

# Guía semiológica de Clínica Médica y Geriatria

*Prof. Dr. Alberto Sosa Álvarez\**

Fecha de recibido: 20 Noviembre 2015

Fecha de aceptado: 25 Noviembre 2015

Correspondencia | Biomedicas@um.edu.uy

## Introducción Semilogía General

**P**ara un diagnóstico certero, un tratamiento adecuado y un seguimiento apropiado debe haber una correcta relación médico paciente.

En este sentido Henri Ey(1) define al encuentro médico paciente como “la entrevista mas singular de las entrevistas singulares, donde una penetración intersubjetiva entre el espíritu del observador que pretende comprender y el espíritu del paciente que se abandona o retrae al contacto con el otro es la esencia del diagnóstico”.

El diagnóstico puede ser intuitivo o razonado pero en ambas formas el manejo de los instrumentos semiológicos y la experiencia son el soporte esencial.

Para llegar a una buena relación médico paciente se requiere sobre todo que los dos participantes del encuentro alcancen ciertos objetivos.

En el médico una buena formación académica, tener tiempo para dedicarse a su actividad, vocación de servicio, una remuneración digna, un plan de retiro decoroso y una buena cultura general para poder acceder a todos los niveles de la estratificación social.

Deberá ser respetuoso de la condición del paciente, algunos comentarios pueden ser mal interpretados como decirle abuelo, tutearlo, o llamarlo por el sobrenombre, etc.

En el paciente reconocer su rol, contar con un núcleo de apoyo ya sea familiar, de amigos o de servicios sociales apropiados y

una buena accesibilidad a los servicios.

Imprescindible es la libre elección del médico por el paciente y contar siempre con la información necesaria seria, honesta y confiable para poder adoptar las decisiones en el momento oportuno.

Así como el paciente puede elegir al médico, éste en determinados casos y bien fundamentados podrá sugerir al paciente que busque otro médico.

En los casos de pacientes con incapacidad o capacidad disminuida contar con el asesoramiento de los profesionales de diferentes ramas en el contexto donde se desarrollan los hechos.

El médico formado en las ciencias básicas y en las clínicas de-

berá entrenarse en el arte del ejercicio profesional.

Pero es necesario algo más. Esa entrevista debe realizarse en un ambiente confortable, humanamente cálido, donde debe haber una buena iluminación, una temperatura apropiada, el silencio necesario para poder hablar, auscultar al paciente y pensar.

Serán necesarias por lo menos dos sillas, una mesa o escritorio, una camilla y el instrumental médico básico como estetoscopio, aparato de presión, termómetro, baja lengua, martillo de reflejos, diapasón, linterna y una pileta para lavarse las manos.

Esto que parece obvio muchas veces no se tiene.

La duración de una consulta médica puede ser de 10 minutos hasta una hora o más a criterio del médico. Pero la duración debe ser la necesaria para poder escuchar, observar, pensar y sintetizar ese pensamiento.

Como decía Muiño “la medicina se aprende como ciencia pero debe practicarse como arte”(2).

Nos formamos en el contexto de la fisiología y la patología pero sin que tengamos muy claro que es salud fuera del concepto y definición que nos da la OMS.

Consideramos que el concepto de salud desarrollado por la escuela griega y analizado en el libro de Pedro Lain Entralgo(3) es el que mas se ajusta a la rea-

lidad cuando dice en términos generales que la salud es algo bello, justo, armónico y proporcionado y donde ninguna de las partes del cuerpo debe predominar sobre las otras.

Esta definición es muy apropiada cuando uno piensa en términos de la organización del cuerpo físico y del cuerpo psíquico constituyendo el organismo como un todo y en la dimensión humana.

Es oportuno recordar las lesiones del Prof. Jaccoud cuando subrogó al Prof. Guillot en la Clínica Médica y dijo en su primera clase de Clínica Médica:

“Tanto la salud como la enfermedad se rigen por leyes fijas. Las reglas que rigen el estado de salud se reúnen en la fisiología, las que rigen las enfermedades en el terreno de la patología”(4).

Ante esta afirmación me parece necesario establecer que la fisiología nos enseña que hay leyes determinadas en las diferentes funciones.

Por ejemplo el riñón cumple con varias funciones como las de ser una glándula de secreción interna y la de elaboración y excreción de orina cumpliendo normas específicas que pueden preverse.

