

SEMIOLOGÍA MÉDICA

LUIS JORGE GAJARDO NAVARRETE, editor

Equipo editorial

EVELYN AYELEN GAVILÁN BELMAR
JAVIER VICENTE MELO TOLEDO
FRANCO ESTEBAN SCHETTINO ORELLANA



LUIS JORGE GAJARDO NAVARRETE
(EDITOR)

SEMIOLOGÍA MÉDICA

EQUIPO EDITORIAL

EVELYN AYELEN GAVILÁN BELMAR

JAVIER VICENTE MELO TOLEDO

FRANCO ESTEBAN SCHETTINO ORELLANA



Semiología médica
© 2022 Luis Jorge Gajardo Navarrete (ed.)

Registro de Propiedad Intelectual N° 2022-A-5845

ISBN 978-956-227-532-3

Editorial Universidad de Concepción
Biblioteca Central, Of. 11, Campus Universitario
Fono (56-41) 204590 - Casilla 160-C, Correo 3
Concepción - Chile
E-mail: editorial@udec.cl
editorial.udec.cl

Primera edición, agosto de 2022

Edición y producción de Oscar Lermada

Ilustraciones
Nicole Alvarado Sagredo
Pablo Montecinos Fernández
weküm estudio creativo

Derechos Reservados. Prohibida su reproducción total o parcial, por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático, sin permiso escrito de los titulares de los derechos.

IMPRESO EN CHILE / PRINTED IN CHILE

Tabla de materias

Autores	5
Agradecimientos	7
Dr. Santiago Soto Obrador	8
Introducción	13
Luis Jorge Gajardo Navarrete	
Capítulo I: LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	17
Alexis Lama Toro	
Capítulo II: CONCEPTOS GENERALES EN SEMIOLOGÍA	33
Luis Jorge Gajardo Navarrete	
Capítulo III: HISTORIA CLÍNICA y ANAMNESIS	39
Patricio Ortiz Ruiz	
Capítulo IV: EL DOLOR COMO MOTIVO DE CONSULTA	47
Luis Jorge Gajardo Navarrete	
Capítulo V: EXAMEN FÍSICO GENERAL	55
Patricio Ortiz Ruiz	
Capítulo VI: EXAMEN FÍSICO DE CABEZA y CUELLO	83
Gino Marisio Luengo	
Capítulo VII: SEMIOLOGÍA OTORRINOLARINGOLÓGICA	97
Ricardo Alarcón Grandón - Gino Marisio Luengo	
Capítulo VIII: SEMIOLOGÍA OFTALMOLÓGICA	137
Raul González Ramos	
Capítulo IX: SEMIOLOGÍA DEL SISTEMA RESPIRATORIO	175
Claudia Azócar Barrera - Víctor Pinochet Fernández	
Capítulo X: SEMIOLOGÍA DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR	225
Luis Jorge Gajardo Navarrete	
Capítulo XI: SEMIOLOGÍA VASCULAR PERIFÉRICA	303
Alexis Bustos Valenzuela	
Capítulo XII: SEMIOLOGÍA DEL SISTEMA DIGESTIVO	333
Patricio Ortiz Ruiz	

Capítulo XIII: SEMIOLOGÍA NEFROLÓGICA	365
Carlos Zúñiga San Martín - Natalia Müller Henríquez	
Capítulo XIV: SEMIOLOGÍA UROLÓGICA	401
Pablo Bezama Urriola	
Capítulo XV: SEMIOLOGÍA EN ENDOCRINOLOGÍA	429
Macarena Arias Thormann	
Capítulo XVI: SEMIOLOGÍA EN HEMATOLOGÍA	463
Mauricio Chandía Cabas	
Capítulo XVII: SEMIOLOGÍA REUMATOLÓGICA	487
Irene Castro Esparza	
Capítulo XVIII: SEMIOLOGÍA GINECOLÓGICA	533
Jorge Figueroa Bustos	
Capítulo XIX: SEMIOLOGÍA OBSTÉTRICA	551
Clemencia Cabrera Fajardo	
Capítulo XX: SEMIOLOGÍA DE LAS MAMAS	567
Rodrigo Zúñiga Costa	
Capítulo XXI: SEMIOLOGÍA DERMATOLÓGICA	583
Marcelo Ruiz Orellana	
Capítulo XXII: SEMIOLOGÍA NEUROLÓGICA	611
Sergio Juica Avello	
Capítulo XXIII: SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA	681
Rodrigo Mosto García	
Capítulo XXIV: CONSIDERACIONES SEMIOLÓGICAS EN PERSONAS MAYORES	709
Claudia Sáez Flores	
Capítulo XXV: CONSIDERACIONES SEMIOLÓGICAS DEL PACIENTE CRÍTICO	723
Nicolás Pavez Paredes	

Autores

Ricardo Raúl Alarcón Grandón

Otorrinolaringólogo
Profesor Asociado
Universidad de Concepción, Chile
Hospital Clínico Regional de Concepción

Macarena Adelina Arias Thormann

Internista - Endocrinóloga
Profesora Asistente
Universidad de Concepción, Chile

Claudia Vanessa Azócar Barrera

Internista - Broncopulmonar
Profesor Asistente
Universidad de Concepción, Chile
Clinica Andes Salud

Pablo Sebastián Bezama Urriola

Urólogo
Hospital Clínico Regional de Concepción
Hospital de Lota

Alexis Eduardo Bustos Valenzuela

Cirujano general
Cirujano Vascular y Endovascular
Profesor Asistente
Universidad de Concepción, Chile
Hospital Clínico Regional de Concepción

Clemencia Victoria Cabrera Fajardo

Matrona
Profesora Asistente
Universidad de Concepción, Chile

Irene Haydee Castro Esparza

Internista - Reumatóloga e Inmunóloga Clínica
Profesora Asociada
Universidad de Concepción, Chile
Hospital Clínico Regional de Concepción

Mauricio Andrés Chandía Cabas

Internista - Hematólogo
Máster en Biología y Clínica del Cáncer,
Universidad de Salamanca, España
Profesor Asistente
Universidad de Concepción, Chile
Hospital Clínico Regional de Concepción

Luis Jorge Gajardo Navarrete

Internista - Cardiólogo Intervencionista
Profesor Asociado
Universidad de Concepción, Chile
Hospital Clínico Regional de Concepción

Raúl Edmundo González Ramos

Oftalmólogo
Profesor Titular
Universidad de Concepción, Chile

Jorge Eduardo Figueroa Bustos

Ginecólogo-Obstetra
Profesor Asistente
Universidad de Concepción, Chile
Hospital Las Higueras de Talcahuano

Sergio Antonio Juica Avello

Neurólogo de adultos
Profesor Asistente
Universidad de Concepción, Chile
Hospital Clínico Regional de Concepción

Alexis Adrián Lama Toro

Internista - Cardiólogo clínico
Ex profesor de clínica de la Universidad de
Concepción
Ex decano Facultad de Medicina Universidad
San Sebastián sede Concepción

Gino Alessandro Marisio Luengo

Otorrinolaringólogo
Colaborador académico
Universidad de Concepción, Chile
Hospital Clínico Regional de Concepción
Hospital de Lota

Rodrigo Andrés Mosto García

Psiquiatra
Profesor Asistente
Universidad de Concepción, Chile
Hospital Clínico Regional de Concepción

Natalia Paz Müller Henríquez

Internista - Nefróloga
Profesora Asistente
Universidad de Concepción, Chile
Hospital Clínico Regional de Concepción

Patricio Leandro Ortiz Ruiz

Internista - Gastroenterólogo
Profesor Asociado
Universidad de Concepción, Chile

Marcelo Alberto Ruiz Orellana

Dermatólogo
Profesor Asistente
Universidad de Concepción, Chile
Hospital Las Higueras de Talcahuano

Nicolás Antonio Pavez Paredes

Internista - Intensivista
Profesor Asistente
Universidad de Concepción, Chile
Hospital Clínico Regional de Concepción

Víctor Manuel Pinochet Fernández

Médico Internista
Residente de Enfermedades Respiratorias
Universidad de Concepción, Chile

Claudia Carolina Sáez Flores

Internista y Geriatra
Profesor Asistente
Universidad de Concepción, Chile
Hospital Las Higueras de Talcahuano

Rodrigo Alejandro Zúñiga Costa

Mastólogo, Máster en patología mamaria
Colaborador Docente
Universidad de Concepción, Chile
Hospital Clínico Regional de Concepción

Carlos Alberto Zúñiga San Martín

Internista - Nefrólogo
Académico, Facultad de Medicina
Universidad de Concepción y Universidad
Católica de la Santísima Concepción, Chile

Agradecimientos

La gratitud en silencio no sirve a nadie

Escribir este libro no hubiese sido posible sin el esfuerzo mancomunado de muchas personas que durante tres años trabajaron incansablemente con paciencia y tenacidad.

En primer lugar, debo agradecer al Dr. Santiago Soto Obrador quien, a través de un noble gesto de gratitud hacia nuestra Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, el año 2019 dona sus derechos de autor de uno de los primeros manuales de semiología existentes en nuestro país, impreso en su primera edición en agosto del año 1975. Desde allí se genera el proyecto de crear un nuevo libro, moderno, ágil, actualizado, con todos los contenidos necesarios de la semiología médica actual para los estudiantes de medicina.

En su elaboración participaron 23 académicos de nuestra Universidad, quienes hicieron valiosos aportes basados en su vasta experiencia en cada una de sus correspondientes disciplinas. Vaya para cada uno de ellos mis sinceros agradecimientos por el trabajo que con tanta rigurosidad, seriedad y responsabilidad plasmaron en cada uno de los capítulos.

Agradezco también a nuestras autoridades, a nuestro Vicerrector Carlos Von Plessing Rossel quien apoyó este proyecto sin cuestionamientos, a nuestro Ex decano de la Facultad de Medicina, Dr. Raúl González Ramos, en cuya administración nace este proyecto apoyando en forma incondicional el desarrollo del mismo, a nuestro actual Decano Dr. Mario Valdivia Peralta, quien ha reforzado el apoyo tanto administrativo como financiero.

El trabajo correcto y permanente en la elaboración de este libro no hubiese sido posible sin la permanente orientación y sabios consejos del profesor Óscar Lermenda, director y editor general de la Editorial Universidad de Concepción, quien con su vasta experiencia en el área nos fue guiando y orientando a través de múltiples reuniones de trabajo; a él quisiera expresar mi sincera gratitud.

Mis agradecimientos a los integrantes del Departamento de Educación Médica de nuestra Facultad de Medicina, quienes, a través de su directora profesora Nancy Bastías, nos entregaron todo su apoyo para la edición de los vídeos de esta obra los cuales podrán ser visualizados a través del sistema QR, complementando así los diferentes capítulos.

En forma muy especial debo expresar mi profunda gratitud a mi equipo directo de trabajo, un grupo de estudiantes de cursos superiores de la carrera de Medicina, a quienes tuve la oportunidad y el privilegio de conocer y con quienes hemos trabajado incansablemente estos tres últimos años. Me refiero a Evelyn Gavilán Belmar, Franco Schettino Orellana y Javier Melo Toledo. Todos ellos, trabajadores incansables, con un nivel de responsabilidad, perseverancia y disciplina de trabajo encomiable. Me honra el haberles conocido.

Dr. Santiago Soto Obrador (Talca, Chile, 1938)



- Médico cirujano egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile en 1964. Profesor titular, jefe del Servicio y Departamento de Medicina Interna de esa Facultad (1976 - 2000).
- Fundador, profesor titular y primer Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Finis Terrae (2002).
- Miembro de la Sociedad Médica de París.
- Maestro de la Medicina Interna. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción (2019).
- Autor del primer Manual de semiología en Chile y de múltiples libros del área médica y la interrelación medicina y espiritualidad.

El Dr. Soto es reconocido como referente en la enseñanza del arte médico por muchas generaciones de estudiantes, facultades de medicina y sociedades médicas. Además de su gran experiencia y reconocida habilidad como médico internista y semiólogo de excelencia, es admirado entre sus pares y alumnos por su calidad humana, reflejada en sus enseñanzas clínicas y escritos sobre el rol ineludible del médico en el acompañamiento, compasión y apoyo a la persona que sufre y en especial a los más deposedos.

En reconocimiento a su destacada trayectoria académica y aporte a la enseñanza de la medicina en nuestro país, la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción otorgó al Dr. Santiago Soto la categoría de Maestro de la Medicina Interna, el año 2019.

De sus libros publicados en el ámbito médico, destaca el primer *Manual de semiología* (1975), escrito junto a un destacado grupo de médicos académicos de la Universidad Católica de Chile y la Universidad de Chile. La obra adquirió especial realce como referente educativo para la enseñanza de pre y post grado en las escuelas de medicina del país, reforzando el valor de la semiología como sustento insustituible del buen diagnóstico y análisis clínico, la solicitud razonable de exámenes de apoyo y las indicaciones terapéuticas adecuadas.

En sus enseñanzas el Dr. Soto describe la semiología como “la llave maestra para abrir la puerta del diagnóstico; la luz para enfrentar la enfermedad y el susurro con el que se expresa la compasión del médico por el paciente. Es la mano sabia que guía por los complicados caminos de la clínica y la entrega de alivio y consuelo al ser humano, con la seguridad de que los intentos por recuperar la salud perdida deberán considerar, ante las diferentes alternativas terapéuticas, aquellas con menor riesgo, con el menor costo en lo pecuniario, familiar, laboral y en la propia corporalidad, y con el mejor rendimiento y la mayor simplicidad”.

Agradecemos al Dr. Soto su generosidad en la cesión de los derechos de autor de la edición original de su manual a la Universidad de Concepción, así como su participación entusiasta en la revisión de los textos preliminares de la presente obra. Los académicos de las diferentes disciplinas de la medicina que han participado en esta han velado por mantener vivo el espíritu de los autores de un libro pionero como lo fue el *Manual de semiología*, esperando contribuir en su enseñanza como pilar fundamental del arte médico.

Semiología médica

Introducción

El gran desarrollo tecnológico observado en las últimas décadas de alguna forma está impactando en diferentes disciplinas, y la medicina no está exenta a ello. Los profesionales médicos, consciente o inconscientemente, están siendo influenciados por este fenómeno en su práctica médica diaria. Ello, en forma indirecta, está impactando negativamente en la formación de nuestros estudiantes de medicina, generando finalmente un desequilibrio en el quehacer médico. Algunas áreas fundamentales de la medicina están siendo desplazadas por el mal uso de la tecnología, especialmente por la utilización masiva y algunas veces desmedida de exámenes para efectuar un diagnóstico, sin utilizar el instrumento más importante de un médico: la historia clínica. Muchos profesionales lamentablemente han olvidado la importancia de practicar este arte milenario de recoger en forma inteligente los síntomas a través de una anamnesis acuciosa y los signos a través de un examen físico cuidadoso, valorando y reflexionando al mismo tiempo el significado fisiológico o fisiopatológico de cada uno de estos datos. Se sabe que tan solo con una correcta anamnesis se puede lograr el 60-65% de los diagnósticos clínicos. De este modo, la historia clínica, desestimada hoy por muchos profesionales médicos, y sobre la cual tantas horas de esfuerzo, estudio y trabajo práctico se efectuaron durante los estudios de pregrado, debe ser rescatada nuevamente.

Muchos profesionales médicos aluden hoy a espurios argumentos para no interrogar y/o examinar a los pacientes, dada la supuesta ventaja y exactitud que entrega la tecnología, y no son capaces de realizar un acercamiento diagnóstico mínimo, descansando solo en la instrumentación, la imagen o el laboratorio.

El vocablo médico procede de la raíz indoeuropea “med” presente en el término griego “medomai”, cuyo significado es justamente meditar, pensar, ocuparse de, preocuparse de. Por lo demás, es eso justamente lo que un paciente espera de su médico cuando consulta por alguna dolencia: reflexión, preocupación y una buena relación

médico-paciente, lo cual constituye el aspecto más sensible y humano de la medicina, y sin la cual no puede haber una buena historia clínica. Es esto último lo esencial, lo cual debe protegerse frente a cada instancia, en todo momento y en cualquier lugar de la práctica médica.

La semiología constituye la base indispensable sobre la que se van articulando nuevos y más profundos saberes que permitirán el diagnóstico definitivo del paciente. Constituye el cimiento de las diferentes áreas de la medicina, sea médica, quirúrgica, pediátrica, obstétrica, psiquiátrica o familiar. Esta asignatura inicia al estudiante en una asombrosa y maravillosa experiencia de atención al paciente, cuyo objetivo es el diagnóstico clínico, el cual se constituye en una verdadera creación científica, técnica y humanitaria, obtenida a través del método complejo propio de su profesión.

Infravalorar la importancia de la semiología y el razonamiento clínico no es algo nuevo. En el siglo pasado ya se podían observar algunas voces de alerta, pero ello se ha hecho más patente recientemente con el advenimiento de las tecnologías. Este texto ha sido escrito justamente para rescatar aquello que nunca debió perderse: el tiempo y el esfuerzo dedicado a escuchar con serenidad y exclusividad a nuestros enfermos, reflexionar sobre sus datos clínicos, proceder a examinarlos con respeto y posteriormente registrar esta información en la ficha clínica, lo cual nunca será excesivo. Sin embargo, en la actualidad no es esto justamente lo que se observa en la práctica diaria y, tal como lo expresó hace algunos años el médico Bernard Lown, Premio Nobel de la Paz el año 1985, “la sangre del paciente va camino del laboratorio antes de hablar con él y mucho antes de ponerle una mano encima”.

Uno de los momentos formativos de mayor impacto en nuestros estudiantes es justamente cuando tienen su primer contacto con los pacientes, sus primeros pasos en la anamnesis por intentar obtener una buena historia clínica, su primer uso del lenguaje médico, su primer uso del fonendoscopio. Esos son momentos que un estudiante de medicina habitualmente no olvida y es en esos momentos justamente en que nosotros como docentes debiésemos reforzar su intencionalidad, ayudándoles a desarrollar una lógica médica que nunca debieran perderla. No olvidemos que nuestros estudiantes, al igual que un aprendiz de oficio, intentará emularnos, intentará copiar la forma en que nos relacionamos con los pacientes, cómo los interrogamos y exploramos, cómo razonamos y solicitamos estudios complementarios imprescindibles o realmente pertinentes.

Por otra parte, la indiferencia o desapego al método clínico y el abuso cada vez mayor de la tecnología predisponen a que los pacientes confíen más en el último equipo tecnológico que pueda estudiar el interior de su organismo que en las habilidades del profesional médico que lo atiende. Más aún, los propios pacientes muchas veces solicitan pruebas específicas en su evaluación orientados por errada información obtenida desde redes sociales, lo cual solo representa un derroche de recursos y que en nuestro sistema de salud es más sensible aún.

Este texto tiene por objetivo entregar todas las herramientas semiológicas necesarias para alcanzar un estrecho acercamiento diagnóstico. Entrega los conceptos más importantes de la semiología humana. Cada uno de los colaboradores, con años de experiencia en el examen de miles de enfermos en sus diferentes disciplinas, ha efectuado un gran esfuerzo por entregar lo mejor de sí en sus diferentes capítulos en esta área de la medicina. Se han incorporado nuevos temas no existentes en los textos tradicionales de semiología, como lo son: semiología geriátrica, semiología psiquiátrica, semiología básica en el paciente crítico, exámenes complementarios básicos más útiles, entre otros.

La relación médico-paciente está tratada en forma exquisita, extensa y en detalle, porque nos parece que es de suma importancia cultivarla y nunca debe ser desatendida u obviada. El estudio detallado de la semiología, potenciada con el desarrollo del conocimiento y la medicina basada en la evidencia, hacen del médico un profesional de excelencia, quien hará uso de la tecnología en forma criteriosa y prudente.

Dr. Luis Jorge Gajardo Navarrete

Capítulo I



La relación médico-paciente

ALEXIS LAMA TORO

Cardiólogo clínico

.....

CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

I. INTRODUCCIÓN	19	2. Es una relación de ayuda	24
II. DEFINICIÓN DE LOS CONCEPTOS QUE COMPONEN LA RMP	19	2.1. Pérdida de su integridad como persona	25
1. Definición de "Relación"	19	2.2. Pérdida de su seguridad	26
2. Definición de "Médico"	19	2.3. Miedo a la muerte	26
3. Definición de "Paciente"	20	2.4. Interrupción de su plan de vida	26
III. CARACTERÍSTICAS DE LA RMP	21	2.5. Pérdida de su libertad	26
1. Es una relación interpersonal	21	2.6. Aislamiento	26
1.1. La persona es cuerpo y alma	21	3. Es una relación de confianza	26
1.2. La persona es individual	21	4. Es una relación dialogada	28
1.3. La persona tiene una intimidad	22	5. Es una relación de justicia	28
1.4. La persona es un ser social	22	6. Es una relación recíproca	28
1.5. La persona es libre	22	7. Es una relación social	29
1.6. La persona posee dignidad	22	8. Es una relación de amor	29
		9. Es una relación ética	29
		IV. EPÍLOGO	30

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la Medicina en general, y muy especialmente su eje principal, la relación médico-paciente (RMP), viene sufriendo en forma progresiva y creciente, desde diferentes fuerzas o vectores, una grave amenaza que apunta directamente a lo que es su propia naturaleza, un saber constituido inseparablemente como arte, ciencia y ética. Estas fuerzas que la amenazan, que podríamos llamar externas a la Medicina, son aquellas provenientes de una sociedad que ha cambiado y seguirá cambiando. Entre ellas podemos mencionar, a manera de ejemplos, el relativismo moral, la economía de mercado, el consumismo, judicialización de la medicina, medicalización, cosificación de la persona, utopías tecnológicas, entre otras. Estas fuerzas externas se acompañan también de fuerzas internas, es decir, de aquellas provenientes del propio médico, muy parecidas a las anteriores, pero con la importante salvedad de que potencialmente son más accesibles de modificar, específicamente a través de una adecuada educación médica.

“Clínica fue la Medicina al nacer. Clínica será siempre, por profunda que sea su transformación científica; de otro modo, no sería Medicina” (Ignacio Chávez, cardiólogo mexicano, 1897-1979).

II. DEFINICIÓN DE LOS CONCEPTOS QUE COMPONEN LA RMP

Entender lo que conceptualmente es el complejo fenómeno de la RMP y cómo debe ser su práctica, resulta clave para hacer una buena Semiología, entendida esta como aquella

rama de la Medicina que se ocupa de cómo buscar e interpretar las diferentes manifestaciones de una enfermedad. Sin una buena RMP se hace imposible una Semiología de calidad. Sin una buena RMP no hay información completa, o resulta falseada, impidiendo cualquier diagnóstico. Aquí está la raíz que explica por qué algunos médicos consiguen efectividad en su acto médico y otros no. La RMP es el eje de la Medicina y eso lo debe tener claro el estudiante de medicina desde el inicio de sus estudios y no olvidarlo nunca en su práctica como médico. Una mala RMP cava la tumba de la Semiología y por consiguiente del acto médico. Su importancia explica que este capítulo sea el primero y preceda a todos aquellos referidos a la Semiología propiamente tal. A continuación se analizará con más detalle el significado de la RMP, intentando primero definir cada una de las palabras que la constituyen.

1. Definición de “Relación”

En primer lugar, la palabra relación (proveniente del latín *relatio*), aunque puede tener distintas aplicaciones, significa conexión, que en lo concerniente a la Medicina, hace referencia a un encuentro especial entre médico y paciente, el que se pondrá de manifiesto en toda su dimensión hecha realidad, en el momento de la llamada entrevista Médico-Paciente, en la cual médico y paciente se encuentran, conectándose humanamente.

2. Definición de “Médico”

Hay muchas formas de abordar el concepto de médico, pero hay dos particularidades esenciales que adquieren mayor importancia al momento de explicar la RMP.

La palabra médico se relaciona en su origen con la palabra latina *mederi*, por lo que etimológicamente el médico es la persona que cuida a otra persona, y además la cura. Por tanto, está en la naturaleza del ser médico el cuidar, que se relaciona estrechamente con el curar, con el cual prácticamente se hace sinónimo, especialmente en aquellos tiempos cuando la ciencia de la medicina no estaba tan avanzada.

El médico es también un profesional, término relacionado a *profesión*, que en el medioevo hacía referencia solamente al derecho, sacerdocio y a la Medicina. Históricamente, ellos profesaban un principio ético de hacer un tipo de bien a otros. En el caso de los médicos, profesaban o prometían ayudar a quienes estaban enfermos, suscribiendo diversos códigos éticos como el antiguo y siempre vigente Juramento Hipocrático. Este juramento solemne realizado públicamente por los licenciados de Medicina al término de su carrera, simboliza la entrada formal a lo que debe ser su profesión. En el siglo I después de Cristo, el médico romano Escríbonio Largo usó por primera vez la palabra profesión, referida a una promesa especial de compasión y ayuda, y que ha sido hasta ahora fuente de sus obligaciones éticas. Médico es aquel que promete, “profesa” cuidar y curar al que lo necesita.

