

## I. Introducción a la semiología

Existen enfermedades que curan sin tratamiento (autolimitadas), pero el resto requiere, la mayoría de las veces, un tratamiento bien indicado. Para esto es preciso dilucidar de qué padece el sujeto.

A veces el diagnóstico puede formularse sólo con mirar al paciente. Otras veces, basta oír el relato del enfermo para orientarse hacia una patología. Pero la mayoría de las veces es necesario interrogarlo y examinarlo meticulosamente y, otras, solicitar exámenes complementarios pertinentes e interpretarlos para llegar a una buena hipótesis diagnóstica.

La semiología es la rama de la medicina que se ocupa de la identificación de las diversas manifestaciones de enfermedad, de cómo buscarlas, y cómo interpretarlas. En otras palabras, y a grandes rasgos, la semiología estudia los síntomas y signos de las enfermedades.

Por **síntomas** se entienden las molestias o sensaciones subjetivas de la enfermedad, vale decir, aquellas que son percibidas exclusivamente por el paciente y que el médico puede descubrir sólo por el interrogatorio (ejemplo: dolor, disfagia, vértigo, palpitaciones, angustia).

Por **signos** se entienden las manifestaciones objetivas de enfermedad. Algunos signos pueden aparecer en el interrogatorio porque el enfermo se ha percatado de su presencia (ictericia, edema de extremidades inferiores); pero la mayoría de los signos escapan de la observación del enfermo y podrán sólo ser descubiertos por el examen físico (ejemplo: palpación de un aneurisma abdominal, auscultación en la región precordial de un soplo cardíaco que sugiere una estenosis mitral).

La búsqueda de los síntomas y signos dispone fundamentalmente del interrogatorio o anamnesis, del examen físico y de los exámenes complementarios.

En cuanto a la interpretación de los hallazgos semiológicos, hay que tener en cuenta que cada síntoma o signo puede ser producido por una gran variedad de causas diferentes, lo que dificulta su interpretación.

Afortunadamente, a menudo se presentan agrupados con otros constituyendo, ya sea un **síndrome**, entendiendo por tal un conjunto de síntomas o signos relacionados entre sí que obedecen a diferentes etiologías; o bien, una **enfermedad** en que los síntomas y signos que la caracterizan obedecen a una sola causa.

El síndrome es un conjunto de síntomas y signos que se presentan simultáneamente y configuran una entidad, que sirve al clínico para circunscribir los posibles factores etiológicos y, en alguna medida, presumir su mecanismo de producción. Recalco lo anterior, debido a que algunos profesionales hemos cometido el error de denominar síndrome a algún síntoma o signo sólo por el hecho que se deben a causas múltiples. Por ejemplo, se habla del “síndrome diarreico”, debido a que la diarrea es un síntoma que puede deberse a múltiples causas; sin embargo, el “síndrome disintérico” (diarrea con sangre

fresca, mucus, pus, pujo y tenesmo), le señala al clínico que es producido por un número más bien reducido de causas en comparación a las múltiples causas del síntoma diarrea por si mismo. Por lo tanto, no es la multiplicidad de causas lo que separa al síndrome de los síntomas y signos, sino más bien la capacidad de acotar o circunscribir las posibles etiologías.

Una **enfermedad** tiene características propias y, en general, tiene una causa específica. En un comienzo es posible que el clínico pueda plantear sólo un determinado síndrome sin poder identificar a qué enfermedad corresponde. Posteriormente, sobre la base de exámenes o a la evolución clínica, podrá pasar del diagnóstico de síndrome al de la enfermedad propiamente tal. Una meningitis bacteriana o una hemorragia subaracnoídea pueden manifestarse con un síndrome meníngeo. Indudablemente es necesario aprender aspectos específicos de cada enfermedad que permitan diferenciarlas.

El objetivo de la semiología es llegar a conocer las manifestaciones de la enfermedad y finalmente llegar al diagnóstico. Este diagnóstico se puede conocer con distintos grados de precisión:

- Como síndrome (síndrome de insuficiencia cardíaca)
- Como diagnóstico anatómico (insuficiencia mitral).
- Como diagnóstico etiológico (endocarditis bacteriana por estreptococo viridans).

El diagnóstico puede quedar planteado con seguridad, o el clínico lo postula sobre la base de la forma de presentación de la enfermedad y las probabilidades que tiene de presentarse.

Es conveniente saber agrupar los síntomas y signos en torno a síndromes o enfermedades que pueden presentarse con esas manifestaciones. De esta forma uno se acerca al diagnóstico. Frecuentemente se plantea la conveniencia de hacer algunos exámenes complementarios para respaldar o descartar algunas de las hipótesis diagnósticas planteadas.

Un buen clínico es capaz de captar los síntomas y signos más importantes, y sobre la base de sus conocimientos y experiencia, ponerlos en perspectiva, para plantear finalmente los diagnósticos que le parecen más probables.

En este proceso que conduce al diagnóstico, hay una etapa en la que se recoge la información mediante la historia clínica y luego el examen físico. Después se ordena la información hasta quedar en condiciones de plantear las hipótesis diagnósticas más probables.

## **II. Historia Clínica**

La historia clínica se obtiene mediante la anamnesis o interrogatorio al paciente y reúne el conjunto de datos que el clínico pudo obtener de éste acerca de su enfermedad actual, sus antecedentes mórbidos y familiares, sus datos biográficos y su personalidad. Si el estado

del paciente no permite un buen interrogatorio, el clínico deberá interrogar a familiares, convivientes o persona responsable de todo lo anterior.