Pasa lo mismo con la función respiratoria y la función cardíaca.

En una palabra la fisiología tiene un patrón de comportamiento

repetido, siempre igual y comparable con leyes y constantes estables.

Las enfermedades también tienen leyes lo que permite su identificación y su agrupamiento en determinadas formas o tipos patógenos lo cual sirve para ordenarlas o clasificarlas basta recordar los códigos de clasificación como el ICD 10 y el DSM IV.

Las enfermedades se desarrollan en pacientes generando además de su propia alteración y patrón de comportamiento, un desorden de los fenómenos fisiológicos generales alterando las constantes biológicas, lo cual genera la aparición de fenotipos clínicos.

De tal forma se presentaran al clínico fenotipos complejos resultantes de esas interacciones y bajo la forma de síntomas y signos los que agrupados orientaran a la entidad nosológica.

La semiología es la ciencia médica que se ocupa de la identificación de los síntomas y los signos. Por síntomas se entiende la sensación subjetiva manifestada por el enfermo e interpretada por el médico. El signo es lo objetivo, se ve, se palpa o se oye.

A su vez la semiología puede ser la técnica de la investigación del

\*Doctor en Medicina, Universidad de la República, Médico General, Médico Internista, Especialista en Geriátrica, Gerontólogo

signo o convertirse en la interpretación de los síntomas y signos agrupados en síndromes orientados a una entidad nosológica o sea que estamos en el campo de la Clínica Propedéutica.

En resumen la patología estudia las enfermedades y las características de las mismas, las agrupa, las clasifica y ordena.

La clínica estudia a la persona enferma y las diferentes formas de presentación de la enfermedad que formatea los procesos fisiológicos del paciente dándole la singularidad que caracteriza al hecho clínico.

Si por ejemplo pensamos en 10 pacientes con infarto de miocardio todos serán diferentes pero el clínico estará en condiciones de hacer el diagnóstico ya que la combinación de signos y síntomas lo orientaran.

En algunas circunstancias a los hechos clínicos se deben sumar los de la para-clínica configurando así formas patogénicas.

Es la relación médico paciente la esencia del diagnóstico y en consecuencia del tratamiento.

El médico a través de la entrevista obtiene la información básica que le permite armar el diagnóstico.

Ese encuentro humano permite hacer la historia de la enfermedad que se desarrolla en ese paciente.

En consecuencia el médico que ejerce la clínica ya sea médico general, internista o geriatra debe saber que verá enfermos y no enfermedades.

Si tenemos presente lo dicho no se podrá negar la importancia del juicio clínico para jerarquizar los hechos clínicos y donde lo cualitativo predomina sobre lo cuantitativo.

Pero es importante destacar que en geriatría habrá casi siempre dos historias clínicas: la del paciente y la que cuenta una tercera persona familiar o no en forma honesta y desinteresada.

Decía el Prof. Pablo Purriel: “la Medicina, como la mayor parte de la actividad moderna, debe ser realizada en equipos, ya sea en la práctica hospitalaria, o en la privada. Lo ideal es que el estudio de un enfermo del campo de la medicina interna comience con el internista, y sea el que lo declare terminado. En el transcurso de este estudio pueden y deben intervenir todos los Especialistas que sean necesarios para una mejor exploración técnica, para una mayor aportación de datos, que ajuste la síntesis final.

Al diagnóstico final se llega en un acto intelectual de síntesis. El no puede estar representado por un conjunto de formularios firmados por diferentes especialistas. Es necesario insistir, que es poco científico y menos beneficioso practicar el estudio aislado, parcelar, en cadena, como se fabrica

el motor moderno; hay algo que no puede hacerlo ningún aparato técnico, por maravilloso que sea y solo puede realizarlo la inteligencia de alguien, que con vasta preparación científica y arte especial, realiza el acto de mas alta especialización del intelecto, que es la síntesis” (5).

La situación es más compleja cuando ocurren los hechos con un paciente geriátrico.

Recordamos aquí que en forma tradicional por paciente geriátrico se entiende aquellas personas con más de 70 años que tienen más de tres patologías concomitantes (comorbilidades) y otras enfermedades no correlacionadas (multimorbilidad), que toman más de tres fármacos y que una de las patologías afecta las estructuras mentales y se detectan insuficiencias en los aspectos de contención económico espiritual familiar y social.