3. Definición de “Paciente”

La palabra paciente, de origen latino *patiens*, significa “sufriente”, pero también simboliza tener paciencia. Entonces, paciente es aquel ser humano que, estando o creyendo estar enfermo, decide buscar ayuda. Sin embargo, también es importante tener en cuenta que el enfermo que no sabe ser paciente, ahora en el sentido de tener paciencia, disminuye sus posibilidades de curación, por lo que el médico debe ayudar al enfermo a la aceptación de su padecer.

“La imaginación es la mitad de la enfermedad; la tranquilidad la mitad del remedio; y la paciencia es el comienzo de la cura” (Ibn Sina, médico y filósofo persa, 980-1037).

Interesante resulta, para entender mejor este tipo de conexión, tomar en cuenta que la palabra enfermo proveniente del latín *infirmus*, significa “sin firmeza”; la enfermedad le ha quitado a ese ser viviente el piso, la realidad que lo sostiene y deviene así en paciente, un ser humano sufriente, que busca, acude o solicita a otro ser humano, al *mederi*, al médico, para que lo cuide y cure, dándole así a éste la hermosa y tremenda oportunidad de responderle de manera competente y compasiva, en este maravilloso binomio *infirmus-mederi*, que hemos llamado RMP. Existen enfermos que, aun sufrientes, no se constituyen en pacientes propiamente tales como ha sido definido aquí, porque no buscan ayuda en el médico. El paciente no es un cliente. La palabra cliente proviene de la palabra latina *cliens*, que se usaba en los tiempos romanos para referirse a los plebeyos y en la Edad media para referirse al vasallo. El *cliens* rendía cierto homenaje y realizaba servicios a su protector. Nada más lejos de lo que es un paciente.

“El paciente es una persona que necesita ayuda, el médico la persona capaz de dar esa ayuda” (Victor von Weisaecker, médico alemán, 1886-1957).

Dicho lo anterior, estamos ahora en condiciones de avanzar en lo que podemos llamar características fenomenológicas de esta relación: interpersonal (humana), de ayuda, social, de amistad y amor, de dependencia, de confianza, de justicia, dialogada, ética y recíproca.

III. CARACTERÍSTICAS DE LA RMP

1. Es una relación interpersonal

Esto quiere decir que es una relación entre dos personas, aunque, como se verá, muchas veces también pueden interactuar terceros (familiares u otros). Es entonces una *relación humana*, profundamente humana, entre personas con una dignidad y originalidad propias, dos microcosmos, que deben reconocerse como tales.

Cabe ahora adentrarse, aunque sea muy brevemente, en lo que significa ser persona. Sin este conocimiento, mal puede el médico relacionarse con otras personas en general y menos, como médicos, en una RMP particular.

La palabra persona parece provenir del griego *prosopón*, que era la máscara que usaban los griegos antiguos en el teatro, para, aparte de ocultar el rostro, pudiesen magnificar la voz. Esta última función pasó al latín como *per-sono*, que significa “que se hace oír”, sonido que sobresale. De ahí en adelante, el vocablo, derivado ya como persona, como ser humano que sobresale, se aplicó por primera vez al hombre por el filósofo romano Boecio (420-524), quien la definió como “sustancia individual de naturaleza racional”. De ahí emergen algunas dimensiones del ser persona que se enunciarán a continuación, y que derivan en diversas e importantes consecuencias al momento de la RMP.

1.1. La persona es cuerpo y alma

La persona es *cuerpo y alma*, en un modo de unión constitutivo indivisible, llamado desde el punto de vista filosófico, substancial. Por eso, si el médico ve solo el cuerpo en su encuentro con una persona, está omitiendo toda su espiritualidad y fallará en lograr una buena RMP. Es decir, el humano es uno, no es puro

cuerpo ni pura alma. El cuerpo humano, podemos decir, es “materia espiritualizada”. De tal modo que, cuando un médico ausculta el corazón de una persona, por ejemplo, en realidad se está aproximando a la persona entera, como un todo, no solo a un corazón como un órgano parcial de un todo.

“No habría de intentarse la curación de unos ojos sin la cabeza y la cabeza sin el resto del cuerpo; así como tampoco del cuerpo sin el alma...”, enseña nítidamente Platón ya desde la Antigüedad, en uno de sus Diálogos de juventud, *Cármides*.

1.2. La persona es individual

La persona es *individual*, lo que significa que es única, irrepetible, original. No significa esto –muy por el contrario– que sea individualista. Es un universo distinto, de proyectos, sueños, metas, etc. Considerar este dato permite al médico entender que un tratamiento determinado puede no siempre tener los mismos resultados en diferentes pacientes.

“Es mucho más importante saber cómo es la persona que tiene una enfermedad, que saber qué clase de enfermedad tiene una persona” (William Osler, médico canadiense, 1849-1919).

La historia de cada enfermo debe ser no solo clínica, sino biográfica. Esto obliga al médico, a tener presente que en la constitución individual de cada paciente existe una dimensión somática, otra psíquica y, muy importante, otra biográfica, imposible de ignorar.

“No hay enfermedades, sino enfermos” (Hipócrates, médico de la Grecia antigua, padre de la Medicina, 460-370 a.C.).

1.3. La persona tiene una intimidad

Es decir, un dentro que solo conoce ella misma. Una realidad oculta que casi invariablemente desea mantener oculta. Esta intimidad que posee la persona es territorial, corporal y también espiritual, y que el médico tiene el deber de respetar.

“Absteniéndome de todo error voluntario y corrupción y de lascivia con las mujeres u hombres libres o esclavos” (Juramento Hipocrático).

1.4. La persona es un ser social

El médico en su RMP debe considerar a aquellos que están alrededor del paciente, especialmente a su familia, siendo amable con ella y haciéndola partícipe de la información y del cuidado de él, cuando proceda.

“El hombre aislado no sería verdaderamente hombre” (Miguel de Unamuno, escritor y filósofo español, 1864-1936).

Esta relación de la persona con otros lo hace también a través de su propia corporeidad. Este conocimiento es importante para el médico, ya que muchas veces la manifestación de la enfermedad puede acarrear cambios en el cuerpo del paciente, como puede ser una amputación, una secuela de accidente vascular cerebral, un tumor deformante, etcétera, que conllevan un cambio en la manera en que el paciente se relaciona con su entorno y con los demás, debiendo aprender a relacionarse con su nueva corporeidad, con los demás e incluso consigo mismo. Será labor del médico ayudar al paciente en esta etapa de su dolor, de la manera más humana y educándolo en lo necesario, tanto a él como a su familia.

“Para el médico de verdad, “nada de lo humano es asqueroso ni repulsivo” (Terencio, dramaturgo romano, 190-159 a.C.)

1.5. La persona es libre

Es decir, es capaz de realizar actos libres, voluntarios y que puede discernir entre el bien y el mal. En consideración a este hecho, el médico, más que imponer, debiera siempre proponer y acordar con su paciente lo referido a los métodos diagnósticos y terapéuticos. No tiene cabida la actitud de algunos médicos que, olvidando que la medicina no es una ciencia exacta, imponen, algunas veces sin respetar la libertad del paciente, diversos tratamientos, muchas veces de moda y de eficacia no siempre bien demostrada.

“La Medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de lo probable” (William Osler).

1.6. La persona posee dignidad

Es decir, tiene un valor por sí misma, una *dignitas*. De acuerdo a Kant, la persona, por su naturaleza racional, es un fin en sí mismo y no “un mero medio para”. Esto obliga al médico a no utilizar nunca al paciente como instrumento para otros fines distintos al fin natural de la medicina, como podría ser, entre otros, para investigación con propósito de ganar prestigio o hacer currículum, o simplemente como medio para el lucro. Esta dignidad, que se le denomina ontológica, porque está en la esencia del ser humano, es inalienable. Esto quiere decir que nada ni nadie puede arrebatar. Permanece inalterable durante la enfermedad, aun cuando ésta haya producido tal estrago que cueste identificar a la persona que subsiste y subyace en ella, como podría ser un gran quemado. Además es necesario recordar que esta dignidad también persiste

y debe respetarse cuando la persona duerme en casa o bajo el sueño anestésico.

De aquí emerge el fundamento por el cual el médico debe responder al paciente con la virtud del *respeto*, desde el inicio de su vida hasta el fin natural de ella, que implica reconocer la inmensidad de su ser, su dignidad. La palabra *respeto* proviene del latín *re-spicere*, que significa “mirar de nuevo”, tomar distancia para mirar mejor, para así posicionarse a admirar, contemplar la inconmensurable grandeza de la persona, derivada del reconocimiento de esa dignidad inalienable que posee. El inglés Joseph Merrick (1860-1890), afectado y deformado completamente como un “hombre elefante” por un síndrome de Proteus, debió, suplicante, recordarles dramáticamente a sus mofadores que él también era un ser humano, una persona.

“Homo homini res sacra est” (Séneca, filósofo romano 4 a.C. - 65 d.C.). El hombre es sagrado para el hombre.

El respeto al paciente se manifiesta de distintas maneras. Una de ellas es la *afabilidad*, es decir, el trato por parte del médico desde el primer momento, acogedor, afable (del latín *ad-fari*, que significa hablar a). Un médico que no habla, obviamente, no es afable, no manifiesta el debido respeto. Un médico que no saluda, que no sonríe, que no mira a los ojos, no mantiene contacto visual, no resulta acogedor y pierde la gran oportunidad de iniciar ventajosamente una buena RMP. El saludar con entusiasmo y alegría es ya terapéutico. Haciendo un juego de palabras no olvidar que “salu-dar” es “dar-salud”. Respetar significa, también, ser cuidadoso con la intimidad del paciente, ya sea territorial, corporal o espiritual.

Por tanto, entre algunas acciones posibles, se lavará las manos previamente, dispondrá

de manera ordenada y limpia el lugar del encuentro, se preocupará de la comodidad del paciente en todo momento, lo escuchará atentamente, evitando interrupciones propias o externas, como de hacer otras cosas distintas a prestar atención. Al momento del examen físico, irá advirtiendo cada paso que va a hacer, solicitando permiso para descubrir si es necesario sus partes pudorosas. Luego explicará el probable diagnóstico, y propondrá, sin imponer ni atemorizar, el tratamiento y la necesidad de exámenes complementarios, si procediesen, dejando siempre, antes de despedirlo gentilmente, un tiempo para animar a que el paciente haga las preguntas que estime necesarias y deje en claro que ha entendido todas las explicaciones entregadas. También –y por qué no decirlo– la propia presentación personal del médico es demostración de respeto y gana con ella, al mismo tiempo, mayor confianza. Se debe tener en cuenta que el propio médico es sin duda la mejor medicina y considerando el hecho que el ser humano capta inicialmente la realidad a través del sentido de la vista, el médico debe preocuparse de aparecer con su presentación personal, ademanes y modales, agradable a los ojos del paciente.

“Pese a que el médico es la medicina más utilizada, en la Facultad no se suele enseñar la farmacología de esa medicina: cómo administrarla, indicaciones y contraindicaciones, dosis recomendables y efectos secundarios. Y esta carencia de formación resulta muy peligrosa, ya que si bien el potencial terapéutico de la RMP es muy grande, también lo es su potencial iatrogénico” (Michael Balint, psicoanalista británico, de origen húngaro, 1896-1970).

También el respeto se manifiesta prestando atención a una característica esencial de la persona, ya mencionada, su libertad, lo

que significa permitirle ser justamente otro y, por tanto, el médico debe reprimir cualquier inclinación a dominarlo e interferir brutalmente en su intimidad.

Imposible inculcar a un estudiante de Medicina el respeto, si el educando no lo respeta, lo maltrata. Está demostrado que un estudiante maltratado por sus docentes, aparte de perder motivación en su aprendizaje, será un maltratador más adelante con sus pacientes. La autoridad universitaria debe velar para que todos sus estudiantes, de pregrado y postgrado sean respetados.

“Las palabras mueven, pero los ejemplos empujan.”

También la virtud del respeto se pone de manifiesto en la manera en que el médico se relaciona con sus propios colegas. Se ha escrito que “el médico que habla mal de otro, envilece el arte y se envilece a sí mismo”.

Con todo lo anterior ya asimilado, podemos entender que la RMP es un encuentro muy especial entre dos totalidades únicas, cada una con su propio momento socio-histórico, que acontece solo porque la persona es íntimamente relacional y, en este caso, ligadas por la enfermedad, verdadero puente humano, sobre el cual transitará el diálogo, como ya veremos, entre médico y paciente. Cuando no hay coincidencia entre lo buscado por el paciente y lo hallado, al no cumplir la conducta del médico con las expectativas que todo paciente lleva y fallar especialmente en el reconocimiento del paciente como persona, en reconocer su humanidad, este encuentro tendrá inexorablemente una connotación negativa, produciendo en el paciente frustración, desesperanza y aumento de su sufrimiento. Sin embargo, un buen médico, a través de un acto médico fundamentado en virtudes, y que refuerza la condición

humana y el valor de la persona como tal, puede hacer de este encuentro un verdadero, auténtico y agradecido acontecimiento para el paciente, con un evidente efecto terapéutico agregado.

Muchas veces el médico formado actualmente con un énfasis exagerado en lo puramente científico, con un esquema mental de “diagnosticar-tratar”, tiende a cosificar al enfermo, sin embargo, al paciente solo le interesa su propio padecer, creándose así un abismo de perspectivas muy distintas que dificultan la relación.

“Para él solo había una cosa importante: ¿era peligroso su estado? Pero el doctor hizo caso omiso de esta pregunta fuera de lugar” (León Tolstoi, escritor ruso, 1886, en La muerte de Iván Ilych).

El paciente experimenta su enfermedad en términos de los efectos de ella sobre su vida cotidiana. Para que el médico pueda acceder con facilidad a esta experiencia, debe cambiar el modo científicista imperante de RMP e incorporar un modelo distinto, que podemos llamar bio-vivencial, que explora la perspectiva o experiencia vital del paciente, que se debe ver reflejada específicamente, entre otras maneras, al escribir la historia clínica.

“La medicina es la más científica de las humanidades, pero también las más humana de las ciencias” (Edmundo Pellegrino, médico y bioeticista norteamericano, 1920-2013).

2. Es una relación de ayuda

La búsqueda de ayuda por parte del enfermo, como ya se mencionó, es el punto de partida de esta relación. La única respuesta posible por parte del médico será responder a ella de la mejor manera que pueda hacer, es decir, humana y técnicamente competente. Para

ello, es fundamental que el médico tenga vocación de servicio. Ser médico es *servir*.

“La vocación por el servicio es la justificación social y ética de la Medicina” (Humberto Giannini, filósofo chileno, 1927-2014).

No se sirve a uno mismo. Servir al otro, al enfermo, es lo que el médico promete, profesa públicamente, como ya se mencionó. Prometer es también comprometerse, que implica un vínculo, una ligazón férrea, irrompible, con el enfermo para ayudarlo.

Por supuesto, la actitud de servicio implica muchas veces la postergación de sí mismo, colocando incluso a veces el interés del enfermo por sobre el del propio médico, aun cuando signifique un riesgo para su salud. Esta actitud de servicio con riesgo de la propia vida del médico ha quedado demostrada en el heroísmo de tantos médicos en el mundo que, por atender y cuidar enfermos de COVID-19, perdieron la vida.

Sobrecogedor y aleccionador resulta, especialmente en estos tiempos de egoísmo, individualismo y hedonismo, el testimonio del ateniense Tucídides sobre el comportamiento de los médicos durante la plaga de Atenas, en el año 430 a.C., relatando que “eran los médicos los que morían en mayor número, puesto que visitaban con frecuencia a los enfermos”.

Para servir al paciente, se requiere de una virtud que no brilla generalmente en el médico, la virtud de la *humildad*. La etimología de esta palabra, proveniente del latín, se relaciona con *humilitas*, *humus*, que significa tierra vegetal descompuesta, que recuerda nuestro origen y destino como materia, como también la necesidad de tener los pies bien puestos en la tierra, teniendo claro que “el médico es instrumento de sanación y no su fuente”. La humildad, que permite reconocer las limitaciones de cada uno, se opone al orgullo, a

la arrogancia. El pedestal, tan atractivo para muchos, no es nunca sitio para el buen médico. El médico, muchas veces soberbio y engrdeído de sus conocimientos, habilidades y logros, no está en disposición a servir y no podrá ejercer la medicina como debe ser.

“Huid del orgullo como de una peste mortal” (Iván Pavlov, médico ruso, 1849-1936).

Solo la humildad, sencillez de espíritu, permite al médico poner en práctica otra virtud tan importante en su práctica, hija de la prudencia, la *docilidad*, es decir la capacidad para aceptar enseñanza y consejo de quienes poseen más habilidad, saben más y/o tienen mayor experiencia. Es un deber pedir una o más opiniones en situaciones diagnósticas o terapéuticas difíciles. Nadie se basta a sí mismo en el ejercicio honesto de la medicina.

Para cumplir bien su función de ayuda, es perentorio que el médico conozca y comprenda lo que se llama la psicología del enfermo, que corresponde a las reacciones y percepciones ante la realidad de enfermar, diferentes entre cada uno y no siempre fáciles de entender, aun para el propio enfermo.

A continuación se expondrá brevemente algunas de las principales percepciones que cada paciente vive con más o menos intensidad, y que el médico debe comprender:

2.1. Pérdida de su integridad como persona

Cuando una persona sana cae enferma, su cuerpo ya no puede ser más ignorado, percibe que le está “hablando” por así decirlo. Hay una percepción de desintegración del yo, un distinto modo de ser en el mundo. El paciente amarrado crónicamente a un riñón artificial, el paciente pegado a una silla de ruedas permanentemente, como secuela de un accidente vascular cerebral tiene que

aprender a redefinir su nuevo modo de ser en el mundo que lo rodea. El paciente necesita ayuda para establecer la integridad de un yo nuevamente definido.

2.2. Pérdida de su seguridad

El enfermo se da cuenta que no es indestructible. Toma conciencia de su vulnerabilidad, de su fragilidad, lo que le provoca ansiedad y miedo. Esta sensación de pérdida de integridad del yo y de seguridad, persiste aún después de la recuperación. El paciente que ha tenido un infarto, aun cuando se haya recuperado, muchas veces pensará en la posibilidad de que el evento podría repetirse, y vive con algún grado de miedo. Lo mismo con el deportista que ha sufrido alguna lesión severa. El médico debe darle ciertas certezas, aunque sean éstas provisorias.

2.3. Miedo a la muerte

Solo el ser humano es capaz de sufrir por adelantado y también con el recuerdo. En las personas ancianas, cada vez más numerosas, y cada vez más viviendo solas, la enfermedad, por leve que sea, y especialmente si es relacionada con el corazón, produce miedo a la muerte, a morir súbita y solitariamente, sin que nadie se entere. El médico debe estar atento a pesquisar este temor y ser capaz de abordarlo, y no evadir conversar este tema con los pacientes. Del mismo modo, existe el temor a quedar invalidado, sin que nadie pueda atenderlo, o a ser una carga para sus cercanos.

2.4. Interrupción de su plan de vida

La enfermedad siempre se experimenta, además, como una caprichosa e inesperada interrupción dentro de un plan de vida más o menos elaborado. Esto complica mucho al

paciente, especialmente aquel en etapa de plena productividad, no tiene tiempo para estar enfermo. Lo que hasta ayer era un proyecto, un sueño, una ilusión, hoy, con la aparición de la enfermedad, ya no puede ser. Tendrá que postergarlos o, tal vez, olvidarlos para siempre. Y esto significa frustración.

2.5. Pérdida de su libertad

La enfermedad también erosiona la capacidad para hacer elecciones racionales respecto a su situación personal, porque no entiende lo que está mal, por tanto, el paciente pierde, de algún modo y en algún grado, su libertad para actuar.

2.6. Aislamiento

Cuando la persona se enferma, es aislada, marginada de su mundo diario, del trabajo, del juego, de su familia, de sus amigos. Cuando la persona deviene en enfermo, ya no pertenece al cerrado y privilegiado club de los sanos. Pasa a ser un distinto. Aparece así una triste distancia que se profundiza en la medida que se prolonga la duración de la enfermedad. Ya no tiene cabida ni en el banco de suplentes, por así decirlo, en el juego de la vida, lo cual es terrible para él y la sensación de soledad se enseñoorea sobre su espíritu. El médico se preocupará de restablecer la salud, de la adecuada reincorporación del paciente a su vida diaria.

3. Es una relación de confianza

Evidentemente la RMP se fundamenta en la confianza, aclarando que es el paciente el que otorga la confianza, la que se inspira por parte del médico, en la medida que su saber es socialmente reconocido. Visto así, el médico no puede exigirla, debe ganársela. Desde esta perspectiva, el fundamento de

la confianza es el saber, el saber que debe poseer el médico para alcanzar su fin, que es restablecer la salud perdida. La ignorancia médica trae desconfianza y entorpece la RMP. La incompetencia médica es inhumana.

Por tanto, el médico debe tener constancia y perseverancia en su estudio, buscando la verdad, basada en fuentes independientes, no contaminadas con intereses de la industria.

Frente a esta confianza que el paciente deposita en el médico, lo obliga moralmente a responder con una conciencia recta, cierta y verdadera, de todo aquello que se aparte de otro fin que no sea el bien del paciente. En virtud de esa confianza el médico no lo puede abandonar y además deberá guardar los secretos confiados dentro de la RMP.

“Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deba ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas” (Juramento Hipocrático).

No se puede responder adecuadamente a la confianza del paciente si no se manifiestan en el acto médico dos importantes virtudes adicionales: la veracidad y la honestidad. La *veracidad* se refiere a una disposición a decir siempre –no algunas veces– la verdad, y no solo a los demás, sino también a uno mismo. Decir la verdad, aun cuando ésta no sea conveniente para quien la dice. Ser veraz es una forma de ser, que se elige, como todas las acciones del humano, libremente. La veracidad confirma el *ethos* y consolida el ser íntimo de la persona. La veracidad inclina a manifestar fielmente la verdad conocida y a exteriorizarla con palabras y obras. La veracidad se opone al engaño y a la mentira a quien tiene derecho a conocer la verdad.

“La verdad consiste en decir de aquello que es, que es y de aquello que no es, que no es” (Aristóteles, filósofo griego, 385-323 a.C.).

En la RMP, todo paciente tiene derecho a saber la verdad de su problema de salud; sin embargo, la veracidad para el médico debe estar estrechamente ligada a la benevolencia: esto quiere decir que la verdad debe decirse de manera benevolente, pero decirse. Será la prudencia que guiará el cuándo, cuánta y cómo decirla. La verdad sin benevolencia puede destruir la esperanza del paciente. A modo de advertencia, el médico prudente sabrá que la verdad en medicina, muchas veces es incierta, de manera que decir la verdad será justamente comunicar al paciente lo no definitivo de la supuesta verdad científica, reconociendo que la verdad científica no es fácil de adquirir.

“La medicina es una opinión” (Massimo Bontempelli, novelista italiano, 1878-1960).

La *honestidad*, otra virtud que se refiere a hablar de lo que se piensa y hacer lo que se dice. No hay contradicciones ni discrepancias entre los pensamientos, palabras o acciones. Honestidad con el paciente, con su familia, pero también honestidad del médico con sus pares, su propia familia, y especialmente consigo mismo. La honestidad se relaciona con la *integridad*. Esta se manifiesta en la persona como el orden correcto de las partes en relación al todo, la armonía, el balance entre las varias dimensiones de su vida, corporales, psicosociales e intelectuales. La integridad se relaciona con la honestidad intelectual. Y ésta es clave en la práctica del médico. De otro modo, no es posible la confianza.

“El conocimiento sin integridad es peligroso y espantoso” (Samuel Johnson, poeta inglés, 1709-1784).

La conciencia del médico –que tiene que aprender a formar– debe responder siempre con esa gran virtud, lamentablemente no muchas veces presente en el actuar médico, que es la *prudencia*, esa *phronesis*, “madre de todas las virtudes”, que no es otra cosa que la “recta razón en el actuar”, que capacita a discernir el bien y elegir los medios correctos para conseguir el objetivo primordial de su propia actividad, la salud del enfermo, permitiéndole resguardar tanto el clásico precepto antiguo de *primun non nocere*, “primero, no hacer daño”, como también el principio de proporcionalidad terapéutica, que lo lleva moralmente a guardar una debida proporción entre los medios empleados y el resultado esperable, tomando en cuenta, entre otros, las circunstancias concretas del enfermo, su voluntad y jerarquía de valores, ya que no todo lo que se puede hacer se debe hacer.

4. Es una relación dialogada

Esto significa que, en general, se hace realidad a través de la palabra, del lenguaje, del diálogo que significa, de alguna manera, intercambio de palabras. El verdadero diálogo incluye naturalmente la escucha activa, del otro, dejando al lado, en el caso del médico, todos sus “ruidos interiores” que lo desconcentran del enfermo. De otro modo, es solo un monólogo. La palabra es el vehículo de la comunicación, con sus componentes paralingüísticos (volumen, tono, fluidez, velocidad, timbre, acento, etc.). De aquí que el médico ha de saber escuchar y usar, de manera prudente, la palabra frente al enfermo. Hay palabras que curan y otras que dañan.

“La palabra, una vez pronunciada, vuela y no torna” (Horacio, poeta romano, 65-8 a.C.).

