



Foto: Clara Natoli

El mensaje epidemiológico del *habitus exterior* del paciente

Juan José García García*

Resumen

La inspección general del paciente, como cualquier otro apartado de la historia clínica, ofrece al médico valiosa información que puede ser definitivamente orientadora del diagnóstico. Los datos que se revisan someramente en este trabajo, y la interpretación de los mismos, tienen su origen en el estudio de grandes grupos de casos, que son motivo creciente de un análisis más sistemático utilizando conceptos y métodos epidemiológicos a fin de darles un carácter probabilístico de mayor peso.

Palabras clave: Examen físico, inspección general, diagnóstico clínico, razones de probabilidad.

The epidemiologic message of the patient external habit

Abstract

The patient's general inspection, as any other section of the medical history, give the physician valuable information that may be definitively lead to the diagnosis. The data that are superficially reviewed in this part of the history and their interpretation are based on the study of great groups of cases, which are subjected to a more systematic analysis with epidemiological methods and concepts in order to provide them with a probabilistic nature of greater weight.

Key words: Physical examination, observation, clinical diagnosis, ratio.

INTRODUCCIÓN

Uno de los componentes importantes que se incorporan de manera temprana en el proceso de la elab-

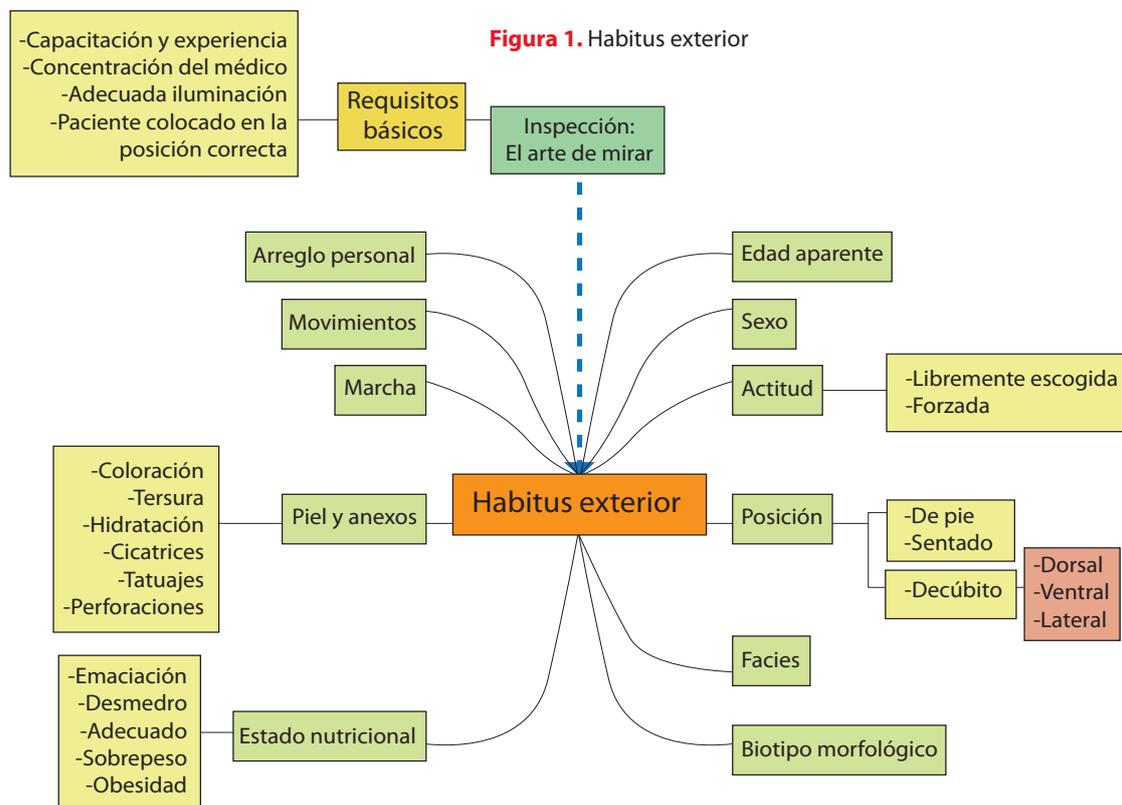
boración del diagnóstico clínico ante cada paciente es el que se refiere a la información que el médico obtiene aun antes de que se inicie la comunicación verbal entre ambos.