En estos casos la semiología tiene aspectos diferenciales y obliga a analizar la situación del paciente en una constelación heterogénea donde la medicina basada en la evidencia pierde rigor.

En semiología geriátrica el médico debe hacer lo que estableció Osler: “deje que el enfermo le cuente lo que le pasa y le dirá lo que tiene” (6).

Es indudable que los pacientes geriátricos tienen características propias que hacen del interrogatorio un hecho más complejo.

No obstante la ficha patronímica es una parte fundamental de la historia clínica.

A través de la confección de la misma el paciente realiza la primera aproximación del encuentro y constituye uno de los mejores test de evaluación mental.

Pero volvemos a insistir, el paciente de edad exige más tiempo de consulta y al mismo tiempo en la gran mayoría de los casos se debe hacer la segunda historia al familiar o acompañante.

### **Etapas semiológicas del encuentro médico paciente**

#### **A.- Ficha patronímica:**

Cuando uno le pregunta al paciente el nombre y apellido se está procediendo a la identificación y conocimiento de la persona.

Continúa con la fecha de nacimiento, la dirección, el teléfono, lugar de nacimiento todos datos que van estructurando una identidad.

Es con la ficha patronímica que el médico ya puede ir elaborando hipótesis diagnósticas y se constituye en el principal test de evaluación neuropsicológica.

Un hecho muy demostrativo es cuando uno pregunta donde vive o cuando nació y el paciente gira el cuello y mira al familiar o al acompañante y le devuelve la pregunta: ¿Dónde vivo? ¿En qué fecha nació?

Desde esta apreciación se pueden ir sacando conclusiones a veces orientadoras de un deterioro mental.

Es lo que debe llamarse signo de rotación del cuello.

En esta etapa el clínico utilizando la observación como una de las herramientas claves del análisis semiológico ya tiene al paciente frente a frente, vio como camina al entrar en la consulta, verá si la marcha es segura, inestable, cerebelosa, parética, parkinsoniana, o a pequeños pasos, tiene un dorso curvo o un síndrome de cabeza caída, tiene una presencia tranquila, está en calma, demuestra asombro por la situación, tiene una mirada firme o vagabundea con la mirada, si es mujer puede tener el signo de la caravana caída (en la mujer muy anciana, la caravana cae y adopta una posición característica que refleja indirectamente el paso de los años).

Se pueden inferir problemas de nutrición y adaptación al medio.

En forma rápida puede extraer conclusiones sobre el estado general, esta vestido en forma adecuada para el momento, el clima y el estilo, lo hace en forma prolija o ha cambiado sus costumbres.

Tiene una buena sonrisa como manifestación del estado de ánimo y de la salud de la cavidad oral.

#### **B.- Motivo de consulta:**

Una vez terminada la ficha patronímica sigue una pregunta clave: el motivo de la consulta. Concurrió en forma voluntaria, lo trajeron, lo trajeron engañado y no le dijeron que iba a ver un geriatra o un psiquiatra.

Es clave tener en cuenta el motivo por el cual consulta el paciente ya que en ocasiones ni el paciente sabe porque consulta ni el médico tampoco y esto dificulta el proceso de la entrevista.

El motivo de consulta es una palabra o dos, o una frase muy corta, por ejemplo “me caigo sin saber porqué”, “tengo dolores articulares”, “me falla la memoria”, etc.

#### **C.- Enfermedad actual:**

En este caso hay una pregunta muy importante para ir ordenando la entrevista: hasta cuando estuvo sano o cuando comenzó esta situación por la cual consulta.

El valor de esta pregunta se centra en que muchas enfermedades como por ejemplo la cardiopatía isquémica en su forma clásica puede debutar un día determinado, pero un síndrome de demencia se va instalando en forma insidiosa.

La cronología siguiente en la presentación de los síntomas y los signos van conformando las estructuras patológicas características que orientarán el diagnóstico nosológico.

El médico sigue el relato del paciente o lo orienta extrayendo del mismo los síntomas y/o signos que ordena y que le permitirá armar los síndromes.

