



# ***Manual de Semiología I***

Universidad de Chile

2020

Estimados Estudiantes,

Hemos realizado este material pensando en su uso exclusivo para el curso de Semiología del primer semestre en la Universidad de Chile. Está basado en la bibliografía oficial del curso usando fuentes complementarias y adaptadas a las necesidades del ramo.

La intención es ayudarlos en su estudio y motivarlos a profundizar en estos temas.

Esperamos podamos perfeccionar este manual año tras año.

¡Un saludo!

Autor:

Dr. Simón Castro González

Colaboradores:

Dr. Camilo Mieres, Dr. Edgardo Vargas, Dra. Pia Michael, María Paz Bertoglia,

Dr. Javier Arellano, Dra. Paula Varela, Dra. Ana M. Arriagada.

Ayudantes Alumno(a)s:

Rosario Valdebenito, Catalina Montecinos, Sofía Astorga, Javier Troncoso, Benjamín Zúñiga, Isidora Herrera, Mariana Manriquez, Daniela Díaz, Macarena Ibacache, Daniela Kinzel.

# Índice

Dolor.....	4
Fiebre.....	8
CEG y baja de peso.....	12
Edema.....	15
Mareo y vértigo.....	18
Cambios en la coloración de la piel.....	21
Disnea.....	27
Compromiso de conciencia.....	30
Anamnesis remota.....	33
Signos vitales.....	50
Examen físico general.....	55
Registro escrito historia clínica.....	77
Resumen oral.....	81
Anexo 1: Glosario.....	83
Anexo 2: Dolores clásicos en la práctica clínica.....	92
Anexo 3: Hitos del examen físico general.....	98

# Dolor

Se define **dolor** como una “sensación y experiencia emocional desagradable, asociadas a un daño tisular actual o potencial”. Es una experiencia única y personal que se ve condicionada por factores fisiológicos, psicosociales y vivenciales.

Sin duda es el **motivo de consulta más frecuente en la práctica clínica** y adquiere gran importancia por el sufrimiento que implica para el , deteriorando su estado de ánimo y calidad de vida.

A pesar de ser tan común, no siempre se empatiza con quien lo sufre. Este **síntoma** -por tanto, sensación subjetiva- es frecuentemente subestimado por quien no lo está sintiendo. **Es importante no juzgar y evitar calificar en base a nuestra propia experiencia el significado que otorga el paciente al dolor, así como su magnitud y factor desencadenante.**

Se puede clasificar el dolor de muchas formas. Para enfrentar este tema, se recomienda comenzar entendiendo la clasificación fisiopatológica del dolor.

## CLASIFICACIÓN FISIOPATOLÓGICA (Tabla 1)

- **Dolor Somático:** Producido por daño tisular en el tegumento o aparato musculoesquelético. Tiende a ser bien localizado por el paciente y en el mismo sitio de origen de la injuria (por eso, también es llamado “dolor epicrítico”). La magnitud tiende a ser concordante con el daño producido y en general presenta un carácter (tipo de dolor o forma de describirlo) bien definido por el paciente.
- **Dolor Visceral:** Más complejo y menos conocido. Causado por distensión/contracción de una víscera hueca, isquemia o inflamación de un órgano. Se denomina protopático, por ser de carácter y ubicación mal definidos. Frecuentemente es “Referido” (se percibe el dolor en una zona corporal superficial distinta de su lugar de origen). Suele acompañarse de manifestaciones neurovegetativas, tales como náuseas y diaforesis.

- **Dolor Neuropático:** Resulta de lesiones o alteraciones crónicas en vías nerviosas periféricas o centrales. Tiene una forma de presentación variada (constante o **paroxística**), generalmente de evolución crónica y puede estar acompañado de *Alodinia* (sensación displacentera o dolorosa ante un estímulo que no debiera provocarla) y/o *Hiperalgnesia* (aumento de la sensibilidad al dolor). Es poco común y de difícil tratamiento.
- **Dolor Psicógeno:** No tiene base estructural clara, posee características sugerentes de mecanismos psicógenos. Es muy variado, puede ser fugaz (presentarse como una cefalea pasajera) o de mayor envergadura (cuadro de colon irritable). El sufrimiento de estos pacientes es tan real como el provocado por lesiones anatómicamente demostrables, por lo que es un error como profesionales de la salud desentendernos de él.

## CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

La herramienta más importante a la hora de enfrentar a un paciente con dolor es la anamnesis próxima, que le permitirá caracterizar el dolor e iniciar desde esta información el proceso diagnóstico.

Como se dijo, existen múltiples cuadros que se presentan principalmente con dolor. Cada uno de estos tiene una forma de presentación clásica, ya sabida por los clínicos, que por lo general no varía demasiado entre persona y persona ni a lo largo de la vida de un mismo individuo que lo presente más de una vez. Por ende, el primer paso es indagar en la entrevista un número determinado de características que enmarquen este dolor y así poder configurar probables teorías sobre la causa que lo origina. A pesar de esto, siempre tenga presente que los cuadros no siempre se presentan de una misma manera ni con todas las características que sugiere la literatura.

**Tabla 1: Resumen clasificación fisiopatológica**

	<b>Dolor Somático</b>	<b>Dolor Visceral</b>	<b>Dolor Neuropático</b>	<b>Dolor Psicógeno</b>
<i>Causa</i>	Daño tisular	Distensión/contracción (víscera hueca) Isquemia Inflamación	Lesiones en vías nerviosas	Mecanismos psicógenos, sin base estructural
<i>Características</i>	Común Constante Localizado Epicrítico Cede ante AINEs	Referido Protopático Asociado a manifestaciones neurovegetativas	Poco común Constante o paroxístico (crónico) Asociado a alodinia e hiperalgnesia No responde a AINEs	Muy variado Sufrimiento real, debe ser tratado como tal

Comencemos a analizar qué características son las más importantes:

❖ **Inicio (comienzo):** Según el tiempo en que el dolor alcanza su intensidad máxima, puede clasificarse en insidioso, brusco o súbito.

- El dolor de comienzo **insidioso** se inicia vagamente y aumenta de forma progresiva hasta alcanzar su intensidad máxima en cuestión de minutos u horas.
- El dolor de comienzo **brusco** alcanza su mayor intensidad en pocos segundos o minutos.
- El dolor de comienzo **súbito** es el que alcanza su intensidad máxima desde el momento mismo de su aparición. En general, un dolor de comienzo súbito es de **causa vascular o por ruptura de víscera hueca hasta que se demuestre lo contrario**.

Dolor según comienzo	Ejemplos
<b>INSIDIOSO</b>	Dolor ulceroso Cólico biliar Pancreatitis aguda
<b>BRUSCO</b>	Infarto agudo al miocardio Lumbago
<b>SÚBITO</b>	Úlcera péptica perforada Aneurisma cerebral

❖ **Evolución:** La evolución del dolor, así como de cualquier síntoma, es una información fundamental de recopilar. No es lo mismo que el dolor esté presente durante todo el cuadro, a que sea recurrente, o que se haya presentado tan solo una vez. Al momento de redactar una historia clínica, no es común enfatizar que el dolor fue o es “agudo”. Tan solo se debe aclarar la temporalidad es horas, días, semanas o meses. (Esquema 1)

1) El **dolor agudo** tiene una corta duración, cuyos límites varían según la literatura, pero que varía desde minutos a semanas. Puede estar asociado a fenómenos autonómicos (diaforesis, taquicardia, vasoconstricción, hipertensión, midriasis). A su vez, se clasifica como continuo, intermitente o paroxístico.

**Esquema 1: Evolución del dolor**

Evolución del dolor				
Dolor Agudo <i>Dura desde minutos a semanas</i>			Dolor Crónico <i>Dura desde meses a años</i>	
Dolor Agudo <b>Continuo</b> <i>No cede nunca</i>	Dolor Agudo <b>Intermitente</b> <i>Intercala periodos dolorosos con otros sin dolor</i>	Dolor Agudo <b>Paroxístico</b> <i>Crisis cortas de dolor que ceden y reaparecen</i>	Dolor Crónico <b>Continuo</b> <i>No cede nunca</i>	Dolor Crónico <b>Recurrente</b> <i>Intercala periodos dolorosos con otros sin dolor</i>

- Es **continuo** el dolor que nunca cede a lo largo del cuadro clínico (Pueden ser ejemplos algunos casos de dolor anginoso o cólico biliar).
  - El dolor **intermitente** intercala periodos sin dolor con otros dolorosos (Por ejemplo, un dolor de un síndrome ulceroso).
  - El dolor que se presenta **en paroxismos** es aquel que aparece en accesos o crisis, que duran segundos o pocos minutos, para luego ceder y volver a reaparecer de manera impredecible (generalmente el dolor neurálgico).
- 2) El **dolor crónico** dura meses a años. Se subclasifica como continuo o recurrente (periódico).
- El dolor crónico **continuo** no cesa en el tiempo (es poco frecuente, característico de enfermedades malignas como cáncer gástrico o pancreático avanzado).
  - El dolor crónico **recurrente** cede para reaparecer luego de semanas, meses o incluso años (el dolor ulceroso o las cefaleas pueden presentar este patrón); muchas veces se relaciona con la existencia de un gatillante claro que el paciente reconoce, (“aparece cada vez que como”, “cada vez que trasnocho”, etc.) conociendo también a lo largo del tiempo atenuantes y agravantes del dolor.

❖ **Localización:** Es la ubicación del sitio del dolor que es indicada por el paciente. Puede estar localizado en un solo segmento corporal o ser generalizado. En general, un dolor bien localizado se origina en el segmento corporal correspondiente al indicado. Sin embargo, también podría tratarse de un “dolor referido” cuando se percibe en una zona corporal superficial distinta de su lugar de origen. Existen casos poco frecuentes de algunas condiciones que pueden alterar la posición de un órgano, tanto fisiológicas (cambio de posición del ciego durante el embarazo [Imagen] como anatómicas (malrotación intestinal donde ciego y apéndice se encuentran en fosa ilíaca izquierda) lo que seguramente confundirá nuestro análisis.

❖ **Irradiación:** Extensión de la localización dolor, sin desaparecer de su sitio inicial. Existen irradiaciones típicas de gran valor diagnóstico como en el dolor precordial de origen coronario (típicamente irradia a hombro izquierdo y miembro superior izquierdo por su borde interno hasta los dedos), el cólico biliar (se origina en epigastrio e irradia a hipocondrio derecho y dorso) o el cólico renal (origen lumbar, irradia hacia la cara anterior del abdomen en dirección a la región inguinocrural, sin cruzar línea media). Sin embargo, también pueden existir irradiaciones atípicas que dificultan el diagnóstico, como el dolor coronario que se irradia a la mandíbula inferior, epigastrio (común en infarto de pared inferior) o incluso a un molar.

❖ **Migración:** Durante la evolución del cuadro, el dolor puede variar su localización, desapareciendo de su punto de origen. Existen patologías con migraciones “clásicas” que nos orientan al diagnóstico, como la apendicitis aguda (inicia en epigastrio o región periumbilical y migra horas después a la fosa ilíaca derecha).

❖ **Carácter o tipo:** Corresponde a la descripción de la sensación dolorosa. Es una información muy útil, pero difícil de recopilar, pues la respuesta dependerá del vocabulario y sistema de significados del paciente. Al preguntar se apela a que múltiples patologías son descritas por las personas con palabras o conceptos parecidos, existiendo entonces caracteres clásicos para ciertos dolores de ciertas enfermedades. Sin embargo, al igual que todas las otras características del dolor, se debe tener presente que los cuadros no siempre se presentarán como dolores clásicos (podría existir un paciente que luego de tener un infarto agudo al miocardio lo describa como una puntada, por ejemplo) por lo que esta información nos aproximará con fuerza al diagnóstico, pero nunca lo confirmará en caso de calzar con nuestra hipótesis, ni descartará en caso contrario.

En la Tabla 2, se resume el carácter de algunos dolores clásicos.

❖ **Intensidad:** Hemos enfatizado que el dolor es subjetivo. Sin embargo, debemos tratar de objetivar su intensidad lo mejor posible por 3 motivos fundamentales: para darle fuerza a nuestra hipótesis en la medida que ciertas intensidades sea más común en ciertas patologías; para comprender de mejor manera lo que está viviendo el paciente y fortalecer nuestra relación médico-paciente; para hacer seguimiento del dolor en el transcurso del tiempo y notar sus

cambios, que en ciertos casos pueden implicar mejoría o agravamiento de la enfermedad.

Para evaluar este parámetro generalmente se utilizan escalas descriptivas o la escala visual análoga (EVA). La más utilizada en adultos corresponde a la *escala verbal simple (EVS)* que se basa en una escala de 1 a 10 en la cual el paciente elige el número que mejor describe su dolor, siendo 1 un dolor muy leve y 10 el máximo dolor que ha sentido en su vida. (Cero es que no siente dolor)

**Tabla 2: Carácter de algunos dolores clásicos**

Carácter	Descripción	Ejemplo
<b>Opresivo o constrictivo</b>	Como apretón o peso	Angina, Sd. Coronario agudo
<b>Punzante o pungitivo</b>	Como puntada	Derrame pleural
<b>Urente</b>	Quemante, ardor	Herpes zoster, úlcera gastroduodenal
<b>Transfixiante</b>	Atraviesa de lado a lado	Pancreatitis aguda
<b>Fulgurante</b>	Golpes de corriente eléctrica	Tabes dorsal
<b>Lancinante</b>	Pinchazos	Neuralgia del trigémino
<b>Cólico</b>	Retorcijón	Cólico renal, cólico biliar
<b>Sordo</b>	Leve pero continuo	Cáncer
<b>Tenebrante o taladrante</b>	Como si fuera un taladro	Odontalgia
<b>Gravativo</b>	Pesadez	Hepatomegalia, derrames
<b>Pulsativo o pulsátil</b>	Sensación de latido	Abscesos
<b>Desgarrante</b>	Sensación de rotura	Aneurisma disecante

❖ **Desencadenante o gatillante:** Existen estímulos específicos que pueden producir o reproducir dolor. Por ejemplo, la ingesta de comida rica en grasa puede reproducir el dolor típico de un cólico biliar. Preguntar por si hay algo en específico que el paciente haya identificado y que provoque dolor, es una buena forma de aproximarse a la base fisiopatológica del origen del síntoma y por ende al diagnóstico del paciente.

❖ **Agravantes:** El dolor se puede ver modificado, agravándose por comportamientos del paciente o por factores externos. Generalmente el esfuerzo físico agrava las patologías cardiovasculares (dolor anginoso, claudicación intermitente), al igual que el frío, las comidas copiosas y las emociones muy fuertes. El movimiento puede agravar afecciones localizadas en el sistema musculoesquelético, como en el lumbago y la lumbociática. Tos e inspiración profunda tienden a agravar dolor torácico por inflamación pleural y estrés o tensiones emocionales a los dolores de tipo funcional.

❖ **Atenuante:** Esto es disminuir la intensidad del dolor. Tal como existen agravantes, el dolor se puede ver atenuado en ciertas condiciones. Habitualmente el reposo atenúa patologías cardiovasculares y musculoesqueléticas. La ingesta de agua, ciertos alimentos o antiácidos lo hacen con el dolor ulceroso. Generalmente el calor y la presión atenúan el cólico intestinal al igual que algunos analgésicos y antiespasmódicos según sea la causa.

❖ **Actitud del enfermo:** Corresponde a la conducta y/o ánimo del paciente respecto al dolor. **No siempre hay una actitud que sea útil de constatar.** Un individuo muy quieto y temeroso de moverse se asocia a dolores de compromiso musculoesquelético o a un infarto agudo del miocardio. Mientras que un sujeto sufriendo un cólico renal típicamente se podría encontrar con “inquietud psicomotora”, moviéndose de un lado a otro sin lograr una postura antiálgica efectiva. Así mismo, el síndrome coronario agudo se asocia a angustia y sensación de muerte inminente.

❖ **Síntomas acompañantes:** Se deben buscar activamente síntomas concomitantes del dolor, así como de cualquier síntoma. Por ende, a lo que se refiere este último ítem es distinguir si los síntomas acompañantes se presentan en respuesta al dolor (como síntomas neurovegetativos) o son parte del cuadro de base.

### **Consideraciones importantes:**

- Al momento de redactar una historia clínica en base a dolor, si bien hay que referirse a todas estas características, se sugiere comenzar por especificar **dónde duele, desde cuándo y la intensidad del dolor.**
- Se puede ocupar nemotecnia “ALICIA, MI SEDA” para recordar características del dolor que se deben indagar. Esto es: A: Atenuante; L: Localización; I: Intensidad; C: Carácter; I: Inicio, A: Agravante; M: Migración; I: Irradiación; S: Síntomas acompañantes provocados por dolor; E: Evolución; D: Desencadenante; A: Actitud.
- Según sea el caso, se debe especificar que no existen atenuantes, agravantes, desencadenantes, así como si no existiera migración ni irradiación. De lo contrario faltará información.
- La actitud y los síntomas acompañantes provocados por el dolor no siempre son de gran relevancia, salvo casos muy característicos.

# Fiebre

## INTRODUCCIÓN

La temperatura corporal se ve regulada por el Sistema Nervioso Central a nivel del Hipotálamo, en el llamado **Centro Termorregulador (CTR)**. Este comanda la temperatura a la cual se debe mantener el cuerpo, lo que denominamos setpoint. Cuando, por factores externos se modifica el setpoint a un mayor valor de lo normal, se generan una serie de reacciones a nivel sistémico para aumentar la temperatura corporal. A este fenómeno de elevación de la temperatura debido a un setpoint alterado, se le denomina **fiebre**.

En la práctica clínica, con el término “fiebre” nos referimos al signo (hallazgo objetivo de temperatura elevada). El “síntoma Fiebre” en rigor debería ser llamado “sensación febril” o “fiebre no objetivada”. A su vez, como la fiebre también origina una serie de otras manifestaciones, se presentará siempre en contexto de un síndrome febril (conjunto de síntomas y signos).

La fiebre es un hecho clínico muy importante porque:

1. Es un motivo de consulta muy frecuente
2. Genera síntomas que alteran el bienestar del paciente
3. Refleja enfermedad orgánica (más comúnmente patología infecciosa)
4. El valor de la temperatura tiene utilidad en el seguimiento de los pacientes
5. Puede descompensar insuficiencias orgánicas (especialmente cardíacas)

## TERMORREGULACIÓN

La T° corporal es una variable fisiológica que necesita mantenerse dentro de un **rango de normalidad**. El hipotálamo es quien controla la temperatura corporal al dictar el setpoint (temperatura corporal central). Este órgano censa la temperatura y en condiciones fisiológicas desencadena una serie de reacciones corporales para aumentar (termogénesis) o disminuir (termólisis) la temperatura.

Los mecanismos de **termogénesis** son: procesos metabólicos (básicos como la Bomba Na/K ATPasa), ingestión de alimentos (sometidos a procesos de digestión y absorción) y actividad muscular (produciéndose degradación de ATP). Y los mecanismos de **termólisis** son: radiación, convección, conducción, que representan el 70% de la pérdida a 21°C; la vaporización del sudor, que representa el 27% a 21°C; la respiración, que representa un 2% y la micción y defecación, que representan un 1%.

De este modo **la temperatura normal del cuerpo humano es un equilibrio entre la producción y pérdida de calor**, utilizándose en la práctica asistencial referencias periféricas de la temperatura corporal central (TCC). Se observa que la temperatura corporal posee un **promedio de 37°C** con

variaciones diarias de 0,6°C producto del ritmo circadiano, teniendo las **menores mediciones en la mañana y las mayores en la tarde**. Se producen también variaciones de la temperatura con la ingesta alimentos, ovulación o ejercicio violento (todos aumentan la temperatura).

## CONTROL NORMAL DE LA TEMPERATURA

-Si la T° corporal aumenta sobre el setpoint: se activan mecanismos de termólisis y disminuyen los de termogénesis, que se manifiestan desde el punto de vista clínico con: vasodilatación cutánea (**piel ruborizada**), **diaforesis** y tendencia a una conducta de apatía e inercia.

-Si la T° corporal disminuye bajo el setpoint: se produce lo contrario, una disminución de la termólisis y una activación de la termogénesis que se manifiestan con: vasoconstricción cutánea (**palidez**), disminuye la sudoración y aumenta la actividad muscular, con aumento del tono muscular o **calofríos**.

## ALTERACIONES DE LA TEMPERATURA CORPORAL

Las alteraciones de la temperatura se deben a que los mecanismos de producción y/o pérdida de calor están alterados. Las alteraciones de la temperatura corporal pueden ser 3:

1. **Hipotermia:** Disminución de la temperatura con setpoint normal. Dentro de sus principales causas se encuentran: edades extremas, exposición al frío, drogas, hipotiroidismo, alteraciones neurológicas y otras (desnutrición, shock, quemaduras).
2. **Hipertermia:** Aumento de la temperatura con setpoint normal. **Potencialmente mortal** ya que, al deberse a un fracaso de los mecanismos periféricos de mantener la temperatura normal, los antipiréticos convencionales no son útiles (ya que actúan generalmente a nivel del centro regulador). Dentro de sus principales causas encontramos: ejercicio, golpe térmico, hipertermia maligna, síndrome maligno neuroléptico, hormonal y misceláneas (deshidratación, drogas).
3. **Fiebre:** Aumento de la temperatura con **setpoint alterado**.

## SEMIOLÓGÍA DE LA FIEBRE

*La fiebre es signo (medible al examen físico con termómetro), síntoma (“sensación febril”) y síndrome (se da en contexto del síndrome Febril)*



## Fiebre como signo

La fiebre se puede cuantificar utilizando un termómetro en diferentes zonas corporales. Dependiendo del área de exploración, los valores considerados como fiebre varían [tabla 2.1].

Tabla 2.1: Valores de fiebre según Goic.

Área de exploración	T° normal
Axilar	36, 5 ± 0,4 °C
Bucal	36, 8 ± 0,4 °C
Rectal	37, 1 ± 0,4 °C

Es importante destacar que **los valores de corte son variables según la literatura**. Uno de los consensos más usados en clínica es **que se hablará de fiebre cuando la temperatura axilar sea >38°C**. Inferior a este valor, la temperatura puede estar sujeta a aumentos debido a condiciones del ambiente o al ropaje del paciente.

Otro aspecto al que se le debe dar énfasis es que, para un mismo instante, la temperatura rectal es mayor que la bucal y ésta a su vez, mayor que la axilar.

Además, la temperatura tiene un **ritmo circadiano**, de modo que se considerará fiebre con límites vespertinos de temperatura distintos e inferiores a los límites de temperatura matinal.

Otros valores importantes:

- Temperatura corporal central < 35° se denomina **hipotermia**.
- “Fiebre de intensidad leve”, entre 37-38°C axilar, se denomina **febrícula**.
- Temperatura > 40-41° se denomina **hiperpirexia**. Si esta es prolongada, puede provocar daño cerebral permanente y si pasa de 43°C, puede provocar coma y muerte.

## Fiebre como síntoma

Se denomina **sensación febril** al síntoma derivado de la percepción de calor corporal. Debe diferenciarse de la sensación de calor derivada del aumento de temperatura ambiental, del ejercicio, del aumento del metabolismo (tirotoxicosis), y de los bochornos característicos del climaterio.

La sensación febril varía además en presencia de ciertas enfermedades. Los pacientes cirróticos, los desnutridos, los inmunodeprimidos y los tuberculosos suelen tolerar bien la presencia de fiebre. La magnitud y la rapidez del alza térmica son determinantes de su percepción. Así, las febrículas suelen pasar inadvertidas. En cambio, las alzas bruscas y marcadas de temperatura son muy sintomáticas. Del mismo modo, los pacientes ancianos pueden no presentar generar cuadros febriles notorios.

## Fiebre como síndrome

El **síndrome febril** es el conjunto de síntomas y signos asociados a la fiebre. La capacidad de percibir los componentes del síndrome febril es individual, así como la importancia y significado que el paciente le da a cada uno de ellos. Las alzas térmicas leves, menores de 38° C, suelen no ser percibidas por la mayoría de los pacientes.

Tabla 2.2: Síndrome febril. (Goic)

SIGNOS	SÍNTOMAS
Facies febril. Aumento de la frecuencia cardiaca (10 a 15 pulsaciones por grado de fiebre). Aumento de la frecuencia respiratoria (4 a 5 respiraciones por cada grado de fiebre). Disminución de la presión arterial. Soplo cardíaco funcional (sistólico eyectivo). Lengua con saburra, mucosa bucal seca. Piel seca y pálida, luego caliente, roja y húmeda. Disminución del volumen urinario-día, orina oscura, concentrada y con excreción de albúmina (síndrome urinario febril). Sudoración.	Sensación de calor (sensación febril). Calofríos. Cefalea. Malestar general. Astenia. Polidipsia Anorexia. Dolores vagos y múltiples (polialgias).

## Causas

Por lejos la causa más común de fiebre son las **infecciones** principalmente causadas por virus. Pese a esto, no deben asociarse estos 2 conceptos como sinónimos pues existen también otras causas como **neoplasias, causas inmunológicas, trastornos metabólicos agudos, hemólisis, enfermedades del tejido conectivo, entre otros**.

Dada la incapacidad de montar una respuesta inmune efectiva, muchos **adultos mayores** tienden a tener fiebre tardíamente con respecto al inicio de su enfermedad. Además, en esta población existe una mayor proporción de casos de fiebre originados por infecciones bacterianas comparados con la población general.

Hablamos de **“Fiebre sin foco”** o “fiebre sin foco evidente” cuando en el enfrentamiento inicial del paciente no logramos relacionar la fiebre a una causa específica. También existe el diagnóstico **“Fiebre de origen desconocido” (FOD)**, que se establece con criterios específicos.

Para hablar de FOD se debe cumplir:

- 1) Fiebre de 3 semanas
- 2) con temperaturas mayores o iguales a 38, 3° axilar en al menos tres oportunidades
- 3) imposibilidad de un diagnóstico después de estar una semana hospitalizado.

Estos criterios tienen como objetivo excluir enfermedades de fiebre comúnmente autolimitadas, aquellas fácilmente identificables y aquellas personas que poseen una temperatura corporal normal que excede al rango habitual.

**Una vez diagnosticados, la mayoría de los pacientes con FOD resultan tener una enfermedad clásica que se presenta de forma atípica (y no una enfermedad rara o desconocida).**

	Comunes	Infrecuentes
<b>Infecciones</b>	Tuberculosis (miliar o extrapulmonar) Absceso abdominal o pélvico Endocarditis infecciosa Osteomielitis Infección tracto urinario	Mononucleosis infecciosa Infección por citomegalovirus Sinusitis Fiebre tifoidea Absceso dentario periapical
<b>Neoplasias</b>	Linfoma Leucemia Carcinoma renal Metástasis hepática	Sarcoma de Kaposi Mielodisplasias Cáncer de pulmón, mama, estómago, ovario Mixoma auricular
<b>Enfermedades del colágeno</b>	Enfermedad de Still Arteritis de células gigantes Polimialgia reumática	<b>Síndromes vasculíticos:</b> Granulomatosis de Wegener, poliarteritis nudosa, crioglobulinemia
<b>Otras</b>	<b>Drogas</b> Enf. inflamatoria intestinal Sarcoidosis Enf. tromboembólica venosa Hematoma intraabdominal o retroperitoneal	Fiebre facticia Feocromocitoma Tiroiditis subaguda Hipertiroidismo Fiebre mediterránea familiar Síndrome de fatiga crónica

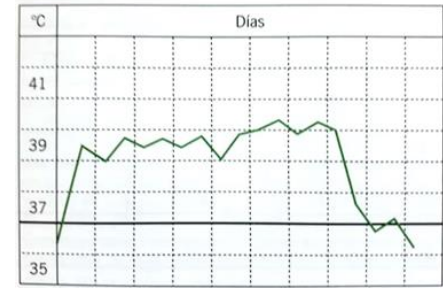
**Tabla 5: Causas de FOD clásica en adultos**

### Patrones de fiebre (curvas febriles)

Antiguamente se registraba día a día la temperatura de los pacientes con fiebre, para luego graficar esta información en curvas. Esta práctica servía para orientar el diagnóstico, considerando que existen patrones de fiebre que dibujan curvas asociadas a un grupo de causas específicas. En tiempos actuales esto ya no se realiza debido al uso masivo de antipiréticos, el mayor conocimiento médico de las patologías y el avance tecnológico.

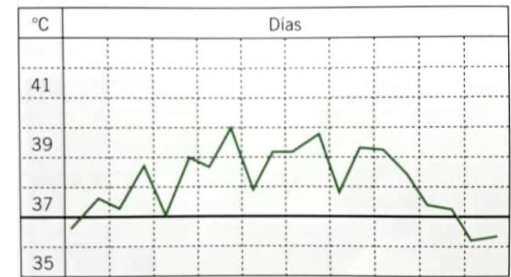
- ❖ **Fiebre continua:** no presenta variaciones mayores de 0.6°C por día. Por ejemplo, en la neumonía neumocócica, el tifus exantemático o fiebre tifoidea

**Figura 1-19. Fiebre continua.** La temperatura experimenta variaciones diarias menores de un grado entre la mañana y la tarde.



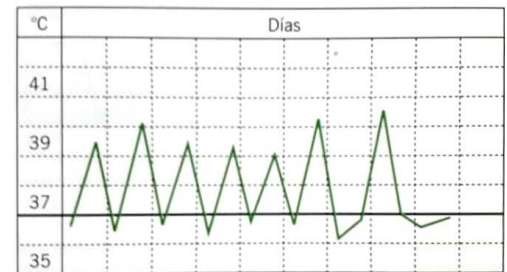
- ❖ **Fiebre remitente:** experimenta variaciones diarias superiores a 0.6°C, sin llegar a la normal. La mayoría de las enfermedades febriles presentan esta curva.

**Figura 1-20. Fiebre remitente.** La temperatura experimenta variaciones diarias superiores a un grado, sin llegar a la temperatura normal.



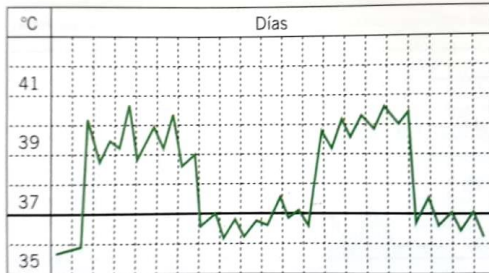
- ❖ **Fiebre intermitente:** se caracterizan por elevaciones térmicas que retornan a los valores normales, durante cada día de fiebre. Una variación corresponde a la **fiebre hética, séptica o en aguja** donde la variación entre el acmé y el nadir es muy acentuada, se observa en cuadros sépticos graves, tales como en enfermedades bacterianas, TBC miliar y linfomas.

**Figura 1-21. Fiebre intermitente.** Las variaciones diarias de la temperatura llegan por momentos a la temperatura normal.



- ❖ **Fiebre recurrente:** es la que reaparece después de uno o más días de apirexia, siendo una de las formas más difundidas de esta fiebre la de Pel Ebstein. Esta consiste en periodos febriles de 4 o 5 días que alternan con periodos afebriles de duración similar y se repiten en forma regular durante varios meses, expresada en algunos casos de enfermedad de Hodgkin.

Figura 1-23. Fiebre recurrente. Alternan varios días de fiebre con otros tantos de temperatura normal.



# CEG y Baja de peso

## Compromiso de Estado General

El compromiso de estado general (CEG) implica molestias físicas y anímicas que afectan directamente las actividades cotidianas de los pacientes que lo padecen. Lo entendemos fundamentalmente como **astenia y adinamia acompañadas o no de anorexia, a las que se puede sumar baja de peso, fiebre, síntomas y signos de anemia u otras manifestaciones de enfermedad orgánica**. Está presente en muchas y variadas patologías, por lo que es un síndrome muy **poco específico**.

## ASTENIA Y ADINAMIA

**Astenia** es la sensación de cansancio que aparece sin que la persona haya hecho un esfuerzo que la justifique. En cambio, **adinamia** es la sensación de falta de vigor para realizar cualquier actividad. (“falta de ganas”, “decaimiento”). Ambos síntomas generalmente se presentan asociados y conforman el grueso de lo que se ha denominado Compromiso de Estado General.

Los pacientes habitualmente se refieren a la astenia como “cansancio”, “desgano”, “decaimiento”, “debilidad”. Es deber del médico o médica tener claro si se está haciendo referencia a astenia, o bien, a otros conceptos que tendemos a confundir como la misma *adinamia*, *disnea*, *hipersomnia diurna*, *anhedonia*, *mialgias*, *paresia* o *claudicación intermitente*. Siendo rigurosos, astenia tampoco es lo mismo que *Fatigabilidad*, que corresponde a la sensación de cansancio que aparece en relación con esfuerzos que habitualmente eran bien tolerados. Las causas de esto incluyen, por ejemplo, falta de acondicionamiento físico, que no es una causa de astenia.

## Causas más frecuentes de astenia

Corresponden a infecciones, neoplasias, enfermedades de origen endocrino-metabólicas (hipotiroidismo, diabetes), quimio y radioterapia, algunos fármacos (los que ejercen acción directa sobre el SNC), trastornos psiquiátricos y en general cualquier enfermedad en su etapa avanzada.

## Orientación etiológica de la astenia

Casi siempre que la astenia se presente con baja de peso significativa, otros síntomas o signos de enfermedad, o bien alteraciones del examen físico o de exámenes de laboratorio, nos va a orientar a una **causa orgánica** de CEG.

Sin embargo, también existe la astenia de origen psicógeno o más comúnmente llamada **astenia funcional**, que puede presentarse de forma aislada, sin otros síntomas, y se debe comúnmente a trastornos de salud mental, específicamente a trastornos del ánimo o de ansiedad.

A continuación, se presentan características que ayudan a orientarnos a uno u otro origen de astenia y que deben ser indagadas durante la entrevista:

Astenia FUNCIONAL	Astenia ORGÁNICA
Fluctuante y prolongada	Constante e incluso <b>progresiva, pero limitada</b> a la duración de la enfermedad.
No varía con reposo ni actividad física	<b>Alivia en reposo y aumenta con actividad física</b> (Pero siempre está presente)
Predominio <b>matinal</b>	<b>Exacerbación vespertina</b>
Sin baja de peso significativa	<b>+/- baja de peso significativa</b>
Asociación a síntomas inespecíficos y estrés	Asociada a <b>manifestaciones de enfermedad</b> , especialmente del síndrome anémico y febril
Sin alteraciones al examen físico ni laboratorio	<b>Puede haber manifestaciones al examen físico y/o laboratorio</b>
Generalmente por trastornos del ánimo	Generalmente por infección, neoplasia, enfermedad autoinmune o metabólica

## ALTERACIONES DEL APETITO Y LA INGESTA

Se entiende el término **anorexia** como la pérdida del deseo de comer no debida a saciedad, caracterizada por la desaparición de la sensación fisiológica de hambre. No es lo mismo que la pérdida de apetito o inapetencia, que está más relacionada con la falta de placer por la ingesta.

Así, el **hambre** es la sensación de necesitar ingerir alimentos que se asocia al impulso de comer. El **apetito**, por su parte, es el deseo de base psicológica, que deriva de experiencias placenteras anteriores asociadas con la ingesta de determinados alimentos y que puede presentarse con o sin hambre.

La **anorexia selectiva** es la repulsión o rechazo del individuo frente a alimentos específicos, que no se debe a intolerancia digestiva. Es común verlo en algunos pacientes con cáncer gástrico, que no desean o sienten repulsión por la ingesta de carnes.

La anorexia como síntoma no debe confundirse con el trastorno de salud mental que llamamos **anorexia nerviosa**, que se caracteriza por una pérdida de peso significativa, voluntaria, basado en un concepto de autoimagen de sobrepeso, asociada a un temor patológico al aumento de peso.

Por otra parte, la **hiperorexia** es el aumento del deseo de comer, a pesar de una ingesta adecuada y suficiente. Se observa frecuentemente en los trastornos de ansiedad y también durante el embarazo. Como término es muy poco ocupado en la práctica clínica.

#### Otros:

- Polifagia: ingesta excesiva de alimento.
- Pica: deseo inexplicable de comer tierra o hielo, debido al déficit de hierro.
- Bulimia nerviosa: trastorno psiquiátrico, donde se alterna crisis de polifagia con actividades compensatorias inapropiadas, como inducción del vómito.

Existe literatura que entiende CEG siempre con anorexia presente, lo que puede inducir a error. Ante esta disyuntiva, se recomienda siempre especificar los componentes del CEG presentes en cada paciente.

## BAJA DE PESO

La disminución del peso corporal es un hecho clínico importante que debe ser objetivado idealmente en una balanza. Sin contar con datos objetivos, es útil preguntar a los pacientes por cambios en su aspecto físico y en la talla de la ropa (sobre todo pantalón). En casos extremos es útil pedir ver fotos antiguas del paciente como las de sus documentos personales.

Además, se debe descartar el uso de diuréticos y/o la coexistencia de otras enfermedades crónicas, tales como hipertiroidismo, que pueden explicar una baja de peso importante sin subyacer a las etiologías previas.

Cuando no existe una pérdida de peso voluntaria o es mayor a la esperada, nos obliga a sospechar enfermedades graves tales como **neoplasias, Tuberculosis o VIH**.

¿Por qué se podría bajar de peso?

- **Disminución en la ingesta:** Se puede producir por intolerancia a la comida (por ejemplo, por dolor), náuseas o vómitos o por una dieta hipocalórica impuesta voluntariamente (anorexia nerviosa).
- **Aumento del consumo metabólico:** La baja de peso por causas no asociadas a cambios dietarios se relacionan con pocas patologías. Así, esta puede producirse por una diabetes mellitus descompensada, hipertiroidismo o tirotoxicosis.
- **Pérdida de calorías:** Puede ser por orina en un síndrome nefrótico, o por heces en un síndrome de malabsorción.

En el caso de los balances negativos de agua y sodio, la baja de peso se asocia a deshidratación o hipovolemia, la cual se manifiesta por CEG y sed, con signos en piel y mucosas al

examen físico. En grados intensos hay compromiso de conciencia.

## Baja de peso significativa

*Corresponde al descenso del 10% o más del peso corporal habitual en 6 meses, 5% en 3 meses o 2% en un mes, de manera involuntaria y sin modificar la ingesta de alimentos o la actividad física.*

Más allá de esta definición, no se debe esperar que se cumplan estos plazos para iniciar estudio ante un paciente que comienza a perder peso de forma acelerada e involuntaria, pues comúnmente esto es causado por una enfermedad orgánica grave.

## Pérdida involuntaria de peso con apetito conservado

Orienta a causas específicas que deben ir a buscarse dirigidamente: **Hipertiroidismo, Diabetes Mellitus descompensada, Síndrome de malabsorción (principalmente por enfermedad celíaca, pancreatitis crónica), Feocromocitoma.**

## SÍNDROME CONSUNTIVO

También conocido como **síndrome constitucional**, corresponde a la astenia y anorexia acompañado de la pérdida de peso involuntaria y significativa. Sus causas se suelen clasificar en tres grandes grupos: orgánicas neoplásicas, orgánicas no neoplásicas y funcionales. Solo en la literatura latina es posible encontrar este término como tal.

En pacientes con este síndrome, se debe sospechar causas graves, en primer lugar, neoplasias (comúnmente de origen hematológico o gastrointestinal) y luego infección. Se observa clásicamente en pacientes con VIH de larga data, no tratados, y en algunos casos de tuberculosis (TBC).

## \*DIAFORESIS

Corresponde a la **sudoración excesiva**. Tiene valor diagnóstico cuando es mayor a la necesaria como función fisiológica termorreguladora.

Existen ciertas causas fisiológicas de diaforesis, tales como una alta temperatura ambiental o un exceso de ropa de cama al dormir. Sin embargo, existen casos de pacientes que sufren diaforesis sin estar sometidos a estas condiciones u otras similares.

