

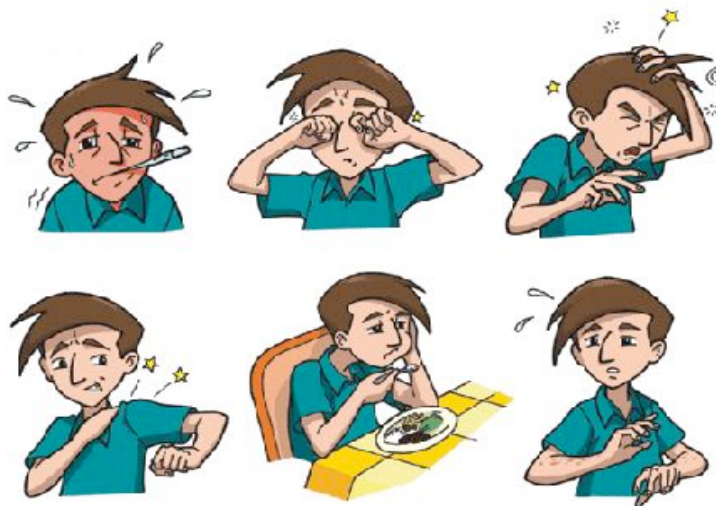
# SEMIOLÓGÍA GENERAL

"La semiología médica es la disciplina clave para realizar el diagnóstico".

## INTRODUCCIÓN

---

La semiología médica es el capítulo de la medicina dedicado a estudiar los signos (manifestaciones clínicas objetivas) y síntomas (percepciones subjetivas) presentados y referidos, respectivamente, por el paciente, para, mediante su organización en síndromes, jerarquización y razonamiento, llegar al diagnóstico. Esta información es obtenida, generalmente, durante la confección de la historia clínica (interrogatorio y examen físico) en el contexto de la entrevista médica. El método de trabajo aplicado se conoce como **método clínico**.



# SEMIOLOGÍA GENERAL

---

Los **síntomas** son las molestias o sensaciones subjetivas de la enfermedad (ejemplo: dolor, náuseas, vértigo). El conocer los síntomas, sus características, y con qué otras manifestaciones se relacionan permite ir conociendo lo que al paciente le ocurre.

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

Conviene saber caracterizar cada síntoma. Dependiendo de esto, las conclusiones pueden ser totalmente distintas. Una tos seca puede significar algo totalmente diferente que una tos acompañada de expectoración mucopurulenta o sanguinolenta.

## IDENTIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

---

Durante la conversación con el paciente, cada síntoma se trata de caracterizar. En general, se debe precisar:

- ✓ **¿Qué es lo que siente?**
- ✓ **¿En qué parte del cuerpo** siente la molestia y hacia **dónde se irradia?** (esto es muy válido cuando se trata de un dolor).
- ✓ **¿Cuándo comenzó** el síntoma?
- ✓ **¿Cómo ha evolucionado** el síntoma?
- ✓ **¿Con qué se modifica?** (ya sea aumentando o disminuyendo su intensidad, o variando su carácter).
- ✓ **¿Con qué otros síntomas o manifestaciones se asocia?**

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

# SEMIOLÓGÍA GENERAL

---

Cuando se trata de un **dolor**, y siguiendo el esquema anterior, se debe precisar:

- ✓ ¿**Dónde** duele?
- ✓ ¿**Cuál es el carácter** del dolor?, o ¿**cómo** duele?
- ✓ ¿**Qué intensidad alcanza y cómo varía**?
- ✓ ¿**Hacia dónde se irradia**?
- ✓ ¿**Con qué aumenta y con qué disminuye** (posiciones, alimentos, medicamentos, etc.).
- ✓ ¿**Cómo evoluciona** en el tiempo?
- ✓ ¿**Con qué otras manifestaciones se asocia**?



## Carácter del dolor

- ✓ **Cólico:** es aquel que aumenta de intensidad hasta llegar a un máximo y luego disminuye; es característico de vísceras huecas que poseen una pared muscular (ejemplo: intestino, vesícula biliar, colédoco, uréter, conductos de glándulas salivales e incluso el útero).
- ✓ **Urente:** como una quemadura (ejemplo: dolor del herpes zóster).
- ✓ **Dolor de carácter sordo:** tiende a ser mantenido, de intensidad leve a mediana, pero puede llegar a ser bastante incómodo.
- ✓ **Constrictivo:** de tipo opresivo (ejemplo: dolor de origen coronario, angina de pecho).
- ✓ **Pulsátil:** asociado al pulso arterial (ejemplo: dolor de un dedo al recibir un golpe de martillo).
- ✓ **Neuralgia:** dolor que sigue el recorrido de un nervio (ejemplo: neuralgia del nervio trigémino).
- ✓ **De tipo punzante** (ejemplo: “puntada de costado” en cuadros de irritación pleural, que aumenta en la inspiración).
- ✓ **Fulgurante:** como un rayo o una descarga eléctrica (ejemplo: en los miembros inferiores en la tabes dorsal).

## **Intensidad del dolor**

Según la intensidad, el dolor puede interferir de distintas formas: limitar los movimientos, afectar la actividad diaria y el estado anímico, no dejar dormir, etcétera. Es una sensación que sólo la siente quien la sufre.

El desafío del clínico muchas veces es tratar de estimar la intensidad. Para esto tiene que evaluar las expresiones que usa el mismo paciente, ver en qué medida lo afecta, cómo lo limita, qué hace para aliviarlo, qué analgésicos requiere usar. Una forma de graficar este aspecto es pedirle al paciente que ubique su dolor en una escala del 1 al 10, siendo 10 el dolor más intenso que pueda existir (Escala EVA).



