



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA C-II
DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ



MÉDICO CIRUJANO
CICLO ESCOLAR AGOSTO – NOVIEMBRE 2015

MÓDULO II
EL HOMBRE SANO Y SU
ENTORNO II

2DO. “A”

UNIDAD DE COMPETENCIA:
PROPEDEÚTICA
MÉDICA II

DR. JOSÉ ANTONIO SÁNCHEZ ORTEGA

ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE.
HISTORIA CLÍNICA.

CARLOS ARTURO HERNÁNDEZ ROSALES

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS; 15 DE NOVIEMBRE DE 2015.

Ficha de identificación

Nombre: Fabián de Jesús Hernández Rosales Edad: 17 años Sexo: masculino

Estado civil: soltero Domicilio: calzada sr del pozo, No 470, col. Cerro Hueco

Religión: católico Residencia: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Lugar de nacimiento: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas Ocupación: Estudiante de mecánica

Código postal: 29094 Teléfono: 9612763509 Escolaridad: media-superior

Signos vitales y somatometria

Datos somatometricos

Peso: 92 kg talla: 1.71 IMC: 31.46 kg/m²

Signos vitales

T/a: 113/73mmhg pulso: 80x min FR: 17x min FC: 73x min temperatura: 36.4 C

Antecedentes no patológicos.

Alimentación

El paciente consumió el día de hoy:

Desayuno: 3 sincronizadas y un vaso de agua de avena

Colación: refresco gasificado y Sabritas

Comida: pescado frito y una ensalada de pepino, tomate y cebolla, 10 tortillas, y un jugo de naranja.

Colación: barra de chocolate con almendras.

Cena: hamburguesa y un refresco de toronja.

Lo que generalmente desayuna el paciente: cereal, quesadillas, estofado de carne molida, huevos revueltos, pan, café, atole y agua de avena, 10 tortillas.

Lo que generalmente come: carne de res asada, caldo de pollo, papas fritas, jugo de naranja, limonada, arroz, 10 tortillas.

Lo que generalmente cena: cereales, huevos revueltos, tlayudas, ensalada de frutas, 12 tortillas.

Carne de res lo consume tres veces a la semana, de puerco dos vez a la semana, de pollo 3 veces a la semana y pescado no es frecuente tres veces al mes, relacionado con los productos lácteos las consume a diario, principalmente queso y leche, consume huevos toda la semana refiere que toma 1.5 L de agua al día, la fruta que consume, específicamente es el plátano y melón. Menciona que las verduras las consume una vez por semana. Frecuenta mucho las comidas rápidas y las golosinas, no lleva una dieta.

Vivienda

Cuenta con vivienda propia, la construcción es de concreto y ladrillos que incluye techo y paredes, el piso es de cemento recubierto de mosaicos, cuenta con 7 ventanas, tres habitaciones, dos baños, una cocina, una sala y dos patios, en la casa habitan 3 personas, cuenta con los servicios intradomiciliarios como electricidad, agua, alcantarillado. La vivienda se ubica en una zona urbana que cuenta con alumbrado público, pavimentación y servicio de recolección de basura 3 veces a la semana.

Higiene personal

Se baña diario con una frecuencia de dos veces al día, se cambia de ropa 3 veces al día. Se realiza aseo bucal después de cada comida, lavado de manos después de ir al baño y antes de tocar algún alimento. Cambia su cama dos veces al mes.

Ocupación

El paciente es estudiante de mecánica en la CETEA, en total asiste durante 4 horas a su escuela, asegura que no representa ningún riesgo.

Inmunizaciones

Refiere tener la vacuna de BCG, tuberculosis, hepatitis B al nacer y dos refuerzos, difteria, tétanos, poliomielitis, sarampión y rubeola, no recuerda las fechas en que recibió

las vacunas y si ha sido vacunado contra otras enfermedades, su última inmunización fue contra la influenza hace 11 meses.