De gran importancia es indagar por **diaforesis nocturna**, entendida como la que obliga al paciente a cambiar ropa de dormir y sábanas, sin causa clara o aparente. Este síntoma forma parte de los llamados "síntomas B" (junto a fiebre y baja de peso) descritos clásicamente en pacientes con linfomas o leucemias.

Un punto clave a considerar para el diagnóstico diferencial de la sudoración excesiva es la **localización** y distinguirla de la

*hiperhidrosis*, que corresponde a la presencia de sudoración excesiva localizada en axilas, palmas, plantas y/o cara, visible y de al menos 6 meses de duración, sin causa aparente y que cumpla con otras características tales como sudoración bilateral y relativamente simétrica, al menos un episodio de hipersudoración a la semana, entre otras.

### Causas de compromiso de estado general

ASTENIA – ADINAMIA			
CON BAJA SIGNIFICATIVA DE PESO		SIN BAJA DE PESO SIGNIFICATIVA	
SIN ANOREXIA		CON ANOREXIA	
INGESTA PRESERVADA	INGESTA DISMINUIDA		
Diabetes mellitus descompensada Hipertiroidismo Enfermedad celiaca Pancreatitis crónica Síndrome de mala absorción Feocromocitoma	Ayuno Intolerancia a la ingesta	Enfermedades infecciosas → <i>Neumonía, hepatitis, VIH, endocarditis, tuberculosis, etc.</i> Enfermedades neoplásicas → <i>Tumores sólidos de distinta índole</i> Enfermedades del mesénquima → <i>Lupus sistémico, artritis reumatoide, etc.</i> Otras → <i>Insuficiencia cardiaca crónica, síndrome urémico, daño hepático crónico, alcoholismo, etc.</i>	Trastornos ansiosos Depresión Síndrome de fatiga crónica Insuficiencia renal crónica Etc.



# Edema

## INTRODUCCIÓN

El edema clínico es una acumulación excesiva de fluido (líquido, agua y sal) en el intersticio, el cual se puede percibir y diagnosticar gracias al examen físico, a través de la tumefacción o aumento de volumen de la dermis y el tejido celular subcutáneo.

El edema puede ser (1) localizado, debido a factores primarios, o sea, desregulación en el intercambio de líquido entre el espacio vascular y el intersticial. O bien (2) generalizado, debido a factores secundarios, es decir, por trastornos en la retención renal de sodio y agua. Al edema generalizado y de gran cuantía se le denomina **anasarca**.

## FISIOPATOLOGÍA BREVE

El espacio extracelular comprende una gran porción (45%) del agua corporal total. Este está formado por el volumen plasmático y el espacio intersticial, compartimentos que se encuentran separados por la membrana capilar. Esta membrana deja pasar agua, electrolitos y algunos otros solutos, impidiendo el paso de proteínas (presentes solo en plasma).

El intercambio líquido entre estos compartimentos está regulado por múltiples factores. De forma simplificada se pueden distinguir factores primarios y secundarios en la generación de edema:

**Factores primarios:** Descritos en la Ley de Starling

Esta ecuación relaciona la permeabilidad capilar, el drenaje linfático y la fuerza física que moviliza el líquido. Esta última está determinada por (1) la presión hidrostática, determinada por la presión que ejerce el líquido sobre el endotelio y que genera fuerza para que el líquido salga de la cavidad, y (2) la presión oncótica, determinada principalmente por la presencia de proteína y que genera fuerza para que el líquido entre a la cavidad.

En general y en circunstancias normales, hay un gradiente de aproximadamente 1.5 mmHg que favorece la filtración hacia el intersticio, el que se devuelve a la sangre gracias a los vasos linfáticos, manteniendo la homeostasis.

**Factores secundarios:** Mecanismos que regulan el metabolismo del sodio y el agua.

Considerando que el edema generalizado genera una situación de exceso hidrosalino, se crea un llamado "tercer espacio", proveniente del desplazamiento del espacio vascular hacia el intersticio, que además no se intercambia fácilmente con el resto del espacio extracelular. Por ende, se pierde la movilidad característica de estos compartimentos, que es finalmente lo que mantiene el equilibrio dinámico.

A modo de resumen, la etiopatogenia del edema se puede deber a los siguientes procesos:

1. Aumento de la presión hidrostática en el segmento venoso de los capilares.
2. Disminución de la presión oncótica del plasma, debido a hipoalbuminemia.
3. Aumento de la permeabilidad de las paredes capilares, comúnmente causada por inflamación.
4. Dificultad del retorno linfático.

*El edema provoca un cambio en el contorno usual de la zona anatómica. El **signo de la fóvea** (conocido antiguamente como signo de Godet) es cuando se aplica presión con un dedo sobre la superficie cutánea contra un plano óseo por 10 a 15 segundos. Si al retirarlo se reconoce una depresión, es positivo.*

## EXAMEN FÍSICO

El edema es un hallazgo del examen físico que se debe buscar de forma dirigida al realizar el examen de piel. En un edema localizado el examen se realizará en tal sector. Mientras que en un edema generalizado se buscará en las áreas en declive, dado que estas son las primeras en mostrar la acumulación de líquido.

- Paciente en deambulación: Extremidades inferiores (EEII) (maléolos)--> signo de la fóvea
- Paciente en cama: Región sacra--> signo de la fóvea
- En paciente con edema de gran cuantía: Dorso, flancos, piernas, muslos--> se toma un grueso pliegue cutáneo formando una pinza entre el pulgar y el índice, se suelta tras unos segundos y observa si genera depresión.
- Otros sitios: Párpados, conjuntivas (debido a laxitud del tejido).

La **magnitud** del edema se puede medir en grados, dependiendo de la depresión que pueda provocarse y el tiempo que tarda en volver a su forma inicial:

- Grado 1: Leve depresión sin distorsión visible del contorno, y desaparición casi instantánea.
- Grado 2: Depresión de hasta 4 mm y desaparece en 15 segundos.
- Grado 3: Depresión de hasta 6 mm y recuperación de la forma en 1 min.
- Grado 4: Depresión profunda hasta de 1 cm con persistencia de 2 – 5 min.

El hallazgo de edema al examen físico orienta a un número significativo de causas. Por ende, es importante caracterizarlo para así orientar el cuadro a una etiología específica con mayor seguridad.

## OTRAS CARACTERÍSTICAS QUE ESTUDIAR DE EDEMA

<b>Distribución corporal</b> (simetría o asimetría, y localización inicial)
Visualización del <b>color de la piel</b> (rojo, blanco, azul)
<b>Temperatura</b> (Caliente, frío, normal)
<b>Aspecto de la piel</b> (aguda: fina y lustrosa / crónica: con fibrosis y pigmentación)
Coexistencia de <b>dolor</b> (frecuente en los inflamatorios)
<b>Consistencia</b> (duro en casos muy crónicos)
Hallazgo de <b>patologías cutáneas</b> en la misma zona (pigmentación, úlcera, etc.)
<b>Ritmo de su aparición y de su magnitud</b> (matinal, en la noche, periódico)
Vinculación con los <b>movimientos o la posición</b> (permanencia en cama, estación prolongada de pie)
<b>Asociación</b> de su aparición con algún <b>evento externo</b> (medicación, alimentación, picaduras)
Concomitancia de su existencia con síntomas o signos de enfermedad o situaciones fisiológicas (menstruación)

### Edema en extremidades inferiores

La mayoría de las consultas donde el edema es el signo cardinal, la localización suele ser en extremidad inferior. Es importante, por ende, determinar la simetría del edema, que nos puede orientar a diferentes etiologías.

El **edema simétrico** o bilateral, que comienzan en los tobillos y ascienden hasta las piernas y los muslos por lo general están vinculados a retención hidrosalina por hipovolemia efectiva (característico de insuficiencia cardíaca, síndrome nefrótico y daño hepático crónico).

Otras causas de edema bilateral de extremidad inferior son la insuficiencia venosa crónica, o los causados por aumento de la permeabilidad capilar (angioneurótico, idiopático o cíclico, eritema nudoso, vasculitis, o relacionado a la administración de fármacos como enalapril)

El **edema asimétrico**, nos orienta fuertemente a una trombosis venosa, trastorno inflamatorios específicos o traumáticos, u obstrucción linfática.

Tabla resumen causas edema según simetría

Edema	Diagnóstico diferencial
<b>Simétrico</b>	Cardíaco, Renal, Hepático Desnutrición o pérdida de proteínas Insuficiencia venosa crónica (varices) Cíclico
<b>Asimétrico</b>	Trombosis venosa profunda (TVP) Linfedema (obstrucción local) Traumáticos Inflamatorios Vasculitis Distrofia simpática refleja

### Diagnóstico diferencial de edema generalizado

La concomitancia de edema generalizado con otros síntomas, podrían orientarnos a determinadas causas:

- Disnea, cianosis, arritmia cardíaca, hipertensión arterial, aterosclerosis generalizada, cardiomegalia, síntomas de pericarditis constrictiva ---> **INSUFICIENCIA CARDÍACA.**
- Ascitis, cabeza de Medusa, várices esofágicas, ausencia de vello púbico, signos de daño del parénquima hepático ---> **EDEMA DE ORIGEN HEPÁTICO (DHC).**
- Síntomas de hipercortisolemia, hipo o hipertiroidismo, aparición en época premenstrual ---> **EDEMA DE CAUSA HORMONAL.**
- Inanición prolongada, alcoholismo crónico, hipoproteinemia ---> **DEFICIENCIA DE PROTEÍNAS, POTASIO, VITAMINA B1, HIERRO.**
- Edema tras la ingesta de medicamentos o alimentos ---> **EDEMA MEDICAMENTOSO O ALÉRGICO**
- Proteinuria, hematuria, cilindruria, hipoproteinemia, hipercolesterolemia ---> **EDEMA NEFRÓTICO.**
- Proteinuria, hematuria, cilindruria, hipertensión arterial, proteinemia normal ---> **EDEMA NEFRÍTICO**

**A tener presente**--> Edema por insuficiencia venosa:

- Frío, indoloro
- Leve a moderado
- Progresivo en el transcurso del día
- Empeora de pie y en hábito sedentario
- Mejora en posición horizontal y durante la noche
- Blando inicialmente. Se vuelve duro al ser crónico

### CASOS ESPECIALES:

#### Linfedema

Se debe a una obstrucción del drenaje linfático, por ejemplo, en procesos neoplásicos, donde los vasos se ven comprimidos o bien una resección quirúrgica de estos.

- Inicialmente puede ser blando. Sin embargo, en poco tiempo adquiere consistencia dura.
- SIN SIGNO DE LA FÓVEA (excepto en un inicio)
- Signo de Stemmer: En edema avanzado puede haber imposibilidad de pinzar la piel del dorso del segundo orjejo.





- Elefantiasis: deformación de EEII por linfedema de gran cuantía. Esta es la evolución esperada de la enfermedad si no hay tratamiento.

### Mixedema

Se debe a acumulación en el intersticio de glicosaminoglicanos como ácido hialurónico, secundario a un aumento en su producción, como en la **enfermedad de Graves** o bien por disminución de catabolismo, como es el **hipotiroidismo**.

- Presenta tumefacción y borramiento de los pliegues.
- SIN SIGNO DE LA FÓVEA
- Duro, difícil de desplazar
- Piel fría, áspera, seca y escamosa, de color pálido amarillento.
- Secreción sebácea y sudorípara disminuidas
- En algunas regiones, como en las supraclaviculares, se forman cúmulos adiposos granulosa a la palpación.



### Angioedema

Constituye una reacción alérgica o de hipersensibilidad del sistema inmune en la cual los mediadores químicos liberados por la inflamación aumentan la permeabilidad de los capilares, provocando extravasación del líquido plasmático al intersticio, incluyendo proteínas.

- Comienza en relación a la exposición a un alérgeno en una persona que fue previamente expuesta
- Inicia en tejidos más laxos y luego podría extenderse a todo el sistema.
- Frecuentemente asociadas a placas eritematosas, bien delimitadas, pruriginosas (urticaria), que varían de posición.

### EDEMAS

#### CARDIOLÓGICO Insuficiencia cardiaca (IC)

#### NEFROLÓGICO Sd Nefrítico (SNI) Sd Nefrótico (SN)

#### HEPÁTICO Daño hepático crónico (DHC)

	El corazón se vuelve incapaz de establecer su función de bomba, de modo que la volemia queda retenida en el territorio venoso, transmitiéndose la presión hacia el lecho capilar y aumentando la presión hidrostática.	SNi: se debe a una lesión en el epitelio renal, la cual conduce a una pérdida importante de proteínas como la albúmina SNI: se produce por una hiperactivación del eje renina-angiotensina-aldosterona	El hígado pierde la capacidad de sintetizar proteínas como la albúmina, una de las principales responsables de la presión oncótica del plasma, provocando la disminución de esta presión.
<i>Temporalidad</i>	- Aparición insidiosa - Predominio vespertino	- SNI: Aparición aguda - SN: Aparición insidiosa - Predominio matutino	- Aparición insidiosa - No varía durante el día
<i>Ubicación</i>	- En declive - Simétrico	- Compromiso facial precoz - Simétrico	- EEII - Simétrico
<i>Apariencia</i>	- Cianótico (no siempre) - Indoloro - Blando (con fóvea) - Frío - IC grave: puede dar anasarca	- Pálido - Indoloro - Blando (con fóvea) - SN puede dar anasarca	- Ictérico - Indoloro - Blando (con fóvea)
<i>Síntomas y signos</i>	- Disnea de esfuerzo - Disnea paroxística nocturna - Ortopnea - Nicturia - Ingurgitación yugular - Cardiomegalia - Hepatomegalia	SNI: - <u>hematuria</u> - hipertensión arterial - oliguria - proteinuria SN: - <u>proteinuria masiva</u>	- Hepatomegalia dura e irregular Estigmas de hepatopatía: - Ictericia - Prurito palmar - Circulación colateral

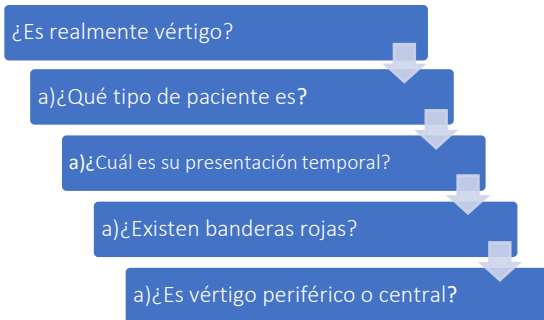
# Mareo y Vértigo

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos del equilibrio son motivos de consulta muy frecuentes en la práctica clínica.

El equilibrio postural está determinado por la información propioceptiva proveniente de las aferencias de los sistemas vestibulares (VIII par y cerebelo), musculoesqueléticos y la información sensorial aportada por el sistema visual (II par). La integración de esta información permite el ajuste de nuestra postura para cada situación, de esta manera la falla en uno de sus componentes implica una alteración en el equilibrio.

Los trastornos del equilibrio son motivos de consulta muy frecuentes en la práctica clínica, a continuación, se presentará una alternativa de cómo abordar estos casos siguiendo el siguiente esquema:



## ¿Es realmente vértigo?

Los trastornos del equilibrio pueden presentarse de distinta forma. Se describirán dos síntomas principales: mareo y vértigo.

Con **mareo** nos referimos a la **sensación de vaivén o inestabilidad** en la bipedestación o durante la marcha. Las personas suelen utilizar el término indistintamente, pudiendo referirse a múltiples síntomas como lipotimia, síncope, visión borrosa y vértigo, por lo que es relevante una buena anamnesis para la distinción de estos síntomas.

El mareo es altamente inespecífico y se puede acompañar a cuadros psiquiátricos. En la gran mayoría de los casos, corresponde a una sensación autolimitada que no implica gravedad.

Algunas causas de mareo:

- Trastornos de ansiedad, del ánimo o estrés.
- Reacciones adversas de algunos fármacos
- Anemia

- Cambios posturales bruscos
- Accidente Cerebro Vascular

El **vértigo** corresponde a la falsa sensación de movimiento de uno mismo o del entorno, habitualmente rotatoria. Puede clasificarse como vértigo subjetivo u objetivo, si lo que se mueve es el sujeto o el entorno, respectivamente. Sin embargo, esta distinción no suele ser de mucha utilidad.

## Anamnesis: ¿Qué tipo de paciente es?

Como todo cuadro es importante determinar las características epidemiológicas de nuestro paciente, dado que estas predispondrán a la aparición de ciertas patologías.

### 1. Edad.

Existen patologías más frecuentes según el grupo etario al que se pertenezca. En jóvenes, por ejemplo, el vértigo suele ser debido a una neuritis vestibular ó ataques de pánico. En adultos mayores por otro lado, es importante descartar un accidente cerebrovascular (ACV), que se presenta con vértigo central. También en este grupo etario son frecuentes las enfermedades neurodegenerativas.

El vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB), suele darse en mayores de 60 años, aunque puede ocurrir a cualquier edad, también cuando niños.

### 2. Antecedentes patológicos.

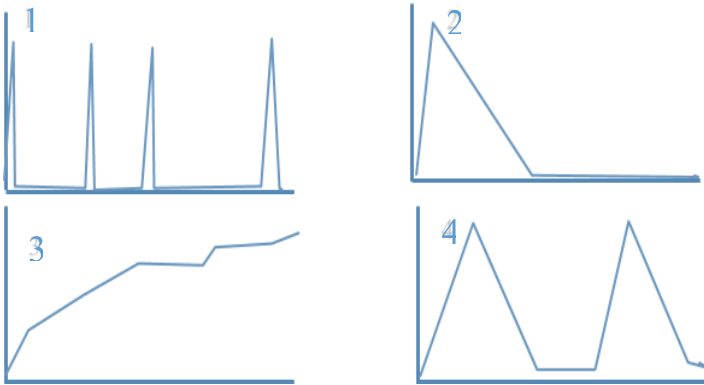
Resulta de relevancia determinar si existe algún antecedente neurológico, que oriente a un vértigo central u otorrinolaringólogo que oriente a un vértigo periférico. En todo paciente con factores de riesgo cardiovascular (como HTA, DM, DLP, Tabaquismo) debe descartar ACV. También deberá descartar alteraciones en los otros sistemas de equilibrio: alteraciones visuales, psicológicas o traumatismos.

El consumo de tóxicos y fármacos es importante ya que algunos de estos alteran el sistema del equilibrio

## Presentación temporal

Es importante diferenciar la forma en que inicia el síntoma y la forma en la que evoluciona a lo largo del tiempo, vale decir, si son episodios únicos o más bien recurrentes.

1. **Episódicos recurrentes:** inicio y término es abrupto, los episodios son de corta duración, segundos a minutos. El término recurrente hace mención a que los síntomas van y vuelven. (ej.: Vértigo Postural Paroxístico Benigno)
2. **Agudo:** La aparición del síntoma es de menos de 48 horas de evolución, a diferencia del anterior los episodios duran más que sólo minutos. (Neuritis Vestibular, Accidente Cerebro Vascular)
3. **Crónicos:** cuadros de más de 48 hrs de duración, donde el síntoma se mantiene y se acompaña de inestabilidad (masas, enfermedades neurodegenerativas, ototóxicos, presbiestasia).
4. **Agudos recurrentes:** episodios agudos (<48 hrs de duración del síntoma) que cede por un tiempo y luego vuelve (Migraña vestibular, E. Meniere)



Otro punto relevante es determinar los gatillantes de las crisis, pudiendo distinguir entre cuadros con desencadenantes claros (como los cambios de posición de la cabeza en el vértigo postural paroxístico benigno) o crisis espontáneas (como vértigo asociado a accidentes cerebro vasculares)

Es relevante poder identificar estos signos de alarma ya que implican gravedad en el cuadro y deben llamar la atención en la historia clínica.

## BANDERAS ROJAS

Orienta a ACV:

- Inicio brusco en un paciente con factores de riesgo cardiovascular
- Signos de focalidad neurológica
- Alteración del nivel de conciencia
- Diplopía
- Disartria
- Inestabilidad intensa
- Cefalea grave de inicio reciente

Orienta a Laberintitis:

- Fiebre
- Otagia intensa

## Vértigo periférico vs vértigo central

El vértigo se produce por una alteración en el sistema vestibular, dependiendo de la porción afectada, se puede distinguir el vértigo periférico y vértigo central. ¿Por qué es importante distinguirlos? Los cuadros periféricos suelen ser benignos, representando el 85% de los casos, pudiendo ser resueltos por un médico/a general en atención primaria (APS) o bien por Otorrinolaringología (OTR), a diferencia de los vértigos centrales, donde el 100% será derivados, dentro de las causas de este último se encuentran los accidentes cerebro vasculares que siempre se deben descartar.

**Vértigo periférico:** Se debe a alteraciones en el sistema vestibular ubicado en el oído interno, es decir, canales semicirculares, utrículos o sáculo. A continuación, se nombran algunas causas:

- a. Vértigo postural paroxístico
- b. Síndrome de Ménière
- c. Neuritis vestibular.
- d. Neurinoma del acústico.
- e. Laberintitis.

**Vértigo central:** Se debe a compromisos de los núcleos vestibulares, ubicados en el tronco encefálico y sus conexiones, incluyendo el cerebelo. A continuación, se nombran algunas causas:

- a. Tumores en tronco encefálico o en el cerebelo.

b. Traumatismos encéfalo craneales.

c. Accidente cerebro vascular.

Para evaluar si el vértigo es periférico o central además de comparar la clínica del paciente (ver en el cuadro 1), resulta de utilidad evaluar un signo clínico llamado **nistagmo**. Este consiste sacudidas repetidas e involuntarias de los ojos, con una fase lenta en una dirección y otra rápida, en la dirección opuesta. La fase rápida o clínica define la dirección del nistagmo. Las diferencias del nistagmo periférico o central serán expuestas en la tabla. (ver cuadro 2) (nistagmo - <https://www.youtube.com/watch?v=poArz5ZYnfk>)

**Cuadro 1: Principales diferencias entre vértigo periférico y central**

VÉRTIGO PERIFÉRICO	VÉRTIGO CENTRAL
Asociado a hipoacusia, tinnitus unilateral, náuseas y vómitos prominentes.	Asociado a síntomas neurológicos: paresia, disartia, desequilibrio y trastornos de la marcha.
Suele ser muy sintomático.	Por lo general son poco sintomáticos.
	Puede presentarse como vértigo paroxístico

**Cuadro 2: Principales diferencias entre nistagmo periférico y central**

NISTAGMO PERIFÉRICO	NISTAGMO CENTRAL
Horizonto-rotatorio	Horizontal, vertical, rotatorio
Fase rápida al lado sano	Cualquier dirección No aumenta al mirar al lado sano
Disminuye o desaparece al fijar la mirada	No varía o aumenta al fijar la mirada
Ley de Alexander (+). Esto quiere decir que al dirigir la mirada en el mismo sentido que la fase clínica o rápida el nistagmo aumenta de amplitud.	NO cumple la Ley de Alexander

En último lugar es conveniente revisar 2 cuadros dada su frecuencia en la práctica y dada la utilidad para recapitular lo anteriormente visto.

### Vértigo Postural Paroxístico Benigno (VPPB)

Es un cuadro benigno que suele presentarse en mujeres, mayores de 60 años, debido a un desprendimiento de cristales denominados otolitos que se impactan en alguno de los canales semicirculares (80% el posterior). Corresponden a crisis episódicas recurrentes, de segundos de duración que guardan relación con los cambios bruscos de posición, por ejemplo, cuando el paciente despierta en la mañana y se levanta de la cama. Siempre son periféricos, dado que su origen se encuentra en el aparato vestibular, así en caso de tener nistagmo este tendrá características de un nistagmo periférico que aparece entre con latencia tras los movimientos de cabeza: es unidireccional, horizontal, agotable, con ley de Alexander (+). Además, NO tiene banderas rojas.

### Enfermedad de Menière

Es un cuadro crónico que se presenta generalmente en la adultez. Se debe a una alteración en la endolinfa del oído interno. El síntoma cardinal es vértigo, con crisis que son agudas y recurrentes, de mayor duración que en el VPPB, asociadas a hipoacusia, acúfenos o tinitus durante las crisis. No tienen un gatillante. Como la alteración es a nivel del oído interno será un vértigo periférico, con nistagmo (si se presenta) con características de un nistagmo periférico. NO presenta banderas rojas

# Cambios en la coloración de la piel

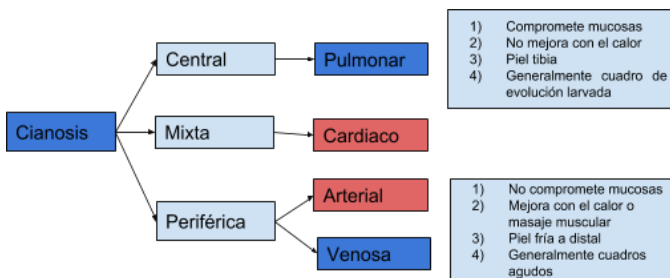
La coloración de la piel está determinada por múltiples factores, destacando entre estos su irrigación, espesor de capas superficiales, la edad del paciente, su etnia y su ocupación laboral. Debido a esto es que debemos poner siempre el color de la piel en un contexto, evitando evaluarla como un signo aislado. A continuación, revisaremos cianosis, ictericia y palidez.

## CIANOSIS

Corresponde a la coloración azul-violácea de la piel y mucosas. Se produce cuando la **hemoglobina reducida (desoxigenada) es mayor a 5 g/dL en el lecho capilar**, lo que puede ocurrir cuando existe una alteración en el transporte de oxígeno con la consecuente hipoxia tisular. Esto puede deberse a una falla en el aparato respiratorio (oxigenación ineficiente), del aparato circulatorio (distribución sanguínea deficiente a los tejidos) o bien del glóbulo rojo, célula encargada del transporte de oxígeno.

## CLASIFICACIÓN

La clasificación de la cianosis está hecha en base a la distribución de esta coloración observada en el paciente, existiendo una cianosis central, una periférica y otra mixta, correlacionándose cada una con mecanismos fisiopatológicos distintos.



### ✓ Cianosis central

Se ve principalmente en mucosas labial, lingual, sublingual y malar. Es secundaria a un intercambio gaseoso ineficiente, es decir, a una falla del sistema respiratorio o en el transporte de oxígeno (hemoglobina), por lo que puede mejorar con la administración de oxígeno, pero no varía con la aplicación de calor en las zonas comprometidas.



La siguiente tabla resume algunas causas frecuentes de cianosis central según el origen de ella.

Origen	Causas comunes
<b>Pulmonar</b>	Neumonía Bronquitis crónica Enfermedad pulmonar obstructiva crónica Neumotórax masivo
<b>Alteraciones de la hemoglobina</b>	Metahemoglobinemia

### ✓ Cianosis periférica

La observamos fundamentalmente en regiones periféricas del cuerpo, como manos, pies, lechos ungueales, regiones rotulianas y tobillos, **sin afectar las mucosas** como la cianosis central.

No se modifica con la administración de oxígeno, pero tiende a disminuir con la aplicación de calor o masajeando las regiones comprometidas, pues el mecanismo fisiopatológico involucrado es un enlentecimiento de la circulación capilar, lo que aumenta el tiempo durante el que se extrae oxígeno hacia los tejidos, acumulándose hemoglobina reducida en este territorio periférico. Este enlentecimiento circulatorio puede ocurrir ya sea por vasoconstricción o por obstrucción arterial o venosa.

También puede presentarse en un aumento del consumo de oxígeno tisular o bien, ante un aporte insuficiente de acuerdo a los requerimientos.

Por otra parte, la cianosis periférica puede subdividirse en generalizada o localizada, correspondiendo cada una a causas distintas, como se describe en la siguiente tabla.

Tipo	Causas comunes
<b>Generalizada</b>	Insuficiencia cardíaca Taponamiento cardíaco Shock cardiogénico
<b>Localizada</b>	Trombosis venosa profunda Flebotrombosis Embolia arterial

### ✓ Cianosis mixta

Se observa en ambos territorios previos, pues constituye una mezcla de los dos mecanismos descritos: insaturación arterial y venosa, lo que generalmente se asocia a cardiopatías congénitas.

Dentro de sus principales causas se encuentran:

1. **Tetralogía de Fallot**
2. **Transposición de grandes vasos**



## ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO

Lo más importante es saber dónde buscar cianosis: debe buscarse donde los tegumentos son más delgados y vascularizados (**labios, alas de la nariz, pabellón auricular y lechos ungueales**) o en **mucosas (lengua y conjuntiva palpebral)**. Esta búsqueda debe hacerse con buena luz natural e, idealmente, no con luz artificial.

Otra pista diagnóstica será la **temperatura de la zona comprometida**: en las cianosis centrales la piel se mantendrá tibia, ya que no existe una falla en el flujo de la sangre como ocurre en la cianosis periférica.

La entrevista debe enfocarse principalmente en la búsqueda de **antecedentes broncopulmonares** (orientando a cianosis central) o **cardíacos** (orientando a cianosis periférica o mixta). Además, es necesario indagar en todos aquellos síntomas concomitantes, para la orientación diferencial del diagnóstico; describir correctamente la evolución del cuadro y poner énfasis en su relación con el esfuerzo.

Para la cianosis central, el examen se debe orientar hacia el aparato respiratorio. En cambio, frente a una cianosis periférica generalizada nos enfocamos más hacia el examen vascular; y para una periférica localizada con compromiso de un miembro, se deben buscar signos de trombosis venosa profunda.

### Hallazgos por buscar:

- **Broncopulmonares:** antecedentes de infecciones respiratorias concomitantes, tos, expectoración, tabaquismo crónico (activo o pasivo).
- **Cardíacos:** búsqueda dirigida de síntomas de insuficiencia cardíaca (disnea de esfuerzo, nicturia, ortopnea, disnea paroxística nocturna, aumento de volumen vespertino de miembros inferiores) y factores de riesgo para ésta (diabetes mellitus, hipertensión arterial, infartos miocárdicos previos). Tener en cuenta que las cardiopatías cianóticas congénitas tienen manifestación desde el nacimiento.
- **Vasculares:** claudicación intermitente, isquemia aguda, antecedentes de trombosis venosa profunda (TVP) y búsqueda dirigida de sus signos: empastamiento gemelar, signo de Homans (+).

Por otra parte, es importante estar al tanto que la hipoxia crónica, vale decir, la falta de oxigenación crónica de un tejido conduce a manifestaciones clínicas que deben conocerse y buscarse dirigidamente: acrocianosis, acropaquia (dedos en palillo de tambor) + uñas en vidrio de reloj (juntas forman los dedos hipocráticos) y poliglobulia (aumento del número de glóbulos rojos).



**Acrocianosis (cianosis distal).** Se observa coloración azul-violácea en las falanges.



**Dedos hipocráticos o hipocratismo digital.** Se observa acropaquia (falange distal es más ancha que las anteriores) asociada a uñas en vidrio de reloj (uñas convexas, con un ángulo entre éstas y las cutículas mayor a 165° vistas de perfil).

## ICTERICIA

La ictericia es la coloración amarilla de la piel y mucosas por **aumento de la concentración de bilirrubina sanguínea (mayor a 2 mg/dL) y su depósito en los tejidos**. Aparece inicialmente en las **escleras y el paladar blando**, más tardíamente en piel, por lo que **debe buscarse en ese mismo orden**, en presencia de luz natural, ya que la artificial puede ocultarla, especialmente cuando la hiperbilirrubinemia es leve.

Dentro de los principales diagnósticos diferenciales se encuentran la palidez por anemia, hipercarotinemias, la insuficiencia renal crónica y los cánceres muy avanzados, en las que la piel adquiere un tinte parecido, pero en presencia de valores normales de bilirrubina (entre 0.3 y 1 mg/dL).

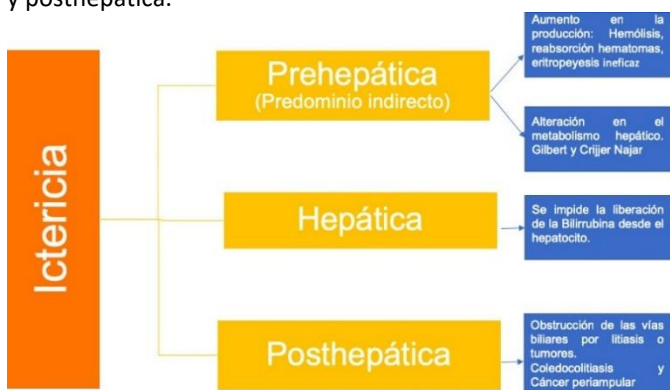
### Fisiopatología breve

Entender el mecanismo de producción de ictericia es muy útil para luego poder discernir entre distintos diagnósticos diferenciales en un paciente que la sufra.

Alrededor del 80 a 85% de la bilirrubina proviene del

metabolismo de la hemoglobina y el 15-20% restante de la eritropoyesis ineficaz. La bilirrubina en su primera instancia es insoluble en agua (bilirrubina indirecta o no conjugada, prehepática), requiriendo ser transportada unida a albúmina en la sangre, para posteriormente ser modificada por el hepatocito mediante reacciones enzimáticas complejas, formándose bilirrubina soluble en agua (bilirrubina directa o conjugada, hepática y posthepática). Luego, esta bilirrubina es excretada a través de la orina (bilirrubina conjugada, no unida a albúmina y que, por ende, puede filtrar en el riñón) y de las heces, donde llega a través de la secreción biliar hacia el intestino.

De esta forma, la ictericia puede producirse cuando hay un exceso de producción de bilirrubina (aumenta la degradación de hemoglobina) o un déficit en su excreción, por lo que la clasificación de la ictericia se realiza según el nivel afectado en este proceso, describiéndose la ictericia prehepática, hepática y posthepática.



**Indagación de Coluria y Acolia para orientar la hipótesis diagnóstica en un paciente icterico**

Para distinguir y clasificar la ictericia es conveniente indagar sobre la presencia de **coluria**. Esta corresponde a la coloración café oscura de la orina, que mancha la taza de color amarillento y forma espuma del mismo tono. Como se mencionó, la bilirrubina no conjugada o indirecta, es insoluble en agua o hidrófoba, por lo que para su transporte en la sangre requiere ir unida a albúmina. Ésta es una molécula muy grande que no filtra por el riñón. Por ende, la coluria debiese aparecer solo con exceso de bilirrubina conjugada o directa (viaja sola, sin albúmina) cuando se sobrepasa el umbral renal.

Otro signo a indagar es la **acolia**, que corresponde a la decoloración de las heces por ausencia de pigmentos biliares (deposiciones amarillas-ocre, blanquecinas), que traduce una obstrucción del paso de bilirrubina al tubo digestivo, sea por menor liberación del hepatocito o por obstrucción de las vías biliares (ictericia hepática y posthepática). En ocasiones, también se puede referir la **hipocolia**, que corresponde a una coloración amarillo claro de las heces, debido a los mismos mecanismos.

Además, en el caso de sospecharse una hiperbilirrubinemia

directa (conjugada) se debe indagar sobre la presencia de **prurito plantopalmar**, que es muy sugerente de un síndrome colestásico, revelando una obstrucción al flujo biliar normal, lo que produce una acumulación de sales biliares en la piel, causantes de la sensación de picazón.

Entonces, a modo de resumen:

- **Prehepática:** por hemólisis. **No tienen coluria ni acolia.**
- **Hepática:** por enfermedades del hígado, ya sean agudas o crónicas. **No presentan coluria** (la bilirrubina conjugada no se produce o no se libera del hepatocito), pero **pueden presentar acolia** en diferente grado.
- **Posthepática:** obstrucciones de la vía biliar. Presentan **coluria y acolia.**

Las siguientes tablas resumen causas comunes de ictericia según la clasificación descrita.

**Bilirrubina indirecta o no conjugada**

<b>Prehepáticas</b>	<b>Hepáticas</b>
<p><b>Producción excesiva:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemólisis</li> <li>- Eritropoyesis ineficaz</li> <li>- Reabsorción de hematomas</li> </ul> <p><b>Disminución del aporte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuficiencia cardíaca congestiva grave</li> </ul>	<p><b>Problemas de captación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síndrome de Gilbert</li> </ul> <p><b>Hereditaria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síndrome de Crigler-Najjar</li> </ul> <p><b>Adquirida:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fármacos</li> </ul> <p><b>Inmadurez transitoria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ictericia neonatal</li> </ul>

**Bilirrubina directa o conjugada**

<b>Hepáticas</b>	<b>Posthepáticas</b>
<p><b>Trastornos hereditarios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síndrome de Dubin-Johnson y Rotor</li> </ul> <p><b>Lesión hepatocelular:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hepatitis, cirrosis</li> </ul> <p><b>Colestasis intrahepática:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Aguda:</b> fármacos, sepsis, embarazo</li> <li>- <b>Crónica:</b> cirrosis biliar primaria, colangitis esclerosante primaria, colestasis recurrente benigna</li> </ul>	<p><b>Colestasis extrahepática:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coledocolitiasis</li> <li>- Neoplasias (de cabeza de páncreas o de conductos biliares)</li> </ul>

**ANAMNESIS**

Para tener una clara orientación diagnóstica, se debe procurar realizar una exhaustiva recopilación de los antecedentes del paciente durante la anamnesis remota y una clara descripción del cuadro, a través de su anamnesis próxima. Algunos de los aspectos a considerar son:

✓ **Caracterización del paciente**

- a. **¿Qué edad tiene?** En < 30 años pensar causas

asociadas a Hepatitis Viral, siendo la más frecuente la Hepatitis A, virus transmitido por fecalismo oral. Preguntar: ¿lava frutas y verduras? En pacientes > 50 años aumenta la incidencia de litiasis biliar, vale decir, ictericias obstructivas y también de tumores, por esto es importante preguntar sobre antecedentes de litiasis: ¿le han diagnosticado cálculos a la vesícula alguna vez? ¿ha sentido dolor en hipocondrio derecho y/o náuseas después de comer?; y sobre síntomas consuntivos: ¿ha bajado de peso sin razón? ¿se ha sentido decaído? ¿falta de apetito? ¿sudoración, prurito o fiebre nocturna?

**b. ¿Nuestro paciente es de sexo masculino o femenino?** Existe mayor incidencia de litiasis en mujeres (como mnemotécnica recordar 4 M, factores de riesgo para litiasis biliar: mujer, mórbida, múltipara y mapuche). En el caso de los hombres es más común la presencia de daño hepático crónico (DHC) dado el consumo de OH, pero no exclusivo.

**c. Antecedentes familiares:** ¿Tuvo algún familiar de primer grado con litiasis biliar? ¿Existen antecedentes de cáncer de páncreas en su familia?

**d. Antecedentes quirúrgicos:** Pese a que el paciente pudo haber sometido a una colecistectomía, durante la resección pudo avanzar un cálculo y quedarse en la vía biliar (residual < 1 año del procedimiento) o bien formarse en la vía biliar (de neoformación > 1 año del procedimiento).

**e. Hábitos.** ¿Consumo de OH? fuerte asociación con esteatosis hepática, lesión caracterizada por acumulación de grasa en el hígado que predispone daño hepático crónico y finalmente cirrosis, lo que condiciona a una disfunción hepática para conjugar bilirrubina y por lo tanto aparición de ictericia. ¿Usa condón? Existen virus con transmisión sexual que tienen tropismo por el hígado, tales como VHB y VHC, estas se constituyen como infecciones crónicas que también predisponen al daño hepático crónico (DHC). También relevante indagar sobre recepción de transfusiones previo a 1996, pues no se hacían pruebas serológicas para estos virus.

**a. Fármacos.** ¿La ictericia tiene relación con el uso reciente de fármacos? Deberá indagar en los efectos adversos de ciertos medicamentos, no es necesario que se los sepa a cabalidad, pero sí que tenga noción que existen. Además, preguntar sobre uso de hepatotóxicos (por ejemplo, la intoxicación con paracetamol podría tener ictericia).