## **Evolución del dolor y cómo se modifica**

Puede aparecer en forma brusca (ejemplo: cefalea por hemorragia subaracnoidea) o más gradual (ejemplo: cólico renal). La forma como termina el dolor también puede ser importante.

Lo pueden aumentar alimentos, movimientos, la tos, el respirar profundo, el pujar, el ayuno, el contacto directo. En cambio, se puede aliviar con analgésicos simples, morfina, una bolsa con agua caliente, aplicación de hielo, posiciones determinadas, masajes, ultrasonido, acupuntura, etcétera.

La evolución puede ser corta o larga, de minutos, días, o más tiempo. Puede presentarse en crisis que pasan totalmente o que dejan un trasfondo de dolor.

# SEMIOLÓGÍA GENERAL

---

Se habla que un dolor tiene **ritmo** cuando cambia durante el día en relación a factores específicos (ejemplo: en la úlcera duodenal la molestia desaparece cada vez que el paciente ingiere alimentos). Se habla de **período** cuando el dolor se presenta varios días, luego desaparece y reaparece un tiempo después (ejemplo: una úlcera duodenal activa, que luego sana y tiempo después, reaparece).

## Algunos ejemplos:

**Dolor coronario:** *“Paciente de sexo masculino, de 68 años, con antecedentes de diabetes mellitus y fumador, que dos horas antes de consultar presentó un dolor precordial, opresivo, en relación a un esfuerzo físico, que llegó a tener una intensidad 8/10 (ocho sobre diez), y que duró veinte minutos. El dolor se irradiaba a la mandíbula y al brazo izquierdo”.*



**Cólico intestinal:** *“En la madrugada un dolor abdominal, de tipo cólico, más localizado hacia el hemiabdomen inferior, que se acompaña de diarrea muy seguida y abundante, y sensación febril”.*



**Dolor de jaqueca:** *“Paciente de sexo femenino, de 26 años, que viene presentando en los últimos 5 años crisis de dolor de cabeza, más localizado en la mitad del cráneo, de carácter opresivo o pulsátil, y que se asocia a náuseas y vómitos. El dolor tiende a presentarse antes de las menstruaciones, al beber alcohol o comer chocolates. Si logra dormir un rato, muchas veces al dolor se alivia o desaparece”.*



## SÍNTOMAS COMO MANIFESTACIÓN DE ALGUNOS SISTEMAS

---

### SISTEMA RESPIRATORIO Y CARDÍACO

#### Tos:

- ✓ Presentación en el tiempo (ejemplo: ocasional, persistente, en crisis, de predominio nocturno).
- ✓ Intensidad (ejemplo: puede ser tan intensa que el paciente queda agotado).
- ✓ ¿Seca o húmeda? (según se asocie o no a expectoración).
- ✓ Factores favorecedores (ejemplo: en relación a ejercicios, cuando cortan el pasto en su casa).
- ✓ Asociada a sensación de disnea, dolor costal, fiebre, etcétera.

#### Expectoración:

- ✓ **Mucosa:** tiene aspecto claro.
- ✓ **Mucopurulenta:** de color amarillento.
- ✓ **Hemoptoica:** es una expectoración que contiene sangre.
- ✓ **Hemoptisis:** es la eliminación de sangre fresca, aireada, junto a accesos de tos, y que proviene del árbol bronquial.
- ✓ **Broncorrea:** eliminación de gran cantidad de expectoración en las 24 horas (sobre media taza). Se observa en pacientes con bronquiectasias infectadas.
- ✓ **Vómica:** es la eliminación de una sola vez de gran cantidad de líquido debido al vaciamiento de una colección pulmonar o subdiafragmática (ejemplo: al vaciarse un quiste hidatídico).

## Descargas por la nariz:

- ✓ **Rinorrea:** es la salida de secreciones por la nariz. Puede ser **acuosa** (ejemplo: en el resfriado), **mucopurulenta** (ejemplo: en una sinusitis) o sanguinolenta.
- ✓ **Epistaxis:** es un sangrado por la nariz.
- ✓ **Descarga posterior:** es un término usado en pacientes que sienten que están constantemente tragando secreciones (ejemplo: en una sinusitis).

## Sensación de falta de aire al respirar:

- ✓ **Disnea:** es una sensación de falta de aire al respirar. Se presenta en enfermedades pulmonares, del corazón y en anemias intensas. En los cardiopatas es bastante característico que la disnea se presenta en relación a la magnitud del esfuerzo físico (ejemplo: al caminar algunas cuadras, al subir las escaleras o con mínimos esfuerzos físicos). Este aspecto conviene precisarlo ya que refleja la **Capacidad Funcional** del paciente, y se puede hablar de **disnea de reposo** (cuando el paciente está limitado a la cama), de **pequeños esfuerzos** (cuando a lo más se logra caminar hasta el baño), **de medianos esfuerzos** (cuando la disnea se presenta al caminar dos o tres manzanas o subir un piso de escaleras) **o de grandes esfuerzos** (cuando presenta pocas limitaciones).
- ✓ **Ortopnea:** es la condición en la cual el paciente respira mejor estando sentado o semisentado, y no tolera estar acostado plano (porque se ahoga). Al estar semisentado disminuye el retorno venoso y los pulmones logran descongestionarse en alguna medida.
- ✓ **Disnea paroxística nocturna:** ocurre en algunos pacientes con insuficiencia cardíaca durante las noches, una vez que están acostados. De repente, necesitan sentarse en la cama, porque así respiran mejor. Se atribuye a que mientras están acostados reabsorben edemas que sobrecargan el sistema cardiovascular.

