

## Historia tipo del paciente respiratorio

### Ficha patronímica.

Nombre

Edad

Estado civil: Preguntar con quien vive, es importante para contactos de BK y ETS.

Ocupación: enfermedades respiratorias ocupacionales

Procedencia.

### Motivo de consulta.

Es variable, pero en general será tos, disnea, fiebre. Preguntar inmediatamente, y qué más?.

### Enfermedad actual.

Agotar el motivo de consulta y realizar el resto del interrogatorio respiratorio

Mnemotecnia: **T - E - D - DI - FIAMBRE - CO - M - PA - M - Manteca**

**T:** tos

**E:** expectoración

**D:** dolor torácico

**DI:** disnea

**F:** fiebre

**CO:** corazón derecho

**M:** mediastino

**PA:** paraneoplásico

**M:** metástasis

**MAN:** maniobras

#### 1. Tos

Preguntar fecha de aparición y su evolución hasta el momento actual. Es seca o productiva, predominancia en el día o la noche (cardíaca), emetizante, disneizante, cianosante, sincopante. En accesos?. Relacionada con la deglución. Bitonal (alternan tonos agudos y graves, por afectación recurrential).

#### 2. Expectoración

Interrogar fecha de inicio y su relación con el inicio de la tos. Establecer si se trata de un bronquítico crónico (tos y expectoración la mayoría de los días durante 3 meses consecutivos al menos durante un período de 2 años) puede ser matinal: toilette matinal.

Aplicar el **COCA SABE OLER SANGRE Y SE PONE DE COSTADO PARA VOMICAR.**

Color

Cantidad (broncorrea)

Sabor

Olor (fetidez)

Sangre (hemática-sangre recién emitida, estrías, vetas, pequeño punteado-, hemoptoica-color rojo oscuro, teñida homogéneamente, es característica del infarto pulmonar, neoplasias bronquitas y bronquiectasias- y hemoptisis)

Drenaje postural

Vómica: suele acompañarse de náuseas. Su característica es la brusquedad. Se observa en la segunda etapa de la supuración pulmonar, empiemas con fistulas brónquicas, colecciones subfrénicas que migran al tórax y en quistes hidáticos hepáticos con fistulización diafragmática. Pueden ser totales (masivas) pudiendo incluso ocasionar cuadros asfícticos por inundación broncoalveolar o ser fraccionadas

Si tiene el salivadero cerca, pedir que lo muestre para ver las características de la expectoración. Puede existir en la actinomicosis pulmonar eliminación de granos amarillentos duros y pequeños. Expectoración numular: al caer adquiere forma redondeada y adhiere al fondo del recipiente (característica del neumococo).

En las supuraciones pulmonares cuando la expectoración es abundante tiene tendencia a estratificarse si se recoge en una copa en 24 horas puede observarse:

1. capa superior espumosa, clara
2. mucus y copos purulentos simulando estalactitas que se introducen en 3
3. aspecto seroso
4. capa espesa dónde decanta pus amarillo verdoso y detritus.

Si el interrogatorio sugiere hemoptisis:

EXPULSION DE SANGRE ROJA POR LA BOCA PROCEDENTE DEL SECTOR SUBGLOTICO DEL APARATO RESPIRATORIO.

**DEBE INTENTARSE DIFERENCIAR DE LA HEMATEMESIS Y DE LOS SANGRADOS ORL SI BIEN A MENUDO POR LA CLÍNICA PUEDE NO QUEDAR CLARO Y NECESITAR DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA ACLARARLO.**

POSIBLES ORIGENES \* BRONCOPULMONAR  
\* HEMODINAMICAS (ESTENOSIS MITRAL)  
\* SISTEMICAS (TRASTORNOS DE LA COAGULACION Y/o FIBRINOLISIS).