#### ✓ Sobre el cuadro clínico. ¿Cómo agotar ictericia?

**a. Comienzo.** Agudo, asociado a patologías de curso agudo, como hepatitis A, cólico biliar: coledocolitiasis, colangitis. Larvado: asociado a procesos que tardan,

neoplasias como tumores de las vías biliares, de la cabeza de páncreas, hepatitis virales crónicas (VHB y VHC), DHC.

**b. Gatillantes.** Existen condiciones como el síndrome de Gilbert, en la cual se produce una ictericia con hiperbilirrubinemia de predominio indirecto, asociada a estrés (emocional u orgánico).

**c. Síntomas acompañantes.** A continuación, se hace un breve resumen de cuadros clásicos.

- **Coledocolitiasis:** antecedentes de litiasis (ver factores de riesgo: 4 M), dolor tipo cólico en hipocondrio derecho irradiado a dorso y hombro ipsilateral, más intenso tras ingesta de grasas por contracción de la vesícula y mayor obstrucción de la vía biliar. Presencia de coluria y acolia, que indica obstrucción de la vía biliar.
- **Colangitis:** triada de Charcot: fiebre + ictericia y dolor (cuadro similar a i).
- **Hepatitis viral aguda (VHA):** síntomas gripales, asociados a ictericia, pudiendo presentar compromiso de conciencia (raro). Alimentación con comida contaminada, no lavado de manos.
- **Cáncer de cabeza de páncreas:** Síndrome consuntivo + signo de Courvosier Terrier, que corresponde a una masa palpable en hipocondrio derecho indolora (a diferencia de la colecistitis que es una inflamación de la vesícula, por lo tanto, dolorosa).

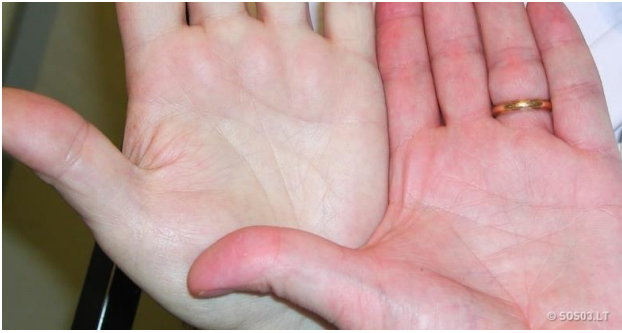
**d. Examen físico:** En el anexo del capítulo se pueden ver diferentes hallazgos del examen los cuales se orientan a causas específicas de ictericia.

### PALIDEZ

Disminución en la coloración rosada normal o aumento del tono blanquecino de la piel y/o mucosas, la cual puede ser generalizada o localizada.

Este cambio de coloración, cuando es generalizado, se hace más evidente en zonas donde la epidermis es más fina y vascularizada, como palmas de manos y surcos, labios, nariz, pómulos, extremos distales de los dedos y lechos ungueales, así como en la conjuntiva palpebral y mucosa oral.





## CLASIFICACIÓN

### ✓ Según su duración

a) **Transitoria:** responde a la existencia de vasoconstricción y disminución del flujo sanguíneo, pudiendo ocasionarse por condiciones fisiológicas (frío, emociones) o patológicas (fiebre, hipotensión, dolor agudo).

b) **Mantenida:** orienta a la sospecha de anemia, donde además del cambio de coloración en la piel, existirá la presencia de mucosas pálidas. Es necesario enfatizar que palidez no es sinónimo de anemia ni anemia sinónimo de palidez. Se debe siempre confirmar esta sospecha diagnóstica con exámenes de laboratorio.

### ✓ Según distribución

a) **Generalizada:** nos orienta a una patología sistémica como la anemia o a una respuesta a aguda como dolor, hipotensión, emociones, etc.

b) **Localizada:** nos hace sospechar que hay una condición local limitando el flujo sanguíneo, pudiendo afectar solo una extremidad, un dedo, o cualquier parte no lo suficientemente irrigada.

### ✓ Según su aparición

a) **Súbita:** indica un proceso agudo y generalmente grave, que puede comprometer la viabilidad del tejido afectado, por ejemplo, una extremidad que se torna pálida súbitamente y asocia dolor en reposo. También puede verse ante una hemorragia aguda, donde encontraremos una palidez generalizada y súbita que nos habla de una disminución importante de la volemia del paciente, lo que pone en riesgo su vida.

b) **Larvada:** habla de condiciones de más larga data, donde el paciente puede generar una especie de adaptación, por lo que, en general, no es una urgencia o emergencia médica.

## ANAMNESIS

La palidez puede surgir espontáneamente en el relato del paciente o no. En general, cuando la instalación es larvada en el tiempo y no tan intensa, el mismo paciente como sus cercanos tienden a no notarlo o a restarle importancia, en cambio, ante la instalación aguda hay mayor preocupación.

Entonces, en cualquier caso, es importante preguntar dirigidamente por el **cambio de coloración de la piel** (¿ha notado que esté más pálido? o, ¿le han dicho que esté más pálido que antes?), el **tiempo de instalación** (súbito versus larvado), la **ubicación de la palidez** (generalizada versus localizada, lo que será objetivado en el examen físico), su **evolución** (constante o fluctuante), su **variación/aparición ante algún gatillante o atenuante** como el frío, emociones, masajes, aplicación de calor, etc.

Asimismo, se debe interrogar por **síntomas concomitantes** que nos orienten a la etiología de la palidez:

- Ante la sospecha de **anemia**, preguntar por cefalea, somnolencia, cambios del estado de ánimo (depresión, irritabilidad), parestesias y compromiso del estado general. Interrogar sobre la dieta y cambios en ella, variaciones en el hábito defecatorio, duración y cantidad de sangrado durante la menstruación.

- En **palidez localizada de una extremidad**, es muy importante recabar el tiempo de instalación, la presencia de dolor, parestesias y dificultad en la movilidad (paresia).

## EXAMEN FÍSICO

El examen de la piel debe ser completo, comparando su coloración en todo el cuerpo, así como variaciones de temperatura. Buscar dirigidamente la palidez en palmas y mucosas.

Evaluar el estado hemodinámico del paciente: frecuencia cardíaca, presión arterial, llene capilar. Asimismo, es importante reconocer posibles complicaciones derivadas de la etiología de la palidez, por ejemplo, ante una hemorragia aguda o una anemia severa el paciente puede presentar diferentes grados de CEG, compromiso de conciencia, dificultad respiratoria, etc.

**Aspectos relevantes de la entrevista y examen físico en un paciente con ictericia**

<b>Indicador</b>	<b>Aspectos relevantes</b>
<i>Estado general</i>	<p><b><u>Pacientes con ictericia obstructiva</u></b> -Suelen dar la impresión de estar más ictericos que “enfermos”.</p> <p><b><u>Pacientes con compromiso hepatocelular</u></b> -Suelen mostrar un mayor compromiso del estado general.</p> <p><b><u>Paciente con pérdida significativa de peso</u></b> -Sospecha principal de diagnóstico de cáncer de cabeza de páncreas</p>
<i>Grado de ictericia</i>	<p><b><u>Ictericia flavínica (amarillo pálido)</u></b> -Indica coexistencia de anemia e ictericia leve, son pacientes más pálidos que ictericos. -Sugere de ictericia hemolítica</p> <p><b><u>Ictericia rubínica (amarillo rojizo)</u></b> -Característica de lesiones hepatocelulares</p> <p><b><u>Ictericia verdínica (verde aceituna)</u></b> -Principalmente en pacientes con colestasis. Cuando esta se hace crónica suele asociarse prurito y lesiones de rascado, generando un color de piel más bien pardusco (ictericia melánica).</p>
<i>Piel</i>	<p><b><u>Telangiectasias aracniformes, eritema palmar y distribución feminoide de vello pubiano en hombre</u></b> -Hepatopatía crónica <b><u>Palidez</u></b> -Anemia hemolítica -Pérdida de sangre por otra vía, como en las deposiciones. Característico de neoplasias digestivas.</p> <p><b><u>Xantelasma y xantomas</u></b> -Pacientes con obstrucción crónica de la vía biliar intrahepática</p>
<i>Adenopatías</i>	<p><b><u>Adenomegalias generalizadas</u></b> -Hepatitis viral o infiltración hepática por linfoma.</p> <p><b><u>Ganglio de Virchow</u></b> -Sospecha de neoplasia pancreática o gástrica con metástasis hepática.</p>

<i>Palpación hepática (*)</i>	<b><u>De acuerdo a las características de la hepatomegalia, suele asociarse ciertas etiologías:</u></b> -Hepatitis viral aguda -Cirrosis hepática -Hígado metastásico -Abscesos hepáticos
<i>Palpación de vesícula (*)</i>	-Manifestación de obstrucción mecánica de la vía biliar por debajo del conducto cístico -Clave diagnóstica del carcinoma de cabeza de páncreas -Frecuente en la colecistitis aguda, sin embargo, no hay presencia de ictericia en este caso.
<i>Palpación del bazo (*)</i>	-Sugere de ictericia de origen hepatocelular o hemolítica -Junto a la ictericia flavínica y la hiperbilirrubinemia de predominio indirecto, constituyen la tríada del Síndrome hemolítico
<i>Otros hallazgos</i>	<b><u>Presencia de ascitis</u></b> -Cirrosis hepática
	<b><u>Manifestaciones neurológicas</u></b> -Deterioro severo de la función hepatocelular
<i>Coloración de orina y material fecal</i>	<b><u>Ictericia hepática y post-hepática</u></b> -Coluria por presencia de pigmentos biliares -Espuma abundante, persistente y de color amarillo verdoso en la orina -Hipopolia o acolia
	<b><u>Ictericia prehepática</u></b> -Ausencia de coluria -Espuma blanca que desaparece luego de agitarla -Hipercolia

**(\*) Estos indicadores serán desarrollados a cabalidad en el examen segmentario de abdomen, en manual Semiología II parte.**

# Disnea

Se puede definir **disnea** como la necesidad consciente y molesta de un mayor esfuerzo respiratorio. Se presenta cuando los requerimientos metabólicos (consumo de O<sub>2</sub> o producción de CO<sub>2</sub>) son desproporcionados respecto de la capacidad de respuesta ventilatoria del paciente y que, como consecuencia de este desequilibrio, la respiración se torna difícil, incómoda o forzada.

Puede ser descrita por los pacientes como: “sensación de falta de aire”, “ahogo”, “cansancio”, “pecho apretado”, “sofoco”, “asfixia”. Como médicas y médicos, siempre deben tener seguridad de que el paciente no se refiere entonces a astenia, adinamia, fatiga, claudicación intermitente, entre otros conceptos que nos tienden a confundir. Tampoco implica necesariamente signos de esfuerzo respiratorio o taquipnea.

Sus causas siempre se deben ordenar en origen cardiaco, pulmonar u otras misceláneas.

## CLASIFICACIÓN

### Según intensidad

La intensidad de la disnea habitualmente se mide en “el esfuerzo” necesario para desencadenarla. Para esto se usa ampliamente la clasificación de la New York Heart Association (NYHA) que divide la disnea en cuatro grados dependiendo de la magnitud de este esfuerzo.

Dado que el “esfuerzo” es subjetivo y varía dependiendo de cada persona -según su edad, comorbilidades, actividad habitual, entrenamiento físico previo, etc.- resulta de gran valor indagar por actividades que antes no generaban disnea en el paciente y que ahora sí lo hacen. Por ejemplo, subir escaleras, caminar (medir y comparar en cuerdas), vestirse, realizar labores domésticas, entre otras.

Es común que la disnea se mida de esta forma en patologías que son más bien crónicas y progresivas como la Insuficiencia Cardíaca y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

La escala de disnea según la NYHA se creó originalmente para la clasificación de los estadios funcionales en la *insuficiencia cardíaca*, pero es común ocuparla en cualquier clase de disnea, exceptuando las *crónicas de origen respiratorio* (especialmente, en EPOC) en que se utiliza la escala del Medical Research Council (MRC).

**Cuadro 1:** Clasificación de disnea según NYHA

Grado	Relación con esfuerzo
Grado 0	Disnea sólo ante <b>actividad física muy intensa</b> .
Grado 1	Disnea al <b>andar muy rápido o al subir una cuesta poco pronunciada</b> .
Grado 2	<b>Incapacidad de andar al mismo paso que personas de la misma edad</b> .
Grado 3	Disnea que <b>obliga a parar antes de los 100 metros</b> , a pesar de caminar a su paso y en terreno llano.
Grado 4	Disnea al realizar <b>mínimos esfuerzos de la actividad diaria</b> como vestirse o que impiden al paciente salir de su domicilio.

**Cuadro 2:** Clasificación de disnea según MRC

Grado	Relación con esfuerzo
Grado I	Disnea que aparece ante los grandes esfuerzos o esfuerzos mayores que los habituales (correr, subir varios pisos).
Grado II	Disnea que surge frente a esfuerzos moderados o habituales (caminar, subir un piso de escalera).
Grado III	Disnea que se presenta ante esfuerzos leves o menores que los habituales (higienizarse, vestirse, comer).
Grado IV	Disnea de reposo.

La **disnea de esfuerzo** sugiere enfermedades orgánicas cardíacas, pulmonares (como EPOC), anemia, obesidad, ascitis, o alteraciones o variaciones anatómicas de la caja torácica. En cambio, la **disnea de reposo** suele estar asociados a edema pulmonar agudo (EPA), Tromboembolismo pulmonar (TEP), neumotórax o en etapas finales de cualquier causa de disnea crónica de esfuerzo que progresó. En un paciente que presenta disnea de reposo, pero presenta ausencia de disnea de esfuerzo, orienta a factores funcionales o psicógenos en el cuadro.

### Según comienzo y evolución

La disnea puede ser aguda o crónica.

La **disnea aguda** -de aparición reciente- generalmente se asocia a cuadros de evolución aguda clasificadas en:

1. **Causas pulmonares** → Aspiración hacia vía aérea de líquidos y/o cuerpos extraños (más común en pacientes alcohólicos, parkinsonianos, epilépticos), inhalación de agentes irritantes y/o tóxicos, crisis de asma bronquial, neumotórax, infecciones respiratorias agudas como laringitis o bronquitis, neumonía, TEP, edema pulmonar agudo, etc.
2. **Causas cardiológicas** → Infarto agudo al miocardio (IAM), etc.
3. **Otras causas** → Crisis de ansiedad, pacientes politraumatizados (fracturas costales, ruptura

diafragmática, lesión medular), etc.

La **disnea crónica** -de larga evolución- se presenta de forma progresiva, generalmente aumentando en intensidad (aparece cada vez con una menor carga de trabajo). Esta presentación orienta a cuadros con evolución crónica tales como:

1. **Causas pulmonares** → Asma bronquial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), derrames pleurales, hipertensión pulmonar, etc.
2. **Causas cardiológicas** → Insuficiencia ventricular izquierda, estenosis mitral, etc.
3. **Otras causas** → Estados anémicos, obesidad, ascitis, embarazo, ansiedad, etc.

## FORMAS CLÍNICAS

Dependiendo de las características particulares en que se presenta la disnea, han surgido diversos términos para referirse a su expresión en el paciente. Dentro de las formas clínicas más características están:

- **Ortopnea:** Disnea que aparece al pasar de la posición sentada al decúbito dorsal. Se puede tener una idea de cuán grave es al preguntar por la cantidad de cojines que debe utilizar el paciente al dormir para evitar la ortopnea. No debe confundirse con la intolerancia por el decúbito, que consiste en el aumento de la disnea al acostarse (se debe a la necesidad de un mayor esfuerzo diafragmático propio del decúbito). La mayor importancia de la ortopnea está en su interpretación conjunta a otros hallazgos:
  - Disnea de esfuerzo progresivo, disnea paroxística nocturna, edema cardiogénico y signos de cardiopatía: disnea cardiogénica, sugerente de insuficiencia cardíaca.
  - Tos, disnea sibilante, sensación de pecho apretado, evolución en paroxismos: sugerente de asma bronquial.
  - Matidez y ausencia de murmullo pulmonar basales al auscultar: sugerente de derrame pleural o parálisis diafragmática.
- **Disnea paroxística nocturna:** Disnea intensa que aparece horas después que el paciente se ha acostado, obligándolo a levantarse y/o a buscar ayuda. Suele durar 10 a 20 minutos y muchas veces el paciente refiere la necesidad de abrir una ventana debido a la sensación de ahogo. Es muy orientadora de insuficiencia ventricular izquierda, por lo que debe buscarse cuidadosamente, pero

puede deberse a otras causas tales como crisis asmática, acumulación de secreciones respiratorias, a la “caída de las almohadas” en un paciente con ortopnea, pesadillas, pirosis, regurgitación esófago-gástricas, etc. No se debe confundir con la disnea nocturna que presentan ciertos pacientes con EPOC, donde la disnea se ve precedida por tos.

- **Trepopnea:** Disnea que aparece o empeora con el decúbito lateral, motivo por el cual, el paciente prefiere el decúbito lateral contrario en busca de alivio. Se observa en dolor torácico unilateral, acúmulo de secreciones, ocupación pleural y enfermedades con deterioro del intercambio gaseoso. De manera menos frecuente se puede observar en la gran cardiomegalia y lesiones tumorales endobronquiales.
- **Platipnea:** Disnea que aparece cuando el paciente se levanta y pone de pie, disminuyendo cuando se sienta. Es poco frecuente.

## EFOQUE DIAGNÓSTICO

En la **anamnesis** del paciente se debe establecer el grado de disnea, el tiempo de evolución de esta (aguda o crónica), **buscar desencadenantes** (posición, frío, ejercicio) y **síntomas asociados tales como: Hemoptisis, dolor torácico, tos, expectoración purulenta**, entre otros. En el **examen físico** puede haber numerosos hallazgos que nos ayudan a orientar nuestro diagnóstico. En el cuadro a continuación se resumen los hallazgos más importantes y su correlación clínica.

**Hallazgos en examen físico general de paciente con disnea y su correlación clínica (fuente: Argente Álvarez)**

HALLAZGO EN EXAMEN FÍSICO GENERAL	CORRELACIÓN CLÍNICA
Palidez	-> Anemia
Edema en miembro inferior (MMII)	-> Insuficiencia cardíaca
Fiebre	-> Infección pulmonar
Edema asimétrico en MMII	-> Tromboembolismo pulmonar
Obesidad grave y cifoescoliosis	-> Insuficiencia respiratoria restrictiva
Cianosis	-> Insuficiencia respiratoria y/o hipoxia tisular
Hipoventilación	-> Neumotórax

**Hallazgos en examen físico segmentario y su correlación (fuente: Argente Álvarez)**

**HALLAZGO EN EXAMEN FÍSICO  
SEGMENTARIO**

**CORRELACIÓN CLÍNICA**

<b>CARDIACO</b>	Tercer ruido y ritmo de galope	->	Insuficiencia cardiaca
<b>PULMONAR</b>	Roncus y sibilancias	->	Anemia bronquial y EPOC
	Estertores crepitantes	->	Insuficiencia ventricular izquierda
	Estertores "velcro"	->	Fibrosis pulmonar
	Matidez e hipoventilación	->	Derrame pleural y atelectasia
	Hipersonoridad e hipoventilación	->	Neumotórax
	Matidez, crepitantes y soplo tubario	->	Neumonía
	Sibilancias localizadas y estridor	->	Obstrucción por cuerpo extraño
<b>NEUROLÓGICO</b>	Cuadriparesia y arreflexia	->	Síndrome de Guillain-Barre

**Causas de disnea**

<b>CAUSAS CARDIOVASCULARES</b>	<b>CAUSAS RESPIRATORIAS</b>
<p><u>Agudas</u> Insuficiencia cardiaca descompensada. Síndrome coronario agudo Arritmias Disfunción valvular: Isquemia de músculo papilar y ruptura de cuerdas tendíneas, ruptura valvular por endocarditis infecciosa. Trauma torácico complicado: Hemopericardio, taponamiento cardiaco, ruptura miocárdica.</p> <p><u>Crónicas</u> Cardiopatía isquémica o coronaria. Cardiopatía hipertensiva. Cardiopatía valvular: Degenerativa, reumática. Cardiopatía congénita. Miocardiopatía. Hipertensión pulmonar: Primaria o secundaria. Endocarditis infecciosa.</p>	<p><u>Agudas</u> Infecciosas: Bronquitis aguda, neumonía Traumáticas: Fractura costal y contusión pulmonar, neumotórax, hemotórax, ruptura diafragmática. Ocupaciones pleurales: Hidrotórax, neumotórax, empiema pleural, derrame pleural Enfermedades vasculares: TEP, infarto pulmonar, embolia pulmonar no trombótica. Atelectasias: Cuerpo extraño endobronquial, obstrucción bronquial por secreciones o tumores. Cánceres: Pulmonar, mesotelioma pleural, metástasis (pulmón o pleura), tumores fibrosos primarios pleurales. Obstrucciones de la vía aérea: Cuerpos extraños, secreciones, aspiración, compresión extrínseca.</p> <p><u>Crónicas</u> Asma Limitación crónica al flujo aéreo: EPOC, secuelas de tuberculosis, bronquiectasias, neumoconiosis, asma bronquial crónico. Infecciones: Tuberculosis pulmonar, absceso pulmonar, empiema pleural. Enfermedades pulmonares difusas: Fibrosis pulmonar idiopática, tuberculosis miliar, linfangitis carcinomatosa, neumonitis por drogas, neumoconiosis. Enfermedades pulmonares restrictivas: Obesidad mórbida, cifoescoliosis severa, parálisis diafragmática, resecciones pulmonares, colapso pulmonar, atelectasia.</p>
<b>OTRAS CAUSAS</b>	
Síndrome anémico - Síndrome febril - Acidosis metabólica - Hemoglobinopatías - Psicógenas (ansiedad, depresión)	

# Compromiso de conciencia

¿Cómo evaluamos la lucidez de un paciente? ¿Es la información proporcionada por este coherente? ¿Está orientado en el tiempo, espacio y situación? Para responder estas preguntas debemos evaluar la conciencia.

¿Qué es la conciencia? Podemos entenderla como el estado pleno de conocimiento de sí y del medio que nos rodea, así como de la capacidad que tenemos para dar respuesta ante estímulos internos y externos. En términos semiológicos podemos dividir la conciencia en 2.

- 1) **Conciencia Cuantitativa** (wakefulness). Se refiere al nivel de vigilia, vale decir la capacidad de dar respuesta a estímulos internos o externos. Haciendo un símil a un computador el botón de encendido/apagado que permite la expresión de otros componentes. Depende del sistema reticular ascendente activante (**SRAA**) ubicado en el tronco encefálico y su interacción con el tálamo y la corteza.
- 2) **Conciencia Cualitativa**. Se refiere al contenido de la misma, vale decir, las funciones ejecutivas de la **corteza cerebral**, cognición, estado de ánimo. Todas estas son respuestas determinadas y acordes a los estímulos anteriores.



## Evaluación clínica

Para evaluar el estado de conciencia de una persona nuevamente habrá que hacerlo en los dos niveles descritos con anterioridad. A continuación, se harán descripciones semiológicas de la alteración de cada categoría correspondida con la conciencia cuantitativa y cualitativa.

## Alteración cuantitativa

**Vigilia:** es la capacidad de apertura ocular, si está o no despierto el paciente. Esta a su vez se describirá en función de qué estímulo es necesario para lograr el estado de vigilia. Se presentan de manera secuencial del máximo nivel al nivel mínimo, sin contar el coma.

- b. Vigil espontáneo. El paciente se mantiene despierto sin necesidad de estímulos externos.
- c. Vigil ante estímulo verbal. El paciente impresionado dormido y logra apertura ocular si se le habla, pero una vez que cesa el estímulo vuelve a dormir.

- d. Vigil ante estímulo táctil. El paciente no logra despertar pese a un estímulo verbal, pero si lo hace ante estímulos táctiles
- e. Vigil ante estímulo doloroso.

En algunos textos podrá encontrar los términos de obnubilación, estupor y sopor, sin embargo, sus definiciones varían entre autores, la diferencia entre ellas es difusa, además de resultar poco descriptivas.

- f. Coma. Se define como aquel estado en el cual existe ausencia de vigilia y autoconciencia. Por tanto, el paciente no responde a ningún tipo de estímulo (verbal, táctil, doloroso).

## Alteración cualitativa

Corresponden al estado en el cual el contenido está alterado de modo que los pacientes se presentan con trastorno de las funciones superiores de la corteza. Esto incluye alteración en el comportamiento como los son la apatía o abulia (poca actividad espontánea e iniciativa disminuida), cambios en el ciclo sueño-vigilia, pérdida en la capacidad de orientación, cambios anímicos, respuestas cognitivas alteradas: incluyendo pérdida de la capacidad de atención, memoria, lenguaje.

Dado que el contenido se evalúa de forma extensa en el examen mental en psiquiatría y neurología, acá sólo se pondrán algunos aspectos relevantes que se deben consignar en todo paciente.

- a. Orientación. Capacidad de situarse en el tiempo, espacio y situación de manera apropiada. Por lo general es más fácil desorientarse en el tiempo, dado que la situación y el espacio cuentan con elementos externos que permiten introducirse en un contexto.
  - Espacio: ¿Dónde está? Diga la calle, comuna, algún punto de referencia.
  - Tiempo: ¿Cuál es la fecha de hoy?
  - Situación: ¿Quién es usted? ¿Quién soy yo (quien entrevista)? ¿En qué estamos?
- b. Atención. Corresponde a la capacidad de centrarse en un estímulo ante muchos otros. Se evalúa solicitando al paciente que deletree una palabra al revés (MUNDO) y luego que sea capaz de invertir series (decir los días de la semana al revés).

A modo de ejemplo de síndrome clínico caracterizado por pérdida de conciencia cualitativa, sin necesariamente pérdida cuantitativa está el **Delirium** (Síndrome confusional agudo), que corresponde a una pérdida súbita de atención y de otras funciones cognitivas, fluctuante durante el día, alternándose con periodos de lucidez, que se presenta generalmente en



adultos mayores como resultado de una patología subyacente

Un ejemplo sería una anciana de 80 años quien es traída por su hijo al servicio de urgencias quien comenta que “está rara de un día para otro”. Durante la entrevista la paciente no es capaz de concentrarse (inatenta), refiere estar en 1956 en la casa de sus padres junto a sus hermanos (desorientada), muestra un comportamiento agresivo con el personal de salud, pero a ratos en la entrevista logra periodos de remisión, estando lúcida. Falla en las pruebas de memoria y lenguaje. Al explorarla, uno se da cuenta que cursa con una Neumonía.

### ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS)

La escala de Glasgow surge como una estrategia clínica para evaluar de manera global la conciencia, inicialmente fue creada para monitorizar la evolución de casos Traumatismo encéfalo craneano (TEC), sin embargo, se ha extendido su uso.

La escala de Glasgow evalúa 3 parámetros clínicos: respuesta ocular, verbal y motora, puntuando un máximo total de 15 y mínimo de 3 puntos (define el coma). Cada apartado será desglosado, siempre se puntuará la mejor respuesta. Su utilidad reside en su aplicación sistemática, de modo que permite evaluar y predecir la evolución clínica de un paciente, además determina conductas, por ejemplo, todo paciente con GCS < 9 puntos es indicativo de intubación orotraqueal.

Apertura Ocular	Respuesta Verbal	Respuesta Motora
4 Espontánea	5 Orientado	6 Obedece
3 Verbal	4 Confuso o desorientado	5 Localiza dolor
2 Dolorosa	3 Lenguaje incoherente	4 Retirada
1 Ausencia	2 Sonidos incomprensibles	3 Respuesta de decorticación (flexión)
	1 Ausencia	2 Respuesta de descerebración (extensión)
		1 Ausencia

A modo de ejemplo: Acude a servicio de urgencia una mujer de 70 años, consultando por cefalea intensa y vómitos explosivos tras caída de nivel en el hogar. Al evaluar su nivel de conciencia usted nota que la paciente se queda dormida si no le habla, está desorientada, pero su lenguaje es comprensible, al indicarle que eleve los brazos, sólo lo consigue con el brazo izquierdo.

En este caso la paciente tendría una puntuación de 3 en la respuesta ocular, 4 verbal y 6 en motor (ya que se considera la mejor respuesta), dando un total de 13 puntos, por tanto, está con compromiso de conciencia.

### PÉRDIDA BREVE DE CONCIENCIA

Se entenderá pérdida breve de conciencia como episodios transitorios, autolimitados, breves, generalmente agudos de inconciencia. Por lo que quedan excluidos fenómenos que no revierten de manera espontánea y requieren de atención

médica para su conversión.

Los principales diagnósticos diferenciales, vale decir, alternativas clínicas a descartar son crisis provocadas por:

- 1) **Epilepsia**
- 2) **Síncope**
- 3) **Crisis psicógena**

A continuación, se presentará de manera secuencial una alternativa de abordaje que resultará útil para orientar su entrevista clínica en caso de pérdida breve de conciencia. Previo a estos pasos deberá preguntar si alguien fue testigo de la crisis, pudiendo obtener información de un 3ro.

#### ¿Quién?

Hace referencia a las características epidemiológicas de nuestro paciente, edad, comorbilidades, antecedentes clínicos que actuarán como factores de riesgo que aumentarán o disminuirán la probabilidad de presentar alguno de los tipos de crisis enumerados.

- 1) Epilepsia. Antecedente de afección cerebral, alcoholismo o drogadicción.
- 2) Síncope. Antecedentes de patología cardiovascular.
- 3) Crisis psicógena. Antecedentes de patología psiquiátrica: trastornos de personalidad o afectivos.

#### Antes de la crisis (gatillantes)

Se debe indagar por situaciones que pongan a prueba nuestro cuerpo. ¿Qué estaba haciendo antes de la crisis?

- 1) Bajan el umbral epiléptico (cantidad mínima necesaria de estímulo para gatillar una crisis convulsiva): privación de sueño, privación de alcohol, fiebre o uso de drogas.  
\*Estas situaciones pueden ser comunes en la población general, sin embargo, no todos tienen crisis epilépticas. Esto es porque se requiere de un cerebro susceptible a gatillar actividad epiletógena (ver en ¿Quién?)
- 2) Situaciones que aumentan los requerimientos de nuestro sistema cardiovascular o su regulación (como los reflejos vagales): ejercicio, bipedestación prolongada, micción, deglución, dolor.
- 3) Situaciones estresantes y demandantes en términos emocionales.

Además, siempre indague síntomas previos a la crisis. Por ejemplo, automatismos (movimientos involuntarios e inconscientes) orientan a crisis de epilepsia. Síntomas de la esfera cardiovascular como disnea, palpitations, dolor precordial orientan a síncope.

#### Durante la crisis

- 1) Epilepsia. Clásicamente se describen las crisis tónico-clónicas de < 2 min de duración son

estereotipadas (siguen un curso secuencial). Tónico hace referencia al aumento en el tono muscular del paciente, de modo que este se vuelve rígido y cae en bloque, luego viene la fase clónica (movimientos espasmódicos repetidos). Ojos abiertos durante la crisis son altamente sugerentes de este tipo. Además, es posible observar giro cefálico y mordedura lateral de la lengua (muy específico).

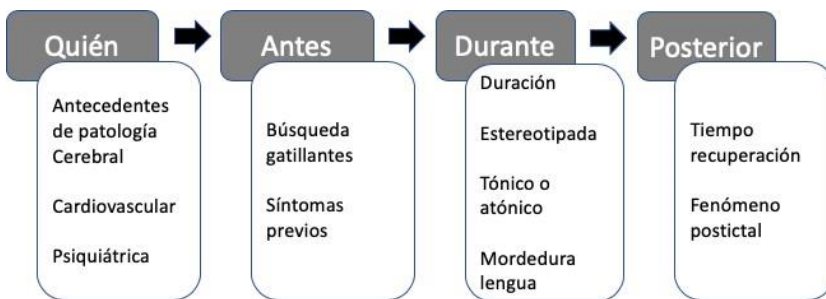
- 2) Síncope. La caída es atónica (pérdida general del tono). Esto se debe a que el síncope es una hipoperfusión global del cuerpo por falta de débito cardíaco, que afecta al cerebro, de modo que existe una “desconexión” entre este y el sistema musculo esquelético, llevando a la pérdida de tono.
- 3) Psicógena. Son de mayor duración (>3 min), NO estereotipadas, un sello semiológico es la resistencia activa a la apertura ocular, los pacientes mantienen los ojos cerrados, pueden presentar llanto, risas.

### Posterior a la crisis

Una vez superada la crisis cabe preguntarse ¿cómo recupera la conciencia nuestro paciente?

- 1) Epilepsia. Recuperación lenta, caracterizada por el denominado post ictal: midriasis, trismus postictal, el paciente relata estar “apaleado” refiriendo mialgias, cefalea pulsátil, amnesia total del evento.
- 2) Síncope. Recuperación ad integrum (< 1 minuto)
- 3) Psicógena. Variable, pero NO presenta confusión.

Es importante aclarar que la pérdida de control de esfínteres (orinarse) no es privativa de crisis epilépticas, ya que esta se da ante cualquier evento de pérdida de conciencia con vejiga llena.





# Anamnesis remota: qué, por qué y para qué

En la práctica clínica, los profesionales de salud dividen su registro de entrevista en la Anamnesis Próxima (donde se recopila la historia clínica del paciente en un momento específico actual y puntual) y en la Anamnesis Remota. Esta última es la sección donde se recoge información histórica del individuo, sus antecedentes y hábitos, que lo determinan en las esferas biológica, psicológica y social y que, a su vez, repercuten inevitablemente en su estado de salud.

Es una herramienta que permite contextualizar al paciente dentro de una sociedad, visibilizar problemas en otros aspectos, más allá del enfoque biomédico, y que otorga elementos para postular y priorizar hipótesis diagnósticas sobre lo que aqueja al individuo en su contexto de salud agudo.

Esta parte de la entrevista supone un desafío comunicacional: al abarcar muchos temas y profundizar específicamente en cada uno de ellos, frecuentemente se transforma en un “cuestionario” que enfría la relación médico-paciente, sobre todo si no se realiza de forma espontánea y continua o si no se explica el motivo de las preguntas que se formularán. Esto se ve atenuado con la experiencia profesional y con la capacidad de filtrar preguntas de acuerdo con el contexto (distintos escenarios: consulta ambulatoria, urgencia, etc.) y la sospecha clínica. Sin embargo, en etapas iniciales de formación, la recomendación siempre es realizarla completa, lo que en un principio suele ser complejo.

A continuación, se buscará orientar al estudiante sobre el por qué de cada uno de los ámbitos que explora la anamnesis remota, en el orden que se propone en el modelo de ficha clínica del curso de Semiología de la Universidad de Chile:

## DATOS DEL PACIENTE

Aunque no son parte de la Anamnesis Remota propiamente tal, esta sección de la ficha clínica le entrega al equipo de salud algunos elementos que servirán para identificar y contextualizar al paciente de manera inicial, rápida, aunque aún superficial.

### NOMBRE

Se debe constatar el nombre completo. Durante la entrevista coincide con el momento de preguntar cómo prefiere el paciente que se dirijan a ella/él. (¿prefiere “María” o “Sra. María”?). En este punto

pueden presentarse conflictos con personas transexuales entre el nombre legal y social del paciente. Se recomienda dejar constancia de ambos y dirigirnos al paciente por su nombre social.

### EDAD

La edad nos entrega mucha información respecto a la salud y enfermedad. Las causas de morbimortalidad y la prevalencia de las enfermedades varían de acuerdo a las etapas de la vida. Por ejemplo, las principales causas de muerte en los adultos entre 20 y 64 años de edad son las neoplasias y las causas externas, mientras que en los adultos mayores son las enfermedades cardiovasculares seguidas de neoplasias y enfermedades del sistema respiratorio.

Las **edades extremas** (niños y adultos mayores) además presentan una **mayor vulnerabilidad** con respecto al resto de la población. Esto es a causa de diversos factores tanto biológicos como psicosociales. Un ejemplo del primer caso (biológico) podría ser la capacidad pulmonar: los niños hasta los 10 años aún no han desarrollado el número total de alvéolos funcionales máximo, mientras que los ancianos tienen disminución de la capacidad pulmonar por deterioro de las fibras elásticas (entre otras causas), lo que produce que ambos grupos etarios tengan mayor vulnerabilidad a desencadenar cuadros respiratorios agudos de gran complejidad. En cuanto a lo psicosocial, un ejemplo corresponde a la **falta de autovalencia** de ambos grupos etarios, los que en muchos casos dependen del cuidado de personas externas. En estos casos, es común que la entrevista sea al acompañante y no al paciente

Es interesante ver que, en Chile, según la edad, empeora también la **percepción del estado de salud**. Un 56,8% de las mujeres de 65 años o más considera su salud como “regular o mala”, comparado con solo un 17,3% entre los 20 y 29 años según la Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2016-2017. Esto tiene fiel reflejo en el **aumento del gasto de bolsillo en salud al envejecer**, implicando un aumento de la morbilidad y por ende un impacto en la vulnerabilidad socioeconómica de este segmento de la población.

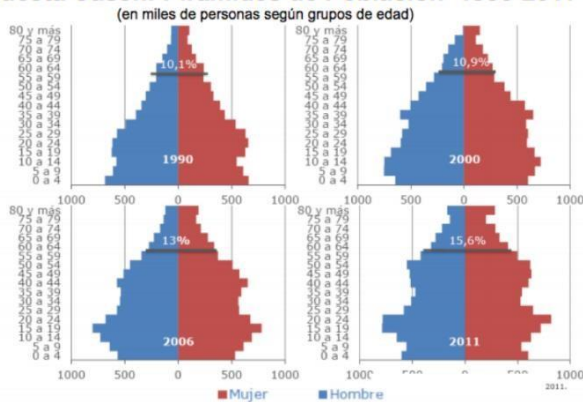
Promedio etario	GBS per cápita
15-25 años	\$9.716
26-35 años	\$16.222*
36-45 años	\$16.739*
46-60 años	\$20.618*
61-74 años	\$32.331*
75 años o más	\$38.513*

**Fuente: Centro de Estudios Públicos**

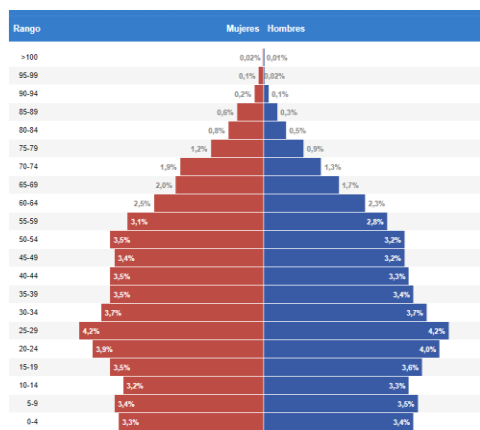
En Chile, actualmente estamos viviendo una transición demográfica avanzada, modificándose la pirámide poblacional paulatinamente hacia una con mayor población anciana y menor población infantil. Ha disminuido la tasa de natalidad (las parejas se vinculan menos, la maternidad se

posterga, se ocupan métodos anticonceptivos, se ha rectificado progresivamente el rol de la mujer en la sociedad) y ha disminuido la tasa de mortalidad, especialmente la perinatal y materna. Esto viene de la mano con un cambio de paradigma en los desafíos en salud, con un énfasis ya no en las enfermedades infecciosas si no en las enfermedades crónicas no transmisibles. Considerando esto, y que la mayoría de los adultos mayores de nuestro país ha jubilado y depende de una pensión insuficiente para sus necesidades, pronto enfrentaremos una población envejecida y con déficit de recursos económicos, que demandará masivamente el sistema de salud.