### Dolor precordial:

- ✓ **Dolor anginoso o coronario:** es de tipo constrictivo, se presenta en relación a esfuerzos físicos, se puede irradiar a la mandíbula, al hombro y al brazo izquierdo, se alivia con el reposo. Si se presenta en relación a un esfuerzo físico y luego cede con el reposo, se habla de **angina (o ángor) de esfuerzo**. Si se presenta estando el paciente en reposo o en relación a un mínimo esfuerzo, se habla de **angina de reposo o angina inestable**, y es una condición que puede seguirse en cualquier momento de un **infarto al miocardio**. En la angina existe isquemia; en el infarto se ha producido necrosis (muerte celular). Dolores que ceden en menos de diez minutos (o hasta veinte minutos) se relacionan a dolores anginosos, en cambio, cuando el dolor se prolonga más de veinte minutos, puede ya reflejar un infarto al miocardio.
- ✓ **Dolor por una costocondritis** o inflamación de la unión de una costilla con el esternón: es un dolor localizado que aumenta al tocar la zona inflamada.
- ✓ **Dolor por un espasmo esofágico:** puede ser muy parecido al dolor coronario y muchas veces se piensa en él una vez que se ha descartado un problema coronario.
- ✓ **Dolor de una pericarditis:** es más sostenido, prolongado, de carácter sordo, y puede aumentar con la inspiración.

### Dolor costal:

- ✓ **Dolor pleural o “punta de costado”:** es un dolor de tipo punzante, que aumenta con la inspiración. Se localiza de preferencia en un costado del tórax. Es frecuente de encontrar en **neumonías** y afecciones que comprometen la pleura. Un dolor parecido se puede encontrar en el **neumotórax** (aire que entra al espacio pleural, habitualmente por una rotura del pulmón).



# SEMIOLOGÍA GENERAL

---

- ✓ **Dolor costal por una fractura costal:** es bastante intenso y aumenta con movimientos y al presionar en el sitio de la fractura. Un acceso fuerte de tos puede ser capaz de producir una fractura de una costilla.
- ✓ **Dolor por neuralgia por herpes zóster.** En estos casos el dolor sigue el recorrido de un dermatomo y es de carácter urente. Además, se ven las lesiones vesiculares en la piel.

## SISTEMA DIGESTIVO

- ✓ **Odinofagia:** es el dolor de garganta al tragar.
- ✓ **Disfagia:** es una dificultad para tragar o para que los alimentos bajen por el esófago. Personas mayores muchas veces presentan una dificultad para deglutir producto de una falta de coordinación de la musculatura faríngea. Otras personas notan que los alimentos no bajan bien por el esófago, como que se le “atragantan” a nivel retroesternal.
  - Se habla de **disfagia lógica** cuando la dificultad se presenta primero con alimentos sólidos (ejemplo: un trozo de carne o de pan), y a medida que progresa la enfermedad, la dificultad aparece también con los líquidos (ejemplo: en un cáncer esofágico).
  - Si esta relación no se diera de esta forma, se habla de **disfagia ilógica** (ejemplo: por alteración de las ondas peristálticas del esófago).
- ✓ **Anorexia:** es la falta de apetito.
- ✓ **Náuseas:** es el deseo de vomitar.

## SEMIOLÓGÍA GENERAL

---

- ✓ **Vómitos:** son la expulsión violenta por la boca de materias contenidas en el estómago. Los vómitos pueden ser:
  - **Alimenticios:** si contienen alimentos.
  - **Biliosos:** si contienen bilis (son amarillentos).
  - **Porráceos:** cuando son de color oscuro, con alimentos parcialmente digeridos; se presentan en cuadros de obstrucción intestinal.
  - **Fecaloídeos:** si tienen material fecal.
  - **Hematemesis:** es un vómito con sangre roja o parcialmente digerida (más oscura). La sangre proviene de las partes altas del tracto digestivo: duodeno, estómago, esófago, y, a veces, es porque el paciente ha estado tragando sangre proveniente de un sangramiento más alto (por ejemplo, una epistaxis posterior). La **hematemesis** no se debe confundir con la **epistaxis** (que es salida de sangre por la nariz) ni con la **hemoptisis** (que es salida, con la tos, de sangre proveniente del árbol bronquial).
  
- ✓ Respecto a la **evacuación intestinal** o **defecación**, conviene preguntar la frecuencia con que ocurre, el aspecto de las deposiciones, su consistencia. Normalmente las personas “obran” (término que también se usa para expresar la defecación) diariamente o cada dos días. Algunos aspectos relacionados con la defecación se presentan a continuación:
  - **Constipación, o estreñimiento:** cuando la frecuencia de defecación ocurre cada varios días y con dificultad.
  - **Diarrea:** se refiere a deposiciones líquidas o con mayor contenido de agua.
  - **Disentería:** se refiere a diarrea con mucosidades y sangre; frecuentemente se acompaña de **pujo** (son contracciones voluntarias o

involuntarias a nivel rectal que dan la sensación de querer seguir evacuando) y **tenesmo rectal** (es el deseo de seguir obrando, aunque la ampolla rectal esté vacía). Se presenta en diversas infecciones intestinales (ejemplo: por E. coli enteropatógena, shigellas, salmonellas, amebiasis) y en colitis ulcerosa activa.

