



Preséntate

Asegúrate de que estás entrevistando al paciente que quieres entrevistar

1

- Preséntate ante el paciente.
- Cuida las formas. Llámale por su nombre.
- Explícale que es lo que vas a hacer.
- Intenta conseguir un grado suficiente de intimidad.
- Haz que el paciente se sienta cómodo durante la entrevista.

2

¿Qué le pasa?

Establece cuál es el **motivo de consulta** y "exprieme" la **enfermedad actual**

a

Motivo de consulta:

Resume de forma breve, en forma de **signo**, **síntoma** o **síndrome**, en una sola frase o palabra lo que le pasa al paciente (el motivo por el que solicita valoración médica). Deja que el paciente relate su propia historia. Luego completará las lagunas con tus preguntas.

b

Enfermedad actual:

El síntoma principal será el que guíe tu interrogatorio. Completa el relato del paciente haciendo preguntas que te permitan conocer: [Según el síntoma guía harás unas u otras preguntas]

- ¿En qué consiste? ¿Cómo lo describe?
- ¿Dónde lo "siente", dónde se irradia?
- ¿A lo largo del día, cuándo tiene el "síntoma"?
- ¿Desde cuándo [cronología] (agudo, subagudo, crónico)?
- ¿A qué lo atribuye?
- ¿Qué factores lo desencadenan, agravan o alivian?
- ¿Qué otros síntomas o signos le acompañan?
- Otras preguntas de acuerdo con el síntoma principal

Tras completar la enfermedad actual, deberás poder establecer una **presunción diagnóstica**. A partir de ese momento, el resto de la historia clínica, la exploración física o las pruebas complementarias que solicites deberán tratar de confirmar tu sospecha inicial.

Anamnesis por aparatos o sistemas

Tras "agotar" el interrogatorio sobre la enfermedad actual haz un repaso del estado funcional de los principales aparatos y sistemas, aunque aparentemente no tengan relación con el motivo de consulta. Organiza tu "guion mental" para no olvidarte de ninguno.

3



4 Antecedentes

Tras completar la historia actual recoge de forma ordenada (de antiguo a moderno, de grave a leve o por sistemas) los **antecedentes personales**:

a

Estos incluyen los **factores de riesgo cardiovascular** (HTA, DM, dislipemia), las **enfermedades** padecidas, las **cirugías**, la historia **obstétrica** (contracepción) o lo **psiquiátrico**. No **OLVIDES**:

Alergias
(fármacos
y otros)

**Tratamiento
que realiza**
(posología)

**Hábitos
tóxicos**

**Historia
laboral**

**Antecedentes
familiares**

Situación funcional

b

Además de la patología de nuestro paciente (sobre todo en los más mayores) necesitamos conocer su **calidad de vida y situación basal**:

¿Dónde y con quién vive (domicilio, residencia) ?, ¿Cuál es su grado de independencia (Barthel, Katz)? ¿Fragilidad (Clinical Frailty Scale)?, ¿Tiene deterioro de su memoria o no?

Exploración física

5

Tras completar la anamnesis comienza la exploración física. Esta ha de ser completa y en algunos casos más extensa si está focalizada en alguna patología (neurológica, abdominal, otras)
No olvides incluir:

- Constantes:** TA (mm Hg), FC (lat/min), Peso (kg), Talla (cm): IMC (kg/m^2), Saturación de O (%).
- Situación general:** Consciencia, orientación, colaboración. Grado de nutrición, coloración de piel y mucosas, alopecia.
- Cabeza y cuello:** Pares craneales, pupilas, yugulares, adenopatías, bocio, etc.
- Tórax:** Inspección, auscultación cardiopulmonar, lesiones, etc.
- Abdomen:** consistencia (blando o no), puntos dolorosos, masas o visceromegalias, ruidos abdominales, etc.
- Extremidades:** movilidad, deformidades, signos de trombosis o inflamación, edema, etc.
- Exploración neurológica.**
- Otros según especialidad:** *tacto rectal, expl. ginecológica, ORL.*