**D.- Antecedentes personales, familiares, obstétricos y ginecológicos si corresponden y ambientales:**

Luego de la descripción de la enfermedad actual es de orden seguir con los antecedentes personales, familiares, obstétricos y ginecológicos cuando corresponda y los ambientales complementados con los socio culturales.

Los antecedentes personales cada vez adquieren mayor relevancia a la luz de los avances de la ciencia y de la medicina basada en la evidencia donde se han realizado aportes claves en relación a los factores de riesgo y la incidencia agentes tóxicos y hechos laborales vinculados con varias enfermedades.

La diabetes, la hipertensión arterial, las dislipemias, las infecciones, el alcohol, la sal, el estrés, las actividades no vocacionales, el cigarrillo, las profesiones estresantes y oficios como la albañilería, la minería, etc.

Los fármacos que reciben, las hierbas y otros complementos a veces llamados nutricionales.

Pensar en lo que el medicamento hace en el organismo y lo que este hace con el fármaco y que acción tiene sobre la enfermedad o síntoma que generó su indicación.

Preguntar quién lo indicó, donde se asiste, tiene un médico que lo sigue, cada cuanto, cuando se hizo los últimos exámenes y porque.

Los antecedentes familiares cada vez más importantes en relación con la genética.

En el hombre el cáncer de próstata en primera y segunda generación, el cáncer de mama, la EPOC, la diabetes, la hipertensión arterial, etc.

Los antecedentes obstétricos y ginecológicos orientan a la búsqueda de enfermedades correlacionadas por ejemplo en mujeres la multiparidad con relación a la incontinencia de orina, la cirugía de útero y sobre todo ovarios y su vinculación al hipotesrogenismo y la osteoporosis.

Los antecedentes ambientales y socioculturales conforman junto a la ficha patronímica la idea general de cómo la persona humana construye su presente y podrá proyectarse al futuro.

El estudio de los ecosistemas y el impacto medio ambiental en las condiciones de vida.

La sustentabilidad del medio ambiente como proyección a las futuras generaciones, etc.

Es trascendental para comprender las necesidades sentidas y deseadas del paciente.

Donde vive, desde cuándo, con quién, como es su estilo de vida,

como es el día del paciente, con quién comparte su espacio vital, si es independiente para las actividades instrumentales del diario vivir.

Tiene satisfechas las necesidades básicas del bienestar del hombre como una vivienda digna, un buen acceso a la salud, a la seguridad social, a los entretenimientos, a la familia.

Saber si la familia es un soporte potencial en caso de necesidad y de así requerirlo.

Los metros cuadrados de la casa se correlacionan con comodidad y hay que ver si están contempladas las barreras arquitectónicas o la vivienda es una trampa para los accidentes y en caso de necesidad puede asistirse en domicilio con las comodidades necesarias a una persona dependiente de accesorios como sillas de ruedas, baños higiénicos, bastones, caminadores, etc.

Sus recursos materiales le permiten una libre elección de alimentos, de accesibilidad a la salud, a los medios de transporte, a participar de las redes sociales, etc.

Con estos datos podremos inferir hasta donde podrá cumplir con las necesidades de estudios complementarios, de poder alimentarse en forma correcta, de higienizarse, de participar en la sociedad y de vivir dignamente.

**E.- El examen físico complementa el interrogatorio:**

Cuando el paciente entra en el consultorio puede hacerlo caminando solo, con ayudas o en silla de ruedas.

Verlo caminar es parte del examen físico. Una marcha atáxica, a pequeños pasos, tambaleante es muy sugestiva de algunos desordenes como un síndrome extra piramidal, o un síndrome vestibular, o una paresia, o un reumatismo artrósico o una estenosis canal lumbar. La complementación con otras maniobras semiológicas será de gran ayuda para el diagnóstico.

Al darle la mano el clínico ya está examinando. Una mano caliente, una voz ronca y bradilálica hace pensar en una insuficiencia tiroidea. Un temblor de reposo de una sola mano que mejora con el movimiento voluntario junto a una marcha lenta y un fascies fijo con hipomimia e hipofonía nos lleva a pensar en la patología del sistema extrapiramidal.

Ver en las manos nódulos de Bouchard o de Heberden o ambos están sellando el diagnóstico de una artrosis, la desviación cubital descrita por Jaccoub en la artritis reumatoidea y en el lupus con sus características diferenciales, una irreversible y la otra corregible por el observador.

