

CAPÍTULO 2.1

1. EL EXAMEN ANAMNÉSICO

Como se sabe, el examen o estudio anamnésico de la historia de una personalidad se hace por medio del interrogatorio por parte del médico, y la anamnesis, esto es, el recuerdo de sus experiencias por parte del paciente. Tiene como finalidad elaborar la biografía clínica de este paciente. Esta biografía se complementa después con los datos del examen actual y de los exámenes auxiliares, por cuanto nuestro objetivo es conocer, explicar y corregir los procesos patogenéticos de la persona enferma que requiere de la atención médica actual.

Entendido como un procedimiento del examen clínico, el interrogatorio consiste en una serie de preguntas hechas con el propósito de indagar, averiguar o inquirir en busca de los datos que el propio paciente, o alguien que lo conoce o sabe algo acerca de él, puede proporcionar respecto de su historia personal precedente, que de preferencia incluye aquel segmento de su vida que ha sido alterado o perturbado por una enfermedad. Una vez que los datos obtenidos se ordenan en la biografía clínica, ésta se anota en la primera parte del registro clínico que por extensión también denominamos “la anamnesis”.

Es necesario señalar que los datos obtenidos por medio del interrogatorio son la base de cualquier hipótesis diagnóstica que pudiera plantearse acerca de la localización y la naturaleza patológica de la enfermedad que se presenta como problema clínico. Para lograr este objetivo, la anamnesis debe contener el relato de los aspectos más pertinentes y relevantes de la vida del paciente que tuvieran alguna relación con dicho problema clínico, y la descripción de la naturaleza y modo de evolución de los síntomas que reflejan el curso de la enfermedad desde el primer momento de su aparición hasta que han alcanzado su estado actual, tal como se encuentra al momento del examen actual.

Al tratar de obtener y registrar los datos clínicos por medio de la anamnesis es necesario prever algunas de las dificultades que son inherentes a toda forma de comunicación entre personas, pero que en el caso de los pacientes con afecciones de su actividad nerviosa pueden ser mayores y de una naturaleza diferente a las usuales, por lo que habrá necesidad de superarlas en el curso del examen, o evaluarlas por sí mismas como signos de la enfermedad si ése fuera el caso.

Así, muchos términos usados por el paciente al describir sus síntomas, y naturalmente por los testigos también, a veces no corresponden a la experiencia subjetiva real y son demasiado vagos, ambiguos o imprecisos. Por eso debe insistirse para que el paciente (o el testigo) describa minuciosamente aquello que ha experimentado (u observado), antes que pretender encontrar el nombre correcto del síntoma o trastorno. Es frecuente, por ejemplo, referir con la palabra *mareo* una serie de trastornos que inclusive no tienen relación alguna con la verdadera experiencia subjetiva. Algunos pacientes llaman correctamente "mareos" a sus sensaciones de vértigo, pero otros llaman así a sus crisis epilépticas, otros a sus desmayos, otros a su estado de angustia o de astenia, otros a ciertos episodios de inestabilidad. Con la palabra *adormecimiento* los pacientes hacen referencia lógicamente a una pérdida de la sensibilidad, pero también a parestesias y disestesias, así como a la disminución de la fuerza muscular u otros trastornos del movimiento. Y *falta de fuerzas* puede significar no sólo

un grado de paresia, sino también astenia, decaimiento, o falta de ánimo.

Debemos saber, igualmente, que hay muchos términos médicos o afines con los que se hace referencia a algunas dolencias relativamente frecuentes, pero que los pacientes o los testigos usan en un sentido personal o como un dato válido por sí mismo, como por ejemplo, sufro de *jaquecas*, tengo *ataques*, tuve un *derrame*, sufro de *aterioesclerosis*, sufro del *colesterol*, tiene *disrritmia*; naturalmente que todos los términos como éstos requieren de una descripción que aclare la verdadera naturaleza de su contenido.

Es igualmente común que al no poder encontrar la palabra adecuada se hable en términos de *una dificultad para...*, señalando como máximo la parte del cuerpo o la actividad afectada de modo genérico. El paciente que tiene *dificultad para* caminar, orinar, recordar, hablar, o cualquier otra, debe dar entonces una descripción que precise la naturaleza de la dificultad.

También es muy conocida la influencia que ejerce el médico respecto de la definición o la calificación de los síntomas experimentados por el enfermo, de modo que no es difícil que éste sólo atine a afirmar las sugerencias que le hace el examinador. Una forma más sutil de esta influencia es el caso de las modificaciones que puede sufrir el síntoma en sí por la manera como el médico hace la pregunta o conversa con el paciente. Así, un paciente con dificultades al hablar puede ocultarlas o enmascararlas cuando la conversación es dirigida correctamente por el especialista, y al contrario, pueden hacerse patentes cuando las instrucciones –del estudiante, por ejemplo– no son formuladas en forma adecuada. Por supuesto que en otras condiciones o en otro momento puede suceder lo contrario.

Por otro lado, es aún más importante tener en cuenta que muchas enfermedades del sistema nervioso comprometen el habla o la memoria, los niveles de ansiedad, de atención o de expectación, las capacidades afectivas, las cognitivas o las conativas del enfermo: por tal razón, un buen número de éstos no puede proporcionar los datos acerca de su historia o de su estado actual. En tales casos, es indispensable la versión de testigos –que no necesariamente son los familiares más

cercanos— para corroborar los datos proporcionados por el paciente u obtener los datos que con alguna frecuencia son decisivos para el diagnóstico. Además, nunca debe concluirse de antemano que las dificultades que pudiera mostrar un paciente son simplemente culturales o debidas a su deficiente grado de instrucción sin antes haber definido claramente la índole de su dificultad y que no hay otra explicación más adecuada. Si la dificultad es de tipo cultural no se deduce antes sino después de examinar al paciente.

PAUTAS PARA EL EXAMEN ANAMNÉSICO

Hemos señalado ya que los procedimientos del examen anamnésico, con algunas variantes tácticas de segundo orden, son iguales tanto para el examen esencial como para el examen integral. Es por ello que aquí vamos a hacer referencia sólo a los aspectos de mayor interés neurológico. Las pautas más genéricas para el examen anamnésico ya han sido expuestas en otro lugar (Ortiz, 1996).

En un servicio médico de segundo nivel, con el enfermo ya hospitalizado, es recomendable obtener los datos de su biografía clínica ciñéndose a un orden o esquema preestablecido, aunque en algún caso convendría adecuarse a las condiciones y exigencias del problema clínico.

Si esperamos que la biografía clínica de un enfermo refleje lo más fielmente posible la lógica de su historia personal y de sus procesos patológicos incluidos, los procedimientos del examen para la obtención de los datos acerca de esta historia deberán seguir un conjunto ordenado de instrucciones cuya secuencia sigue la misma lógica de los sucesos reales. A su vez, ésta es la misma lógica que señala el orden en que los datos obtenidos deberán ser anotados en el registro clínico. Inclusive cuando es preciso cambiar el orden de los procedimientos del examen, ello no debe alterar el ordenamiento básico de la biografía en el registro correspondiente: conviene pues que el registro clínico mantenga el orden lógico preestablecido, que no pretende otra cosa que seguir el curso de los acontecimientos.