Partes de un informe clínico

*

1. Identifica al paciente (*datos de filiación*)
2. Motivo de consulta
3. Antecedentes personales
4. Antecedentes familiares
5. Tratamientos actuales
6. Enfermedad actual
7. Exploración física
8. Exploraciones complementarias
9. Observaciones-resumen del caso
10. Juicio clínico (Listado de problemas)
11. Plan diagnóstico y terapéutico

Más información en:

Playlist youtube
Anamnesis en 6
preguntas



Web Habilidades
clínicas para
estudiantes de
medicina (y más)





Hemograma

Serie roja

Hemoglobina: 13,2-16,8 g/dl

Hematíes: 4,2-5,6 x 10⁶/μl

Hematocrito: 39-50%

VCM: 80-98 fl

HCM: 27-34 pg

CHCM: 32-35 g/dl

ADE (RDW): 12-14,6 %

Serie blanca:

Leucocitos: 4000-10500/μl

Neutrófilos: 41-72%

Linfocitos: 20-48%

Monocitos: 3,8-10,8%

Eosinófilos: 0-6,2%

Basófilos: 0-1,8%

Plaquetas: 150-350 x 10³/μl

Anemia Para aclarar la etiología de la anemia es necesario caracterizarla. Para ello utilizamos los parámetros:

1. **VCM:** tamaño del hematíe
2. **HCM:** cantidad de Hb por hematíes
3. **CHCM:** Hb por hematíe en relación con su masa (elevado en drepanocitosis y esferocitosis, puede ser normal en ferropenia)
4. **ADE** establece la uniformidad del tamaño de los hematíes (normal en talasemia, aumentado en hemólisis/ferropenia).

Con estos clasificamos la anemia en:

- **MICROCÍTICA (E HIPOCRÓMICA)**
- **MACRÓCÍTICA (E HIPERCRÓMICA)**
- **NORMCÍTICA (Y NORMOCRÓMICA)**

5. **Índice Reticulocitario.** % de hemat. jóvenes, regeneración (patológico: <0,5%)
- **REGENERATIVA O ARREGENERATIVA**

Recuento leucocitario

Valorar el número total y cuáles son las células predominantes (en leucocitosis) o cuales las que están disminuidas (en leucopenia). Se solicitará un **FROTIS** para descartar presencia de células atípicas.

Desviación izquierda

Valorar desviación izquierda cuando hay presencia de formas inmaduras. No es sinónimo de leucocitosis.



Perfil renal

Creatinina: 0,5-0,9 mEq/l

CCr:** ml/min/1,73m² (estadios 1 a 5)

Urea: 16,6-46,5 mg/dl

Sodio: 134-146 mEq/l

Potasio: 3,5-5,1 mEq/l

Cloro: 92-107 mEq/l

Calcio: 8-10,4 mg/dl [correc alb o prot]

Fósforo: 2,6-4,6 mg/dl

Sistemático de orina (pH, protein, leuco, hemoglob, glucosa, nitritos, cetónic, densidad.)

Sedimento de orina (contaje celular, cilindros, cristales, microorganismos)

Iones/creatinina en orina

Insuficiencia renal

(fracaso renal-agudo o IR crónica)

↑ Creatinina y Urea

La creatinina depende de La masa muscular. En sujetos con poco músculo el aumento será menor.

- La relación habitual Urea (en mg/dl) y creatinina (en mEq/l) es entre 20 y 40.

a) Si Urea/Creatina > 40 frac. ren. prerenal.

b) Si Urea/Creatina 20-40 frac intra o postrenal

** El Cálculo del aclaramiento de Creatinina se realiza usando fórmulas (ej:MDRD-4, CKD-EPI)

Elevación aislada de urea

(sin aumento de creatinina)

Descartar sangrado digestivo

Sistemático/Sedimento de orina

(en contexto de fracaso renal agudo)

- ↑↑↑ proteínas sin hemat., sospecha NEFRÓTICO

- Hematuria, bajo grado proteinuria, cilindros hemáticos: Sospecha síndrome NEFRÍTICO