Tiempo libre

Escuchar música, salir a caminar en la calle, jugar videojuegos, ver televisión e ir al gimnasio.

Grupo sanguíneo

O Rh+

Antecedentes patológicos

Refiere haber padecido en la infancia:

A los 4 años padeció una fuerte gastroenteritis que requirió una semana de hospitalización, desconoce el tratamiento que llevo.

A los 7 años presento fiebre tifoidea que requirió 5 días de hospitalización, desconoce el tratamiento que llevo.

A los 12 años fue diagnosticado con desviación en la columna vertebral, que empezaron a limitar sus actividades diarias, refirió ir con traumatólogos y sobanderos, actualmente las molestias han disminuidos, no recuerda el tratamiento llevado.

Hace 5 meses presento chikungunya, por lo que permaneció en reposo 1 semana, llevo como tratamiento 500g de paracetamol cada 8 horas durante 7 días.

Refiere que empezó a fumar desde los 14 años, asegura consumir 4 cigarros por semana

No refiere antecedentes de traumatismo, lesiones, quirúrgicos, transfusiones sanguíneas, ITS, convulsiones, alcoholismo, farmacodependencia.

Antecedentes heredo-familiares

Abuelo paterno aún vivo, tiene 92 años, no presenta ninguna enfermedad aparente, asegura que esta empezando a notar en el signos de depresión.

Abuela paterna fallecida a los 85 años hace 5 meses por embolia cerebral, permaneció 1 mes en coma, padeció diabetes tipo 2 desde los 50 años e hipertensión arterial desde los 70 años, a los 65 años fue intervenida quirúrgicamente por una cálculos en la vesícula biliar, fue amputada de una pierna a los 79 años, desconoce el tratamiento que llevo, menciona que llevo control médico.

Abuelo materno, fallecido a los 52 años, desconoce la causa de su muerte y si llevo control médico.

Abuela materna aún viva, tiene 86 años de edad, desde hace 10 años padece artritis reumatoide la cual la ha postrado a una silla de ruedas. Desconoce el tratamiento que lleva, menciona que lleva control médico.

Padre fallecido a los 51 años por cáncer de hígado que le fue diagnosticado 2 meses antes de fallecer, debido a lo avanzado de la enfermedad fue desahuciado y llevo tratamientos para aminorar el dolor, para reducir la ascitis y los cuidados paliativos, desde los 32 años padecida diabetes mellitus tipo 2 desconoce el tratamiento que llevo, menciona que llevo control médico

Madre viva, tiene 47 años, sin enfermedad aparente, hace 17 años fue sometida a una cesárea no presenta secuelas.

Hermano vivo de 21 años de edad sin enfermedad aparente.

2 de sus tías de la línea materna fallecieron por diabetes mellitus tipo 2 hace aproximadamente 5 años, desconoce si llevaron tratamiento o si llevaron control médico.

Una de sus tías de la línea paterna falleció de cáncer de hígado hace 2 años, desconoce si llevo tratamiento.

Uno de sus primos de la línea paterna fue diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2 desde hace 4 años, desconoce el tratamiento que lleva, asegura que lleva control médico.

Antecedentes androgénicos

Circuncisión: refiere no tenerla

Sueños nocturnos: refiere no tenerlos

Menciona no estar sexualmente activo

Criptorquidia: sin datos patológicos, presencia de ambos testículos en el saco escrotal.

Niega enfermedades de transmisión sexual y trastornos de la erección.

Ausencia de andropausia.

Inspección general

Paciente de sexo masculino, biológicamente y cronológicamente igual a la edad que menciono, vestido congruentemente a su edad y sexo, orientado en espacio, tiempo y persona, no presenta facies de ningún tipo, se encuentra en posición sedante y en actitud libremente escogida, no presenta movimientos anormales, aparentemente integro con marcha normal. Presenta constitución pícnica, presenta un lenguaje fluido, coherente y entendible. Copera con el interrogatorio.