Puede verse también una desviación cubital en el envejecimiento normal sin que ello signifique una patología subyacente.

En muchos casos se podrá observar una mano adelgazada con

marcada red venosa pero con fuerzas conservadas por disminución de los músculos lumbricales. Atrofia de la eminencia tenar o hipotenar como expresión de un atrapamiento del nervio mediano.

La presencia de una retracción del tendón flexor en general del dedo anular como puede verse en la enfermedad de Dupuytren. A veces este hallazgo se suma a un vitíligo o a una enfermedad de Peronie y obliga a buscar la diabetes.

Recordamos de nuestras lesiones de fisiología la explicación a estos hechos de la clínica. En la diabetes las proteínas se quemán en el fuego de los hidratos de carbono.

Por eso que la observación inteligente, cautelosa e integradora de los hallazgos es de enorme valor en la elaboración diagnóstica.

Una aproximación física se hizo al darle la mano, la segunda es al controlar los signos vitales como la presión arterial, el pulso, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la temperatura. En este momento corresponde pesar y medir al paciente.

El control de la presión debe hacerse en condiciones especiales. El paciente en reposo, con una temperatura ambiental apropiada, con equipo reconocido y tomar en los cuatro miembros en posición acostado, sentado y parado. Son frecuentes las hipotensiones posturales.

Estar frente a frente sin la computadora en el medio hace que el clínico pueda examinar la expresión del paciente, la mirada, la implantación del pelo, las características de los pabellones auriculares y el cuello.

Cuanta información de valor en este sector, asimetrías, tumoraciones de cuello en la zona tiroidea, en las cadenas ganglionares, en las regiones de las glándulas salivares, a nivel de los huecos supraclaviculares.

El latido aórtico supra esternal, la ingurgitación yugular o los edemas de cara y cuello del síndrome mediastinal.

La hendidura palpebral que podrá mostrar un ectropión o un entropión, una asimetría como en algunas disfunciones tiroideas. La presencia de un pterigion y a veces hasta de una catarata.

Mirar las glándulas lacrimales las cuales pueden estar hipertroficadas y si a esto se suma un síndrome de boca seca orienta a una enfermedad de Sjogren primaria o secundaria.

La integridad de los planos cutáneos y subcutáneos donde la ausencia de la bola de Bichat hará sospechar por ejemplo un adelgazamiento severo.

El examen minucioso de la cavidad oral tan rico en signos como una lengua depapilada señal de una carencia de vitamina B12 o de una sideropenia, la presencia

de focos sépticos dentales que tienen un valor importante ante un síndrome febril y un soplo para pensar en una endocarditis.

Los complejos linfáticos amigdalinos y su relación con las linfopatías y los focos de infección, las glándulas salivares tanto en la patología tumoral como en enfermedades autoinmunes como el Sjogren.

El análisis de la piel en las zonas expuestas al sol y de aquellas que no han estado permitiendo definir el envejecimiento cutáneo normal de la dermatosis actínica y marcar diferencias con distintas lesiones cutáneas como las verrugas seborreicas, los lunares, las lesiones maculares y distinguir las lesiones benignas de las malignas.

El análisis conjunto de piel y de las mucosas aporta elementos destacados para la orientación diagnóstica.

El pliegue cutáneo perezoso es engañoso en los ancianos. No es reflejo de una deshidratación y más que nada se ve por afinamiento de la piel y disminución del tejido celular subcutáneo lo que hace la red venosa de manos sobre todo visible.

Si uno quiere un signo cutáneo de deshidratación en la piel es mejor hacer la prueba del pliegue en la región frontal o en la cara anterior del tórax.

Bastante frecuente en los ancianos es la presencia de equimo-

sis en dorso de manos y en antebrazos. En general expresión de fragilidad vascular a veces acrecentada por anti-agregantes plaquetarios o corticoides pero deben como todas las cosas en medicina evaluarse en el contexto general del paciente. El médico estará alerta ante la posibilidad de una afección hematológica.

Una palidez cutáneo mucosa como reflejo de una anemia, una ictericia, asociada o no a lesiones de rascado, un color pajizo como el de la insuficiencia renal.

La presencia de un vitíligo o una acantosis nigricans como manifestación autoinmune en el caso de algún tipo de diabetes o de algún síndrome para neoplásico.

