

CAPÍTULO 1

Introducción a la semiología y el proceso de la Historia clínica

Marcelo Pablo Busquets

Este libro tiene la finalidad de realizar una actualización de los síndromes clínicos, en esta parte vamos a hacer una introducción a la semiología, la cual comprenderá definiciones, etapas y los principales conceptos.

La medicina actual ha avanzado mucho, sobre todo en los estudios complementarios, lo que lleva a que cada vez se examine menos al paciente. Esto no justifica que el médico no sepa realizar una correcta evaluación. Los tiempos de consulta en promedio de 15 a 20 minutos dificulta una correcta atención. El estudiante de ciencias de la Salud debe darle un valor extraordinario a la posibilidad de realizar un buen examen físico, ya que esta etapa en la formación es única.

Para comenzar vamos a definir a la **semiología** o mejor dicho semeiología de origen griego (semeion: signo y logos: discurso), es el estudio de los signos, es decir todo aquello evoca la idea de otra cosa.

La semiología médica es el estudio de los signos y síntomas de las enfermedades, comprendiendo a fenómenos espontáneos o provocados, subjetivos y objetivos, locales y generales, funcionales u orgánicos que ocurren en el proceso de la enfermedad.

El signo es una situación objetiva que el profesional de la salud reconoce y el **síntoma** se caracteriza por ser subjetiva, esta última es expresada por el paciente, de un valor muy importante. Algunos autores sugieren que el "signo es la apreciación y jerarquización del síntoma por el juicio médico". Hay que recordar que a veces un síntoma puede ser tomado como un signo como por ejemplo la fiebre y la tos.

Podemos decir que la semiología **es el arte y la ciencia metodizada del diagnóstico médico**, (día: a través- Gnosos: conocer).

Este concepto metodizado que viene de metódico (sinónimo ordenar) es la base para poder llegar a un correcto diagnóstico, terapéutica y establecer un pronóstico. (pro: anticipar- Gnosos: conocer). Este pronóstico puede ser:

- a.-Benigno: buena evolución con curación total.
- b.-Grave: mala evolución, puede llevar al óbito (muerte) del paciente o dejar secuelas.
- c.- Letal: ser una enfermedad mortal.
- d.-Reservado: puede tener una evolución latente, tórpida y llevar al óbito.

Hay una forma metódica que el profesional de la salud debe desarrollar para no cometer errores diagnósticos.

A veces algunos signos y o síntomas considerados de forma aislada pueden establecer un diagnóstico, en ese caso decimos que es patognomónico (pathos: enfermedad - gnomon: indicador).

En alguna oportunidad algunos síntomas aparecen en la etapa prodrómica (pro: delante – dromos: carrera), la suma de los síntomas y signos nos ayuda para poder generar un síndrome (sin: con – dromos: curso). El término cuadro clínico es el conjunto de manifestaciones que caracterizan a una enfermedad. Como mencionamos debemos llegar a un diagnóstico completo, este puede ser Etiológico identificando la causa, Anatómico determinando la alteración física, Fisiológico las funcionales. La forma de llegar a un diagnóstico es un proceso mental de discusión, que abordaremos en otro capítulo donde refeccionaremos sobre el Razonamiento clínico.

Formas de llegar al diagnóstico:

1. **Positivo:** mediante el uso de estudios complementarios que nos ayudan a confirmar la enfermedad, por ejemplo, una endoscopia para ver una úlcera gástrica.
2. **Inductivo:** analiza desde el síntoma al síndrome, pero requiere que la información este agrupada cronológicamente.
3. **Intuitivo:** el medico con experiencia podrá unir los síntomas, debiendo tener buena memoria, agilidad mental y asociación de ideas.
4. **Por descarte:** consiste en agrupar los cuadros clínicos pudiendo comparar unos con otros, lo que lleva al diagnóstico diferencial.
5. **Terapéutico:** se instala un tratamiento y ante la buena evolución se arriba al mismo.

Aspectos Legales

La historia clínica es un documento medicolegal, donde se debe registrar todos los datos del paciente, sus antecedentes, evolución y tratamiento. Es muy común que los profesionales no escriban, escriban muy poco, con siglas o con mala caligrafía. RECUERDEN:

“Lo que está escrito, pero no se entiende es como si no estuviera escrito.”

En la Argentina la Ley 26529 considera los Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, es la normativa que establece las definiciones, derechos y obligaciones en lo que respecta a las historias clínicas.

Este punto sobre el valor de la Historia Clínica, hay considerarlo ya que cuando aparece alguna demanda por mala praxis, este documento es el que puede deslindar las responsabilidades, la buena comunicación con los pacientes y familiares, muchas veces la documentación para una intervención es completada por la secretaria, errores muy comunes. El medico debe explicar al paciente todo lo referente a la enfermedad y ser posible con un familiar firmando ambos en la historia clínica correspondiente.

Actualmente existe la historia clínica digital con la firma digital, de los médicos, en el año 2020 producto de la pandemia por el COVID-19 a jerarquizado estas prácticas, informes de laboratorio, imágenes, etc.