En otras palabras, el registro de los datos respecto de la historia de un paciente debe ceñirse a un formato que no sólo facilite la lectu-

ra, sino que facilite la comprensión, el análisis y la interpretación de la biografía clínica. Para cumplir este objetivo, debemos recordar que la redacción del registro clínico debe cumplir con las características de objetividad, confiabilidad, consistencia, precisión y pertinencia, respecto de los síntomas y los hallazgos clínicos, lo que quiere decir respecto de la historia del enfermo en general.

El conjunto de las pautas e instrucciones que siguen puede parecer demasiado extenso y comprehensivo como para ser de utilidad práctica. Sin embargo, el examinador debe tener muy presente que éste es un esquema teórico básico que él tendrá que aprender a aplicar según las necesidades de cada paciente. Por otro lado, es un plan para ser aplicado a los enfermos una vez hospitalizados, de modo que debe haber tiempo suficiente para implementarlo debidamente. Sin embargo, tendremos presente que son cosas muy distintas la necesidad de examinar todos los detalles que aquí se solicitan, y la necesidad de registrar sólo los hallazgos plenamente significativos. Entonces, nada más lógico que registrar sólo los datos, positivos y negativos, que realmente vienen al caso, o que se cree pueden venir al caso. Sin embargo, para el especialista en formación es recomendable que se ciña estrictamente a las pautas para familiarizarse al máximo con la técnica del examen y que registre el mayor número de datos, especialmente aquéllos de dudoso valor, pues podría desechar alguno importante por su falta de experiencia.

1.1. IDENTIDAD PERSONAL

Esta parte del examen tiene como finalidad saber si el paciente tiene conciencia de su identidad como persona, si tiene capacidad autoconsciente acerca de sí y de sus circunstancias. Por lo tanto, para cumplir esta finalidad, todos o algunos de ellos deben ser analizados como cualquier otro dato de la historia del paciente en esta parte del examen, en otra área o en otro momento más adecuado del mismo.

A) ÁREAS DE EXAMEN

El examen de la identidad personal, comprende el análisis de:

El nombre,

La edad,

El sexo y

El motivo de la hospitalización del paciente.

B) PROCEDIMIENTO DEL EXAMEN

Por lo general, cuando el enfermo se hospitaliza, los datos de su filiación se registran en las dependencias administrativas. Estos datos naturalmente tienen valor administrativo, estadístico o legal. Pero para que estos datos tengan valor propiamente clínico, tienen que ser tomados por el propio médico, quien debe tomar los datos de filiación como parte del estudio de la identidad de la persona. Al respecto, debe tener en cuenta que algunos datos –por ejemplo, sexo, raza–, en algún caso pueden ser más bien datos del examen actual y no de la anamnesis, y no simples detalles de filiación, de modo que debe reservarse su comprobación, sobre todo cuando de ello puede depender el diagnóstico del problema actual.

c) COMENTARIO

Cuando un paciente da su nombre y otros datos acerca de sí mismo, nos demuestra su capacidad de autoconciencia, su autoestima, e indirectamente de su apreciación subjetiva acerca de su propio estado y la situación en que se encuentra. Por eso hemos preferido delimitar esta área de examen no con criterio administrativo, sino eminentemente clínico.

Como se sabe, el nombre de uno mismo es lo último que puede olvidarse. Por eso, su olvido es seguramente parte de una afección grave del cerebro, afasia, confusión o demencia, pero puede ser también parte de un desorden neurótico.

En la elaboración diagnóstica, los datos personales se utilizan para circunscribir las hipótesis a aquellos procesos patológicos peculiares a una edad y sexo. En la práctica médica abundan los problemas clínicos por afectación del sistema nervioso, cuya naturaleza patológica depende en grado importante de la edad. Son ejemplos demostrativos

los casos de retardo mental, de parálisis cerebral y otras afecciones perinatales; la variación de las causas y formas de epilepsia en relación con la edad; el incremento progresivo de las enfermedades vasculares, aterosclerótica e hipertensiva, después de los 40 años; las variaciones en la etiología de las infecciones meníngeas; la edad de presentación característica de las enfermedades hereditarias y degenerativas. Del mismo modo, se sabe que muchos desórdenes neurológicos son más frecuentes en un sexo que en otro, como sucede desde algunas formas de migraña y demencia, hasta las enfermedades hereditarias ligadas al sexo.

La mayor parte de pacientes hospitalizados ya traen una nota o una indicación acerca de la razón por la que son hospitalizados. Pero el médico que examina al paciente, puede precisar cuál es, a su criterio, el o los motivos de la hospitalización, que por lo general se definen en torno a los síntomas principales, su grado de importancia y la necesidad de usar uno u otro procedimiento de examen o tratamiento. Muchas veces, el motivo de la hospitalización sólo es evidente después de terminada la anamnesis, y a veces al final de todo el examen.

Es usual precisar el estado civil, la ocupación y el lugar de procedencia del paciente en el rubro "filiación". Consideramos que desde un punto de vista clínico, estos datos se refieren a la historia social de la persona, y se analizan mejor en la siguiente área de examen.

1.2. HISTORIA SOCIAL

Esta área de examen comprende el estudio de las condiciones en que se ha formado y se desarrolla el paciente como personalidad.

A) ÁREAS DE EXAMEN

El examen de la historia social comprende:

- Las condiciones económicas y culturales de la comunidad;
- Las condiciones de vida de la familia;
- Las condiciones de trabajo o de estudio del paciente.

B) PROCEDIMIENTO DEL EXAMEN

Es pertinente indagar sobre las condiciones del área o las áreas geográficas donde ha vivido o ha estado temporalmente el paciente, que incluya una somera descripción de las condiciones de salubridad e higiene del lugar o los lugares de su residencia, de su vivienda, de su centro de trabajo o de estudio. Debe conocerse quiénes forman su familia y sobre todo con quiénes convive. También viene al caso conocer sus niveles de ingresos, sus obligaciones familiares, su papel social dentro de la familia, la comunidad y su trabajo. Es conveniente saber la calidad de las relaciones interpersonales en el seno de la familia, del colegio y el trabajo, según el caso.

c) COMENTARIO

Todo trabajador de salud sabe que hay una estrecha relación entre situación económica y cultural, la alienación de la persona y el riesgo de sufrir alguna enfermedad. Las enfermedades del sistema nervioso, lógicamente, no escapan a la regla. Es muy conocido que las enfermedades infecciosas –especialmente cisticercosis, tuberculosis– caracterizan a las clases pobres, además de que éstas y otras infecciones –bacterianas, virales, por ejemplo– son más deletéreas en los niños y ancianos de estas clases. Igualmente, están en relación con el nivel cultural y las condiciones de vida y trabajo las enfermedades traumáticas y las ocupacionales.

También es preciso señalar aquí la influencia de los niveles culturales en el diagnóstico oportuno de gran número de enfermedades; por ejemplo, hay que tener en cuenta que muchos pacientes llegan demasiado tarde a los servicios especializados porque no cuentan con los medios económicos para financiar su atención de salud, como también por no saber reconocer la importancia de los síntomas, sobre todo los más iniciales de muchas enfermedades. Aunque también hay casos en que el retraso en la atención del enfermo es de carácter iatrogénico.