La comunicación no solo es palabra. También están los gestos del rostro, la mirada, posición y movimientos del cuerpo. Esta es la comunicación no verbal que ha demostrado ser bastante más importante que la verbal, “un gesto vale más que mil palabras”. El médico debe saber las técnicas de comunicación, para lograr una buena RMP y estar preparado en alguna medida para situaciones en que el paciente habla un idioma distinto o no es capaz de hablar u oír.

“Quiero que mis palabras digan lo que yo quiero que digan y que tú las oigas como yo quiero que las oigas” (Pablo Neruda, poeta chileno, 1904-1973).

5. Es una relación de justicia

En tanto que el paciente y el médico deben dar al otro lo suyo. La justicia se define como dar a cada uno lo que le pertenece. En el caso de la RMP, se deben recíprocamente, médico y paciente, veracidad, honestidad, respeto, lealtad, afabilidad y responsabilidad. Un paciente que oculta datos, que no sigue las recomendaciones de su médico, que no asume el autocuidado, está faltando también a la justicia de la relación.

“Sed incansables en la búsqueda de la justicia y en la entrega amorosa de vosotros mismos hacia el prójimo, especialmente hacia el más desposeído, el más desprotegido, el más necesitado”.

6. Es una relación recíproca

En tanto que debe ser justa, como ya se mencionó. También en el sentido que la personalidad del médico influye en el paciente y viceversa. Mientras el médico observa a su

paciente, simultáneamente éste también lo escruta en todas sus dimensiones. Hay siempre una transferencia de sensaciones entre paciente y médico. Es una relación entre un “Yo” y un “Tú”, y no con un “Ello”, que significaría que el paciente pudiese ser tratado como una cosa, ser usado como objeto y no como sujeto.

7. Es una relación social

Además de considerar el contexto social de cada paciente, es relevante rescatar la importancia de la familia, que, aunque invisible muchas veces, casi siempre está detrás de cada paciente. La familia influye sobre el paciente, y éste sobre la familia. Muchas veces, detrás de los síntomas por lo que consulta un paciente hay un drama familiar. El padecer de un enfermo puede unir o destruir una familia y, por regla general, envuelve a la familia de manera variada y difícil de predecir. Por ello, el médico debe tomar muy en cuenta a los familiares, explicando detalladamente diagnósticos y tratamientos e intentar conocer y develar los sentimientos de la familia del paciente a fin de poder responder adecuadamente a la solicitud de ayuda del paciente.

8. Es una relación de amor

La RMP es una relación de *amor médico*, de *amistad médica* y hace referencia a la dimensión afectiva que habitualmente se da en la RMP, especialmente si ésta es frecuente con el mismo paciente.

“Si el amor al hombre está presente, también estará presente el amor por la medicina” (Hipócrates).

Este amor médico requiere necesariamente la virtud de la *compasión*. La compasión, derivada de las palabras latinas *com* (junto

a) y *pati*, *pathos* del griego (sufrir), significa “sufrir junto al otro”, es un co-sufrir. Nadie puede sufrir lo de otro, pero sí puede comprender y compartir dicho sufrimiento.

La compasión significa la capacidad y la voluntad del médico de compartir el dolor y la angustia del paciente, junto con una prestancia para ayudarlo a aliviar su sufrimiento. Insisto, el médico no puede sanar o intentar hacerlo sin compasión; sin ella no puede producirse una relación armónica entre médico y paciente.

La compasión no es exactamente igual a la *empatía*, aunque se relaciona con ella. La empatía es un proceso fundamentalmente afectivo que permite ponernos en el lugar del otro y es paso previo para la compasión. En la virtud de la compasión podríamos distinguir al menos tres elementos constituyentes esenciales: 1) mantener la esperanza; 2) sostener al enfermo y hacer compañía; y 3) escuchar al doliente.

Digamos, ahora, que la compasión del médico debe ser incondicional, a todos por igual, por lo que resulta fundamental cultivar la *ecuanimidad*, entrenando nuestra mente para percibir la igualdad y dignidad esencial de todos los seres humanos, sin distinción.

“Da vigor a mi cuerpo y a mi espíritu, a fin de que estén siempre dispuestos a ayudar con buen ánimo, al pobre y al rico, al malo y al bueno, al enemigo igual que al amigo” (Maimónides, médico judío, 1135-1204).

9. Es una relación ética

Esta última característica comprende todas las anteriores y es la que la define en su propia naturaleza, como ya se señaló. Sin ética no hay medicina. La medicina –como señala Fernando Lolas, médico bioeticista chileno– es un “saber-hacer”, pero también un “saber-estar”, que le otorga un imperativo ético y un

valor moral. La medicina se hace realidad en la medida en que alguien la realiza; es una actividad humana, compareciendo en ella personas libres y cuyo autor es el médico.

Por tal motivo, es indispensable recuperar el rol de la virtud en la personalidad del médico. Enfatizar cada vez más una ética basada en las virtudes y en la formación del *ethos* médico.

“Buen médico es el médico virtuoso” (Diego Gracia, médico eticista español, 1941).

El *ethos* propio, el “yo ético”, se va definiendo en la persona a través de cada uno de sus actos humanos, y como médico, de cada uno de los numerosos y específicos actos médicos en la atención cotidiana involucrados en la RMP: en la entrevista, en el examen físico, en la formulación diagnóstica y pronóstica, en la solicitud de exámenes, en la prescripción terapéutica y en la retribución económica al servicio profesional.

En una época donde se escucha mucho hablar de la ética de los mínimos, hay que decir que el médico está obligado a ir más allá de las expectativas normales en su relación con los pacientes. Por profesión, el médico está obligado a demostrar los más altos ideales y virtudes a causa de la naturaleza misma de la RMP.

En la frase del Juramento Hipocrático “en pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte”, es donde se encuentra, a entender del autor, el más serio de los desafíos para el profesional médico. Aquí Hipócrates eleva a un nivel superior el tipo de compromiso al cual debe adherir el médico, como persona y como profesional, y apunta a lo más profundo de la ética médica, apunta a la personalidad moral del médico, a su *ethos*.

IV. EPÍLOGO

Las fuerzas externas que amenazan la RMP en su raíz esencial, son difíciles de combatir. Pero sí se puede y debe hacerse algo para contrarrestar las que he denominado fuerzas internas. Para ello, es clave que el médico entienda cabalmente que la medicina es una vocación de servicio, abnegada, ajena a todo afán de lucro.

Desde los primeros años de formación, el médico debe cultivar las virtudes, requisito indispensable para la formación de su carácter, o personalidad moral, su *ethos*. Se hace necesario revitalizar el papel de las virtudes en el agente de la acción médica. Y esta revitalización comienza en las Escuelas de Medicina, con un profundo conocimiento de sus jóvenes ingresados, con un currículo oculto a través del cual el aprendiz de médico incorpore pautas de comportamiento humanitarias. Las Escuelas de Medicina deben asumir su propia y gran responsabilidad, involucrando tanto a sus docentes como a sus estudiantes de pre y postgrado.

Los saberes técnicos pueden hacer olvidar que el encuentro con el paciente en la RMP no solo es la experiencia más cotidiana en la vida de un médico, sino también es su experiencia más fundamental. El quehacer técnicamente puro del médico solo llega a cobrar todo su sentido cuando se humaniza gracias a los fines humanos que sirve. El verdadero fundamento de la RMP, clave para ser buen semiólogo y luego buen médico, debe ser el amor de misericordia al hombre de carne y hueso, a quien la necesidad y el dolor lo han llevado a buscar ayuda en el médico.

“Para ser un buen doctor, debes tener la paciencia del que escucha, la capacidad de dar sin recibir, el deseo ferviente de consolar y un corazón siempre dispuesto a recibir al que te busque. Tienes que llenarte de misericordia para con el que sufre y entregarle tu tiempo y a veces tu necesidad de reposo. Para ser un buen doctor, tendrás que aprender a pertenecer a todos y a no pertenecerte a ti” (Santiago Soto, médico chileno).

Capítulo II



Conceptos generales en semiología

LUIS JORGE GAJARDO NAVARRETE

Cardiólogo intervencionista

Ferdinand de Saussure (1857-1913)

Teórico y lingüista suizo, quien a principios del siglo XX acuñó el término “Semiología”, definiéndola como la “ciencia que estudiaba la vida de los signos en el seno de la vida social”.



CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

I. INTRODUCCIÓN	35	V. ENFERMEDAD	36
II. SÍNTOMA	35	VI. CLÍNICA	36
III. SIGNO	35		
IV. SÍNDROME	36	Bibliografía	37

I. INTRODUCCIÓN

La Semiología es la rama de la medicina que se ocupa de la identificación, exploración e interpretación de las diversas manifestaciones de una enfermedad.

Para el adecuado estudio de esta ciencia, es necesario comprender, en primera instancia, aquellos términos generales que se utilizan en ella; de lo contrario se corre el riesgo de realizar interpretaciones erróneas. Por ello, es importante entender a cabalidad los siguientes conceptos: síntoma, signo, síndrome, enfermedad y clínica.

II. SÍNTOMA

Es un término que proviene del latín *symptōma*, y que se entiende como la señal o indicio de que algo está sucediendo o que va a suceder en el futuro. Específicamente en el ámbito de la medicina, un síntoma es aquel que un paciente refiere de manera subjetiva cuando percibe algo anómalo en su organismo.

Se entiende así que un síntoma es una manifestación únicamente percibida por quien lo padece, y el observador o clínico es incapaz de comprobarlo en su totalidad. Los síntomas se exploran mediante la anamnesis y se debe estructurar su búsqueda de manera ordenada, según corresponda. Un ejemplo claro de síntoma es el dolor, ya que éste es únicamente referido por el paciente, siendo el clínico incapaz de confirmar todas las características manifiestas por quién lo padece.

Se debe considerar que los síntomas no son absolutos: están influidos por factores

cognitivos del paciente, así como por los factores culturales y sociales que lo determinan.



Los síntomas son subjetivos, percibidos únicamente por el paciente.

III. SIGNO

En Semiología, se entiende por signo clínico cualquier manifestación objetivable y medible, consecuente a una enfermedad o alteración de la salud, y que se hace evidente en la fisiopatología del enfermo. Un signo clínico es un elemento clave que se puede objetivar a través del examen físico, en contraposición a los síntomas, que únicamente pueden ser percibidos por el paciente. Por ejemplo, el edema es un signo, ya que puede ser explorado a través del examen físico. Se debe estructurar la búsqueda de ellos de manera ordenada, según corresponda.



Los signos son objetivos, explorables mediante el examen físico, pudiendo ser percibidos tanto por quien examina como por el paciente.

Algunas manifestaciones clínicas pueden ser tanto un signo como un síntoma, es decir, pueden ser relatadas por el paciente en la anamnesis y también objetivadas por el clínico mediante el examen físico. Así, la fiebre es un signo, pues puede ser objetivada a través de la medición de la temperatura corporal con un termómetro. Sin embargo, el paciente puede relatar una sensación febril (síntoma) a través de su anamnesis, pudiendo además

presentar fiebre como signo clínico, pesquizable al momento de la toma de los signos vitales. En otro caso, un paciente puede describir episodios de sibilancias audibles; en este caso representan un síntoma. Además, el clínico puede auscultar dichas sibilancias al momento del examen físico; en este caso se trata de un signo.

IV. SÍNDROME

Un síndrome corresponde a un conjunto de signos y síntomas que se presentan a consecuencia de un grupo de enfermedades y que por sus características poseen cierta identidad. Es decir, es un grupo significativo de datos semiológicos, que concurren en tiempo y en forma, y con variadas causas o etiologías posibles. La insuficiencia cardíaca, el síndrome nefrótico y el síndrome anémico son algunos ejemplos de ello.

El estudio de los síndromes requiere determinar su origen (etiología), ya que tales manifestaciones semiológicas pueden ser producidas por diversas causas, y se requiere para un manejo y tratamiento adecuado, que la causa sindromática sea esclarecida.



Un síndrome es un conjunto de signos y síntomas que pueden ser causados por diversas enfermedades.

V. ENFERMEDAD

El término enfermedad proviene del latín *infirmitas* y corresponde al proceso que viven los seres vivos cuando padecen una afección que atenta contra su bienestar y salud. Se puede desencadenar por razones de carácter intrínseco o extrínseco al organismo.

Ante la dificultad para definir en concreto qué es una enfermedad, dado que cada individuo lo hace de acuerdo con sus propias capacidades adaptativas y creencias, existen varios conceptos que pueden utilizarse como sinónimos de acuerdo con el contexto: patología, dolencia, padecimiento, trastorno, entre otras.

En definitiva, una enfermedad es una alteración del estado fisiológico en alguno de los sistemas de nuestro organismo, y que se manifiesta a través de una clínica particular. En caso de que se tengan síntomas y signos, pero que se desconozca a qué afección responden, aún no se puede hablar de enfermedad, sino de síndrome.

En cuanto a la definición de enfermo, hay que decir que el término se utiliza para nombrar al ser viviente que ha resultado víctima de una afección o enfermedad, sin importar si es consciente o no de su estado. También se habla del rol de enfermo de acuerdo con la disposición que asume cada individuo cuando padece una enfermedad.

VI. CLÍNICA

La palabra clínica tiene su origen en la palabra latina *clinice*, que significa “cama”. En términos médicos, se utiliza este concepto para referirse al ejercicio práctico de la medicina relacionado con la observación directa del paciente y de su evolución frente al tratamiento otorgado. También se le entiende como al conjunto de las manifestaciones de una enfermedad (p.e. “este paciente tiene clínica de hipertiroidismo”).

El significado de la clínica puede estudiarse por medio del entendimiento fisiopatológico del signo y/o síntoma referido, siendo esto relevante puesto que frecuentemente se atribuyen a un sistema orgánico, cuando en realidad los provoca otro. Por ejemplo, al es-

tudiar a un paciente que presente como signo la tos, sin estudio de la fisiopatología de ella, podría llevar a pensar que ésta es una manifestación patológica únicamente del sistema respiratorio, cuando en realidad en un paciente con insuficiencia cardíaca la tos puede representar la presencia de congestión pulmonar.

Bibliografía

Olivares, R.A. Fisiopatología. La ciencia del porqué y el cómo. ClinicalKey Student; 2018.

Real Academia Nacional de Medicina. Diccionario de términos médicos. México, D.F.: Editorial Médica Panamericana; 2012.

Capítulo V



Examen físico general

PATRICIO ORTIZ RUIZ

Gastroenterólogo

René Laënnec (1781-1826)

Médico francés que, debido a la dificultad de percibir ruidos audibles al examen físico y al recato que sentía al acercar su oído al tórax del paciente, dio origen al instrumento conocido hoy como fonendoscopio.



CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

I. INTRODUCCIÓN	57	2.3. Respiración y ventilación	70
1. Inspección	57	2.4. Temperatura	70
2. Palpación	57	2.5. Oximetría de pulso	73
3. Percusión	58	3. Atributos que requieren al paciente	
4. Auscultación	59	descubierto en su totalidad o parcialmente	73
II. EXAMEN FÍSICO GENERAL	59	3.1. Linfáticos superficiales	73
1. Atributos que no requieren examen adicional	60	3.2. Piel y mucosas	75
1.1. Expresión de la fisonomía y facie	60	3.3. Fanéreos	78
1.2. Decúbito	63	4. Atributos que requieren al paciente de pie	80
1.3. Psiquis y estado de conciencia	63	4.1. Posición de pie: actitud o postura	80
2. Signos vitales	64	4.2. Deambulación: marcha	80
2.1. Pulso arterial	65	4.3. Estado nutritivo	81
2.2. Presión arterial	66	Bibliografía	82

I. INTRODUCCIÓN

El examen físico comienza cuando se ha terminado la anamnesis. Sin embargo, el médico con alguna experiencia comienza su examen con la observación del paciente, al contactarse con él.

A todo paciente debe hacerse un examen físico completo, primero realizando un examen físico general y luego un examen físico segmentario. Este último se orienta hacia aquellos segmentos que, de acuerdo con la anamnesis, merecen una investigación más detallada, sin exclusión del resto, porque pueden existir importantes alteraciones que no producen manifestaciones subjetivas y que pudieran encontrarse en el examen sistemático.

El examen físico debe efectuarse idealmente en un ambiente tibio, bien iluminado, tranquilo y silencioso. Se debe exponer aquella zona del cuerpo a examinar; el resto del cuerpo quedará cubierto con una sabanilla.

A través del examen físico, se determina una serie de signos clínicos, los que permiten, junto con los datos de la anamnesis, formular una hipótesis diagnóstica e incluso confirmar sospechas clínicas fundadas en base a la sintomatología del paciente.

El examen físico consta de cuatro procedimientos básicos: inspección, palpación, percusión y auscultación.

1. Inspección

La inspección comienza desde el momento en que el clínico se enfrenta por primera vez a su paciente. Se realiza tanto una inspec-

ción global, por ejemplo, cuando el paciente camina o conversa con el clínico, como una inspección localizada, en la cual la zona por examinar debe estar al descubierto. La inspección debe efectuarse con el paciente cómodo y en posición adecuada. El examinador también debe estar cómodo, contar con una buena iluminación y fácil acceso al paciente, casi siempre por su lado derecho.

2. Palpación

Palpación se refiere a sentir, a través del tacto, los distintos segmentos corporales. Se practica con el paciente sentado, de pie o en decúbito supino o prono, según las regiones que se examinen. La mano del examinador debe estar a una temperatura adecuada para no despertar reacciones de defensa en el paciente, y con las uñas cortas a fin de no lastimarlo. La técnica misma varía según la región a examinar, y se estudiará en cada capítulo correspondiente.

A través de la palpación se pueden obtener datos en relación con: forma, tamaño, límites, consistencia, sensibilidad, movilidad, temperatura, profundidad, entre otras.

La palpación se debe efectuar generalmente con la mano derecha del clínico, o con ambas manos si la exploración es bimanual. La palpación puede ser superficial o profunda; se realiza presionando con los pulpejos de los dedos. La palpación bimanual se efectúa con las manos superpuestas (**fig. 1**) una sobre la otra (generalmente para palpación profunda) o con las manos opuestas (**fig. 2**), para acercar el órgano por palpar a la otra mano.

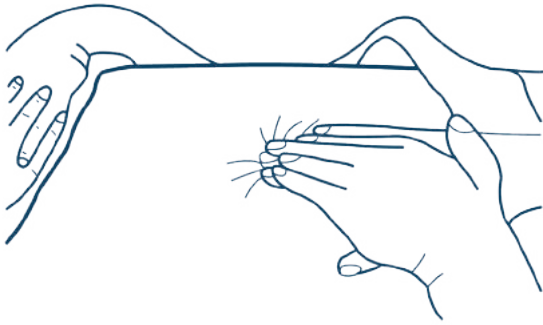


Figura 1. Palpación bimanual con manos superpuestas.

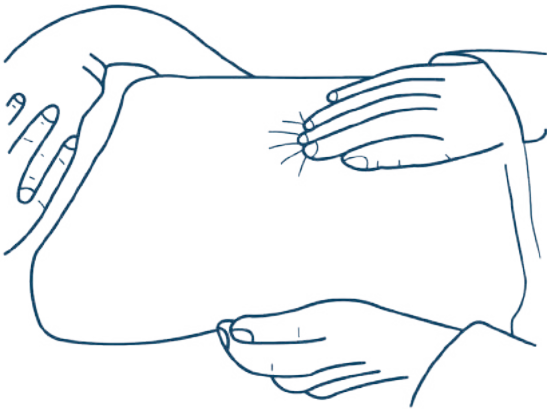


Figura 2. Palpación bimanual con manos opuestas.

3. Percusión

Es un procedimiento de exploración que consiste en dar golpes en la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos variables según la estructura de los órganos que se percutan. Esto permite delimitarlos (percusión topográfica) y evidenciar variables en la tonalidad dependientes del contenido y densidad de lo que se percute. Lo anterior resulta de utilidad para determinar alteraciones en el estado

físico de un órgano que pueden relacionarse con condiciones patológicas (percusión comparativa).

En condiciones ideales del examen (sin ruidos ambientales), la tonalidad percutoria determinará sonidos audibles. Como no siempre se cuenta con esa condición, la sensación que percibe el dedo que recibe la percusión dará cuenta de la resistencia a la percusión en la matidez (p.e. muslo, neoformaciones sólidas, líquido en la cavidad abdominal, derrame pleural) y la resonancia en el timpanismo (p.e. cámara gástrica, neumotórax, enfisema pulmonar). Hay dos métodos para efectuar la percusión:

- Directa. Se obtiene golpeando directamente la superficie del cuerpo.
- Indirecta (**fig. 3**). Es el método dígito-digital o instrumental. El dedo que recibe la percusión, el dedo plexímetro, debe tener contacto íntimo con la pared, aplicando mayor o menor presión según el grosor de ésta.



Figura 3. Percusión indirecta.

En lo que se refiere a la percusión dígito-digital, vale la pena hacer algunos alcances a su técnica. La mano que percute debe producir un golpe seco, retirando el dedo percutor lo más pronto posible. Esta vivacidad y rapidez es necesaria, porque de otro modo el impulso vibratorio se atenúa. Esta es la razón principal por la cual el movimiento de la mano debe hacerse solamente con la articulación de la muñeca. En la percusión del tórax, el dedo que hace de plexímetro debe aplicarse sobre el espacio intercostal; nunca se debe percutir con el dedo colocado transversalmente sobre las costillas, ni sobre éstas, porque con ello se hace vibrar transversalmente la pared torácica y se oculta el ruido procedente del pulmón.

Cuando se trata de una percusión fuerte, el dedo debe aplicarse firmemente, aunque sin presión excesiva, que atenúe mucho el ruido claro; cuando se trata de una percusión suave, el dedo debe colocarse sin ninguna presión.

La percusión topográfica puede hacerse yendo de un órgano hacia otro, en trayectoria lineal, marcando el límite donde el ruido de percusión cambia y repitiendo lo mismo a continuación, pero en dirección inversa.

4. Auscultación

Es el método de exploración que consiste en escuchar los ruidos normales y anormales que se producen en los órganos que se auscultan. Hay dos métodos para auscultar: el directo y el indirecto. La técnica es variable según el órgano que se ausculta y se estudiará en cada capítulo correspondiente.

En todo caso, vale la pena señalar que para auscultar se usa el fonendoscopio. Este corresponde a un instrumento biauricular que posee un receptor abierto, la campana, que selecciona adecuadamente los ruidos de baja frecuencia, y un receptor cerrado, el

diafragma, que selecciona los ruidos de alta frecuencia.

II. EXAMEN FÍSICO GENERAL

El examen físico general evalúa los siguientes atributos:

1. Posición y decúbito.
2. Actitud y deambulación.
3. Expresión de la fisionomía y facie.
4. Psiquis y estado de conciencia.
5. Estado nutritivo, peso, talla.
6. Piel, mucosas y fanéreos; linfáticos superficiales.
7. Pulso arterial.
8. Presión arterial.
9. Temperatura.
10. Respiración.

En la realización del examen físico, cada clínico puede seguir el orden que estime conveniente, en la medida que se realice de manera esquematizada y estructurada, para evitar la omisión de detalles relevantes. A juicio del autor, para realizar de manera más expedita el examen físico general, éste se puede agrupar en 4 áreas que tienen en común su ejecución:

1. *Los atributos que no requieren examen adicional y solo deben ser transcritos en la historia clínica:* corresponden a aquello apreciado por el médico durante la conversación con el paciente: expresión de la fisionomía, facie, decúbito, psiquis y estado de conciencia.
2. *Signos vitales:* presión arterial, pulso o frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y saturación de oxígeno.

3. *Atributos que requieren al paciente descubierta en su totalidad o parcialmente: linfáticos, piel y mucosas, fanéreos.*
4. *Atributos que requieren al paciente de pie: posición de pie, deambulación, estado nutricional.*

El presente capítulo describe el orden del examen físico general planteado previamente.

1. Atributos que no requieren examen adicional

1.1. Expresión de la fisonomía y facie

La *expresión de la fisonomía* corresponde a la evidencia del estado general en que se encuentra el paciente al momento de la entrevista. Puede ser, por ejemplo:

- Tranquilo.
- Angustiado: expresión de temor.
- Disneico: expresión de dificultad respiratoria o sensación de falta de aire.
- Doliente: expresión de dolor.

i

Cuando el paciente está cursando con un infarto agudo al miocardio con dolor retroesternal, la expresión de su fisonomía se describe como “*sensación inminente de muerte*”. La expresión no corresponde a la de un paciente con un dolor intenso (doliente); corresponde a la expresión de miedo o terror.

La *facie* corresponde a las características de los rasgos faciales en relación a la edad, género y etnia del paciente. Algunas características de esta pueden orientar a una afección específica. Se debe observar la simetría, movimientos, pliegues, edema y presencia de pigmentaciones. La *facie no característica* es aquella en la que los rasgos faciales corresponden al común de los pacientes de la edad, género y etnia en un sujeto sano. Un paciente con *facie no característica* o cualquiera de las descritas más adelante, puede presentar cualquier expresión de la fisonomía.

En la **tabla 1** y **fig. 4** se resumen los principales ejemplos de facies características.