### Encuesta Casen: Piramides de Población 1990-2011



Fuente: CASEN



Fuente: INE

### SEXO

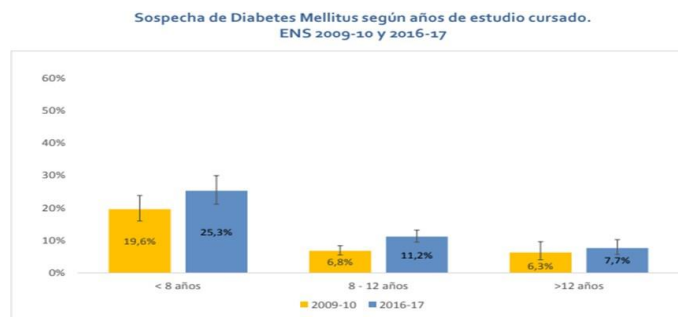
En un principio constatamos el sexo biológico del paciente, que es lo que hasta ahora se registra en la mayoría de las fichas de los centros de salud. La tendencia indica que, de la misma manera en que se debiese constatar el nombre social de la persona, se debiese especificar el Género. Esto último se profundizará más adelante. Recordemos que son conceptos distintos: con Sexo nos referimos a las características biológicas del individuo y con Género hacemos referencia a un constructo social sobre los roles, comportamientos y atributos que se esperan según el sexo biológico.

### ESCOLARIDAD

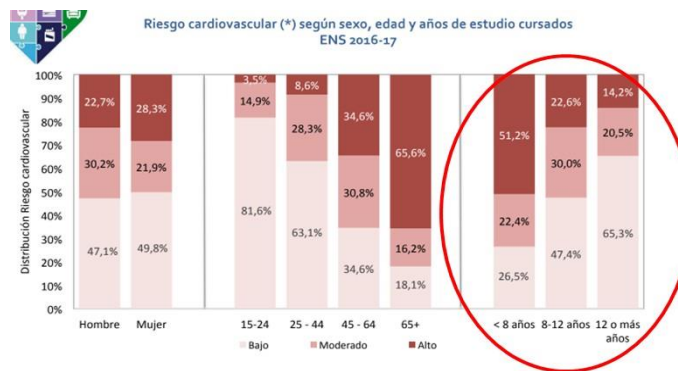
Junto con la Ocupación e Ingresos, la Escolaridad es uno de los componentes del Nivel Socioeconómico (NSE), un importante Determinante Social de la Salud, que se puede asociar directa o indirectamente a la ocurrencia de las patologías.

Muchas condiciones de alta prevalencia en Chile se asocian con la cantidad de años de estudio cursados, siendo más vulnerables aquellos que tienen **menos años de educación formal**: la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 muestra que en este grupo aumenta considerablemente la prevalencia de obesidad, sedentarismo, diabetes mellitus, hipertensión arterial y síndrome metabólico, entre otros, comparado con la población de alto nivel de escolaridad (12 años o más), como se observa a continuación.

**-Sospecha de diabetes mellitus:** en el primer grupo tiene una prevalencia de 25,3%, mientras que en el segundo disminuye a un 7,7%



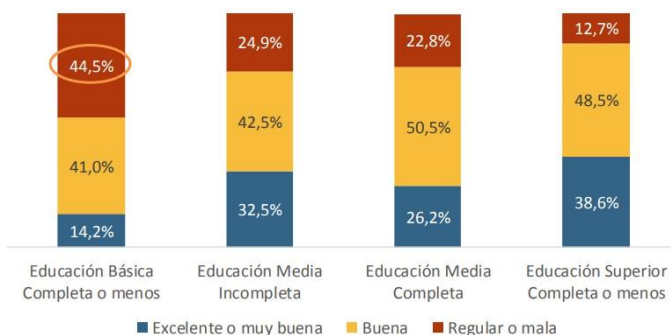
**-Alto riesgo cardiovascular:** entre quienes tiene un alto nivel de escolaridad se observa en un 14,2%, pero entre quienes tienen un nivel de escolaridad bajo el riesgo aumenta 3,5 veces (51,2%).



Un menor nivel educacional además influye negativamente en la **percepción del estado de salud**. En Chile, entre quienes solo cuentan con educación básica completa (o menos) casi el 45% considera su salud como “regular o mala”, versus un 12,7% de quienes tienen educación superior completa.

### Percepción Estado Salud (%) por nivel educacional

P3-25 En general, usted diría que su salud es:



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida y Salud

Al momento de entrevistar, es común preguntar al paciente **hasta qué curso llegó**. Un dato a considerar es que, hasta los años 60, la educación escolar se estructuraba en “preparatoria” (1° a 6° básico actuales) y “humanidades” (7° básico a 4° medio). Por lo tanto, si un paciente dice haber terminado 2° año de humanidades, corresponde a haber completado 8° básico.

Otra información relevante que puede surgir durante la indagación de este ítem es si el paciente sabe o no leer (alfabetismo). Los pacientes deben comprender la explicación biomédica de su enfermedad, en qué consisten los tratamientos, las indicaciones al alta, así como los costos asociados. Todo esto no sólo es relevante y éticamente correcto, sino que es parte de la Ley de Derechos y Deberes del paciente. No es poco frecuente encontrar pacientes que se operaron, pero no saben de qué, o que ya tuvieron hospitalizaciones previas, pero nunca conocieron el diagnóstico.

### OCUPACIÓN

Al igual que la escolaridad, corresponde a uno de los determinantes de la posición social. Esto será ahondado más adelante.

### PREVISIÓN DE SALUD

Al hablar de previsión de salud, es útil detenernos y analizar brevemente el contexto actual del sistema de salud chileno.

#### ✓ Concepto de seguridad social

Ante estados de necesidad, es decir, situaciones en que los individuos son incapaces de generar ingresos que le permitan ejercer su autonomía, los países se organizan para generar mecanismos que brinden protección para aquellos que enfrentan estas contingencias. Ejemplos de estos estados son el desempleo, la vejez, maternidad, discapacidad, accidentes del trabajo y las enfermedades. Surge entonces el concepto de **seguridad social**, cuyo propósito es que el riesgo de estos grupos se redistribuya y se asuma por todo el resto de los integrantes de la sociedad. En Chile, el Derecho a la Seguridad Social fue reconocido como Garantía Constitucional por primera vez en la Constitución de 1925. Tiene premisas que

cumplir: es **solidario** (por definición contribuyen todos en función su nivel de ingresos, de manera no proporcional al riesgo individual) **universal y obligatorio**.

#### ✓ Nociones del Sistema de Salud Chileno

Nuestro país tiene un sistema de salud “mixto”. Es decir, su financiamiento tiene un componente público (representado por el Fondo Nacional de Salud, FONASA) y otro privado (representado por las Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES). Cuando un trabajador recibe su sueldo, obligatoriamente debe destinar el 7% a la seguridad social en salud. Se puede elegir libremente si la contribución que se otorga será destinada en Fonasa o en el sistema privado.

- Las **ISAPRES** ofrecen planes de salud de distintos montos dependiendo de la cobertura y de los prestadores. Si el plan excede la cotización del individuo (7% del sueldo), se debe pagar un costo adicional.
- **Fonasa**, en cambio, tiene solo un plan con dos modalidades de atención: La modalidad de Atención Institucional (atención en el servicio público) es gratuita en los consultorios, mientras que en los hospitales públicos se paga de acuerdo al tramo de ingreso (ver imagen). Las personas del grupo A y B, y los mayores de 60 años no realizan copago mientras quienes pertenecen a los tramos C y D tienen un copago del 10% y del 20% respectivamente. Además, para los tramos B, C y D existe la Modalidad Libre Elección, en la que se puede optar por recibir prestaciones en un centro privado que tenga convenio con Fonasa. En esta modalidad la cobertura es menor e implica un gasto mayor del bolsillo del paciente, sobre todo en atenciones hospitalarias.



Fuente: Ministerio de Salud

El sistema público atiende a la gran mayoría de la población, aproximadamente un 80%. Corresponden a individuos de mayor riesgo ya sea por edad, sexo, nivel socioeconómico y

presencia de comorbilidades. Como en general tienen menores salarios, aportan menos recursos al fondo, pero son la población que más necesita el sistema de salud. En cambio, las ISAPRES acogen al 20% restante, recogen los recursos de personas de mayores ingresos que a su vez son menos vulnerables y que requerirán menos atenciones en salud. Además, existe una proporción muy menor de la población (menos del 5%) que está vinculada a otro sistema, tal como es el caso de las Fuerzas Armadas, u otras personas que no están adscritas a un sistema previsional de salud.

Una de las críticas más transversales a nuestro sistema es que por sí mismo pareciera profundizar las inequidades en salud. Las ISAPRES son instituciones privadas que están legalmente autorizadas a captar la cotización obligatoria de las personas (7%). Sin embargo, esto es contradictorio si se toma en cuenta que estas compañías han discriminado históricamente a sus usuarios, aumentando precios de planes o rechazando afiliaciones a pacientes que tienen mayor riesgo individual, rompiendo una de las premisas de la seguridad social. Así, se concentran las personas de menores ingresos y más necesidades (mujeres en edad fértil, adultos mayores) en el sistema público. Una de las razones que se han argumentado para tratar de justificar esto, es que Fonasa recibe aportes del Estado, no así las ISAPRES, las cuales deben autofinanciarse.

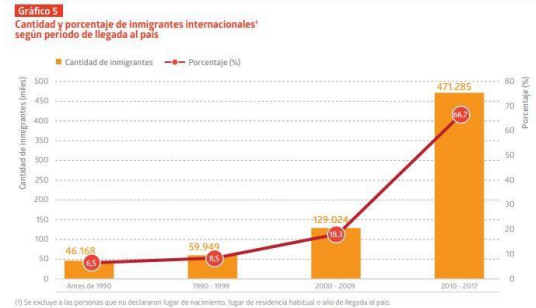
Esto actualmente es materia de debate y de reformas. Es necesario cuestionarse si el modelo del sistema de salud chileno es el adecuado, si puede mejorar, y si esto afecta al paciente que tengo enfrente.

### CESFAM (Centro de Salud Familiar en el cual se atiende)

En el marco de un trabajo en red en el sistema público, registrar el Centro de Salud Familiar donde el paciente se atiende y se controla de forma habitual, nos es útil para coordinar el trabajo en equipo, darle continuidad e integralidad a la atención y asociar la realidad de ese centro con la realidad social del paciente. Además, será el lugar donde se llevarán a cabo la mayoría de las acciones indicadas al alta. Los CESFAM son parte de la Atención Primaria de Salud que a su vez tiene un importante rol como puerta de entrada al sistema, trabajo estrecho con la comunidad, un potente rol en potenciar la promoción y prevención en salud además de una capacidad resolutoria de cercana al 90% de las consultas.

### NACIONALIDAD

La inmigración se ha visto incrementada desde la década de los 90 en Chile.



**Fuente: Censo 2017**

En 2017 se censaron 746.465 personas nacidas en el extranjero que residen en Chile, las que representan 4,35% de la población total. La mayor parte de los inmigrantes internacionales reside en la Región Metropolitana, concentrando el 65,2% del total, le siguen Antofagasta (8,4%) y Tarapacá (5,9%). Aunque si ese dato lo contrastamos con el número de habitantes, se aprecia un importante número en la zona norte principalmente las regiones de Tarapacá (13,7%), Antofagasta (11%) y Arica y Parinacota (8,2%).

Esta cifra se ha elevado rápidamente en los últimos 15 años, influenciado también por el rápido crecimiento del número de residentes de países no colindantes como Venezuela, Colombia y Haití. Así, las comunidades de extranjeros más numerosas en nuestro país son las de Perú (25,2%), Colombia (14,1%), Venezuela (11,1%), Bolivia (9,9%), Argentina (8,9%), Haití (8,4%) y Ecuador (3,7%).

Existe la falsa creencia de que inmigrantes “traen” enfermedades a la población chilena. Es más frecuente que este grupo presente **comorbilidades**, más que por su nacionalidad, por las **condiciones de vida** que encuentran en Chile. Por ejemplo, el **hacinamiento** es más frecuente en inmigrantes que en la población general (21,4% de los casos versus un 6,7%) y de forma más frecuente tienen dificultades en el acceso a agua potable, alcantarillado, disposición de residuos sólidos y condiciones sanitarias básicas. Además, presentan, después del grupo de causas de hospitalización de embarazo, parto y puerperio, el más alto porcentaje en el grupo de causas de traumatismos, envenenamientos y otras causas externas, lo que podría estar relacionada también con las **condiciones de vivienda** u otros determinantes sociales de la salud.

En relación a la **discriminación**, el porcentaje de hogares en que algún miembro ha sido discriminado es un 28,4% para los inmigrantes comparado con un 14,7% de los nacidos en Chile según la CASEN 2015. Estas situaciones de trato discriminatorio **desincentivan la concurrencia de los extranjeros a los establecimientos de salud**; además hay desconocimiento de los migrantes sobre sus derechos y deberes como pacientes y sobre cómo funciona el sistema de salud.

La población migrante presenta una desigual representación en el sistema público respecto a los chilenos. El porcentaje de



persona no adscrita a ningún sistema de salud es de un 2,5% en la población general y en el caso de migrantes es de 15,7%.

El Seguro Público tiene, desde 2014, un convenio con el Dpto. De Extranjería, el que permite a los extranjeros tener acceso a Fonasa, mientras se tramita su visa definitiva. Los refugiados tienen cobertura total y directa en el sistema público y se asegura la atención de salud a niños, niñas y adolescentes y a mujeres embarazadas no importando su situación migratoria. Las personas inmigrantes carentes de recursos, sin documentos o sin permisos de residencia se pueden incorporar a Fonasa tramo A.

### ESTADO CIVIL Y NÚMERO DE HIJOS

Normalmente se registra al principio de la ficha. Si bien hay patologías más frecuentes en ciertos grupos (por ejemplo, suicidio en divorciados), esta información está enfocada en conocer de manera superficial la existencia de redes de apoyo y el contexto familiar del paciente, lo que de todas formas será profundizado en la anamnesis remota posteriormente tal.

### COMUNA

El lugar y tiempo donde se desarrolla la vida no es trivial al momento de analizar a un individuo en materia de riesgos en salud. El entorno determina calidad de vida en diversos sentidos. Por ejemplo, la depresión es más frecuente en países nórdicos, el Dengue es más frecuente en áreas tropicales. Además, hay un factor sociocultural que hace que ciertos comportamientos y costumbres consideradas como factor de riesgo para ciertas enfermedades, sean más frecuentes en un territorio que otro.

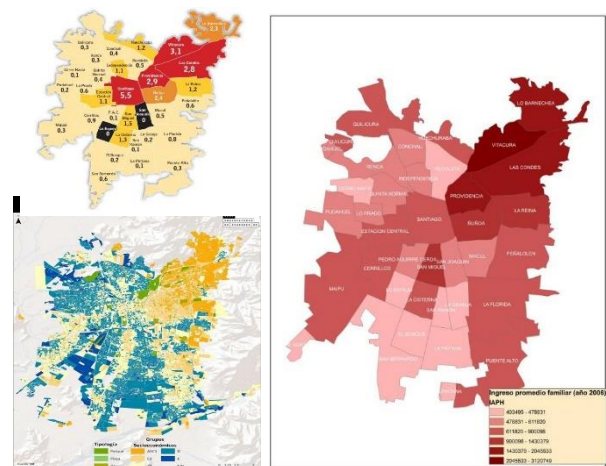
A su vez, conocer específicamente la comuna de residencia puede ser relevante especialmente en ciudades con mayor desigualdad. Por ejemplo, en Santiago la esperanza de vida se distribuye de manera diferencial, teniendo comunas como Vitacura en donde corresponde a 82,2 años y otras como Cerro Navia en donde es de 75,8. Es interesante analizar esto acorde a los ingresos diferenciales por cada comuna, los cuales se visualizan en las imágenes, donde se evidencia que las comunas de mayores ingresos promedio familiar se encuentran concentradas en un sector de la capital, mientras que las de menores ingresos están más alejadas.

Algunos ejemplos concretos de factores que promueven esta inequidad en salud son:

- ✓ Los centros de atención primaria, los cuales dependen del municipio o corporaciones municipales. Por ende, un municipio con mayor cantidad de recursos suele tener mejor infraestructura, mayor cantidad de beneficios y mejores sueldos para el personal de salud que las comunas con menos recursos. Ejemplo de esto es el caso de Las Condes o Vitacura, comunas en las se

subsidia con fondos municipales consultas, exámenes y tratamientos en clínicas privadas.

- ✓ La distribución geográfica y climática también generan desigualdad, los niveles de contaminación se distribuyen de manera desigual, así como los metros cuadrados de áreas verdes.
- ✓ Existen intereses privados que generan desigualdad en salud entre comunas. Un caso concreto es el de las farmacias en la Región Metropolitana, las cuales tienen una densidad mucho mayor en las comunas con mayores ingresos per cápita. En cambio, en Chile hay 54 comunas que no poseen farmacias (principalmente en Región de Los Lagos y Bio Bio) por lo que deben trasladarse para poder adquirir medicamentos.
- ✓ En contexto de falta de camas en hospitales públicos y la compra de este servicio que debe hacer el Estado a las instituciones privadas, 48% de las camas de clínicas en Santiago están en el sector oriente (Las Condes, Vitacura, Providencia, Lo Barnechea y Peñalolén), y un 77% de las 44 clínicas y hospitales clínicos de la capital que cuentan con camas están en el sector Oriente.



**Distribución Grupos socioeconómicos y áreas verdes en RM**

También se debe considerar que viven diferentes realidades de acuerdo al lugar de residencia en cuanto al acceso a los servicios de salud. Hay ciertos lugares en Chile que están aún aislados lo que dificulta los traslados de las personas hacia los consultorios y las urgencias, y de los profesionales de salud a ciertas comunidades.

## ANAMNESIS REMOTA

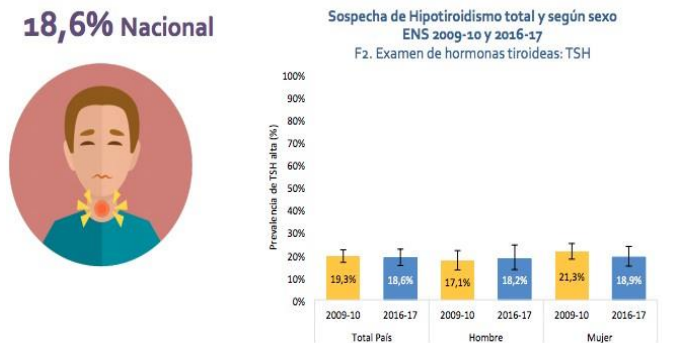
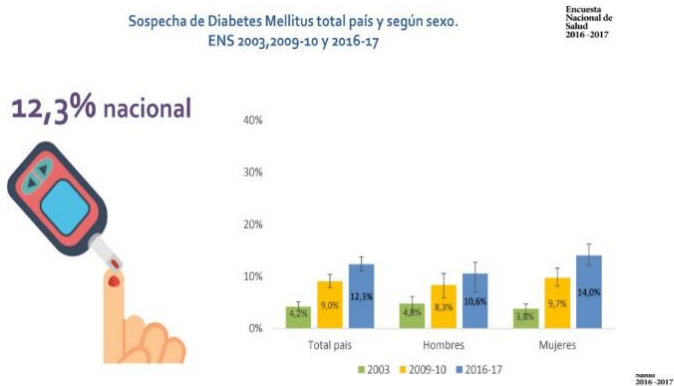
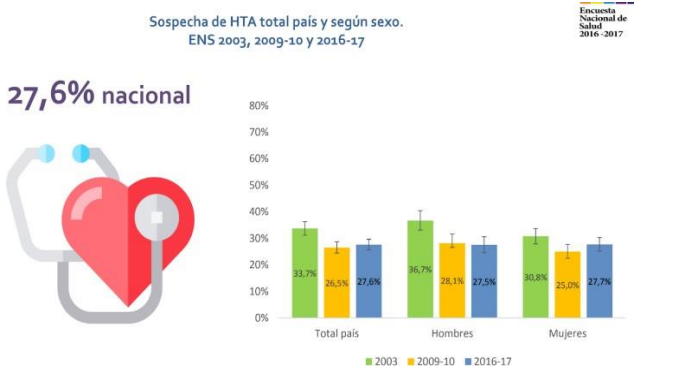
### ANTECEDENTES MÉDICOS

En esta parte de la ficha nos interesa registrar patologías preexistentes del paciente, buscando dirigidamente Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), uno de los problemas de salud pública más relevantes en la actualidad por su alta prevalencia. Éstas son enfermedades de larga duración, lenta progresión, que no se resuelven

espontáneamente y que rara vez logran una curación total.

Por esto, es común que algunos pacientes no tengan conciencia de padecer estas patologías y por ende podrían no mencionarlas de manera espontánea durante la entrevista. Se recomienda preguntar por ellas, primero de manera abierta (“¿usted tiene alguna enfermedad previa?”) y luego de manera dirigida (“¿Tiene diabetes?”- o problemas con el azúcar.) Preguntar por: hipertensión arterial (o presión alta), hipotiroidismo (o problemas en la tiroides), dislipidemia (o problemas con el colesterol), pre-diabetes, asma, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal (y si el paciente se dializa), daño hepático, entre otras.

La prevalencia de algunas de estas enfermedades en Chile, según la última Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 es la siguiente:



Elaborado por Departamento de Epidemiología  
Se entiende por "Sospecha de Hipotiroidismo" la presencia de TSH elevada (s 20 años, >5,7 µU/ml, o > 20 años, >4,2 µU/ml).



Considere también la alta prevalencia de enfermedades mentales (sobre todo trastornos del ánimo) en Chile. La sospecha de depresión llega casi al 16% de la población según la última ENS.

### ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Se pregunta al paciente por las cirugías que se ha realizado, el motivo y el año de éstas. No es necesario ahondar en detalles si es que no tiene relación con el cuadro. Ejemplos de cirugías frecuentes: apendicectomía, cesárea, colecistectomía, amputaciones por pie diabético, histerectomía, bypass coronario, etc.

### ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

#### ✓ Fórmula obstétrica

Corresponde a una abreviación que agrupa la cantidad de embarazos, partos y abortos (espontáneos o inducido) que ha tenido una mujer. Se escribe como GxPnAz, en donde x corresponde al número de embarazos, n al número de partos después de la viabilidad y z al de abortos, cualquier nacido menor de 22 semanas de gestación. Si una mujer ha tenido un hijo y no ha tenido abortos, su F.O corresponderá a G1P1A0. Un caso que suele causar confusión y debate es el de los gemelos, en donde hay 1 gestación, pero 2 partos. También hay que tener claridad en que los abortos están incluidos dentro del número de gestaciones. Ante la posibilidad de variabilidad en el uso de la nomenclatura entre distintos servicios, siempre será mejor asegurarse y especificar. Un ejemplo: “G3P3A1 con un parto transvaginal espontáneo (PTVE) de 39 semanas, 3900 gr, sano; aborto espontáneo (2015); embarazo gemelar, sanos, 3500 y 3000 gr. (2016).

#### ✓ Edad de la menarquia

Corresponde a la primera menstruación.

#### ✓ Fecha de la última regla (FUR) / menopausia

La Fecha de la última regla (FUR) se pregunta principalmente por riesgo de embarazo, el cual es un condicionante para diversos exámenes y tratamientos (ej.: Radiografía), la FUR corresponderá al primer día de sangrado y sólo se rellena en mujeres premenopáusicas. La menopausia se diagnostica después de un año sin regla, el intervalo previo es

premenopausia, por lo que se deberá indicar la FUR. En caso de menopausia, indicar el año de la última regla y edad de la paciente.

#### ✓ **Menstruaciones**

Este punto solo se evalúa en mujeres premenopáusicas. Primero debe estimarse los días de sangrado (expresado en números romanos) y la duración del ciclo (en números arábigos). Ejemplo: una mujer que tiene un ciclo de 28 días con una duración de cada menstruación de 5 días se anota V/28. Además, es preciso constatar la regularidad del ciclo y la presencia de dismenorrea. Si el ciclo no es regular, hay que estimar mínima y máxima duración de los ciclos. Ej.: "V/30-60, ciclos irregulares con tendencia a la dismenorrea".

#### ✓ **Mecanismos Anticonceptivos (MAC)/Terapia de reemplazo hormonal (TRH)**

Se debe preguntar por la forma farmacéutica (oral, parche, inyección, etc.), nombre comercial del anticonceptivo, la vía de administración, la composición química (estrógeno / progesterona o progesterona sola) tiempo y regularidad de uso.

#### ✓ **Fecha del último PAP y resultado**

El Papanicolau es un examen que permite analizar las células del cuello uterino en busca de cáncer. Es muy importante preguntarle a la paciente si se lo ha realizado. Si la respuesta es negativa debemos recomendarle que lo haga pues este es un cáncer que detectado a tiempo es 100% curable. El MINSAL sugiere que toda mujer entre los 25 y los 64 años debería realizarse el examen cada 3 años.

#### ✓ **Fecha de la última mamografía y resultado**

Se recomienda que las mujeres entre 50 y 74 años de edad se realicen la mamografía cada dos años, ya que permite encontrar cáncer de mama en etapas tempranas y otorgar un tratamiento más efectivo. Al igual que con el PAP, debemos recomendarles a las pacientes que se realicen el examen de manera periódica.

## **TRAUMATISMOS**

Se debe explicitar el tipo (trauma, fractura, luxación, etc.), la fecha, la resolución y las posibles secuelas.

## **FÁRMACOS Y USO DE MEDICINA COMPLEMENTARIA**

**Fármacos:** es importante conocer los que usa cada paciente para tratar sus enfermedades crónicas debido a posibles reacciones adversas o interacción entre medicamentos. Además de constatar el **nombre del fármaco, la dosis y desde cuándo lo usa**, se debe indagar respecto a la **adherencia al tratamiento** ("¿usted se toma siempre sus remedios?") y a la causa de la posible no adherencia. También son útiles para evaluar presencia de comorbilidades no mencionadas en la entrevista previamente. Algunos de los fármacos más comunes y sus usos más frecuentes son:

- Losartán y Enalapril en pacientes con hipertensión

- arterial e insuficiencia cardíaca
- Atenolol, Propranolol, Carvedilol en hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca
- Nitrendipino en hipertensión arterial
- Furosemida, Hidroclorotiazida en insuficiencia cardíaca e hipertensión arterial.
- Levotiroxina (Eutirox) para hipotiroidismo
- Espironolactona para hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca
- Atorvastatina, Gemfibrozilo, para la dislipidemia
- Metformina, Glibenclamida e inyecciones de Insulina en diabetes mellitus
- Paracetamol, Ibuprofeno, Diclofenaco, Tramadol en el manejo del dolor.
- Omeprazol para Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico y úlcera péptica.
- Sulfato ferroso en anemias por déficit de hierro
- Salbutamol, Bromuro de Ipratropio, Salmeterol, Budesonida para enfermedades respiratorias obstructivas
- Fluoxetina, Sertralina en depresión.
- Amoxicilina, Penicilina en tratamientos de infecciones respiratorias agudas por bacterias
- Aspirina como antiagregante plaquetario en el manejo post Infarto Agudo al Miocardio.
- Prednisona en enfermedades autoinmunes, urticaria y angioedemas por reacciones alérgicas graves, crisis asmáticas.
- Acenocumarol como tratamiento anticoagulante

#### ✓ **Medicinas complementarias**

Por un lado, esta información nos abre un nuevo espectro de **creencias** del paciente sobre una concepción de ayuda de medicina que no es la occidental. Como toda creencia, debe ser respetada y valorada. Sin embargo, es misión del profesional de salud fijar especial atención en si estas terapias están generando efectos adversos (como por ejemplo el uso de anís estrellado en lactantes para el tratamiento de cólicos) o son riesgosas para contraer nuevas enfermedades (como el consumo de miel en menores de un año por el riesgo de generar botulismo). Además, nos debemos fijar si estas medicinas están motivando el abandono de tratamientos que sí están respaldados por la evidencia científica y entonces debiésemos recomendarlos.

Si bien la medicina tradicional no tiene todas las respuestas y es insuficiente para un gran número de situaciones, hay terapias complementarias ampliamente utilizadas por la población que no cuentan con evidencias de efectividad, como la homeopatía. Muchos países ya han optado por eliminar el financiamiento público de estas prácticas, dado que son consideradas un placebo. Existe una tensión

constante entre la medicina basada en la evidencia y las situaciones reales con pacientes individuales que demandan alivio de sus síntomas y en los cuales las terapias con fármacos

tradicionales no han funcionado.

Al respecto, es preocupante la falta de alfabetización científica de la población y el contexto de desconfianza que existen en las autoridades, en este caso, en las autoridades médicas y científicas. Como podemos ver en la encuesta de Conicyt, existe una creciente desconfianza en la medicina tradicional. Seguramente la explicación a esta crisis es más profunda de analizar para los fines de este apunte. Pero lo cierto es que es un desafío volver a validar la ciencia en la sociedad, para que al menos no se vea reemplazada por creencias populares infundadas o referentes de los medios de comunicación sin ninguna evidencia.

Gráfico 16. P2. Dígame que tan frecuentemente usted. - Totales.



## HÁBITOS

### ✓ **Tabaquismo**

Anualmente se producen 7,2 millones de muertes en el mundo por patologías asociadas al tabaco (incluyendo la exposición al humo ajeno) siendo la **primera causa prevenible de morbilidad en el mundo**, y se prevé que esta cifra aumente de manera considerable en los próximos años. En Chile, según la ENS 2016-2017, un 33,3% de la población mayor de 14 años es fumadora. Dentro de la población adolescente la prevalencia del consumo de tabaco es de un 17,2%.

El tabaco es factor de riesgo de diversas enfermedades, como el cáncer (pulmonar, laríngeo, esofágico, de riñón, vejiga, páncreas, cuello uterino, entre otros), patología vascular periférica, coronaria y cerebral, y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Además, se asocia a infertilidad, menopausia precoz, morbilidad perinatal, entre otras complicaciones.

La prevalencia de consumo presenta diferencias por género. A nivel global los hombres fuman casi cinco veces más que las mujeres, pero esta relación varía en países de ingreso alto donde no hay diferencias por género.

No debemos olvidar que muchos pacientes desconocen todos estos riesgos, o que al menos no comprenden su relevancia. Es por esto que dedicar un par de minutos de la entrevista a conversarlo puede generar un gran impacto en el abandono

del hábito tabáquico.

Una forma de cuantificar el consumo es mediante el **Índice Paquetes-año (IPA)**, para calcularlo debemos saber cuántos cigarrillos al día fuma (o fumaba) el paciente, y por cuánto tiempo (en años).

$$IPA = \frac{\text{Nº de cigarrillos al día} \times \text{Años de consumo}}{20}$$

Un IPA mayor o igual a 10 aumenta considerablemente el riesgo de EPOC y de 20 o más de cáncer pulmonar, fibrosis pulmonar entre otras patologías asociadas al tabaco.

### ✓ **Ingesta alcohólica y consumo de otras drogas**

Vamos a preguntar por el **tipo de droga** utilizada, la **cantidad** y la **frecuencia de uso**, además de posibles **impactos en el entorno y la vida cotidiana** que el mismo paciente describa. Además, debemos tener en cuenta los conceptos de “consumo perjudicial” y “dependencia”.

El consumo perjudicial es cuando este afecta a la salud física (como en una cirrosis alcohólica) o mental como, por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol. Además, las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos.

**Dependencia** es el “Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto.” Incluye por lo menos algunos de los siguientes rasgos: compulsión difícil de controlar por el consumo, síntomas de abstinencia, tolerancia, abandono de otras fuentes de placer a causa del consumo, persistencia en el consumo a pesar de sus consecuencias.

#### ○ **Ingesta alcohólica:**

El consumo de alcohol se ha asociado a más de sesenta problemas de salud, incluyendo aquellos problemas que tienen atribución causal completa (intoxicación alcohólica, gastritis alcohólica, daño hepático alcohólico, entre varios), o bien atribución causal parcial (cáncer de mama, cáncer hepático, cáncer esofágico, epilepsia, hipertensión, accidente cerebrovascular hemorrágico, pancreatitis aguda, entre otros).

Debemos partir por averiguar cuánto alcohol consume el paciente, para eso se pregunta **cada cuánto tiempo bebe**, motivación al consumo, social o no, en solitario o no, el **tipo de alcohol que ingiere** (nos servirá para conocer la graduación alcohólica) y **cuánto ingiere**, luego usamos la siguiente fórmula:



Lo más importante en este ítem es identificar **conductas de riesgo**. Según la OMS, se considera consumo de riesgo diario de **20 a 40g de alcohol en mujeres, y de 40 a 60g diarios en hombres**. Consumir más de 60 g en una sola sesión es definido como consumo excesivo episódico y también implica un riesgo. En Chile, según la ENS 2016-2017, uno de cada 10 mayores de 14 años tiene un consumo riesgoso de alcohol.

El AUDIT (test de identificación de trastornos por consumo de alcohol) es un instrumento creado por la OMS y se usa frecuentemente en APS. Consta de 10 preguntas, midiendo consumo de riesgo, consumo perjudicial y dependencia.

Recordemos que hay que preguntar si el alcohol ha sido una causa de alteraciones en las relaciones interpersonales, ya sea en la familia, en el ambiente laboral o con sus redes de apoyo. Es necesario **indagar si alguna vez su entorno ha mostrado preocupación por sus hábitos de ingesta**, por ejemplo, si le han dicho que “toma mucho”, o si el mismo paciente ha considerado al alcohol alguna vez como causante de conflictos.

○ **Uso de drogas**

- **Marihuana:** un 35,7% de la población la ha consumido “alguna vez en la vida”, y un 8,7% durante el último mes, con una mayor frecuencia en hombres, en jóvenes entre 19 y 25 años, y en nivel socioeconómico alto. Su consumo se ha asociado a trastornos psiquiátricos como episodios psicóticos en adolescentes, brotes esquizofrénicos y crisis de pánico. Aumenta el riesgo de desarrollar patologías respiratorias como bronquitis crónica o neoplasia pulmonar, se asocia a un envejecimiento del sistema cardiovascular, entre otros. Existe una normalización y baja percepción de riesgo en su consumo, principalmente en jóvenes y una falsa creencia de uso medicinal, no justificado por la evidencia científica.
- **Cocaína y pasta base:** El consumo predomina en hombres, en nivel socioeconómico bajo, y en el tramo entre 26 y 31 años de edad. Quienes han consumido cocaína “alguna vez en la vida” representan un 5,9%, y un 2,2% para la pasta base. Algunos de sus efectos frecuentes a mediano y largo plazo son: arritmias, infarto miocárdico, dolor torácico, insuficiencia respiratoria, afecciones vasculares cerebrales, convulsiones, cefalea, náusea, dolor abdominal, anorexia y desnutrición. En presencia de cualquiera de estos síntomas y síndromes es indispensable preguntar dirigidamente por el consumo de cocaína. Una angina en un hombre

joven sin factores de riesgo conocidos tiene una alta probabilidad de ser secundario a cocaína (5 a 25% de los pacientes menores de 45 años que consultan por un IAM se han asociado al uso de esta droga).

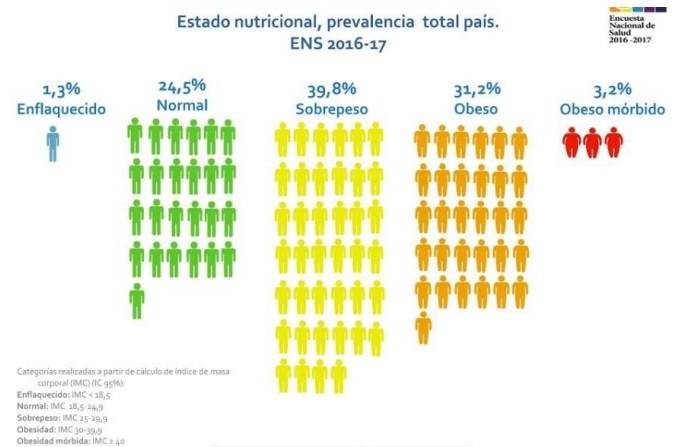
✓ **Hábito alimenticio**

Un **desbalance energético**, tanto por falta como por exceso puede aumentar el riesgo de diversas enfermedades crónicas o empeorar su evolución, entre ellas distintos tipos de cáncer, diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemia, además de cuadros agudos como el IAM y el ACV.

Según la encuesta Nacional de Consumo Alimentario, en Chile, la población consume la mitad de la porción indicada de lácteos, frutas y verduras y más de la mitad de las grasas ingeridas son saturadas.

Las cifras de sobrepeso y obesidad en nuestro país son abrumadoras. La Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 revela que el exceso de peso corresponde a un 74,2% de la población.

Debemos indagar sobre **qué, cuándo y cuánto come cada paciente**, preguntándoles por el número de comidas al día, incluyendo alimentos entre comidas, poniendo énfasis en el registro de consumo de alimentos altos en grasas, sodio y azúcar, además del consumo de alimentos proteicos, lácteos, frutas y verduras. Siempre preguntar por ingesta de líquidos (agua, bebidas gaseosas o jugos) También debemos preguntar si hay **algún alimento que no consuma** ya que podría significar causa de ciertas deficiencias nutricionales que desencadenan enfermedades, por ejemplo, una dieta vegetariana mal ejecutada aumenta el riesgo de anemia.



✓ **Actividad física**

La OMS define actividad física como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía”, esto es distinto al ejercicio, pues, aunque este último está inserto dentro de la actividad física, implica que esté sistematizado, planificado, estructurado, y con un objetivo de mejoría o mantención de la aptitud física.

La inactividad física es el **cuarto factor de riesgo de**

**mortalidad a nivel mundial**, siendo responsable de un 6% de las muertes. También está asociado a diversas enfermedades crónicas, como cáncer de mama y colon, diabetes y cardiopatías isquémicas.

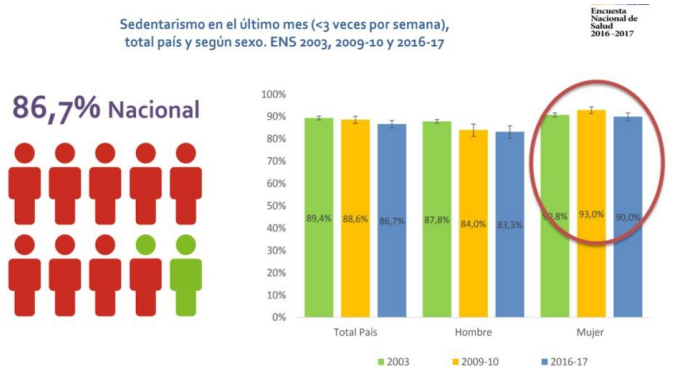
Un nivel adecuado de actividad física regular en los adultos:

- Reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas.
- Mejora la salud ósea y funcional.
- Es un determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso.

Los niveles recomendados de actividad física según la OMS son con una frecuencia mínima de 3 veces a la semana en total sumen **150 minutos de actividad moderada** (que impida hablar con fluidez) o 75 minutos de actividad intensa. De acuerdo con estos parámetros en Chile el 86,7% de la población es sedentaria, y se estima que estas cifras sigan aumentando.

De todas maneras, es importante tener claro que existen situaciones que dificultan la actividad física de los pacientes, por ejemplo:

- Enfermedades crónicas como una artrosis, lo que al paciente le genera dolor y, por ende, limita su nivel de actividad.
- Poco acceso a áreas verdes o espacios en donde realizar actividad física de forma habitual.
- Horas de trabajo muy extensas que dificultan tener horarios definidos para la actividad física.
- Sensación de falta de seguridad en el entorno en donde vive, lo que genera que no se quiera salir de la casa más de lo necesario.



Entonces, en este ítem, debemos anotar si es **sedentario** o no, qué **tipo de actividad física** realiza, **cuánto tiempo** y a qué **intensidad**, si dispone de **lugares para realizarlo** y **tiempo**. Podemos dar recomendaciones como sugerir caminata o bicicleta para ir al trabajo, preferir escaleras y no ascensor para subir de pisos, participar en talleres deportivos comunitarios. Por último, debemos considerar el tipo de trabajo del paciente, que puede implicar una actividad física en sí misma.