En ciertos pacientes, especialmente cuando se trata de niños y ancianos, es importante indagar sobre las relaciones interpersonales y los aspectos emocionales y las actitudes de las personas que cuidan de ellos, en tanto son parte de las condiciones que determinan su

formación y desarrollo personal. En los ancianos es frecuente que haya alguna evidencia de su condición de aislamiento o abandono, situación que servirá no sólo como causa de su estado de salud, sino también como explicación de la demora en el descubrimiento de su enfermedad. Se tomará en cuenta esta situación para la atención de los problemas que se derivan de su enfermedad.

En otros pacientes, los datos acerca de las condiciones higiénicas de la vivienda y la habitación pueden ser importantes en la explicación de la afección neurológica; de modo que si existe esta posibilidad, se debe inquirir por más detalles acerca del lugar de residencia o del trabajo, en especial las características ambientales del centro laboral, incluyendo la posibilidad de que existan problemas de contaminación ambiental.

Estas mismas condiciones sociales pueden determinar cambios en las formas y grados de organización de la actividad consciente, que deben diferenciarse de los cambios determinados por las afecciones primarias de la actividad nerviosa. Así, el estrés y los desajustes en el seno de la familia, el colegio o el trabajo, pueden generar cambios en los niveles de ansiedad, de atención o de expectativa de una persona, así como desórdenes más severos de la afectividad, la cognición o la motivación, que o bien desencadenan desórdenes de la actividad nerviosa y personal, o bien los acompañan. Lógicamente en otros casos, cambios similares en la actividad social de una persona son consecuencia de los cambios patológicos que se inician en su tejido nervioso.

Finalmente, es necesario conocer el papel del paciente en el seno de la familia, pues el médico debe prever las consecuencias de la enfermedad del paciente, principalmente sobre quienes dependen de él, para poder así orientarlo o ayudarlo en el manejo de los problemas familiares o del trabajo que surgieran en el curso de su enfermedad y más aún si quedaran secuelas de la misma.

1.3. HISTORIA MÉDICA SOCIAL

El objetivo de esta área de examen es hacer un recuento y análisis de las enfermedades más importantes que puedan haber afectado a las personas del entorno del paciente, y que pudieran también afectar al paciente.

A) ÁREAS DE EXAMEN

El examen de la historia médica social tiene como áreas de interés clínico:

Las enfermedades endémicas o epidémicas prevalentes en el medio.
Las enfermedades familiares y hereditarias de la familia.

B) PROCEDIMIENTO DEL EXAMEN

Se averigua por la posibilidad de que existan enfermedades que pudieran tener relación con la del paciente, que estuvieran presentes en la familia o entre las personas con quienes convive, o que hubieran ocurrido en el colegio, el centro de trabajo o en la misma comunidad.

En la indagación por las enfermedades prevalentes en la familia y la comunidad circundante, es preferible preguntar por los síntomas o por datos de observación objetivos, antes que por el diagnóstico. Hay que tener presente que ciertos términos de diagnóstico podrían haber sido dados como meras hipótesis o posibles aproximaciones; puede suceder que el diagnóstico no fue o no pudo ser comprobado, o pueden haber sido dados por legos, o que simplemente no correspondan a la realidad. En una especie de encuesta y tomando en cuenta la naturaleza del problema clínico del paciente, debe preguntarse si alguno de los miembros de la familia o parientes tienen mareos, desmayos, ataques –que casi siempre significan crisis epilépticas–, dolor de cabeza episódico, déficit sensoriales visuales, auditivos o sensitivos; desórdenes psicóticos o afectivos, retardo mental o deterioro intelectual; parálisis progresivas o episódicas, movimientos involuntarios, problemas de equilibrio o incoordinación; cuadros de tipo vascular, como presión alta, enfermedad arterial oclusiva, angina, infarto cardíaco; diabetes mellitus, según el caso; o preguntar de modo general si alguno de ellos tuvo o tiene síntomas parecidos a los del paciente.

Algunos pacientes, intencionalmente o no, dejan de referir los trastornos que afectan a otros miembros de la familia –sobre todo los caracterizados por crisis epilépticas, retardo mental, psicosis o demencia– por prejuicio o temor de sufrir la misma enfermedad, o por restricciones, como vergüenza, que el médico debe ayudar a disipar.

Deben pedirse datos acerca de todas estas condiciones con minuciosidad, sobre todo en niños, adolescentes y jóvenes adultos, más todavía cuando el paciente presenta síntomas o síndromes de enfermedades transmisibles, hereditarias o familiares. Por el contrario, podría estar de más insistir en datos familiares de este tipo como medio de llegar a un diagnóstico en ancianos (ellos podrían ser útiles en estudios de cuarto nivel, sobre demencias familiares, por ejemplo). Si hay evidencia de un desorden familiar o hereditario, el estudio debe terminar con la delineación del árbol genealógico con los familiares y los parientes conocidos.

c) COMENTARIO

Las enfermedades familiares o hereditarias del sistema nervioso no son infrecuentes. Comprenden desde las relativamente banales como la migraña, hasta las más incapacitantes o más graves, como la epilepsia, las debidas a fallas del metabolismo y las de tipo degenerativo, que generalmente afectan sistemas funcionales más o menos integrados. Es común que en estos casos el diagnóstico quede aclarado apenas se encuentra otro miembro de la familia con síntomas iguales o similares.

Las enfermedades transmisibles, como meningitis meningocócica, encefalitis virales, por fortuna no son frecuentes entre nosotros; sin embargo, la encefalitis rábica todavía se presenta ocasionalmente. Otras, como la poliomielitis, las enfermedades exantemáticas, tienden –o deberían tender– a desaparecer por efecto de la vacunación; sin embargo, el tétanos neonatal todavía ocurre con frecuencia. También es lamentable que la incidencia de tuberculosis aumente por épocas coincidiendo con las variaciones en la economía, o debido a ellas. Tampoco son infrecuentes las lesiones medulares por HTLV-I.

Los problemas neurológicos debidos al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el SIDA es posible que aumenten en los años que vienen, por lo que esta condición debe tenerse cada vez más en cuenta. También es verdad que enfermedades frecuentes en el hemisferio norte y en climas de frío extremo son raras entre nosotros, como es el caso de las enfermedades desmielinizantes, principalmente esclerosis múltiple, aunque la polineuritis aguda desmielinizante es llamativa y relativamente frecuente entre nosotros. Algunas intoxicaciones pueden presentarse masivamente, como es el caso de exposición a organofosforados, al *C. botulinum*.

1.4. HISTORIA DEL DESARROLLO PERSONAL

En esta parte del examen se hace hincapié en el análisis de los períodos formativos de la personalidad, con énfasis muy marcado en el desarrollo de las capacidades y atributos del paciente, desde su concepción hasta su madurez, o hasta el momento en que empezaron los cambios sintomáticos de su problema clínico actual. Este estudio debe servir como “línea de base” para caracterizar debidamente el problema clínico actual, para tener una aproximación respecto de las capacidades reales o potenciales de la personalidad y contrastarlas con su estado actual, así como también para hacer las proyecciones acerca de su futuro, una vez pasada la enfermedad o bajo los efectos de la misma.