- **Deposición lientérica:** que tiene alimentos no digeridos, como arroz, carne o trozos de tallarines. Se presenta en cuadros de malabsorción intestinal. Es normal que en las deposiciones de personas sanas aparezcan algunas fibras como los hollejos de granos de maíz.
- **Deposición esteatorreica o esteatorrea:** tiene mayor contenido de aceite o grasas proveniente de los alimentos. Su aspecto es brillante, grasoso, y en el agua del escusado frecuentemente flotan gotas de grasa. Se observa en cuadros de malabsorción intestinal (por ejemplo, en una insuficiencia pancreática exocrina).
- **Hematoquezia, rectorragia, colorragia o hemorragia digestiva baja:** es una deposición con sangre roja, fresca. Habitualmente el origen de la sangre viene de algún sitio desde el íleon terminal hasta el ano, salvo que el tránsito intestinal sea tan rápido, que el origen del sangrado pueda ser de segmentos más altos. No constituye una hematoquezia la presencia de un poco de sangre debido a alguna fisura en la región anal y que se manifiesta como unas estrías de sangre alrededor de las deposiciones al momento de obrar.
- **Melena:** es una deposición negra, como alquitrán, de olor muy fuerte, de consistencia pastosa. Se debe a un sangramiento digestivo alto, por arriba del ángulo de Treitz. No debe confundirse con deposiciones más oscuras que se deben a la ingesta de algunos medicamentos (por ejemplo, suplementos con hierro) o alimentos (por ejemplo, espinacas).

## SEMIOLOGÍA GENERAL

---

**Dolor abdominal:** Como todo dolor, se debe caracterizar en forma completa, pero en especial, su ubicación. En este sentido conviene tener presente:

- ✓ Dolor en la parte alta y medial (**región del epigastrio**): en esta zona se ubica el **dolor ulceroso** debido a una úlcera duodenal o gástrica que, en forma característica, *aparece cuando el estómago está vacío y se calma con los alimentos*. También el páncreas y la aorta abdominal pueden manifestarse hacia esta zona. Una esofagitis por reflujo gastroesofágico da una sensación de ardor o “acidez” (en forma popular algunas personas lo ubican en “la boca del estómago”), y puede irradiarse hacia arriba (retroesternal). Estas manifestaciones relacionadas con la sensación de “acidez” se denominan **pirosis**.
- ✓ Dolor en la parte alta del abdomen, pero hacia el lado derecho (**región del hipocondrio derecho**): las afecciones biliares y del hígado tienden a manifestarse en esta zona. Por ejemplo, los cólicos biliares se presentan después de ingerir comidas grasas o frituras y muchas veces se acompañan de vómitos. Un hígado congestivo o inflamado por una hepatitis dará un dolor sordo.
- ✓ Dolor en la parte alta del abdomen, pero hacia el lado izquierdo (**región del hipocrondrio izquierdo**): en esta región se pueden presentar afecciones del bazo (ejemplo: infarto esplénico), dolores provenientes del colon (ángulo esplénico), y también afecciones del páncreas (aunque en estos casos el dolor puede ser de todo el hemiabdomen superior).
- ✓ Dolor en la **región periumbilical**: los cólicos del intestino delgado se manifiestan en esta zona. También afecciones de la aorta abdominal.