### ✓ Hábito miccional

Alteraciones en la orina están relacionadas con diversas patologías, algunas más agudas como infecciones urinarias y otras de instalación más insidiosa como la enfermedad renal crónica. Se pueden encontrar alteraciones como el aumento del volumen (poliuria), la presencia de espuma (que se asocia con la presencia de proteínas en la orina o “proteinuria”), dolor o molestia al orinar (disuria), entre otras.

Por estas razones es importante constatar la **continencia urinaria** (una alteración en hombres podría relacionarse con una hiperplasia prostática y en mujeres con una debilidad del piso pélvico), la frecuencia tanto diurna como nocturna, el **volumen** estimado diario de orina, las **características** que tenga (color, olor) y los **síntomas urinarios** que presente.

### ✓ Hábito defecatorio

Al igual que el hábito miccional, se asocia con diversas patologías, es por esto por lo que debemos preguntar al paciente por la **frecuencia** de deposiciones habitual del paciente o cambios en esta, por el **color, olor y consistencia**. Por presencia de **elementos patológicos** en las heces como sangre, moco o pus y si el paciente tiene continencia fecal. Es normal una frecuencia de entre 3 veces al día y 3 veces a la semana, sin elementos patológicos, de consistencia blanda, no líquida ni dura.

### ✓ Hábito de sueño

Se debe preguntar por número de horas que el paciente duerme al día, si son continuas o discontinuas, por la percepción de descanso, la presencia de siestas, ronquidos y dificultad para conciliar o mantener el sueño.

## SEXUALIDAD Y GÉNERO

En el Chile actual los **roles de género** aún siguen bastante diferenciados. Estas diferencias también generan inequidades en salud, siendo el género un determinante social importante y visibilizado con fuerza en los últimos años.

En general, se le sigue exigiendo a la mujer el rol de dueña de casa y cuidado de los hijos, tenga o no un empleo aparte. El problema de la **“doble presencia”** (responsabilidad de responder al trabajo y a las labores domésticas familiares asumida por una misma persona) es casi exclusivamente femenino, así como el cuidado de personas dependientes como adultos mayores y postrados. Las mujeres reciben pensiones un 40% más bajas, representan solo un 13% de los altos cargos de poder, y reciben sueldos considerablemente menores que los hombres. La brecha salarial en Chile es la quinta más alta del mundo, de acuerdo a un informe de la OCDE del año 2018, con una diferencia entre la mediana salarial entre hombres y mujeres de un 21,2% por el mismo trabajo.

También se les castiga en el acceso a la salud. Sin ir más lejos, en las ISAPRES las mujeres en edad fértil pagan planes 179% más caros que los hombres de su misma edad.

En la imagen se muestra las brechas salariales entre hombres y mujeres en 2010 según el nivel educacional. Se observa que a medida que se aumenta el nivel educacional la brecha aumenta.

Nivel educativo	Brecha
Educación Básica o Primaria	13,9%
Humanidades o Educación Media Científico-Humanista	20,5%
Educación Media Técnica Profesional	16,5%
Centro de Formación Técnica incompleta	32,7%
Centro de Formación Técnica completa	25,8%
Instituto Profesional incompleto	27,4%
Instituto Profesional completo	28,7%
Educación Universitaria incompleta	22,5%
Educación Universitaria completa	35,4%
Universitaria Postgrado	37,4%
Total	15,8%

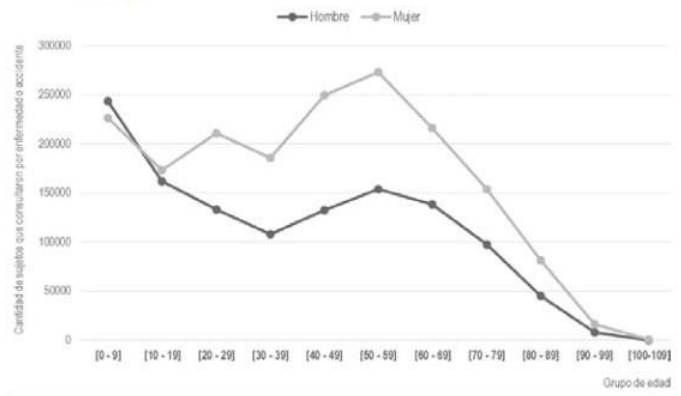
Nota: Proporción relativa del ingreso y brecha salarial por hora promedio de la ocupación principal de las mujeres asalariadas respecto de los hombres asalariados, según nivel educacional. Fuente: Henríquez y Riquelme (2010)



Fuente: MIDEPLAN, CASEN 2009.

Por su parte, los varones acuden menos a los servicios de salud (como se ve en el gráfico) pero al mismo tiempo toman más conductas de riesgo. Aún se encuentra arraigado en la población general que el hombre debe ser sostén y proveedor de la familia, por ende, no debe quejarse si se siente enfermo. Además, se le atribuye culturalmente un menor autocuidado.

Figura 1 Consultas al sistema de salud formal en Chile de hombres y mujeres de acuerdo a tramo de edad, CASEN 2013.



Otro tema relevante dentro del género del paciente es la **transexualidad**. Aún en el mundo de los servicios de salud existe desconocimiento acerca de este tema y, por ende, no se cumplen las expectativas de estos usuarios. De hecho, como se mencionó previamente, ni siquiera existe la obligación de escribir y llamar a la persona por el nombre con el que se siente identificada lo que muchas veces se percibe como un acto de violencia. A estos pacientes se les debiera preguntar cómo prefieren que se les llame, si tienen tratamientos controlados o no y si se han hecho procedimientos quirúrgicos o farmacológicos.

#### ✓ Hábito sexual

En este campo, es importante indagar por una serie de temas que por ningún motivo deben ser mezcladas con prejuicios o creencias, más allá de las que podrían afectar la salud de los individuos.

Una de las razones de por qué nos interesa abarcar la sexualidad del paciente es para conocer si presenta **comportamientos de riesgo** para su salud y para la de sus parejas sexuales, como relaciones con múltiples parejas sin método de barrera y relaciones motivadas por alcohol o drogas. Además, debemos saber número de parejas sexuales, sobre todo durante el último año; exámenes previos de infecciones de transmisión sexual (ITS) realizados (cuáles, cuándo y resultado); uso de métodos anticonceptivos, principalmente condón (único que previene ITS).

El cambio brusco de frecuencia de encuentros sexuales podría llegar a ser un indicador de ciertas patologías psiquiátricas, sobre todo de trastornos del ánimo (en depresión disminuye, en estado hipomaniacos aumenta).

Durante este ítem de la entrevista hay que tener mucho cuidado con emitir juicios de valor o de incomodar al paciente al invadir bruscamente su privacidad. Se debe enfrentar el tema con altura de miras, pero siempre se debe enfatizar que son preguntas en un contexto de análisis global y con un objetivo médico integral, cuidando que otros pacientes de la sala o el resto del personal de salud no escuchen ni interfieran

en la conversación.

Es importante destacar que, en Chile, la confirmación de nuevos casos de ITS va en alza. Especialmente llama la atención la situación del VIH, habiendo actualmente un brote y un alza de 96% casos en los últimos 7 años. Es habitual atender pacientes portadores del virus en contexto ambulatorio u hospitalizados por complicaciones (principalmente infecciones oportunistas). Al analizar las notificaciones de VIH según la edad de los afectados, se observa que las tasas más altas siempre se encuentran en el grupo de entre 20 y 49 años de edad, representando 84% de los casos. Los adolescentes (15-19 años) se transformaron en uno de los grupos con mayor aumento de prevalencia en el último período, así como las mujeres, a pesar de que la infección sigue siendo mucho más frecuente en hombres (y dentro de este grupo, más en hombres que tienen sexo con hombres). A pesar de esto, tenemos que ser conscientes que el VIH no discrimina, afectando a todos los grupos etarios, todas las orientaciones sexuales y a todos los niveles socioeconómicos.

La mortalidad por el virus ha descendido desde la introducción de la triterapia (terapia antirretroviral, TARV) lo que ha permitido a los afectados aumentar su expectativa y calidad de vida notablemente, prolongando por años el período asintomático de la enfermedad.

Factores que se han postulado como causas de este aumento de casos son la ausencia de educación sexual en colegios y liceos, el bajo uso del condón, la baja percepción de riesgo gracias a que la enfermedad con la triterapia se vuelve crónica y no mortal, así como también la dificultad de acceso al diagnóstico temprano. Este último punto se ha buscado compensar con el test rápido, ya disponible en la mayoría de los CESFAM.

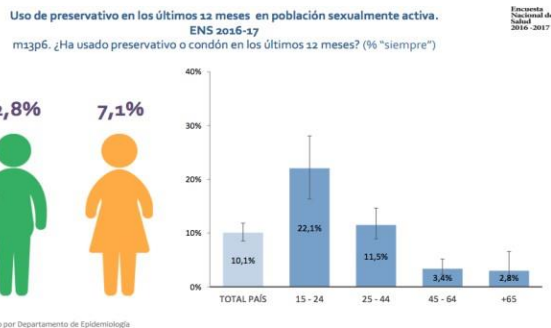
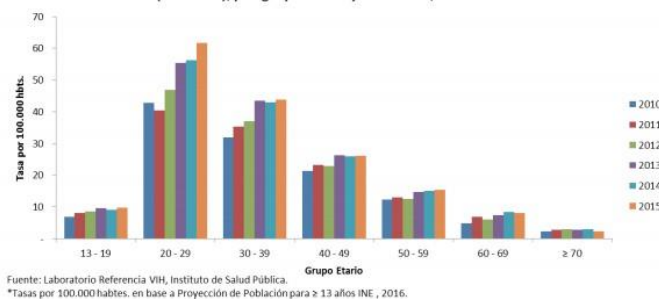


Figura 2: Tasas\* de casos confirmados de VIH en mayores a 13 años (inclusive), por grupo etario y año. Chile, 2010-2015.



Fuente: Laboratorio Referencia VIH, Instituto de Salud Pública.  
\*Tasas por 100.000 habites. en base a Proyección de Población para ≥ 13 años INE, 2016.

## VACUNAS

Se debe preguntar al paciente por vacunas de la infancia (si recuerda habérselas puesto o, al revés, recuerda la ausencia de una de ellas) y de la adultez. Dentro de estas últimas, especialmente frecuentes son las vacunas anti-influenza, la vacuna contra el neumococo y las relacionadas con exposición laboral.

Las vacunas son uno de los grandes logros para la salud mundial: cada año evitan alrededor de 2 a 3 millones de fallecimientos. Durante los dos últimos siglos las vacunas han permitido erradicar la viruela, eliminar o controlar varias enfermedades, reducir las tasas de mortalidad infantil en el mundo y evitar innumerables anomalías congénitas y discapacidades permanentes, entre otras, la parálisis que causa la poliomielitis.

A pesar de esto, la vacunación ha sido históricamente resistida por algunos grupos. Particularmente famoso es el artículo de Andrew Wakefield en 1998, donde estudió a 12 niños y asoció la vacuna trivérica como causa de autismo, específicamente por el componente timerosal (etilmercurio). Este concepto quedó instalado en la sociedad. Pocos saben que esta relación ha sido desmentida en décadas de estudio y millones de dosis utilizadas. Además, el estudio de Wakefield fue sin consentimiento de los padres, se comprobó que los datos fueron falsificados, la revista The Lancet se retractó del artículo y el autor perdió su título de médico.

Así se han multiplicado los grupos antivacunas, que en general desinforman a la sociedad y han sido promotores del regreso de enfermedades antiguamente erradicadas.



Para poder proteger a la población y a las personas que no pueden recibir las vacunas por su cuenta, las coberturas deben encontrarse sobre los umbrales de protección de rebaño. Y para esto, cada

enfermedad tiene su propio umbral, dependiendo del Número Reproductivo Básico (R0). Al analizar la vacuna trivirica, la situación es crítica dado que, en la región de Las Américas, 11 países, incluido Chile, registraron brotes de sarampión durante el año 2018<sup>xliv</sup> y se requiere una cobertura de vacunación de al menos 95% de la población (Chile tiene 87%).



Es preocupante que estos mensajes antivacunas muchas veces son repetidos por autoridades políticas o programas de televisión que confunden a la población. Los mismos legisladores en Chile, hace unos años, aprobaron una ley que eliminaba el timerosal de las vacunas, contrariando la evidencia científica al respecto, situación que requirió un veto presidencial para evitar que prosperara esa medida sin fundamento científico.

Por esta razón, debemos estar informados y educar a los padres, para evitar que las dudas o inquietudes impidan la vacunación de sus hijos.

## ALERGIAS

Es importante preguntar al paciente por el antecedente de alergias, ya sea a un **fármaco, alimento o alérgeno ambiental**. Fármacos comunes que provocan alergia son los AINEs y antibióticos. El huevo, la leche y el maní son los alimentos que provocan alergia más importantes de la infancia, mientras que el maní, mariscos y pescados son los de la edad adulta. El polen es un famoso alérgeno que desencadena broncoconstricción. Además, se debe indagar sobre cuál reacción alérgica fue la que presentó el paciente al exponerse (rash, prurito, urticaria, angioedema). Urticaria se define como la presencia de ronchas de centro pálido y halo eritematoso, muy pruriginosas, de diversas formas y tamaños, confluentes y de amplia distribución, que no duran más de 24 horas. Angioedema es un edema de dermis profunda y celular

subcutáneo que afecta particularmente a labios, párpados, lengua y extremidades. Su localización más temida es a nivel laríngeo, pues puede ocasionar la muerte del paciente.

Preguntar por alergias es especialmente importante en atención de salud de urgencia, en que muchas veces se eligen fármacos para controlar dolor o antibióticos para comenzar en una infección presuntamente bacteriana, sin considerar esta información, con consecuencias nefastas.

## TRANSFUSIONES

Se entiende como transfusión la restitución de sangre o de algunos de sus componentes por productos similares de origen humano, obtenidos y conservados mediante procedimientos apropiados. Existe de sangre total, glóbulos rojos (frecuentemente en anemia severa), concentrado plaquetarios, crioprecipitado y plasma fresco congelado. Estos últimos con factores de coagulación para control de la hemostasia.

Las transfusiones son un mecanismo de transmisión de enfermedades. En lo posible, según sepa y recuerde el paciente, se debe preguntar y registrar el tipo, cantidad, fecha y motivos de la transfusión.

## ANTECEDENTES FAMILIARES

En este ítem se debe registrar las enfermedades de familiares, con énfasis en los familiares de primer grado, y la edad en que fueron diagnosticados. Especialmente importante es el componente genético de algunos tipos de cáncer (por ejemplo, cáncer de mama) y patología cardiovascular (Infarto agudo al miocardio en menores de 55 años). En oportunidades estaremos en presencia de síndromes que se repiten generación en generación, de muy rara ocurrencia.

En caso de familiares fallecidos, se debe registrar motivo de defunción, edad y las enfermedades crónicas que padecían.

## VIAJES

Los antecedentes de residencia en el extranjero, viajes dentro y fuera del país o contacto con persona que proviene de otro país son relevantes pues pueden direccionar la sospecha a ciertos diagnósticos. Es importante tener conocimiento de las patologías de mayor prevalencia en los lugares donde indica el paciente que ha visitado, y los registros o alertas epidemiológicas de brotes en la zona visitada o de proveniencia.

En casos en que la sospecha esté fundada en este dato, se debe profundizar en **lugar** donde estuvo, **cuándo** y **por cuánto tiempo**; si realizó alguna escala en la ruta y dónde fue; si los sitios visitados eran urbanos o rurales; si se alojó en hoteles, residencias, campings, etc. Especialmente relevante es consultar si **recibió las vacunas** y medicamentos recomendados previo al viaje, y si éstas fueron recibidas con la antelación necesaria.

Un concepto a tener en cuenta es la **zoonosis**, la cual se entiende como un grupo de enfermedades de animales que son transmitidas al humano por contagio directo, a través de algún fluido corporal o mediante un intermediario como mosquitos u otros insectos. También pueden ser contraídas por consumo de alimentos de origen animal, frutas y verduras crudas mal lavadas. Gran parte del territorio nacional puede ser considerado de riesgo de adquirir enfermedades zoonóticas. Por lo tanto, el antecedente de residencia o visita a una región con notificación de estos casos debe ser tomado en cuenta al momento de elaborar hipótesis diagnósticas. Algunas de ellas son la Enfermedad por Hantavirus, Enfermedad de Chagas, Hidatidosis, Ántrax, Brucelosis, Triquinosis, Toxoplasmosis, entre otras.

Además de ser un problema de salud pública, varias de las enfermedades zoonóticas impiden la producción eficiente de alimentos de origen animal y crean serios obstáculos en el intercambio internacional de productos animales.

### ANTECEDENTES PSICOSOCIALES

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.



**Fuente: Comisión para reducir las desigualdades sociales en España**

Los DSS pueden dividirse en Determinantes Estructurales e Intermedios. Los primeros corresponden a los componentes de la posición social de las personas, es decir, son los determinantes que generan estratificación social. Dentro de estos se encuentran la posición social, el género, la edad, la etnia o la raza y el territorio. Los Determinantes Intermedios son los que actúan a un nivel más proximal y están directamente ligados a la exposición y vulnerabilidad diferencial dentro de los individuos de la población frente a un problema de salud.

Debemos tener estos determinantes en cuenta al realizar la

entrevista, pues influyen en la vulnerabilidad y exposición a riesgos de manera diferencial en la población, y por ende en la situación de salud de los individuos. También hay que considerarlos para planificar las indicaciones médicas y el tratamiento. No es lo mismo indicar dieta balanceada y ejercicio físico a alguien con bajos ingresos, que no puede gastar mucho en alimentación y/o que no cuenta con áreas verdes en su barrio, trabaja 10 horas al día y vive solo, que a una persona con ingresos suficientes, espacios adecuados para hacer ejercicio, tiempo libre y una familia que lo motive a seguir el tratamiento.

#### ✓ Aspecto familiar y redes de apoyo

Walker y cols. definen una red de apoyo como “la serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material, servicios e información”, estas interacciones deben tener beneficios emocionales y efectos positivos en la conducta de los individuos que se relacionan.

Dentro de las redes de apoyo la familia suele tener un papel fundamental, aunque esto no se dará en todos los pacientes, por lo que es necesario indagar en grupos de amigos, participación en juntas de vecinos, parroquia, etc.

De manera concreta, en un contexto de enfermedad es importante tener claridad de las redes sociales del paciente debido a principalmente dos razones:

- 1. Ayuda en el seguimiento del tratamiento:** Los pacientes muchas veces necesitan apoyo en el cuidado, el uso de medicamentos, la asistencia a los controles médicos, sobre todo si es que no son autovalentes.
- 2. Apoyo emocional:** La vivencia de una enfermedad muchas veces no es algo fácil por lo que el paciente puede necesitar apoyo y contención afectiva.

Muchas veces la familia no solo no cumple un rol de apoyo, si no que significa un conflicto para el paciente, el que puede ser desde una carga económica, hasta situaciones de violencia intrafamiliar. Cuando el paciente tenga la confianza para contar esto se debe tomar una actitud receptiva y atenta, generando un espacio en donde se sienta cómodo.

#### ✓ Aspecto habitacional

Es importante situar al paciente en un ambiente físico y entender a qué riesgos podría estar exponiéndose en su casa. Se debe preguntar el **material y tipo de suelo**, ya que cuando son inadecuados representan un factor de vulnerabilidad importante. Las casas de material liviano, con aislamiento insuficiente y húmedas se correlacionan con un número mayor de muertes en los meses de invierno, y la falta de



ventilación puede favorecer la exposición al humo del cigarrillo y a infecciones.

Se debe preguntar la **cantidad de habitaciones** para relacionarlo con el número de habitantes y ver si existen condiciones de **hacinamiento**, el cual se define como un promedio de más de 2,5 personas por habitación, y que alcanza más de 500.000 hogares en Chile. La ausencia de privacidad y de buena circulación provocadas por la falta de espacio adecuado pueden provocar alteraciones tanto en la salud física como mental al desencadenar situaciones de estrés psicológico, favorecer la propagación de enfermedades infecciosas e incrementar la ocurrencia de accidentes en el hogar. Viviendas hacinadas, carentes de iluminación, son factor de riesgo para el desarrollo de tuberculosis.

El **acceso a servicios básicos** se refiere a si la vivienda cuenta con agua, luz y alcantarillado, es necesario preguntarlo porque no están presentes en todos los hogares. En Chile aún más de 400 mil personas en el país no cuentan con agua potable y son todas las semanas abastecidas por camiones aljibes. Existen muchos riesgos asociados a una higiene deficiente por la falta de agua, por ejemplo, según la OMS un 88% de los síndromes diarreicos son producto de un abastecimiento de agua insalubre y de un saneamiento deficientes.

Para llevar el ítem anterior a la práctica pondremos un ejemplo. La señora María consulta por neumonía y cuenta que vive en una mediagua sin aislamiento del frío y con goteras, todo indicaría a que esto podría ser uno de los factores que desencadenó el cuadro actual. Además, tienen solo una pieza, donde viven tres personas, lo que favorece el contagio. También es importante tener este contexto presente en el momento de dar de alta. Si la señora María viviera en una casa con calefacción central y sin filtraciones podría terminar su tratamiento ahí, pudiendo irse para allá cuando salga del estado de gravedad, pero, como no es así, las probabilidades de recaer son altas.

También debe preguntar dirigidamente por la presencia de **mascotas**, qué mascota y si es que se encuentra vacunada y desparasitada, esto se debe a que existen múltiples microorganismos de animales que pueden generar graves patologías en humanos. Un ejemplo de esto es la toxoplasmosis, enfermedad que afecta sobre todo a inmunodeprimidos y lactantes, que se debe a una infección por un parásito portado por gatos.

### ✓ Sociolaboral

En promedio las personas pasan la mitad del tiempo en que están despiertos en el trabajo, por lo que el ámbito laboral es un determinante importante de la salud del individuo, tanto por una relación biológica directa como por ser uno de los factores que determinan la posición social y por ende las condiciones de vida.

Existen **riesgos** que un determinado trabajo supone para la salud y que es importante conocer. Hay **enfermedades ocupacionales**, como tenosinovitis asociadas a sobrecarga mecánica en trabajadores de oficina, lumbago en alguien que debe levantar cargas pesadas o silicosis en trabajadores de la construcción y minería. Por ejemplo, cerca de un 70% de los trabajadores industriales y un 85% de las trabajadoras agrícolas presentan dolores crónicos.

Hay que tener en consideración también los **accidentes laborales**, en Chile los sectores con las mayores tasas de accidentes del trabajo corresponden a Industria, Transporte, Construcción, Agricultura y Pesca y Comercio. En promedio se pierden 19,6 días por cada accidente laboral, algunos de los más frecuentes son las amputaciones por manejo de maquinaria, las caídas y los golpes.

A su vez, el trabajo puede ser una fuente de estrés. Las **horas de trabajo a la semana, los horarios, la forma y el tiempo de traslado, los conflictos laborales y la satisfacción del paciente con su ocupación** nos hablan sobre el **estrés laboral** al que puede estar expuesto. La evidencia muestra que el estrés laboral contribuye de manera importante a las grandes diferencias en la salud, la ausencia de enfermedad y la muerte prematura relacionadas con la posición social. La activación frecuente y prolongada de la respuesta biológica ante el estrés puede tener costos múltiples en la salud como depresión, mayor susceptibilidad a las infecciones, diabetes, un patrón perjudicial de colesterol y grasas en la sangre, hipertensión y los riesgos relacionados de infarto y accidentes cerebrovasculares.

El **ambiente laboral**, además de ser una posible causa de estrés, es fuente de síntomas psiquiátricos. Los principales síntomas o problemas de salud declarados por los trabajadores y trabajadoras se refieren al ámbito de la salud mental, destacando la sensación continua de cansancio con un 30,3% y el haberse sentido melancólico, triste o deprimido por un periodo de dos semanas los últimos 12 meses con un 21%. Entre los trabajadores con contrato formal y seguridad social, las enfermedades mentales causadas directamente por factores del trabajo ocuparon el primer lugar de las enfermedades profesionales. Algunos factores psicosociales del trabajo que pueden influir en este resultado: situaciones de acoso laboral, altos niveles de exigencia con bajos niveles de autonomía, alta precariedad laboral. El apoyo social en el trabajo se identifica como un factor protector para la salud mental.

Importa también el **tipo de contrato** porque se relaciona con la seguridad y estabilidad laboral. Un individuo con boleta a honorarios no tiene una cotización regular por su salud, además frente a cualquier enfermedad pueden despedirlo sin ningún problema, lo que incluso puede llevar a que consulten menos. También afectará en la condición del paciente que, por ejemplo, lo amenacen con despedirlo, pues podría

intentar acelerar su tratamiento y poner en riesgo su salud.

Respecto a la **inseguridad laboral**, los efectos negativos comienzan cuando las personas experimentan por primera vez que sus trabajos están amenazados, incluso antes de que se queden sin empleo. Se ha demostrado que la inseguridad laboral incrementa los efectos en la salud mental (particularmente ansiedad y depresión) y aumenta las enfermedades físicas y los factores de riesgo para las enfermedades cardíacas. Como los trabajos insatisfactorios o inseguros son tan perjudiciales como el desempleo, el simple hecho de tener un trabajo no protege la salud física o mental, la calidad del trabajo es importante.

La **jornada laboral** además de relacionarse con el estrés puede de manera práctica dificultar el acceso a salud. Por ejemplo, si un paciente nos dice que tiene una jornada laboral extensa y no le es fácil ausentarse, probablemente se acerque a los servicios de salud de manera menos regular, podría tardar más en consultar, tener problemas para ir a los controles, entre otros, repercutiendo esto en la evolución de su cuadro.

### ✓ Económico

En esta etapa nos tenemos que hacer una idea de los ingresos del hogar, la situación económica familiar y sus implicancias en la vida cotidiana y la salud.

Primero podemos preguntar por una estimación del **ingreso mensual del hogar**, especificando **quiénes aportan y cuáles son sus fuentes**. Como dato extra, una proporción de los pacientes que verán les dirá que recibe la Pensión Básica Solidaria, la cual está dirigida a los mayores de 65 años o a los mayores de 18 declarados con invalidez y que no tienen derecho a otra pensión, en el 2018 corresponde a \$107.304lvi. Respecto a quién aporta económicamente, no es lo mismo que se enferme cualquier miembro de la familia a que sea el sostenedor, pues si este no cuenta con otras fuentes de ingreso o presenta un trabajo inestable, tendrá la presión por seguir manteniendo a su familia, por lo que por ejemplo podría intentar acelerar el tratamiento para recuperar sus funciones.

Los **conflictos económicos** activos son fuente de preocupación para las familias y pueden generar estrés, lo que ya vimos que es perjudicial para la salud física y mental. Debemos preguntar por **deudas** (considerando que en Chile un 41% de la población está endeudada) y **gastos importantes** (por ejemplo, en tratamiento de enfermos crónicos). Por último, debemos indagar sobre **la apreciación del paciente sobre su situación económica** (si está tranquilo, si considera que no le alcanza, etc.).

En este ámbito es importante detenernos en la **relación entre pobreza y salud**, la cual es bidireccional. La pobreza, en términos prácticos, es entendida como la condición en la cual las personas no tienen los recursos suficientes para satisfacer de manera adecuada sus necesidades básicas, y **la línea de**

**pobreza** como el ingreso mínimo establecido por persona requerido para aquello. Se establece a partir del costo de la canasta básica de alimentos al que se aplica un factor multiplicador. La **línea de pobreza extrema** es el ingreso mínimo que permite establecer la alimentación adecuada.

Sin embargo, en una concepción más multidimensional, pobreza se entiende como una condición que afecta a las personas en su conjunto y que está relacionada con sus recursos, con sus posibilidades, con sus relaciones personales, con sus afectos, con la visión de sí mismo, de la sociedad y con su futuro. La medida de pobreza multidimensional implementada en Chile incluyó inicialmente cuatro dimensiones relevantes: educación, salud, trabajo y seguridad social, y vivienda. Luego se agregaron “entorno” y “redes y cohesión social”.

En Chile, según cifras de CASEN 2015, la pobreza por ingresos alcanza el 11,7% de la población, y al medirla de manera multidimensional, al 20,9%. Un 4,5% de la población cumple ambos criterios.

### Metodología de medición de pobreza por ingresos: Valores de líneas de pobreza y pobreza extrema por tamaño del hogar (2015)

(\$ de noviembre de 2015)

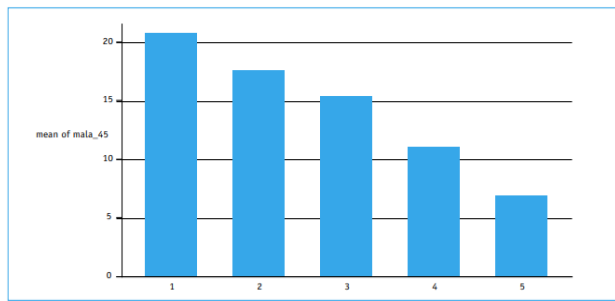
Número de personas en el hogar	Línea de pobreza	Línea de pobreza extrema
1	151.669	101.113
2	246.387	164.258
3	327.251	218.167
4	400.256	266.838
5	467.924	311.949
6	531.621	354.414

**Fuente: Casen 2015**

La relación bidireccional se da porque, por un lado, un problema de salud puede privar a una persona de oportunidades, pudiendo provocar entrar a una situación de pobreza o bien, no permitiéndole salir de esta. Por otra parte, quienes viven en situación de pobreza son más vulnerables y se exponen más a los factores de riesgo de distintas enfermedades por lo que aumentan su prevalencia, tienen peores indicadores de salud en general y, además, se ven más afectados en términos de **acceso y atención en salud**. Por ejemplo, puede ser un impedimento para conseguir fármacos o bien, para el traslado del hogar a los centros de salud.

La **posición socioeconómica** afecta en diversos aspectos. Una forma de evaluarlo es a través de la percepción de salud de las personas, la cual presenta diferencias significativas al comparar por nivel de ingresos como vemos en el siguiente gráfico.

Gráfico 5  
% de personas de 45 y más años con salud mala o muy mala por quintil de ingresos, 2003 (autor-reporte encuesta Casen 2003)

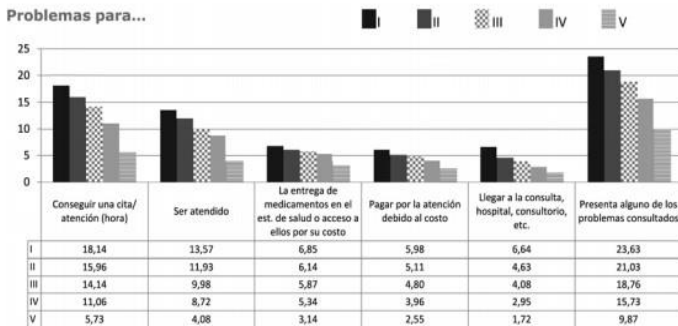


Fuente: Fundación Superación de la pobreza

Otro ejemplo se observa en los adultos mayores: se ve un marcado gradiente socioeconómico en la prevalencia de deterioro cognitivo, mala autoevaluación de la salud, síntomas depresivos y mortalidad. Además, los adultos mayores de nivel socioeconómico bajo tienen una mayor probabilidad de limitarse y una menor de “recuperarse” que los adultos mayores de nivel medio, y éstos, a su vez, que los de nivel alto.

Como se mencionaba anteriormente, la pobreza también dificulta el acceso al sistema de salud, ya sea por alguno de los determinantes sociales que analizamos o directamente por una menor capacidad de pago de la atención, los fármacos, las intervenciones, el transporte requerido, etcétera. Las personas con menor ingreso reportan más problemas en el acceso a la salud.

Figura 1 Porcentaje de la población de 15 años o más que tuvo algún problema de acceso a atención de salud en los últimos 12 meses según quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar, por tipo de problema (27).



Fuente: Universidad del Desarrollo

Esta situación se profundiza al considerar que Chile es uno de los países de la OCDE con **mayor gasto de bolsillo en salud**, el cual si bien es más fácil de costear para el nivel socioeconómico alto igual impacta en la situación económica del hogar

EL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD MENSUAL PARA 2012 FUE DE \$51.000 (6,3% DEL GASTO DE HOGARES)



Fuente: IPSUSS

Quintil de ingresos	GBS per cápita
1	\$6.996
2	\$9.109*
3	\$11.581*
4	\$21.035*
5	\$41.881*
Promedio nacional	\$18.122

Fuente: Centro de Estudios Públicos

## CONOCIMIENTOS, CREENCIAS Y VALORES

Todos los individuos tenemos un sistema de creencias en base a nuestras experiencias y entorno. Esto determina también una serie de comportamientos, decisiones y significados.

Particularmente importante es entender desde la perspectiva del paciente su relación con el proceso salud-enfermedad: qué sabe, qué cree, qué le importa. En esta parte de la ficha (explícita en el curso de Semiología en la universidad de Chile, pero no sistematizada hasta ahora en las fichas clínicas hospitalarias reales) se debe registrar por qué cree el individuo que está enfermo, que siente al respecto, cuáles son las consecuencias que cree que esto puede generar y qué cambios implica en su vida y en la vida del resto. Conocer el sistema de creencias y valoraciones del paciente nos permite empatizar de mejor manera y con esto fortalecer la relación médico paciente. A su vez esto permite una mejor práctica médica en términos de resultados (conocer posibles comportamientos causantes de enfermedad, mejorar la entrega y comprensión de la de información, aumentar la adherencia al tratamiento) pero además en términos de empatía y respeto, mejorando el vínculo de los pacientes con el sistema de salud.

# Signos vitales

## PULSO ARTERIAL

Las pulsaciones arteriales traducen los cambios de volumen en la arteria y de tensión en la pared arterial generados por la onda de presión provocada por la sístole ventricular.

Al palpar el pulso arterial, se analizan de forma sucesiva:

- 1. Forma:** características de la onda pulsátil. Ver figura 1.
- 2. Frecuencia:** número de pulsaciones por minuto. Cuando el ritmo es regular, podría bastar con medirla en 30 segundos y multiplicar la cifra por dos. Cuando el ritmo es irregular, se debe medir en 60 segundos. La frecuencia cardíaca normal es de 60 a 100 latidos por minutos (Argente Álvarez).
- 3. Ritmo o regularidad:** duración del intervalo entre las ondas pulsátiles.
- 4. Igualdad:** comparación entre las amplitudes de las ondas.
- 5. Tensión:** resistencia a la compresión arterial.
- 6. Amplitud:** altura de las ondas pulsátiles. La amplitud se puede graduar según la siguiente clasificación:

Grado	Característica
0	Ausente
1	Disminuido
2	Normal
3	Aumentado
4	Saltón

- 7. Simetría:** Comparación de las características del pulso de un lado con su similar contralateral.

El acrónimo que resulta de estas cualidades (**FFRITAS**) se utiliza como regla mnemotécnica para la descripción del pulso arterial.

A continuación, se detalla la técnica para examinar cada uno de los pulsos:

**Pulso radial:** Se examina entre los tendones flexores de mano y la apófisis estiloides del radio. Es muy raro que la arteria presente anomalías en su recorrido, pero si no se encuentra hay que buscarla en la tabaquera anatómica, salvo que se sepa que existen obstrucciones por patología arterial, compresiones extrínsecas o complicaciones de cateterismo cardíaco previo. Se utilizan los tres dedos centrales de la mano

colocada en forma de pinza. El índice se usa para comprimir la arteria y evaluar su tensión. El anular puede descubrir si en realidad existe un pulso recurrente desde la cubital, a través de los arcos palmares, al ocasionar la desaparición de las pulsaciones en los otros dos dedos al ocluir la radial.



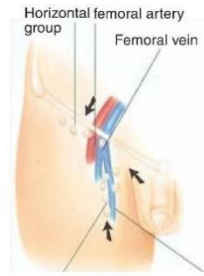
**Pulso carotídeo:** Primero Auscultar Carótida en busca de soplos. Si se detectan soplos no se debe palpar pues se corre el riesgo de producir embolización desde una placa de ateroma. Con el dedo índice y medio palpar zona medial al Vientre del Esternocleidomastoideo (ECM). Además, siempre palpar en el tercio inferior del ECM para no desencadenar una respuesta vasovagal consecuencia de la estimulación del seno carotídeo. Jamás palpar ambas arterias carótidas simultáneamente.



**Pulso braquial:** Debe ubicarse en la fosa cubital, inmediatamente medial al vientre o tendón del músculo Bíceps Braquial.

**Pulso femoral:** Bajo el ligamento inguinal, en el punto medio de la línea imaginaria formada por la unión de la espina iliaca antero-superior y el pubis.





**Pulso poplíteo:** Se ubica en la fosa poplítea. La palpación debe ser bimanual, con la rodilla en semiflexión y ambos pulgares apoyados en la patela y el resto de los dedos en la fosa poplíteo medial al tendón lateral del bíceps femoral.



**Pulso pedio:** En el dorso de los pies, lateral al tendón extensor del Hallux. Es más fácilmente palpable en el surco entre el extensor largo de los dedos y el extensor del Hallux. Ausente en un 10-20% de la población general.



**Pulso tibial posterior:** En la cara posterior de los maléolos mediales entre el tendón del tibial posterior y el tendón del flexor digital largo. Es el signo más sensible de enfermedad arterial periférica.

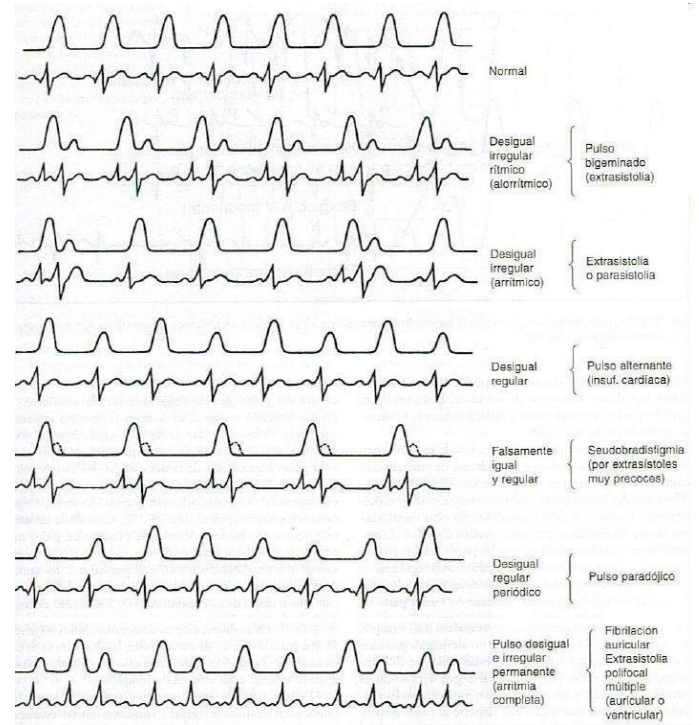


Figura 1. Formas del pulso (Argente Álvarez)

### TIPOS DE PULSOS ARTERIALES

Cuando existe un aumento en la amplitud, hablaremos de un pulso amplio o **magnus**, que se debe a un aumento del volumen sistólico, mientras que, si vemos una disminución en la amplitud, corresponderá a un pulso pequeño o **parvus**, debido a una disminución en el volumen sistólico. En ambos, se conserva la morfología normal de la onda.

Por otro lado, es necesario tomar en consideración posibles cambios en la velocidad de ascenso del pulso. Así, si el ascenso y descenso es rápido hablaremos de un **pulso céler**, pero si este ascenso es lento, se denominará **tardus**.

<b>Pulso</b>	<b>Ejemplos</b>
<b>Magnus</b>	Insuficiencia valvular aórtica, hipertiroidismo, hipertensión arterial. En ocasiones fiebre, anemias crónicas y ejercicio o emoción.
<b>Parvus</b>	Hipotensión arterial, insuficiencia cardíaca, estenosis mitral, derrames pericárdicos.
<b>Magnus y céler</b>	Insuficiencia aórtica y ductus persistente
<b>Parvus y céler</b>	Insuficiencia mitral
<b>Parvus y tardus</b>	Estenosis aórtica grave

Otros pulsos de valor semiológico se detallan a continuación:

#### ✓ Pulso bisferiens

Se caracteriza por ser un pulso magnus y con doble cúspide. Observado en casos de insuficiencia valvular aórtica grave y de cardiomiopatía hipertrófica.