Tabla 1. Principales ejemplos de facies características.

Facie	Característica	Causa
Acromegálica (A)	Prognatismo de mandíbulas y arcos ciliares. Rasgos toscos	Tumor hipofisiario productor de GH
Cushingoide (B)	Cara de luna llena. Presencia de hirsutismo y acné	Síndrome de Cushing
Esclerodérmica (C)	Piel muy tensa y brillante. Boca rodeada de pliegues radiados, nariz aguzada	Esclerodermia
Cianótica (D)	Mejillas, nariz, lóbulos de las orejas y labios azules	Más de 5 g/dL de hemoglobina reducida
Edematosa (E)	Edema facial, más notorio en los párpados	Según la causa del edema
Mitrálica (F)	Rubicundez cianótica en mejillas con fondo pálido (“chapa mitrállica”)	Estenosis mitral
Hipertiroidea (G)	Exoftalmos, piel húmeda y fina. Expresión de susto o sorpresa. Bocio difuso	Hipertiroidismo por enfermedad de Basedow-Graves
Mongólica (H)	Presencia de epicanto y macroglosia. Orejas pequeñas de implantación baja. Cabeza redondeada, frente alta y aplanada	Síndrome de Down
Febril (I)	Rubicundez y piel sudorosa, ojos brillantes y epífora	Fiebre
Lúpica (J)	Eritema en forma de alas de mariposa que atraviesan el puente nasal y se ubica en ambas mejillas	Lupus eritematoso sistémico
Caquética (K)	Relieves óseos resaltados, rasgos afilados, enoftalmia	Desnutrición o neoplasias
Parálisis facial periférica (L)	Desviación de la comisura bucal hacia el lado sano al pedirle que el paciente sonría. Borramiento del pliegue nasogeniano, lagofalmo e imposibilidad de arrugar la frente del lado afectado	Parálisis facial periférica

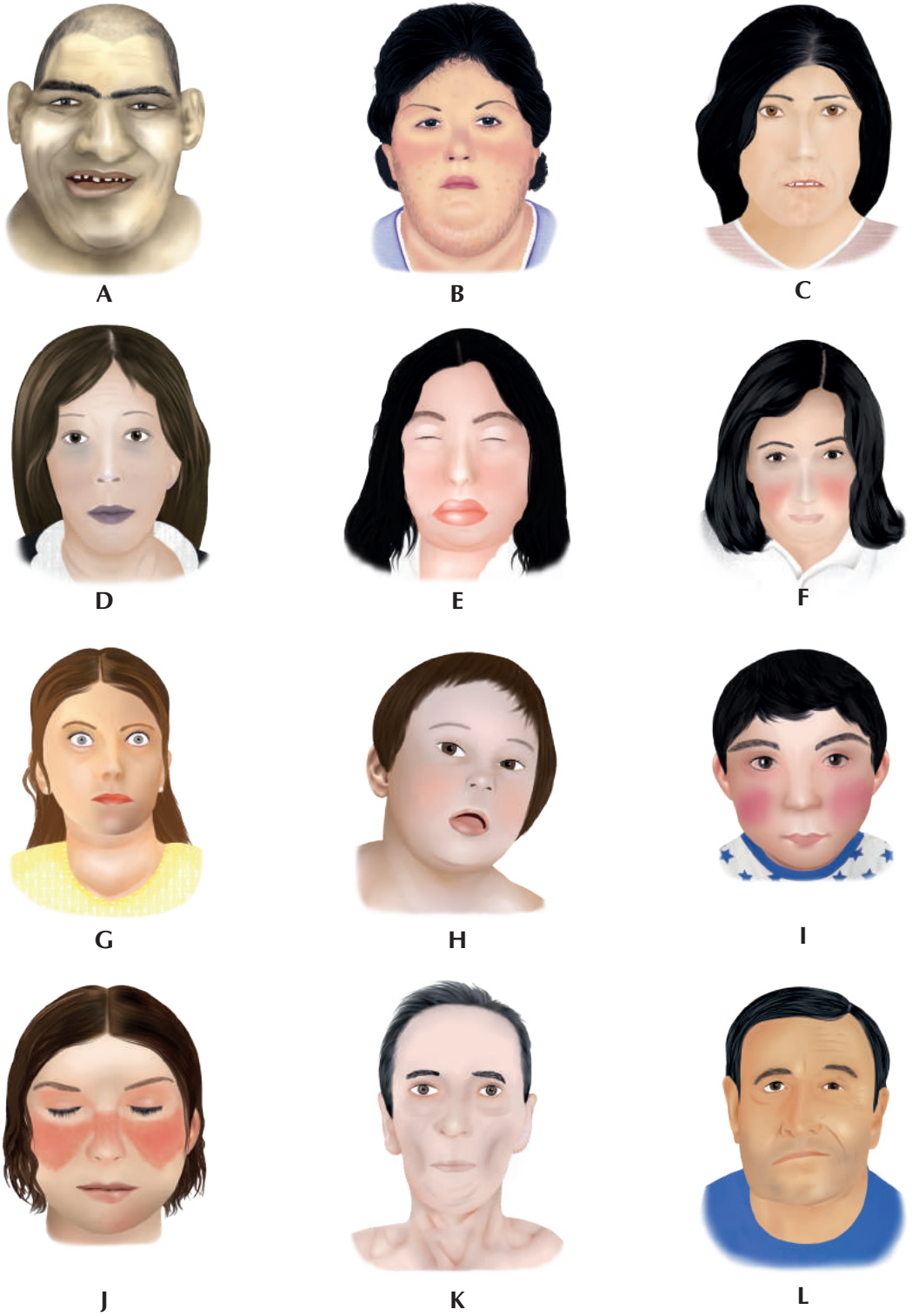


Figura 4. Principales ejemplos de facies características.

1.2. Decúbito

Corresponde a la posición del paciente recostado; puede ser activo o pasivo. El decúbito activo corresponde a aquella posición que puede ser adoptada y modificada voluntariamente. El decúbito pasivo corresponde a la inmovilidad completa del paciente (p.e. paciente en coma).

A su vez, el decúbito activo puede ser indiferente u obligado. En el decúbito indiferente, el paciente puede moverse a voluntad y adquirir la posición que desee. Por el contrario, en el decúbito obligado, el paciente adopta una posición determinada producto de su afección, con el objetivo de disminuir el dolor (posición antálgica) o aliviar la dificultad respiratoria, entre otros motivos. Se describen a continuación algunos decúbitos activos obligados:

- *Decúbito supino* (acostado boca arriba). Se encuentra frecuentemente en cuadros de astenia, adinamia, deshidratación, distensión abdominal o peritonitis (este último se acompaña a veces de flexión de los miembros inferiores).
- *Decúbito prono* (acostado boca abajo). Se encuentra en ciertas afecciones dolorosas como cólico intestinal o biliar, úlcera gastroduodenal complicada o pancreatitis, entre otras. Actualmente también está en boga la posición prono para mejorar la mecánica ventilatoria en pacientes con insuficiencia respiratoria por COVID-19.
- *Decúbito lateral*. El paciente se recuesta sobre un costado del cuerpo. En la pleuritis sin derrame pleural, el paciente se acuesta sobre el lado sano para no aumentar el dolor que produce el roce de las pleuras en la inspiración; posteriormente, si aparece derrame pleural,

se acuesta sobre el lado afectado, para poder respirar mejor con el lado sano.

- *Posición genupectoral o plegaria mahometana*. El paciente se encuentra de rodillas en el lecho y apoyado sobre las manos. Ocasionalmente el paciente se encuentra sentado en la cama, inclinado hacia adelante, buscando un almohadón para apoyarse en él. Se observa en la pericarditis aguda para aliviar el dolor.
- *Decúbito en gatillo de fusil*. El paciente se encuentra acostado de un lado con ligera extensión de la nuca y acentuada aducción y flexión de los muslos sobre el abdomen, y de piernas sobre muslos. Se la observa en meningitis, pero también suele verse en cefaleas violentas no meníngeas.
- *Opistótonos*. Contractura muscular generalizada, especialmente de los músculos de la nuca y dorsales, de manera que el cuerpo forma un arco de concavidad inferior apoyado en la cabeza y en los talones. Se observa en el tétano.
- *Ortopnea*. El paciente se encuentra sentado o semisentado, para facilitar la excursión diafragmática y mejorar la eficiencia de los músculos respiratorios auxiliares. Es una disnea característica de pacientes con congestión pulmonar provocada por la insuficiencia cardíaca.

1.3. Psiquis y estado de conciencia

La observación efectuada de la psiquis y estado de conciencia durante la anamnesis y el examen físico es, en algunos casos, insuficiente. Para no omitir una manifestación que pudiese ser relevante, es conveniente una investigación más detenida del estado mental.

a) Estado de conciencia

- *Lúcido o vigil*. En plena alerta, existe una conversación normal y respuestas atinentes.
- *Obnubilado*. Desorientado temporo-espacialmente, indiferente al medio. Responde preguntas simples.
- *Sopor* (pre-coma). El paciente parece dormido. Si al estimularlo despierta, actúa como si estuviera obnubilado, respondiendo escasamente preguntas simples, y luego vuelve al estado de sopor.
- *Coma*. No hay reacción a estímulos externos, incluso a aquellos capaces de producir dolor.

b) Orientación

- *Temporal*. Orientación en cuanto a fechas: mes, año, día de la semana.
- *Espacial*. Orientación en cuanto al lugar en que se encuentra.
- *Autopsíquica*. Percepción de sí mismo y de quienes le rodean en el momento del examen.

c) Percepción

- *Normal*. Percibe e interpreta correctamente lo que ve, escucha o siente.
- *Ilusión*. Percibe bien pero interpreta mal lo que lo rodea.
- *Alucinación*. Percibe algo inexistente, ya sea visual, auditivo o táctil.

d) Lenguaje

- *Normal*. Entiende las preguntas y responde bien.
- *Disartria*. Emite sílabas sin articulación por lo que no se distinguen palabras.

- *Incoherente*. Emite diferentes palabras sin un sentido claro.
- *Afasia*. Imposibilidad de comunicarse mediante el lenguaje oral, la escritura o los signos, conservando la inteligencia y la función de los órganos fonatorios.
- *Bradilalia*. Lentitud anormal en la articulación de palabras.

e) Memoria

- *Normal*. Recuerda cosas pasadas y recientes de acuerdo a su edad.
- *Amnesia retrógrada*. No recuerda hechos lejanos, por ejemplo, donde estudió cuando era joven.
- *Amnesia anterógrada*. No recuerda hechos recientes, por ejemplo, quien lo ha visitado en el hospital o cómo llegó al hospital. En la enfermedad de Alzheimer recuerdan mejor los hechos remotos que los recientes.

f) Voluntad

La cooperación con el interrogatorio depende de la voluntad del paciente y siempre se debe consignar al describir la psiquis del paciente. Si la voluntad se encuentra disminuida, el paciente presenta *abulia*.

2. Signos vitales

Clásicamente se han descrito cuatro signos vitales: pulso arterial, presión arterial (PA), frecuencia respiratoria (FR) y la temperatura. En la actualidad, gracias a la masificación de la oximetría de pulso, se puede incluir la saturación de O₂ medida por oximetría de pulso como el quinto signo vital. Se describe a continuación la evaluación de cada uno de ellos.

2.1. Pulso arterial

El pulso es una onda de presión percibida a nivel periférico, producida por el volumen de sangre expulsado en cada latido cardíaco. Se pueden palpar los pulsos a nivel: carotídeo, radial, humeral o braquial, femoral, poplíteo, tibial posterior y pedio. Para la evaluación específica de estos pulsos, ver Capítulo XI: Semiología vascular periférica.

Respecto al pulso, se debe precisar su frecuencia, ritmo, tensión, amplitud y simetría.

a) Frecuencia

La frecuencia cardíaca normal es de 60 a 100 latidos por minuto. Sobre 100 se denomina taquicardia y bajo 60, bradicardia. La frecuencia puede ser examinada en 15 segundos, multiplicando el número de latidos percibidos por 4, en presencia de un pulso regular, para obtener la frecuencia cardíaca del paciente examinado.

Como causas de taquicardia se pueden mencionar el hipertiroidismo, consumo de café, té o mate, uso de ciertos fármacos, entre otras. En pacientes febriles, la frecuencia de pulso aumenta en 10-15 latidos por cada grado de temperatura sobre los 37°C. Si no se cumple esta condición, se habla de una *bradicardia relativa*. La bradicardia relativa no es una bradicardia propiamente tal; en ella solo se pierde la relación mencionada entre la magnitud de la fiebre y la frecuencia del pulso. Se puede encontrar bradicardia relativa en patologías como la fiebre tifoidea.

La bradicardia se ve en pacientes vagotónicos y deportistas (fisiológica, por mayor eficiencia cardíaca), hipotiroidismo, síndrome de hipertensión endocraneana, enfermedad del nódulo sinusal, entre otros.

b) Ritmo

Fisiológicamente, el ritmo cardíaco es regular, con intervalos de tiempo similares entre las pulsaciones, pudiendo observarse algunas pequeñas variaciones en relación a los movimientos respiratorios.

La alteración del ritmo cardíaco se denomina arritmia. En arritmias como la fibrilación auricular, situación en la cual los volúmenes expulsivos son diferentes entre sí, existe la posibilidad de no lograr palpar algunos latidos a nivel periférico, registrando entonces una menor frecuencia cardíaca a la real. Por tanto, en esta situación el pulso debe ser examinado a nivel central, esto es, auscultando el corazón del paciente durante un minuto.

c) Amplitud

La amplitud depende del volumen expulsivo del corazón y del estado de la tensión de la pared. Se relaciona con la presión arterial diferencial del paciente.

En pacientes con volumen expulsivo aumentado (como es el caso de la insuficiencia aórtica), el pulso tendrá una gran amplitud y será fácilmente perceptible. Por el contrario, en pacientes con disfunción ventricular izquierda severa, en que el volumen expulsivo es muy pequeño, el pulso puede ser apenas perceptible. Existe una serie de otras situaciones clínicas que se acompañan de pulso amplio, que corresponden a estados circulatorios hiperquinéticos.

i

De forma operativa, la amplitud se puede definir como la facilidad con que se percibe la onda de pulso. Un pulso de amplitud aumentada puede percibirse a la inspección o solo apoyando la palma de la mano sobre la arcada radial.

d) Tensión

Se relaciona con la presión arterial diastólica. A la presión diastólica alta le corresponde un pulso duro, o sea, difícil de ocluir; a la presión diastólica baja le corresponde un pulso blando, o sea, fácil de ocluir.

i

De forma operativa, la tensión corresponde a la resistencia de la onda de pulso a ser ocluida; a mayor resistencia corresponde a un pulso de mayor tensión o dureza.

e) Simetría

Al examen físico general se debe palpar la simetría de los pulsos izquierdos y derechos, así como también la simetría entre los pulsos de las extremidades superiores e inferiores. Existen algunas patologías vasculares que pueden ser pesquisadas con esta simple maniobra de toma de pulsos. Por ejemplo, una estenosis de arteria subclavia generará una asimetría de los pulsos entre ambas extremidades superiores, y una coartación de la aorta torácica generará una asimetría de los pulsos entre extremidades superiores e inferiores.

2.2. Presión arterial

La presión arterial (PA) es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias. Tiene un componente sistólico y un componente diastólico. Esta presión está esencialmente determinada por la fuerza con la cual se contrae el ventrículo izquierdo y por la resistencia arteriolar existente. Una de las características de este proceso es la constante oscilación de la presión al interior de las arterias. La máxima presión alcanzada es concordante con el sístole ventricular, lo cual se

denomina *presión arterial sistólica* (PAS) y la mínima está en correspondencia con la diástole ventricular conocida como *presión arterial diastólica* (PAD).

La diferencia entre ambas presiones se conoce como *presión diferencial* o *presión de pulso*, la cual en condiciones fisiológicas, es de 40-60 mmHg. En algunas patologías, como la insuficiencia aórtica, se observa una gran presión diferencial, con PAS muy elevada y PAD muy baja, lo cual permite en clínica sospechar esta valvulopatía.

En la práctica clínica habitual se usa frecuentemente el concepto de *presión arterial media* (PAM), la cual no corresponde exactamente a una media aritmética entre la PAS y la PAD, sino que se obtiene a través de la fórmula:

$$PAM = PAD + (PAS - PAD) / 3$$

a) Valores de presión arterial

Por consenso en nuestro país, se define *hipertensión arterial* (HTA) en el adulto la presencia de una PAS mayor o igual a 140 mmHg y/o una PAD mayor o igual a 90 mmHg. Debe considerarse que este es un punto de corte arbitrario pues existe relación con el riesgo cardiovascular desde puntos de cortes más bajos aún, especialmente en pacientes con alto riesgo cardiovascular. Por ello, es fundamental determinar el nivel de riesgo total del paciente y no solo la medida de HTA para definir la actitud terapéutica adecuada; para ello deben utilizarse las tablas de estimación del riesgo cardiovascular. La clasificación de la PA medida y la clasificación de los distintos grados de HTA según la European Society of Hypertension (ESH) y el Joint National Committee 8 (JNC-8) para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la HTA se presentan en la **tabla 2**.

Tabla 2. Clasificación de PA medida y definición de los grados de HTA según ESH 2018 y JNC-8.

Categoría	Clasificación ESH 2018 (PAS/PAD en mmHg)	Clasificación JNC-8 (PAS/PAD en mmHg)
Óptima	< 120/80	-
Normal	120-129 y/o 80-84	< 120/80
Normal alta / pre-hipertensión	130-139 y/o 85-89	120-139 y/o 80-89
HTA grado/estadio 1	140-159 y/o 90-99	140-159 y/o 90-99
HTA grado/estadio 2	160-179 y/o 100-109	≥ 160 y/o ≥ 100
HTA grado 3	≥ 180 y/o ≥ 110	-
HTA sistólica aislada	≥ 140 y < 90	-

La *hipotensión arterial* se define como un registro de presión bajo 90 mmHg para la presión sistólica y/o bajo 60 mmHg para la diastólica. Se presenta de forma transitoria en situaciones como lipotimia, síncope o shock; puede presentarse de forma persistente en la enfermedad de Addison y en la caquexia.

La hipotensión postural u ortostática se define como la caída de más de 20 mmHg de presión sistólica al pasar de decúbito a posición de pie. Puede producirse por fármacos, compresión tumoral de la vena cava inferior, denervación simpática (p.e. en pacientes diabéticos), entre otros.

b) Medición correcta de la presión arterial

En la práctica clínica habitual, se dispone de diferentes equipos para la medición de la PA, desde los equipos tradicionales que utilizan medición con columnas de mercurio hasta equipos modernos digitales con medición automática. El esfigmomanómetro de mercurio es un instrumento para la medición indirecta de la PA, compuesto de una columna de mercurio que se conecta a un manguito,

el cual puede ser inflado mediante una pera de goma y desinflado mediante la apertura de su válvula. Se utiliza un tamaño de manguito apropiado para la circunferencia del brazo del paciente. La ESH recomienda la utilización de un esfigmomanómetro con manguito de presión estándar: 12-13 cm de ancho y 35 cm de largo. Para pacientes con un brazo de gran envergadura, deben utilizarse manguitos de hasta 16 cm de ancho y 40 cm de largo. Para pacientes con un brazo de pequeña envergadura, deben utilizarse manguitos desde 10 cm de ancho y 24 cm de largo. El esfigmomanómetro debe ser calibrado al menos 1 vez al año.

La validación del uso de equipos digitales para la medición de PA dependerá de su debida calibración y estandarización según los diferentes centros de salud. Especial cuidado debe ponerse en la utilización de sistemas de aneroide, es decir, con reloj, los cuales deben ser calibrados al menos cada 6 meses.

En la **tabla 3** se muestran las condiciones óptimas a considerar previo a la toma de la PA.

Tabla 3. Condiciones óptimas para tomar la PA en un paciente ambulatorio.

- Debe estar en un ambiente tranquilo, sin ruidos, con temperatura agradable
- Debe haber guardado reposo al menos 5 minutos previos a la toma de presión
- Debe haber orinado al menos una hora antes
- No debe fumar ni tomar alcohol o café en la hora previa
- No debe haber efectuado actividad física al menos 30 minutos previos
- Durante la toma de presión el paciente no debe hablar

La toma de PA puede efectuarse con el paciente sentado o acostado, para esto:

- Si el paciente se encuentra sentado, debe tener el dorso apoyado y los pies en el suelo. La extremidad superior deberá estar apoyada sobre una mesa con el brazo al nivel del corazón.
- Si el paciente se encuentra en decúbito supino, la extremidad superior debe quedar en extensión sobre la cama o camilla. Si procede, se debe colocar una almohada o similar, bajo el codo para mantener esta posición.

En ambos casos, la extremidad superior debe encontrarse libre de ropa para evitar mediciones alteradas de PA. Para una medición correcta de la PA, se debe poner atención a lo siguiente:

- 1) Ubicar la columna de mercurio visible a una altura que permita leer la graduación del instrumento, a nivel del corazón del paciente.
- 2) Posicionar el manguito en el brazo, 2-3 cm por sobre el pliegue anterior del codo, ubicando la marca del manguito

en la posición en que se palpe la arteria braquial de dicha extremidad, en la cara interna del brazo. De manera práctica para encontrarla, la arteria braquial se ubicará en la unión del tercio medio con el tercio interno del pliegue anterior del codo (**fig. 5**).

- 3) Ubicar mediante palpación la arteria radial de la extremidad a examinar.
- 4) Mientras se palpa el pulso radial se insufla aire a través de la pera de insuflación, para que la presión generada en el manguito comprima el brazo y por ende la arteria braquial, hasta alcanzar una presión de 30 mmHg por sobre aquella en la que desaparece el pulso radial.
- 5) Ubicar la membrana del fonendoscopio sobre la arteria braquial. No debe sujetarse el fonendoscopio con el manguito.
- 6) Desinsuflar el manguito lentamente mediante la apertura de la válvula de la pera de goma, a una velocidad de 2-3 mmHg/segundo, hasta la auscultación de la reaparición del latido, lo que corresponde a la fase I de los fenómenos de Korotkoff. El valor de PA observado en la columna de mercurio al momento de la auscultación del primer ruido de Korotkoff representa la presión arterial sistólica.
- 7) La desaparición de los ruidos corresponde a la fase V de los fenómenos de Korotkoff. El valor de PA observado en la columna de mercurio al momento de la auscultación de la desaparición de los latidos representa la presión arterial diastólica.
- 8) Idealmente, se debe medir la PA en ambos brazos. Puede existir una diferencia de hasta 15 mmHg entre la PA de am-

bos brazos: en este caso se debe considerar el valor más alto de PA como la cifra tensional del paciente.

9) Si se quiere volver a tomar la PA es conveniente esperar uno a dos minutos para insuflar nuevamente el manguito.

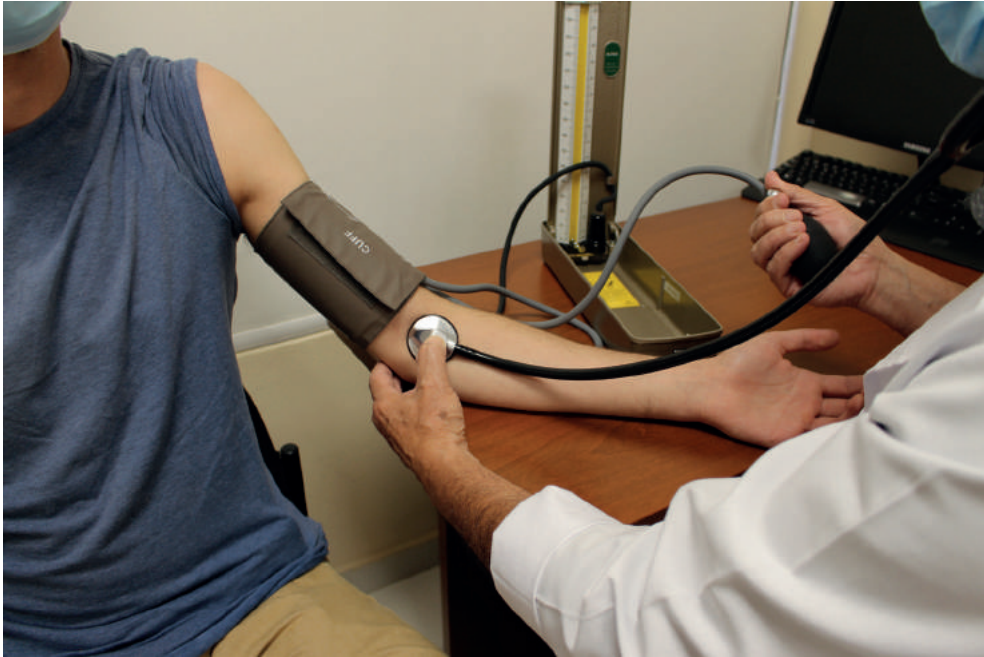


Figura 5. Posición del manguito para la toma de la presión arterial.

c) Fenómenos de Korotkoff

Los sonidos (o ruidos) de Korotkoff son los sonidos que se auscultan durante la toma y determinación de la PA por método indirecto. Se distinguen 5 fases:

- 1º fase: aparición brusca de ruidos claros que se intensifican.
- 2º fase: los ruidos se hacen más suaves y prolongados, con carácter de soplo.
- 3º fase: los ruidos vuelven a intensificarse y se hacen muy nítidos.
- 4º fase: los ruidos decrecen rápidamente de intensidad.
- 5º fase: desaparición de los ruidos.

d) Aproximación a la medición de PA en paciente ambulatorio

Cuando existen dudas sobre la verdadera PA de un paciente, por falta de concordancia entre las cifras obtenidas en domicilio y las objetivadas en control de salud, se puede recurrir al *monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA)* que corresponde a mediciones seriadas realizadas durante 24 horas continuas, proporcionando así un mayor número de mediciones de PA que la medición convencional en consulta.