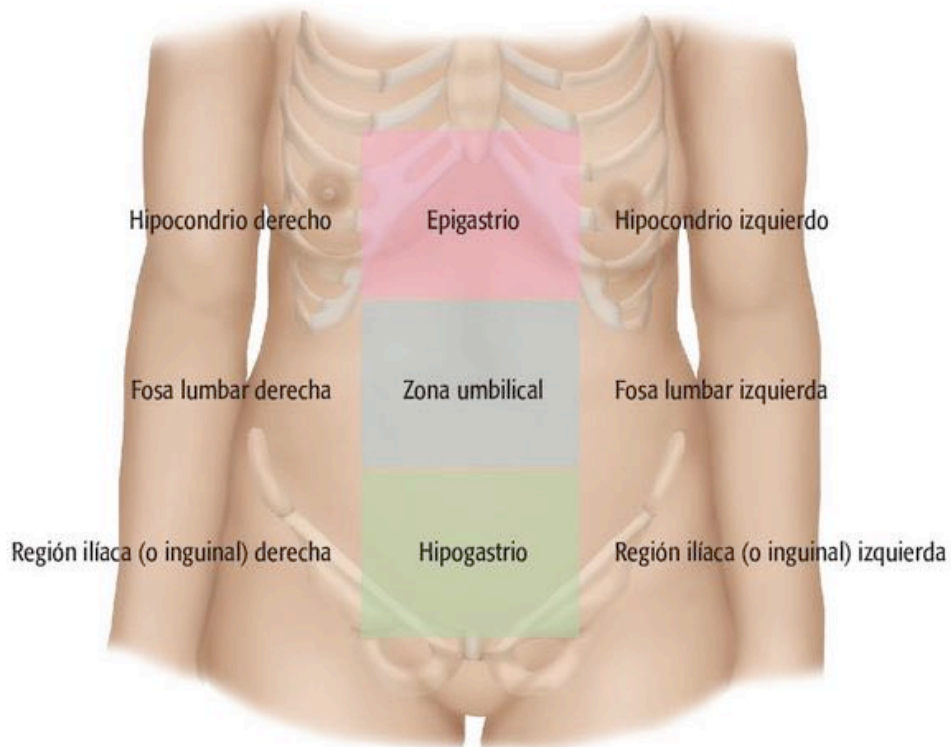
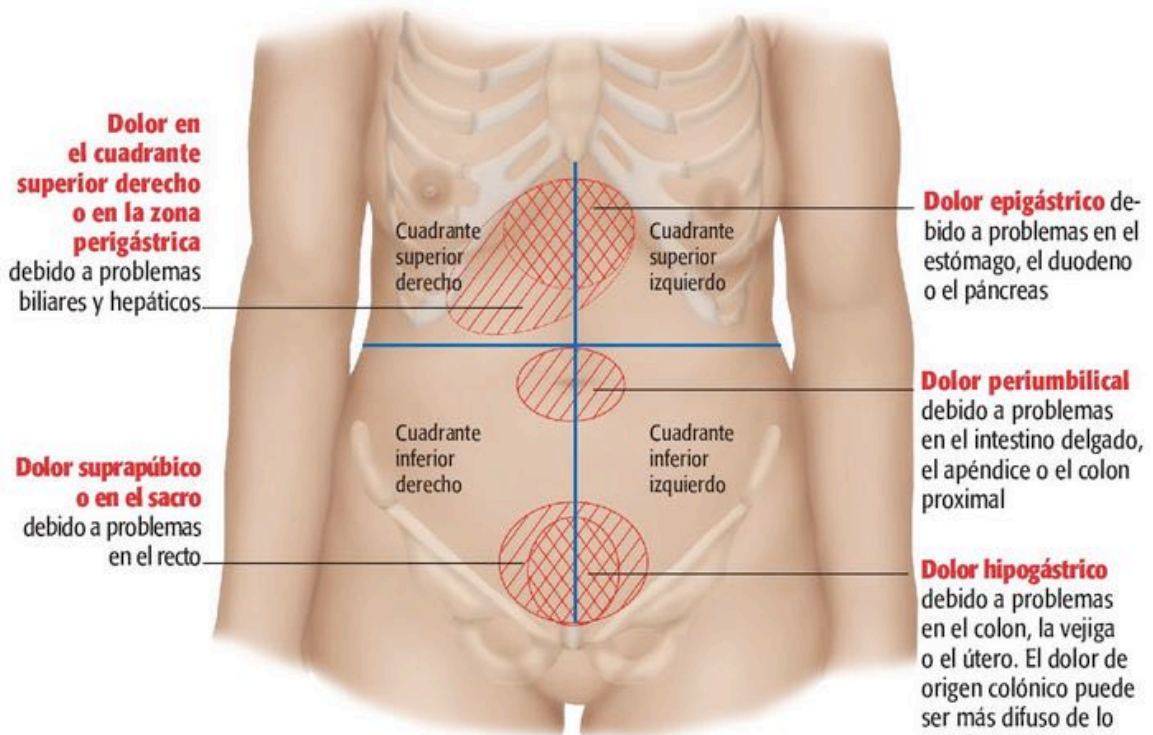
## SEMIOLOGÍA GENERAL

---

- ✓ Los costados del abdomen se llaman los flancos. En el **flanco derecho** se reflejan dolores que vienen de los riñones o el colon ascendente. En el **flanco izquierdo** se reflejan las vísceras de ese lado (riñón, colon descendente).
- ✓ Por debajo del ombligo, en la zona media, está el **hipogastrio**, en donde se reflejan los cólicos del intestino grueso (en realidad, puede doler todo el hemiabdomen inferior), la vejiga (por ejemplo, en una cistitis), el útero (por ejemplo, durante menstruaciones dolorosas).
- ✓ Hacia los lados del hipogastrio están las **regiones inguinales**. A derecha se ubica el apéndice, ovario, trompa de Falopio y la llegada a la vejiga del uréter derecho. A izquierda se ubican afecciones del colon sigmoides (por ejemplo, diverticulitis), ovario, trompa de Falopio y la llegada a la vejiga del uréter izquierdo.

Esta delimitación de los dolores en relación a las vísceras comprometidas debe ser considerada como una orientación ya que frecuentemente existe sobreposición (por ejemplo, el colon puede doler en distintos sitios del abdomen).

# SEMIOLÓGÍA GENERAL



## SISTEMA NEFROUROLÓGICO

- ✓ **Disuria de esfuerzo:** es una dificultad para orinar. Por ejemplo, ocurre en personas con crecimiento de la próstata a quienes les cuesta comenzar la micción y el chorro de orina es delgado, con menos potencia.
- ✓ **Disuria dolorosa:** consiste en sentir dolor al orinar, tal como ocurre en pacientes con cistitis.
- ✓ **Poliaquiuria:** es orinar en forma frecuente, más seguido de lo que es habitual.
- ✓ **Poliuria:** es orinar gran cantidad en las 24 horas, sobre 2.500 ml.
- ✓ **Oliguria:** es orinar menos de 400 ml en 24 horas.
- ✓ **Anuria:** es orinar menos de 100 ml en 24 horas, o no orinar (se debe diferenciar del paciente que no orina por una retención urinaria debido a una uropatía obstructiva, como podría ser en el caso de un cáncer de próstata que obstruye a nivel de la uretra).

*La oliguria y la anuria en situación de  
deshidratación no es un fracaso renal  
sino un éxito renal.*

- ✓ **Nicturia:** es orinar más cantidad en la noche que en el día (por ejemplo, un paciente con insuficiencia cardíaca que en la noche orina más por reabsorción de edemas acumulado en el día).