- Eritrocitos dismórficos (cil), glomerulopatía

- Fracción de excreción de sodio <1%, prerenal

- FENA >3% cilindros granulares, necr tubul ag

Proteínas en orina

Microalbuminuria

Estimación proteinuria con cocientes (Alb/creat o Prot/creat) en muestra simple de orina en vez recoger Orina de 24h



Inflamación Infección

PCR: 0-10 mg/l

VSG: 0-30 mm

Procalcitonina: 0-0,5 ng/ml

Ferritina: 24-336 ng/ml

Fibrinógeno: (ver coagulación)

Reactantes de fase aguda

Proteínas séricas que se elevan en procesos inflamatorios o con daño tisular agudos o crónicos (infección, traumatismo, infartos-isquemia, inflamación, neoplasias).

- Aunque los reactantes de fase aguda pueden elevarse de forma conjunta, esto no ocurre de forma uniforme en muchas ocasiones.

- La elevación de **procalcitonina** se ha asociado con infecciones bacterianas (¡¡su exactitud diagnóstica solo es moderada!!).



Perfil hepático

Bilirrubina: 0,2-0,9 mg/dl
Bilir directa: 0,0-0,3 mg/dl
Bilir indirecta: 0,2-0,6 mg/dl
GammaGT: 0-55 U/l
Fosfatasa Alcalina: 30-120 U/l
ALT (GPT): 1-50 U/l
AST (GOT): 0-50 U/l
LDH: 110-210 U/l

Producción proteínas:
Albúmina: 3,5-5,2 g/dl

Citolisis (daño hepatocito)

↑ ALT, AST, LDH
 AST/ALT son enzimas que encontramos en hígado, músculo estriado, músculo cardíaco.
 - ↑ muy marcada (>x10) en "A" causas: hepatitis vírica, autoinmune, isquémica o tóxicos
 - ↑ ALT > ↑ AST excepto en hepatopatía alcohólica (AST > ALT) y daño muscular agudo (AST > ALT)

Colestasis/lesión hepática

↑ Bil, ↑ GGT y ↑ FA.
 - Directa e indirecta en lesión hepática difusa, con predominio directa en colestasis.

Colestasis incompleta (disociada)

↑ GGT y ↑ FA con bil. normal

↑ Bilirrubina aislada

Indirecta: Síndrome de Gilbert o Hemólisis
 ↑ FA aislada (GGT normal)
 Patología ósea (Paget), adolescencia, embarazo
Insuficiencia hepática
 ↓ Albúmina, prolongación tiempos coagulación.



Coagulación

Activ protromb (TP): 60-120%
INR: En torno a 1 sin tomar anticoagulantes
TTPa: 29-39 sg
Fibrinógeno: 180-420 mg/dl
Dímero-d: < 500 ng/ml

Tiempo de protrombina e INR

Vía extrínseca y común: Se utiliza para valorar la acción de anti vit K

T. tromboplastina parcial act

Vía intrínseca y común: Se utiliza para valorar la acción de Heparina No fraccionada

Fibrinógeno

Su disminución sugiere consumo factores de la coagulación (Coagulación intravascular CID)

D-dímero

No CONFIRMA trombosis. La descarta cuando es normal y la probabilidad clínica es baja.



Cardiología

Troponina I: ♀ >15,6 ♂ >34,2 pg/ml
NT-ProBNP: pg/ml valores según contexto

Daño miocárdico ↑ troponina:

Insuficiencia cardiaca NT-ProBNP

Descartar: paciente urgente <300
 // paciente ambulatorio <125
Confirmar: < 50 años >450 // 50-75 años >900 // >75 años > 1800

Otros

Creatinquinasa (CK): 5-200 U/l
Ácido úrico: 3,5-7,2 mg/dl
Proteínas totales: 6,6-8,3 g/dl
Glucosa: 82-100 mg/dl
Hemoglobina glicosilada (HbA1c): <6,5%
TSH: 0,27-4,2 mU/l
Colesterol total: <200 mg/dl*
Colesterol LDL: <130 mg/dl*

Daño muscular

↑ CK, AST, ALT, LDH

Disproteinemias

Confirmar con proteinograma

Diabetes Glucemia basal >126 mg/dl o HbA1c >6,5% son diagnósticas de DM2.