El interrogatorio persigue dos objetivos:

1. Obtener información sobre qué aqueja al enfermo (diagnóstico clínico) y cómo es la persona enferma (diagnóstico psicológico).
2. Establecer una buena relación profesional-paciente, indispensable para lograr la colaboración del enfermo durante el examen y eventual manejo subsiguiente.

El saber escuchar al enfermo, el no dejarle dudas que uno entiende y se interesa por su problema, así como tener siempre una actitud optimista, son atributos esenciales de un buen clínico.

El orden de cómo se va recogiendo la información podrá variar de una persona a otra, de cómo surgen las oportunidades de hacer una u otra pregunta, pero al final, lo importante, es captar lo que a la persona le está ocurriendo, en qué circunstancias y todo lo que pueda ser pertinente.

Dada la importancia de la historia clínica para el diagnóstico, ésta debe de ser de la mejor calidad. No tiene por qué ser extensa, ni menos aburrida, pero sí, debe:

- Contener sólo datos confiables
- No omitir ninguna información útil
- Ser concisa, o sea, libre de datos superfluos
- Ser objetiva, dejando bien establecidos los hechos y evitando las interpretaciones personales del que los recoge.

Al momento de presentar o escribir la información se ordena de acuerdo a un esquema previamente establecido que viene a ser el siguiente:

- a) Identificación del paciente.
- b) Enfermedad actual o anamnesis próxima.
- c) Antecedentes o anamnesis remota.
- d) Revisión por sistemas.

Al registrar la información, se debe anotar la *fecha* y, eventualmente, la *hora* (tenga presente que de un día a otro la situación del paciente puede haber cambiado)

#### **a) Identificación del paciente.**

En esta parte se precisa quién es la persona. Siempre debe ir el *nombre*, *sexo* y la *edad*. Estos son muy importantes ya que pueden orientar la hipótesis diagnóstica. Existen enfermedades más frecuentes en un sexo que en otro y también afecciones que predominan

en ciertas etapas de la vida. También puede ser importante incluir información, como: *seguro de salud o previsión, teléfono, RUT, actividad o profesión, lugar de procedencia, raza, etc.*

### **b) Enfermedad actual o anamnesis próxima.**

En esta sección se precisa el motivo de consulta, es decir, qué le ha pasado al paciente, que lo motivo a consultar. Si no está muy claro, se puede preguntar en forma directa: ¿qué es lo que más le molesta? Cuando el enfermo logra precisar, se le pide que se explye sobre todo que con la molestia principal se relacione.

Generalmente el relato espontáneo del paciente resulta incompleto e inadecuado, por lo que es importante generarse de él una idea general del problema y completar después los datos que faltan. Cuando el relato del paciente ya se considere agotado, debe recurrirse a preguntas cada vez más dirigidas, indagando en el “cuándo” o fecha de comienzo, el “cómo” o forma de comienzo y “por qué” o causa desencadenante. Todo aquello importantísimo a la hora de definir una hipótesis diagnóstica.

Después habrá que considerar los diversos síntomas asociados en orden cronológico, los tratamientos recibidos (dosis diaria, duración y efectos obtenidos), la repercusión de la enfermedad sobre la vida cotidiana y el estado general y, finalmente, la idea que el paciente tiene de su propia enfermedad.

Obtenida la información, se deja constancia de las distintas manifestaciones en la ficha clínica. En ocasiones, es conveniente mencionar también aquellas manifestaciones que, pudiendo haber estado presente, no están.

El relato es como un cuento en el que se van narrando lo que a la persona le ha ocurrido. La información se ordena en forma cronológica. Es importante que el relato esté bien hilvanado y sea fácil de entender.

### **c) Anamnesis Remota**

En esta parte se mencionan distintos antecedentes ordenados según su naturaleza. Se tienden a ordenar de la siguiente forma:

- ***Antecedentes mórbidos*** (médicos, quirúrgicos, traumatismos) : Incluye enfermedades, operaciones y traumatismos que el paciente ha tenido a lo largo de su vida. Se indican aquellas patologías más importantes en orden cronológico. Es importante tratar de confirmar la verosimilitud de las enfermedades, como también su gravedad, tratamiento y eventuales secuelas. Se suele añadir también los antecedentes ginecoobstétricos en el caso de la mujer (menarquia, regularidad de los ciclos menstruales, embarazos, partos, abortos, uso de anticonceptivos, etc.)

- ***Antecedentes familiares:*** En esta sección se precisan enfermedades que presenten o hayan presentado familiares cercanos por la posibilidad que sean heredables. Entre estas enfermedades, destacan: hipertensión arterial, diabetes mellitus, alteraciones de los lípidos en la sangre (*dislipidemias*), antecedentes de enfermedades coronarias, cánceres de distinto tipo (ej.: mama, colon), enfermedades cerebrovasculares, alergias, asma, trastornos psiquiátricos (ej.: depresión, enfermedad bipolar), enfermedades genéticas, gota, hemofilia, etc.
  
- ***Antecedentes sociales y personales.***En esta sección se investigan aspectos personales del paciente que permitan conocerlo mejor. La intención es evaluar y comprender cómo su enfermedad lo afecta y qué ayuda podría llegar a necesitar en el plano familiar, de su trabajo, de su previsión, de sus relaciones interpersonales. Información que podría haber ido junto a la Identificación del Paciente, se puede traspasar a esta sección. Es el caso del estado civil o las personas con las que vive. Otras informaciones, que según el caso se pueden incluir, son: composición familiar, tipo de casa habitación, disponibilidad de agua potable, presencia de animales domésticos, nivel de educación, actividad laboral o profesión, previsión o seguro de salud, etc. Toda esta información servirá para conocer mejor al paciente como persona; saber con qué recursos cuenta para enfrentar su enfermedad, cuál es el grado de apoyo familiar; su situación laboral, previsional y social. También puede ser el lugar para mencionar aspectos específicos de sus creencias, de su religiosidad, de los aspectos a los cuales no quisiera ser sometido en el tratamiento de su enfermedad (por ejemplo, no recibir transfusiones de sangre o no ser sometido a ventilación mecánica). Otros aspectos a investigar son antecedentes sobre actividad sexual, exposición a enfermedades infecciosas o profesionales, viajes efectuados en los meses anteriores.
  