A) ÁREAS DE EXAMEN

El examen de la historia personal comprende el estudio de:

Las condiciones de la gestación y el parto

Las condiciones del paciente al nacer

El desarrollo del temperamento

El desarrollo del intelecto

El desarrollo del carácter

B) PROCEDIMIENTO DEL EXAMEN

A pesar de todas las dificultades que nos impiden conocer de modo adecuado los detalles de la historia de una persona, en especial respecto de sus etapas formativas más tempranas, los datos que obtengamos sobre ella por la anamnesis pueden tener tanto o más valor que los obtenidos por los otros procedimientos del examen clínico, tal como se ha podido confirmar en algunos estudios que correlacionan los datos anamnésicos con el estado patológico final. Naturalmente hay que tener en cuenta lo laborioso que sería indagar por los mínimos detalles de dicha historia. Por fortuna, en la mayoría de pacientes esta investigación no tiene que ser exhaustiva ni excesivamente minuciosa. Más bien, teniendo en cuenta la naturaleza del problema clínico del paciente, el médico deberá decidir críticamente cuánto necesita explorar, qué aspectos serían más relevantes y qué clase de datos deberán ser considerados en cada caso.

La indagación acerca de la gestación y el parto, así como respecto de las condiciones al nacer y el crecimiento y desarrollo en los primeros períodos de la vida del paciente, es de especial interés en el examen de infantes, niños y adolescentes. Podría ser útil en los adultos con síntomas de muy larga evolución o cuyas características hagan suponer su origen congénito o su adquisición a edad temprana. Rara vez, por ejemplo, en un adulto se encuentran signos neurológicos mínimos, se reportan “signos de organicidad” después de algún examen psicológico realizado por trastornos afectivos o psicóticos, se encuentran defectos psicológicos inexplicables y sin relación con la afección actual del sistema nervioso, o presenta trastornos propios de la niñez, como crisis epilépticas o cefalea episódica a edad muy tardía: en éstos y en otros casos similares debe investigarse por algunos detalles del desarrollo en estas etapas tempranas de la vida del paciente, en busca de una explicación de su presencia, de sus posibles repercusiones o de su posible causa. En la gran mayoría de adultos y más aún en los ancianos con síntomas de instalación reciente, los datos del desarrollo infantil y la niñez ya no son pertinentes y no será necesario indagar por ellos.

Nadie duda que el examen del desarrollo de la personalidad –del individuo total– es de primera importancia en pacientes con proble-

mas de orden neurológico. Debe insistirse por tanto en la búsqueda de posibles cambios en cualquiera de sus componentes, especialmente en aquellas afecciones evolutivas de inicio insidioso. Esta parte del examen debería incluir una indagación acerca del crecimiento y los cambios corporales del desarrollo; sin embargo, desde el punto de vista neurológico, tiene mayor interés el estudio de los aspectos psicológicos de los componentes de la personalidad, con excepción de los cambios morfológicos y metabólicos que pudieran observarse directamente en caso de un desorden endocrino o de malformaciones congénitas.

Aunque, como decíamos, no es fácil obtenerlos, muchos de los datos sobre dichos aspectos psicológicos del desarrollo personal pueden obtenerse a través de anécdotas, de opiniones de terceros, calificaciones, promociones, cambios de trabajo, o del análisis de sus rutinas. Cuando sea necesario, se deberá obtener tal información a través de testigos, como familiares, amigos o compañeros de trabajo, quienes por lo general están en las mejores condiciones de advertir los cambios en las características, las capacidades o el rendimiento del paciente. En todo caso, insistimos, si algún aspecto del desarrollo de una personalidad tiene alguna relación o importancia respecto de su problema clínico actual, debe ser explorado con el detalle apropiado.

El estudio del desarrollo del temperamento del enfermo se centra básicamente en la indagación acerca de cómo ha variado su comportamiento emotivo desde su infancia hasta el momento del examen. Para ello se toman en cuenta las variaciones de sus niveles de ansiedad, de su estructura de sentimientos y sus disposiciones afectivas, del humor o sus cambios de humor predominantes, y todo el conjunto de su vida afectiva en el curso de su vida: su grado de sensibilidad o impresionabilidad, sus grados de actividad y de reactividad emocionales, el ritmo de sus actividades, que pueden ser pausadas o vivaces, su rigidez o plasticidad frente a la exigencia de los cambios, su facilidad para pasar de un estado emocional a otro, el grado de equilibrio de sus afectos, sus grados de introversión o extroversión.

Se obtendrán datos acerca de sus sentimientos predominantes en sus relaciones interpersonales en sucesivas etapas de su vida.

También comprende una inquisición respecto de su comportamiento sexual y su vida marital. En la mujer incluye el estudio del ciclo menstrual, de sus gestaciones y partos. Depende mucho del problema clínico actual el insistir en tal o cual clase de detalle respecto de la vida sexual del paciente. En una mujer con problemas que tienen relación con el ciclo menstrual, la gestación y el parto, por ejemplo, habrá que pedir más detalles sobre estos procesos, buscando su relación, por lo menos cronológica, con el desorden neurológico en cuestión. En la época actual debe indagarse por los patrones de vida sexual, y si hay indicios de una enfermedad adquirida por transmisión sexual, estos detalles deben ser exhaustivamente investigados.

Cuando sea necesario conocer los rasgos psíquicos del temperamento del enfermo, se le pregunta (o a sus testigos) “¿cómo es su genio?”, “¿cómo es su manera de ser?”. El paciente debe hacer entonces una descripción acerca de sus modos de reaccionar emocionalmente ante situaciones tipo, por ejemplo, ante una noticia penosa, ante un accidente o una situación embarazosa, cuando tiene que tomar una decisión. Si no se proporcionaran los datos requeridos, se tendrán que hacer preguntas que sugieran respuestas alternativas, como por ejemplo: “¿es usted nervioso?, ¿ansioso?, ¿irritable?, ¿sensible?”, “¿es irritable o tranquilo?”, “¿impulsivo o imperturbable?”, “¿muy sensible o poco sensible?”, “¿alegre o melancólico?”, “¿serio o bromista?”. Se deben contrastar las versiones referidas por el propio paciente o los testigos, con las evidencias que se obtengan en el curso del examen actual.

Dentro de esta área de examen debe investigarse si el paciente tiene hábitos nocivos, como el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, drogas, o practica ciertos rituales o conductas no aceptadas socialmente. No bastará señalar la intensidad del problema con una o más cruces, sino pensar más bien que es mucho más útil conocer acerca de la forma como se practica: su frecuencia, grado, duración y consecuencias directas, como acerca de manifestaciones de abstinencia, y sobre la clase de esfuerzo que ha intentado o ha realizado

para evitarlo. Debe averiguarse acerca del objeto mismo al cual es adicto, por ejemplo, el tipo de licor o de otra droga que consumiese, o la clase de prácticas anómalas que realizase.

El examen del desarrollo intelectual del enfermo comprende una apreciación de su desempeño productivo y creativo, así como de su facilidad para adquirir y aplicar sus habilidades cognitivas y prácticas. Para ello se averigua sobre su rendimiento en el juego, el estudio y el trabajo. En los niños y adolescentes se indaga más específicamente sobre su aprendizaje escolar, sobre la edad de comienzo de su instrucción, su rapidez para aprender a leer, calcular, dibujar, operar manualmente, etc., así como sobre su máximo rendimiento en el desempeño de sus actividades escolares, domésticas, deportivas y lúdicas. En los adultos se indaga por su desempeño en el trabajo. En algún caso convendría ir al detalle sobre el nivel alcanzado en sus capacidades cognitivas, verbales y prácticas, dentro de los campos más restringidos de su actividad escolar o en las ocupaciones que hubiera desempeñado. Se debe describir su facilidad para aprender, la calidad de sus destrezas y sus niveles de eficiencia y rendimiento alcanzados, tanto en las áreas de mayor como en las de menor exigencia.