La Historia clínica

La Historia clínica cuenta con dos partes principales la Anamnesis y el examen clínico (clínica) en este último lugar donde se aplica la semiología que es el uso de las maniobras, métodos y procedimientos.

Podemos agrupar las siguientes etapas de la historia clínica:

- a) Anamnesis
- b) Examen físico
- c) Impresión diagnóstica
- d) Plan de trabajo
- e) Estudios complementarios
- f) Diagnóstico definitivo
- g) Tratamiento
- h) Pronóstico
- i) Evolución
- j) Epicrisis

Una mirada basada en la evidencia establece que:

“Si en una tarde de consultorio, sobre 10 pacientes examinados, no tiene un 80% de certeza diagnóstica con los datos aportados por la anamnesis y el examen físico, usted debería revisar su competencia” (David Sackett)

Hasta ahora hemos hablado sobre algunos datos importantes a tener en cuenta sobre la historia clínica. Este libro tiene la finalidad de hablar sobre los síndromes, por lo que voy a desarrollar con un ejemplo, el proceso diagnóstico al cual nos referimos con más detalle en otro capítulo.

En primer lugar, se debe recopilar toda la información de la enfermedad del paciente, estableciendo una cronología de la aparición de los mismos.

Segundo paso es establecer un patrón secuencial, por ejemplo, fiebre, tos con expectoración y dolor en puntada de costado, el diagnóstico más probable sería una neumonía.

Cuando no haya un patrón claro, el profesional debe jerarquizar los síntomas correspondientes para luego agruparlos en distintos síndromes, una vez establecidos los mismos se deberá hacer una aproximación diagnóstica, para finalmente realizar un diagnóstico diferencial. para poder comprender vamos a realizar un ejemplo, de una Historia clínica se recaba la siguiente información:

“Paciente de 54 años de sexo masculino que presenta cuadro de disnea de esfuerzo, pérdida de peso de 10 kilos en 6 meses, tos productiva en alguna oportunidad con hemoptisis, presenta antecedente de tabaquismo, asociado a hipertensión arterial.”

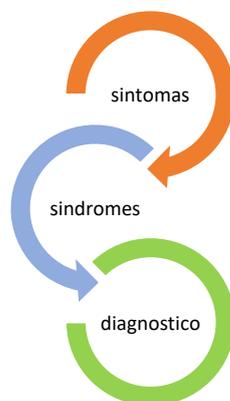
En nuestro ejemplo no se observa un patrón típico, por lo debemos buscar el síntoma principal en este caso sería la disnea, la misma puede tener origen respiratorio, cardiovascular o hematológico, tendremos 3 síndromes diferentes, otro síntoma es la pérdida de peso, tendremos un 4 el síndrome neoplásico o de repercusión general. Por último la tos productiva nos puede hacer pensar en un síndrome infeccioso. En este cuadro clínico tenemos entonces 5 síndromes diferentes.

Ahora estaríamos en condiciones de pensar en algún diagnóstico puntual, por ejemplo:

- 1- Síndrome respiratorio: tenemos la disnea, la tos productiva y la pérdida de peso. La pregunta es que enfermedad me puede dar este cuadro, podríamos pensar en una tuberculosis pulmonar, un epoc o una neoplasia de pulmón. Este síndrome se puede combinar con el infeccioso y el neoplásico.
- 2- Síndrome cardiovascular: tenemos la disnea y la Hipertensión arterial, no se observa edema, ritmo de galope, ortopnea, es menos probable pensar en insuficiencia cardiaca.
- 3- Síndrome hematológico: tenemos la disnea, pero no hay conjuntivas hipocoloreadas, ni alteración del relleno ungueal, lo que podríamos descartar alguna anemia. Pero tenemos la hemoptisis que nos puede causar anemia.
- 4- Síndrome neoplásico: encontramos la disnea, pérdida de peso, hemoptisis, antecedente de tabaquismo y la tos productiva. Uno pensaría en alguna neoplasia de pulmón.
- 5- Síndrome infeccioso: encontramos la tos productiva, la pérdida de peso y la hemoptisis, entonces podemos pensar en una tuberculosis pulmonar.

En resumen, nuestros principales diagnósticos serían una neoplasia de pulmón o una enfermedad infecciosa como la tuberculosis.

Nuestro análisis mental de los datos nos lleva a esta interpretación inicial, lo que nos orienta a que signos podemos buscar y cuales estudios complementarios corresponden pedir.



Esta forma de análisis es la que pretendemos que los alumnos implementen para arribar a un diagnóstico más preciso.

Referencias

Sackett, D. *Biography*. Disponible en: http://fhs.mcmaster.ca/ceb/faculty_member_sackett.htm

Argente, H., Álvarez, M. *Semiología médica Fisiopatología, Semiotecnia y Propedéutica. Enseñanza – aprendizaje centrada en la persona*. Autores: Horacio A. Argente / Marcelo E. Álvarez
EAN: 9789500606004. Mark H. Swartz. *Tratado de semiología, anamnesis y exploración*. Sexta edición. Barcelona, España. Ed Elsevier. 2010.