Padecimiento actual

Motivo de consulta: paciente de masculino de 19 años de edad asiste a consulta por adenomegalia desde hace 4 semanas que se presenta en ambas axilas, refiere que las protuberancias son del tamaño de un chícharo, presentan dolor al tacto y que 2 días después estas se revientan y expulsan pus sanguinolenta, dejándole cicatrices de igual al tamaño que las protuberancias. Aminora los síntomas tomando medicamentos (Cefalexina/Bromhexina).

No presenta síntomas acompañantes

Evolución

El 7 de noviembre noto que los ganglios inflamados habían disminuido en ambas axilas, pero aún seguían reventándose y liberando pus sanguinolenta.

El 10 de noviembre los ganglios de la axila izquierda se habían desinflamado. Y el 12 se habían desinflamado la mayoría de los ganglios de la axila derecha.

ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

Ojos

Cejas: Coloración homogénea, presencia de cabeza, cuerpo y cola, vellosidades abundantes unidireccionales, buena implantación, no presenta tumoraciones, lesiones, cicatrización, pediculosis o micosis. Ausencia de dolor.

Párpados superior e inferior: Buena coloración, sin presencia de tumores, protuberancias o cicatrización. La amplitud de la hendidura palpebral es igual a la fisura contralateral. Buena movilidad de ambos párpados.

Pestañas: Coloración homogénea, abundancia de pestañas, buena implantación y no presenta alopecia.

Aparato lagrimal: En buenas condiciones, durante la digitopresión no se sienten tumoraciones o protuberancias, niega dolor al tacto.

Globo ocular: no existe variación de tamaño y volumen en ambos ojos, alineación de ojos normal.

Conjuntivas: las conjuntivas de ambos ojos (superior e inferior) tienen una coloración rosa, no presenta edemas o inflamación.

Esclerótica: coloración normal.

Cornea: se puede observar la convexidad normal de la córnea, sin lesiones.

Exploración de campos visuales por confrontación: El campo visual del paciente es normal.

Movimientos oculares anormales: ninguno

Movimientos oculares normales: En el paciente no presenta ausencia de movimientos y puede realizar todos los movimientos incluyendo el de convergencia, no presenta molestias o nistagmo durante la evaluación.

Exploración con oftalmoscopio

La exploración en ambos ojos no muestra irregularidades, la paila óptica presenta excelente nitidez, presenta un color naranja amarillento, sin presencia de excavación fisiológica central y simetría normal. Las venas y arterias se encuentran óptimas

presentan coloración y tamaño normal, las arterias presentan un reflejo luminoso brillante y las venas un reflejo poco llamativo, sin rastros de lesión o hemorragias. La fovea, la macula se encuentran normales.

Reflejo corneal: el paciente responde correctamente al estímulo.

Reflejo pupilar

Fotomotor: reacciono al estímulo de la luz, en ambos ojos.

Consensual: reacciono al estímulo en ambos ojo

Motor: ambos ojos respondieron correctamente al estímulo.

Nariz

Nariz corta con pigmentación homogénea, presenta de cicatrices de acné en ambas alas, huesos propios íntegros, no presenta tabique desviado.

Exploración con rinoscopio: se observa signos de una epistaxis en la fosa nasal derecha, la coloración es rosa ligero en ambas mucosas de las fosas nasales, la cantidad de moco se encuentra disminuida, con vellosidades abundantes, no hay presencia de tumoraciones, o fisuras. Los cornetes presentan un color rosa ligero, no hay presencia de inflamación, lesión, pólipos o nódulos.

Senos paranasales: no presentan inflamación o dolor. En la revisión con el pupilero se observó que los senos nasales se encuentran vacíos

Oído

Pabellón auricular: se encuentra integro, coloración homogénea sin presencia de lesiones, cicatrices o tumoraciones.