## SEMIOLOGÍA GENERAL

---

- ✓ **Cólico renal:** es un dolor con las características de un cólico (que aumenta, llega a un máximo y luego disminuye), que tiende a ubicarse en una de las fosas renales y se irradia hacia la región de los genitales externos. Habitualmente es de gran intensidad, produce mucha inquietud en el paciente (no encuentra una posición que lo alivie), y con frecuencia se acompaña de náuseas y vómitos.
- ✓ **Hematuria:** es una orina con sangre. Puede ser una hematuria macroscópica (si se va a simple vista), o microscópica (si sólo se detecta a nivel de laboratorio). En el caso de una hematuria macroscópica, se distingue por presentar un color como “agua de carne” y es frecuente que al dejar reposar en un recipiente, los glóbulos rojos decantan en el fondo.
- ✓ **Coluria:** es una orina impregnada con pigmentos biliares. Se caracteriza porque al agitarla en el recipiente que la contiene, se forma una espuma de color amarillo (esto no ocurre en orinas oscuras por otras causas, que presentan una espuma de color blanco). Otras causas de orinas más oscuras se pueden deber a hemoglobinuria (por ejemplo, en el curso de una hemólisis masiva), algunos medicamentos (por ejemplo, al usar vitaminas del complejo B), o simplemente porque está más concentrada (por ejemplo, en el curso de un cuadro febril o asociado a una deshidratación).
- ✓ Una **orina espumosa** puede deberse a que tiene una cantidad aumentada de proteínas (por ejemplo, un paciente con una nefropatía que se manifiesta con proteinuria).
- ✓ Una **orina más turbia** puede deberse a que existe una infección o por gran cantidad de sales en disolución. En el caso de infección, es frecuente que también se sienta un olor más fuerte, que le llama la atención al paciente.



## SISTEMA NERVIOSO

- ✓ **Cefalea:** es dolor de cabeza. Según su presentación se pueden distinguir algunas posibilidades diagnósticas:
  - **jaquecas:** el dolor tiende a presentarse en una mitad de la cabeza (hemicraneal), muchas veces englobando el ojo; es frecuente la presencia de náuseas y vómitos. Es más frecuente en mujeres y evoluciona con crisis de dolor que se van repitiendo en el tiempo.
  - **Cefalea tensional:** el dolor es más frecuente en la región occipital o en las regiones frontoparietales. Es frecuente que aumenten hacia el final del día.
  - **Cefalea en el contexto de una hipertensión endocraneana:** el dolor compromete toda la cabeza, y con frecuencia se acompaña de vómitos explosivos. A veces se manifiesta a primera hora en la mañana y va cediendo en el día una vez que el paciente se ha levantado.
  - **Cefalea en el contexto de una hemorragia subaracnoidea:** el dolor se instala en forma brusca e intensa. Según la intensidad del sangramiento puede asociarse a vómitos y compromiso de conciencia.
- ✓ **Vértigo:** la persona nota que se siente muy mareada y todo “gira” a su alrededor. El término “mareo” es más inespecífico ya que puede tener distintos significados: sentirse inestable, estar “como flotando en el aire”, sentir que el piso se mueve, etc.
- ✓ **Tinnitus o acúfenos:** es la sensación de sentir un ruido constante en los oídos.

## SEMIOLOGÍA GENERAL

---

- ✓ **Fotofobia:** es una molestia o intolerancia anormal a la luz.
- ✓ **Diplopía:** es la sensación de ver doble; este fenómeno se acentúa al mirar hacia un lado. Habitualmente se asocia a una falta de paralelismo de los ejes oculares (**estrabismo**).
- ✓ **Amaurosis:** es la falta de visión de uno o ambos ojos (ceguera), sin una lesión aparente. Habitualmente se debe a un compromiso de la retina, el nervio óptico o la corteza visual.
- ✓ **Parestesias:** es la sensación de “hormigueo” o “adormecimiento” en una zona del cuerpo.

## PRINCIPALES SÍNDROMES CLÍNICOS

---

Un síndrome clínico se puede definir como un conjunto de síntomas y signos.

### Relacionados con el Sistema cardiovascular:

- ✓ **Síndrome anginoso:** se caracteriza por un dolor retroesternal, de carácter opresivo, que se irradia hacia la mandíbula, hombros, extremidad superior izquierda (borde cubital), espalda, de pocos minutos de duración, que se desencadena o aumenta con esfuerzos físicos, emociones, frío, y que se alivia con el reposo.
- ✓ **Síndrome de insuficiencia cardíaca:** se caracteriza por disnea en relación a esfuerzos físicos, disnea paroxística nocturna, ortopnea, nicturia. También tos, intranquilidad, fatiga o debilidad muscular. En el examen físico se encuentra taquipnea, taquicardia, pulso débil, sudoración, ingurgitación yugular, cardiomegalia, soplos cardíacos, 3er o 4o ruido, cadencia de galope, derrames pleurales, crepitaciones en pulmones, hepatomegalia, edema de extremidades inferiores.

### Relacionados con el Sistema respiratorio:

- ✓ **Insuficiencia respiratoria:** Entre los síntomas destacan disnea, fatigabilidad, anorexia. Al examen físico se puede encontrar taquipnea, cianosis, compromiso de conciencia, sudoración, taquicardia, respiración dificultosa, un examen pulmonar alterado. Puede haber asterixis (interrupción brusca de la contracción muscular debido a la intoxicación por dióxido de carbono). En los exámenes de laboratorio se puede encontrar hipoxemia, hipercapnia, poliglobulia.