Esta información procede de la capacidad de observación que el médico vaya desarrollando a lo largo de su formación y de su experiencia, con respecto a la interpretación de las características externas que pueden apreciarse del paciente, así como de la misma situación o ámbito en que ocurre esta relación, ya que, desde este momento van a procesarse mentalmente a través de diversas estrategias de diagnóstico, tales como el reconocimiento de patrones, que es prácticamente un arco reflejo, y otras, más complejas, como la de carácter hipotético-deductivo.

En este sentido se comentarán cada uno de los diversos aspectos que resultan relevantes para considerar en esta primera etapa, y que, como puede suponerse, se procesan en cuestión de segundos, y se van integrando a otros elementos conforme transcurre la entrevista clínica.

El propósito de estas reflexiones es plantear que la interpretación de los datos recabados por parte del médico, lo tenga conciente o no, tiene su origen en la descripción de grupos de personas en los que, de manera probabilística, se ha encontrado una asociación estadística entre determinadas características biológicas, psicológicas y sociales de aquellas, y el riesgo de que presenten una patología en particu-

*Salud pública. Facultad de Medicina. UNAM.



lar o distintas posibilidades que han de tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial, es decir, que la valoración aislada, pero sobre todo en conjunto de la información obtenida tiene un fundamento epidemiológico. En este contexto resultará de gran utilidad disponer de datos respecto a la frecuencia con que un determinado padecimiento se presenta en el nivel de atención en el que se labora, pues será distinta en unidades de primer nivel con respecto al panorama de un hospital general o uno de concentración de subespecialidades. Por otra parte, es importante conocer la frecuencia con la que se presentan las manifestaciones clínicas de un determinado padecimiento. Este tipo de datos puede llegar a obtenerse del sistema de información de la propia unidad médica, de artículos publicados sobre el problema, ser producto de la consulta con los expertos del área, o bien, de la experiencia personal del médico, aun con lo limitada que ésta pueda ser.

HABITUS EXTERIOR

Para fines de este trabajo, el *habitus* exterior representa el conjunto de características biológicas, psi-

cológicas y sociales que dan lugar a la apariencia del paciente, que constituyen la primera aproximación al estudio de su condición clínica de salud a través de la inspección general y de la relación que guardan los hallazgos que de ella se derivan con información epidemiológica (figura 1).

Características biológicas

Edad aparente. Por grupo de edad se puede ir ubicando el perfil de morbilidad y de causas de muerte a las que se ve expuesto el paciente en esa región geográfica (o nivel de atención) en particular, por lo que resulta indispensable estar familiarizado con las estadísticas oficiales correspondientes, generales o por institución, y adaptar a las condiciones de la práctica médica privada. Sin ser categórica la aseveración, en niños se presentan prioritariamente enfermedades infecciosas; en jóvenes, accidentes y violencias, así como problemas asociados a la actividad sexual; en adultos y ancianos cobran mayor relevancia las enfermedades no transmisibles (figura 2).

La edad aparente refleja el estilo de vida, así como los antecedentes patológicos del paciente. El proceso

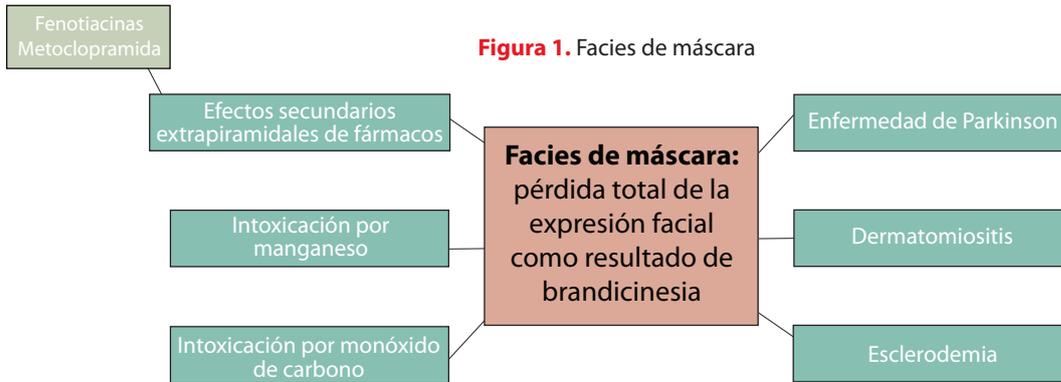


Figura 1. Facies de máscara

de envejecimiento irá dejando huella. Así, con todo el estilo de nuestra cultura, se ha acuñado la expresión “ojalá llegues a la edad que representas”.