- ***Hábitos.***
  - El *hábito de fumar* (tabaquismo). Se debe precisar cuántos cigarrillos o cajetillas fuma la persona cada día y cuántos años lleva fumando. Si ya dejó de fumar, se precisa desde cuándo y la cantidad que fumaba. Algunas veces se usa el término “paquetes-año” para expresar lo que una persona fumaba (por ejemplo, 20 paquetes-año significa que fumaba 1 cajetilla al día durante 20 años, o 2 cajetillas diarias por 10 años).
  - *Ingesta de bebidas alcohólicas.* Una forma de evaluar este tipo de ingesta es mediante una estimación de la cantidad de alcohol ingerida. Para esto se identifica el licor, la concentración de alcohol que contiene y las cantidades ingeridas. Por ejemplo, 340 ml de cerveza, 115 ml de vino y 43 ml de un licor de 40 grados, contienen aproximadamente 10 g de alcohol. Un litro de vino contiene aproximadamente 80 g de alcohol. Una ingesta de más de 60 g diarios de alcohol en el hombre y 40 g en las mujeres, puede dañar el hígado.

- *Uso de drogas no legales:* consumo de marihuana, cocaína, etc.
- *Tipo de alimentación.* En algunas personas es más importante de precisar; por ejemplo, en obesos, diabéticos, personas con dislipidemias o que han bajado mucho de peso.
- **Alergias.** El tema de las alergias es muy importante ya que puede tener graves consecuencias para la persona. Entre los alérgenos, que son las sustancias ante las cuales se desencadenan las respuestas alérgicas, hay varios que se deben investigar: medicamentos, alimentos, alérgenos del ambiente (picaduras de insectos, químicos específicos, etc.)
- **Medicamentos.** Es importante identificar qué medicamentos está tomando el paciente y en qué cantidad. En algunos casos, también se deben indicar los fármacos que el paciente recibió en los días o semanas anteriores. Se debe precisar:
  - el nombre genérico y su concentración (el nombre de la droga misma).
  - el nombre con el que el fármaco se comercializa (nombre de fantasía).
  - la forma de administración (oral, intramuscular, endovenosa).
  - la frecuencia (por ejemplo, cada 6 – 8 o 12 horas).

#### **d) Revisión por sistemas.**

Debe reservarse para el fin del interrogatorio, terminando con ella la historia clínica. A pesar de toda la información que se ha recogido en la anamnesis y los antecedentes, conviene tener algún método para evitar que se escape algo importante. Una breve revisión por los sistemas que todavía no se han explorado da más seguridad que la información está completa.

Esta revisión no debiera ser muy larga ya que se supone que los principales problemas ya fueron identificados en la anamnesis. Si al hacer este ejercicio aparecen síntomas que resultan ser importantes y que todavía no habían sido explorados, es posible que el conjunto de estas nuevas manifestaciones deban ser incorporadas a la anamnesis.

En esta revisión por sistemas no se debe repetir lo que ya se mencionó en la anamnesis, sino que se mencionan sólo algunos síntomas o manifestaciones que están presente pero que tienen un papel menos importante. La extensión de esta sección debe ser breve.

Una forma de ordenar esta revisión es por sistemas y en cada uno de ellos se investigan manifestaciones que podrían darse:

- **Piel.** Alteraciones del color; petequias y equimosis; erupciones cutáneas y prurito; y alteraciones de los fanéreos.
- **Síntomas generales.** Fiebre, cambios en el peso, malestar general, apetito, tránsito intestinal, sudoración nocturna, insomnio, angustia.

- **Sistema Hematopoyético.** Sangrados espontáneos; anemia y transfusiones; y adenopatías dolorosas o supuradas.
- **Segmentos corporales.**
  - Cabeza: cefalea, jaqueca, mareos y vértigo.
    - Ojos: ambliopía, amaurosis, diplopía, escotoma; y dolor, inyección conjuntival, epifora, secreción purulenta, edema palpebral
    - Oídos: otalgia, secreción, sordera, tinnitus y acúfenos.
    - Nariz: epistaxis, rinorrea y obstrucción nasal.
    - Boca: faringe y laringe; gingivorragia, infecciones dentarias, lengua dolorosa, odinofagia y disfonía.
  - Cuello: dolor, rigidez y aumento del tiroides (bocio).
  - Tórax: dolores y herpes zóster
  - Mamas: masas, dolor y secreción por el pezón (galactorrea, sangre, pus)
  - Abdomen: Dolor, distensión abdominal, hernias y masas abdominales.
- **Sistema respiratorio.** Tos, expectoración, hemoptisis, puntada de costado (dolor pleural), sibilancias.
- **Sistema cardiovascular.** Disnea de esfuerzo, ortopnea, disnea paroxística nocturna, edema de extremidades inferiores, dolor precordial, palpitaciones, claudicación intermitente, várices.
- **Sistema gastrointestinal o digestivo.** Apetito, náuseas, vómitos, hematemesis, disfagia, pirosis, regurgitaciones, sialorrea, diarrea, constipación, melena, hemorroides.
- **Sistema genitourinario.** Disuria, disuria de esfuerzo, poliaquiuria, poliuria, nicturia, alteración del chorro urinario, hematuria, tenesmo, incontinencia, dolor en fosas lumbares.
- **Sistema musculoesquelético.** Dolores en extremidades, espalda o cuello, artralgias, fluxiones y crepitaciones articulares, y rigidez.
- **Sistema endocrino.** Bocio, baja de peso, intolerancia al frío o al calor, temblor fino, polidefecación, ronquera, somnolencia, sequedad de la piel; polidipsia, poliuria y polifagia; aumento en el número de zapatos, cambios en la distribución pilosa.
- **Sistema neurológico.** Debilidad, parestias, parestesias, parálisis, cefalea, mareos, vértigos, síncope, convulsiones, temblor, problemas de coordinación, ataxia, disartria y atrofia muscular.