#### ✓ Pulso dicoto

No presenta un aumento en la amplitud, pero se percibe como una doble expansión en la cual la segunda es más débil y retrasada que la primera. Se ve en estados febriles, principalmente en la defervescencia de enfermedades infecciosas como la gripe, la neumonía y la fiebre tifoidea.

#### ✓ Pulso alternante

Se percibe como una alternancia regular y equidistante entre una pulsación amplia y otra más débil. Puede observarse en hipertensos severos, transitoriamente durante crisis de taquicardia paroxística o después de extrasístoles y en forma persistente en cardiopatías isquémicas. Constituye a su vez un signo clave para el diagnóstico de insuficiencia ventricular izquierda.

#### ✓ Pulso bigeminado

En este caso, una pulsación normal va seguida de otra anticipada y más débil (extrasístole), con una pausa más larga posteriormente (pausa de compensación). Se ha descrito su presencia en casos de intoxicación digitalítica, pero puede aparecer en distintas cardiopatías e incluso en individuos sanos.

#### ✓ Pulso paradójico

Corresponde a la disminución y eventual desaparición del pulso durante la inspiración. Suele asociarse a un pulso venoso paradójico, en el cual las yugulares se ingurgitan mientras disminuye el pulso arterial, en vez de colapsar con la inspiración como es lo habitual. En este caso, se observa en taponamiento cardíaco y pericarditis constrictiva.

#### ✓ Pulso filiforme

Es un pulso difícil de palpar; se caracteriza por ser de escasa amplitud, generalmente rápido y en ocasiones se hace imperceptible. Observado en shock e insuficiencia cardíaca avanzada, debido a una acentuada caída del débito cardíaco y la presión arterial.

## PRESIÓN ARTERIAL

Se define como la **fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales**. A su vez, la tensión arterial es la fuerza de magnitud similar a la presión arterial que se opone en sentido contrario para evitar su exagerada distensión. Aunque no son idénticas, por tratarse de fuerzas opuestas, dado que sus magnitudes son iguales, al medir una se obtiene el valor de la otra. En este principio se basa el examen clínico de la presión arterial.

Antes de tomar la presión, debemos asegurarnos de que el paciente esté en reposo al menos durante 5 minutos antes de la toma y que, en lo posible, no haya consumido tabaco o café durante la media hora previa. El paciente debe tener sus pies descansando en el suelo y su espalda apoyada en el respaldo de la silla para evitar el ejercicio isométrico. El manguito y el manómetro deben quedar a la altura del corazón, ya sea que la presión se tome con el paciente sentado o acostado.

El manguito debe seleccionarse de acuerdo a la circunferencia del brazo del examinado. Debe quedar ajustado, pero sin apretar. La cámara de goma inflable al interior del manguito debe rodear el 80% del brazo. El borde inferior debe quedar 2,5 cm (dos traveses de dedo) sobre el pliegue del codo, con los tubos de conexión paralelos al trayecto de la arteria braquial.



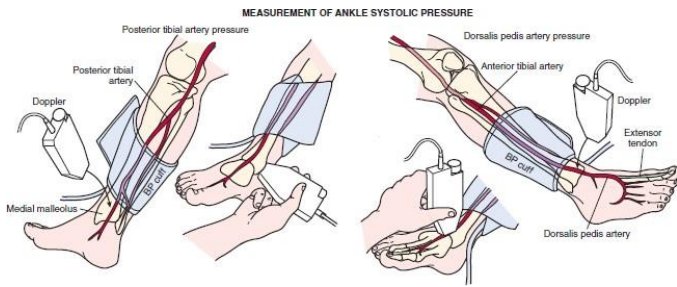
Figure 11-21. Technique for blood pressure assessment by auscultation.

Para determinar el nivel máximo de insuflación se debe ubicar el pulso radial. Sin dejar de presionar la arteria, se infla lentamente el manguito hasta el nivel de presión en que deja de palparse el pulso. Este valor corresponde a la presión sistólica palpatoria. Luego, se debe desinflar totalmente el manguito y esperar 30 segundos antes de inflar nuevamente. Se ubica el diafragma del fonendoscopio sobre la arteria braquial, previa localización de este pulso, y bajo el borde inferior del manguito. Posterior a esto se insufla el manguito de forma rápida y continua hasta la cifra que corresponde a la suma de la presión sistólica palpatoria + 30 mm de Hg. Hecho esto, se abre la válvula de la pera de insuflación de manera tal que permita liberar el aire de la cámara a una velocidad aproximada de 2 a 4 mm de Hg por segundo.

Simultáneamente se observa la columna de mercurio identificando el nivel donde aparecen los dos primeros ruidos audibles (presión sistólica) y la desaparición de los ruidos (presión diastólica). Se deben registrar ambas cifras además del brazo en el que se realizó la medición y la posición del paciente (acostado, sentado, de pie). En el caso de que la presión sistólica palpatoria sea mayor que la auscultatoria, debe considerarse la mayor y se debe consignar.

En algunos pacientes puede ocurrir que el manguito no se ajuste correctamente al brazo (pacientes enflaquecidos, obesos, amputados, etc.), por lo que será necesario realizar la medición de la presión arterial en el miembro inferior. Para esto, se debe colocar el manguito por encima de los maléolos y auscultar la arteria tibial posterior o pedia. Es importante recalcar que, para esta medición, en general se utiliza señal Doppler sobre una de las arterias previamente mencionadas, lo cual permite una medición más precisa de la presión arterial en miembro inferior.





Braunwald's Heart Disease, 10ma edición.

**Korotkoff** (1905) describió los ruidos que aparecen en las arterias en el curso de la descompresión:

- **Fase 1:** Ruidos poco intensos sordos.
- **Fase 2:** Ruidos más suaves y prolongados, como un soplo.
- **Fase 3:** Ruidos secos y retumbantes que aumentan progresivamente de intensidad.
- **Fase 4:** Ruidos que decrecen rápidamente en intensidad.
- **Fase 5:** Último ruido auscultable de la cuarta fase (fase agregada por la New York Heart Association en 1951).

De gran relevancia es conocer la existencia del **agujero auscultatorio** que consiste en la ocasional desaparición con reaparición posterior de los ruidos auscultados durante la descompresión. Se lo ha atribuido a un aumento marcado de la resistencia periférica. Si el manguito no es insuflado hasta comprobar la desaparición de las ondas pulsátiles por palpación, puede comenzarse la medición auscultatoria desde la zona del agujero, resultando así cifras falsamente bajas.

### RANGOS DE NORMALIDAD

Se puede estimar la presión arterial media con la siguiente fórmula,

$$PAM = \frac{PAS + 2PAD}{3}$$

donde

**PAM:** Presión arterial media **PAS:** Presión arterial sistólica  
**PAD:** Presión arterial diastólica

- ✓ **Presión arterial diferencial:** Diferencia entre la presión sistólica y la diastólica.

### ✓ Límites de normalidad:

- **PAM** > 60 mm de Hg
- **PAS:** 90 – 139 mm de Hg
- **PAD:** 60 – 89 mm de Hg

- ✓ **Hipotensión ortostática:** descenso mayor de 15 mmHg de la PAS ó PAD al ponerse de pie el examinado.

## TÓRAX DINÁMICO (RESPIRACIÓN)

Corresponde al examen de los movimientos del tórax con la respiración. Permite evaluar:

### 1. Tipo respiratorio:

- ✓ **Costal superior:** observado generalmente en la mujer.
- ✓ **Costo abdominal:** observado generalmente en el hombre.
- ✓ **Abdominal:** observado generalmente en el niño.

Diferentes patologías pueden provocar un cambio en el tipo respiratorio normal, como se observa por ejemplo en una mujer con una fractura costal o en un hombre con una peritonitis.

**2. Frecuencia respiratoria:** Se explora mejor apoyando la mano sobre el tórax del examinado. En condiciones normales es de entre 12-20 ciclos por minuto. Valores mayores son catalogados como taquipnea, y menores, bradipnea. Cuando el aumento de la frecuencia se asocia a un aumento de la amplitud se denomina polipnea o hiperpnea.

**3. Amplitud respiratoria:** Su aumento se denomina batipnea o respiración profunda y su disminución, hipopnea o respiración superficial.

**4. Ritmo respiratorio:** Regularidad de los ciclos en cuanto a la relación cronológica entre inspiración, espiración y apnea (lo normal es 3:2:1 respectivamente) (Argente, Álvarez).

## TEMPERATURA

La temperatura corporal central (temperatura de la sangre en la aurícula derecha) tiene un **valor promedio de 37°C con variaciones diarias no mayores de 0,6°C**. Tiene un ritmo circadiano, con valores cercanos a 36°C al amanecer y cercanos a 37,5°C al atardecer. Este ritmo circadiano se mantiene incluso en episodios febriles.

Pueden aparecer variaciones de la temperatura con la ingesta de alimentos, con la ovulación o con la práctica de actividad física intensa.

En la práctica asistencial se utilizan referencias periféricas de la temperatura corporal central. Se utiliza con mayor

frecuencia la medición de la temperatura en el pliegue axilar. La piel de la zona debe estar seca y se debe asegurar el contacto directo de esta con el termómetro, particularmente importante en pacientes enflaquecidos. La mano ipsilateral se ubica en el hombro contralateral. Si se utiliza un termómetro de mercurio se debe esperar 8 minutos antes de retirarlo y registrar la cifra obtenida (Goic, Chamorro, Reyes).

### **VALORES DE IMPORTANCIA**

Se define como **fiebre** una cifra **de temperatura mayor a 37,0°C axilar, 37,3-37,8°C bucal y 38°C rectal**, causada por una alteración en la termorregulación. Un conjunto de signos y síntomas acompañantes de la fiebre, forman el **síndrome febril**, que obedece a variadas causas.

La temperatura axilar entre 37,0 y 37,5°C se suele denominar febrícula y corresponde a una fiebre leve. Por esto, algunos autores han reservado el término fiebre para temperaturas sobre 38°C axilar. Cuando la temperatura sobrepasa los 41°C se denomina hiperpirexia y cuando baja de 35°C, hipotermia (Goic, Chamorro, Reyes).

La temperatura medida en la cavidad bucal es normalmente 0,6°C superior a la axilar. Así como la rectal es 0,3°C superior a la oral (Argente, Álvarez).

# Posición y decúbito

## POSICIÓN EN DECÚBITO

Es la postura adoptada al estar acostado, que puede ser **supino/dorsal** (de espalda), **prono/ventral** (boca abajo, sobre vientre), o **lateral** (sobre un costado). [Imagen 0]

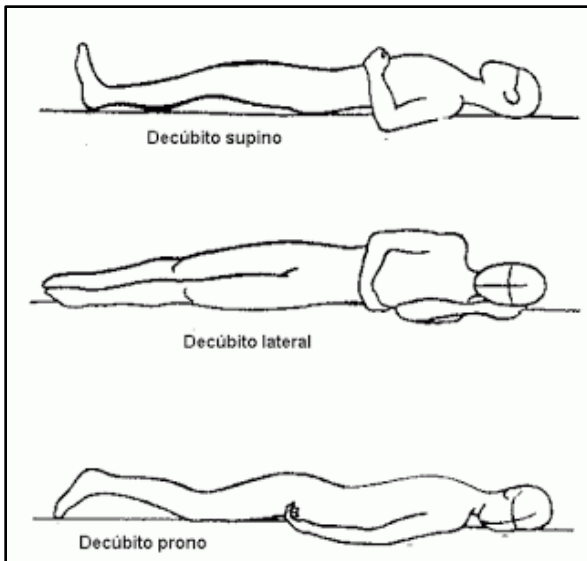
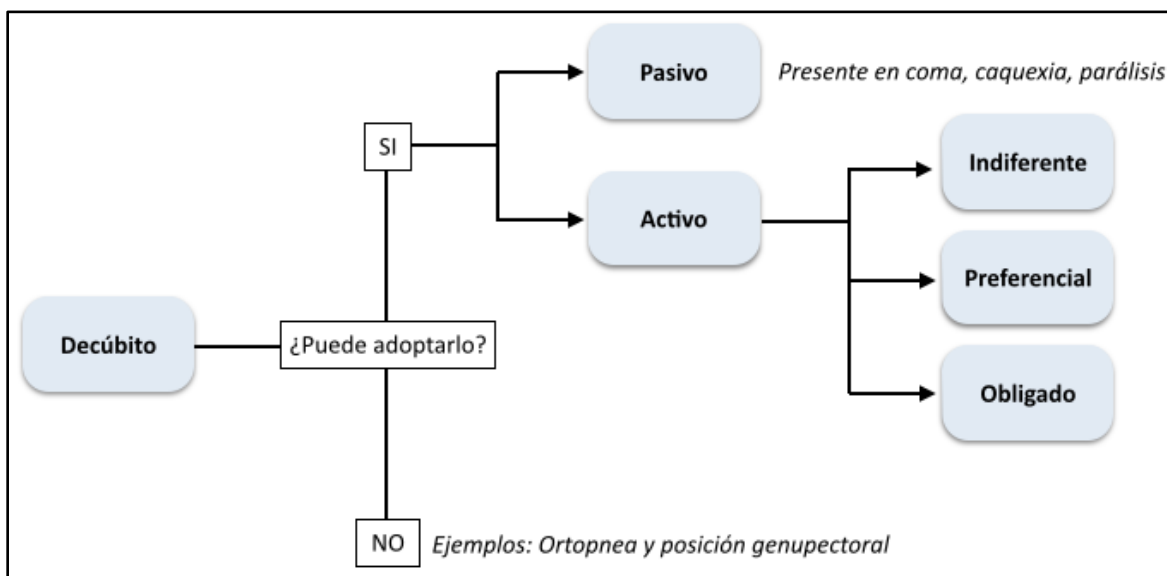


Imagen 0: Decúbitos

La relación con el decúbito puede poseer significado diagnóstico. Existen pacientes con imposibilidad de adoptar el decúbito (por ejemplo, en ortopnea), u otros que adoptan ciertas posturas características (por ejemplo, adoptar posiciones para evitar el dolor, las que conocemos como "posturas antiálgicas").

Esquema 1: Posición en cama



A su vez, una posición en decúbito puede ser activa o pasiva:

- Decúbito activo:** Se refiere a la capacidad voluntaria del paciente, de modificar la posición. Puede ser indiferente, preferencial u obligado:
  - Decúbito activo indiferente** → El individuo puede modificar su posición sin impedimento.
  - Decúbito activo preferencial** → El paciente refiere preferir ciertas posiciones, para aliviar o disminuir una molestia. Ejemplo: En algunas ocasiones, el dolor provocado por una úlcera péptica disminuye en prono.
  - Decúbito activo obligado** → La persona no puede adoptar otras posiciones debido a su patología (Se ve obligado a estar en cierta posición).
- Decúbito pasivo:** Implica inmovilidad del paciente. Ejemplo: Paciente en coma.

## Decúbitos característicos y sus causas

- Decúbito lateral obligado** → Ej: Pleuritis exudativa reciente (sobre lado sano primero y afectado después), supuración pulmonar (sobre lado enfermo).
- Decúbito supino obligado** → Ej: Peritonitis aguda (con rodillas levemente flectadas)
- Decúbito prono preferencial** → Ej: Úlcera péptica, dolor pancreático, retroversión uterina.

- **Posición en gatillo** (decúbito lateral con piernas dobladas sobre abdomen y cabeza hiperextendida) → Ej: Meningitis aguda [Imagen 1]

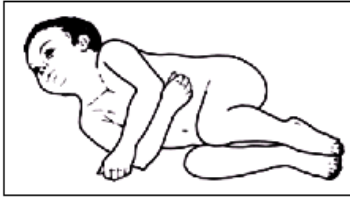


Imagen 1: Posición en gatillo

- **Opistótonos** (paciente se apoya solo en región occipital y talones, arqueando el resto del cuerpo hacia superior) → Ej: Tétanos. [Imagen 2]

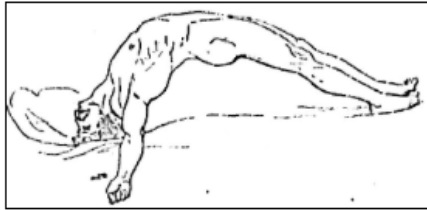


Imagen 2: Opistótonos

#### Otras relaciones con el decúbito

- **Ortopnea** → Ej: Insuficiencia cardíaca, o menos frecuente en grandes derrames pleurales.
- **Posición genupectoral o de plegaria mahometana** (acercando las rodillas al pecho) → Ej: Pericarditis exudativa [Imagen 3]
- **Inquietud psicomotora** (imposibilidad de mantener una posición mantenida) → Ej: Cólico renal.

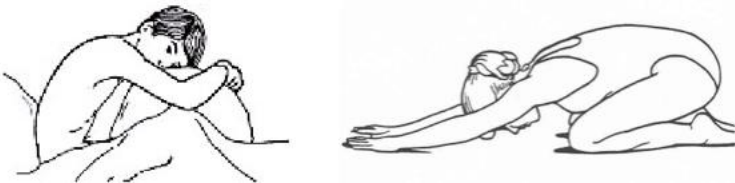


Imagen 3: Posición genupectoral (o de plegaria mahometana)

#### Otros decúbitos

- **Posición ginecológica** (paciente decúbito supino con piernas en flexión y muslos en flexión y abducción) → Facilita el examen ginecológico.
- **Posición de Fowler** (respaldo de la cama levantado para que la cabeza quede más alta que los pies) → Utilizada en ortopnea en contexto de insuficiencia cardíaca. [Imagen 4]

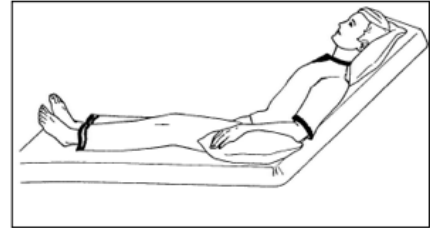


Imagen 4: Posición de Fowler

- **Posición de Trendelenburg** (levantar donde reposan los pies del paciente, para que estos queden más arriba que la cabeza) → Utilizada en presencia de edema o tromboflebitis de las extremidades inferiores. [Imagen 5]

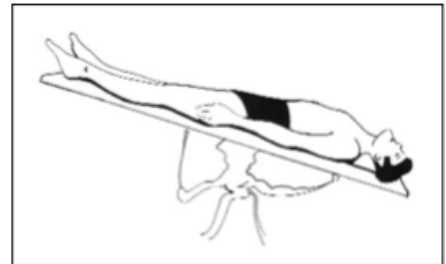


Imagen 5: Posición de Trendelenburg

A la mayoría de las mujeres **embarazadas** se les recomienda mantener una posición en decúbito lateral izquierdo, para así evitar la compresión de la vena cava inferior por el útero, lo que mejoraría la irrigación de la placenta.

# Facies

Corresponde al conjunto de características morfológicas, color y expresión de la cara. Es una de las primeras impresiones que obtenemos del paciente. Es ahí donde radica su importancia, ya que es fácil notar alteraciones en la simetría, movimientos, pliegues, aumento de volumen, pigmentación u otros hallazgos. Se denomina **facies compuesta** cuando ésta no tiene alteración.

## FACIES CARACTERÍSTICAS

1. **Addisoniana:** Piel hiperpigmentada, color gris-azulado en frente, cicatrices, pliegue y mucosas. Presente en Enfermedad de Addison.



2. **Acromegálica:** Todos los rasgos agrandados debido a crecimiento óseo y de los tejidos blandos. Rebordes supraorbitarios prominentes, nariz ancha, labios engrosados y mandíbula con tendencia al prognatismo (mirado desde costado el maxilar inferior sobresale en comparación con el maxilar superior). Presente en Acromegalia.



3. **Cushingoidea:** Llamada coloquialmente "carita de luna llena". Facies redondeada (vista de frente no se ven las orejas) con rubicundez en las mejillas. Puede presentar hirsutismo. Presente en enfermedad de Cushing.



4. **Esclerodérmica:** Sin mímica, rígida y sin arrugas principalmente en la frente (facie estatuaria). Pómulos salientes y nariz afilada, apertura bucal dificultosa y los labios retraídos dejando ver dientes. Presente en Esclerodermia.



5. **Estenosis mitral:** De coloración azulada, con predominio local en las mejillas, con los surcos nasogenianos pálidos. Se da por congestión en la circulación en contexto de Estenosis Mitral.



6. **Hipertiroidea:** Facies delgada, con relieves óseos prominentes y exoftalmia bilateral en casos de Enfermedad de Graves. Mirada fija y brillante (expresión de "susto"). Presente en Hipertiroidismo.



7. **Hipotiroidia o mixedematosa:** Redondeada, opaca, con los párpados hinchados y achicados (edema sin signo de la fovea). Presente en Hipotiroidismo.



8. **Lúpica:** Erupción papuloescamosa en fondo eritematoso presente en mejillas y nariz, formando "alas de mariposa", que se acentúa con exposición al sol. Observada en pacientes con Lupus.



9. **Parkinsoniana:** Movimientos faciales disminuidos, escasa expresividad, mirada fija y habla débil. Facies grasosa y brillante. Presente en enfermedad de Parkinson.



10. **Parálisis facial periférica:** Cara asimétrica, borramiento de las arrugas de la frente del lado paralizado, lagofthalmos y epífora. En el lado paralizado el sujeto no puede arrugar la frente ni elevar la ceja. Observada en Parálisis Facial Periférica.



11. **Lesión simpático cervical:** Ptosis del lado paralizado, junto a enoftalmos (disminución de la hendidura palpebral), miosis, y congestión de la conjuntiva. Observada en el Síndrome de Claude Bernard Horner.



12. **Miasténica:** Ptosis palpebral bilateral que se acentúa al pasar el tiempo, motivo que lleva al paciente a inclinar la cabeza hacia atrás para ver mejor. La mirada tiende a estar inmóvil, con expresión somnolienta y mímica disminuida. Observada en pacientes con Miastenia gravis.



13. **Síndrome de Down:** Facies redondeada, epicanto en el ángulo interno de los ojos, macroglosia relativa, orejas pequeñas y nariz en silla de montar. En libros antiguos esta facies fue mal llamada mongólica.



14. **Febрил:** Rubicunda, especialmente en mejillas y con ojos brillantes. Observada en fiebre.





15. **Hipocrática o peritoneal:** Perfil delgado con ojos hundidos, ojeras, palidez y sudor frío. Se puede observar en enfermedades graves como peritonitis aguda, o en shock.



16. **Facies renal:** piel pálida y edematosa, con un tono macilento (coloración amarillenta que no corresponde a ictericia). El edema reduce las aperturas palpebrales y da un aspecto de cara vultuosa. Se observa clásicamente en los síndromes urémico y nefrótico.



17. **Caquética:** Palidez y relieves óseos marcados, tinte pardogrisáceo, cansada y triste. Observada en desnutrición y neoplasias.



18. **Adenoidea:** Boca entreabierta, cejas levantadas. Observada en obstrucción nasal por hipertrofia adenoidea.



19. **Depresiva:** Mirada vaga e inexpresiva, con pliegues marcados en la frente y signo del omega melancólico. Observado en depresión.



20. **Ictérica:** Coloración amarilla de cara y las conjuntivas bulbares. Observada en pacientes ictericos, por aumento de la bilirrubina circulante.



21. **Anémica:** Palidez generalizada que puede comprometer hasta los labios. Presente en anemia avanzada.



22. **Cianótica:** Coloración azulada en piel y mucosa en caso de cianosis central.



# Actitud y marcha

## POSICIÓN EN PIE (ACTITUD)

Es la forma en que el paciente se incorpora o se mantiene de pie. Se debe indicar si logra o no la bipedestación y describir posición en ambos pies (observar si es recta o no, su base de sustentación, la presencia de oscilaciones, etc.)

Se denomina **actitud compuesta** a aquella “normal”, o sea que se observa recta, simétrica, alineada, sin aumento de base de sustentación, sin oscilaciones y con un tono muscular adecuado.

### Actitudes características

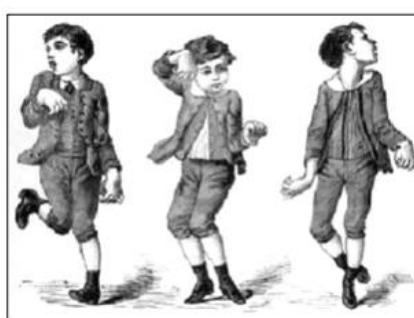
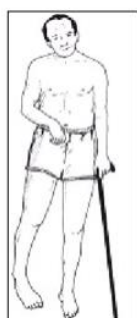
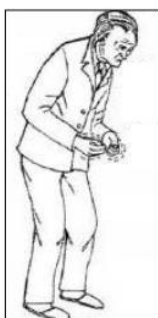
- **Enfermedad de Parkinson:** Posición rígida, ligeramente encorvada, con los miembros superiores pegados al tronco y generalmente con temblor de reposo. [Imagen 6]
- **Hemiplejía:** Postura asimétrica con miembro superior del lado afectado en semiflexión y mano empuñada contra abdomen. Generalmente utilizan bastón para apoyarse. [Imagen 7]
- **Paraplejía espástica:** Piernas juntas y rígidas, con los pies equinos. [Imagen 8]
- **Corea** (proviene del griego choreia, significa danza): Movimientos continuos del tronco, extremidades y cara. [Imagen 9]
- **Ataxia** (cerebelosa o atáxica): Posición con aumento de la base de sustentación (piernas separadas) y cuerpo oscilante. [Imagen 10]

## MARCHA

Se refiere la forma de caminar del paciente. Se debe evaluar la estabilidad, regularidad, largo de los pasos, braceo y coordinación. La marcha se denominará **indiferente** (normal) al ser estable, regular, con pasos de largo medio y constantes, con braceo alternante y coordinado, sin lateralizaciones ni pérdidas de equilibrio ante los giros.

### Marchas características

- **Parkinsoniana:** Pasos cortos, sin braceo, con cuerpo inclinado hacia adelante.
- **Hemipléjica:** Camina apoyando en el pie sano, describiendo un semicírculo con el pie afectado pudiendo levantarlo a veces, pero otras arrastrándolo por su borde (se denomina marcha en segador). Mantiene la extremidad superior afectada en semiflexión y mano empuñada contra abdomen. Coloquialmente se describe cómo “caminar con cubeta de agua en pie y con el diario bajo el brazo”.
- **Parapléjica:** Pasos cortos que impulsa con movimientos de caderas dado que las piernas se encuentran juntas.
- **Coreica:** Apoyo de pies impredecible, junto a movimientos involuntarios del cuerpo.
- **Atáxica:** Existe una incoordinación e irregularidad en los pasos, acompañado de inestabilidad (coloquialmente descrita como marcha de borracho).
- **Polineurítica o steppage:** Por paresia de los músculos de los miembros inferiores. Se levanta la rodilla al caminar, para no arrastrar los pies. Al bajar el pie, apoya en primer lugar la punta de este y después el talón.



# Nivel de conciencia

El estado de conciencia es parte de la evaluación neurológica, y nos permite evaluar la recepción, integración y funcionamiento de una serie de capacidades cerebrales que adquirimos en el desarrollo y aprendizaje vital. En el examen debemos fijarnos en:

1. El nivel de conciencia (dimensión **cuantitativa**)
2. El contenido de conciencia (dimensión **cuantitativa**)

Al respecto: Al respecto:

- Considere primero realizar la evaluación de la dimensión cuantitativa.
- Se aconseja introducir con una explicación previa el examen al paciente, sobre todo en los casos que Ud sospeche normalidad. Esto porque algunas preguntas pueden sonar fuera de contexto, simple e incluso "insultantes".
- El examen se debe **adaptar a la individualidad del paciente** (podemos variar las preguntas según escolaridad, alfabetismo, cultura, edad, etc.)

## EVALUACIÓN CUANTITATIVA

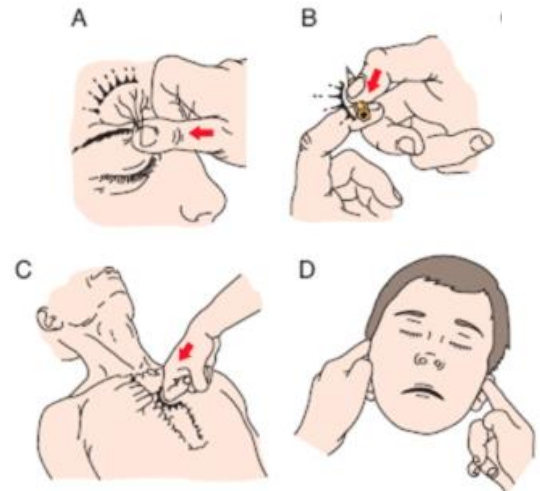
Para evaluar de forma rápida y reproducible el nivel de conciencia se utiliza la **escala de Glasgow**, la que fue diseñada para la evaluación de trauma encefalo craneanos, pero se utiliza actualmente en otros contextos clínicos

**Tabla 1: Score de Glasgow**

Respuesta motriz	
Obedece órdenes	6
Localiza el dolor	5
Se retira al dolor	4
Flexiona al dolor (decorticación)	3
Extiende al dolor (descerebración)	2
Sin respuesta	1
Apertura ocular	
Espontánea	4
A órdenes verbales	3
Al dolor	2
Sin respuesta	1
Respuesta verbal	
Orientado	5
Conversación confusa	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
Sin respuesta	1

El mayor puntaje que se puede obtener es 15, y el menor es 3. Se define como estado de coma un puntaje menor o igual a 8.

Al describir el grado de conciencia se debe explicitar si el paciente se encuentra **vigil** o no. Si no está vigil, se debe determinar qué tipo e intensidad de estímulo es capaz de desencadenar una respuesta, y las características de esta última. Se realiza la evaluación con el paciente descubierto con el fin de evaluar objetivamente las respuestas secundarias a la



estimulación y las asimetrías que estas puedan tener. En caso de no obtener vigilancia al estímulo verbal ni táctil, se deben realizar estímulos nociceptivos como los descritos en la siguiente imagen (Imagen 11)

**Imagen 11**

Recordemos que se busca clasificar el nivel de conciencia alterado en somnolencia, tipos de sopor (superficial, medio o profundo) o coma.

## EVALUACIÓN CUALITATIVA

El contenido de la conciencia corresponde a la suma de todas las funciones mediadas a nivel de la corteza cerebral, incluyendo contenidos cognitivos y afectivos. Consta de varios aspectos a evaluar (que se consignan en el examen neurológico), pero en esta primera aproximación sólo evaluamos 3: Orientación, atención y situación. Los dos primeros resultan fundamentales, ya que si están alterados no nos permitirán tener una conclusión confiable sobre el resto del examen mental (al igual que ocurre con el grado de conciencia).

- **Orientación:** Nos permite saber si las cosas transcurren dentro o fuera de nosotros y en un plano témporo-espacial definido. Los tipos de orientación que más se utilizan son la temporal y espacial. Para evaluarlas hacemos preguntas como:

<i>Temporal</i>	<i>Espacial</i>
¿Qué día es hoy?	¿Dónde estamos?
¿Qué fecha?	¿En qué piso?
¿Qué mes?	¿En qué comuna?
¿Qué año?	¿En qué ciudad?
¿Qué estación del año?	¿En qué país?

- **Atención:** Responsable de mantenernos en la realización de una tarea específica. Para su evaluación le pedimos al paciente que realice una de las siguientes tareas:
  - Restar 100-7 y seguir restando 7 cinco veces
  - Deletrear la palabra mundo de atrás hacia adelante
  - Nombrar los meses del año de atrás hacia adelante
  - Nombrar los días de la semana de atrás hacia adelante
- **Situación:** Evaluamos la orientación situacional mediante preguntas sobre el contexto mismo del paciente y su percepción de terceros en una situación en particular. Se puede preguntar al paciente:
  - ¿Por qué está en el hospital?
  - ¿Qué estamos realizando? (entrevista)

# Constitución y estado nutritivo

Corresponde al aspecto morfológico del paciente, según la proporción de sus segmentos corporales y sus diámetros longitudinales y transversales. Existen diversas clasificaciones, sin embargo, la más utilizada en la clínica es la de Sheldon:

- **Ectomorfo:** Predomina un crecimiento en altura, contextura delgada y extremidades largas. Este concepto también puede encontrarse en la literatura como microesplácnico o leptosómico.
- **Mesomorfo:** Desarrollo armónico, proporcionado. Es una persona de estatura media y complexión vigorosa. Este concepto también puede encontrarse en la literatura como normoesplácnico o atlético.
- **Endomorfo:** Predomina una talla corta y sobrepeso. Este concepto también puede encontrarse en la literatura como macroesplácnico o pícnico.

Antiguamente, además de las características particulares de cada tipo, se les solía asociar ciertos atributos temperamentales o psicológicos, los que se evidencian en su reacción frente a determinadas patologías. Se observó que individuos de **hábito asténico (ectomorfos)** son propensos a úlcera péptica y depresión, con un temperamento generalmente esquizoide. Mientras que aquellos con **hábito plétórico (endomorfos)** son propensos a diabetes, hipertensión y enfermedad coronaria, con un temperamento más bien cicloide. Sin embargo, actualmente esta relación constitución-enfermedad es frecuente solo en algunas patologías. Tal es el caso del neumotórax espontáneo, donde se ha observado mayor incidencia en hombres ectomorfos.

Al momento de la evaluación nutricional durante el examen físico, resulta de gran importancia la inspección y la palpación del paciente, evidenciando su estado nutricional ya que este corresponde al parámetro de mayor significación sobre el estado actual del paciente.

El **estado nutricional** refleja la relación entre las necesidades metabólicas del sujeto y la ingesta de nutrientes. Es importante tener en consideración: talla y peso, cantidad relativa y distribución de tejido adiposo y masa muscular y estado de la piel (turgor, elasticidad, humedad). La evaluación nutricional pretende diagnosticar estados de malnutrición, ya sea por **exceso (obesidad)** o por **déficit (desnutrición)** que impliquen un riesgo para la salud del paciente.

Para esta evaluación se deben considerar elementos importantes tanto de la anamnesis como del examen físico general.

## ANAMNESIS

Resulta importante esta instancia con el paciente para abarcar de mejor forma todo su contexto en particular, de modo que podamos obtener toda la información necesaria para su tratamiento y manejo adecuado. Algunos parámetros importantes son:

- **Cambios en el peso**, ya sean cuantificados o percibidos cualitativamente (aspecto físico o talla de la ropa o agujeros del cinturón). Importante también considerar si este cambio fue voluntario o involuntario. En este último caso, tener especial cuidado si fue **>10% del peso habitual en un año, o >5% en los últimos 6 meses**.
- **Dieta balanceada y suficiente**, tanto en cantidad como en calidad (consumo habitual y variado de los distintos grupos de alimentos).
- (\*) Es importante tener en cuenta síntomas, signos y enfermedades que puedan interferir en la adecuada alimentación (por ejemplo, náuseas, vómitos, disfagia, anorexia selectiva y no selectiva, falta de piezas dentarias). Además de alteraciones físicas, mentales o sociales.
- Disminución de la **capacidad funcional habitual**
- Presencia de enfermedad hipercatabolizante (infección o trauma).

## EXAMEN FÍSICO

Examinar y tocar al paciente resulta crucial para una correcta evaluación, ya que es la forma más concreta que tenemos de constatar el estado actual del paciente. Este puede ser evaluado mediante la *evaluación global subjetiva (EGS)* y la *evaluación global objetiva (EGO)*.

**Evaluación global subjetiva:** comprende tres ítems,

- **Anamnesis:** consultar por peso (habitual, si ha disminuido o no durante los últimos 6 meses, cantidad perdida y evolución durante el tiempo), ingesta alimentaria en relación a lo habitual (en caso de haber alteraciones, hace cuánto tiempo y para cuál dieta en particular), presencia de síntomas gastrointestinales en los últimos 15 días (náuseas, vómitos, diarrea, anorexia) y capacidad funcional (conservada o no). Suele determinarse también la demanda metabólica de acuerdo a la situación del paciente.
- **Examen físico:** evaluar si hubo o no pérdida, ya sea leve, moderada o importante, de grasa subcutánea (mediante pellizcamiento del pliegue tricipital en la parte media de la cara posterior del brazo; observar



posible disminución en la región cigomática, supraclavicular e intercostal) o de masa muscular (cuádriceps, deltoides). Constatar presencia de ascitis y de edema sacro y/o en tobillos. Buscar también alteraciones de piel (palidez, dermatitis) y fanéreos (uñas y pelo quebradizo o hipopigmentado), las cuales indican carencias proteicas, de vitaminas y/o de minerales.

- **Evaluación subjetiva:** esto implica observar la contextura general del paciente. Clasificar en A (bien nutrido), B (moderadamente desnutrido o sospecha de desnutrición) o C (gravemente desnutrido).

**Evaluación global objetiva:** incluye,

- **Parámetros antropométricos:** evaluar masa corporal total (con medición de IMC y perímetro braquial) y masa grasa (pliegue tricipital). A partir de esto, evaluar masa proteica muscular (*cálculo de perímetro muscular braquial*: perímetro braquial – 3,14 x perímetro tricipital).

→ **Cálculo del índice de masa corporal (IMC):** peso (kg)/estatura<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>)

**Bajopeso:** <18.5 kg/m<sup>2</sup>

**Normopeso:** 18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup>

**Sobrepeso:** 25-29.9 kg/m<sup>2</sup>

**Obesidad:** >30 kg/m<sup>2</sup>

(\*) En adultos mayores de 65 años, se acepta como **normal de IMC entre 23 y 27,9 kg/m<sup>2</sup>**. Bajo o sobre estos puntos de corte se considera como **desnutrición** y **sobrepeso**, respectivamente. Un IMC superior a **32kg/m<sup>2</sup>** se considera como **obesidad** en el adulto mayor.

(\*) Para el caso de la obesidad, se subdivide en distintos grados según IMC:

**Obesidad grado I (leve):** 30-34.9 kg/m<sup>2</sup>

**Obesidad grado II (moderada):** 35-39.9 kg/m<sup>2</sup>

**Obesidad grado III (severa):** > 40 kg/m<sup>2</sup>

**Súper obesidad:** >50 kg/m<sup>2</sup>

- **Exámenes de laboratorio:** niveles plasmáticos de albúmina, linfocitos y transferrina. Se utilizan para evaluar el estado nutritivo proteico visceral. El conocimiento de los puntos de corte de estos indicadores y las condiciones en que aumentan o disminuyen sus valores, escapa a las competencias de este curso.