Al atender a un individuo inconsciente, si no hay un informante, el estimar su edad puede hacer plantear algunos diagnósticos diferenciales, por ejemplo, intoxicaciones accidentales o deliberadas en niños y jóvenes respectivamente, en tanto que los trastornos metabólicos y accidentes vasculares se verán con más frecuencia en adultos y ancianos.

En el paciente pediátrico es importante valorar lo observado con respecto a lo esperado en términos del crecimiento y desarrollo, por ejemplo, si el bebé sostiene la cabeza, se sienta solo o camina sin ayuda.

Sexo. Junto con el dato anterior, edad aparente, permite plantearse cierto tipo de problemática en función de grupos de riesgo reconocidos, tanto por diferencias en órganos reproductores, como de roles sociales o de ciertos predomios ya identificados

en uno u otro, como el de la enfermedad isquémica del corazón y muchas más (**tabla 1**).

Integridad física. La falta de ésta puede hacernos pensar, por un lado, en el posible origen, como una amputación resultado de una enfermedad sistémica que afecta la microcirculación, de un accidente o incluso en la agenesia de una extremidad producto de una malformación congénita, y por otro, en los aspectos de discapacidad que puedan estar condicionando la situación, y que habrá que tomar en cuenta posteriormente en el plan de manejo. La **tabla 2** muestra los principales tipos de discapacidad por grupos de edad, y muestra que casi la mitad de los casos son de tipo motor, y estos, en términos generales, se incrementan conforme aumenta la edad.

Compleción o biotipo morfológico. Existen diversas clasificaciones que han pretendido asociar la figura corporal con la aparición y curso evolutivo de las enfermedades. Entre las clásicamente descritas se encuentra la que habla de pícnicos, asténicos, atléticos, displásicos y normales. Otra incluye mesomórficos, endomórficos y ectomórficos. En cada caso puede haber combinaciones.

Conformación. Simetría corporal, particularmente relativa a los órganos pares. Rostro, tronco y extremidades pueden mostrar datos de asimetría debida a diferentes razones. Puede estar afectado todo un hemicuerpo como producto de una enfermedad vascular cerebral, y de acuerdo con el sitio de la lesión pueden apreciarse manifestaciones faciales de un lado y contralaterales de manera descendente.

Enfermedades o lesiones osteomusculares o neurológicas pueden ser causa de asimetrías o de alteraciones del trofismo, lo que da lugar a hipotrofia, atrofia, o por el contrario, hipertrofias.

Tabla 1. Mortalidad nacional por causas seleccionadas, estandarizada por edad, según sexo, 2008

Causa	Hombres		Mujeres	
	Defunciones	Tasa	Defunciones	Tasa
Enfermedad isquémica del corazón	33,633	95.1	25,943	59.0
Cáncer pulmonar	4,442	12.9	2,255	5.4
Cirrosis y otras afecciones crónicas del hígado	21,447	54.5	6,969	16.5
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	9,148	27.1	7,381	16.9

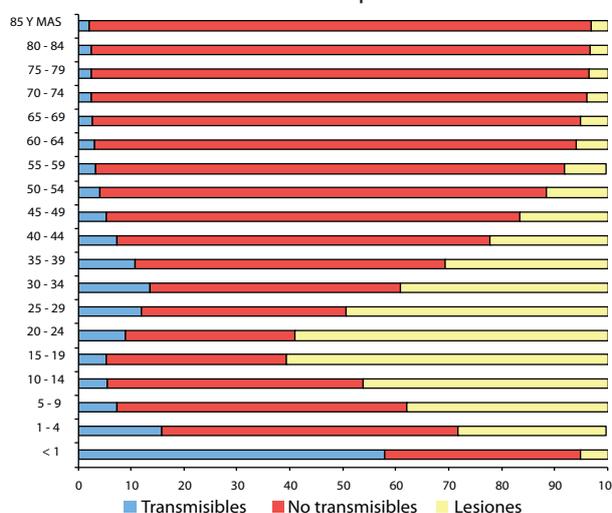
Tasa por 100,000. Fuente: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>. Fecha de consulta: 31-08-10.