Es importante que las aptitudes cognitivas del paciente adulto sean evaluadas de modo cualitativo. En general, una apreciación de las capacidades previas del enfermo puede deducirse de su nivel cultural, su grado de instrucción, pero sobre todo a partir de su rendimiento efectivo en las actividades básicas del estudio y el trabajo. De allí el interés en indagar sobre el tipo de trabajo que desempeña, las habilidades o destrezas que más domina, y su calidad de vida. En definitiva nos interesa saber cuáles son sus aptitudes efectivas que ha puesto en práctica en su vida productiva, fuese un trabajador práctico del campo o de la fábrica, un ama de casa o una empleada doméstica, un empleado de oficina, un empleado de servicios, un científico teórico, un empresario, industrial o comerciante, un artesano o un artista, etc.

Debemos saber qué hace realmente esta persona, y cómo lo hace, inclusive qué es capaz de hacer y no lo hace. Por lo tanto, no debe omitirse la descripción de su labor habitual y de la forma como utiliza

el tiempo, tanto si es un trabajador activo como si está retirado o incapacitado por cualquier motivo. Tanto el paciente activo como el que ha cesado en su trabajo deben describir sus actividades rutinarias por más banales que puedan parecer. En caso necesario, debe pedírsele una versión detallada de sus actividades desde que despierta por la mañana hasta que se duerme por la noche. Este recuento debe incluir sus actividades extralaborales, por ejemplo, deportes, aficiones, costumbres familiares, distracciones en las que participa.

Se trata de obtener una visión retrospectiva panorámica que nos permita una visión aunque no amplia, pero sí útil, acerca de todos estos aspectos de la vida del paciente. Todos estos datos también deberán ser confrontados y contrastados con su desempeño actual ostensible durante el examen en curso. Por ejemplo, en los pacientes adultos, si es que hay evidencia de algún grado de deterioro de sus capacidades personales y se encuentra en plena etapa productiva, los datos sobre su desempeño laboral son de primera importancia para demostrar la índole de dicho deterioro. Lo mismo puede decirse de los ancianos respecto de sus actividades habituales.

En cuanto al desarrollo del carácter del paciente, se evalúa la historia de la formación de sus actitudes frente a los demás —como son respeto y bondad—; ante las cosas —esmero, orden y cuidado—; frente a sí mismo —por ejemplo, ambiciones, sencillez, dominio de sí—, y frente al trabajo —su grado de disciplina, puntualidad—, tratando de establecer la profundidad, estabilidad y flexibilidad de los rasgos personales presentes, así como el grado de firmeza y consecuencia o lo que llamamos su fuerza de carácter, tal como se expresa en su conducta personal, desde sus actividades y relaciones laborales, familiares e institucionales hasta en sus diversiones y situaciones menos exigentes, y tomando nota de sus aspectos negativos u opuestos si los hubieran. Luego, trataremos de averiguar acerca de su estructura de motivos: ideales, intereses, aspiraciones, y su escala de valores. Debemos saber cómo es calificado el paciente según su actitud social, según la forma como asume sus responsabilidades y deberes del trabajo, según la manera como se califica a sí mismo y la forma como ha intentado

enfrentar su porvenir, según cómo decide sus actos tanto en las circunstancias más triviales como las más difíciles.

Así como se ha procedido respecto de los rasgos anteriores, los del carácter hasta aquí obtenidos se confrontan con los datos, tal vez muy escasos, pero sí más objetivos, de su conducta actual tal como se pudiera apreciar en el curso del examen.

c) COMENTARIO

Aunque se ha insistido en el estudio de los aspectos psicológicos de la formación de la personalidad, ello debe significar la importancia que el médico concede al estudio de la actividad personal total, pues, en realidad, las capacidades y atributos psíquicos de una persona reflejan necesariamente sus procesos corporales y se reflejan en ellos.

Los datos sobre el desarrollo personal constituyen, como se ha dicho, la línea de base que expresa las condiciones y circunstancias a partir de las cuales se ha generado y se desarrolla la enfermedad, y nos muestran la forma como ésta ha modificado el curso de la historia del paciente. Entendemos que todas las enfermedades, pero en especial las que afectan al sistema nervioso, comprometen los procesos más fundamentales de los que depende la integridad de la persona, pues afectan la actividad consciente en sí, que a su vez se expresa a través de los procesos operativos de su sensibilidad y motilidad. De allí la invaluable importancia del estudio del desarrollo de las capacidades psíquicas de la personalidad, tal como se forman y se manifiestan en las actividades primordiales del juego, el estudio y el trabajo que ella efectúa al interior de sus relaciones sociales.

Debe tenerse en cuenta que la forma de individualidad que ha adoptado una persona depende fundamentalmente de sus condiciones sociales de vida, y ella debe diferenciarse de las formas de individualidad que surgen como consecuencia de la enfermedad. Así una persona puede parecer irascible, viscosa o agresiva, como si tuviera una disfunción epiléptica temporal; otra podría tener un rendimiento improductivo, ser olvidadiza y mostrarse como ida, como si tuviera un déficit funcional cortical, y otra mostrarse algo indolente, distraída y risueña o jocosa como si tuviera una disfunción prefrontal: pero todas

estas peculiaridades que a veces son determinadas por las afecciones del cerebro, también son determinadas por las condiciones sociales de su existencia, de manera que sin un análisis correcto de la historia de esa persona, hasta los hallazgos de un examen instrumental o de laboratorio pueden ser difíciles, si no imposibles, de interpretar. Es lo que sucede también cuando se encuentra a una persona con dificultades para leer, hablar, o con otras limitaciones educacionales o culturales que se prestan a confusión con déficit, similares causados por una lesión cerebral.

Desde el punto de vista neurológico, es importante determinar, en primer lugar, cómo era el paciente hasta el momento en que se comprobaron ciertos cambios en las características de su personalidad en algún momento de su vida. Precisar el momento en que ocurrió y de qué tipo es el cambio, servirá de punto de partida para el análisis y la interpretación de las características individuales actuales, algunas de las cuales pueden ser de naturaleza patológica.

Respecto del temperamento, se deben usar todas las evidencias posibles y calificar los rasgos psíquicos del paciente como si lo ubicásemos en escalas: sensible/insensible, reflexivo/impulsivo, tenso/relajado, alegre/melancólico, introvertido/extrovertido. Con estas apreciaciones se puede obtener un perfil de sus disposiciones afectivas y de la estructura de sus sentimientos más actuales, y sobre esta base tipificar los aspectos psicológicos del temperamento y calificar a la persona como flemática, alegre, colérica o melancólica.

Respecto del intelecto, una vez que hemos definido las características intelectuales del paciente, se puede obtener una primera calificación de su competencia intelectual como muy inteligente, medianamente inteligente, poco inteligente, torpe, o deficiente. Pero, teniendo en cuenta la clase de trabajo que desempeña y el tipo de capacidades con que afronta su vida, será preferible calificar la calidad de tales capacidades, aunque ello no es fácil en el paciente concreto. En todo caso, al incluir a una persona dentro de una determinada categoría intelectual tiene que ser desde el punto de vista cognitivo, productivo, creativo y manual. Por ejemplo, puede decirse que la persona es de inteligencia lingüística, musical, logicomatemática, cinestésicocorporal

o espacial, pero también se deben calificar sus capacidades como agricultor, minero, artesano, industrial o comerciante, por ejemplo.