# Piel, fánereos e hidratación







- **PIEL**

En el examen físico de piel es importante tener en cuenta diversos aspectos, entre los que se encuentran:

1. **Color de piel**
2. **Temperatura**
3. **Humedad**
4. **Untuosidad**
5. **Turgor**
6. **Elasticidad**
7. **Lesiones**
8. **Distribución y características del cabello y cejas**
9. **Forma de las uñas**

1) **Color de piel:** La coloración de la piel depende de varias características:

→ **Cantidad de melanina:** Esto depende de la raza, la exposición al sol y la herencia. Comúnmente existen zonas de mayor pigmentación como por ejemplo pezones, genitales externos o alrededor de orificios naturales. Existen patologías en que no hay pigmentos, que puede ser generalizada como en el albinismo, o localizada como en el vitíligo. El color de piel también se puede clasificar según su capacidad para asimilar la radiación solar, en fototipos, los cuales van del I al VII y se resumen en la siguiente tabla:

FOTOTIPO	SENSIBILIDAD A LA LUZ SOLAR	QUEMADURAS	BRONCEADO	CARACTERÍSTICAS
	Muy sensible	Siempre	No	Piel muy blanca, pecosa, cabello pelirrojo o rubio, ojos azules
	Sensible	Muy fácilmente	Mínimo	Piel blanca, cabello rubio, ojos azules o verdes
	Sensibilidad normal	Fácilmente	Gradual	Piel clara, pelo café claro, ojos verdes o café claro
	La piel tiene tolerancia	Ocasionalmente	Sí	Piel morena, ojos y pelo castaño claro a castaño oscuro
	La piel tiene una alta tolerancia	Raramente	Intenso	Piel morena, ojos cafés, pelo café oscuro a negro
	La piel tiene una tolerancia muy alta	Nunca	Máximo	Piel negra, ojos cafés oscuros y pelo negro

→ **Perfusión tisular:** Si es normal, se observa un tono rosado, si no es así existen distintas posibilidades:

- **Palidez:** La piel pierde su color rosado debido a anemia (falta de glóbulos rojos) o vasoconstricción, por falta de perfusión. Puede asociar frialdad.
- **Cianosis:** Coloración azul. Por baja oxigenación, con mayor cantidad de hemoglobina reducida (no oxigenada). Recordar que si es cianosis central se observará en las mucosas.
- **Rubicundez:** Color rojizo por vasodilatación (ejemplo: aumento de temperatura) o poliglobulia.

→ **Otros pigmentos:** Pueden ser de distinta naturaleza:

- **Ictericia:** Coloración amarillenta de piel por aumento de bilirrubina en la sangre. Más evidente en mucosas (ej. escleras).
- **Carotenemia:** Coloración amarilla anaranjado de la piel por aumento de los carotenos en sangre. (zapallo, zanahorias). se observa especialmente en nariz, palmas y plantas.

→ **Hiperpigmentación:** Se ve, por ejemplo, en la enfermedad de Addison (insuficiencia suprarrenal) la cual presenta melanoplaquias en lengua, encías, paladar.

**2) Temperatura:** Esta puede estar normal, aumentada (ya sea en condiciones que afectan generalizadamente al organismo, como en la fiebre, o ser localizado en una zona específica, como en la inflamación), o disminuida (de forma generalizada como en la hipotermia, por reacción al frío ambiental (vasoconstricción), o localizada por mala perfusión).

**3) Humedad:** Cualidad que depende de la hidratación, la acción de las glándulas sudoríparas, el calor ambiental y el estado neurovegetativo.

**4) Untuosidad:** Condición oleosa que puede adquirir la piel por efecto de las glándulas sebáceas.

**5) Turgor:** Es la resistencia que se aprecia al efectuar un pliegue en la piel. Se relaciona con la hidratación y por lo tanto disminuye en personas deshidratadas. También va disminuyendo con la edad y aumenta en edema.

**6) Elasticidad:** Es la capacidad de la piel para cambiar de forma y retornar a la normalidad. Se refleja por la rapidez que desaparece un pliegue al soltar la piel. Depende de la cantidad de tejido elástico. Es máxima en los bebés y está muy disminuida en los ancianos.

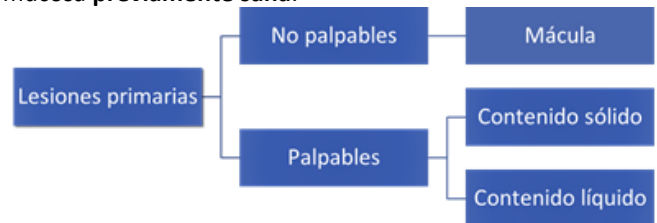


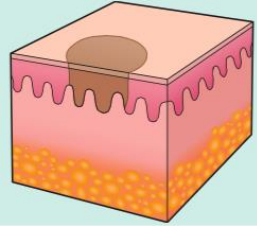

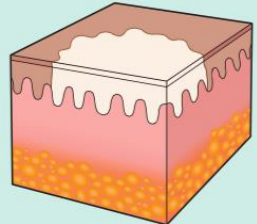

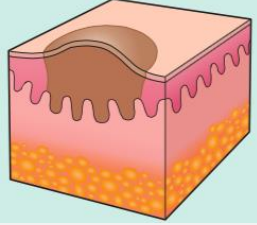

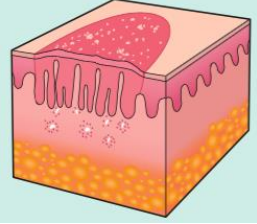

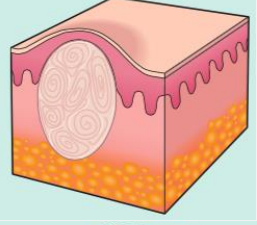

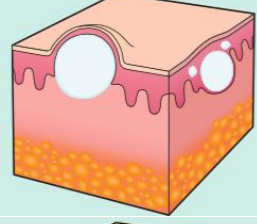

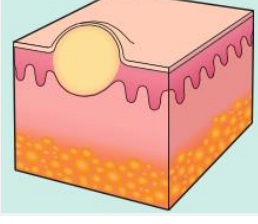

Signo del pliegue.



**7) Lesiones:** Al examinar las distintas lesiones es importante tener en cuenta distintos aspectos tales como determinar su ubicación (si es única/múltiple, simétrica/asimétrica, distribución y localización), tamaño, coloración, bordes (definidos/indefinidos o difusos), si es plana o solevantada, síntomas asociados (prurito, dolor, quemazón, etc.), cambios en el tiempo y circunstancias en que apareció (evolución), entre otras. Lo más importante entonces, antes de determinar qué tipo de lesión es la observada en el paciente, es **describir** el hallazgo.

→ **Lesiones elementales primarias:** aparecen sobre piel o mucosa **previamente sana**.



<b>TÉRMINO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS</b>		<b>EJEMPLO CLÍNICO</b>
<b>MÁCULA</b>	Área plana y circunscrita de la piel, menor a 1 cm, con una pigmentación diferente a la normal.		<i>Léntigo solar</i> 
<b>MANCHA</b>	Lesión plana y bien delimitada de la piel, mayor a 1 cm de diámetro, con una pigmentación diferente a la normal.		<i>Vitiligo</i> 
<b>PÁPULA</b>	Lesión solevantada y circunscrita de la piel, menor a 1cm de diámetro. Elevación debida a un aumento en el grosor de la epidermis y/o dermis.		<i>Líquen plano</i> 
<b>PLACA:</b>	Lesión levemente solevantada y bien delimitada de la piel, mayor a 1 cm de diámetro. Puede presentar cambios secundarios. (ej. Escama, costra)		<i>Psoriasis</i> 
<b>NÓDULO</b>	Lesión esférica y bien delimitada generalmente mayor a 2 cm de diámetro. En piel compromete la dermis y en ocasiones incluso el tejido celular subcutáneo.		<i>Lipoma</i> 
<b>VESÍCULA</b>	Lesión solevantada que contiene líquido claro, menor a 1 cm de diámetro.		<i>Herpes simple</i> 
<b>PÚSTULA</b>	Vesícula de contenido purulento.		<i>Acné</i> 

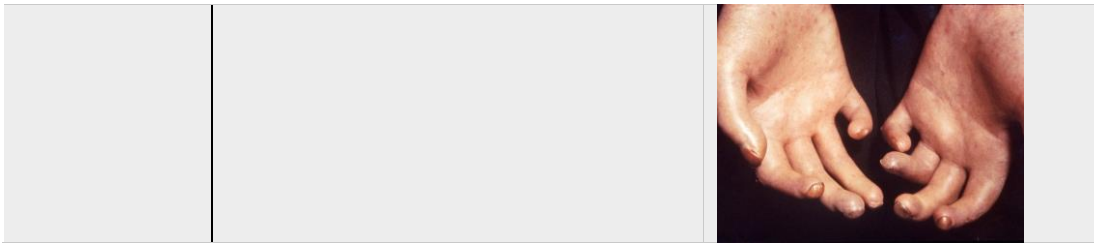
<b>BULLA/ AMPOLLA</b>	Lesión solevantada, circunscrita, que contiene líquido claro, y es mayor a 1 cm de diámetro.		<i>Pénfigo bulloso</i> 
<b>VEGETACIÓN</b>	Proliferación de las papilas dérmicas que se proyectan por encima del nivel de la piel.		<i>Verrugas</i> 
<b>ESCAMA</b>	Láminas de la capa córnea de la piel que se desprenden en forma espontánea.		<i>Ictiosis</i> 
<b>QUERATOSIS</b>	Lesión circunscrita sólida, con engrosamiento de piel a costa de capa córnea.		<i>Queratosis actínica</i> 

→ **Lesiones elementales secundarias:** aparecen sobre piel o mucosa **previamente dañada**; corresponden a la evolución de lesiones primarias.







<b>TÉRMINO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS</b>	<b>EJEMPLO CLÍNICO</b>
<b>Costra</b>	Elemento sólido. Deseccación de exudado previo. Conformado por suero, pus, sangre, o mezclas, en la superficie de piel.	<i>Impétigo</i> 
<b>Escara</b>	Secundaria a daño vascular en la zona. Corresponde a tejido necrosado delimitado por surco de piel sana. La coloración evoluciona desde la palidez al negro. La piel pierde su sensibilidad. Al tacto endurecimiento variable.	<i>Placa Livedoide</i> 
<b>Escama</b>	Laminilla formada por células epidérmicas que se desprenden espontáneamente de la piel.	<i>Psoriasis.</i> 



<b>Liquenificación</b>	Tipo especial de hipertrofia, causada por roce crónico. Aumento de espesor, pigmentación y cuadrículado normal.	<i>Liquen simple crónico</i> 
<b>Cicatriz</b>	Neoformación conjuntiva y epitelial. Reemplaza pérdida de sustancia o procesos inflamatorios.	
<b>Erosión</b>	Pérdida parcial de la epidermis (superficial) que repara sin dejar cicatriz.	<i>Necrosis epidérmica tóxica</i> 
<b>Úlcera</b>	Pérdida de la epidermis y parte de la dermis. Repara dejando cicatriz.	<i>Pioderma Gangrenoso.</i> 
<b>Excoriación</b>	Tipo de erosión. Líneas superficiales inducidas por rascado.	
<b>Fisura</b>	Grietas profundas. Habitualmente dolorosas. Localizadas en zonas de movimiento.	<i>Dermatitis de contacto</i> 
<b>Atrofia</b>	Disminución del espesor y elasticidad de la piel, haciendo que se arrugue con facilidad.	<i>Estriás</i> 
<b>Esclerosis</b>	Induración de la piel, la cual se encuentra adherida a planos profundos, no posee arrugas y es difícil de plegar.	<i>Esclerodermia</i> 



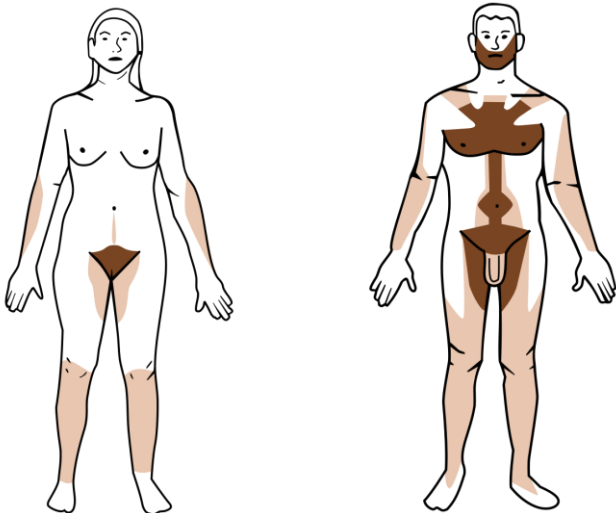
→ **Otras lesiones comunes:**

<p><b>Petequia</b></p>	<p>Mácula pigmentaria, no desaparece con la vitropresión.</p>	
<p><b>Telangiectasia</b></p>	<p>Dilatación de pequeños vasos sanguíneos visibles a ojo desnudo, sensibles a la vitropresión.</p>	
<p><b>Efélides</b></p>	<p>Máculas hiperpigmentadas, mejor conocidas como "pecas". Suelen ubicarse en relación a las zonas de la piel que reciben mayor radiación solar.</p>	
<p><b>Equimosis</b></p>	<p>Extravasación sanguínea mayor a 3mm de diámetro, no solevantada.</p>	
<p><b>Hematoma</b></p>	<p>Colección de sangre extravasada generalmente palpable tras generar desplazamiento del tejido en que ocurre.</p>	
<p><b>Nevos</b></p>	<p>Conocidos como "lunares". Corresponden a lesiones hiperpigmentadas por hiperplasia benigna de los melanocitos, ya sean manchas o máculas, pudiendo estar solevantadas o no. Dedicar especial atención al <i>ABCDE</i>, ante sospecha de malignidad: asimetría, bordes irregulares, color no homogéneo, diámetro superior a 6mm y evolución (cambios de coloración, aumento del diámetro, dolor, sangramiento).</p>	

**8) Cabello y Vello Corporal:** el pelo terminal es largo, grueso, duro y pigmentado. Se encuentra en el cuero cabelludo principalmente, cejas, pestañas, barba, axila y el pubis. El vello, en cambio, es el pelo que reemplaza al lanugo antes del nacimiento, y cubre la mayor parte de la superficie del cuerpo.

Para evaluar estos anexos, se deben constatar las siguientes características:

- A. **Cantidad:** se considera normal siempre que en las zonas de pelo terminal el cabello esté distribuido uniformemente; es decir, que no existan zonas de menor densidad o ausencia de cabello. Encontramos patrones alterados dentro de esta característica como:
  - a. **Alopecia:** pérdida significativa de cabello por razones patológicas. Puede presentarse en placas o circunscripta, o de forma difusa.
  - b. **Calvicie:** caída paulatina e irreversible de cabello en el hombre adulto por razones genéticas. Ocurre de preferencias en las zonas fronto-parietales y/o el occipucio.
  - c. **Hipertrichosis:** crecimiento excesivo de cabello o pelo en número, grosor o longitud en una zona circunscrita.
- B. **Distribución:** durante la pubertad, el vello corporal en ciertas zonas más sensibles a hormonas, reciben el estímulo de los andrógenos sistémicos, cambiando sus características para convertirse en pelo terminal. Existe un marcado dimorfismo sexual en cuanto a la distribución del vello: en varones se concentra barba, pecho, abdomen y pubis, mientras que en las mujeres tienen menos vello, el cual es además menos visible y se concentra principalmente en pubis. De esta forma se diferencian la distribución de vello corporal Ginecoide y Androide.



**\*Hirsutismo:** distribución androide del vello corporal en una mujer, asociado a causas metabólicas generalmente.

**\*\***La caída de vello axilar y pubiano es común en los pacientes con hipoandrogenismo, por ej.: cirróticos, seniles, caquexia, mixedema.

- C. **Color:** el color del cabello humano depende de la

presencia de dos tipos de melanina en los melanocitos: las eumelaninas (responsables del pelo oscuro) y las feomelaninas (pelo rubio y rojo). Los cambios adquiridos en el color pueden deberse a procesos inflamatorios del folículo.

- a. **Cabello Blanco:** el envejecimiento produce el encanecimiento, porque se va produciendo una reducción progresiva de la melanogénesis. El encanecimiento prematuro fisiológico se acepta si aparece antes de los 20 años y se relaciona con enfermedades autoinmunes.
- b. **Poliosis** (encanecimiento a mechones): se observa tanto en enfermedades hereditarias como adquiridas.
- c. **Cabello heterocrómico:** cabello y bigote de colores distintos en el adulto. En la mayoría de los casos se trata de mosaicismos genéticos sin correlato patológico.

**9) Uñas:** En la exploración física de la uña los signos ungueales se clasifican según la estructura anatómica afectada. Las uñas se describen como sin alteraciones, cuando no se encuentran hallazgos patológicos.

#### ALTERACIONES DE LA MATRIZ

##### Líneas de Beau

Depresiones o surcos transversales en la superficie de la lámina ungueal, secundarios a una detención temporal de la proliferación de la matriz. Las causas más frecuentes pueden ser traumatismos mecánicos y enfermedades dermatológicas.



##### Hoyuelos o Pits ungueales

Depresiones puntiformes en la superficie de la lámina ungueal. Se produce en enfermedades como alopecia areata y psoriasis, sin embargo, también se puede observar en personas sanas.



##### Leuconiquia verdadera

Es la coloración blanca y opaca de la lámina ungueal. Puede ser desde un blanqueo de la uña completo o parcial hasta líneas o puntos blanquecinos (leuconiquia striata y punctata, respectivamente). La leuconiquia punctata se produce en niños y adultos sanos, supuestamente por trauma menor al lecho ungueal proximal, y carecen de importancia clínica.



##### Melanoniquia

Pigmentación negra, ya sea total o parcial de la lámina ungueal por aumento de la melanina. Algunas causas de melanoniquia total son la racial, por medicamentos, melanoma, enfermedad de Addison, síndrome de Cushing y los hematomas subungueales.



##### Onicosquizia

Desprendimiento paralelo y horizontal de las capas de las uñas hacia distal, como consecuencia de fragilidad ungueal. Se debe a daño químico/físico, algunos fármacos como retinoides, déficit de hierro, cobre, zinc o vitaminas, y también se observan a medida que aumenta la edad.



#### ALTERACIONES DEL LECHO UNGUEAL

##### Onicolisis

La lámina ungueal distal se desprende o despega del lecho ungueal. Secundaria a traumatismos, psoriasis, onicomycosis, medicamentos, trastornos metabólicos como hipertiroidismo y tumores.



##### Hemorragias en Astilla

Líneas finas longitudinales de color rojo oscuro, localizadas habitualmente en la parte distal de la uña. Las causas más frecuentes son traumatismos, psoriasis y onicomycosis. Su ubicación proximal es poco frecuente y puede indicar la presencia de enfermedades sistémicas como endocarditis infecciosa, vasculitis, triquinosis y síndrome antifosfolípidos.



## ALTERACIONES DE LA FORMA

### Uñas en vidrio de reloj, Acropaquia, Hipocratismo digital o “dedos en palillo de tambor”.

Los dedos en palillo de tambor comprenden un abultamiento de la uña asociado a hipertrofia de los tejidos blandos de la falange distal y cianosis local fluctuante. Sin embargo, más frecuentemente se deben a: Infecciones o supuraciones broncopulmonares crónicas (Absceso, TBC, bronquiectasias); Fibrosis pulmonar y Fibrosis quística.



### Coiloniquia (“uñas en cuchara”)

La lámina de la uña se vuelve más delgada y plana, los bordes laterales se curvan hacia arriba dando un aspecto cóncavo. Aunque en niños suele ser fisiológica, en adultos puede ser de origen ocupacional o causado por deficiencia de hierro.



## • ESTADO DE HIDRATACIÓN

El estado de hidratación de un paciente puede establecerse clínicamente de acuerdo a los siguientes parámetros: humedad de la piel y mucosa, turgencia o elasticidad de la piel (signo del pliegue), tiempo de llene capilar, visibilidad de las yugulares a 45°, el volumen de la diuresis y presencia de edema.

### Humedad de piel y mucosa:

Para evaluarlo resulta fundamental la examinación y palpación de la piel del paciente, inspeccionando lo más completo posible, comparando distintas zonas, evaluando si se encuentra sudorosa o la piel reseca, evaluando la mucosa palpebral y la mucosa bucal.

### Estado de deshidratación:

Dentro de las principales causas encontramos: Falta de aporte/ingesta, el uso excesivo de diuréticos, la diarrea, los vómitos, la sudoración excesiva, grandes quemados, etc. Podemos evidenciarlo por disminución de la turgencia.

### Turgencia y elasticidad:

Es la resistencia que se aprecia al efectuar un pliegue en la piel. Se relaciona con la hidratación y por lo tanto disminuye en personas deshidratadas. También va disminuyendo con la edad y aumenta en edema. En cambio, la elasticidad es la capacidad de la piel para cambiar de forma y retornar a la normalidad. Es máxima en los bebés y está muy disminuida en los ancianos. El principal signo clínico que utilizamos es el **signo del pliegue**, que se realiza generalmente en la zona supraclavicular.

### Tiempo de llene capilar

Este signo clínico se mide al presionar uno de los pulpejos de las extremidades, tanto superiores como inferiores, por al menos 10 segundos y luego evaluar en cuánto se normaliza con el resto de la piel. Tiempos menores a 3 seg se consideran normal, excepto en adultos mayores donde se considera menor a 4 segundos.

### Edema

El edema clínico es una acumulación excesiva de fluido (líquido, agua y sal) en el intersticio, el cual se puede percibir y diagnosticar gracias al examen físico de la piel, a través de la tumefacción o aumento de volumen de la dermis y el tejido celular subcutáneo. El **signo de la fóvea o de Godet** es cuando se aplica presión con un dedo sobre la superficie cutánea contra un plano óseo por algunos segundos. Si al retirarlo se reconoce una depresión, es positivo. Se puede clasificar en:

**Edema localizado:** periorbitario, predominio matutino, que decrece en el transcurso del día. Se observa en nefropatías crónicas.

**Edema en declive:** Se observa en miembros inferiores en los pacientes que deambulan. Existe borramiento de las estructuras anatómicas habituales (resaltos óseos, trayectos venosos).

**Edema sacro:** Se observa en la almohadilla sacra en pacientes postrados en cama. Nunca olvidar examinar esta zona en todo paciente hospitalizado.

**Anasarca:** Edema generalizado visible en la cara, los flancos del abdomen y los miembros inferiores. Puede acompañarse con derrame pleural y/o pericárdico y ascitis.

### Signos de depleción del VEC

Principalmente se evidencia: signo del pliegue (+), sequedad de las mucosas, disminución de la sudoración, globos oculares blandos, taquicardia de reposo, hipotensión ortostática, oliguria y letargo o confusión.



# Adenopatías

Los linfonodos o ganglios linfáticos constituyen una forma de circulación auxiliar para los vasos sanguíneos. Es de suma importancia su inspección ya que representan una muestra para evaluar el estado de todo el aparato ganglionar.

En condiciones normales éstos no son palpables en el adulto aun cuando puede haber linfonodos inguinales de hasta 2 cm que son considerados normales, al igual que linfonodos blandos, planos, submandibulares, < 1cm en niños y adultos jóvenes sanos.

Hablamos de adenopatía cuando el linfonodo tiene un tamaño mayor a 1cm, y mayor a 2 cm en las adenopatías inguinales.

Si se palpa un linfonodo, existen una serie de características que el examinador debe describir y precisar para poder sugerir un diagnóstico:

1. Ubicación.
2. Morfología y delimitación de bordes.
3. Tamaño (>1cm y 2cm en inguinales).
4. Consistencia (blando, gomoso, duro, pétreo)
5. Sensibilidad o manifestaciones inflamatorias (dolor, color, rubor, calor).
6. Movilidad o adherencia a planos profundos.
7. Libre o asociado a un conglomerado de ganglios vecinos.

Características del examen físico que orientan a **Malignidad**:

Ubicación Supraclavicular.  
> 2cm.  
Crecimiento Rápido.  
Adherencia a planos profundos o No Móviles.  
Duros o "Pétreos".  
> de 2 cadenas afectadas.

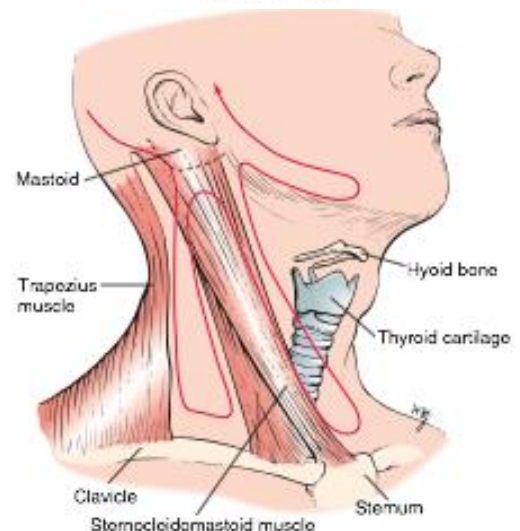
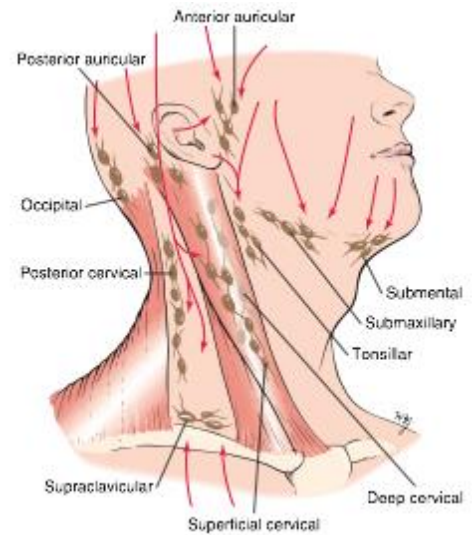
## ANAMNESIS:

Frente a adenopatía, se debe buscar dirigidamente:

Anamnesis próxima	Anamnesis remota
Odinofagia Tos Fiebre Sudoración Nocturna CEG y Baja de peso Dolor Disnea	Ocupación Exposición a mascotas Hábito Sexual Uso de drogas (Fenitoína) Consumo de Tabaco

## EXAMEN FÍSICO

Ganglios de la cabeza y cuello (Imágenes siguientes)



El examen físico se realiza con la cabeza ligeramente flexionada y acunada entre las manos del examinador, que debe palpar estando detrás del paciente, con las yemas de los dedos realizando movimientos circulares. Las regiones a evaluar son (en orden):

- ❖ Región **occipital**: Entre la protuberancia occipital externa y la apófisis mastoide. Reciben aferencia del cuero cabelludo (asociado a infecciones del cuero cabelludo, tiñas, picaduras de insectos).
- ❖ Región **auricular posterior**: Superficial a la apófisis mastoides. Reciben aferencia del pabellón auricular, el conducto auditivo externo y la región temporal del cuero cabelludo (asociado a rubéola, pediculosis).
- ❖ Cadena **cervical posterior**: En triángulo posterior. Reciben aferencias del cuero cabelludo, el cuello, los

ganglios axilares, miembros superiores y región pectoral.

- ❖ Cadena **cervical superficial**: A lo largo del ECM.
- ❖ Cadena **cervical profunda**: Debajo del ECM, siguiendo la vena yugular interna.
- ❖ Cadena **cervical anterior**: En triángulo anterior. Reciben aferencia de los dos tercios posteriores de la lengua, las amígdalas, el pabellón auricular, la parótida, laringe y tiroides.

Cadenas cervicales son asociadas a causas infecciosas regionales (Infecciones respiratorias altas, pediculosis), lesiones orales y dentales, Infecciones Sistémicas (Mononucleosis infecciosa y otras infecciones virales), Neoplasias (Metástasis de cabeza y cuello)

- ❖ Región **submaxilar**: Bajo el maxilar inferior. Reciben aferencia de la lengua, ganglios submentonianos, mucosa de los labios, mucosa yugal y las encías.
- ❖ Región **submentoniana**: Bajo la unión de los maxilares inferiores. Reciben aferencia del labio inferior, piso de la boca, punta de la lengua y piel de las mejillas.
- ❖ Región **preauricular**: Anterior al trago del pabellón auricular. Reciben aferencia de de la piel y las conjuntivas, piel de la región temporal, conducto auditivo externo y pabellón auricular (asociado a infección conjuntivo/palpebral, adenovirus, enfermedad por arañazo de gato, tracoma).

También se deben evaluar los ganglios **supraclaviculares**, que revisten gran importancia por su asociación a cánceres intratorácicos o intraabdominales (pacientes mayores de 40 años el 90% de las adenopatías supraclaviculares son de origen tumoral). El examinador debe estar de pie detrás del paciente, colocando sus dedos en las fosas supraclaviculares. Se debe solicitar al paciente que respire hondo para facilitar la palpación de adenopatías profundas durante la Inspiración (Imagen de abajo)



Estos ganglios reciben aferencias de la cabeza, el miembro superior, la pared torácica, las mamas, la cavidad torácica y abdominal. La cavidad abdominal solo drena hacia la región supraclavicular izquierda (a través del conducto torácico, también recibe aferencias de la pelvis). Debido a esta particularidad se denomina **Ganglio Centinela** (o ganglio de Virchow) a la adenopatía supraclavicular izquierda por el especial significado clínico que tiene (Neoplasias intra-abdominales y pélvicas, especial asociación con cáncer gástrico)

### Ganglios axilares

El paciente debe estar sentado de cara al examinador. Para palpar la axila derecha se sostiene el antebrazo derecho del paciente. Se comienza con las puntas de los dedos de la mano izquierda en la porción inferior de la axila (palpando contra la parrilla costal), se desplaza la mano izquierda hacia arriba dentro de la axila (Imágenes abajo). Reciben aferencia del miembro superior, la pared torácica y la mama (Si existe lesión cutánea evidente se puede asociar a celulitis, erisipela, linfangitis, enfermedad por arañazo de gato. Si NO hay lesión cutánea evidente podría ser debido a cáncer de mama, sífilis, brucelosis, linfoma).



### Ganglios epitrocleares

Flexionar el codo en 90°. Se busca en la fosa Cubital a unos 3 cm proximales al epicóndilo medial, en el surco presente entre el Bíceps y tríceps (imagen al costado). Reciben

aferencia de la mitad cubital del del brazo y mano. (En adenopatía bilaterales: microtraumatismos, sarcoidosis, sífilis secundaria. Unilateral: linfoma, enfermedad por arañazo de gato)



### Ganglios inguinales

Se realiza pasando los dedos a lo largo del ligamento inguinal, el que se encuentra entre la cresta ilíaca anterosuperior y la sínfisis púbica (Imagen al costado). Con frecuencia hay ganglios linfáticos pequeños (0,5 cm) y móviles no patológicos. Reciben aferencia del miembro inferior, pared abdominal anterior, pene, escroto, vulva, vagina, periné, región glútea y porción terminal del conducto anal (asociado a infecciones: de piel/enfermedad por arañazo de gato; melanoma, tumor sinovial, ITS: linfogranuloma venéreo/sífilis primaria/herpes genital/chancroide; neoplasias: linfomas/tumores primarios de recto y genitales/melanoma de EEII).



# Registro escrito de una historia clínica

## HISTORIA CLÍNICA

La escritura es la forma más común que tienen los equipos médicos y de salud en general, para informarse entre sí acerca del estado y evolución de los pacientes que tienen a su cuidado.

En términos generales, el primer encuentro médico-paciente incluye los momentos de **entrevista** (anamnesis próxima y remota) y de **examen físico**. En un proceso complejo, estas acciones posteriormente deberán ser registradas en un formato físico o digital, adecuándose a un contexto clínico y a un objetivo informativo, de trabajo. La lectura de este documento permitirá conocer, comprender, razonar, diagnosticar y ayudar a quien está consultando.

El registro escrito de esta información es lo que conocemos como “Historia Clínica”, concepto existente desde la época de Hipócrates y definida como la *relación escrita de la enfermedad ocurrida en un paciente, así como sus antecedentes y su evolución*. Este arte debe ser conocido, aprendido y dominado por cualquier estudiante de medicina y es complementario al dominio de los conocimientos biomédicos y a las habilidades de entrevistador y examinador.

## ESCRITURA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Son múltiples las veces durante la práctica clínica en que los médicos/as tendrán que escribir registros clínicos. Según el contexto, existen variados formatos que exigen a su vez distintos tipos y profundidad de información.

Por ejemplo, los “Ingresos” o “fichas de ingreso” a distintos servicios de atención primaria y secundaria, resumen la historia clínica del paciente indagando gran parte de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, aunque en general tiende a primar el enfoque biomédico. Se realizan al momento del primer encuentro de los usuarios con el equipo de salud. En cambio, el *Ingreso* al servicio de Urgencias es un formato que está casi exclusivamente orientado a los eventos agudos. Debe ser puntual y preciso para resumir los antecedentes actuales y remotos estrictamente necesarios que permitan una intervención rápida.

Así, existen también “Interconsultas”, “Epicrisis” (resumen de hospitalización luego del alta médica), “Evoluciones clínicas”, “Historia Clínica Orientada a Problemas (HCOP)”, entre otros tipos de escritos médicos. Estos y otros documentos, no exclusivamente médicos, van construyendo lo que llamamos Ficha Clínica que según el MINSAL corresponde al *instrumento obligatorio en el que se registra el conjunto de antecedentes relativos a las diferentes áreas relacionadas con la salud de las personas, que tiene como finalidad la integración de la información necesaria en*

*el proceso asistencial de cada paciente. La información contenida es considerada como dato sensible, y aquellos terceros que no están directamente relacionados con la atención de salud del paciente no tendrán acceso a la información contenida allí.*

## HISTORIAS CLÍNICAS EN CURSOS DE SEMIOLOGÍA

Históricamente los cursos de semiología han exigido a sus estudiantes que escriban historias clínicas basados en el formato de “Ingreso” de un servicio hospitalario, en general, en el del servicio de medicina interna. Esto se debe principalmente a que es un documento proveniente de la práctica clínica hospitalaria (donde los estudiantes realizan mayormente sus pasos prácticos), consta de anamnesis remotas completas y rigurosas, además de ser un registro intencionado hacia el razonamiento clínico e identificación de problemas con su respectiva solución (o tratamiento).

### Estructura de una “Historia Clínica” en cursos de Semiología. (Basado en Ingreso a servicio de Medicina Interna)

DATOS DEL PACIENTE
MOTIVO DE CONSULTA
ANAMNESIS PRÓXIMA
ANAMNESIS REMOTA
EXAMEN FÍSICO GENERAL Y SEGMENTARIO
SÍNTESIS DE PROBLEMAS (biopsicosocial)
HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS
JUSTIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

*\*Normalmente la última parte de un ingreso incluye los “Planes”. En esta parte se plantea una línea de acción basada en cada uno de los diagnósticos o problemas identificados en el paciente y su entorno.*

De todas estas secciones, **la anamnesis próxima es la más importante para orientar el diagnóstico y a su vez, la más difícil de construir**. Requiere un variado set de habilidades tanto al momento de entrevistar (atención, escucha activa, empatía) como al momento de escribirla (conocimiento del lenguaje semiológico, orden temporal de la información,



descripción completa de síntomas, filtros de información en base a criterios clínicos)

### ¿Cómo escribir una anamnesis próxima?

La **anamnesis** es la indagación, a través de preguntas y respuestas, tanto de la historia clínica actual como de los antecedentes del paciente. No se incluyen en esta sección los hechos objetivos que el/la profesional comprueba al examen físico.

Existen excepciones en que la entrevista no se realiza directamente al afectado si no a un acompañante o testigo, como en el caso de niñas y niños o pacientes comprometidos de conciencia.

La **anamnesis próxima** gira en torno a la historia aguda del paciente, que incluye el motivo por el cual consultó al servicio de salud (Motivo de Consulta) y otros síntomas que lo aquejen. Se construye en base al relato espontáneo sobre lo ocurrido como también en base a un interrogatorio dirigido buscando otros síntomas. Es la fase del encuentro con el paciente que tiene más relevancia a la hora de plantear hipótesis diagnósticas y la herramienta fundamental de todo médico/a para el ejercicio de su profesión.

A continuación, se ofrecerá una forma de enfrentar el escrito de una anamnesis próxima, comprendiendo al mismo tiempo su estructura.

### ESTRUCTURA DE ANAMNESIS PRÓXIMA

Todo texto, de cualquier origen, se conforma de una introducción, un desarrollo y un cierre. En el caso de una anamnesis próxima esto corresponde respectivamente

- INTRODUCCIÓN: **presentación del paciente**
- DESARROLLO: **desarrollo de la historia clínica** propiamente tal
- CIERRE: cierre del relato, en que la mayoría de las veces se refiere al **estado actual del paciente o de la atención**. *Ejemplo de estructura de anamnesis próxima (la historia está resumida)*

### A. Presentación del paciente (introducción)

En la introducción debemos presentar al sujeto quien protagoniza la historia. Se recomienda mencionar:

- **Género:** Distinguir de **Sexo** según corresponda.
- **Edad**
- **Antecedentes mórbidos relevantes:** Es normal que, en un comienzo, sin conocer los cuadros clínicos, Ud. no sea capaz de priorizar cuál de los antecedentes de la anamnesis remota debe rescatar para construir la presentación de la anamnesis próxima. Normalmente se mencionan antecedentes que son factores de riesgo para múltiples enfermedades o para la enfermedad actual, sobre todo si Ud. sospecha causalidad.
- **Estado basal:** estado de *autovalencia o dependencia* para realizar actividades de la vida diaria mencionando además si el paciente presenta o no *síntomatología previa* e independiente de la enfermedad actual.

*\*¿Cómo saber quién es la persona a la que nos referiremos? Normalmente esto ya está explícito en los Datos del paciente, (ítem previo a la anamnesis) y se elige omitir. Además, es común ocupar solo las iniciales del nombre para proteger la identidad del paciente.*

### B. Desarrollo de la historia

Este es el grueso de la historia clínica. Conlleva el conocimiento y el abordaje de variados conceptos que se detallan a continuación:

- **Motivo de Consulta**

Corresponde a la razón que lleva al paciente a consultar. La mayoría de las veces, las personas acuden al médico por síntomas que las asustan o superaron lo que consideran tolerable. Cuando hay dudas en la entrevista, es útil indagar por el síntoma o signo que hizo la diferencia entre acudir al servicio de salud o esperar en casa.

PRESENTACIÓN DEL PACIENTE	<u>Paciente de sexo masculino, de 73 años de edad, fumador activo, con antecedentes de diabetes mellitus y dislipidemia en tratamiento. Consulta en el extrasistema por dolor retroesternal opresivo, de comienzo brusco, de intensidad 10/10 en escala visual análoga, que se irradia a la región cervical y borde cubital de brazo izquierdo, siendo acompañado de visión borrosa y sudoración profusa. No presenta disnea, fiebre ni antecedentes de dolor similar anteriormente. Es derivado de urgencia ese mismo día miércoles 17 de abril al Hospital San Juan de Dios.</u>	MOTIVO DE CONSULTA
SÍNTOMA PRINCIPAL		SÍNTOMAS SECUNDARIOS
ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE		



Nos es cómodo a los médicos que el motivo de consulta corresponda a un síntoma. Sin embargo, existen consultas que no se tratan sobre enfermedades agudas si no que se centran en búsqueda de consejerías, controles de enfermedades crónicas, molestias que no corresponden a patologías o simplemente asuntos burocráticos. **El motivo de consulta lo determina exclusivamente el paciente** y puede o no corresponder a lo que Ud. le motivaría a consultar. Existen ciertos casos en que el paciente no declarará un motivo de consulta propio (“me trajeron” “no sé por qué vine”) en que el profesional deberá indagar más profundamente para seleccionar un concepto adecuado y funcional al quehacer médico.

En la Universidad de Chile hemos hecho hincapié en que, además el motivo de consulta debe consignarse al principio de una ficha clínica, tanto en palabras del paciente como en lenguaje médico, y, además, **debe desprenderse en la prosa de la anamnesis próxima para la correcta comprensión del caso clínico.**

#### - Síntoma principal

Con este concepto hacemos referencia a un concepto más estructural que clínico. Nos referimos al **síntoma en torno al cual escribiremos la anamnesis próxima** y que es equivalente a la **idea principal** de un texto al cual se asocian ideas secundarias (síntomas secundarios). De esta manera, seremos nosotros, los escribanos, los que determinaremos cuál será el síntoma principal de la historia clínica y no el paciente. Si bien se pueden encontrar otras definiciones en la literatura, la elección de un síntoma principal entendida de esta forma funciona como un método para redactar la anamnesis próxima de manera que quede estructurada y coherente. No se trata entonces necesariamente del síntoma más importante, ni el más grave, ni el que ocurre primero, el que se mantiene constante, o el que ocurre al final. Además, puede o no coincidir con el motivo de consulta.

