

# Capítulo I

## INTRODUCCIÓN A LA SEMIOLOGÍA MÉDICA

La semiología médica es la ciencia que estudia los síntomas y signos de las enfermedades.

Por síntomas se entienden las molestias o sensaciones subjetivas de la enfermedad (ejemplo: dolor, náuseas, vértigo).

Por signos se entienden las manifestaciones objetivas o físicas de la enfermedad (ejemplo: ictericia, soplos cardíacos, adenopatías).

Un síndrome es una agrupación de síntomas y signos, que puede tener diferentes causas (ejemplo: síndrome febril, síndrome hipertiroideo, síndrome meníngeo). Esto significa que varias enfermedades podrían tener en alguna medida presentaciones parecidas (ejemplo: un síndrome febril puede presentarse como resultado de infecciones por diferentes agentes infecciosos, pero también puede ser el resultado de enfermedades del mesénquima o de algunos cánceres).

Una enfermedad tiene características propias y, en general, tiene una causa específica.

Un diagnóstico en medicina es la expresión de un cuadro clínico que puede fundamentarse en distintos niveles. Por ejemplo, se puede plantear como un *síndrome*, reconociendo por eso que es una forma de presentación que puede tener causas diferentes, pero por lo menos orienta hacia dónde va el diagnóstico. Más específico sería llegar a precisar la enfermedad (ejemplo: que se trate de una neumonía). También es parte del diagnóstico la forma cómo se fundamentan: un diagnóstico microbiológico (ejemplo: una neumonía debida a una infección por neumococo), o radiológico (la misma neumonía vista en una radiografía de tórax), o anátomo-patológico, en el caso que sea una patología respaldada por una biopsia, etcétera.

La seguridad del diagnóstico puede basarse en el cuadro clínico (ejemplo: una crisis de jaqueca) o en exámenes específicos (ejemplo: hemocultivos positivos en una fiebre tifoidea; una biopsia de médula ósea que muestra una leucemia). Cuando el fundamento es la clínica, siempre surge el tema de cuán probable es que sea cierto. Si es necesario fundamentar más, el paso a continuación es solicitar algún examen complementario para aumentar el grado de seguridad e incluso precisar mejor la naturaleza de la enfermedad. En muchos casos, el fundamento clínico es suficiente (ejemplo: una virosis respiratoria alta); en otros (ejemplo: fiebre en un paciente con un soplo cardíaco), es necesario solicitar exámenes complementarios.

En las etapas iniciales, los alumnos deben aprender a obtener los síntomas de los pacientes y cómo se presentan. Con eso ya comienzan a orientarse sobre qué tipo de problema se podría tratar (ejemplo: si es un problema respiratorio, por tener el paciente principalmente tos y expectoración, o digestivo, si se presenta con diarrea y dolor cólico abdominal). En la medida que se avanza en la historia clínica y se obtiene más información, se va avanzando en las posibilidades diagnósticas (ejemplo: en el caso del paciente con diarrea, plantear cuál podría ser la causa). Luego, los hallazgos del examen físico aportarán más elementos y, finalmente, según las hipótesis diagnósticas que han ido surgiendo se tendrá que ver si es necesario efectuar algunos exámenes complementarios.

El estudio (con los conocimientos que se adquieren) y el haber visto muchos pacientes, ayudan a tener una aproximación cada vez más rápida y acertada. Si al principio el alumno se siente abrumado por el tiempo que le toma conocer a un paciente y, además, sentir que con frecuencia no llega a los diagnósticos correctos, no debe ser motivo para desanimarse, sino que, al contrario, debe seguir trabajando a conciencia y aprovechar de estudiar en textos o fuentes digitales el caso

de cada paciente, especialmente si tiene enfermedades que todavía no conoce bien. Esta es una muy buena forma para que el conocimiento quede y en la medida que se vuelven a repasar los temas, va a dominar mejor las materias. Cuando se va conociendo cómo se presentan las distintas enfermedades resulta más fácil identificarlas, las preguntas que se le hacen al paciente son cada vez más pertinentes, se avanza más rápido y se puede llegar a ser más eficiente.

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.

Lo primero que debe aprender el alumno es a relacionarse con los pacientes, ganarse su confianza, ser empático, aprender a tomar sus historias clínicas y cómo hacer las preguntas, cómo ir hilvanándolas de modo que al mismo tiempo que se desarrolla la conversación en forma fluida, se va obteniendo la información que se requiere.

En los próximos capítulos se irán revisando los temas que ayudarán a progresar en la interacción con los pacientes.

## **Capítulo II**

### **LA ENTREVISTA MÉDICA Y LA RELACIÓN CON EL PACIENTE**

La forma cómo el médico interactúa con el paciente y su grupo familiar es muy importante. Para que esta relación sea buena, conviene tener presente los aspectos que se presentan a continuación.

El lugar y las circunstancias donde se desarrolla la entrevista médica deben ser adecuados. Es necesario disponer de algún grado de comodidad, privacidad, silencio e iluminación.

En el lugar debe haber un ambiente agradable, ojalá ni muy frío ni muy caluroso, sin que lleguen ruidos fuertes desde el exterior que interfieran con la conversación.

Se debe contar con un tiempo razonable para atender a cada paciente. La citación de los enfermos debe ser planificada y el médico tratar de ajustarse de modo de no hacerles perder tiempo.

Es normal que durante esta conversación quieran estar presentes uno o más familiares a quienes hay que saber acoger. No conviene que participen muchas personas, ya que es fácil distraerse y la comunicación con el enfermo se puede ver interferida.