Tabla 2. Porcentaje de población por grupos de edad según tipo de discapacidad, 2000

Grupos de edad	Motriz	Auditiva	Lenguaje	Visual	Mental
Total	45.3	15.7	4.9	26.0	16.1
Niños	35.1	12.0	10.3	15.1	33.9
Jóvenes	31.4	11.2	10.1	17.3	36.4
Adultos	43.2	12.0	4.7	28.7	15.7
Adultos mayores	55.1	21.0	1.4	30.5	3.7

Nota: La suma de los tipos de discapacidad puede ser mayor a 100 debido a la población con más de una discapacidad; el porcentaje se calculó en relación al total de personas con discapacidad en cada grupo de edad. Fuente: INEGI, XII CGPV 2000. Base de datos.

Figura 3. Diagnósticos a considerar ante rostros inexpresivos



Fuente: Masklike facies. En: Loeb S (Executive director). Professional guide to signs & symptoms. USA: Springhouse Corporation; 1993. p. 469-70.

Los fenómenos inflamatorios graves de origen traumático o infeccioso (abscesos), así como las neoplasias, pueden modificar de manera ostensible y visible la arquitectura corporal.

Posición. De pie, sentado o en decúbito. El ámbito en el que se lleva a cabo la atención, consultorio u hospital, así como la condición clínica del paciente, son factores que intervienen en la forma en que se le observa por primera vez.

El paciente pediátrico se encontrará, por lo regular, en los brazos o sentado en las piernas de la madre, si aún no camina.

Actitud. Se dice que cuando el paciente asume una actitud que le proporciona confort, lo ha asumido libremente, para distinguir de aquella que es forzada por la misma enfermedad. El dolor frecuente-

mente condiciona que el paciente adopte una actitud de defensa o protección corporal que ofrece un alivio parcial.

Un niño enfermo disminuye su actividad física y suele estar quieto.

Facies. Algunas patologías determinan características particulares del rostro, como la del síndrome de Cushing, el hipertiroidismo, la parálisis del nervio facial, el retraso mental, o simplemente la expresión de dolor. A menos de que se trate de una consulta especializada o de un servicio de referencia, algunas de estas expresiones faciales sólo se verán de manera esporádica. A manera de ejemplo, en la **figura 3**, se plantean los principales diagnósticos a considerar en relación con la presencia de un rostro inexpresivo.

Características de los tegumentos. Coloración. Fuera de los aspectos étnicos o raciales puede identificarse palidez debida, por ejemplo, a un cuadro de anemia o de hipotensión arterial aguda; rubicundez asociada a un episodio febril o una crisis hipertensiva; o las tonalidades adquiridas por la acumulación de sustancias, como en las ictericias (por ejemplo, en el recién nacido, ante la elevación de bilirrubinas debe tenerse presente el riesgo de un problema de incompatibilidad de grupo sanguíneo o de Rh), o en las intoxicaciones por metales o gases, ya sea por exposición accidental o de origen laboral. Quizá en el paciente pediátrico, la presencia de cianosis, como dato de hipoxia, sea más fácilmente observable, sobre todo asociada a datos de insuficiencia respiratoria aguda.

También en este caso (la consulta pediátrica) será más frecuente –no exclusiva– la observación de las manifestaciones de las diversas fiebres eruptivas.