Exploración con otoscopio: el conducto auditivo externo derecho presenta coloración rosa ligero, con abundante cerumen, sin presencia de lesiones, tumoraciones, costras u objetos extraños, vellosidades ligeramente abundante, la membrana timpánica se muestra integra de coloración rosa aperlado y con cono luminoso. El conducto auditivo externo del oído izquierdo presenta una costra de tamaño considerable de coloración oscura, presenta coloración rosa ligero, cerumen abundante, vellosidades ligeramente abundantes, la membrana no pudo ser explorada correctamente por la presencia de abundante cerumen.

Prueba de weber: el paciente pudo distinguir el sonido en el oído derecho, mientras que en el oído izquierdo lo percibió ligeramente bajo.

Prueba de Rinne: el paciente pudo distinguir en las dos conducciones.

Prueba de Romberg: el paciente es Romberg normal.

Boca

Labios: coloración homogénea con buena hidratación no hay presencia de fisuras y laceraciones.

Encías: buena coloración, sin signos de lesión o inflamación

Dientes: piezas dentales completas con presencia de manchas amarillentas, sin presencia de caries

Piso de la boca: coloración rosa, sin anomalías, mucosas hidratadas.

Paredes de las mejillas: color rosa, sin presencia de lesiones o anomalías, mucosas hidratadas.

Lengua: coloración homogénea, sin irregularidades, volumen y tamaño normales, movilidad normal, no hay presencia de lesiones.

Paladar duro y blando: coloración rosa, al momento de la inspección el paladar blando desciende.

Pilares amigdalinos y amígdalas: pilares bien delimitados, las amígdalas presentan coloración normal, sin presencia de crecimientos o lesiones, relejo nauseabundo normal.

Pared posterior de la faringe: la úvula se encuentra en su posición normal, con coloración normal, las paredes presentan coloración rosa sin presencia de lesiones o tumoraciones

APARATO RESPIRATORIO

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Aparato respiratorio

Epistaxis: se presentó de forma inesperada el jueves por la noche en la fosa nasal derecha, el paciente refiere que el sangrado fue moderado, lo atribuye a la actividad vigorizante que realizaba (cargar piedras). Asegura que ejercer presión sobre la nariz disminuyó su sangrado.

Rinorrea: sin datos patológicos

Tos: sin datos patológicos

Expectoraciones: sin datos patológicos

Disfonía: sin datos patológicos

Hemoptisis: sin datos patológicos

Vómica: sin datos patológicos

Cianosis: sin datos patológicos

Dolor torácico: sin datos patológicos

Disnea: sin datos patológicos

Sibilancias: sin datos patológicos

Exploración del cuello

Se observa simetría entre la parte anterior y posterior, sin cambios de forma ni de volumen, sin presencia de lesiones, cicatrices y es capaz de mantener la cabeza erguida.

Movimientos de flexión, extensión y rotación: pudo realizar los movimientos sin ningún problema aparente.

Trapezio: el paciente pudo encoger los hombros sin ningún problema.

Inspección de los cartílagos tiroideos y cricoides y de la glándula tiroidea: logre observar el borde de los cartílagos, pero no pude notar la glándula tiroidea. Le di a beber un vaso de agua para lograr observar el movimiento ascendente de los cartílagos y el de la tiroidea, el ascenso se realizó sin problemas.

No logre observar los bordes de la tráquea.

Logre percibir el latido de las arterias contabilizando un total de 85 pulsaciones por minuto.

No logre percibir las pulsaciones de las venas.

ECM: ligeramente visible.

Palpación

Nódulos linfáticos: no se encontró ningún nódulo inflamado.

Tráquea: no presenta ninguna desviación y sin presencia de dolor.

ECM: no presenta irregularidades, bultos o nódulos.

Glándula tiroides

Enfoque posterior: en mi paciente no encontré ningún a irregularidad o bultos.

Procedimiento de Lahey: no se presentaron anomalías.

Arterias carótidas: no se presentaron anomalías ni bultos.

Auscultación.

En el cuello sobre la tráquea, detecte un sonido normal durante la inspiración y espiración.