Tiroides

Con alteración de la TSH hay que completar hormonas tiroideas (T4, T3)

Dislipemia

*Los objetivos de colesterol dependen de los factores de riesgo del paciente. Los marcados son los deseables sin factores de riesgo.

O₂

Gasometría arterial y Co-oximetría

pH: 7,35-7,45
pO₂: 70-98 mmHg
pCO₂: 33-43 mmHg
Sat O₂ (arterial): 95-98%
HCO₃ estándar: 22-27 mEq/l
FiO₂: [fracción de O₂ respirado]
Exceso de bases: -2 a +3
Carboxihemoglobina: <5%
Metahemoglobina: <1%
Lactato: < 2mmol/l

Hipoxemia/hiperoxia

↓ pO₂ ↓ SatO₂ (hipoxemia)

Acidosis respiratoria/metabólica

↓ pH + ↓ HCO₃ + ↓ ex bas (metabólica)
 ↓ pH + ↑ pCO₂ (respiratoria)

Alcalosis respiratoria/metabólica

↑ pH + ↑ HCO₃ + ↑ ex bas (metabólica)
 ↑ pH + ↓ pCO₂ (respiratoria)

Hemoglobinas anormales

Carboxihemoglobina (intox por CO)
 Metahemoglobina (drogas, fármacos)

Lactato Elevado si hay hipoperfusión tisular, acidosis láctica.
 >5mmol/l es un signo de mal pronóstico

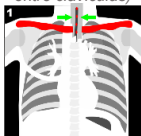
En este listado incluimos solo algunos de los resultados más habituales. Si quiere conocer un listado más completo acceda al **ABIM Laboratory Test Reference Ranges**



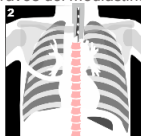
Sistemática lectura proyección PA

1

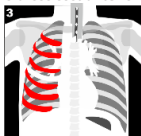
¿Está bien **centrada**?
(las apófisis espinosas están entre clavículas)

**2**

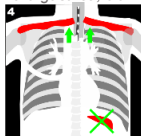
¿El **régimen** es adecuado?
(se intuyen las vértebras a través del mediastino)

**3**

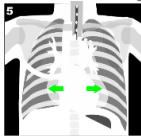
¿Está bien **inspirada**?
(≥ 5 arcos costales anteriores)

**4**

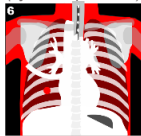
¿**Decúbito** o **sedestación**?
(¿cámara gástrica, clavículas)

**5**

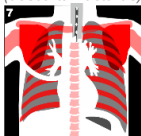
¿Es una RX **AP** o **PA**?
(ojo a la falsa cardiomegalia)

**6**

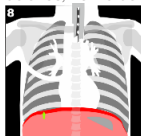
Observa las **Partes blandas**
(ojo a los pezones)

**7**

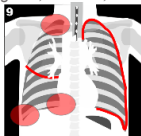
Observa las **Partes óseas**
(descarta fracturas)

**8**

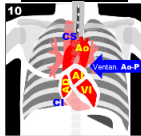
Observa el **Diafragma**
(lobulaciones, hernia de hiato)

**9**

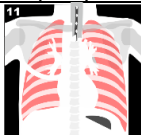
Observa la **Pleura**
(ángulos, vértices, cisuras)

**10**

Atención a las **Estructuras mediastínicas**

**11**

Analiza el **Parénquima pulmonar**

*****

Sway Como leer un Rx simple de tórax (PA y Lat)



Sistemática lectura proyección Lat

Observa las **Partes blandas**

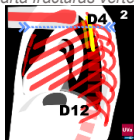
1



Observa las **Partes óseas**

(descarta fracturas vertebrales)

2



Observa los **Diafragmas**

¿diferencias el izq del der?

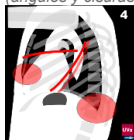
3



Observa la **Pleura**

(ángulos y cisuras)

4



Atención a las **Estructuras mediastínicas**

5



Analiza el

Parénquima pulmonar

6



¿Alveolar o intersticial?