Otros aspectos. El estado de hidratación puede verse reflejado en las características de la piel. A manera de ejemplo, observe los datos de la **tabla 3** con

Tabla 3. Datos clínicos seleccionados de deshidratación que son apreciables por inspección

Hallazgo clínico	LR		Sensibilidad	Especificidad
	Valor (IC del 95%)			
	Presente	Ausente	Valor (IC del 95%)	Valor (IC del 95%)
Turgencia anormal de la piel	2.5 (1.5-4.2)	0.66 (0.39-0.82)	58 (40-75)	76 (59-93)
Hundimiento de ojos	1.7 (1.1-2.5)	0.49 (0.38-0.63)	75 (62-88)	52 (22-81)
Membranas mucosas secas	1.7 (1.1-2.6)	0.41 (0.21-0.79)	86 (80-92)	44 (13-74)
Ausencia de lágrimas	2.3 (0.9-5.8)	0.54 (0.26-1.13)	63 (42-84)	68 (43-94)
Hundimiento de fontanela	0.9 (0.6-1.3)	1.12 (0.82-1.54)	49 (37-60)	54 (22-87)

IC: intervalo de confianza, LR: Likelihood ratio, razones de probabilidad o verosimilitud. Fuente: Modificado de: Steiner MJ, DeWalt DA, Byerley JS. Is this child dehydrated? JAMA. 2004;291:2746-54.

respecto al comportamiento de distintos indicadores utilizados para valorar la presencia de deshidratación en el paciente pediátrico.

Es importante plantear la necesidad de conocer el valor de las razones de probabilidad o verosimilitud (LR) para la combinación de datos clínicos, y no sólo para signos o síntomas aislados.

Los tatuajes o perforaciones sugieren que el paciente pudo haber estado expuesto al riesgo de transmisión de hepatitis o de VIH/SIDA.

Estado nutricional. De un primer vistazo, a reserva de confirmar con el empleo de los indicadores antropométricos apropiados, pueden apreciarse las condiciones extremas en uno u otro sentido, es decir, desnutrición u obesidad, de las que habrá que precisar la etiología. Los estados intermedios, en particular en los valores limítrofes no serán tan fácilmente identificados.

Presencia de movimientos anormales. Aunque existe una variedad de estos, para la situación que nos ocupa, es decir, la de un primer encuentro médico-paciente, interesa destacar aquellos que pueden ser percibidos por manifestarse en forma constante, como el temblor en el hipertiroidismo, el de la enfermedad de Parkinson, los movimientos de corea o atetosis, y los tics, para distinguirlos de aquellos que ocurren como crisis, como las convulsiones tónico-clónicas.

Marcha. Puede apreciarse cuando se observa el ingreso del paciente al consultorio. Si lo hace solo y sin dificultad, o por el contrario, requiere de algún aditamento (bastón, muletas, andadera) o del auxilio de un acompañante. La razón puede llegar a ser evidente a simple vista: una herida, una venda elástica o de yeso colocada, una extremidad amputada, etc.

Hay ciertas patologías neurológicas que dan lugar a características peculiares al andar, que por ello mismo son sospechosas. Por ejemplo, en la hemiplejía, la enfermedad de Parkinson, la esclerosis múltiple, el daño cerebeloso o laberíntico.

Higiene corporal. Refleja no sólo hábitos personales, sino posiblemente condiciones del cuidado recibido por familiares (padres, esposo, hijos), vecinos u otro, y de la situación social en cuanto al acceso a servicios públicos.

Características psicológicas

Sin pretender plantear estereotipos, puede decirse que diversos aspectos de la posición corporal, de las expresiones faciales y de la mirada se asocian con emociones, estados de humor, actitudes, carácter e inteligencia del paciente.

A manera de ejemplo, se dice que éste guarda una posición defensiva si se encuentra con brazos o piernas cruzadas. Lo contrario se asocia a una disposición a colaborar.

El “tamborileo” de dedos o con los pies puede ser un dato de ansiedad.

El rostro, con gran similitud entre diferentes culturas, puede reflejar alegría, tristeza, ira, enfado, disgusto, sorpresa, miedo, especialmente con la musculatura orbicular.

Evitar el encuentro de la mirada puede traducir inseguridad, vergüenza, malestar, en tanto que sostenerla puede intentar establecer superioridad, manifestar hostilidad o desprecio.

Debe tenerse cuidado en la interpretación del lenguaje corporal y de esta comunicación no verbal, en favor de una adecuada relación con el paciente

Características sociales

Vestido. Se dice que “el hábito no hace al monje”, sobre todo ahora en un mundo globalizado en que las prendas de vestir y calzar pueden utilizarse quizá en casi cualquier lugar, pero en ciertos casos puede reflejar indumentaria regional, y con ello la probabilidad de algunas exposiciones particulares en la zona, así como su posible condición social (joyería, uso de cosméticos) y lengua (idioma). En el interior del país debe ser claro para el médico el posible grupo étnico del cual procede el paciente a partir de este dato.