Cartílagos tiroides, cricoides y glándula tiroidea: le pedí al paciente que tragara saliva para poder escuchar los sonidos generados durante la deglución, no se presentaron sonidos anormales.

Arterias carótidas: no se presentaron soplos u otras irregularidades en el sonido.

Tórax

Inspección

Se observa observar simetría a ambos lados del tórax durante la inspiración y espiración, expansión simétrica del tórax, retracción normal de los músculos

intercostales, sin existencia de movimientos anormales del tórax y no presenta cifosis o escoliosis.

Bordes claviculares notables, escotadura yugular visible, no pude costillas y ángulo del esternón o de Louis debido a la complexión del paciente, se elevan y descienden durante la inspiración y espiración.

Ausencia de tórax inestable, y de alguna fractura en costillas.

Palpación

No se visualizaron fistulas o aumento d volumen en tórax por lo tanto no se palpa ninguna anomalía relacionado con fistulas o aumento de volumen.

Amplexacion superior.

El tórax se desplaza hacia arriba simétricamente y no se encuentra disminuido en alguno de los hemitórax.

Amplexación inferior

Ambos dedos del pulgar se deslizan simétricamente durante la inspiración normal y forzada.

Amplexación torácica

Los pulgares se desplazaron simétricamente.

Amplexión

En mi paciente pude observar que la expansión de ambos hemitórax es simétrica.

Frémito

Tórax posterior: En el paciente pude palpar las vibraciones sin alteraciones.

Tórax anterior: se pudo palpar las vibraciones sin alteraciones.

Percusión

Tórax anterior: se encontró ruido claro pulmonar, sin alteración en cada uno de los espacios intercostales y casi a la altura del hígado su matidez.

Tórax posterior: se encontró ruido claro pulmonar en cada una zonas percutidas.

Auscultación

Tórax anterior

Tomando en cuenta la intensidad, duración y tipo de tono, escuche un respiración normal, no logre identificar ambos ruidos respiratorios normales, se descartan sibilancias, estertores y crepitantes.

Tórax posterior

Tomando en cuenta la intensidad, duración y tipo de tono, escuche una respiración normal, se logró la identificación de ambos ruidos respiratorios normales que estaban muy marcados, se descartan sibilancias, estertores y crepitantes.

**SISTEMA
CARDIOVASCULAR**

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Sistema cardiovascular

Palpitaciones: sin datos patológicos.

Disnea: sin datos patológicos

Apnea: sin datos patológicos

Cianosis: sin datos patológicos

Acufenos: sin datos patológicos

Fosfenos: sin datos patológicos

Tinnitus: sin datos patológicos

Sincope: sin datos patológicos

Lipotimia: sin datos patológicos

Edema: sin datos patológicos

Exploración del sistema cardiovascular

Inspección

En mi paciente pude observar simetría en ambos hemitórax, ausencia de deformidad del tórax, no observe latidos precordiales anormales, y no logre notar el latido del ápex o vértice del corazón.

Palpación

Latido de punta

Palpable y con un levantamiento de 3 cm.

Ruidos cardiacos en relación a las arterias carótidas

Identifique el primer ruido antes de la pulsación carotidea y el segundo ruido no logre distinguirlo.

Para el tercer y cuarto ruido presione ligeramente con los dedos índice y medio en el ápice cardiaco y no determine la presencia de un movimiento extra.

Pulso carotideo

Logre identificar el pulso carotideo, dentro del borde medial del musculo esternocleidomastoideo.

Frémito

No detecte vibraciones o zumbidos.

Chasquidos cardiacos

No palpe ni un chasquido cardiaco en mi paciente.

Percusión

La percusión en el área precordial arrojo datos de matidez cardiaca en los espacios intercostales

Auscultación

Focos cardiacos y ruidos cardiacos

El primer ruido cardiaco, fue localizado en el quinto espacio intercostal derecho y la línea medioclavicular (foco mitral) y en el quinto espacio intercostal y borde esternal inferior izquierdo o paraesternal (foco tricúspideo).