El MAPA es una técnica de apoyo en clínica e investigación disponible, que surgió como consecuencia de la variabilidad de la PA y permite el reconocimiento más objeti-

vo de cifras tensionales del paciente en estudio. En la actualidad el MAPA es reconocido como la técnica más apropiada para el diagnóstico y seguimiento de la hipertensión arterial en la mayoría de las guías internacionales.

2.3. Respiración y ventilación

Involucra el intercambio gaseoso que comienza a nivel alveolo-capilar y termina a nivel celular.

a) Frecuencia respiratoria

La frecuencia normal es habitualmente de 12-20 respiraciones por minuto. Un aumento de la frecuencia respiratoria se denomina *taquipnea*, y aparece en la fiebre, anemia, insuficiencia cardíaca izquierda, ejercicio, entre otras. Por otro lado, la *bradipnea* corresponde a una frecuencia menor a 12 respiraciones por minuto.

b) Relación entre el sexo y el tipo de respiración

Es preferentemente torácica en la mujer y tóraco-abdominal en el varón. La alteración clara y evidente de este patrón pudiera corresponder a maniobra antálgica frente a afecciones que se acompañen de dolor abdominal en el varón o torácico en la mujer.

c) Amplitud de la respiración

La amplitud de la respiración depende de la magnitud de la excursión respiratoria. Se describe:

- *Hiperpnea*: corresponde al aumento de la amplitud respiratoria. Se presenta, entre otras situaciones, en crisis de pánico y en la respiración acidótica de Kussmaul, que corresponde a una ins-

piración amplia, profunda y ruidosa, seguida por una espiración corta y quejumbrosa. Esta última aparece en acidosis metabólica, diabética y urémica.

- *Hipopnea*: corresponde a una amplitud respiratoria disminuida. Puede constituir una maniobra antálgica.

d) Relación inspiración - espiración

La relación inspiración/espiración normal es de 5:6. En una obstrucción de la vía respiratoria alta, se prolonga la inspiración, y puede acompañarse de tiraje y cornaje. En el caso de una obstrucción de la vía respiratoria baja, se prolonga la espiración, y puede acompañarse de sibilancias como ocurre en el asma bronquial.

La respiración paradójica corresponde a un tipo patológico de respiración, en la que el abdomen se contrae durante la inspiración. Aparece frente a una inestabilidad torácica por fracturas costales o fatiga diafragmática.

2.4. Temperatura

La temperatura está regulada por el centro termorregulador del hipotálamo y es el equilibrio entre la producción (termogénesis) y las pérdidas (termólisis) del calor corporal. Normalmente, la temperatura es mayor cerca de las 20:00 horas, y es menor en la madrugada. Disminuye levemente durante el sueño.

La temperatura normalmente oscila, en la medición axilar, entre 36.2°C y 36.4°C de mínima y 36.6°C a 36.8°C de máxima. Puede variar en función de diversos factores: edad, sexo, clima, ingestión de alimentos y ejercicio. La temperatura bucal alcanza hasta 37,3°C y la rectal hasta 37,6°C.

Las variaciones patológicas de la temperatura pueden corresponder a:

- Hipotermia: temperatura axilar < 35,5°C.
- Fiebre: proceso de alza térmica que se acompaña de calofríos cuando el alza es brusca y de sudoración profusa con la remisión en minutos.

Para objetivar la temperatura se utiliza un termómetro clínico, graduado en centígrados (por lo general de 35°C a 42°C). Sin embargo, existe otros instrumentos de medición inmediata como, por ejemplo, el termómetro digital o el infrarrojo digital.

a) Sitios de examen de la temperatura

- Cavidad axilar: mantener el termómetro clínico durante 5 minutos con la axila seca. De estar húmeda, debe secarse suavemente.
- Cavidad bucal: mantener el termómetro durante 2 minutos.

- Cavidad rectal: temperatura superior a la temperatura axilar en 0.4°C a 0.6°C. La diferencia de temperatura axilo-rectal con temperatura rectal mayor a un grado de la temperatura axilar, puede reflejar un proceso inflamatorio abdominal o pelviano (p.e. apendicitis aguda).

b) Hora

En pacientes que cursan con fiebre es conveniente examinarla dos veces al día; en la mañana entre las 8 y las 9 horas, para apreciar la mínima, y en la tarde, entre 16 y 17 horas, para observar la máxima.

c) Variaciones de temperatura

La temperatura puede modificarse de manera localizada o generalizada. Ejemplos de cada una de estas situaciones están expuestos en la **tabla 4**.

Tabla 4. Variaciones de la temperatura.

Temperatura	Aumentada	Disminuida
Localizada	Inflamación local (p.e. celulitis)	Falta de irrigación (p.e. extremidad isquémica)
Generalizada	Fiebre	Hipotermia

d) Curvas febriles

Las variaciones de la temperatura sobre el nivel alto normal, dentro de un día y a lo largo de los días, determina las curvas febriles. Estas curvas pueden ser características en determinadas enfermedades. Según las va-

riaciones térmicas a lo largo de los días, se puede presentar las siguientes curvas febriles:

Fiebre continua (fig. 6). Presenta variaciones menores a un grado celsius en el día (p.e. durante la segunda semana de fiebre tifoidea).

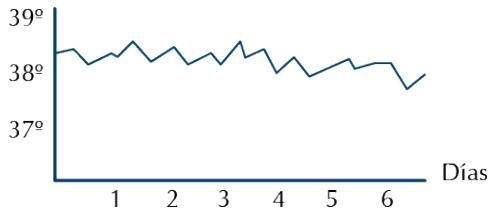


Figura 6. Fiebre continua.

Fiebre remitente (fig. 7). Presenta variaciones mayores a un grado celsius en el día, pero que no alcanzan a llegar al valor normal (p.e. fiebre tifoidea en la primera semana y en la última semana de su evolución natural o al inicio del tratamiento antibiótico).

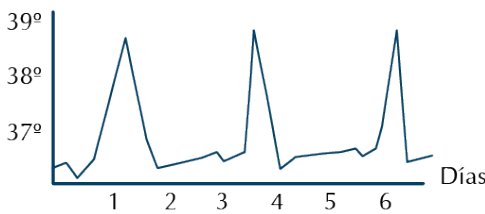


Figura 7. Fiebre remitente.

Fiebre intermitente (fig. 8). La temperatura alcanza valores normales y retorna a estados febriles (p.e. infección por citomegalovirus).

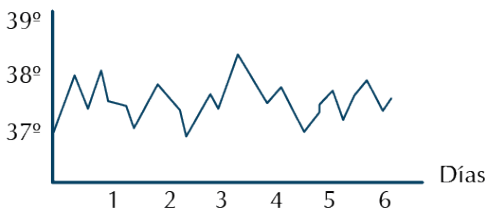


Figura 8. Fiebre intermitente.

Fiebre recurrente (fig. 9). Presenta variaciones entre estados febriles y no febriles en el

curso de días o semanas. Un tipo particular es la fiebre de curva ondulante: más frecuente en la noche que en el día y sin grandes variaciones de magnitud; habitualmente se acompaña de diaforesis (sudoración durante el sueño) (p.e. en linfoma y tuberculosis).

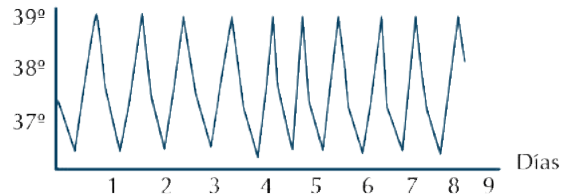


Figura 9. Fiebre recurrente.

Fiebre hética (fig. 10). Presenta variaciones muy bruscas de la temperatura en un día. Se acompaña de calofríos y sudoración. Se presenta clásicamente en procesos infecciosos abscedados, neumonía neumocócica y pielonefritis aguda.

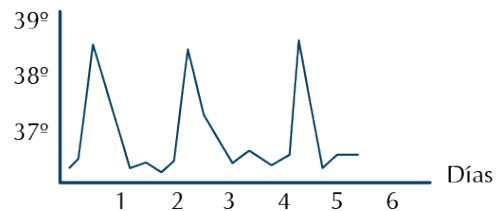


Figura 10. Fiebre hética.

e) Síndrome febril

La fiebre puede presentarse como un conjunto de síntomas y signos variables, constituyendo así un síndrome, que se manifiesta por una elevación patológica de la temperatura y alguna de las manifestaciones expuestas en la **tabla 5**.

Tabla 5. Síntomas y signos presentes en un paciente en estado febril.

Síntomas	Signos
Sensación febril	Facie febril
Calofríos	Aumento de la temperatura de la piel y sudoración
Cefalea	Lengua saburral, boca seca
Compromiso del estado general	Taquicardia
Sed	Polipnea
Anorexia	Disminución de la presión arterial
Polialgia	Soplo sistólico de eyección
	Orina escasa, oscura y discretamente espumosa

2.5. Oximetría de pulso

La oximetría de pulso representa la estimación de la saturación arterial de oxígeno en forma no invasiva, usando un oxímetro de pulso. Este último corresponde a un aparato de medición que utiliza dos emisores de luz y un receptor colocados habitualmente a través del lecho ungueal de un dedo de la mano, habitualmente el índice.

Los valores normales de saturación de O₂ están comprendidos entre 95-100%. Un valor < 90% se relaciona con presiones arteriales de oxígeno menores de 60 mmHg, por lo que tiene buena correlación con hipoxemia.

Para utilizar adecuadamente el oxímetro de pulso, se debe colocar el fotodiodo emisor de luz (luz roja) hacia el lecho ungueal y el fotodiodo receptor (que no emite luz) en el extremo totalmente opuesto, hacia el pulpejo del dedo. El oxímetro de pulso informará en su pantalla el valor de saturación de O₂, así como la frecuencia cardiaca del paciente.

3. Atributos que requieren al paciente descubierta en su totalidad o parcialmente

Se debe descubrir al paciente para examinarlo completamente. Si las condiciones ambientales no lo permiten, se debe descubrir parcialmente.

3.1. Linfáticos superficiales

El sistema linfático se compone de vasos linfáticos, donde fluye la linfa, y de ganglios linfáticos. Los ganglios linfáticos pueden ser superficiales o profundos, según sean accesibles a la palpación, y en algunos casos a la inspección.

Se deben explorar los ganglios superficiales de las siguientes regiones (**fig. 11**): suboccipital, preauricular, retroauricular, mastoidea, submaxilar, submentoniano, cervicales anterior y posterior, supraclavicular, axilar, epitroclear, inguinal, crural y poplíteo.

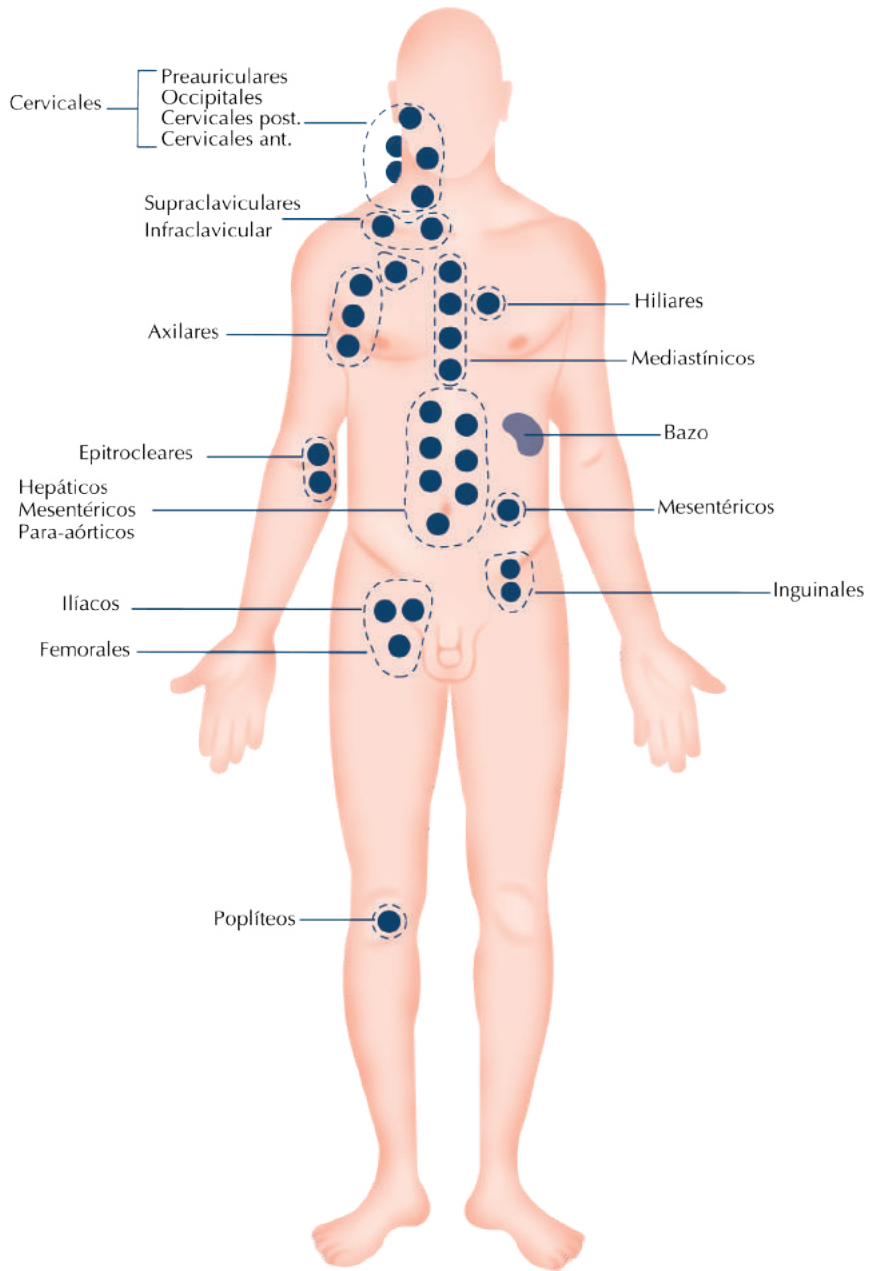


Figura 11. Grupos ganglionares superficiales y profundos.

El término adenopatías hace referencia a trastornos inespecíficos de los ganglios linfáticos. Frente a toda adenopatía palpable se debe señalar: localización (dónde se encuentra), morfología (forma), tamaño (su diámetro), número (cuántos), sensibilidad (doloroso o no a la palpación), consistencia (blando o duro), signos inflamatorios locales (eritema, aumento de la temperatura local), movilidad y adherencia a planos profundos, superficiales o entre sí, cuando son más de uno.

Según su agrupación, se distinguen adenopatías regionales y generalizadas. Las adenopatías regionales son aquellas que comprometen uno o dos grupos ganglionares contiguos, por ejemplo en infecciones localizadas. Las adenopatías generalizadas corresponden a tres o más grupos ganglionares, como en algunos tipos de neoplasias hematológicas.

Existen características clínicas que ayudan al médico a orientarse en la sospecha de una adenopatía sugerente de malignidad. Estas son alteraciones en la adherencia, consistencia y movilidad. Así, un ganglio neoplásico será un ganglio duro y adherido a planos profundos o superficiales. Por el contrario, un ganglio preferentemente inflamatorio será blando, no adherido a planos profundos y movilizable. Cabe aclarar que estas características no son absolutas, sino que representan una herramienta orientadora para la sospecha clínica, pero en ningún caso categóricas.

i

Corresponde destacar la adenopatía en el hueco supraclavicular izquierdo, que se presenta secundario a un adenocarcinoma de ovario o cáncer gastrointestinal. Esta adenopatía recibe el nombre de ganglio de Virchow-Troisier.

3.2. Piel y mucosas

En el examen general de la piel se explora el color, aspecto, humedad, untuosidad, turgor, elasticidad y temperatura.

a) Color

El color de la piel varía, normalmente, del claro al moreno, de acuerdo a la cantidad de pigmento existente. A su vez, en la piel clara, las variaciones desde el pálido hacia el rosado dependen del espesor de las capas superficiales de la epidermis, cantidad de pigmento sanguíneo y riqueza y plenitud de los capilares cutáneos.

Dentro de las variaciones anormales del color de la piel, destacan:

- **Palidez.** La piel puede parecer pálida, normalmente, cuando existe un grosor exagerado de las capas dérmicas o una pobreza de capilares cutáneos. El examen de la mucosa conjuntival y bucal, del lecho ungueal y de las zonas en que la piel es de poco espesor, como el lóbulo de la oreja, ayudan a diferenciar la palidez normal de la patológica. Esta última puede deberse a anemia, vasoconstricción capilar o a una combinación de ambos factores.
- **Rubicundez.** Esta puede deberse a: piel fina, transparente; vasodilatación periférica; aumento de la hemoglobina sanguínea. Puede ser localizada o generalizada, transitoria o permanente. Puede ser constitucional o bien debido a una reacción emocional, a la variación de la temperatura o injuria tisular.

- **Cianosis.** Es la coloración azulada de la piel y las mucosas debida al aumento absoluto de la hemoglobina reducida en la sangre capilar periférica sobre 5 g/dL, o por la presencia de un derivado de la hemoglobina (meta y sulfohemoglobina).
- **Ictericia.** Es la coloración amarilla de la piel y mucosas por aumento del pigmento biliar en la sangre. Se hace evidente a la inspección cuando la bilirrubinemia total sobrepasa los 2-3 mg/dL.
- **Melanodermia.** Se denomina así al tinte negruzco que adquiere la piel por aumento del pigmento melánico. Se la observa normalmente en los pezones, en la línea media umbilical, en los genitales y alrededor de algunos de los orificios naturales. La melanodermia patológica, en cambio, suele observarse en enfermedades endocrinas, trastornos metabólicos o hematológicos y por consumo de medicamentos.
- **Hemocromatosis.** Es la pigmentación bronceada de la piel debida a depósitos de hemosiderina. Se presenta como un trastorno congénito acompañado de diabetes, alteraciones hepáticas y genitales, en el síndrome de hemocromatosis o diabetes bronceada.
- **Albinismo.** Es la ausencia de pigmentos de la piel, de origen congénito. En este trastorno la piel y el pelo son blancos y el iris rosado o azulado.
- **Leucodermia.** Son manchas blancas adquiridas a veces a causa de un proceso local (p.e. cicatrices de heridas).
- **Vitiligo.** Es una enfermedad autoinmune

que provoca despigmentación de la piel en ciertas áreas, tornándolas blancas o más claras. Se localiza en cualquier región, con alguna simetría.

b) Humedad y untuosidad de la piel

La *humedad* de la piel depende, en parte, de la secreción de las glándulas sudoríparas. Cuando es excesiva se llama hiperhidrosis, y está presente en el hipertiroidismo y la fiebre; en cambio, la ausencia de secreción se denomina anhidrosis, que puede producirse por lesión de la inervación simpática. Por otra parte, la sequedad de la piel se encuentra en personas mayores, en la deshidratación, diabetes y esclerodermia.

La *untuosidad* se refiere a la condición oleosa de la piel por efecto de las glándulas sebáceas.

c) Turgor y elasticidad de la piel

El *turgor* se relaciona principalmente con el estado de hidratación epidérmico. Se investiga haciendo un pliegue superficial, en sitios donde la piel es más delgada, como en el antebrazo o bajo la clavícula (**fig. 12**). Si se forma el pliegue y luego desaparece al soltarlo, el turgor es normal. Si no se forma el pliegue, el turgor está aumentado por exceso de hidratación de la epidermis, como es el caso del edema.

La elasticidad se relaciona con el estado y funcionalidad de las fibras elásticas de la dermis. Se explora haciendo un pliegue en todo el espesor de la piel, en sitios en donde la piel es más gruesa (p.e. del abdomen), y luego, soltándolo (**fig. 13**). La *elasticidad* es normal si el pliegue desaparece, pero si éste se mantiene, la elasticidad está disminuida.



Figura 12. Exploración del turgor de la piel en el antebrazo.



Figura 13. Exploración de la elasticidad de la piel.

i

El edema permite diferenciar el turgor de la elasticidad. En él, no se puede hacer el pliegue superficial por sobre hidratación de la epidermis, y el pliegue de todo el espesor de la pared no puede volver al estado original porque las fibras elásticas están fijas por el edema. Así, en el edema el turgor está aumentado y la elasticidad disminuida.

d) Temperatura de la piel

En los procesos inflamatorios de la piel o en sus vecindades aumenta la temperatura local de ella. Se la debe estimar siempre palpando, con el dorso de la falange media de los dedos medio o índice.

Al palpar zonas frías, éstas pueden corresponder a zonas con falta de irrigación, sobre todo en extremidades inferiores, junto con los pulsos distales disminuidos. Lo anterior puede evidenciarse en la diabetes mellitus, debido a la microangiopatía que la caracteriza. El hallazgo de zonas calientes a la palpación pueden corresponder a inflamación localizada.

e) Lesiones elementales de la piel

Son los elementos morfológicos esenciales que forman la base de los distintos cuadros dermatológicos. Existen lesiones elementales primarias, que son aquellas que aparecen sobre la piel normal, y lesiones elementales secundarias, que derivan de las primarias.

Las lesiones elementales primarias pueden evidenciarse como alteraciones del color de la piel (de origen vascular o pigmentario), lesiones sólidas, de contenido líquido y soluciones de la continuidad. Se detallarán en el Capítulo XXI: Semiología dermatológica.

3.3. Fanéreos

a) Pelo

En relación a las características del pelo, se debe describir: su distribución, consistencia, untuosidad y cantidad.

La distribución del pelo, diferente en el hombre y en la mujer, constituye uno de los caracteres sexuales secundarios. El aumento del desarrollo piloso se llama hipertrichosis, y la disminución, hipotrichosis.

Se denomina alopecia, en cambio, a la falta patológica de pelos. Esta ausencia puede ser congénita o adquirida, localizada o difusa. La alopecia circunscrita se observa como consecuencia de traumatismo, acción de radioterapia o afecciones de la piel. La alopecia difusa puede ser secundaria al uso de fármacos o enfermedades sistémicas como el lupus eritematoso sistémico.

Otra alteración del pelo corresponde al hirsutismo, signo de hiperandrogenismo en que existe la presencia de vello terminal en zonas andrógeno-dependientes en la mujer.

b) Uñas

En el examen de uñas se debe explorar su color, forma, consistencia y grosor.

El color depende del color del lecho ungueal. Es pálido en las anemias y azulado en la cianosis. Cabe destacar que el lecho ungueal puede ser asiento de hemorragias capilares presentes en sepsis y en endocarditis bacteriana (“hemorragia en astilla”).






En cuanto a la forma, las alteraciones más importantes son la uña en vidrio de reloj y la uña en cuchara (coiloniquia). La uña “en vidrio de reloj” se aprecia de convexidad exagerada y acompaña o precede al dedo hipocrático o “en palillo de tambor”, que se ve en

condiciones de hipoxemia crónica. La uña “en cuchara”, de aspecto cóncavo, se observa en algunas anemias ferropénicas. Algunas otras alteraciones de la forma se presentan en la **tabla 6**.

Cabe destacar un signo clásico en la semiología, el signo del pulso capilar (“de Quinke”), presente en pacientes con insufi-

ciencia aórtica. Se busca presionando sostenidamente la parte más apical de la uña del paciente con la uña del examinador para desplazar el riego sanguíneo del lecho ungueal desde la zona apical a la zona proximal de la uña. Si se produce un cambio de color en el lecho ungueal con una fluctuación que sigue las del pulso arterial, el signo es positivo.

Tabla 6. Alteraciones comunes de las uñas.

Alteración	Características	Patología asociada	Imagen
Uña en vidrio de reloj	Aumento de la convexidad de la uña, asociada a una falange distal más gruesa (en palillo de tambor)	Patologías que cursan con hipoxemia crónica	
Coiloniquia	Uña cóncava, o en cuchara	Anemia ferropénica, hemocromatosis, acromegalia y pacientes en diálisis	
Hemorragia en astilla	Hemorragia capilar por microembolias	Endocarditis bacteriana	
Onicomycosis	Uña deformada, amarillenta, deformada y gruesa	Infección micótica	
Leuconiquia	Pigmentación blanca, total o parcial, de la uña. Puede presentarse en forma estriada o puntiforme	Traumatismos, psoriasis, fármacos	

4. Atributos que requieren al paciente de pie

Los atributos del examen físico general que requieren que el paciente esté de pie son: la posición de pie, la deambulación, el estado nutritivo (peso, talla y la determinación del índice de masa corporal).