Desde el punto de vista de su carácter, un paciente puede ser juzgado entre dos extremos: uno positivo como bueno, sociable y respetuoso; laborioso, sobrio y honesto; contemplativo y reflexivo; como sencillo, modesto y con dominio de sí, y otro negativo cuando muestra todo lo contrario a estos atributos.

1.5. HISTORIA MÉDICA ANTERIOR

El examen de la historia médica anterior tiene por objeto conocer las enfermedades que el paciente ha tenido en el pasado e indagar por las que ha podido tener.

A) ÁREA DE EXAMEN

Comprende el desarrollo personal bajo los efectos de las enfermedades.

B) PROCEDIMIENTO DEL EXAMEN

Se pide al paciente que haga una relación cronológica de las enfermedades que hubiera tenido antes de la que motiva la atención médica actual. Para que no repita la lista de enfermedades banales que tienen casi todas las personas, sobre todo en sus primeros años, hay que darle una idea de lo que es una enfermedad importante, por ejemplo, si tuvo que ser hospitalizado, estuvo grave, tuvo complicaciones, fue operado, o tuvo un cuadro sintomático semejante al actual. Es usual que los pacientes, sobre todo los padres de un joven o un niño, mencionen traumatismos banales de cráneo. Pero también es frecuente no mencionar un trauma que sí puede tener importancia en un anciano, o síntomas que pueden estar relacionados con el síndrome actual, como el paciente con dolor de cabeza que olvida episodios similares, pero leves, ocurridos algún tiempo atrás.

Igual que para el estudio de la historia médica social, también aquí es más útil preguntar por síntomas antes que por el diagnóstico de las

enfermedades anteriores. Ya se ha dicho que en ciertos casos se requiere de una descripción detallada de los síntomas en sí. Esto es más perentorio cuando se trata de ciertos diagnósticos que pueden ser cuestionados, sobre todo cuando no han sido definidos de modo rígido o adecuado, o son de uso solamente popular, como “laberintitis”, “disrritmia cerebral”, “derrame”. Algunos pacientes recuerdan el diagnóstico que el médico seguramente les dio en términos menos rígidos, a veces excesivamente vagos —como “la circulación”, “el colesterol”, “los nervios”, “el hígado”. En tales casos no debe vacilarse en solicitar una descripción de los síntomas y su evolución. Otros pacientes sólo recuerdan los medicamentos que tomaron o están tomando sin conocer las razones, y lo que es más frecuente, el caso de quienes toman medicamentos sin recordar su nombre. Hay que pedirles entonces que describan las molestias que motivaron la prescripción de tales medicamentos. Debe ser una práctica normal que los médicos den un informe escrito a sus pacientes sobre el problema que les tocó atender; ello facilitaría el esclarecimiento de muchos problemas que a veces quedan sin explicación.

Por otro lado, se deben revisar los informes, recetas, resultados de análisis de atenciones médicas previas. Si el hospital está bien organizado y cuenta con un archivo de “historias clínicas”, el paciente ya debe tener un registro de sus atenciones anteriores. Hay que revisar entonces su registro clínico, y en la biografía actual se incluirán los datos más relevantes con relación al cuadro actual.

De acuerdo con la naturaleza del problema clínico actual, se debe hacer un inventario en busca de datos respecto de enfermedades que estuvieran relacionadas con la actual. Luego, se pregunta sistemáticamente por dolor de cabeza, desórdenes transitorios de todo tipo, hipertensión arterial, dolor precordial, diabetes mellitus, cambios afectivos, uso de medicamentos, alergia o hipersensibilidad a alimentos o medicamentos, exposición a sustancias tóxicas o agentes físicos, traumatismos, intervenciones quirúrgicas, transfusiones, enfermedades de transmisión sexual, que pudieran haber ocurrido en el pasado. Si la respuesta es positiva, se pedirán detalles sobre el proceso en cuestión, como si se tratara de un problema actual, principalmente respecto de

su forma de inicio, tiempo que duró la afección, su evolución, exámenes practicados, tipos de tratamiento empleados y sus efectos más saltantes, y las secuelas si las hubo o hubiera.

Los datos deben ordenarse por fechas, por el tiempo transcurrido o por la edad del paciente en que ocurrieron sus problemas para facilitar sus interrelaciones, sobre todo respecto del cuadro actual.

c) COMENTARIO

Uno de los problemas más importantes respecto de los síntomas o las enfermedades anteriores del paciente es establecer si ellos tienen alguna relación patogenética con el problema clínico presente. Naturalmente que en algunos casos esta relación queda bien definida. Pero en otros, la dificultad es grande, especialmente cuando los síntomas anteriores son de la misma naturaleza que el complejo sintomático del cuadro actual. En tales casos, es indispensable la descripción y el análisis más minucioso de los síntomas tal como eran previamente y como son en la actualidad, y tratar de definir el momento preciso en que empezaron los síntomas en su forma actual. Esta situación es frecuente en pacientes con dolor crónico, en aquéllos con secuela de una lesión anterior, y en quienes tienen una enfermedad crónica que puede haberse complicado con otra.

También es importante tener en cuenta la relación patogenética entre enfermedades que se suceden, y la situación por la cual una enfermedad en algún momento determina la aparición de complicaciones o la extensión de sus procesos al sistema nervioso, como es el caso de las complicaciones neurológicas de las enfermedades viscerales, de las neoplasias, y desórdenes sistémicos en general.

1.6. HISTORIA MÉDICA ACTUAL

Desde el punto de vista de la atención médica actual, ésta es el área de examen más importante de todo el examen clínico. La historia médica actual es la historia del paciente tal como ha sido modificada por una enfermedad. Por lo tanto, el examen de la historia actual comprende el análisis del complejo sintomático por medio del cual se

manifiesta dicha enfermedad, en este caso el desorden patológico del sistema nervioso. Podemos decir que el objetivo de esta parte del examen es la delimitación del problema clínico actual de salud que presenta o sufre una persona y que motiva su atención médica. Debemos remarcar que esta parte del examen, que tradicionalmente se llama “la enfermedad actual” es, en realidad, el estudio de la misma historia personal del paciente tal como ha sido modificada por los procesos patológicos que luego se tiene que abstraer como su “enfermedad actual”.

A) ÁREA DE EXAMEN

Es la historia personal bajo los efectos de una enfermedad posiblemente en curso. Puede decirse también que el área de examen es el problema de salud actual del paciente cuya naturaleza patológica es necesario conocer, explicar y tratar.

B) PROCEDIMIENTO DEL EXAMEN

Esta parte del examen consiste en el relato que hace el paciente (o su testigo) acerca de su historia personal más reciente o de aquel segmento de su vida que ha sido perturbado por los procesos de la enfermedad que motiva la atención médica. Parte fundamental de este relato es que el paciente proporcione los datos clínicos que revelan la naturaleza y el desarrollo de la enfermedad que le aqueja, para lo cual debe definir la índole, las características evolutivas y las circunstancias de presentación de sus síntomas. En realidad, esta parte de la historia del paciente es la razón de ser de la atención médica actual.