El segundo ruido fue localizado en el segundo espacio intercostal izquierdo (foco pulmonar) y derecho (foco aórtico).

No pudieron ser percibidos el tercer y cuarto ruido cardiaco.

Desdoblamiento fisiológico del segundo ruido

No logre percibir el desdoblamiento en mi paciente.

Soplos

Soplo mitral: ausente

Soplo tricuspideo: ausente

Soplo aórtico: ausente

Soplo pulmonar: ausente

Soplo carotideo: ausente

Chasquidos

No se escuchó ningún chasquido o ruido de click

Galopeo

No se percibió galopeo

Sístole y diástole

La primera fue percibida entre el primer y segundo ruido con un silencio más corto, mientras que la diástole entre el segundo y primer ruido con un silencio mas prolongado.

SISTEMA DIGESTIVO

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Sistema digestivo

Alteraciones de la masticación: sin datos patológicos

Salivación: sin datos patológicos

Disfagia: sin datos patológicos

Halitosis: sin datos patológicos

Nauseas: sin datos patológicos

Vomito: sin datos patológicos

Rumiación: sin datos patológicos

Pirosis: sin datos patológicos

Regurgitación: sin datos patológicos

Aerofagia: sin datos patológicos

Eructos: sin datos patológicos

Hematemesis: sin datos patológicos

Melena: sin datos patológicos

Rectorragia: sin datos patológicos

Diarrea: sin datos patológicos

Constipación: sin datos patológicos

Acolia: sin datos patológicos

Hipocolia: sin datos patológicos

Meteorismo: sin datos patológicos

Disentería: sin datos patológicos

Esteatorrea: sin datos patológicos

Pujo: sin datos patológicos

Tenesmo: sin datos patológicos

Prurito anal: sin datos patológicos

Exploración del aparato digestivo

Inspección

En el caso de mi paciente se observa abdomen globoso, presenta estrías por todo el abdomen, no presenta cicatrices por cirugía o provocada por algún accidente, ausencia de vellosidades.

Se localizó la cicatriz umbilical, sin malformaciones, sin hernias y ubicada a mitad del trayecto de la apófisis xifoides del pubis.

Por último no pude observar las pulsaciones de la aorta abdominal así como los movimientos intestinales que se emiten a la pared abdominal, y no observe el signo de Cullen o de Grey-Turner.

Auscultación

Coloque el estetoscopio lateral al ombligo menor de 5 cm, logre percibir gorgorismo con una frecuencia de 15 por minuto.

Hígado

Signo de puddle

En el caso de mi paciente el signo de puddle es negativo.

Técnica del rascado

Pude notar que conforme se rasca en la víscera el sonido se amplifica

Percusión

Abdomen

Al percutir en toda el área abdominal, no logre encontrar alternancia alguna entre matidez ni timpanismo alterno.

Hígado

En la identificación de la matidez hepática, Las mediciones de mi paciente fueron en la línea media costal 4.5 cm y en la línea medioclavicular 9 cm.

Puñopercusión

Al realizar esto no observe facies de dolor.

Bazo

Percusión de la pared inferior izquierda del tórax.

Coloque a mi paciente en decúbito supino, percutí aproximadamente desde el borde de matidez cardíaca en la sexta costilla hasta la línea axilar anterior y hacia abajo hasta el borde costal, esto forma el espacio de Traube. Por lo que detecte timpanismo en la parte lateral.

Comprobar el signo de percusión esplénica.

Mi paciente colocado en decúbito supino, percutí el espacio intercostal más bajo en la línea axilar anterior izquierda, pedí a mi paciente que inspirara y percutí nuevamente por lo que pude escuchar un timpanismo.

Puñopercusión

Al realizar esto no observe facies de dolor.

Palpación

Abdomen

Superficial

La piel de mi paciente está perfectamente hidratada, no presenta hiperestesia ni hiperbaralgesia, sin presencia de masas o hernias.