DEBE INTERROGARSE

### **1) PARA PODER ACLARAR EL ORIGEN DEL SANGRADO**

HEMOPTISIS

- \* PRECEDIDA DE COSQUILLO LARINGEO Y TOS.
- \* SENSACION DE CALOR RETROESTERNAL
- \* SANGRE ROJA Y ESPUMOSA
- \* SEGUIDA DE ESPUTOS
- \* COAGULACION LENTA
- \* PERSISTE ESPUTOS HEMOPTOICOS HORAS O DIAS DESPUES
- \* MATERIAS FECALES NORMALES
- \* SIN SIGNOS DE ANEMIA POR LO GENERAL

HEMATEMESIS

- \* SIN COSQUILLO LARINGEO, NI TOS, CON VOMITOS
- \* SANGRE OSCURA Y NO ESPUMOSA, EN OCASIONES CON COAGULOS
- \* MEZCLADA CON ALIMENTOS
- \* COAGULACION RAPIDA
- \* AUSENCIA DE ESPUTOS HEMOPTOICOS
- \* SEGUIDA DE MELENAS
- \* LA MAYORIA ACOMPAÑADAS DE ANEMIA

SANGRADO ORL

- \* ANTECEDENTES DE EPIXTASIS.

- **ENTIDAD DE LA HEMOPTISIS**
  - LEVE MENOS DE 150CC EN 24HS
  - MODERADA ENTRE 150 Y 500 EN 24HS
  - SEVERA MAS DE 600CC EN 24HS

- **DURACION**
- **REPERCUSIONES:** CRISIS ASFIXICA

### 3. Dolor torácico

Aplicar ATILIEF. Siempre preguntar el origen del dolor que puede ser parietal, pleura parietal, pericardio (y por supuesto coronario) y por punción. (son las 4 "P" del dolor torácico: má dos importantes que son coronario y aórtico).

### 4. Disnea

Interrogar:

- forma de aparición (brusca, insidiosa)
- fecha de inicio y evolución (aguda o crónica), junto con
- patrón evolutivo (evolución lenta en años o rápida en pocos meses)

Tipo de disnea: esfuerzo (y su clase funcional habitual y al momento de consulta), decúbito, DPN.

Preguntar disnea sibilante: sólo por la noche? (CV) o durante la actividad.

Insuficiencia respiratoria: Coloración azulada?,  
le tuvieron que poner máscara?, IOT?, CPAP?  
le puncionaron la muñeca (gasometría);

### 5. Fiebre

Desde cuando?, sensación febril y chuchos, se controló la temperatura?, hasta cuanto llegó, fue fácil de bajar?, en que momento del día era más alta?. Chucho solemne?

Preguntar sudoración (sobre todo nocturna y profusa buscando **impregnación toxibacilar**). Completar interrogatorio de **repercusión general**: astenia, adinamia, adelgazamiento (cuánto y en cuánto tiempo), anorexia.

Recordar que inmediatamente que el paciente refiere fiebre, la siguiente pregunta es **¿focos?** Cuando la fiebre es por causa respiratoria igual descartar otros focos rápidamente.

### 6. Corazón derecho.

Interrogar: dolor y pesadez en HD (hepatalgia), edema de miembros inferiores, nicturia.

### 7. Mediastino.

Interrogar compromiso de estructuras viscerales, vasculares, neurológicas.

- Viscerales: **disnea inspiratoria** con estridor laríngeo (vía aérea), **disfagia** permanente y progresiva (esófago). En caso de compromiso de conducto torácico se expresa como un quilotórax. **Tos o asfixia durante las ingestas** (fístula aero digestiva)
- Vascular:
  - Venoso (síndrome vena cava superior): **cefalea** que aumenta con el decúbito, **edema en esclavina con cianosis**, circulación venosa visible. Noto venas del cuello dilatadas?
  - Arterial: es raro que se comprometan vasos arteriales
- Neurológico:
  - **Recurrente**: preguntar disfonía y voz bitonal
  - **Frénico**: hipo persistente (irritación), en el examen físico buscar pseudo-síndrome en menos por elevación diafragmática (parálisis).
  - **Neumogástrico**: sialorrea y tos irritativa.

- **Simpático:** interrogar Claude – Bernard – Horner (miosis, enoftalmia, disminución de la hendidura palpebral). Notó un párpado caído o el ojo más pequeño?.