### Relacionados con el Sistema endocrino:

- ✓ **Síndrome hipertiroideo:** el paciente puede experimentar sensación excesiva de calor, baja de peso, apetito conservado o aumentado, polidefecación, palpitations, fatigabilidad. También nerviosismo, intranquilidad (en cambio los ancianos tienden a presentar apatía). En las mujeres se presentan alteraciones de las menstruaciones (oligomenorrea, amenorrea). En el examen físico se puede encontrar taquicardia (y en los ancianos, fibrilación auricular), piel caliente, suave, húmeda, temblor fino en las manos. En el cuello puede haber un bocio difuso o nódulos tiroideos, y en los ojos puede haber exoftalmos. La determinación de la tiroxina plasmática está elevada.
  
- ✓ **Síndrome hipotiroideo:** los síntomas que lo sugieren son sensibilidad al frío, fatiga, disminución del apetito, somnolencia, falta de concentración, apatía, constipación, aumento de peso y en las mujeres menstruaciones abundantes y duraderas (menorragias). En el examen físico puede presentarse una facies poco expresiva, con ojos rasgados; a veces se pierden los bordes laterales de las cejas. La lengua es grande (macroglosia). La piel es seca y áspera, e impresiona infiltrada (mixedema). El paciente se nota pálido. El pelo es ralo y seco y tiende a caerse; las uñas son quebradizas. El pensamiento es lento (bradipsiquia). La voz es ronca. Los reflejos osteotendíneos presentan una fase de relajación lenta. El pulso es lento (bradicardia). Puede presentarse galactorrea por estímulo cruzado de la TRH sobre la secreción de prolactina hipofisaria. Al efectuar exámenes de laboratorio se encuentran niveles bajos de hormona tiroidea, hipercolesterolemia, hiponatremia y anemia.
  
- ✓ **Síndrome de Cushing** (por exceso de glucocorticoides): los pacientes pueden presentar astenia intensa, debilidad muscular (especialmente proximal). En las mujeres puede ocurrir una alteración de sus menstruaciones, con amenorrea u oligomenorrea. En el examen físico destaca una tendencia a la obesidad

faciotroncular, de modo que la cara se ve redonda (cara de "luna llena"), y en la espalda se acumula grasa ("giba de búfalo"). Las mejillas presentan un color rojizo. La piel se aprecia atrófica y frágil, las vénulas y capilares se transparentan, y existe fragilidad capilar con tendencia a desarrollar petequias y equimosis (púrpura); en la pared abdominal se desarrollan estrías rojovinosas. Es frecuente que se desarrolle acné e hirsutismo. Las masas musculares tienden a estar disminuidas. Las cifras de presión arterial se registran elevadas (hipertensión arterial). Las determinaciones de laboratorio muestran niveles elevados de cortisol, intolerancia a la glucosa e hipopotasemia. En los huesos se desarrolla osteoporosis.

### **Relacionados con el Sistema digestivo:**

- ✓ **Síndrome ulceroso:** se caracteriza por dolor en el epigastrio de carácter urente, que se alivia con los alimentos o antiácidos (presenta ritmo). Habitualmente se debe a una úlcera péptica (gástrica o duodenal). Es más frecuente que se reactive en la primavera.
  
- ✓ **Síndrome pilórico:** se debe a una obstrucción del canal pilórico y se caracteriza por vómitos en los que se reconocen alimentos ingeridos varias horas antes. También se presentan náuseas y dolor en la mitad superior del abdomen. Si los vómitos son biliosos significaría que la obstrucción es más abajo que la desembocadura del colédoco.
  
- ✓ **Síndrome disentérico:** se caracteriza porque el paciente tiene diarrea acompañada de mucosidades y sangre. También se presenta dolor abdominal de tipo cólico, pujo y tenesmo rectal; puede haber fiebre.

## SEMIOLOGÍA GENERAL

---

- ✓ **Síndrome de malabsorción:** en su presentación más frecuente el enfermo baja de peso y presenta deposiciones con aumento de su contenido líquido (diarrea o deposiciones blandas), con alimentos no digeridos (lentería) y aumento de la cantidad de grasa (esteatorrea). Frecuentemente se asocia a distensión abdominal.
- ✓ **Síndrome de insuficiencia hepática:** se puede llegar a esta condición por distintas causas. Es frecuente que el paciente sienta anorexia, náuseas, vómitos, y astenia. Dependiendo de la enfermedad de base las manifestaciones podrán variar. En cuadros colestásicos es frecuente que exista prurito. En otros puede ocurrir pérdida de peso y dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen. En el examen físico se puede encontrar ictericia, asterixis (en este caso sería debido a la toxicidad por el amonio y no por el dióxido de carbono), hipertrofia parotídea, disminución del vello corporal, telangiectasias ("arañas vasculares"), ascitis, circulación colateral aumentada en la pared abdominal (eventualmente de tipo porto-cava), cambios en el tamaño y consistencia del hígado, esplenomegalia, fetor hepático, equimosis, ginecomastia, disminución de las masas musculares. La orina puede ser colúrica y las deposiciones acólicas. Habiendo hipoalbuminuria es frecuente encontrar ascitis y edema, especialmente en las extremidades inferiores. Si se desarrolla encefalopatía hepática puede haber compromiso de conciencia. Los exámenes de laboratorio mostrarán las pruebas hepáticas y de coagulación alteradas. Los niveles de amonio en la sangre y de glutamina en el líquido cefalorraquídeo pueden estar elevados.