Profunda

Al palpar cada uno de los cuadrantes, no palpe masas o algún punto de dolor, detecte pulsaciones de la aorta abdominal.

Signo de rebote

Al soltar no hubo presencia de dolor.

Punto de Mcburney, punto de Morris y punto de Lanz.

En mi paciente no hubo reacción dolorosa en ninguno de los puntos.

Signo de psoas

Coloque mi mano encima de la rodilla derecha de mi paciente y le pedí que levantara el muslo contra mi mano. Por lo que no tuvo ninguna dificultad al elevarlo ni alguna molestia de dolor.

Signo del obturador

Con mi manos flexione el muslo derecho del paciente por la cadera, con la rodilla flexionada y provocando una rotación interna del miembro por la cadera, por lo que no se presentó ningún signo de dolor.

Hígado

Método del gancho

Debido a que mi paciente es obeso utilice esta técnica, el hígado presento una consistencia suave, contorno regular, no pude palpar el borde, presento una ligera molestia.

Signo de Murphy

No hubo interrupción de la inspiración.

Bazo

No pude palpar el borde ni la punta, debido a la complexión del paciente.

**SISTEMA GENITOURINARIO
MASCULINO**

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Sistema genitourinario masculino

Dolor: sin datos patológicos

Hematuria: sin datos patológicos

Piuria: sin datos patológicos

Polaquiuria: sin datos patológicos

Disuria: sin datos patológicos

Goteo terminal: sin datos patológicos

Disminución del calibre: sin datos patológicos

Micción con esfuerzo: sin datos patológicos

Retención vesical: sin datos patológicos

Interrupción del chorro: sin datos patológicos

Micción fraccionada: sin datos patológicos

Incontinencia urinaria: sin datos patológicos

Poliuria: sin datos patológicos

Oliguria: sin datos patológicos

Anuria: sin datos patológicos

Secreciones uretrales: sin datos patológicos

Espermatorrea: sin datos patológicos

Exploración del sistema genitourinaria

Estudio macroscópico de la orina

Prueba de los tres vasos: la orina está ligeramente turbia sin presencia de grumos y filamentos.

Búsqueda de puntos dolorosos

Punto costovertebral: se hizo presión este punto y no se encontró presencia de dolor.

Punto costolumbar: no se encontró presencia de dolor.

Puntos uretrales

Punto uretral superior o de Bazy

Se presionó este punto y no se encontró presencia de dolor

Punto uretral medio o de pastea

Se presionó entre el punto de unión del tercio medio con el tercio externo de la línea transversal biespinal, no hubo presencia de dolor.

Punto uretral inferior

Al explicar a mi paciente el procedimiento para la búsqueda de este punto doloroso (tacto rectal), el paciente se negó a que se llevara este procedimiento.

Palpación

Riñón

Manera de Glenard

Al realizar la pinza manual no logre palpar el riñón durante la inspiración normal ni profunda, el paciente no presento molestias dolorosas.

Manera de guyon

Ahora en decúbito dorsal, apoyándome en la maniobra del peloteo, logre palpar del riñón en la inspiración profunda, no se percibió la presencia de masas retroperitoneales, el paciente no presento molestias durante la palpación.

Exploración de ganglios

Ganglios supraclaviculares izquierdos: no hay presencia de crecimientos

Ganglios de la cadena aórtico-iliaca: se palpo la parte media del vientre, columna dorso lumbar y las fosas iliacas, no hubo presencia de crecimientos.

Ganglios inguinocrurales: el paciente se negó a que se llevara a cabo la palpación de estos ganglios.

Ganglios axilares: (véase en el apartado de padecimiento actual)

Percusión

Puñopercusión renal

Se llevó acabo en la región lumbar del paciente, el paciente no mostro signos de dolor.

Exploración de los genitales externos

El paciente se negó a que se llevara a cabo.

Historia clínica elaborada el 13 de noviembre de 2015

Firma.

Elaborado por Carlos Arturo Hernández Rosales.