## Deficiencias en obtención de historia clínica

La calidad de la anamnesis puede deteriorarse por fallas del paciente o del clínico.

- a) Del enfermo
  - a. Olvido de datos importantes
  - b. Deformación de los hechos, sea por ideas preconcebidas, o por temor a ser hospitalizado, o sometido a exámenes u procedimientos.
  - c. Tergiversación intencionada, para conseguir licencia, jubilación o invalidez.
- b) Del Clínico
  - a. Apresuramiento (¿carga o presión asistencial?)
  - b. Desinterés (¿falta de vocación?)

- c. Falta de conocimientos.

Debemos hacer todo lo posible por corregir las que nos atañen, porque son consideradas inexcusables, ya que de ellas puede derivar mucho daño.

### **III. Síntomas frecuentes en la práctica clínica.**

El conocer los síntomas, sus características, y con qué otras manifestaciones se relacionan permite ir conociendo lo que le ocurre al paciente.

Es frecuente que algunos síntomas y signos se relacionen y constituyan síndromes o sean parte de enfermedades específicas.

El conocer los síntomas, sus características, y con qué otros síntomas se relacionan, ayuda al desarrollo de la conversación con el paciente de modo que resulte mejor hilvanada y, en la práctica, más eficiente para captar la situación.

Si el paciente dice tener tos, se tratará de caracterizarla y se investigarán otras manifestaciones con las cuales frecuentemente se presenta: expectoración, fiebre, disnea, etc. Si la molestia es dolor al orinar, se preguntará también sobre la frecuencia, la cantidad, horario, si ha tenido fiebre, etc.

Aunque cada síntoma puede tener un nombre técnico que forma parte de la jergamédica habitual, es necesario preguntar a los pacientes en una forma que entiendan y después, al momento de presentar la historia o escribirla en la ficha clínica, se usarán los nombres que correspondan. La capacidad de comunicarse con el enfermo en su mismo lenguaje es fundamental. Sea éste analfabeto, campesino, obrero, universitario o intelectual, hay que situarse en el contexto de cada uno de ellos.

#### *Identificación de los síntomas.*

Durante la conversación con el paciente, se investigan los síntomas y se tratan de caracterizar. En general, se debe precisar:

- a. Qué es lo que siente y características. (carácter en caso de dolor)
- b. Ubicación de la molestia y hacia dónde se irradia (en caso de dolor).
- c. Comienzo del síntoma.
- d. Evolución del síntoma.
- e. Factores que lo modifican
- f. Síntomas o manifestaciones asociados.

Es conveniente establecer una prioridad en el análisis de los distintos síntomas, ya que algunos tienen más relevancia que otros (p. ej., dolores, disnea, pérdida de conciencia).



A modo de representar lo anteriormente expuesto, analizaremos al **dolor**, por ser uno de los síntomas que más pronto induce al enfermo a consultar. Un gran número de enfermedades se inicia con dolor o lo presenta en algún momento de su evolución. Se ha definido al *dolor* como una *experiencia sensorial y emocional desagradable y aflictiva de una parte del cuerpo debido a una causa o estímulo interno o externo*.

Generalmente, el dolor puede ser explicado en términos de una lesión que compromete los centros o las vías sensitivas (dolor orgánico), pero hay dolores a veces intensos y persistentes en que no se demuestra ninguna lesión (dolor funcional o psicógeno).

Según el nivel de las estructuras nerviosas en que se origina el dolor se distingue un **dolor central**, debido a lesiones de los centros o vías sensitivas dentro del neuroeje, y un **dolor periférico**, por afecciones que comprometen a los nervios periféricos, somáticos o viscerales.

Un dolor que se origina en la piel y tejidos superficiales (**dolor superficial**) tiene características distintas al que se origina en las vísceras y estructuras musculoesqueléticas profundas (**dolor visceral o profundo**). El dolor superficial es de carácter punzante o quemante y es localizado por el paciente en el mismo sitio donde actúa el estímulo doloroso; se le denomina **dolor epicrítico**. El dolor profundo o visceral, por su parte es de carácter vago; el paciente no puede señalar con precisión los límites del área dolorosa y la ubicación del dolor no corresponde al sitio donde actúa el estímulo (**dolor protopático**).

Diferencias entre dolor superficial y profundo	
Dolor superficial	Dolor profundo o visceral
Bien localizado	Mal localizado
Carácter punzante o quemante	Carácter vago o atenuado
Límites precisos	Límites imprecisos
Ubicado en el sitio del estímulo	Ubicado a distancia del estímulo
No referido	Referido

Volviendo a las características semiológicas generales del dolor, revisaremos:

- a) Tipo o carácter
- b) Ubicación e irradiación
- c) Intensidad
- d) Comienzo y Evolución
- e) Factores modificantes

a) Tipo o Carácter.