## **8. Paraneoplásico**

- 1) **OSTEOARTICULARES** - HIPOCRATISMO DIGITAL  
- OHN (TUMEFACCION DE PARTES BLANDAS DE ANTEBRAZO, CARPO Y DEDOS)  
- ARTRALGIAS
- 2) **MUSCULARES** - SINDROME MIASTENIFORME (Eaton-Lambert)
- 3) **NEUROLOGICAS** - POLINEUROPATIA
- 4) **DERMATOLOGICAS** - ACANTOSIS NIGRICANS (MANCHAS OSCURAS A NIVEL DE AXILAS)
- 5) **HEMATOLÓGICAS** - TROMBOSIS  
- PTI  
- ANEMIA HEMOLITICA
- 6) **ENDOCRINOLOGICAS** -SOBRE TODO GINECOMASTIA, HIPERCALCEMIA Y CUSHING

## **9. Metástasis:** Seguir el CHOP.

**Cerebro:** cefalea orgánica, déficit neurológicos focales y convulsiones; ataxia y vértigo.

**Higado:** ictericia, hepatalgia.

**Oseo:** dolor óseo orgánico.

**Piel:** nódulos subcutáneos (piel en lugar de pulmón).

Se interroga sobre todo en el paciente fumador con posibilidad de ser un paciente neoplásico. En paciente joven con escasa posibilidad de ser neoplásico, realizar 3 preguntas rápidas y seguir adelante.

## **10. Maniobras:** Toracocentesis, tubo de tórax.

## **11 Etiología**

Esto se interroga sobre todo en historias infecciosas, es para aproximar a la etiología:

- Lesión labial dolorosa con vesículas?, tuvo herpes?
- Contacto con paciente BK
- Roedores y aves
- Atípicos (dolor muscular, otalgia, ictericia)
- Infecciones de piel y partes blandas
- Gripe

## **12 Antecedentes Respiratorios (corresponde al PU de la mnemotecnia para los AP)**

- AEA (neumonías, cuantas de que lado, duración del tratamiento por posibilidad de bk)
- BK previo (BK, pleuresía, internación en Saint Bois, etc)
- Tabaquismo (tiempo, número, repercusiones sobre todo respiratorias)
- Asma (todo)
- Sarampión, Tos convulsa
- Bronquiectasias (bronquios dilatados, broncorrea)

## **13 F de R para infección**

- locorregional (ya se preguntó en ítem anterior)
- sistémicos (VIH, Diabetes, Corticoides, Quimio, etc)

**Tránsito urinario:** interrogar

- características de la orina (volumen, color, es más oscura en la mañana?)

- síndrome prostático (polaquiuria, chorro fino, chorro cortado)
- SUB (disuria, polaquiuria, pujos, tenesmo, estranguria: micción dolorosa, gota a gota)
- SUA (dolor lumbar gravativo)
- Hematuria.
- Cólico nefrítico. Cálculos, arenilla.
- Uremia (rápidamente)
  - Hipo, sabor metálico, calambres, prurito, insuficiencia renal, diálisis.

#### **Tránsito digestivo:**

- disfagia, RGE, Dispepsia
- ictericia
- características de la materias
- enterorragia, rectorragia, melenas (HD alta y baja)
- Dolor abdominal

Repercusión general, evolución en sala (Enfermedad, fiebre intrahospitalaria y TVP)

#### **Antecedentes Personales** (se aplica a cualquier historia)

Mnemotecnia: **FA TO VE AL CA PU M I O FIOSECA.**

**FA**ctores de riesgo CV (HTA, **tabaquismo**, dislipemia, DM)

**TO**xicos: alcohol, drogas inhalatorias e i.v., exposición laboral

**VE**nerreas: preguntar ETS, tuvo gonorrea o sífilis?, corrimiento por el pene?, se hizo alguna vez HIV?

**Al**ergias: por las drogas que vamos a utilizar para el tratamiento.

**CA**rdíaco: IC, angor, IAM, arritmias, corazón grande, MS, medicación CV, soplos, F Reumática

**PU**lmón: por su relevancia, estos antecedentes pueden pasar a ser AEA. Si no se preguntó antes, tabaquismo, BC, asma, TBC, sarampión, tos convulsa, neumonías previas. EPOC.

**M**: medicación

**I**: internaciones

**O**: operaciones

**F**amiliares: Antecedentes fliares

**Ob**stétricos y ginecológicos: menarca, ciclos, gestaciones, abortos, menopausia, I genital, genitorragia, PAP, Mamografía. Controles.

**SECA**: socioeconómicos y ambientales Ex- recluso?, casa de salud, tóxicos ambientales, fábricas vecinas. Animales. Acceso a servicios de salud.

Preguntar algo de tiroides para prácticamente todos los pacientes.