El médico debe mantener siempre una actitud de servicio y tener la serenidad y tranquilidad necesarias para ofrecer su atención en las mejores condiciones. También, y aunque parece obvio decirlo, debe tener una preparación profesional adecuada. Si por algún motivo no se siente en condiciones de ayudar al paciente en su problema, debe buscar alguna alternativa, ya sea enviándolo a un especialista, o haciéndole ver que necesita estudiar más a fondo su problema antes de poder aconsejarlo. La integridad y honestidad deben ser

aspectos muy importantes. De la misma forma, debe guardar las reservas del caso, respetando el *secreto profesional*.

## LA ENTREVISTA MÉDICA

Al comenzar a atender a un paciente, conviene hacerlo sentir acogido, al igual que al familiar que pueda estar acompañándolo. La conversación se inicia con los saludos y presentaciones correspondientes. Para entrar en materia, ayudan preguntas tales como: ¿qué lo trae a consultar?, ¿en qué le puedo ayudar?

El médico debe ser capaz de hacer sentir cómodo a su paciente. Frente a personas adultas, con quienes no hay mayor confianza, lo más adecuado es un trato formal. Con niños, jóvenes o personas conocidas, resulta mejor un trato más familiar. En todo caso, nunca debe perderse el respeto ni tampoco que la conversación se banalice. La actitud del médico debe ser siempre intachable.

Es fundamental *saber escuchar*. La conversación debe partir dándole la posibilidad al paciente de contar el motivo por el que consulta. Posteriormente, el médico va tomando más control de la entrevista para precisar mejor las molestias. Incluso, mientras se efectúa el examen físico, todavía hay oportunidad para precisar algunos aspectos de la historia clínica.

### Saber qué preguntar

Es frecuente que los alumnos al principio no tengan la flexibilidad para ir haciendo las preguntas correspondientes mientras la conversación fluye. Están tan concentrados en la próxima pregunta que deben hacer según las pautas que tienen en la mente que sienten que el paciente no les contribuye cuando hablan de otras cosas y hasta se sorprenden preguntando por segunda vez algo que ya había sido respondido. Con la

práctica, se aprende que es posible que la información se vaya recogiendo en forma salpicada, pero que al final, mentalmente, se ordena. Esto hace que en un momento se está conversando sobre aspectos que son el motivo de consulta, luego se salta a algún antecedente, o medicamentos que se han tomado y luego se vuelve al motivo de consulta, etcétera.

Los clínicos con experiencia saben cómo se tienden a asociar los distintos síntomas. Saben cómo se presentan determinados síndromes o enfermedades. Sobre la base de estas asociaciones van haciendo preguntas. Esto no significa abanderizarse a priori por algún diagnóstico en particular, pero van mejorando la información y de esta forma terminan acogiendo o descartando posibilidades. También saben qué síntomas o signos clínicos son más importantes de modo de concentrarse más en ellos y dejar de lado otras manifestaciones que en la práctica rinden poco. Esto les permite ordenar la información, dar las prioridades correspondientes y no perderse en una maraña de datos. Van hilvanando el interrogatorio y tienen claro *qué preguntar*.

Por ejemplo, ante un cuadro de ictericia, pensarán en posibilidades como una hepatitis, una obstrucción biliar, una afección crónica del hígado descompensada o una hemólisis, y frente a cada una de esas posibilidades harán algunas preguntas que vengan al caso. Si se trata de una mujer con dolor al orinar, las preguntas estarán orientadas a precisar si existe una infección urinaria. Si es un hombre joven que presentó una deposición de color negro, el interrogatorio se dirige a evaluar la posibilidad de una hemorragia digestiva. En la medida que se tienen más conocimientos y se conoce cómo se relacionan las molestias, las cosas se van haciendo más fáciles.

Las preguntas deben ser efectuadas de tal forma que no se influya la respuesta. Por ejemplo, si se analiza la evolución



de un dolor, más que preguntar: "¿No es cierto que está con menos dolor?", debe hacerse una *pregunta abierta*: "¿Desde la última vez que nos vimos, el dolor está igual, ha aumentado o ha disminuido?". El paciente no debe ser influido en sus respuestas por la forma cómo se efectúa la pregunta.

Un aspecto que puede interferir en la comunicación con el paciente son las anotaciones que el médico efectúa mientras transcurre la entrevista. Esto puede interferir el contacto ocular que es conveniente mantener. Además, el paciente se puede inhibir si nota que sus problemas van quedando registrados en una ficha a la que podrían tener acceso otras personas. En este sentido, conviene ser discreto.

Durante la conversación se podría escribir en la ficha frases breves o tener un papel borrador para hacer algunas anotaciones que luego pueden ser desarrolladas en la ficha en otro momento (por ejemplo, mientras el paciente se viste después del examen).

### **¿Qué dejar registrado en las fichas clínicas?**

Es necesario ser cuidadoso con lo que se deja registrado en las fichas, especialmente si pueden ser leídas por otras personas. El médico debe mantener reserva de la información que se le ha confiado. Si la persona está consultando en un policlínico, servicio de urgencia u hospital, la responsabilidad de guardar la privacidad del paciente debe involucrar a todas las personas que de una u otra forma participan en la atención (médicos, enfermeras, técnicos, secretarías).

Otro aspecto importante tiene relación con las implicancias médico-legales. Frente a un juicio, la ficha clínica pasa a ser un documento que puede ser solicitado por los tribunales de justicia. El médico debe dejar constancia de la situación del paciente y evitar opiniones que comprometan el honor de