### Relacionados con el Sistema Nefrourológico:

- ✓ **Síndrome nefrítico agudo:** es frecuente que exista un antecedente de infección estreptocócica y que una vez que se ha instalado el cuadro se presente hematuria y oliguria. En el examen físico el paciente presenta una facies vultuosa ("ojos hinchados y mejillas coloradas"), edema (de párpados, manos y pies) e hipertensión arterial. Los exámenes de laboratorio pueden mostrar un sedimento de orina con proteinuria, hematuria y cilindros hemáticos. Se pueden encontrar cifras de nitrógeno ureico y creatinina algo elevadas.
- ✓ **Síndrome nefrótico:** las características principales son el desarrollo de un cuadro edematoso que puede llegar a la anasarca. En los exámenes de laboratorio la alteración principal es una proteinuria en orina de 24 horas que alcanza cifras superiores a los 3,5 gramos. Esto lleva a una hipoalbuminemia, con valores inferiores a los 3,0 g/dl. También se encuentra hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia. El síndrome nefrótico se considera impuro cuando se presenta con hematuria, hipertensión arterial e insuficiencia renal (cuando es puro estas manifestaciones no están).
- ✓ **Síndrome urémico:** se asocia a insuficiencia renal. Los pacientes presentan anorexia, astenia, náuseas, vómitos, baja de peso, oliguria, prurito, somnolencia. En el examen físico se puede encontrar palidez, edema y una facies vultuosa. La piel tiende a hiperpigmentarse y se presenta seca y con finas escamas ("escarcha urémica"). En las extremidades se puede encontrar asterixis y en casos avanzados se encuentran mioclonías. El aliento tiene un aroma especial (fetor urémico). La respiración es de tipo acidótica (hiperventila en un intento de compensar la acidosis metabólica). Existe tendencia a las equimosis. En los exámenes de laboratorio destaca la elevación del nitrógeno ureico y de la creatinina, acidosis metabólica, hiperpotasemia y anemia.

- ✓ **Síndrome prostático:** se caracteriza por disuria de esfuerzo, poliaquiuria, disminución del calibre y de la fuerza del chorro miccional, goteo terminal o micción en dos o más tiempos, sensación de micción incompleta. En el examen físico se puede palpar una próstata grande y en casos avanzados, un "globo" vesical.

### **Relacionados con el sistema hematológico:**

- ✓ **Síndrome anémico:** puede manifestarse con disnea de esfuerzos, palpitaciones, cefalea, fatigabilidad fácil. En casos intensos puede desencadenar angina de pecho o insuficiencia cardíaca. Estas manifestaciones dependen mucho de la velocidad de instalación de la anemia, de la magnitud de ella y de las condiciones basales del paciente. En el examen físico destaca la palidez de la piel y de las mucosas, taquicardia, pulso amplio, un soplo sistólico de eyección de tipo funcional y, eventualmente, edema periférico. En los exámenes de laboratorio destacan niveles de hematocrito y hemoglobina disminuidos.
- ✓ **Síndrome hemorragíparo:** se presentan equimosis y petequias en la piel y mucosas (púrpura). También existe tendencia a sangramientos como epistaxis, gingivorragia, melena, hematuria, metrorragia, y formación de hematomas. En los exámenes de laboratorio se pueden encontrar alteradas las pruebas de coagulación (tiempo de protrombina, de tromboplastina, de sangría, el recuento de las plaquetas y otras más específicas).

### **Relacionados con el Sistema Neurológico:**

- ✓ **Síndrome meníngeo:** se caracteriza porque el paciente presenta cefalea, fiebre, náuseas, vómitos (que pueden ser explosivos), dolor en la espalda, la región lumbar o el cuello. En general, el paciente está decaído y puede estar comprometido de conciencia. En el examen físico los signos más específicos son la rigidez de nuca y los signos de Brudzinsky y de Kerning. El diagnóstico se confirma con el estudio del líquido cefaloraquídeo que está alterado.



## SEMIOLOGÍA GENERAL

---

- ✓ **Síndrome de hipertensión endocraneana:** el enfermo presenta cefalea, vómitos explosivos y compromiso de conciencia. En el examen físico se puede encontrar edema de la papila en el fondo de ojo. También es frecuente encontrar bradicardia.

### SÍNTOMAS GENERALES

- ✓ **Síndrome febril:** es el conjunto de síntomas y signos relacionados con las temperaturas elevadas: cefalea, dolores musculares (mialgias), taquicardia, taquipnea, piel algo sudorosa, mejillas eritematosas, ojos brillantes, orina más oscura y escasa. Al caracterizar la fiebre, se debe precisar: cuándo comenzó, cómo varía entre el día y la noche, hasta qué intensidad alcanza, con qué síntomas se asocia.
- ✓ **Pérdida de peso:** es otro aspecto importante de caracterizar. Se debe preguntar en cuánto tiempo ha ocurrido la pérdida de peso y de qué magnitud ha sido.
- ✓ **Astenia:** falta de energía, decaimiento. Parecida a la astenia, es la **adinamia**.
- ✓ **Anorexia:** Inapetencia o falta de apetito.

*CLASICAMENTE SE HA CONSIDERADO EL **SÍNDROME TÓXICO** COMO LA TRÍADA: ASTENIA, ANOREXIA Y PÉRDIDA DE PESO.*