**Antes de pasar al examen físico recordar si: pregunté tránsitos?, pregunté evolución en sala?, si no es un cuadro febril: hizo fiebre en sala? (como complicación intrahospitalaria), repercusión general?. Las cuatro patas de la silla.**

**Una vez iniciado el examen, rápidamente pedir curvas al tribunal.**

#### **Examen Físico.**

Comienza con el paciente sentado con los brazos a los lados y con la menor cantidad de ropa posible.

Se aplica la mnemotecnia:

<b>SI GE NU DE HABI FA FU TE PI DE BO CU LI MA</b>
--

**SI**quismo

**GE**neral

**NU**tricional

**DE**shidratación

**HABI**to y biotipo

**FA**scies

**FU**ncional

**TE**mperatura  
**PI**el, faneras y mucosas  
**DE**rmis  
**BO**ca  
**CU**ello  
**LI**nganglionar  
**MA**ma

Del **siquismo** interesa destacar si el paciente está excitado (hipoxemia), confuso o desorientado (encefalopatía neumógena).

Estado **general y nutricional** se analizan juntos y consignamos un buen o mal estado general y en lo nutricional valorar:

- Proteico: masas musculares (bicipital y cuádriceps) buscar masas supra e infraespinosas (excavada en estados de desnutrición).
- Calórico: panículo adiposo (tricipital, subcapular).
- Comparar con tablas de peso y talla según edad y sexo; cálculo de IMC (destacar si puede estar falseado por ej. Por la existencia de edemas).
- Mencionar que se completará la valoración nutricional por la paraclínica (albuminemia); **ojo con los nefróticos o pérdidas proteicas de otro origen.**

**La deshidratación** la buscamos por el pliegue cutáneo (ojo en los ancianos), la humedad de la mucosa yugal y lengua (si respira por la boca puede estar seca sin ser deshidratación).

Mencionar juntos **hábito, biotipo y fascies**. El hábito y biotipo en el paciente respiratorio no son fundamentales. El fascies destacar: congestivo (fiebre), abotagado, cianótico, edematoso. Describir aquí si tuviera **edema en esclavina y/o C.B. Horner** como elementos de mediastino. Cushing por CBP.

**Funcional**: destacar patrón respiratorio y frecuencia respiratoria, si se encuentra eupneico decir que se valorará durante el examen la aparición de polipnea al movilizar al paciente.

**Temperatura** destacar si el paciente impresiona febril, valorando la temperatura de la piel. **Te** pido las curvas si me olvidé.

**Piel, faneras, mucosas y dermis** van juntos: humedad de la piel, coloración (destacar cianosis, anemia). En mucosas valorar hiperemia conjuntival (por hipoxemia crónica) e inyección conjuntival (hipercapnia).

Buscar elementos de inmunocompromiso:

- Dermatitis seborreica en zonas de implante del cabello, interiliar, supraesternal y retroauricular.
- Queilitis angular (perioral): es una forma de candidiasis.

También buscar:

- Otras lesiones de piel (como herpes labial)
- Buscar zonas de punción en MMSS y MMII.
- Flebitis.

Hipocratismo digital.

Acantosis nigricans. Dermatomiositis (pápulas de Gottron, eritema en heliotropo y eritema en V).

**Bucofaringe** destacar si tiene lengua limpia o saburral, elementos carenciales si los presenta. Muy importante mencionar por si o por no:

- Muguet oral
- Candidiasis eritematosa
- Leucoplasia oral vellosa
- Manchas rojo vinosas que sugieran Kaposi

**Cuello**: lo importante es destacar si presenta o no desviaciones del eje visceral. Asimetría de huecos supraclaviculares. Tiroides.

**Linfoganglionar:** Analizar las cadenas en el siguiente orden

- submentoniana
- submaxilar
- carotídeas altas, medias y bajas
- pre y retroauricular
- occipitales
- espinales
- supraclaviculares
- axilares
  - subescapular, subhumeral
  - mamaria externa, pectoral
- epitrocLEAR (lo palpamos cuando nos vamos de axila)
- inguinales los valoramos cuando el paciente está acostado y luego que terminamos examen abdominal
- Percusión de mediastino superior.

## RESPIRATORIO

**Destacar patrón respiratorio, cianosis, polipnea**

### 1) Extratorácico:

Importa palpar:

- senos paranasales (maxilares, frontales): palpación y percusión
- comprimir trago
- comprimir mastoides
- destacar si encontramos o no corrimiento faríngeo posterior cuando hicimos BF
- Narinas: inspección con linterna
- En inhaladores destacar estado del tabique nasal.
- Eje visceral del cuello centrado (ya realizado en examen de cuello)

EXAMEN RESPIRATORIO: (ir hablando el examen hasta expansibilidad, de ahí en adelante hacerlo todo callado y después hablar).