4.1. Posición de pie: actitud o postura

Corresponde a la postura que se adopta al estar de pie. Los factores que influyen especialmente en esta son: el dolor, las afecciones osteoarticulares, musculares y del sistema nervioso.



La posición normal se describe como erecta, sin oscilaciones y sin aumento de la base de sustentación.

La posición de pie puede modificarse en presencia de dolor. Es así como el dolor abdominal intenso puede provocar la flexión del cuerpo hacia adelante, los dolores torácicos hacia el lado afectado, y la lumbalgia (dolor referido a la región lumbar) provoca una ligera extensión hacia atrás, con cierta rigidez.

Cabe destacar la alteración de la posición de pie en la enfermedad de Parkinson, en la cual el paciente en posición de pie presenta inestabilidad, por lo cual aumenta la base de sustentación separando los pies, acompañada de temblor de intensidad variable.

4.2. Deambulación: marcha

En relación con la marcha, se debe evaluar su patrón: dirección de la marcha, cadencia (regularidad de los pasos), estabilidad del paciente, largo de los pasos y braceo. Entre las marchas patológicas se encuentran:

- *Marcha hemipléjica orgánica*. También llamada “en guadaña”. En pacientes hemipléjicos, para no tropezar con el pie paralizado, el enfermo se apoya en la pierna sana, inclinando el tronco ligeramente sobre este lado sano y hace que la pierna paralizada pendule y avance, describiendo un arco de círculo. Se distinguen a su vez:
 - Hemipléjico espástico: levanta la punta del pie afectado y se contornea para avanzar, mediante pasos pequeños.
 - Hemipléjico histérico: arrastra linealmente el pie afectado (marcha en daga).
- *Marcha parkinsoniana*. El paciente camina a pasos cortos, sin braceo, arrastrando los pies, el cuerpo encorvado con tendencia a la propulsión, la facie casi inexpresiva, los brazos entrecruzados sobre el epigastrio con temblor de los dedos como contando monedas. Cabe destacar que los movimientos del paciente con enfermedad de Parkinson están enlentecidos.
- *Marcha equina*. También llamada “en steppage”. Al elevarse la pierna del suelo, en lugar de flexionarse el pie ligeramente como en el paso normal, queda extendido, colgando, y el enfermo, para no tropezar con la punta inerte del mismo, levanta excesivamente la pierna y deja caer de plano el pie sobre el suelo, como azotándole.
- *Marcha atáxica*. Por falta de coordinación de los movimientos; a cada paso los pies son lanzados con violencia excesiva y trayectoria exagerada, como para iniciar un puntapié, cayendo violentamente también sobre el suelo, el que es golpeado por el talón. El pacien-

te, en las fases avanzadas, se ve obligado a mirar al suelo para controlar con la vista los movimientos desordenados.

- *Marcha cerebelosa.* Ocurre en alteraciones de la función cerebelosa. Es similar a la marcha titubeante del ebrio, con aumento en la base de sustentación y de recorrido zigzagante.

4.3. Estado nutricional

Al describir la constitución del individuo, resulta de relevancia los caracteres anatómicos, fisiológicos y psíquicos. Para ello, existen varias clasificaciones que, a pesar de los diferentes nombres, tienen algo de común: la mayoría de ellas considera un tipo central o normal y desviaciones a extremos. Clásicamente, se describe la clasificación de Sheldon, que agrupa a los individuos según el predominio de las tres etapas de su desarrollo embrionario, es decir, del endodermo, mesodermo y ectodermo. Así, hay individuos endomorfos, mesomorfos y ectomorfos:

- *Mesomorfo.* Desarrollo armónico, proporcionado, de estatura media, compleción vigorosa, fuerte y atlético.
- *Ectomorfo.* Delgados y con extremidades largas, poco musculosos.
- *Endomorfo.* Cabeza y cuello corto y grueso, tórax redondeado, abdomen voluminoso y extremidades cortas.

Por mucho tiempo se asoció los diferentes tipos constitucionales a mayor frecuencia de determinadas afecciones, pero posteriormente se comprobó que no existe evidencia al respecto, por lo que la caracterización solo se agraga como antecedente histórico.

El estado nutricional de un individuo depende de muchos factores, por lo que no se pue-

de evaluar completamente con el examen físico general. Uno de los parámetros que se utiliza para obtener una evaluación parcial del estado nutricional, es el índice de masa corporal (IMC), que relaciona la talla (en metros) con el peso del paciente (en kilogramos). Este método no considera la distribución de grasa corporal. Se calcula utilizando la siguiente fórmula:

$$IMC = \frac{\text{Peso [kg]}}{\text{Altura [m}^2\text{]}}$$

La **tabla 7** muestra una aproximación al estado nutricional mediante el IMC.

Tabla 7. IMC y estado nutricional.

Estado	IMC
Bajo peso	<18,5
Normal	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25 – 29,9
Obeso	>30
Obeso mórbido	>40

Para una correcta medición del peso, que mide la masa corporal total de un individuo, este debe tomarse con la menor cantidad de ropa posible para no sobreestimarlos. Debe realizarse de pie con una balanza calibrada. Para evaluar correctamente la talla, el paciente debe ubicarse erguido, a espaldas del estadiómetro, en el plano de Frankfort, con los brazos al lado del cuerpo. La medición se hará desde los talones y hasta la coronilla.

El perímetro o circunferencia de cintura, predictor de riesgo cardiovascular y composición corporal general, debe medirse con una cinta métrica a nivel de la línea medio axilar, en el punto medio entre la cresta ilíaca y el reborde costal. El paciente debe estar de pie, los brazos a los lados y el abdomen relajado, al final de una espiración normal.

Se recomienda realizar dos mediciones que luego deben ser promediadas. En Chile, se considera punto de corte mayor a 90 y 80 cm para hombres y mujeres, respectivamente.

Otras mediciones que usualmente no se realizan en la consulta médica general, son la medición de la masa grasa y masa magra, a través de métodos doblemente indirectos como la bioimpedanciometría o la medición de pliegues cutáneos.

Bibliografía

Evidence Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA 2014.

Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2019; 72(2): 160.e1-e78.

Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o esencial en personas de 15 años y más, MINSAL, 2010.

Palacios S, Álvarez C, Schönfeldt P, Céspedes J, Gutiérrez M, Oyarzún M. Guía para realizar oximetría de pulso en la práctica clínica. Rev. chil. enferm. respir. 2010;26(1):49-51.

Capítulo VI



Examen físico de cabeza y cuello

GINO MARISIO LUENGO

Otorrinolaringólogo

Jean Léo Testut Deynat (1849-1925)

Fue un médico francés, profesor de Anatomía de la Facultad de Medicina de Lyon desde 1886 hasta 1919, miembro de la Academia Francesa de Medicina y presidente de la Asociación Mundial de Anatomistas. Dentro de su prolífico legado, que incluyó publicaciones de anatomía, antropología e historia, destacó su monumental *Tratado de Anatomía Humana*, publicado inicialmente en 1887 y posteriormente revisado y complementado por su discípulo André Latarjet. A través de dicha obra, aún vigente tras más de 130 años, ha contribuido a la formación de generaciones de médicos en todo el mundo, incluidos la mayor parte de los autores de este libro.



CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

I. INTRODUCCIÓN	85	III. EXAMEN FÍSICO DEL CUELLO	92
II. EXAMEN FÍSICO DE LA CABEZA	85	1. Posición	92
1. Cráneo	85	2. Movilidad	92
1.1. Inspección	85	3. Forma	93
1.2. Palpación	85	4. Aumentos de volumen	93
2. Cuero cabelludo	85	4.1. Cuello lateral	93
3. Frente	86	4.2. Línea media	94
4. Ojos	86	4.3. Cualquier ubicación	94
5. Nariz	86	5. Piel	94
6. Boca	86	5.1. Cicatrices	94
6.1. Labios	86	5.2. Cambios de color	94
6.2. Mucosa bucal	87	5.3. Orificios fistulosos	94
6.3. Encías	88	6. Glándula tiroides	95
6.4. Dientes	88	7. Ganglios	95
6.5. Lengua	88	Bibliografía	96
6.6. Glándulas salivales	91		

I. INTRODUCCIÓN

El examen de cabeza y cuello, sin duda, reporta innumerable signología y se inicia con la inspección, apenas se toma contacto con el paciente y se lleva a cabo la anamnesis. Los hallazgos a consignar no solo dependen de patología primaria originada en la cabeza y el cuello, sino que esta región es también asiento de numerosas manifestaciones de enfermedades sistémicas o incluso originadas en sistemas u órganos anatómicamente alejados.

II. EXAMEN FÍSICO DE LA CABEZA

1. Cráneo

1.1. Inspección

En la inspección se debe evaluar la forma y el tamaño de la cabeza. Según el índice cefálico, que es la relación entre los diámetros transversal y anteroposterior multiplicado por 100, se describen 3 tipos de cráneos en relación a su forma (**fig. 1**): el mesocéfalo (*meso-*, medio) con índice entre 75 y 80; el dolicocefalo (*dolichos-*, largo; más frecuente en leptosómicos) con índice menor de 75 y el braquicefalo (*brakys-*, corto; más frecuente en pícnicos) con índice sobre 80.

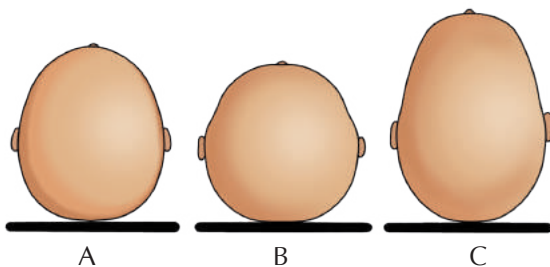


Figura 1. Tipos de cráneo en relación a su forma: A. Normal, B. Braquicefalia, C. Dolicocefalia.

En cuanto al tamaño, se describen macrocefalias y microcefalias. La macrocefalia es un aumento extraordinario del cráneo que se presenta en hidrocefalia (congénita o adquirida secundaria a trastornos de la circulación del líquido cefalorraquídeo) y por aumento del espesor óseo (en el adulto, secundario a acromegalia por hiperfunción de la hormona de crecimiento o por enfermedad de Paget). La microcefalia corresponde a la disminución global del tamaño del cráneo, y puede ser consecuencia del poco desarrollo cerebral o del cierre precoz de las fontanelas.

La inspección puede entregar información en relación a movimientos anormales de la cabeza. Pueden existir movimientos rítmicos en sentido anteroposterior o lateral que pueden verse en la insuficiencia aórtica, lo que se conoce como signo de Musset. También pueden existir movimientos arrítmicos que se presentan especialmente en los niños, en el corea menor (o de Sydenham), el cual puede observarse en la fiebre reumática. En la inspección de la cabeza igualmente pueden reconocerse temblor senil o de intención (frecuente de ver en Parkinsonismo), así como tics.

1.2. Palpación

La palpación del cráneo permite reconocer la presencia de edema, enfisema, hematoma, tumores y quistes de sus partes blandas. Es de suma importancia en semiología quirúrgica para el diagnóstico de fracturas, y en pediatría para el reconocimiento del estado de las fontanelas.

2. Cuero cabelludo

Debe consignarse las alteraciones cuantitativas del cabello, como la calvicie (caída difu-

sa del cabello asociada a la edad y de fuerte componente hereditario), así como formas de alopecia, en que existe una caída transitoria, eventualmente reversible, secundaria a infecciones micóticas (tiña), mesenquimopatías (p.e. lupus eritematoso sistémico), drogas (p.e. quimioterapia), sífilis secundaria, nerviosas (alopecia nerviosa, tricotilomanía), ac-tínica (secundaria a radioterapia), entre otras.

3. Frente

Corresponde a la zona comprendida entre la línea de implantación del cabello y las cejas. Normalmente es amplia y despejada. La frente muy amplia se llama *frente olímpica* y puede ser un signo de sífilis congénita, raquitismo, hidrocefalia de la infancia, o ser solamente una forma constitucional o familiar. Aumentos de volumen localizados en la frente de consistencia ósea pueden revelar patología de senos paranasales, como mucocelos, tumores óseos o neumosinus.

Las arrugas de la piel de la frente traducen estados de ánimo y el borramiento de ellas en un lado se presenta en la parálisis facial periférica, en contraposición con la parálisis facial central, en que las arrugas de la frente están conservadas.

4. Ojos

El examen ocular general incluye la evaluación de las cejas, párpados, conjuntivas y del globo ocular. Su descripción así como el resto de la exploración del examen físico ocular serán abordados en el *Capítulo VIII: Semiología oftalmológica*.

5. Nariz

Se debe examinar su forma, tamaño, color, movimiento de las alas nasales y su capacidad funcional, respiratoria y olfatoria. Su exa-

men se describirá con detalle en el *Capítulo VII: Semiología otorrinolaringológica*.

6. Boca

La exploración de la boca se efectúa mediante la inspección y palpación. La percusión solo se utiliza para explorar la sensibilidad de los dientes. La inspección requiere una buena iluminación y el uso de bajalengua. La iluminación puede ser con luz natural o artificial, esta última en forma directa, o bien, reflejada por un espejo frontal. Para examinar el piso de la boca se usa un procedimiento bimanual, un dedo en la cavidad bucal y el otro por fuera, en la región suprahioidea.

Dentro de la exploración de la boca, se debe examinar: los labios, la mucosa bucal, las encías, los dientes, la lengua, el paladar, el velo del paladar y las glándulas salivales.

6.1. Labios

Forma. Se podrán pesquisar defectos congénitos como el labio leporino, caso en el que puede observarse una discontinuidad en el perfil del labio, uni o bilateral, que puede extenderse al paladar óseo y blando, pudiendo incluso comprometer la dentadura. En pacientes sometidos a cirugía reconstructiva se observará una cicatriz donde se encontraba el defecto. La asimetría, por desviación de la comisura bucal, se presenta en los casos de parálisis facial central o periférica. En este último caso, aislada en la región labial es común que se presente como secuela de cirugía de parótida o glándulas submaxilares.

Los labios aumentan de volumen por la presencia de edema. Un edema circunscrito del labio puede ser secundario a un proceso inflamatorio local (p.e. forúnculos, picaduras de insectos) o a un angioedema. Los labios también pueden aumentar de volumen en los edemas generalizados.

Color. Habitualmente son de color rosados. Su color cambia a azulado en la cianosis y a pálido en caso de anemia. Labios intensamente rojos pueden observarse en reacciones alérgicas alimentarias, asociados a cambios en la piel perioral, así como en pacientes pediátricos en la enfermedad de Kawasaki o en el síndrome inflamatorio multisistémico (PIMS) por SARS-COV-2.

Aspecto. En los estados infecciosos los labios pueden resquebrajarse y cubrirse de costras oscuras llamadas fuliginosidades. La aparición en los labios de unas pequeñas vesículas sobre una base inflamatoria que luego se rompen y forman una costra corresponden a un herpes labial, lo que suele presentarse en un estado de inmunodepresión y en neumonía neumocócica. El ángulo labial puede ser asiento de ulceraciones cutáneas, con aparición de fisuras o costras, habitualmente dolorosas, que pueden originarse en avitaminosis, infecciones micóticas (p.e. *Candida*), así como procesos que determinen una acumulación persistente de la saliva en la piel circundante (p.e. trastornos neurológicos con alteración de la deglución y sialorrea secundaria). La exposición solar puede producir cambios actínicos, especialmente en la coloración de los labios, además de aumentar su consistencia (labios acartonados). Lesiones mal circunscritas, solevantadas, ulceradas, sangrantes de semanas de evolución, especialmente si son de labio inferior, son altamente sospechosas de patología maligna (fig. 2).

6.2. Mucosa bucal

Cambios de color. Habitualmente rosada, se la ve pálida en las anemias y con manchas apizarradas en la enfermedad de Addison, lo que se conoce como melanoplaquias. Deberá tenerse en cuenta, también, que es en la



Figura 2. Carcinoma de labio inferior (Cortesía de Dr. Joaquín Ulloa).

mucosa bucal donde se manifiesta precozmente el color amarillento en las ictericias, especialmente en el piso de la boca, en la mucosa sublingual.

Enantema. Corresponde al exantema de la mucosa bucal y faríngea el cual puede encontrarse en enfermedades como la escarlatina, sarampión o varicela. En estos casos la mucosa se observa de color rojo escarlata. En el sarampión, en el período de invasión, aparecen en la cara interna de los labios y mejillas, frente a los primeros molares, unas manchas blanquecinas rodeadas de una aureola roja, las llamadas manchas de Koplik, de importancia semiológica por su aparición precoz.

Estomatitis. Corresponde a la inflamación de la mucosa bucal, caracterizándose como un enrojecimiento o rubicundez de la mucosa (estomatitis catarral) o como la formación de ulceraciones (estomatitis ulcerosa). La causa más frecuente de estomatitis es la infección microbiana. Las estomatitis se pueden acompañar de síntomas locales como dolor, halitosis, salivación abundante o sialorrea, trastornos del gusto, y de síntomas generales como inapetencia, fiebre o adenopatía submaxilar. El *muguet* es una forma de estomatitis micó-

tica por *Candida albicans* muy frecuente en el lactante, pero se le observa también en el adulto, en el curso de enfermedades que comprometen gravemente el estado general o durante terapia antibiótica.

Aftas. En ciertos casos aparecen en la mucosa bucal y en la lengua pequeñas vesículas que se rompen y que dejan úlceras dolorosas llamadas aftas, de color blanquecino nacarado. Pueden ser de origen alérgico, por infecciones virales o mesenquimopatías. Asociadas a fiebre cíclica, faringitis y adenopatías hacen sospechar el síndrome de PFAPA (acrónimo en inglés de fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis y adenitis).

Mucoceles. Corresponden a aumentos de volumen localizados de aspecto quístico que pueden surgir de la obstrucción de los conductos de las glándulas salivales menores distribuidas por toda la mucosa oral, siendo más frecuentes en el labio inferior. La ránula corresponde a un mucocele que se desarrolla en el piso de la boca, que adopta la forma de una masa blanda, prominente y depresible.

6.3. Encías

Se las puede encontrar rojizas, engrosadas, cubiertas con exudados o con ulceraciones. Una gingivitis muy corriente es la tartárica, producida por el sarro dentario. En la hipovitaminosis C como solía verse en el escorbuto, las encías están rojas, edematosas y sangran fácilmente. Las encías pueden sangrar, igualmente, en cualquiera de los estados hemorrágicos (p.e. trombopenias). El borde gingival puede mostrar un ribete color azul pizarra en casos de intoxicación por plomo (ribete de Burton). Asociado a pus y movilidad anormal de los dientes, puede reflejar una periodontitis (piorrea).

6.4. Dientes

Debe consignarse su número, forma de implantación, malformaciones y existencia de lesiones:

- En cuanto al número, debe tenerse en cuenta que la primera dentición se compone de 20 piezas; la segunda (definitiva o del adulto), de 32.
- Según su implantación, puede haber anteversión, retroversión, lateroversión y trasposición o alteración en la colocación de las piezas ordenadamente.
- Entre las malformaciones, la de mayor interés semiológico general es la llamada dientes de Hutchinson, que se presenta en la sífilis congénita, además se la observa en los incisivos medio superiores de la segunda dentición. Estos dientes presentan erosiones en el esmalte y una escotadura semilunar a nivel del borde libre. Además, los bordes laterales son oblicuos y convergentes hacia el borde libre (dientes en destornillador, más anchos en el cuello).
- La lesión adquirida más frecuente de los dientes es la caries, de etiología compleja, en la cual participan la infección y trastornos metabólico-endocrinos.

6.5. Lengua

La lengua normalmente es rosada, papilada y húmeda, cubierta frecuentemente por una ligera capa de color blanquecino.

De una forma ordenada pueden dividirse las alteraciones de la lengua de la siguiente manera:

a) Cambios de color normal de la lengua

Lengua saburral. Se la llama saburral cuando está recubierta de una capa más o menos

gruesa de color blanco-grisáceo. Esta capa de saburra se debe a la descamación del epitelio y desaparece con la masticación y formación del bolo alimenticio.

Lengua tífica. Roja en la punta y los bordes, y saburral en el dorso. Esta descripción difiere del de la lengua de otros estados febriles en que se presenta una saburra lingual uniforme e intensa.

Lengua fuliginosa. Rojo oscuro sobre un fondo saburral. Se la observa en caquexias graves.

Lengua azulada. Se la encuentra en el cor pulmonale, insuficiencia circulatoria grave y lesiones cardíacas congénitas.

Lengua negra. La lengua negra puede apreciarse en pacientes en tratamiento con sales de bismuto orales.

Sequedad. La sequedad aparece en: estados febriles, estados acompañados de deshidratación, exceso de dosis de atropina u otros anticolinérgicos, grandes fumadores, síndrome urémico avanzado, síndrome de Sjögren y en pacientes con obstrucción nasal crónica, que deben respirar con la boca abierta (p.e. por poliposis o tumores nasosinusales).

b) Cambios de aspecto de la lengua

Lengua fisurada o escrotal. Se ve a este órgano lleno de ranuras en el borde y en el dorso. Se la encuentra en el síndrome de Down.

Lengua geográfica (fig. 3). Principalmente en los bordes aparecen zonas extensas e irregulares, más definidas, lisas y rojas que el resto de la mucosa; los bordes de estas manchas son amarillentos. Se presenta en personas sa-

nas como variante anatómica o en pacientes con sífilis.

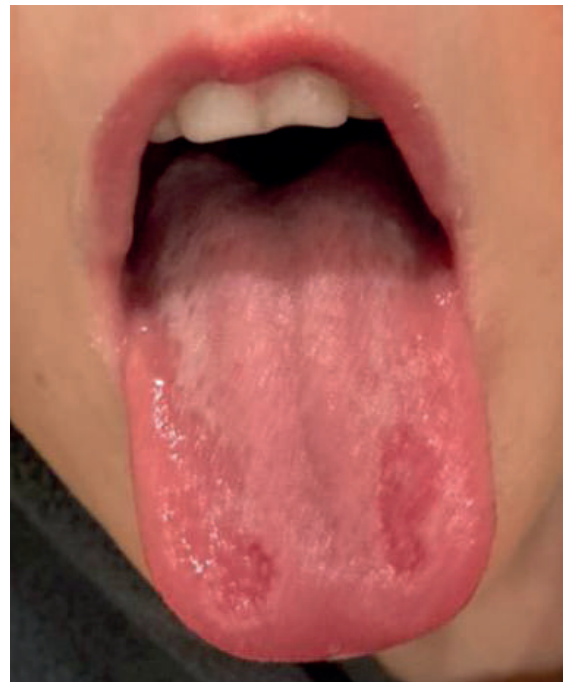


Figura 3. Lengua geográfica (Cortesía de Dr. Joaquín Ulloa).

Lengua depapilada. Existe una pérdida de las papilas gustativas, dándole un aspecto liso a su superficie. Es observable en algunas anemias megaloblásticas como la anemia perniciosa y en pacientes usuarios de prótesis dentales.

Lesiones mucosas (fig. 4). La lengua puede ser asiento de lesiones neoplásicas benignas como malignas. Se pueden observar lesiones francamente tumorales, ulceradas o exofíticas que pueden corresponder a cáncer de lengua. Es posible observar igualmente leucoplaquias (lesiones blanquecinas) y eritroplaquias (lesiones eritematosas) que suelen ser sospechosas de malignidad.



Figura 4. A. Leucoplaquia lingual, en borde libre izquierdo de la lengua. Si bien son en su mayoría hiperplasias epiteliales no neoplásicas, pueden corresponder a neoplasias malignas que deben ser biopsiadas. B. Lesión ulcerada, cubierta por fibrina y tejido necrótico, que corresponde a un carcinoma escamoso de lengua (Cortesía de Dr. Diego Navarro y Dra. Josefa Quezada).

c) Alteraciones del tamaño de la lengua

Macroglosia. Corresponde al aumento global del tamaño de la lengua. El órgano lingual está infiltrado, edematoso y pende fácilmente fuera de la boca. Puede observarse en el mixedema, acromegalia, amiloidosis y neoplasias infiltrantes de la lengua. También puede ser constitucional en el síndrome de Down.

Microglosia. Corresponde a la disminución global del tamaño de la lengua. La atrofia hemilateral se presenta en las lesiones del nervio hipogloso (XII par) asociada a parálisis, en la cual la lengua se tuerce hacia el lado paralizado al protruirarla. El interés de la atrofia reside en el hecho que su presencia y ausencia indica si la lesión que produce la parálisis del XII par es nuclear o supranuclear (cortical). Si es supranuclear, hay parálisis sin atrofia; si es nuclear o infranuclear, hay parálisis y atrofia.

d) Otras alteraciones

Temblor lingual. En esta alteración toda la lengua tiembla; al mismo tiempo, ejecuta movimientos desordenados, lo más frecuentemente de protrusión y retropulsión (signo llamado de la lengua en trombón). El temblor lingual se presenta en alcoholismo, temblor senil, hipertiroidismo y en epilepsia.

