toma.

Piel. Para un examen minucioso de la piel debemos desnudar al enfermo, respetando, sin embargo, los mandatos del pudor, como dijimos anteriormente, y evitando la iatrogenia, especialmente si se trata de una mujer, en la que solo lo haremos parcialmente y con la mayor delicadeza.

Raza de pigmentación clara. De marfil a rosado, con posibles sobretonos olivas o amarillo. Las áreas expuestas habitualmente son más oscuras que las no expuestas. En las personas de piel muy clara es común encontrar pequeñas hiperpigmentaciones conocidas como pecas (efélides), en la cara, el pecho y los brazos. Raza de pigmentación oscura. De color canela al pardo oscuro. Los labios pueden tener un tono azulado en los descendientes del Mediterráneo. Los negros pueden tener un color rojizo o azul en los labios y membranas mucosas. La piel amarilla no relacionada con la etnia puede deberse a la retención de pigmentos o callosidades, cuando se confina a un área específica.

La palpación de la piel debe ser superficial y ligera, o bien formando pequeños pliegues entre el pulgar y el índice o demás dedos de la mano; de esta forma se estudian las siguientes cualidades. La piel normal generalmente es seca al tacto, pero la humedad puede acumularse en los pliegues cutáneos. Se aprecia una sensación ligeramente tibia y húmeda, si la persona está en un ambiente cálido, y durante el ejercicio o en su recuperación para enfriar el cuerpo. La ansiedad puede producir palmas húmedas y perspiración en las axilas, la frente y el cuero cabelludo.

Funera. 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 –propiamente 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.

Pueden 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.

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.

Son bien conocidas las variaciones fisiológicas de estas características ungulares debidas a la edad, al sexo y al tipo constitucional, para que insistamos en ellas; solo recordaremos que las uñas de los individuos de constitución asténica (longilíneos), en particular los hipertiroideos, son de forma perfecta, brillantes, de buen crecimiento (unos 3 mm por mes) y resistentes; mientras que en los asténicos, en particular en los hipotiroideos, las uñas son frágiles, delgadas, de crecimiento lento y de forma no muy perfecta.