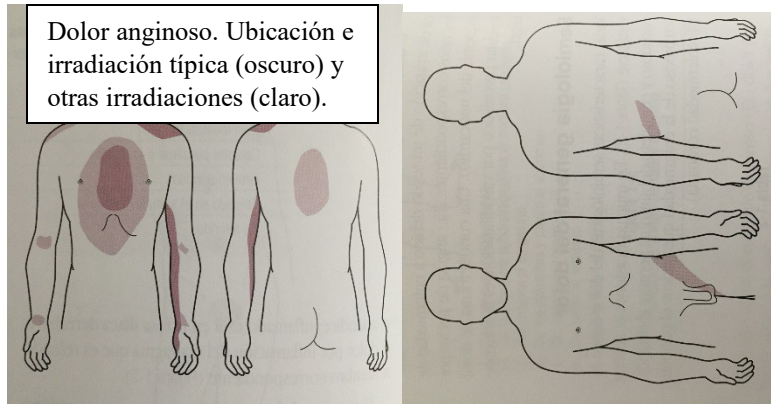
Existen algunos tipos de dolor bien definidos y de gran importancia diagnóstica:

- *Dolor Cólico o retorcijón*: es aquel que aumenta de intensidad hasta llegar a un máximo y luego disminuye; es característico de vísceras huecas que poseen una pared muscular (p.ej.: intestino, vesícula biliar, colédoco, uréter, conductos de glándulas salivales e incluso el útero).
- *Dolor Urente*: como una quemadura (p.ej., dolor del herpes zóster que afecta un dermatoma, o gastritis generalmente en epigastrio).
- *Dolor Sordo*: tiende a ser mantenido, de intensidad leve a mediana, pero puede llegar a ser bastante incómodo.
- *Dolor Constrictivo*: de tipo opresivo (p.ej.: dolor de origen coronario, angina de pecho).
- *Dolor Pulsátil*: asociado al pulso arterial (p.ej., inflamación de un dedo después de un golpe).
- *Neuralgia*: dolor que sigue el recorrido de un nervio (p.ej.: neuralgia del trigémino).
- *Pungitivo* o de tipo punzante (p.ej., "puntada de costado" en cuadros de irritación pleural, que aumenta en la inspiración).
- *Fulgurante*: como un rayo o una descarga eléctrica (p.ej.: en los miembros inferiores en la tabes dorsal).
- *Terebrante*: intenso, como si fuera producido por un taladro (p.ej.: algunas odontalgias).

#### b) Ubicación e Irradiación.

El dolor puede ser **localizado** a un segmento corporal u, ocasionalmente, **generalizado** ( p. ej.: dolores musculares- mialgias- generalizados en la Influenza). Un dolor puede generarse en distintas estructuras, superficiales o profundas, de un segmento corporal; por ejemplo, un dolor precordial puede originarse en la pared torácica, miocardio, pericardio, aorta, esófago o mediastino; o bien puede ser funcional.

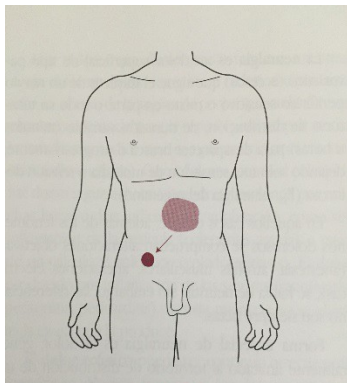
Hay dolores **irradiados** y no irradiados. Existen irradiaciones típicas, de gran valor diagnóstico. El dolor precordial de origen coronario irradia típicamente al hombro izquierdo, mandíbula y extremidad superior izquierda por su borde interno hasta los dedos. Otra típica es la del cólico biliar (epigástrico, irradiado a hipocondrio derecho y dorso), cólico renal (dolor lumbar, irradiado hacia la cara anterior de abdomen en dirección a la región inguinocrural) y dolores neuríticos y neurálgicos siguen el curso de los nervios periféricos correspondientes.



Dolor anginoso. Ubicación e irradiación típica (oscuro) y otras irradiaciones (claro).

Cólico renal o nefrítico

La **migración** se refiere al cambio de ubicación de un dolor respecto al sitio inicial de aparición. Es de gran valor en el diagnóstico de la apendicitis aguda; en los casos típicos el dolor se inicia en epigástrico o región periumbilical y horas después migra hacia la fosa iliaca derecha.

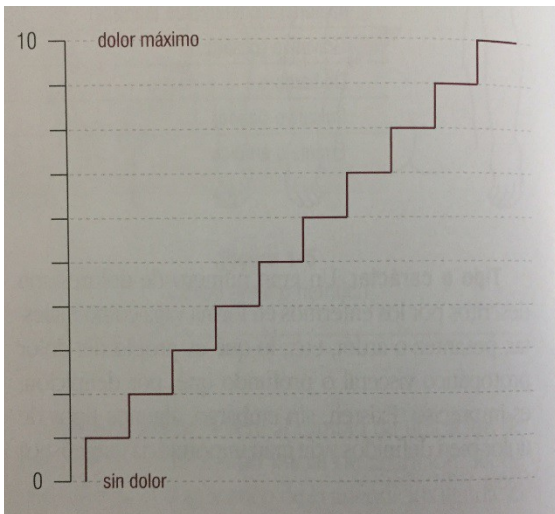


Migración del dolor en una apendicitis aguda.