Para facilitar el estudio de la historia actual es conveniente que el especialista desde sus etapas formativas se adhiera a una estrategia lo más organizada posible que le facilite toda la destreza necesaria para la obtención correcta de los datos, antes que se deje llevar por su sentido común o su intuición.

Es sabido que el especialista por lo general obtiene más datos y detalles acerca del problema clínico de su incumbencia que los médicos de otra especialidad. En nuestro caso, será el neurólogo quien

esté o deba estar más capacitado para precisar y delimitar mejor las características de la historia de un paciente bajo los efectos de una enfermedad del sistema nervioso. En efecto, por su misma familiaridad con los problemas clínicos de su especialidad, conoce más sobre las palabras y la jerga que usan los pacientes que suele atender, de modo que las traducirá mejor a los términos más adecuados. Por esta misma razón, él sabrá obtener los datos que el paciente tiene escondidos, por así decirlo, a veces ingenuamente, rara vez intencionalmente, antes de quedarse satisfecho con la primera versión de la historia presentada. Por otro lado, su familiaridad con los diferentes modelos nosológicos que presentan las distintas enfermedades del sistema nervioso le facilitará la búsqueda de aquellas manifestaciones menos típicas o menos frecuentes que podrían pasar desapercibidas para otro observador.

También sucede con frecuencia que los pacientes que acuden a un servicio especializado ya tienen una historia estudiada en otros servicios, ya tienen a la mano resultados de exámenes auxiliares realizados previamente o han ensayado alguna forma de tratamiento con anterioridad. Todo esto sin duda facilita la investigación dirigida, pues el problema clínico debe haber quedado ya más circunscrito, y podrían haberse excluido otras posibilidades. Aunque el especialista sabrá desconfiar razonablemente de los datos o los resultados obtenidos, estará más seguro si él mismo indaga por los aspectos a los que en otro momento tal vez no se les dio la debida importancia.

También es cierto que la labor del especialista se facilita porque maneja menos alternativas que el médico que atiende un paciente en un primer momento, al comienzo de su enfermedad. Así, en una primera consulta se tiene que establecer si el paciente está realmente enfermo. Si se cree que lo está, se debe decidir enseguida qué sistema o qué nivel de la actividad personal está posiblemente afectado. Por consiguiente, la responsabilidad del médico que atiende al paciente por primera vez, generalmente el médico general, está orientada a la búsqueda de evidencias que respondan a estas exigencias. Es por eso que cuando se trata de llegar a un diagnóstico de enfermedad en un primer nivel de atención, por lo general se usan sólo categorías

clínicas muy genéricas, como desorden neurológico, síndrome motor, ataque cerebrovascular, proceso expansivo cerebral, etc. Como es lógico, para elaborar hipótesis alternativas sobre la enfermedad en sí, se requiere de nuevas evidencias que al llegar al servicio especializado se habrán puesto de manifiesto con mayor claridad, pues en el tiempo transcurrido es probable que los síntomas estén más definidos y sean más fáciles de observar, describir e interpretar. Por otro lado, la experiencia del especialista facilita la selección y la investigación de los síntomas de las enfermedades del dominio de la especialidad y la elaboración de un mayor número de hipótesis probables. Éstas, a su vez, facilitan aún más la búsqueda de los datos que las confirmen o refuten, tanto durante el examen anamnéstico como durante el examen actual del paciente. De este modo, se ahonda el conocimiento de la historia del paciente y se precisa mejor la naturaleza de su problema clínico actual.

Bajo estas condiciones, todas ellas favorables, el especialista está en mejor posición para obtener la información requerida y llegar a un diagnóstico correcto. Sin embargo, también es posible lo contrario, pues puede suceder que los síntomas del trastorno patológico sean evidentes al comienzo y que luego se desvanezcan o lleguen a desaparecer, tal como sucede con ciertos desórdenes transitorios; en tal caso los cambios pudieron haber sido observados sólo por el primer médico que atendió al enfermo.

Las pautas para obtener los datos clínicos sobre el problema de salud actual de un paciente dado, han sido esbozadas en la primera parte de nuestra Introducción (Ortiz, 1996). Son principalmente las siguientes:

- 1. La exposición del paciente:** Se escucha el relato que espontánea y libremente hace el paciente (o su testigo) acerca de los síntomas y otras manifestaciones que definen el problema clínico actual. La mayoría de los problemas clínicos neurológicos se exponen en sólo unos pocos minutos. Al final de este relato, el examinador debe formular las primeras hipótesis sobre la naturaleza patológica de dicho problema clínico.

2. Precisión de los conceptos: Se pide al paciente que defina o aclare los términos que hubiera usado en forma ambigua o imprecisa, pero también los términos que parecen haber sido usados correctamente, es decir, que describa con mayor detalle y minuciosidad las características de aquellos síntomas cuya naturaleza no hubiera quedado esclarecida adecuadamente.

3. Análisis de los síntomas: Se pide al paciente que precise cuál fue el síntoma inicial y cuál es el síntoma principal de su dolencia. En caso de instalación brusca o reciente, el paciente debe señalar el día, la fecha y si fuera necesario el momento del día y las circunstancias en que experimentó el primero de sus síntomas. En los casos de comienzo insidioso, en los que los síntomas iniciales parecieron benignos o insignificantes, a veces se requiere de anécdotas o de referencias circunstanciales que permitan una mejor aproximación al comienzo real de la enfermedad.

Ya se ha mencionado la dificultad que se presenta a veces para precisar el comienzo de la enfermedad actual, sobre todo cuando hay que diferenciar los síntomas de una enfermedad previa y los del problema clínico actual. Un paciente con migraña puede tener una cefalea aguda por una hemorragia intracraneal, por ejemplo. En tales casos, el examinador debe estar más atento a la forma de instalación, las diferencias cualitativas del síntoma actual y la presencia de nuevos síntomas asociados, antes que sólo a las diferencias cuantitativas.

Luego el paciente debe decir cuál es a su criterio el síntoma principal, es decir, el que más le aflige o le parece más importante a fin de prestarle el alivio necesario.

El examinador clasifica, entonces, los síntomas del paciente en primarios y secundarios, teniendo en cuenta sus hipótesis de diagnóstico más probables. Llamamos síntoma primario al que con mayor probabilidad expresa directamente el desorden funcional del sistema nervioso por efecto de la localización de la enfermedad. El síntoma primario puede ser el mismo síntoma inicial o el síntoma principal señalado por el paciente, aunque no necesariamente, pero es el que junto al síntoma inicial permite la localización del trastorno

funcional que lo produce. Los síntomas secundarios son manifestaciones de los trastornos que preceden, acompañan o suceden a la alteración metabólica o funcional primaria.

4. El perfil evolutivo de la historia actual: Finalmente, se procura que el paciente precise lo mejor posible las características evolutivas principalmente del síntoma inicial y del síntoma primario, señalando su duración, intensidad, extensión, calidad, tal como han cambiado en el tiempo –su horario y periodicidad–, los factores que los desencadenan, exacerbaban, modifican o suprimen. Se requiere que el paciente precise la velocidad de instalación del conjunto sintomático, partiendo del instante o del tiempo aproximado en que apareció la primera molestia significativa hasta que llegó a su máxima intensidad y extensión.