A



I

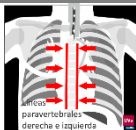


Signo de la silueta

Embarazada



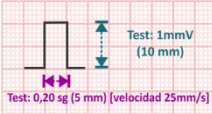
Líneas para aórticas, paravertebrales y álgos



Tira y trazado

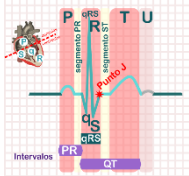
Antes de empezar

La tira (calibración)



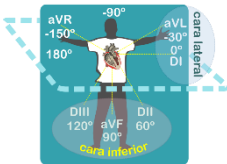
No olvides comprobar el test antes de comenzar a leer el ECG

Ondas, segmentos e intervalos



Derivaciones

Derivaciones en plano frontal



Plano horizontal (precordiales)



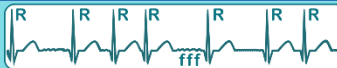
¿Qué ritmo tiene el ECG?

1

ritmo sinusal



fibrilación auricular



- Sin onda P
- ondas f (dificiles de ver)
- RR irregular

¿Cuál es la frecuencia?

2

Cuenta la distancia entre 2 ondas R en nº de cuadrados

300
150
100
75
60

Divide 300/nº cuadrados = frecuencia

o Cuenta los latidos que hay en 6sg y multiplicalos x 10 = frecuencia

1s 2s 3s 4s 5s 6s



Truco: un boli "mide" aprox 6 sg

¿Cuál es el intervalo PR?

3

PR normal de 0,12 a 0,20sg



PR acortado < 0,12sg



Bloqueo AV



PR alargado > 0,20sg



AV 2º grado (alguna P no va seguida de QRS)



Mobitz I (Wenckebach)



Mobitz II

AV 3º grado (completo)



¿Cuál es el intervalo QT?

4



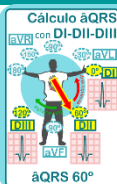
desde el comienzo del QRS al final de la onda T
0,34-0,45s

Su medida depende de la frecuencia cardíaca
QTc (corregido)

Alargado ▶
♀>0,45 / ♂>0,47 sg
Acortado ▶<0,34 sg

¿Qué eje tiene el QRS? (plano frontal)

5



Desviación del eje hacia la izquierda (se "aleja" de DIII)



Desviación del eje hacia la derecha (se "aleja" de DI)



Blq subd



Antero-superior
hiperdesviación
 $\hat{a}QRS$ a la izquierda



Postero-Inferior
hiperdesviación
 $\hat{a}QRS$ a la derecha

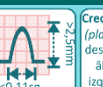


6

¿Qué morfología tienen?

P

Crecimiento AD (plano frontal)
desviación $\hat{a}P$ a la derecha



Crecimiento AI (plano frontal)
desviación $\hat{a}P$ a la izquierda



Necrosis
3

Onda Q
Patológica:
->25% de R
->0,04sg
-empastada

QRS

Crecimiento VI Existen distintos criterios que incluyen:

- Voltaje**
S V1 + R V5 o V6 > 35 mm
S V3 + R aVL > 20 [q] > 28 [r]
- Repolarización** ST opuesto al QRS/ T negativa en cara lateral
- Tiempo** hasta la R >50 ms / QRS >0,09sg
- $\hat{a}QRS$** desviación a la izquierda

Crecimiento VD (entre otros)

- Voltaje**
R dominantes en V1-V2
S dominantes en V5-V6
- Sobrecarga sistólica VD**
- $\hat{a}QRS$** desviación a la derecha



Rama derecha
QRS>0,12s
Repolarización opuesta a empastamien.



Rama izquierda
V1 (rS) V6 (R)
Repolarización opuesta a empastamien.



ST

Lesión
2

Subendocárdica
Descenso del segmento ST



Subepicárdica
Elevación del segmento ST



T

Isquemia
1

Subendocárdica
Elevación de la onda T (alta y acuminada)



Subepicárdica
Descenso de la onda T (picuda y simétrica)



Más información en:

Youtube
Lista de reproducción
ECG Tutorcyllo



Sway
Rutina de interpretación
del ECG