### c) Intensidad

Según la intensidad, el dolor puede interferir de distintas formas: limitar los movimientos, afectar la actividad diaria y el estado anímico, no dejar dormir, etc. Es una sensación que sólo la siente quien la sufre. El desafío del clínico muchas veces es tratar de estimar la intensidad. Para esto tiene que evaluar las expresiones que usa el mismo paciente, ver en qué medida lo afecta, qué hace para aliviarlo, qué analgésicos requiere usar.

Una escala de uso común en clínica para medir la intensidad del dolor que aqueja a los pacientes es la **Escala Visual Análoga (EVA)**. Consiste en una línea o columna de 10 cm de longitud dividida en centímetros, en la que en uno de sus extremos indica la situación “sin dolor” (punto cero) y el otro el “dolor máximo” (punto diez), y luego se le pide al paciente que ubique su dolor en la escala



Escala visual análoga.

#### d) Comienzo y evolución

Puede tener comienzo insidioso, brusco o súbito. El dolor de comienzo **insidioso** se inicia vagamente como un malestar que aumenta progresivamente de intensidad hasta alcanzar su máximo en cuestión de varios minutos u horas (dolor ulceroso, cólico biliar, cólico renal, pancreatitis aguda, por ejemplo). El dolor **brusco o agudo** alcanza su mayor intensidad a los pocos segundos o minutos desde su comienzo por ejemplo, dolor en el infarto agudo al miocardio (IAM) y lumbago agudo por discopatía lumbar. Dolor de comienzo **súbito o instantáneo** es aquél que alcanza su intensidad máxima desde el momento mismo de su aparición; suele ser brutal, de gran intensidad y persistencia. Este tipo de dolor indica ruptura de víscera hueca (dolor abdominal por perforación de una úlcera péptica, dolor de cabeza por rotura de una aneurisma cerebral, etc.).

Desde el punto de vista de la evolución un dolor puede ser agudo o crónico. El dolor **agudo** puede a su vez ser continuo, intermitente o paroxístico. Es **continuo** el dolor anginoso o el cólico biliar (pese a su nombre). Es **intermitente** el dolor intestinal y también el dolor ulceroso. Los dolores **paroxísticos** se presentan en accesos o crisis que duran segundos o minuto, para reaparecer segundos o minutos después (ejemplo son los dolores neurálgicos).

El dolor **crónico** puede ser continuo o recurrente (periódico). Los dolores crónicos **continuos** no son frecuentes, se observan en enfermedades malignas (cáncer gástrico o pancreático avanzados), en que el dolor puede persistir por semanas o meses antes del desenlace final. **Recurrente** es un dolor que dura horas o días para reaparecer semanas, meses o incluso años después. (ej, jaqueca).

#### e) Factores modificantes.

Hay factores desencadenantes o agravantes del dolor y factores que lo alivian. El esfuerzo físico, los excesos alimentarios, el alcohol, los movimientos, la tos, el

ayuno, el pujar, el inspirar profundo son factores desencadenantes o agravantes de dolor, en cambio, se puede aliviar con analgésicos simples, morfina, una bolsa con agua caliente, aplicación de hielo, posiciones determinadas, masajes, ultrasonido, acupuntura, reposo, etc.

### **Síntomas relacionados con los sistemas respiratorio y cardíaco.**

La *tos* puede presentarse con distintas características. Puede ser ocasional, persistente, intensa, seca o húmeda, de predominio nocturno, en relación a ejercicios, etc. Cuando se asocia a *expectoración*, ésta puede ser de aspecto mucoso, mucopurulento (de color amarillento) y, en ocasiones, presenta sangre (*expectoración hemoptoica*). Cuando lo que sale junto con la tos es sangre fresca se habla de *hemoptisis*.

La pérdida de sangre por la nariz, se denomina *epistaxis*. Si sale abundante moco o secreción acuosa es una *rinorrea*. Si el paciente siente que está tragando secreciones en el curso de una sinusitis, o sangre por una epistaxis, se habla que presenta una *descarga posterior*.

La *disnea* es una sensación de falta de aire, como si el paciente estuviera ahogado o sofocado. Este síntoma puede derivar de problemas pulmonares, cardíacos o anemias intensas. Si el paciente nota que respira mejor estando sentado o semisentado, y no tolera estar acostado plano porque presenta disnea, se dice que tiene *ortopnea*. En cambio, como ocurre en algunos pacientes en insuficiencia cardíaca en las noches, si después de estar acostado plano un rato necesita rápidamente sentarse en la cama, porque sólo así respira mejor, se dice que tiene una *disnea paroxística nocturna* (se reabsorben líquidos de edemas que sobrecargan el sistema cardiovascular). La disnea en los pacientes con insuficiencia cardíaca se caracteriza porque se presenta en relación a la magnitud del esfuerzo físico. Conviene precisar si aparece al caminar un número determinado de cuerdas, al subir una escalera, al efectuar esfuerzos mínimos como ir al baño o llega a limitar tanto al enfermo que lo obliga a estar en reposo.

Un dolor en la región precordial de tipo constrictivo, que se presenta en relación a esfuerzos físicos y que se irradia a la mandíbula, al hombro o al brazo izquierdo, puede corresponder a una *angina* o *ángor* por insuficiencia coronaria (conviene tener presente que "angina" es también un término que se usa para referirse a inflamaciones de las amígdalas y tejidos vecinos). Si el dolor se prolonga por más de veinte minutos puede estar instalándose un *infarto al miocardio*, en cambio, si se presenta en reposo, puede tratarse de un *ángor inestable*. Existen también otras causas que pueden dar dolor en la parte anterior del pecho como una inflamación de una articulación costoesternal (*síndrome de Tietze* o *costocondritis*), un *espasmo esofágico*, una *pericarditis*, un tumor en el mediastino o una afección de una vértebra cuyo dolor se irradia hacia adelante.