El objetivo principal de esta parte del examen es destacar lo más claramente posible el modo de evolución de cada uno de los síntomas y de todo el conjunto sintomático, desde su aparición hasta que alcanzaron su máxima intensidad y/o extensión, y luego la forma como han cambiado hasta alcanzar su nivel actual, señalando la duración de cada una de sus etapas, para de este modo explicar los procesos de la enfermedad subyacente.

Muchas afecciones del sistema nervioso se manifiestan en la forma de síntomas episódicos o recurrentes. Si ése fuera el caso, el paciente debe precisar el número aproximado de tales episodios, las similitudes y diferencias que hay entre ellos –si los episodios son iguales, parecidos o diferentes–, así como la frecuencia y circunstancias de su aparición, señalando la duración de los intervalos que los separan entre sí, o el número de episodios por hora, día, semana, mes o año. Para una descripción más detallada, en estos casos es recomendable que el paciente describa separadamente el episodio inicial, el más leve, el más completo y el último, o los que mejor recuerda, evitando así una descripción “en promedio”, como si se tratara de un episodio tipo. De igual forma debe procederse con los testigos, quienes son imprescindibles cuando el paciente no es consciente de sus trastornos.

Con frecuencia es necesario preguntar adicionalmente por otros posibles síntomas asociados que pueden haber sido olvidados o no tomados en cuenta por el paciente. Igualmente, cuando el paciente tiene un síntoma secundario como síntoma inicial o principal, hay que proceder en la misma forma que se hizo con el síntoma primario. Toda esta indagación se facilita cuando ya se tiene una o varias hipótesis de diagnóstico respecto del problema clínico que debe atenderse, de modo que la presencia o ausencia de tales síntomas puede hacer que tales hipótesis sean más, o menos, probables. Con esta finalidad, durante el estudio anamnéstico de la historia actual o al final del mismo es conveniente aplicar una lista de los síntomas más importantes de los desórdenes neurológicos más frecuentes. Es preferible recordarlos en su terminología vulgar; ello facilita la indagación de los verdaderos síntomas que el paciente no podría haber referido, aunque pudieran estar presentes. Esta relación de síntomas sirve también para orientar el examen de la historia médica social y de la historia médica anterior. En la lista siguiente mencionamos los más frecuentes:

–Trastornos centrales: trastornos del sueño –insomnio, somnolencia, sueño excesivo, trastornos durante el sueño–; pérdida de conocimiento, desmayos, ataques, convulsiones, crisis epilépticas; olvidos, pérdida de memoria, dificultades de aprendizaje, bajo rendimiento escolar, distraibilidad, confusión, desorientación, deterioro intelectual, delirio, locura, pérdida del juicio, dificultad para hablar o para comunicarse; trastornos emocionales –angustia, cambios de humor, nerviosismo, depresión, risa o llanto inapropiado–; astenia, lassitud, fatiga, apatía, abulia, cambio de conducta.

–Trastornos de la sensibilidad: dolor de cabeza, dolor facial, dolor cervical, dorsal, lumbar, sacro, dolor de miembros; neuralgias, calambres, adormecimientos, hormigueos; visión borrosa, visión doble, ilusiones y alucinaciones visuales. Sordera, zumbido de oído, ilusiones y alucinaciones auditivas, vértigo, vahídos, mareos. Pérdida o trastornos del olfato, alucinaciones olfativas; pérdida o trastornos del gusto, alucinaciones gustativas.

–Trastornos de la motilidad: debilidad muscular, falta de fuerzas, lentitud de movimientos, torpeza manual, inestabilidad, dificultad para mantenerse de pie o caminar, torpeza motora; movimientos involuntarios como temblores, tics, movimientos involuntarios, sacudidas o crisis motoras; trastornos de la postura, rigidez.

c) COMENTARIO

Desde el punto de vista del curso de la historia actual, al final de esta parte del examen debe quedar establecido, en primer lugar, si el conjunto sintomático se ha instalado en forma 1) súbita o brusca, es decir, de un momento a otro, en cuestión de minutos, horas o pocos días, o 2) insidiosa y gradualmente en semanas, meses o años, y en segundo lugar, si en su evolución el trastorno 1) tiende a progresar, 2) tiende a remitir, o 3) es episódico que dura segundos, minutos, horas o días, y fue único o es recurrente, con recuperación completa o con secuelas.

En general, el tiempo de enfermedad y la “curva” de velocidad con que se instalan los síntomas al comienzo de la misma, son los datos más importantes, necesarios e indispensables para definir el perfil evolutivo de la enfermedad. Como de este perfil depende el diagnóstico neurológico, los datos mencionados deben obtenerse siempre en todo paciente. En efecto, estos aspectos del perfil evolutivo de la historia actual son la mejor base para sentar las hipótesis acerca de la naturaleza del desorden neuropatológico que afecta al paciente.

1.7. REVISIÓN SISTEMÁTICA

Después de terminado el estudio centrado en el paciente –pues es el paciente quien refiere los datos acerca de su historia–, es necesario proseguir con una indagación sistemática respecto de otros aspectos de la salud del paciente.

A) ÁREAS DE EXAMEN

El examen de revisión sistemática comprende una investigación acerca de los aspectos de la historia del paciente aparentemente no afectados por el proceso neuropatológico actual.

B) PROCEDIMIENTO DEL EXAMEN

Se pregunta aquí por los síntomas más frecuentes e importantes de cada sistema corporal que el paciente no ha referido espontáneamente. En algunos casos se trata de averiguar por síntomas de compromiso de otro sistema supuestamente afectado en vista de la hipótesis neurológica planteada. Pero en otros, se trata solamente de indagar por los síntomas de las enfermedades sistémicas más frecuentes en la población general. Lógicamente, si se encuentra alguna manifestación de esta clase, se debe ampliar la información al respecto con tanto detalle como sea necesario.

Ante esta clase de interrogatorio, es frecuente que los pacientes respondan afirmativamente, aunque haciendo referencia a condiciones relativamente banales. Por ejemplo, casi todos los pacientes asegurarán que tienen molestias visuales o digestivas, pero es probable que la mayoría de las veces sean irrelevantes. Por ello, para estar seguros de su real importancia, no debe inferirse su banalidad sin que antes se hayan descrito sus respectivas características.

Se debe indagar sistemáticamente por los datos siguientes:

Estado general: malestar general, fiebre, apetito, sed, peso corporal.

Cabeza: ojos rojos, supuración de oídos, secreción u obstrucción nasal.

Cuello: masas o bultos en el cuello (tiroides, principalmente).

Tórax: dolor torácico, dolor precordial, palpitaciones, disnea, tos, expectoración.

Abdomen y pelvis: dolor abdominal, flatulencia, trastornos de la defecación, características de las heces; trastornos de la micción, características de la orina; trastornos sexuales o genitales, desórdenes del ciclo menstrual.

Región espinal: deformación y/o limitación de la movilidad de la columna vertebral.

Extremidades: dolor local, deformaciones locales, edema, várices.

c) COMENTARIO

En sentido estricto, en esta parte del examen del paciente se puede obtener datos sobre su estado general de salud, y se pueden descubrir o descartar posibles enfermedades relacionadas o no con el problema neurológico actual. Si durante esta revisión se detecta algún desorden que ha precedido o está presente al momento del examen, hay que precisar de qué modo está asociado a la afección del sistema nervioso en curso, o no lo está.