Dolores linguales. Especialmente notoria es la sensación de quemadura o ardor en la lengua que se ve en las glositis. Entre éstas se destacan la glositis de Hunter de la anemia perniciosa, en que la lengua aparece roja, lisa y con atrofia papilar. Otra glositis de interés es la asociada a anemia y disfagia, que se observa en el llamado síndrome de Plummer-Vinson, que es secundario a anemias por déficit de hierro. También se observa glositis en la intoxicación crónica por alcohol, intoxicaciones por plomo y consumo excesivo de cloranfenicol.

Frenillo sublingual corto (fig. 5). En esta alteración la lengua presenta una limitación a la extrusión, al presentarse un frenillo corto, inserto cercano a la punta lingual. El paciente presenta dificultades para protruir la lengua,

para tocar con sus dientes sus incisivos superiores y para articular fonemas con “r”. Al protruir su lengua, característicamente adopta un aspecto en “corazón”.

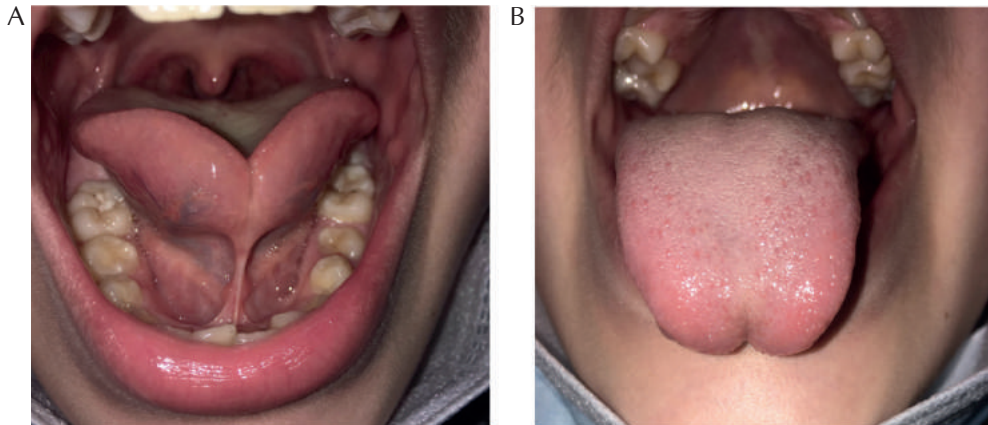


Figura 5. A. Frenillo sublingual corto. Se observa un frenillo inserto cercano a la punta de la lengua, limitando su extensión libre, lo que le impide levantar la punta y tocar los incisivos superiores con la boca abierta. B. Mismo paciente, al protruir la lengua, el movimiento se limita y el frenillo retiene la punta lingual, lo que genera una escotadura similar a la forma de un corazón invertido.

6.6. Glándulas salivales

Las glándulas salivales se diferencian en mayores y menores. Las menores están distribuidas por toda la mucosa de la cavidad oral y secretan directamente la saliva a la mucosa oral. Las mayores son 3: parótida, submaxilar y sublingual.

La parótida se ubica en la parte externa de la cara, por delante del oído, en la región pretragal. Presenta un conducto excretor (o de Stenon) que se abre en la cavidad bucal a nivel del cuello del segundo molar superior. Se relaciona íntimamente con el nervio facial, que la cruza en su espesor desde su emergencia a través del agujero estilomastoideo. Por lo anterior, patología tumoral, lesio-

nes traumáticas o iatrogénicas de la parótida pueden traducirse en parálisis facial periférica. La submaxilar se sitúa en el cuello, por debajo de los músculos del piso de la boca. Drena a través del conducto de Wharton que desemboca en las carúnculas sublinguales a cada lado del frenillo lingual. La sublingual está por dentro del piso de la boca, drenando a través de múltiples conductos de Rivinus.

Sus aumentos de volumen pueden ser de naturaleza infecciosa, tóxica, litiásica y tumoral.

a) Infecciosas

Dentro de las cuales la principal a mencionar es la parotiditis. Ésta puede ser uni o bilateral

y se revela por una tumefacción situada por detrás de la rama del hueso mandibular, a cuyo nivel la piel aparece lisa, tensa, lustrosa, ligeramente roja y edematosa. Al practicar el examen bucal en el curso de una parotiditis, se puede observar que la desembocadura del conducto de Stenon aparece roja y saliente y de la que puede fluir, si se comprime la glándula, una pequeña cantidad de pus.

b) De carácter tóxico

La tumefacción de las glándulas salivales puede ser, también, de naturaleza tóxica de origen endógeno o exógeno. Entre las causas tóxicas endógenas se cuenta la uremia, y entre las exógenas, el bismuto y el mercurio.

c) De carácter litiásico

La litiasis salival afecta de preferencia la glándula submaxilar y se caracteriza por dolor brusco de la lengua y del suelo de la boca, y objetivamente por enrojecimiento de la mucosa bucal en el punto en que desemboca el canal de Wharton y por una tumefacción dura debajo del borde inferior del maxilar inferior. En caso de compromiso del conducto de Stenon da lugar a una tumefacción unilateral y que aumenta después de las comidas, debido al mayor flujo de saliva por la masticación (cólico salival).

d) De carácter tumoral o pseudotumoral

Los tumores quísticos (ránulas), los lipomas, linfomas, los tumores mixtos de la parótida y submaxilar, determinan aumentos de volumen de la glándula afectada. Otros procesos que implican un aumento de volumen son la sarcoidosis, cirrosis hepática, diabetes mellitus, obesidad y desnutrición.

III. EXAMEN FÍSICO DEL CUELLO

El examen semiológico del cuello debe realizarse por medio de la inspección, palpación y auscultación en forma ordenada. El examinador debe observar el cuello de frente, por los lados y tangencialmente, lo que permitirá detectar los cambios más sutiles de contorno, forma, simetría o presencia de prominencias, manteniéndose el paciente en posición erigida e inicialmente relajada, con el cuello completamente descubierto.

1. Posición

Las posiciones anormales de la cabeza y del cuello se ven a primera vista. Una posición viciosa del cuello puede deberse a contractura muscular o, por el contrario, a parálisis o atrofia muscular. Se llama tortícolis a la posición viciosa originada por trastornos en los músculos esternocleidomastoideos (ECM) y trapecio. En los adultos, la tortícolis generalmente es debido a la afectación de partes blandas, provocadas por posturas defectuosas o a distensiones de los ligamentos o músculos cervicales.

2. Movilidad

Se determina notando el grado en que se puede rotar el cuello y doblarlo hacia adelante, atrás y a cada lado. La movilidad pasiva se determina notando cuánto se puede rotar o doblar el cuello en varias direcciones, antes de hallar resistencia. Deben consignarse aquellos movimientos que son dolorosos y/o limitados, asimismo si están asociados a rigidez (p.e. síndrome meníngeo, especialmente en la anteroflexión). En el adulto mayor es frecuente un estado de rigidez cervical, generando resistencia a la movilización pasiva del cuello.

3. Forma

La forma normal del cuello es cilíndrica, siendo más prominente hacia anterior en el hombre por el mayor desarrollo del cartílago tiroides (manzana de Adán). El cuello alado consiste en la presencia de repliegues epidérmicos en los bordes externos del cuello que se dirigen desde las orejas hasta los hombros, los que se observan con frecuencia en el síndrome de Turner y en menor frecuencia en otras genopatías (p.e. síndrome de Noonan). La mayor parte de las alteraciones de forma del cuello obedecen a aumentos de volumen secundarios a masas cervicales.

4. Aumentos de volumen

Una forma de sistematizar las masas cervicales es clasificarlas según su posición en el cuello. Su examen se realiza mediante la inspección, palpación (consistencia, reductibilidad, adherencia a planos profundos, presencia de frémito, etc.) y la auscultación (soplos en masas de origen vascular).

4.1. Cuello Lateral

Quistes branquiales (fig. 6). De naturaleza congénita, generan un aumento de volumen en relación al borde anterior del ECM. Suelen aumentar frecuentemente de volumen frente a infecciones virales de vía aérea. Ocasionalmente presentan un orificio fistuloso y pueden infectarse evolucionando a un absceso.

Laringoceles. Generan un aumento de volumen lateral, reductible y que aumenta con la presión intralaringea (llanto en niños o secundario a instrumentos de viento en adultos).

Malformaciones linfáticas (fig. 7). Como el higroma quístico, que se caracteriza por

presentarse habitualmente desde la infancia como una masa brillantemente translúcida.



Figura 6. Quiste branquial izquierdo (Cortesía de Dr. Joaquín Ulloa).



Figura 7. Linfangioma (Cortesía de Dr. Joaquín Ulloa).

Otros tumores de cuello lateral. Lesiones vasculares (tumor del cuerpo carotídeo, aneurismas carotídeos), que pueden ser visiblemente pulsátiles.

4.2. Línea media

Patología de glándula tiroides. Se describe en Capítulo XV: Semiología en endocrinología.

Quiste tirogloso. Corresponde a una lesión congénita, habitualmente por encima del cartílago tiroides. Sigue los movimientos deglutorios y asciende al sacar la lengua. Puede sobreinfectarse y abscedarse.

Otros tumores de línea media. Comprenden el teratoma y los quistes tímicos.

4.3. Cualquier ubicación

Pueden presentarse tanto en línea media como en cuello lateral, incluyendo: hemangiomas, adenopatías, neoplasias benignas como lipomas, infecciones abscedadas, neoplasias malignas y metástasis.

5. Piel

5.1. Cicatrices

Se debe consignar la presencia de cicatrices por cirugías (p.e. tiroidectomía o traqueostomía en la línea media cervical), cicatrices retráctiles por fistulización de escrófulas (compromiso ganglionar por tuberculosis, como en la **fig. 8**) o la presencia de estigmas cutáneos por elementos invasivos como catéteres venosos centrales.

5.2. Cambios de color

Estigmas sugerentes de insulinorresistencia como lo son la acantosis nigricans (piel oscu-



Figura 8. Escrófula cervical.

ra, gruesa y aterciopelada en áreas flexibles y pliegues del cuerpo) y los acrocordones (crecimientos pequeños y blandos de piel rosados o ligeramente oscuros). Por otro lado, pueden presentarse hiperemias localizadas en lesiones quísticas infectadas o abscesos profundos del cuello, habitualmente asociadas a aumento de volumen y tensión de la piel.

5.3. Orificios fistulosos

Lesiones congénitas como quistes o senos derivados de los arcos branquiales pueden abrirse a la piel cervical, habitualmente por delante del músculo ECM. Ocasionalmente pueden drenar una secreción seromucosa, que varía francamente a purulenta en caso de infección, asociado a eritema de la piel circundante.

6. Glándula tiroides

El examen de la glándula tiroides se realiza mediante la inspección, palpación y auscultación. Una descripción completa se encuentra en el Capítulo XV: Semiología en endocrinología.

7. Ganglios

El cuello presenta numerosos ganglios linfáticos, que se reúnen en varios grupos ganglionares a individualizarse y examinarse de forma ordenada. Si bien normalmente no son palpables, su importancia radica en que pueden aumentar de volumen de forma generalizada (p.e. en mononucleosis, toxoplasmosis, rubéola, sífilis, linfomas y leucemias) o localizada. Su compromiso puede corresponder a cuadros infecciosos, a neoplasias primarias

o metaplásicas. En su examen se debe consignar:

Ubicación. Los ganglios del cuello se ordenan en niveles ganglionares, reconociéndose en el cuello 6 grupos (**fig. 9**) y utilizándose como referencias anatómicas los músculos esternocleidomastoideo y vientre anterior del digástrico, el hueso hioides y el cartílago cricoides. Esta clasificación, útil desde el punto de vista terapéutico, también tiene un rol diagnóstico al poder predecir el origen de las patologías que se estén manifestando con adenopatías en un nivel específico, debido a las zonas de drenaje linfático de cada grupo. Así, por ejemplo, adenopatías metastásicas en el nivel III pueden ser consecuencia de un tumor glótico (**tabla 1**). En el examen clínico mediante palpación se deben explorar cada uno de los niveles, buscando adenopatías.

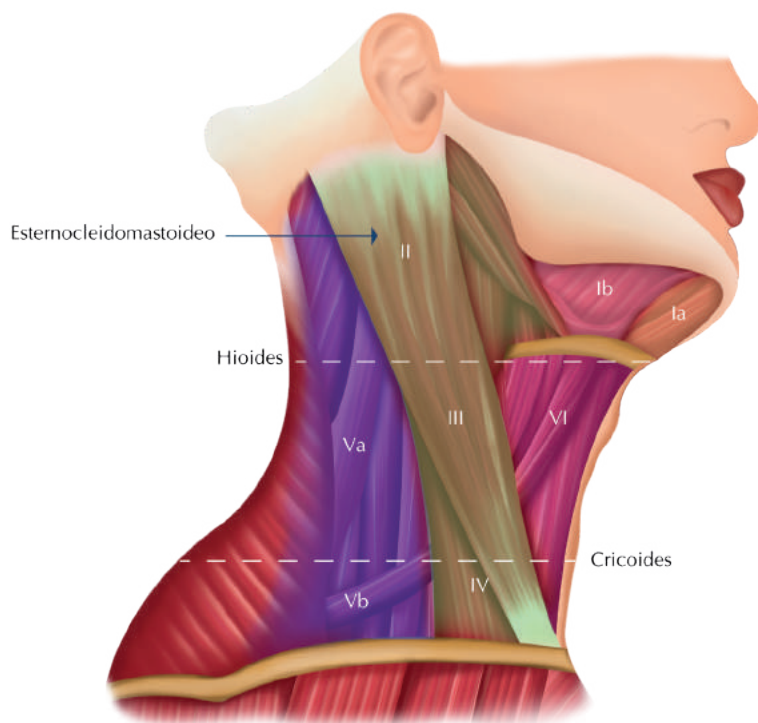


Figura 9. Niveles ganglionares del cuello.

Tabla 1. Denominación de niveles ganglionares del cuello y territorios correspondientes.

Nivel	Denominación	Origen de la lesión
I	Submentoniano (a), submandibular (b)	Cavidad oral anterior, labio, nasosinusal
II	Yugulo-carotídeo superior	Orofaringe, cavidad oral posterior, laringe supraglótica, glándula parótida
III	Yugulo-carotídeo medio	Hipofaringe, glotis, subglotis
IV	Yugulo-carotídeo inferior	Subglotis, esófago cervical, tiroides
V	Triángulo posterior	Nasofaringe, piel cervical, cuero cabelludo
VI	Cervical anterior	Subglotis, esófago cervical, tiroides

A parte de los grupos mencionados, tienen importancia los ganglios occipitales (drenan cuero cabelludo posterior, pabellón auricular) y preauriculares (drenan cuero cabelludo, frente y parótida), cuyo estado debe consignarse igualmente.

Tamaño. Ganglios de gran tamaño son sugerentes de neoplasias, adenopatías abscedadas o tuberculosas.

Consistencia. Son gomosos en infecciones agudas bacterianas, mientras que son duros o pétreos en neoplasias malignas.

Temporalidad. Las adenopatías agudas son frecuentes en infecciones virales de vía aérea superior o infecciones bacterianas regionales, como faringoamigdalitis, infecciones cutáneas o dentarias. Adenopatías cronicadas son habituales en tuberculosis, sífilis, toxoplasmosis, neoplasias de bajo grado, metástasis a distancia y enfermedades hematológicas.

Sensibilidad. En infecciones agudas y leucemias son habitualmente sensibles. En la enfermedad de Hodgkin y otras neoplasias suelen ser indoloras, salvo que comprometan los tejidos circundantes.

Adherencia. Si están fijados a planos adyacentes o profundos se debe sospechar neoplasias malignas, así como tuberculosis. Por otro lado, si son libres, móviles y desplazables mediante la palpación orientan a procesos infecciosos agudos virales o bacterianos local-regionales.

Compromiso de la piel. Puede observarse eritema y calor local en caso de adenitis abscedadas. Las lesiones neoplásicas pueden infiltrar y ulcerar la piel suprayacente. Las escrófulas pueden fistulizarse a la piel.

Bibliografía

- Jackson DL. Evaluation and Management of Pediatric Neck Masses: An Otolaryngology Perspective. *Physician Assist Clin.* 2018, Apr; 3(2): 245-269.
- Zanaret M. Vaciamientos ganglionares cervicales. *Enciclopedia Médico Quirúrgica.* Elsevier, 2006.

Capítulo VII



Semiología otorrinolaringológica

RICARDO ALARCÓN GRANDÓN

Otorrinolaringólogo

GINO MARISIO LUENGO

Otorrinolaringólogo

Harold Frederick Schuknecht (1917-1996)

Profesor emérito del Departamento de Otolología y Laringología de la Escuela de Medicina de Harvard y jefe emérito del Massachusetts Eye and Ear Infirmary. Fue pionero e innovador en la cirugía de oído, desarrollando muchas de las técnicas usadas actualmente en todo el mundo. Su mayor legado fue su estudio en anatomía e histopatología del oído, el cual se realizó con los huesos temporales extraídos post mortem de pacientes portadores de diversas afecciones otológicas. Su estudio permitió entender la fisiopatología de las enfermedades del oído y sentó las bases histológicas y científicas de la otología médica y quirúrgica moderna. Su libro *Pathology of the ear* es un magnífico compendio de estas investigaciones y es lectura obligada para todos los otorrinolaringólogos.



CONTENIDOS DEL CAPÍTULO

I. INTRODUCCIÓN	99	IV. SÍNDROMES EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	122
II. ANAMNESIS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	99	1. Hipoacusia	122
1. Datos relevantes en la identificación del paciente	99	1.1. Hipoacusia en el recién nacido y lactante menor	122
2. Anamnesis de la enfermedad actual	99	1.2. Hipoacusia en el lactante mayor y escolares	123
2.1. Síntomas	99	1.3. Hipoacusia en adultos jóvenes	123
3. Anamnesis remota	101	1.4. Hipoacusia en la tercera edad	124
III. EXAMEN FÍSICO EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	101	2. Síndromes vestibulares	124
1. Examen físico de los oídos	101	2.1. Enfrentamiento del paciente con vértigo	124
1.1. Inspección	101	2.2. Síndromes vestibulares	125
1.2. Palpación	103	2.3. Síndrome vestibular agudo (SVA)	126
1.3. Auscultación	104	3. Síndrome del respirador bucal	127
1.4. Otoscopia	104	4. Trastornos respiratorios del sueño	127
2. Examen de nariz y fosas nasales	109	5. Trastornos de la deglución	128
2.1. Inspección	109	IV. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	128
2.2. Palpación	110	1. Audiometría	128
2.3. Rinoscopia	111	1.1. Audiograma	129
3. Examen de orofaringe	114	1.2. Promedios tonales puros (PTP)	130
3.1. Amígdalas palatinas	114	1.3. Discriminación	133
3.2. Paladar duro	116	2. Nasofibroscopia	133
3.3. Paladar blando	117	3. Tomografía axial computarizada de senos paranasales	134
3.4. Pared posterior de la faringe	117	Bibliografía	135
3.5. Paredes laterales de la faringe	118		
4. Examen otoneurológico	118		

I. INTRODUCCIÓN

La otorrinolaringología es la especialidad médico-quirúrgica que estudia y resuelve la patología de oídos, nariz, garganta y cuello. Tiene múltiples áreas de desarrollo como, por ejemplo, la cirugía de base de cráneo, plástica facial, oncología de cabeza y cuello, trastornos de la voz y deglución, otoneurología, cirugía del sueño, entre otras. Destaca además que atiende estas áreas a lo largo de todo el ciclo vital del ser humano.

II. ANAMNESIS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

1. Datos relevantes en la identificación del paciente

Edad. La otorrinolaringología es transversal a todo el ciclo vital del ser humano, y las etiologías para una misma enfermedad van variando dependiendo del grupo etario del paciente. Un mismo problema tiene distintas consecuencias dependiendo de la edad. Por ejemplo, la hipoacusia en la infancia genera trastornos del desarrollo y del lenguaje, mientras que en la tercera edad se relaciona con demencia.

Ocupación. Particular atención necesitan en esta especialidad las ocupaciones que exponen al trabajador a ruido (por el deterioro auditivo que generará), o a carcinógenos inhalados (que pueden explicar el desarrollo de una neoplasia maligna). Cuando el paciente es portador de síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) debe consignarse si ejerce un oficio que involucre conducción de maquinaria pesada o de pasaje-

ros, ya que, al requerir gran atención y lucidez del trabajador, pueden verse en riesgo de aumentar la accidentabilidad.

2. Anamnesis de la enfermedad actual

2.1. Síntomas

Otalgia. Es el término que se usa para definir el dolor de oído independiente de su causa, pudiendo ser primaria (si la causa está en el oído) o referida (si la causa del dolor es una estructura fuera del oído). La abundante inervación del conducto auditivo externo (CAE) hace que la otalgia sea un síntoma muy frecuente. Es fácil encontrar la causa cuando la otoscopia está alterada. Sin embargo, a menudo se acompaña de otoscopia normal, frente a lo que se debe considerar una *otalgia refleja o referida*, que es cuando el dolor se genera en otro territorio anatómico y se irradia al oído. La mayoría de las veces al examinar la articulación temporomandibular (ATM) se encuentran signos de disfunción de dicha articulación, sin embargo, la otalgia refleja obliga a realizar una completa exploración instrumental con endoscopia de la vía aerodigestiva superior, ya que la patología puede involucrar rino, oro e hipofaringe.

Hipoacusia. La hipoacusia es la disminución de la percepción auditiva. Puede originarse por afecciones del CAE, membrana timpánica y oído medio (*hipoacusia de conducción*) o por enfermedades del oído interno o del nervio vestibulococlear (*hipoacusia neurosensorial*). También pueden estar dadas por alteraciones de la integración central del lenguaje (trastornos del procesamiento auditivo central).

Tinitus. O acúfeno. Es un síntoma caracterizado por la percepción de sonidos que no se originan de una fuente externa. Clínicamente es importante clasificarlo en subjetivo (solo perceptible por el paciente) u objetivo (cuando el examinador es capaz de percibirlo por auscultación). En el caso de los objetivos, se debe además determinar si son sincrónicos con el pulso (referido como sentir el latido del corazón en el oído, que se acelera con la actividad física) o no sincrónicos (no se modifica con los cambios de frecuencia cardiaca).

Vértigo. El vértigo es la sensación de movimiento de la cabeza o el cuerpo en ausencia de movimiento, o bien, la sensación de movimiento propio distorsionado durante un movimiento normal de la cabeza. Vale la pena diferenciarlo del mareo, otro síntoma extremadamente inespecífico, a menudo referido por los pacientes como “desvanecimiento”, “aturdimiento” o “cabeza pesada”. Este tema se desarrollará en extensión en el apartado de Síndrome Vestibular.

Obstrucción nasal. Corresponde a la sensación de dificultad para el paso del aire por la nariz. Para ahondar en este síntoma, se debe interrogar exhaustivamente sobre si es uni o bilateral, aguda o crónica, y si presenta síntomas asociados como rinorrea, hiposmia, epistaxis, estornudos o prurito nasal. Puede ser producto de una obstrucción permanente por alteración estructural de la fosa nasal (p.e. desviación septal, hipertrofia de cornetes), por patología inflamatoria (p.e. rinitis alérgica, rinosinusitis), tumoral (benigno/maligno), cuerpo extraño, entre otras. En el caso de los niños también hay que considerar la obstrucción nasal por la ocupación rinofaríngea por adenoides.

Alteraciones del olfato. Hay aproximadamente unas 200 causas diferentes de altera-

ciones del olfato que van desde la obstrucción nasal simple hasta las de origen neurológico. Asimismo, hay unos 40 medicamentos que pueden alterar la olfacción. Los dos tipos de percepción que tienen las fosas nasales permiten no solo reconocer los olores propiamente tales (nervio olfatorio), sino también reconocer estímulos térmico-táctiles (nervio trigémino). Los pacientes acudirán en diferentes situaciones y para ello se deben clasificar las alteraciones del olfato en:

- Alteraciones cuantitativas: *hiposmia* (pérdida parcial del olfato), *anosmia* (pérdida total del olfato), e *hiperosmia* (aumento de olfacción).
- Alteraciones cualitativas:
 - *Cacosmia*: percepción de un olor desagradable proveniente del interior del sujeto. El mal olor es real, tiene un sustrato orgánico e incluso puede ser perceptible por terceros. Puede observarse en rinitis atrófica o cuerpos extraños nasales.
 - *Parosmia*: percepción equivocada de un olor, ante un estímulo olfativo. En general, hay percepción de un mal olor frente a un estímulo que habitualmente es agradable. Sus etiologías más frecuentes son las disosmias posriniticas y el traumatismo encéfalo craneano (TEC).
 - *Fantosmia*: corresponde a una alucinación olfativa, es decir, la percepción de un olor pese a la carencia de un estímulo olfativo. Puede observarse en tumores del SNC o demencia.

Especial atención a cuerpos extraños en niños y tumores de rápido crecimiento en adultos. En el caso de una halitosis crónica, habitualmente está mediada por enfermedades producidas por biofilms bacterianos, en-

fermedad periodontal, lengua saburral, tonsilolitiasis, entre otras.