El dolor de una inflamación de la pleura es de tipo punzante, aumenta cada vez que el enfermo trata de respirar profundo, y se localiza de preferencia en un lado del tórax (*puntada de costado*). Debe plantearse un diagnóstico diferencial con un *neumotórax* de instalación brusca, un problema de la parrilla costal (p.ej., fractura costal), y a veces, puede

ser un *herpes zóster* (aunque es más urente y se ubica según la distribución de los dermatomas).

Es frecuente que en cuadros respiratorios se den asociaciones como tos, expectoración, fiebre y dolor torácico; en insuficiencia cardíaca se presenta disnea de esfuerzos, ortopnea, disnea paroxística nocturna, edema de extremidades inferiores y *nicturia*; en problemas coronarios agudos de tipo anginoso se presenta dolor precordial constrictivo, habitualmente en relación a esfuerzos físicos, angustia, sensación de muerte inminente, diaforesis, disnea.

### **Síntomas relacionados con el sistema digestivo.**

Partiendo desde arriba, la *odinofagia* es un dolor en la garganta al tragar, la *disfagia* es una dificultad para tragar o para que los alimentos bajen por el esófago. Se denomina *disfagia lógica* cuando la dificultad comienza con los líquidos y paulatinamente progresa a alimentos sólidos, de mayor consistencia; cuando la dificultad se presenta en forma poco predecible, a veces con líquidos y otras con sólidos, se denomina *disfagia ilógica*. También la dificultad para tragar puede ser alta, a nivel de la orofaríngea, seguramente por un problema de coordinación muscular, o baja, a nivel retroesternal, por una estenosis esofágica.

El abdomen es un sitio de distintos tipos de dolor. A continuación se presentan algunos ejemplos presentados a modo de orientación en forma muy escueta. En la región del epigastrio puede presentarse un ardor o "acidez" que sube por la región retroesternal y representa una *pirosis* debida a reflujo gastroesofágico. También se puede presentar un dolor que aparece de preferencia en momentos que el estómago está vacío y que se calma al ingerir alimentos, y puede representar la manifestación de una úlcera péptica. Si el dolor es en la región del hipocondrio derecho y aparece después de ingerir alimentos grasos o frituras, puede deberse a una coledocistitis. Un dolor periumbilical o del hemiabdomen superior, que se irradia al dorso, y que aparece después de una transgresión alimenticia, con abundante ingesta de alcohol, podría ser por una pancreatitis aguda. Un dolor abdominal que se presenta en personas mayores después de las comidas, a tal punto que las lleva a comer menos para evitar la molestia, podría deberse a una estenosis de una arteria como la mesentérica superior. Un dolor que parte en la región del epigastrio y migra hacia la fosa ilíaca derecha puede ser una apendicitis aguda. En cambio, si el dolor se localiza en la fosa ilíaca izquierda, y afecta una persona mayor, podría ser por una diverticulitis. Las personas con diarrea, frecuentemente presentan *cólicos intestinales*. Las mujeres tienen, con frecuencia, dolores en el hemiabdomen inferior debidos a problemas ginecológicos de distinta naturaleza. Por último, personas con trastornos funcionales del colon pueden tener dolores difíciles de caracterizar, que cambian de ubicación, que van y vienen, y que frecuentemente se asocian a sensación de distensión abdominal o de estar con *meteorismo*.

La *anorexia* es la falta de apetito; las *náuseas* o el asco son los deseos de vomitar; los *vómitos* son la expulsión violenta por la boca de materias contenidas en el estómago. Cuando se analiza el contenido de los vómitos, pueden ser *alimenticios*, si contienen alimentos; *biliosos*, cuando son amarillentos por su contenido en bilis; *porráceos*, cuando

son de color oscuro, contienen alimentos parcialmente digeridos y se presentan en cuadros de obstrucción intestinal; *fecaloídeos*, si impresionan tener material fecal. Si el vómito es hemático, se llama *hematemesis*. Debe diferenciarse la hematemesis, que es la eliminación de material hemático proveniente del estómago y que se elimina con *arcadas*, de la *hemoptisis*, que es la eliminación de expectoración hemática con la tos.

Respecto a la evacuación intestinal conviene preguntar la frecuencia con que ocurre. Normalmente es diaria o cada dos días. Si es menos frecuente se trata de una *constipación* o *estreñimiento*; en el lenguaje corriente se habla de *estitiquéz*. Para hablar con el paciente sobre estos aspectos, según de quien se trate, se le pregunta respecto a su "evacuación intestinal", "hacer caca", "hacer del cuerpo" y muchas veces se usa el término "obrar". Es importante preguntar sobre el aspecto y consistencia de las deposiciones. Si son líquidas, se trata de *diarrea*. Esta, a veces, se asocia a mucosidades y en ocasiones, se distingue sangre fresca. Un cuadro de diarrea con mucosidades y sangre es una *disentería*. La presencia de alimentos no digeridos, como arroz, carne o trozos de tallarines, constituye una *deposición lientérica*; en esto no se incluye la presencia de fibras como hollejos, que son normales de ver. La presencia de mayor contenido de aceite o grasa, que da un aspecto más brillante, y en el agua del escusado deja gotas de grasa, es una deposición *esteatorreica*. La presencia de sangre roja se denomina *hamatoquecia*, *rectorragia*, *colorragia* o *hemorragia digestiva baja* (depende de si se conoce de dónde viene el sangramiento). Se debe diferenciar de una deposición negra como alquitrán, de olor más penetrante y fuerte que lo habitual, y de consistencia pastosa, que se llama *melena* y que representa un sangramiento digestivo alto, o sea, que viene de alguna parte más arriba del ángulo de Treitz, que se ubica al final del duodeno. Un sangramiento alto, pero con un tránsito intestinal muy acelerado, podría dar una deposición con sangre fresca. Al contrario, un sangramiento de la parte final del íleon, con tránsito lento por el colon, puede dar una deposición más oscura. También puede dar una deposición más oscura la ingestión de medicamentos como preparados con fierro.