### 2) Torácico:

#### Inspección estática

- Piel: cicatrices, lesiones
- Masas musculares: conservadas o no
- Circulación colateral
- Mamas: ginecomastia, retracciones, etc (completar examen en decúbito)
- Conformación del tórax:
  - normal
  - patológico: raquíptico (aumento diámetro AP, esternón prominente, rosario costal, cincha de Harrison depresión 4<sup>a</sup> - 7<sup>a</sup> costillas); remodelado (enfisematoso); en quilla (esternón prominente); infundibuliforme o en zapatero (depresión del sector inferior del esternón)
- Simetría: asimétrico por (abovedamientos: DP); (retracción: atelectasia, paquipleuritis, escoliosis); tumores. Medir ambos hemitorax si cabe. Dolor?.

#### Inspección dinámica

- Expansión del tórax

- Tipo respiratorio: costal superior (mujer), toracoabdominal (hombre). Destacar si es en bloque, la posición de los brazos y el uso de musculatura accesoria si cabe.
- Tirajes

### **Palpación estática**

- Palpar: piel (zonas inflamatorias), óseo (dolores óseos), tumoraciones (plasmocitoma, metástasis).
- Elasticidad: AP y lateral, evitar si existe riesgo de fracturas o el paciente se encuentra dolorido.

### **Palpación dinámica**

- **Expansibilidad:** supraclaviculares (pulgares en 7ª apófisis espinosa y palmas sobre huecos); 1/3 inferior (atrás: pulgares sobre apófisis espinosas y dedos paralelos a las costillas y abarcando la parte baja de los hemitorax); cara anterior (manos paralelas al esternón y dedos orientados hacia la cabeza).
- **Incursión diafragmática:** adelante (acostado), atrás (percusión).

### **Hasta acá ir describiendo el examen, después callarse y al final hablar VV, percusión y auscultación todo junto**

#### **Vibraciones:**

Con la palma de la mano (33) las tres caras y comparando ambos hemitorax (siempre con la misma mano en "Z"). Pueden estar normales, aumentadas (condensación parenquimatosa), disminuidas, o abolidas (síndrome en menos).

#### **Percusión:**

Obviar si hemoptisis, si existen dudas preguntar al tribunal. Si existe dolor evitar la percusión de ser posible. Percutir las 3 caras y huecos supraclaviculares (Si hay un sector mate que pinte un DP, percutir con cambio de posición para ver si es una matidez desplazable que hable de un DP en cavidad libre o tabicado). Valorar motilidad diafragmática. Percusión de columna.

#### **Auscultación:**

Se debe comparar ambos hemitórax, comenzando por el lado presuntamente sano. Valorar los siguientes datos:

- 1) Caracteres de los ruidos inspiratorios y espiratorios.
  - 2) Ruidos sobreagregados (soplos, roce, estertores).
  - 3) Auscultación de la voz y la tos.
- 1) MAV: normal, disminuido (dolor, viejos, enfisema), abolido (aneumatosis, DP)  
Tiempo: espiración prolongada  
Tono: respiración soplante en áreas vecinas a condensaciones.
  - 2) **Soplos:** tubario (traduce condensación a bronquio permeable, intenso, inspiratorio), pleural (en la espiración, en el límite superior del DP), tubopleural (combinación de ambos); cavitario (modificación del tubario por una cavidad, rodeada de parénquima y cercana a la pared torácica); anfórico (cavidad grande o fístula PP, de timbre metálico).  
**Estertores secos:** roncus, gemidos, sibilancias y cornaje.  
**Estertores húmedos:** incluye crepitantes, subcrepitantes, velcro (fibrosis pulmonar), cavernosos.  
**Roces:** pleural, se ausculta en los dos tiempos respiratorios. Semejante al ruido del cuero nuevo.
  - 3) Auscultación de voz y tos: broncofonía, pectoriloquia, pectoriloquia áfona, egofonía. La auscultación de la tos es útil para aclarar el origen de algún estertor que es confuso. Al modificarse con la tos asegura su origen canalicular por secreciones.