Disfonía. Es la pérdida de las características normales de la voz (timbre, tono, intensidad, resonancia), por un trastorno funcional u orgánico de la laringe (más frecuentemente), pudiendo ser cualquier otra estructura relacionada con la fonación. Suele acompañarse de menor volumen de la voz, carraspeo, irritación de la garganta, ronquera y cambios bruscos en el timbre de la voz. La mayoría de las veces es autolimitada y solo requiere medidas generales como reposo vocal y humidificación de la vía respiratoria. Cuando se prolonga por más de dos semanas requiere una evaluación instrumental mediante endoscopia de la nariz, faringe y laringe.

Estridor. Es un ruido respiratorio que traduce obstrucción respiratoria en la laringe, subglotis o tráquea, y posee la particularidad que sus características de tono y de fase respiratoria orientan en la topografía de la obstrucción:

- Cuando la obstrucción es de la supraglotis y la glotis, habitualmente tiene un tono agudo y es inspiratorio.
- Cuando la obstrucción es de la subglotis tiene tonalidad un poco más ronca y es bifásico.
- Cuando la obstrucción es de la tráquea puede ser inspiratorio (tráquea extratorácica) o espiratorio (tráquea intratorácica).
- Cuando la obstrucción es severa se acompaña de retracción supraesternal (en obstrucciones laríngeas) y retroesternal (en obstrucciones traqueales).

3. Anamnesis remota

Antecedentes mórbidos. Se debe indagar en antecedentes relevantes de la infancia para

explicar patologías del adulto, por ejemplo, otitis aguda recurrente en la infancia puede explicar otitis crónica en el adulto. Hiperplasia adenoamigdalina operada en forma tardía puede explicar alteraciones de la estructura craneofacial que determinan SAHOS en el adulto.

Antecedentes familiares. Los antecedentes de hipoacusia, de alergias, de tumores son relevantes pues son patologías muchas veces con importante componente hereditario.

Uso de medicamentos. Hormonas o vasodilatadores pueden generar obstrucción nasal e hiposmia. La aspirina puede generar tinitus. Tratamientos con aminoglucósidos pueden causar hipoacusia y/o vértigo.

III. EXAMEN FÍSICO EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

1. Examen físico de los oídos

En el examen de oído se distinguen 4 partes: inspección, palpación, auscultación y otoscopia.

1.1. Inspección

Consta de la inspección fundamentalmente del pabellón auricular, zona retroauricular y meato auditivo externo. En relación con el pabellón auricular se determina su posición, forma y presencia de lesiones cutáneas. A continuación, se detallan algunos hallazgos que es posible describir a la inspección de la región temporal.

Implantación baja de las orejas. El pabellón auricular u oreja debe estar posicionado de tal forma que su borde superior esté a la altura o sobrepase superiormente a la hendidura

palpebral en el plano horizontal. Si éste se encuentra en un plano inferior, se considera implantación baja de las orejas, que es posible de observar en algunas malformaciones craneofaciales.

Orejas aladas. Corresponde a una anteroproyección del pabellón de la región retroauricular. Puede deberse a una hipertrofia de la concha auricular o a una ausencia o defecto de pliegue del antihelix.

Eritema auricular. Asociado a dolor, calor local y aumento de volumen difuso, puede corresponder a una celulitis del pabellón auricular, lo que se sospecha cuando el eritema afecta todo el pabellón; también puede corresponder a una pericondritis auricular, similar a la anterior, pero en la cual se respeta la piel del lóbulo (al carecer de pericondrio). Si el eritema auricular no se asocia a otras molestias, puede deberse a fenómenos vasculares o a exposición a temperaturas extremas.

i

Es importante identificar precozmente la pericondritis auricular ya que requiere tratamiento urgente para evitar necrosis del cartílago y evolución a severas secuelas estéticas.

Aumento de volumen retroauricular. Se examina la piel retroauricular, flectando el pabellón auricular hacia adelante. Asociado a dolor y enrojecimiento, el aumento de volumen puede observarse secundario a una adenitis retroauricular, una celulitis por heridas o picaduras de insecto, algunas dermatosis y a una mastoiditis aguda coalescente o exteriorizada (**fig. 1**). En esta última patología se suele observar eritema retroauricular, aumento de volumen que despega el pabellón hacia adelante y abajo y el característico borramiento del pliegue retroauricular.



Figura 1. Lactante portador de una mastoiditis aguda coalescente, exteriorizada (Cortesía de Dra. Cecilia Macchiavello).

i

Un signo semiológico altamente sugerente de una mastoiditis aguda y que permite su diagnóstico diferencial es el borramiento del pliegue retroauricular, que se acompaña además de un despegamiento del pabellón hacia anterior.

Aumento de volumen localizado en el pabellón auricular. Puede corresponder a un hematoma subpericóndrico, el que habitualmente es fluctuante al tacto y en los cuales habitualmente hay antecedente de trauma. Si se asocia a enrojecimiento y calor local, esto es altamente sugerente de un absceso. En pacientes con gota pueden aparecer tofos, que son pequeños nódulos formados por urato de sodio que pueden ulcerarse y fistulizarse.

Fístulas o senos preauriculares. Son pequeñas depresiones en la piel de la región preau-

ricular. Pueden dar salida a secreción serosa, o purulenta si están infectados. En este caso se produce enrojecimiento y aumento de volumen perilesional.

Apéndices preauriculares. Son formaciones exófticas cubiertas por piel de aspecto sano, mamelonadas en número y tamaño variable, de origen congénito. Su presencia puede asociarse a malformaciones de oído medio y por tanto hipoacusia.

Oreja en coliflor. Corresponde a una deformación secuelear del pabellón de grado severo, post-traumática o post-infecciosa, con pérdida de los relieves normales y aparición de mamelones o protuberancias.

Embolias sépticas. En pacientes con endocarditis infecciosa es posible observar lesiones violáceas o eritematosas maculopapulares en el pabellón auricular.

1.2. Palpación

Se realiza la palpación del pabellón auricular así como la exploración de la región pre y retroauricular, fundamentalmente en busca de lesiones o adenopatías.

Signo del trago. Corresponde al dolor intenso a la presión sobre el trago, que es altamente sugerente de otitis externa. El dolor puede también provocarse mediante tracción o movilización del pabellón hacia posterior.

Fluctuación. Su presencia al palpar aumentos de volumen permite hacer el diagnóstico diferencial entre lesiones agudas como hematomas o abscesos del pabellón (que presentan fluctuación) y deformaciones secueles post-traumáticas o post-infecciosas que suelen ser firmes o incluso pétreas (o sea, sin fluctuación).

Adenopatías pre y retroauriculares. Corresponden a aumentos de volumen de los ganglios a este nivel, lo que puede revelar un proceso infeccioso vecino. Respecto a los retroauriculares, su compromiso es especialmente frecuente en la rubeola y en la mononucleosis infecciosa.

Signo de la fístula o signo de Hennebert. Corresponde a la aparición de nistagmus al aumentar la presión sobre el conducto auditivo externo, haciendo sello y presionando sobre el meato auditivo externo (**fig. 2**). Su positividad sugiere la presencia de una fístula perilinfática, que corresponde a una comunicación anormal entre el oído medio y el oído interno, por un defecto en el revestimiento óseo de este último (la cápsula ótica).

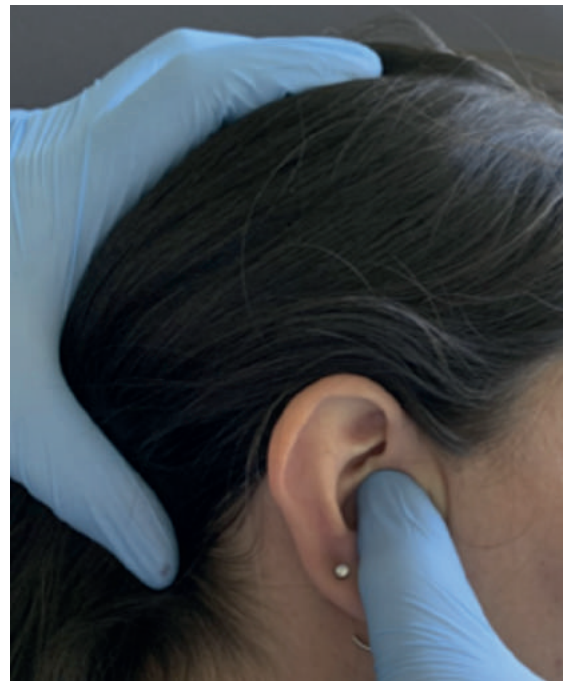


Figura 2. Maniobra para buscar el signo de la fístula. Se sella el conducto auditivo externo con el pulgar y se presiona firmemente, generando un aumento de presión sobre el CAE. La presión se transmite al oído interno a través de una fístula perilinfática, lo que se manifiesta con nistagmo.

1.3. Auscultación

Se ausculta con un estetoscopio tradicional la región periauricular en busca de ruidos anormales y su relación con el pulso cardíaco del paciente. Cuando un tinnitus es perceptible o auscultable por el examinador, se denomina tinnitus objetivo, el que puede tener distinto carácter (p.e. pulsátil, chasquido, silbido, crépito) y que puede ser:

- **Sincrónicos con el pulso.** Se auscultan en tumores, malformaciones vasculares, y fístulas arteriovenosas de hueso temporal. También puede ser de origen irradiado al oído desde soplos por enfermedad carotídea o valvulopatías cardíacas.
- **No sincrónicos con el pulso.** Observables en mioclonías del músculo del estribo o del martillo, o de la musculatura del velo del paladar.

i

Frente a un tinnitus objetivo sincrónico con el pulso, debe enfatizarse la auscultación cardíaca y de las carótidas, en búsqueda de soplos que se irradian hacia el oído.

1.4. Otoscopia (fig. 3)

La otoscopia tradicional se realiza mediante el otoscopio de luz, que corresponde a un dispositivo portátil, a batería, con auroscopios o conos intercambiables. Se debe elegir el cono más grande que se ajuste al oído del paciente y que no le genere molestia o dolor.

El espéculo y su cono se introducen a través del meato auditivo externo al mismo tiempo que se observa a través de él y traccionando el pabellón hacia atrás, arriba y afuera (en el adulto) o hacia atrás, abajo y afuera (en el niño). Esta técnica permite horizontalizar el conducto y evitar impactar sus paredes con el cono, ya que éstas son muy sensibles. Se observará secuencialmente el conducto y la membrana timpánica.

a) Conducto auditivo

En el conducto auditivo externo (CAE) debe ponerse atención a su forma, estado de la piel y presencia de secreciones patológicas o tumoraciones. La exploración desde ser lenta, profundizándose siempre bajo la observación directa a través del otoscopio. En particular, se buscarán:

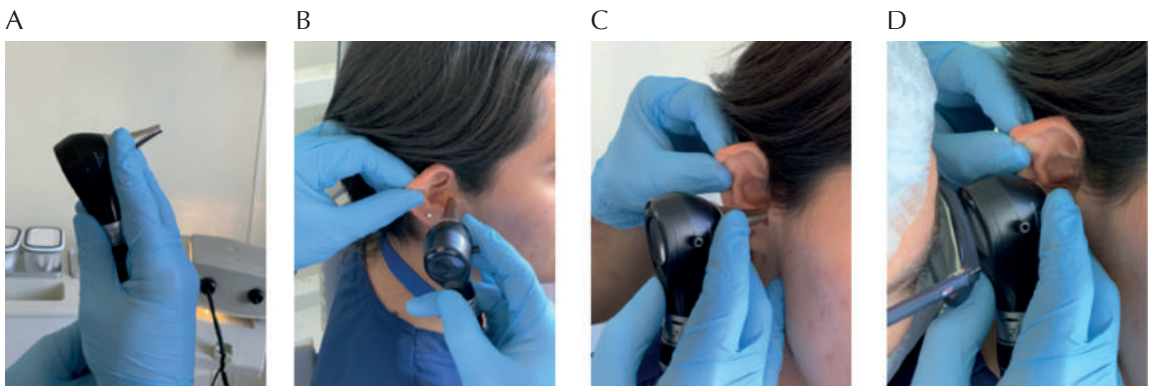


Figura 3. A. El otoscopio de luz se toma con la mano más hábil, sujetando el cono con los dedos índice y medio. B. Se posiciona el otoscopio por detrás del trago. C y D. Al mismo tiempo que se ejerce tracción del pabellón hacia arriba, atrás y afuera, se introduce el cono a través del meato auditivo externo, siempre manteniendo la visión a través del espéculo, para evitar lesionar el conducto auditivo.

Alteraciones de la piel. Puede observarse edema generalizado que reduzca o incluso oblitere el (CAE) (p.e. otitis externa, otomiosis), aumentos de volumen inflamatorios localizados (forúnculos), heridas traumáticas o lesiones eritematodescamativas por dermatosis crónicas.

i

La sensibilidad a la manipulación del oído externo es extremadamente variable entre pacientes pudiendo ser muy incómoda. Sin embargo, una otoscopia que genera intenso dolor con franco rechazo del paciente debe hacer sospechar una otitis externa, especialmente si existe edema de la piel del conducto.

Otorrea. Corresponde al hallazgo de secreción purulenta en el CAE. Se puede observar en infecciones micóticas o bacterianas. La secreción de la otitis media aguda (OMA) habitualmente es blanquecina, a veces inicialmente sanguinolenta y en general inodora. Secreción fétida o verdosa orienta a otitis externa u otitis media crónica (OMC). Un aspecto en papel mojado o algodonoso o la presencia de hifas parduzcas orienta a una infección micótica.

Otorragia. Corresponde al sangrado a través del oído. Puede corresponder a lesiones traumáticas del conducto auditivo externo u oído medio, infecciones o neoplasias benignas o malignas. Cuando su aparición alivia significativamente un episodio de otalgia, debe sospecharse OMA. Puede observarse además de forma recurrente, no asociada a dolor, en pacientes con otitis media crónica (OMC), especialmente colesteatomatosa.

Otolicuorrea. Líquido seroso que corresponde a líquido cefalorraquídeo a través del oído. Se asocia a traumatismos craneofaciales.

Signo del halo. En otorragia asociada a traumatismo, puede haber líquido cefalorraquídeo mezclado con la sangre que pase desapercibido. En estos casos, el sangrado tiene menor tendencia a la coagulación y al poner una gota en una servilleta de papel, se forma un halo seroso característico alrededor de un centro hemático.

Cuerpos extraños. Debe consignarse si son orgánicos (p.e. semillas, insectos) o inorgánicos (p.e. plásticos, algodón, metales). El tapón de cerumen es un hallazgo frecuente, que dificulta o incluso impide la correcta visualización en la otoscopia (**fig. 4**).

i

Se debe mencionar que la presencia de un cuerpo extraño metálico en el oído debe hacer sospechar la presencia de una pila de botón, especialmente en niños. Se considera una urgencia otorrinolaringológica ya que en minutos una pila de botón provoca una severa quemadura química y eléctrica que genera extensa necrosis del CAE.

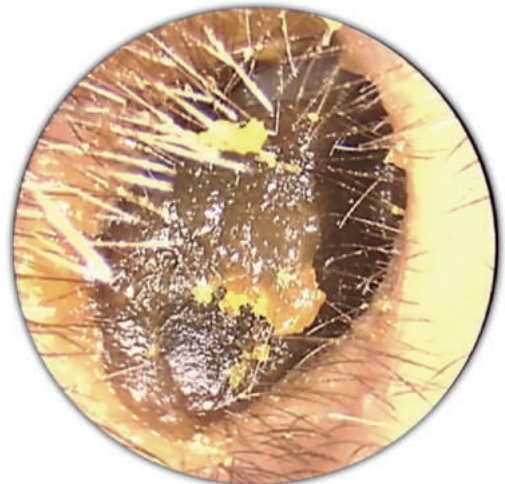


Figura 4. Tapón de cerumen que obstruye casi la totalidad del CAE.

Tumores del conducto. Debe consignarse el estado de la piel que los recubre (ulcerada en caso de neoplasias malignas), si tienen aspecto óseo (osteomas, exostosis) y si son uni o bilaterales.

b) Membrana timpánica

La membrana timpánica normal tiene un aspecto semitransparente, brillante, de color nacarado o ligeramente amarillento o sonrojado. La presencia del mango del martillo lo divide en 4 cuadrantes, que permiten localizar los hallazgos (fig. 5).

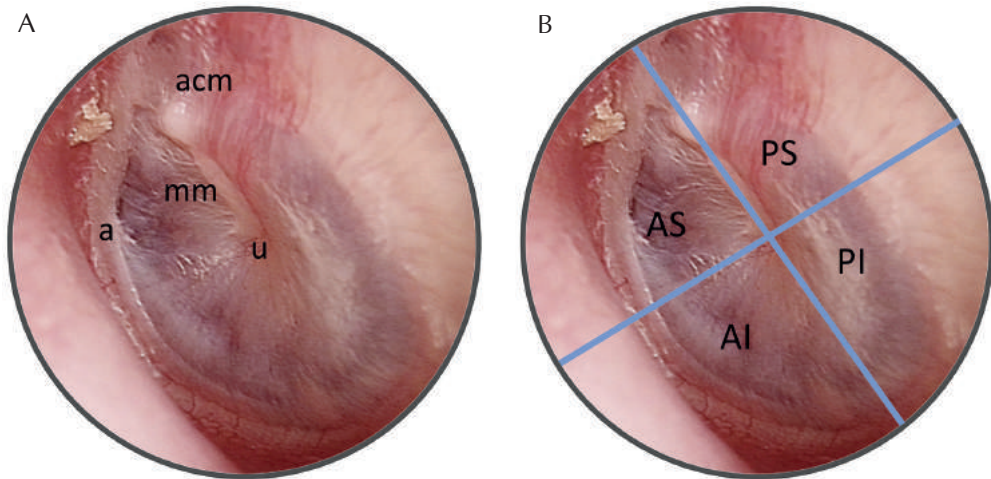


Figura 5. A. Otoposcopy normal in a left ear. Se observa el ánulus (a), la apófisis corta del martillo (acm), el mango del martillo, (mm) y el umbo. (u) B. Mismo oído dividido en cuadrantes de acuerdo a la posición del mango del martillo, trazándose una línea por su eje longitudinal y una segunda perpendicular a la anterior que pasa por el umbo o extremo más inferior del mango. Cuadrante anterosuperior (AS), cuadrante anteroinferior (AI), cuadrante posterosuperior (PS) y cuadrante posteroinferior (PI).

Hiperemia timpánica. Un tímpano rojo es posible de observar de forma difusa en estados febriles, tras llanto prolongado en el niño y OMA. Una hiperemia de forma radial evoca efusión timpánica.

Abombamiento timpánico. El tímpano se encuentra desplazado al exterior, adoptando un aspecto tenso, redondeado, lobulado por acción del mango del martillo que lo retiene en su parte central a medial. Se observa de forma muy evocadora en OMA, aunque si el abombamiento no está acompañado de

signos inflamatorios agudos, puede significar tumores de oído medio, como el glomus timpánico.



Un error frecuente en clínica es el sobrediagnóstico de OMA ante la presencia de hiperemia timpánica. Si bien es un signo de la enfermedad, es tremendamente inespecífico, por lo que su sola presencia no es suficiente para establecer el diagnóstico. El signo de mayor importancia para el diagnóstico de OMA es el abombamiento timpánico.

Opacidad timpánica. Una pérdida de translucencia, sin hiperemia, es observable ante la presencia de efusión timpánica, que puede ser citrina en caso de otitis media con efusión o bien amarillenta nacarada en otitis media aguda. Un tímpano opaco azul puede corresponder a un hemotímpano, algunos tumores o malformaciones vasculares del oído medio.

Miringoesclerosis. Corresponden a la presencia de placas blanquecinas, por depósitos hialinos calcificados en la membrana. No reviste importancia clínica desde el punto de vista auditivo.

Diméricas (fig. 6). Son zonas muy adelgazadas del tímpano, que al verse más oscuras a la otoscopia por su mayor transparencia, pueden confundirse con perforaciones.

Perforaciones timpánicas (fig. 7). Debe consignarse su ubicación (qué cuadrantes compromete), su forma (arriñonada, puntiforme, redondeada), la regularidad de sus bordes (irregulares y con restos hemáticos sugieren perforación aguda o traumática, por el contra-

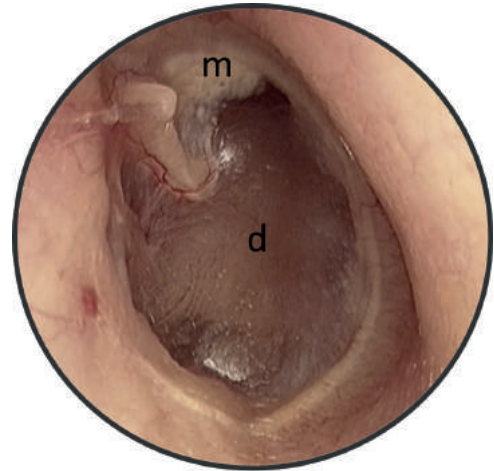


Figura 6. Membrana timpánica dimérica. Oído derecho, globalmente dimérico (d), observándose un notable aumento en la translucencia. En el cuadrante anterosuperior, es posible observar una placa de miringoesclerosis, opaca, blanquecina (m).

rio, bordes regulares, suaves y limpios sugieren otitis media crónica), el estado de la mucosa de la caja timpánica (seca, húmeda, con secreción purulenta) y estado del tímpano remanente (p.e. retracciones, miringoesclerosis).

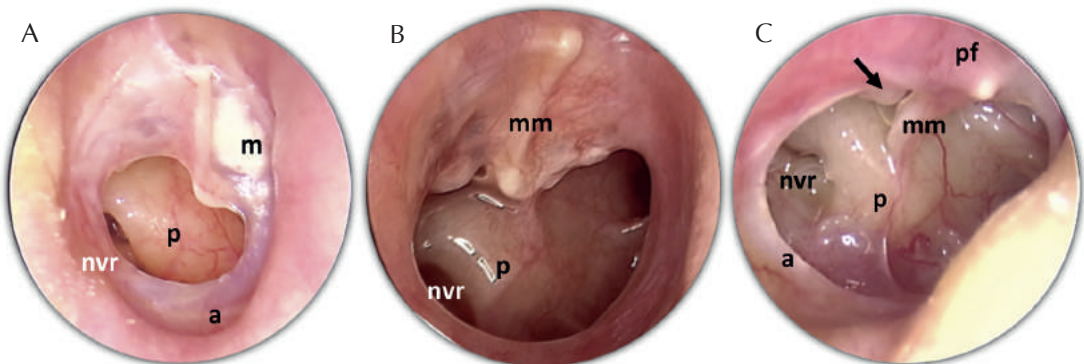


Figura 7. Perforaciones timpánicas en Otitis media crónica en 3 oídos derechos. A. Perforación que compromete cuadrante posteroinferior y parte del anteroinferior. Miringoesclerosis (m) del cuadrante anterosuperior. B. Perforación de ambos cuadrantes inferiores. Se observa con claridad el nicho de la ventana redonda (nvr). El remanente timpánico está adherido al promontorio (p). C. Perforación amplia, hay compromiso de todos los cuadrantes, conservándose solo ánulus (a) y pars flácida (pf). Se observa una pexia (adherencia) del mango del martillo (mm) al promontorio. También es visible el nicho de la ventana redonda y la articulación incudoestapedia (flecha).

EL EXAMEN CLÍNICO constituye la herramienta más importante en el diagnóstico de la mayoría de las enfermedades. Para su correcta aplicación dos pilares son fundamentales: la anamnesis y el examen físico, allí entonces la semiología se transforma en la base diagnóstica fundamental y constituye una de las asignaturas más importantes en la formación de los estudiantes de medicina.

A lo largo de sus 744 páginas, este texto entrega herramientas fundamentales para una adecuada anamnesis, una correcta búsqueda de signos clínicos y la apropiada interpretación de los diferentes síntomas, todo ello recordando la importancia de una buena relación médico-paciente en el aprendizaje de la semiología.

En *Semiología médica*, 24 académicos, utilizando un lenguaje claro, eficiente y ameno, han depositado su extensa y rica experiencia en la práctica clínica de las diferentes áreas de la medicina. Estudiantes de medicina de diferentes niveles han efectuado una revisión crítica de cada uno de los capítulos, orientada a lo que un alumno del área de la salud necesita encontrar en un texto de esta naturaleza.

El texto se ha enriquecido entregando, junto al contenido semiológico, información sobre los principales aspectos anatómicos, fisiopatológicos, clínicos y exámenes diagnósticos utilizados en la práctica clínica, para una comprensión más integral.

También se ha agregado 24 videos, a través del sistema QR, a los cuales los estudiantes podrán acceder para complementar y reforzar las diferentes acciones o maniobras que habitualmente se efectúan en el examen físico de los pacientes.

Finalmente, nos ha parecido importante incorporar contenidos no habituales de observar en textos de semiología tradicionales pero que, dado el contexto actual de la medicina, no pueden dejar de considerarse, nos referimos, por ejemplo, a semiología geriátrica y semiología en el paciente crítico.



Universidad de Concepción