La persona con diarrea profusa que tiene ya irritada la mucosa del recto puede presentar *pujo*, que son contracciones voluntarias o involuntarias a nivel rectal como para seguir evacuando, y *tenesmo* que es el deseo de seguir evacuando aunque no existan deposiciones para eliminar.

### **Síntomas relacionados con el sistema nefrourológico.**

La dificultad para orinar, como ocurre en personas con crecimiento de la próstata, es una *disuria de esfuerzo*, en cambio, cuando duele al orinar, como en una cistitis, es una *disuria dolorosa*. El orinar en forma frecuente es una *poliaquiuria*, y orinar en gran cantidad en las 24 horas -sobre 2.500 ml-, se llama *poliuria*. Si el paciente orina más cantidad en la noche que en el día, tendría una *nicturia*. El dolor de un *cólico renal* tiende a ubicarse en una de las fosas renales y se irradia hacia la región de los genitales externos; es de gran intensidad, produce mucha inquietud en el paciente, sin poder encontrar una posición que lo alivie, y con frecuencia puede acompañarse de náuseas y vómitos.

Cuando la orina sale teñida de sangre se denomina *hematuria*. Para distinguirla sirve fijarse en el color (como "agua de carne") y es frecuente que si se deja reposar en un recipiente los

glóbulos rojos decantan en el fondo. También puede dar una orina más oscura una hemoglobinuria por una hemólisis masiva, algunos medicamentos, o simplemente porque está más concentrada. La *coluria* es una orina impregnada con pigmentos biliares; se caracteriza porque al agitar la muestra tratando de formar espuma, ésta tiene color amarillo (lo que no ocurre en otras causas de orinas oscuras en que la espuma es blanca). Cuando existe *proteinuria* la orina puede ser más espumosa. Si existe una infección urinaria, la orina tiende a ser turbia y tiene un olor más fuerte. También una mayor cantidad de cristales puede dar un aspecto turbio que eventualmente puede pasar si la orina se deja reposar.

### **Síntomas relacionados con el sistema nervioso.**

Una de las consultas más frecuentes es la *cefalea*. Algunas características pueden servir para diferenciarlas. En las *jaquecas* el dolor tiende a presentarse como una hemicránea; cuando es una *cefalea tensional* el dolor se localiza en la región occipital o en las regiones parietales; las cefaleas que son reflejo de una hipertensión endocraneana tienden a ser matinales y se pueden acompañar de vómitos explosivos.

Si la persona nota que está mareada y todo "gira" a su alrededor, se trata de un *vértigo*. El término "mareo" puede denotar distintos significados, tal como sentirse inestable, estar "como flotando en el aire", tender a desviarse a un lado, etc. Es también la sensación que tienen algunas personas al navegar. Los ruidos en los oídos pueden corresponder a *tinnitus* o *oacúfenos*.

La molestia o intolerancia anormal a la luz es una *fotofobia*. Una *diplopia* es cuando se ve doble; es más frecuente que se manifieste al mirar hacia un lado. Una *amaurosis* es una ceguera sin una lesión aparente del ojo, pero que compromete la retina, el nervio óptico o la corteza visual.

La sensación de "hormiguelo" o "adormecimiento" corresponde a *parestias*.

### *Síntomas generales.*

En esta sección conviene destacar la *fiebre* que es necesario caracterizar adecuadamente: cuándo comenzó, cómo varía entre el día y la noche, qué temperaturas se alcanzan, qué síntomas se presentan. El *síndrome febril* involucra, además de la temperatura elevada, una serie de manifestaciones tales como dolores al cuerpo, cefalea, taquicardia, polipnea, piel algo sudorosa, mejillas eritematosas, ojos brillantes, orina más oscura y escasa.

La *pérdida de peso* es otro aspecto importante de caracterizar y se debe preguntar desde cuándo que se ha registrado, de qué magnitud es, y qué otras manifestaciones se han presentado. Por ejemplo, un paciente diabético que está descompensado, puede presentar *polidipsia*, *poliuria* y *polifagia*. Si se trata de un síndrome de malabsorción se presentará diarrea y posiblemente esteatorrea y lentería. En un hipertiroidismo puede haber polidefecación, intolerancia al calor y nerviosismo. Además de los ejemplos mencionados, existen muchas otras causas por las que una persona puede bajar de peso: cánceres, infecciones prolongadas, depresiones, etc.



Otro síntoma es la *astenia* o la *adinamia*, estado en el cual el paciente se siente decaído, con falta de fuerzas.

Esta presentación de síntomas no pretende agotar el tema, sino que servir como una introducción a la práctica clínica. El contacto con los enfermos es lo que permite conocerlos mejor.

#### **BIBLIOGRAFIA.**

1. Manual de Semiología. Dr. Ricardo Gazitúa. Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. Semiología Médica 3era edición. 2010. Dr. Alejandro Goic, Dr. Gastón Chamorro, Dr. Humberto Reyes. Editorial Mediterraneo.
3. Compendio de anamnesis y exploración física. F. Cardellach, J.M. Grau, C. Rozman. 1era edición 2014, Editorial ELSEVIER.