Lesiones cutáneas que pueden ser la expresión de una neoplasia profunda, de un trastorno hematológico o úlceras de decúbito o arteriales de miembros inferiores estas últimas de mal pronóstico.

El sector linfoganglionar aporta información clave. Tan es así que un linfoedema de miembro superior puede verse en los vaciamientos ganglionares axilares de las mujeres operadas de cáncer de mama, el linfoedema crónico de miembros inferiores que obliga a pensar en sus diferentes etiologías desde la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia venosa crónica y cuando es de escasa magnitud hasta en el edema de causa tiroidea o farmacológica como se ve con frecuencia con los antagonistas cálcicos.

Un edema asimétrico de miembros inferiores que obliga a descartar una trombosis venosa profunda a nivel de miembros o de pelvis.

La inflamación de los trayectos linfáticos de las linfangitis infecciosas o químicas.

La exploración meticulosa de las regiones ganglionares superficiales siguiendo la tradicional metodología de buscar región por región, inspeccionar y palpar.

Como toda tumoración destacar localización, color y estado de la piel, forma, tamaño, número, sensibilidad, consistencia blanda o pétrea, temperatura, movilidad, adherencia o no a planos superficiales y profundos, latidos, fenómenos acompañantes regionales como edema o cambios de coloración de coloración.

Podremos describir por frecuencia adenopatías inflamatorias, infecciosas o tumorales pero no dejando de reconocer que hay otras etiologías como el caso de algunas enfermedades por depósito. Las primeras en general con dolor, calor, rubor, blandas, móviles y no adheridas a los planos superficiales ni profundos; las segundas lo contrario duras, pétreas, adheridas a planos superficiales o profundos con tendencia a la formación de conglomerados.

Continua el examen físico por el órgano o aparato motivo de la consulta.

Por ejemplo si el paciente consultó por artralgias se debe hacer el examen completo de la articulación, los músculos y tendones que la componen y de la articulación contralateral si corresponde y de todo el sistema locomotor sin dejar de hacer un mini examen neurológico.

Luego debe completarse el examen general con el estudio de los otros aparatos y sistemas.

No debemos olvidar que en el ejemplo hablamos de un motivo de consulta como la artralgia y por supuesto se examinarán las articulaciones. Pero estará incompleta la evaluación sin el resto del examen ya que hay

manifestaciones extrarticulares de las enfermedades reumáticas inflamatorias y hay afecciones sistémicas que debutan con manifestaciones articulares.

Como ejemplo si uno esta frente a un paciente con artralgias inflamatorias, simétricas, de pequeñas y medianas articulaciones y en el examen general encuentra un nódulo subcutáneo en antebrazo y reúne las características de un nódulo reumatoideo, tiene hecho el diagnóstico de artritis reumatoidea.

Otra historia es la de una repercusión general con manifestaciones articulares y el hallazgo de una hepatomegalia nodular

como expresión de un secundarismo lo cual orienta a un síndrome paraneoplásicos.

El examen físico se debe continuar con el tórax y el abdomen y hacer hincapié en algunos puntos especiales como los órganos de los sentidos, el estado nutricional, el examen genital, el examen del pie y el tacto rectal.

Destacar si puede el clínico detectar signos de abuso o maltrato tiene una relevancia fundamental

En los próximos capítulos iremos desarrollando los diferentes hechos semiológicos referidos a los órganos y aparatos que componen el organismo.

## Bibliografía

1. Ey H. Tratado de Psiquiatría 8ª edición CEUP Circulación Interna 1999
2. Muiño H. Medicina una noble Profesión Montevideo 1958. Editorial Ciencias Duvimoso Terra 1641 429 pág. Montevideo Uruguay
3. Lain Entralgo P. La medicina hipocrática. Ediciones de la Revista de Occidente 1970 Madrid España 456 pág.
4. Lecciones de Clínica Médica por S. Jaccoud Traducidas de la segunda y última edición por Simancas y Larce. Segunda edición Madrid 1877 693 pág.
5. Purriel P. El Internista Revista El Tórax Vol. XIII setiembre-diciembre 1964 N°3-4 Montevideo Uruguay
6. Bryan Osler C. Inspirations from a Great Physician Oxford University Press 1997 253 pág.