De igual forma, una indumentaria laboral, puede sugerir el contacto o exposición a ciertos factores asociados a enfermedades de origen ocupacional.

De las prendas de vestir u objetos que le acompañan pueden inferirse ciertas creencias, como en el caso de la observación de un “ojo de venado” atado a la muñeca de un lactante, asociado a la protección contra el “mal de ojo”.

COMENTARIO FINAL

Ningún dato aislado es suficiente para establecer un diagnóstico de certeza, no obstante, el reconocimiento visual de ciertos patrones externos en el paciente puede ser fuertemente orientador. La combinación de datos y la integración de información obtenida por interrogatorio y por exploración física van a guiar las posibilidades hacia la confirmación, tal vez con la necesidad de recurrir a estudios complementarios.

Desde el punto de vista epidemiológico, el proceso de diagnóstico significa llevar el valor de una probabilidad preprueba (prevalencia de una enfermedad) al de una probabilidad posprueba que permita confirmar o descartar razonablemente una hipótesis. El empleo de estas herramientas fortalecerá el trabajo del médico, quien podrá sustentar su diagnóstico no en el sentido común o el “ojo clínico” desarrollado, sino en datos cada vez más objetivos que brinden una evidencia más sólida en términos probabilísticos acerca de la condición de salud del paciente. Por lo anterior, es necesario que el médico utilice con mayor frecuencia y sistematización la evidencia epidemiológica procedente de diferentes tipos de diseños de estudio, realice una lectura crítica de la misma, y aplique los resultados reporta-

dos a las condiciones particulares de sus pacientes, con base en su experiencia clínica. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Bickley LS, Szilagy PG. Examen general. En: Bickley LS, Szilagy PG. Bates Guía de exploración física e historia clínica. 8ª ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2003. p. 72-5.
- Borrell CF, Bosch FJM. Entrevista clínica. En: Martín ZA, Cano PJJ. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica médica. Vol. I. España: Elsevier; 2003. p. 442-5.
- García GJJ. Significado y empleo de la razón de probabilidades en la práctica clínica. Rev Mex Pediatr. 2000;67:188-91. http://sinais.salud.gob.mx/egresoshosp/tabs/eh_morbsec_001.xls
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Discapacidad. <http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>
- Jarvis C. Physical examination and health assesment. USA: WB Saunders Company; 1993.
- Jinich H. Inspección general. En: Jinich H. Síntomas y signos cardinales de las enfermedades. 3ª ed. México: JGH Editores; 2001. p. 320-6.
- Larguía A. Inspección general. En: Argente HA, Álvarez ME. Semiología médica. Fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Enseñanza basada en el paciente. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2006. p. 159-69.
- Loeb S. Masklike facies. En: Loeb S (executive director). Professional guide to signs & symptoms. USA: Springhouse Corporation; 1993. p. 469-70.
- Mangione S. Aspecto general, facies y habito corporal. En: Mangione S. Secretos del diagnóstico físico. México: McGraw Hill Interamericana; 2001. p. 1-17.
- Martínez CL. Exploración general. En: Martínez CL. Clínica propedéutica médica. 12ª ed. México: Méndez Editores; 2005. p. 30-46.
- McCarty PL. Estudio del niño enfermo en la consulta y la clínica. En: Behrman RE, kliegman RM, Harbin AM. Nelson Tratado de pediatría. Vol. I, 15ª ed. España: McGraw Hill-Interamericana; 1993. p. 277-80.
- Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica. 2ª ed. México: Editorial Médica Panamericana; 1994.
- Secretaría de Enseñanza Clínica, Internado y Servicio Social. Historia clínica académica. Facultad de Medicina: UNAM, 2001. p. 18
- Secretaría de Salud. Egresos hospitalarios.
- Secretaría de Salud. Mortalidad <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>
- Steiner MJ, DeWalt DA, Byerley JS. Is this child dehydrated? JAMA. 2004;291:2746-54.
- Surós J. Semiología y técnica exploratoria. 5ª ed. España: Salvat Editores; 1975.