#### - Síntomas “secundarios”

Si existe un síntoma principal, entonces existen síntomas secundarios, que equivalen a las ideas secundarias de un texto. Escribir la historia encadenando un conjunto de síntomas a otro que estructura la historia, es la mejor forma de comenzar a escribir anamnesis próximas que logren un significado global.

#### ¿Qué síntomas buscar?

Se recomienda siempre respetar lo planteado de forma espontánea por el paciente. Pero además se debe registrar al menos la presencia o no de astenia, adinamia, anorexia, baja de peso, fiebre, diaforesis y síntomas del sistema comprometido.

#### “Agotar” un síntoma

Corresponde a describir el rango total de características con valor diagnóstico de cada síntoma (Ej.: Para agotar “dolor” describimos localización, intensidad, etc.). Si se tratara de “vómitos” debemos registrar frecuencia, volumen estimado, aspecto, etc.). Es común la creencia de que solo el síntoma principal se debe agotar. Esto no es así. Todos los síntomas se agotan completamente. Es el juicio clínico, adquirido con el tiempo, el que permitirá reconocer ciertos contextos en que es preferible omitir ciertas características de algunos síntomas.

#### “Síntomas negativos”

La ausencia de ciertos síntomas en la historia clínica es tan valiosa como la presencia de otros. Si bien este término no existe en la literatura, con “síntomas negativos” nos referimos al hecho de registrar también la ausencia de estos síntomas. Esto implica que durante la entrevista no solo indagamos sobre lo que nos contó espontáneamente el paciente, sino que buscamos más síntomas. Se recomienda siempre buscar astenia, adinamia, anorexia, sensación febril, baja de peso, diaforesis y síntomas del sistema comprometido.

#### ¿Cómo describir un signo expresado por el paciente durante la entrevista?

En rigor, los signos deben ser observados y registrados en la sección destinada al examen físico y no en la anamnesis. Cuando los pacientes refieren haber presenciado signos (por ejemplo, cambios de coloración en la piel, presencia de sangre en orina o expectoración con características específicas) deberán describirse en la anamnesis próxima dejando un margen de incertidumbre en cuanto a su traducción directa al lenguaje semiológico.

Por ejemplo, muchos pacientes refieren haber notado su piel amarilla, lo que nos llevaría a pensar automáticamente en que han sufrido ictericia. Sin embargo, es común que se confunda el tono amarillo de la piel con la palidez. Para registrar esto se recomienda escribir, “el paciente refiere haber notado coloración amarilla de la piel (sugere de ictericia) ...” en vez de “el paciente tuvo ictericia” pues así no limitamos inmediatamente nuestras posibles hipótesis diagnósticas y podremos realizar un examen físico sin sesgos.

Existirán circunstancias en que esto se considerará una sobrecorrección, como cuando los pacientes refieran signos específicos muy difíciles de confundir con otros.

### **C. Cierre de la anamnesis próxima**

Si bien el contenido del cierre es bastante flexible, se recomienda mencionar el estado actual del paciente o de la atención (si se encuentra hospitalizado, si está esperando el alta, el resultado de algún examen, etc.). Recordar que la

historia clínica que se pide al entrevistar un paciente hospitalizado considera todos aquellos eventos ocurridos hasta el momento en que el paciente consultó. Todos aquellos síntomas, signos y exámenes complementarios que hayan aparecido durante la estadía en el hospital, se registran en otro formato y se alejan del objetivo docente que se busca al escribir un Ingreso.

### **Ejemplo de anamnesis próxima escrita por un estudiante**

*Mujer de 82 años, previamente autovalente y asintomática, con antecedentes de Hipertensión arterial (diagnosticada en 2013, en tratamiento y controles regulares).*

*Presenta cuadro de 7 días de evolución caracterizado por 5 episodios de dolor cólico en hipocondrio derecho, de intensidad 5 de 10 en Escala Verbal Simple, de inicio insidioso, de hasta 3 horas de duración, sin atenuantes, agravantes, irradiación ni migración, gatillados siempre post ingesta de comidas altas en contenido graso. Consulta ayer, lunes 20 de marzo, en servicio de urgencias por dolor de similares características, con una hora de evolución e intensidad 10 de 10 en escala verbal simple. Junto al inicio de este último episodio, refiere presentar sensación febril no cuantificada autolimitada y además prurito generalizado, sin lesiones en piel.*

*Niega presencia de anorexia, astenia, adinamia, diaforesis, baja de peso, náuseas, vómitos, ictericia, pirosis, disfagia, acolia, coluria, aumento de volumen abdominal, diarrea, hematemesis, melena, hematoquecia, y meteorismo.*

*Actualmente se encuentra internada en el servicio de cirugía del Hospital San Juan de Dios en espera de estudio.*

# ¿Cómo hacer un resumen oral de un caso clínico?

Los relatos orales ocupan estructuras similares a los de una historia clínica escrita, pero tienen objetivos más inmediatos por lo que no corresponden exactamente a una versión hablada de una ficha.

A continuación, se ofrece un esquema para estructurar un **resumen oral** de un caso clínico.

## 1. Identifique de QUIÉN estamos hablando

- Nombre
- Género (diferenciar de sexo si es necesario)
- Edad

## 2. MOTIVO DE CONSULTA

Consulta por “disnea” o “dolor epigástrico”, etc.

*Adelantar el motivo de consulta en el resumen oral, contextualiza más rápidamente a quien está recibiendo la información.*

## 3. ANTECEDENTES RELEVANTES

- Enfermedades crónicas relevantes (Ej. 1) Si consulta por dolor torácico de origen coronario: HTA, DM2, tabaquismo, AVE (Ej. 2) Si consulta por disnea de origen respiratorio: EPOC, tabaquismo, etc.
- Estado basal incluyendo síntomas basales y tiempo de evolución: (Ej. 1) “Previamente autovalente, con disnea grado II de base, de 3 años de evolución...”

*Procurar contar antecedentes previos que Ud. considere se deben saber antes de la historia aguda de enfermedad. Es importante que esta parte esté sintetizada. Podrá profundizar y especificar en detalles más cerca del final del relato.*

## 4. ANAMNESIS PRÓXIMA

- Diferentes formas de iniciar el relato  
(Ej. 1) “Consulta el día 24 de junio en CESFAM de Melipilla por cuadro caracterizado por epigastralgia...”  
(Ej. 2) “Consulta el día lunes 19 de junio en servicio de urgencia por cuadro de 7 días de evolución caracterizado por diarrea...”  
(Ej. 3) “Consulta en SAPU por dolor lumbar de 3 días de evolución...”

*Debe quedar clara la evolución del cuadro y de cada síntoma. No olvidar mencionar la presencia y/o ausencia de síntomas generales, síntomas del sistema comprometido y de cualquier otro que usted crea tenga relación con el cuadro. Mantener estructura de anamnesis próxima de ficha clínica (incluye cierre).*

- ANTECEDENTES BIOMÉDICOS de la anamnesis remota:** Debe ser filtrada en función a los problemas detectados por usted, que tengan que ver con la historia aguda biomédica. Recomendamos siempre mencionar:

- Antecedentes médicos
- Cirugías
- Uso de fármacos
- Alergias

- EXAMEN FÍSICO:** “del examen físico, destaco lo siguiente...”

- Signos vitales (SIEMPRE, aún normales)
- Hallazgos: “se objetiva ictericia de piel y mucosas” “impresiona facies cushingoide”
- Hallazgos negativos: “A pesar del dolor en hipocondrio derecho, el paciente no presentaba ictericia al examen físico”

*El orden entre los puntos 5 y 6 dependerá tanto del contexto clínico como el objetivo de la presentación. Es posible que en algunas condiciones se invierta el orden suerido.*

- ANTECEDENTES PSICOSOCIALES de anamnesis remota**

- Socioeconómicos: (SIEMPRE) i) Familiar y redes de apoyo / Habitacional / Laboral/ Económico
- Creencias, subjetividades y valoraciones del paciente (Ej. 1) Destaco falta de redes de apoyo que pudieran afectar el cuidado posterior del paciente (Ej. 2) Escasa conciencia de enfermedad (Ej. 3) Paciente está en proceso de divorcio y con algo de ánimo depresivo. (Ej. 3) No cree en la medicina occidental, por ende, no es adherente a las indicaciones de su médico del CESFAM. Va obligado por su hija.

- HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS:** incluye aspectos biológicos (en este caso es hipótesis diagnóstica sindromática), psicológicos y sociales, con su respectiva justificación.

- (Ej. 1) Síndrome ulceroso: “porque es un dolor epigástrico urente que...”
- (Ej. 2) Trastorno del ánimo: “ha estado con ánimo bajo y trastorno del sueño desde hace varias semanas...”
- (Ej. 3) Problemas económicos: “tiene deudas y está sufriendo descuentos en su trabajo durante la hospitalización...”

A continuación, se presenta un esquema a modo de organizar el relato.

No olvide:

- Presentar el caso de un paciente es difícil. Puede comenzar relatando oralmente sus historias clínicas escritas.
- Muchas veces orden, profundidad de la información y tiempo del relato dependerá del receptor, contexto y objetivos.



# Anexo 1: Glosario de términos semiológicos

## SÍNTOMAS Y SIGNOS GENERALES

- **Abducción:** separación de una parte del eje del cuerpo (opuesto a la aducción).
- **Acúfenos:** sensación auditiva anormal que, en general, es percibida solamente por el sujeto. Se denomina también tinnitus.
- **Acrocianosis:** cianosis acral, es decir, de las falanges distales.
- **Acropaquia:** engrosamiento de las falanges distales de los dedos de las manos y/o los pies. Corresponde al mismo fenómeno que el hipocratismo digital.
- **Aducción:** acercamiento de un miembro al plano medio del cuerpo (opuesto a la abducción).
- **Aftas:** lesiones ulceradas que afectan la mucosa del tracto digestivo. Suelen ser de forma ovalada, con fondo blanquecino y rodeadas por eritema.
- **Algorra:** desarrollo en la mucosa bucal de placas blanquecinas debido a la infección por el hongo *Candida albicans*.
- **Alopecia:** pérdida de cabello, difuso o localizado.
- **Analgesia:** es la ausencia de la sensibilidad al dolor; es equivalente a anodinia.
- **Anhidrosis:** falta de sudoración.
- **Anorexia:** falta de apetito.
- **Ampolla:** lesión solevantada, circunscrita, que contiene líquido claro, y es mayor a 1 cm de diámetro.
- **Adinamia:** es la sensación de falta de vigor para realizar esfuerzo (“falta de ganas”, “decaimiento”).
- **Astenia:** es la sensación de cansancio que existe o aparece sin que la persona haya hecho un esfuerzo que la justifique, lo que la diferencia del cansancio o fatiga normales.
- **Bruxismo:** hábito involuntario de apretar o rechinar los dientes sin propósitos funcionales.
- **Diaforesis:** sudoración profusa.
- **Celulitis:** inflamación del tejido celular subcutáneo de bordes no definidos.
- **Cianosis:** coloración azulviolácea de la piel y/o mucosas por aumento de la hemoglobina reducida en la sangre capilar.
- **Coiloniquia:** “Uñas en cuchara”. Aspecto cóncavo de la uña por adelgazamiento de la lámina y curvatura de bordes laterales curvados hacia arriba.
- **Costras:** lesiones secundarias producto de la desecación de un exudado o de sangre en la superficie de la piel.
- **Edema:** acumulación excesiva de líquido seroalbuminoso en el tejido celular, debida a diversas causas (ej.: aumento de la presión hidrostática, disminución de la presión oncótica o del drenaje linfático, aumento de la permeabilidad de las paredes de los capilares).
- **Eférides:** sinónimo de pecas.
- **Embolia:** Paso de un émbolo (sólido, líquido o gaseoso) a través de la circulación venosa u arterial, hacia un lugar, distinto del cual se origina, el cual es capaz de atascarse y obstruir su lumen
- **Enfermedad:** es una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, que en general se debe a una etiología específica, y que se manifiesta por síntomas y signos característicos, cuya evolución es más o menos previsible (p. ej., enfermedad reumática).
- **Epífora:** lagrimeo constante de un ojo.
- **Epistaxis:** hemorragia a través de las fosas nasales.
- **Equimosis:** lesión primaria sin solución de continuidad, caracterizada por extravasación sanguínea mayor a 3 mm de diámetro, no solevantada (moretón).
- **Erisipela:** Inflamación dermoepidérmica de bordes definidos o netos.
- **Eritema:** enrojecimiento de la piel, en forma de manchas o en forma difusa, que se debe a vasodilatación de pequeños vasos sanguíneos y que desaparece momentáneamente al ejercer presión.
- **Escama:** laminilla formada por células epidérmicas que se desprenden espontáneamente de la piel.
- **Escara:** placa de tejido necrosado que se presenta como una costra negra o pardusca y que alcanza hasta planos profundos de la dermis.
- **Esplenomegalia:** aumento patológico del tamaño del bazo.
- **Estenosis:** estrechez patológica de un conducto.
- **Estomatitis:** inflamación de la mucosa de la boca.
- **Exantema:** corresponde a la aparición relativamente simultánea de lesiones, como máculas, vesículas o pápulas, en forma difusa en la piel. En las mucosas se denomina enantema. Ej., varicela, sarampión.
- **Excoriaciones:** son erosiones lineales derivadas del rascado.
- **Fétor:** corresponde al aliento (aire espirado que sale de los pulmones); puede o no tener un olor característico (ej., fétor urémico, fétor hepático).
- **Flebitis:** inflamación de una vena.
- **Fotosensibilidad:** reacción cutánea anormal que resulta de la exposición al sol (ej., eritema persistente, edema, urticaria).



- **Gingivitis:** inflamación de las encías.
- **Gingivorragia:** sangrado de las encías.
- **Glositis:** inflamación de la lengua.
- **Habón:** lesión de bordes solevantados y netos, transitoria, habitualmente eritematosa y muy pruriginosa, tal como se ve en las urticarias (roncha).
- **Hematoma:** Colección de sangre extravasada generalmente palpable, pues genera desplazamiento del tejido en el que ocurre.
- **Hepatomegalia:** aumento patológico del tamaño del hígado.
- **Hiperplasia:** desarrollo exagerado de una parte de un órgano, producto del aumento del número de células que lo forman.
- **Hiperqueratosis:** engrosamiento de la capa córnea de la piel.
- **Hipertrofia:** desarrollo exagerado de una parte de un órgano, producto del aumento del tamaño de las células que lo forman.
- **Hipocratismo digital:** aumento de la consistencia y convexidad de las uñas lo que da un característico aspecto de vidrio de reloj. Se puede asociar a acropaquia, siendo parte del mismo fenómeno.
- **Ictericia:** coloración amarilla de las escleras, piel y mucosas, por acumulación de bilirrubina.
- **Inflamación:** estado mórbido caracterizado por *rubor* (hiperemia), *tumor* (aumento de volumen), *calor* (aumento de la temperatura local) y *dolor*; a estos signos se puede agregar *compromiso funcional*.
- **Isquemia:** bloqueo de la llegada de sangre arterial oxigenada a un tejido.
- **Leuconiquia:** Es la coloración blanca y opaca de la lámina ungueal. Puede ser desde un blanqueo de la uña completo, parcial hasta líneas o puntos blanquecinos
- **Leucoplaquia:** son lesiones blanquecinas, planas, ligeramente elevadas, de aspecto áspero, que aparecen en mucosas (de la boca, del glande, de la vagina) ; pueden ser precancerosas.
- **Linfadenopatía:** linfonodos alterados en número, tamaño o consistencia.
- **Lipotimia:** pérdida transitoria de conciencia precedido de síntomas inespecíficos, generalmente vasovagales, con recuperación espontánea (es equivalente al desmayo común.)
- **Liquenificación:** engrosamiento crónico de la piel por hiperplasia epidérmica, que se asocia habitualmente a prurito y rascado prolongado, en que se acentúa el cuadrículado cutáneo normal y hay cambios de coloración (hiper o hipocromía).
- **Livedo reticularis:** aspecto marmóreo, violáceo y reticulado de la piel secundario a hipoperfusión.
- **Lucidez:** corresponde al estado de conciencia de una persona normal que es capaz de mantener una conversación y dar respuestas atinentes a las preguntas simples que se le formulan.
- **Macrosomía fetal:** Peso fetal sobre el límite normal definido para la edad gestacional.
- **Mácula:** área plana y circunscrita de la piel, menor a 1 cm, con una pigmentación diferente a la normal.
- **Melanoplaquias:** zonas de hiperpigmentación que se ven en la mucosa bucal en algunas enfermedades endocrinológicas (ej.: insuficiencia suprarrenal primaria o enfermedad de Addison).
- **Mancha:** lesión plana y bien delimitada de la piel, mayor a 1 cm de diámetro, con una pigmentación diferente a la normal.
- **Nódulo:** lesión esférica y bien delimitada generalmente mayor a 2 cm de diámetro. En piel compromete la dermis y en ocasiones incluso el tejido celular subcutáneo.
- **Odinofagia:** deglución dolorosa.
- **Onfalitis:** inflamación del ombligo.
- **Otalgia:** dolor de oídos.
- **Pápula:** lesión solevantada y circunscrita de la piel, menor a 1cm de diámetro.
- **Petequias:** extravasaciones sanguíneas puntiformes menores a 3 mm de diámetro que no desaparece con la vitropresión.
- **Placa:** lesión levemente solevantada y bien delimitada de la piel, mayor a 1 cm de diámetro.
- **Polidipsia:** sed excesiva.
- **Polifagia:** aumento anormal del apetito.
- **Prurito:** sensación cutánea que provoca deseos de rascarse.
- **Pústula:** vesícula de contenido purulento.
- **Queilitis:** inflamación de los labios.
- **Queloides:** desviación de la cicatrización normal, caracterizada por crecimiento desmedido del tejido cicatricial.
- **Raynaud, fenómeno de:** crisis de palidez seguida de cianosis y luego rubicundez, que se presenta en los dedos de la mano, frecuentemente desencadenado por el frío.
- **Sialorrea:** salivación abundante.

- **Signo:** manifestación objetiva de una enfermedad que sólo puede ser constatada en el examen físico (p. ej., esplenomegalia, soplo de insuficiencia mitral).
- **Síndrome:** conjunto de síntomas y signos que pueden ser consecuencia de múltiples enfermedades.
- **Singulto:** hipo.
- **Síntoma:** manifestación de una alteración orgánica o funcional que sólo es capaz de apreciar el paciente (ej., el dolor).
- **Situs inversus:** anomalía en la que existe una inversión de las vísceras de modo que el corazón y el estómago se ubican en el lado derecho y el hígado, en el izquierdo.
- **Telangiectasia:** dilatación de pequeños vasos sanguíneos visibles a ojo desnudo.
- **Tonsilolito:** cálculo o concreción en una amígdala formado por sales cálcicas, adquiriendo macroscópicamente un aspecto blanquecino o amarillento.
- **Trombosis:** formación de un coágulo en el lumen de un vaso.
- **Úlcera:** solución de continuidad que compromete epidermis y parte de la dermis
- **Várices:** dilataciones permanentes de venas. Variz o várice en singular.
- **Vasculitis:** inflamación de vasos sanguíneos.
- **Vesícula:** lesión solevantada que contiene líquido claro, menor a 1 cm de diámetro.
- **Xantelasmas:** Placas solevantadas y amarillentas que se presentan sobre el ángulo interno de los párpados.
- **Xantoma:** tumores cutáneos nodulares y localizados constituidos por abundantes células espumosas cargadas de grasa situadas en la dermis.
- **Xerosis:** piel seca.
- **Xerostomía:** sequedad de la boca por falta de producción de saliva.
- **Broncorrea:** eliminación de gran cantidad de expectoración.
- **Bronquiectasias:** dilataciones irreversibles de los bronquios.
- **Cheyne-Stokes, patrón respiratorio de:** alteración del ritmo respiratorio en que se alternan períodos de apnea con otros en que la ventilación aumenta paulatinamente a un máximo para luego decrecer y terminar en otra apnea.
- **Coriza:** secreción nasal serosa, característica de las infecciones virales de la vía aérea alta.
- **Crepitaciones:** ruidos discontinuos, cortos, numerosos, de poca intensidad, que ocurren generalmente durante la inspiración y que son similares al ruido que se produce al frotar el pelo entre los dedos cerca de una oreja. Tienen relación con la apertura de pequeñas vías aéreas que estaban colapsadas durante la inspiración.
- **Damoiseau, curva de:** Imagen radiológica, que se caracteriza por ser una curva parabólica de convexidad superior que se forma en relación al límite superior de los derrames pleurales.
- **Disfonía:** alteración en la emisión de la voz, ya sea dificultad para producir sonidos al tratar de hablar, o un cambio en el tono o calidad de la voz.
- **Disnea:** sensación de falta de aire
- **Dolor pleurítico:** dolor punzante, localizado en la parrilla costal, que suele hacerse más intenso con la inspiración. Se origina en la pleura inflamada. Se le llama también *puntada de costado*.
- **Egofonía:** "voz de cabra"; es una variedad de broncofonía caracterizada por su semejanza con el balido de una cabra.
- **Empiema:** exudado purulento en la cavidad pleural.
- **Estertor traqueal:** ruido húmedo que se escucha a distancia en pacientes con secreciones en la vía respiratoria alta.
- **Estertores:** Ruidos de predominio inspiratorio discontinuos, de carácter húmedo, que habitualmente se modifican con la tos, provenientes de la vía aérea.
- **Estridor o cornaje:** es un ruido de alta frecuencia que se debe a una obstrucción de la vía aérea superior, a nivel de la laringe o la tráquea, y que se escucha desde la distancia.
- **Expectoración:** secreciones provenientes del árbol traqueobronquial.
- **Expectoración hemoptoica:** esputo sanguinolento.
- **Frotes pleurales:** son ruidos discontinuos, que se producen por el frote de las superficies pleurales inflamadas, cubiertas de exudado. El sonido sería parecido al roce de dos cueros.

## SÍNTOMAS Y SIGNOS RESPIRATORIOS

- **Afonía:** pérdida o disminución de la voz.
- **Apnea:** detención del flujo aéreo respiratorio por falta de estímulo central u obstrucción de la vía aérea alta.
- **Bradipnea:** frecuencia respiratoria menor a la normal.
- **Broncofonía:** aumento de la claridad de la voz ante la auscultación de la superficie torácica, como si se estuviera auscultando sobre la tráquea o grandes bronquios. Se presenta en condensaciones pulmonares con bronquios grandes permeables.

- **Hemoptisis:** expectoración de sangre roja, exteriorizada por accesos de tos.
- **Kussmaul, patrón respiratorio de:** alteración del patrón respiratorio caracterizada por una frecuencia y amplitud aumentadas. Se describió originalmente con el término “hambre de aire”. Es característica de estados de acidosis metabólica.
- **Murmullo pulmonar:** es un ruido de baja frecuencia e intensidad y corresponde al sonido que logra llegar a la pared torácica, generado en los bronquios mayores, después del filtro que ejerce el pulmón. Se ausculta durante toda la inspiración y la primera mitad de la espiración.
- **Neumotórax:** acumulación de gas o aire en la cavidad pleural.
- **Odinofagia:** dolor al tragar
- **Pectoriloquia áfona:** resonancia de la voz a nivel de la superficie del tórax en que es posible distinguir palabras susurradas.
- **Polipnea:** respiración rápida y profunda, sinónimo de hiperpnea.
- **Respiración paradójica:** es un tipo de respiración que se ve en cuadros de insuficiencia respiratoria en que el abdomen se deprime en cada inspiración debido a que el diafragma no se está contrayendo.
- **Respiración superficial:** respiración de amplitud o profundidad disminuida, sinónimo de hipopnea.
- **Rinitis:** inflamación de la mucosa de las fosas nasales.
- **Rinorrea:** secreción nasal
- **Roncus:** ruidos continuos, de baja frecuencia, como ronquidos. Se producen cuando existe obstrucción de las vías aéreas.
- **Sibilancias:** ruidos continuos, de alta frecuencia, como silbidos, generalmente múltiples. Se producen cuando existe obstrucción de las vías aéreas. Son frecuentes de escuchar en pacientes asmáticos descompensados.
- **Soplo tubario o respiración soplante:** auscultación de los ruidos traqueobronquiales en la superficie del tórax debido a condensación pulmonar con bronquios permeables.
- **Taquipnea:** frecuencia respiratoria mayor a la normal.
- **Tiraje:** retracción de la musculatura de la pared torácica, asociado a un aumento del esfuerzo inspiratorio.
- **Trepopnea:** disnea que aparece en decúbito lateral.
- **Vómica:** Expectoración de una gran cantidad de líquido por la boca con contenido similar a los hollejos de uvas. Es proveniente del aparato respiratorio.

## SÍNTOMAS Y SIGNOS CARDIOVASCULARES

- **Aneurisma:** dilatación de una arteria o parte de ella, con compromiso de las 3 tunicas.
- **Angina o ángor:** dolor retroesternal opresivo que en la gran mayoría de los casos es debido a isquemia miocárdica.
- **Claudicación intermitente:** condición que se manifiesta con dolor o pesadez en una extremidad en relación a un esfuerzo determinado y que se alivia con el reposo. Habitualmente refleja una insuficiencia arterial crónica.
- **Dextrocardia:** alteración anatómica en la que el corazón se ubica en el tórax hacia la derecha.
- **Disnea paroxística nocturna:** brusca crisis de disnea que despierta al enfermo, obligándolo a incorporarse, abandonar su cama o a abrir ventanas. Se puede acompañar de tos y sibilancias, por lo que antiguamente se denominaba también *asma cardíaca*.
- **Edema:** acumulación excesiva de líquido seroalbuminoso en el tejido celular
- **Frémito:** vibración que es perceptible con la palpación (ej.: por soplos, frotos pericárdicos o pleurales).
- **Ortopnea:** disnea intensa que se manifiesta al adoptar posición decúbito, lo que lleva al paciente a adquirir otras posturas (sentado o semisentado) para disminuir síntoma.
- **Nicturia:** emisión de orina más abundante o frecuente por la noche que durante el día. Algunos textos clásicos diferencian entre *nocturia* (despertar dos o más veces para orinar durante el sueño nocturno) y *nicturia* (volumen urinario nocturno mayor al diurno).
- **Palpitaciones:** percepción del latido cardíaco.
- **Pulso paradójico:** puede referirse (1) al pulso venoso, en cuyo caso se aprecia una mayor ingurgitación de la vena yugular externa con la inspiración, o (2) al pulso arterial, cuando durante la inspiración, el pulso periférico se palpa más débil (con el esfigmomanómetro se registra que la presión sistólica baja más de 10 mm de Hg durante la inspiración, o más de un 10%).
- **Síncope:** Pérdida brusca de la conciencia por flujo sanguíneo cerebral insuficiente, con recuperación completa y rápida.

## SÍNTOMAS Y SIGNOS DIGESTIVOS

- **Acolia:** heces de color blanco por ausencia del contenido de pigmento biliar.
- **Ascitis:** acumulación anormal de líquido libre en la cavidad peritoneal. Se llama *hemoperitoneo* si se acumula sangre; *biliperitoneo* si corresponde a bilis y *ascitis quilosa* si se acumula linfa.

- **Asterixis:** temblor producido por la imposibilidad de mantener prolongadamente la mano en extensión forzada y se produce una oscilación irregular. También se conoce como *flapping tremor*.
- **Bazuqueo:** ruido producido por la agitación del estómago cuando está lleno de líquido.
- **Borborismo:** ruido intestinal producido por la mezcla de gases y líquidos.
- **Colecistitis:** inflamación de la vesícula biliar.
- **Constipación** (*estitiquéz, estreñimiento*): retardo en la evacuación de las heces, las que aparecen aumentadas de consistencia.
- **Diarrea:** deposiciones de consistencia disminuida asociada a mayor frecuencia de evacuaciones, habitualmente a un mayor volumen.
- **Disentería:** deposición diarreica acompañada de sangre, mucosidades y pus; se asocia a inflamación importante del colon y el recto.
- **Disfagia:** dificultad para deglutir. Puede sentirse como un problema a nivel alto, en la orofaringe, o a nivel retroesternal, al no descender el bolo alimenticio.
- **Dispepsia:** conjunto de síntomas digestivos altos inespecíficos que guardan relación con la ingesta de alimentos. Incluye a los conceptos de sensación de boca amarga, distensión abdominal, meteorismo, eructación, flatulencia anal, saciedad precoz, plenitud epigástrica, acidez y pirosis.
- **Esteatorrea:** deposiciones con exceso de grasa o aceites; habitualmente son de aspecto brillante y dejan en el agua del escusado gotas de grasa.
- **Eventración:** protrusión de peritoneo parietal, con o sin vísceras, a través de zonas débiles de la musculatura abdominal a causa de una cicatriz quirúrgica o traumática, pero que quedan contenidas por la piel.
- **Evisceración:** protrusión de asas intestinales sin saco de peritoneo parietal a través de una dehiscencia de la sutura quirúrgica o de una herida traumática. Puede estar cubierta de piel o no.
- **Hematemesis:** vómito de sangre.
- **Hematoquecia:** eliminación de deposiciones sanguinolentas.
- **Hernia:** Debilidad u orificio anormal en la capa aponeurótica de la pared abdominal, que forma un anillo, a través del cual existe una protrusión del peritoneo parietal, el cual puede estar acompañado de contenido intraabdominal.
- **Hipocolia:** heces de color amarillo (ocre) por disminución del contenido de pigmento biliar.
- **Ictericia:** coloración amarilla de las escleras, piel y mucosas, por acumulación de bilirrubina en plasma.
- **Íleo:** parálisis de asas intestinales.
- **Lientería:** deposiciones con alimentos no digeridos, como arroz, carne, trozos de tallarines.
- **Melena:** deposición negra “como el alquitrán”, de consistencia pastosa y olor más fuerte o penetrante que lo habitual-
- **Meteorismo:** distensión del abdomen por gases contenidos en el tubo digestivo.
- **Náuseas:** deseos de vomitar.
- **Neumoperitoneo:** aire o gas en la cavidad peritoneal.
- **Peritonitis:** inflamación del peritoneo.
- **Pirosis:** sensación de ardor o acidez en el epigastrio que irradia a la región retroesternal.
- **Pujo rectal:** contracciones voluntarias o involuntarias a nivel abdominal bajo en relación a irritación rectal.
- **Rectorragia:** sangre fresca, generalmente rojo brillante, originado en el recto.
- **Regurgitación:** retorno espontáneo de contenido gástrico hacia la boca o faringe, que no es precedido ni está acompañado de náuseas.
- **Tenesmo rectal:** deseo de seguir evacuando, aunque ya se haya eliminado todo el contenido.
- **Vómito:** expulsión violenta por la boca de contenido gástrico. Si no está precedido de náuseas, suele denominarse *vómito explosivo*.

## SÍNTOMAS Y SIGNOS NEFROUROLÓGICOS

- **Anuria:** excreción de menos de 100 ml de orina en 24 horas. Por costumbre, suele reservarse el concepto *anuria* para la ausencia total de orina, mientras que un volumen menor a 100 ml se suele denominar *oligoanuria*.
- **Balanitis:** inflamación del glande.
- **Balanopostitis:** inflamación del glande y del prepucio.
- **Coluria:** orina de color café oscuro, debido a la presencia de bilirrubina conjugada; cuando la orina se agita, la espuma que se forma es amarilla (esto la diferencia de otros tipos de orina cuya espuma es blanca).
- **Disuria:** término genérico que implica malestar en la micción, aunque suele reservarse este término para denominar el dolor o ardor uretral durante la micción.
- **Enuresis:** micción nocturna e involuntaria después de los 3 años de edad.
- **Fecaluria:** Presencia de heces en la orina

- **Fimosis:** estrechez prepucial que no permite descubrir el glande.
- **Hematuria:** orina con sangre.
- **Hidronefrosis:** dilatación de la pelvis y cálices renales por obstrucción del uréter.
- **Hipospadia:** condición en la que el meato uretral desemboca en una posición ventral del pene.
- **Incontinencia urinaria:** Pérdida de orina de forma involuntaria. Habitualmente experimentada al aumentar la presión intraabdominal (estornudar, toser, reír, etc) o bien, solo como una necesidad imperiosa e inaguantable de orinar sin que la vejiga esté llena.
- **Neumaturia:** Expulsión de gas en la orina
- **Oliguria:** diuresis de entre 100 y 500 ml en 24 horas.
- **Orquitis:** inflamación aguda y dolorosa de un testículo.
- **Parafimosis:** condición en la que el prepucio es estrecho y después de deslizarse hacia atrás para dejar el glande descubierto, lo comprime dado que no puede deslizarse nuevamente hacia adelante.
- **Polaquiuria:** micciones repetidas con volúmenes urinarios pequeños.
- **Poliuria:** diuresis mayor a 3000 ml de orina en 24 horas.
- **Proteinuria:** presencia de proteínas en la orina, puede ser visible como espuma en la orina.
- **Pujo vesical:** contracciones voluntarias o involuntarias a nivel abdominal bajo en relación a irritación vesical.
- **Tenesmo vesical:** deseo de seguir evacuando orina, aunque ya se haya eliminado todo el contenido.
- **Uretrorragia:** salida de sangre por la uretra, independiente de la micción.
- **Varicocele:** dilataciones varicosas de las venas del cordón espermático; es más frecuente de encontrar en el lado izquierdo.
- **Alodinia:** es la producción de una sensación displacentera y en ocasiones dolorosa por un estímulo que no debiera serlo, como rozar con un algodón. Se puede denominar también *disestesia*.
- **Amaurosis:** ceguera, especialmente la que ocurre sin lesión aparente del ojo, por enfermedad de la retina, nervio óptico o corteza visual.
- **Anisocoria:** diferencia entre tamaño de ambas pupilas mayor a 3 mm.
- **Argyll Robertson, pupila de:** pérdida del reflejo fotomotor, pero no del de acomodación. Se encuentra en sífilis del sistema nervioso central (neurosífilis).
- **Ataxia:** alteración en la coordinación de los movimientos.
- **Atetosis:** trastorno caracterizado por movimientos continuos, involuntarios, lentos y extravagantes, principalmente de manos y dedos, frecuentemente de tipo reptante, que se observan por lo común en lesiones del cuerpo estriado.
- **Babinski, signo de:** corresponde a una extensión dorsal del primer orjejo, que puede asociarse a una separación en abanico de los demás dedos del pie, cuando se estimula el borde externo de la planta desde abajo hacia arriba.
- **Bradipsiquia:** lentitud para comprender instrucciones y expresarse.
- **Cefalea:** dolor de cabeza.
- **Claude Bernard Horner, síndrome de:** ptosis palpebral, miosis, anhidrosis y enoftalmos por compromiso de ganglios simpáticos cervicales y torácicos altos (lo que más frecuentemente se presenta es la ptosis y la miosis).
- **Clonus o clono:** contracciones rítmicas e involuntarias que ocurren en estados de hiperreflexia por daño de la vía piramidal, cuando se mantiene traccionado el grupo muscular afectado (ej., *clonus aquiliano*).
- **Coma:** estado de pérdida completa de la conciencia, de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad, conservándose sólo las funciones vegetativas (respiración y circulación). El paciente no responde ante ningún estímulo externo.
- **Confusión:** alteración psiquiátrica, generalmente de tipo agudo, asociada a cuadros infecciosos, tóxicos o metabólicos, en el que el paciente no es capaz de enjuiciar en forma correcta su situación y presenta desorientación en el tiempo y en el espacio, no reconoce a las personas y objetos familiares, no se concentra y falla su memoria. Se denomina también *delirium*.
- **Corea:** movimientos bruscos, breves, rápidos, irregulares y desordenados, que afectan uno o varios segmentos del cuerpo, sin ritmo ni propagación determinada, que habitualmente se localizan en la cara, lengua y parte distal de las extremidades.

## SÍNTOMAS Y SIGNOS NEUROLÓGICOS

- **Adiadococinesia:** falta de coordinación al efectuar movimientos repetitivos y rápidos (ej.: tocarse el muslo con una mano con la palma hacia abajo y luego con la palma hacia arriba en forma alternada, o mover las manos como "atornillando" una ampolleta).
- **Afasia:** defecto para comprender o emitir lenguaje, que se expresa como la dificultad para elaborar un discurso atingente. El paciente se ve impedido de comprender preguntas o texto escrito (*afasia sensorial*) o de expresarse en forma verbal o escrita (*afasia motora*).



- **Diplopía:** visión doble de los objetos, habitualmente por falta de alineación de los ejes de los globos oculares. Generalmente es binocular.
- **Disartria:** es un trastorno de la articulación del habla. Se mantiene intacta la capacidad elaborar el discurso, de escribir y de comprender instrucciones auditivas o escritas.
- **Discoria:** pupilas de forma alterada, no redonda.
- **Dismetría:** alteración de la coordinación de los movimientos, que se ve en lesiones del cerebelo, que se caracteriza por una apreciación incorrecta de la distancia en los movimientos (se efectúan oscilaciones y ajustes en la trayectoria pudiendo al final chocar con el objetivo o pasar de largo).
- **Disquinesias:** movimientos repetitivos, bizarros, algo rítmicos, que frecuentemente afectan la cara, boca, mandíbula, lengua, produciendo gestos, movimientos de labios, protrusión de la lengua, apertura y cierre de ojos, desviaciones de la mandíbula. Las más frecuentes son las *discinesias orofaciales* que también se llaman *discinesias tardías*.
- **Distonías:** son contracciones musculares que pueden ser permanentes o desencadenarse al efectuar determinados movimientos (ej.: tortícolis espasmódica, calambre del escribiente, distonías de torsión, etc.)
- **Escotoma:** es una pérdida de la visión en un área discreta del campo visual.
- **Estereognosia:** es la capacidad para identificar un objeto por el tacto, teniendo los ojos cerrados (ej.: un lápiz, una llave, y hasta el lado de una moneda, como "cara" o "sello"). Cuando esta habilidad se pierde se habla de *astereognosia*.
- **Fasciculaciones:** movimientos irregulares y finos de pequeños grupos de fibras musculares secundarios a fenómenos de denervación.
- **Fonofobia:** Molestia o intolerancia anormal a los sonidos
- **Fotofobia:** molestia o intolerancia anormal a la luz.
- **Hemianopsia:** ceguera de la mitad del campo visual de uno o ambos ojos.
- **Hemiparesia o hemiplejía:** debilidad o parálisis de ambas extremidades de un lado del cuerpo, respectivamente.
- **Hiperalgnesia:** es un aumento de la sensibilidad al dolor; es equivalente a una *hiperestesia* dolorosa.
- **Hipoalgnesia:** es una disminución de la sensibilidad al dolor; es equivalente a una *hipoestesia* dolorosa.
- **Isocoria:** Pupilas de igual tamaño al compararlas entre sí.
- **Lucidez:** corresponde al estado de conciencia de una persona normal que es capaz de mantener una conversación y dar respuestas atinentes a las preguntas simples que se le formulan.
- **Midriasis:** dilatación pupilar.
- **Miosis:** contracción pupilar.
- **Monoparesia o monoplejía:** debilidad o parálisis de una extremidad, respectivamente.
- **Nistagmo:** sacudidas repetidas e involuntarias de los ojos, con una fase lenta en una dirección y otra rápida, en la dirección opuesta.
- **Parafasia:** defecto afásico en el que sustituye una palabra por otra (ej., "Yo escribo con una puma.").
- **Paraparesia o paraplejía:** debilidad o parálisis de ambas extremidades inferiores, respectivamente.
- **Paresia:** disminución de fuerza de un grupo muscular.
- **Parestesias:** sensación de "hormigueo" o "adormecimiento".
- **Plejía:** falta completa de fuerzas; es un sinónimo de *parálisis*.
- **Ptosis palpebral:** corresponde a un descenso del párpado superior.
- **Sopor:** el paciente impresiona estar durmiendo. Puede clasificarse en *sopor superficial* (despierta ante un estímulo, pero actúa confundido y se duerme rápidamente al dejar de estimular) y *profundo* (despierta y reacciona sólo ante estímulos dolorosos).
- **Tetraparesia o tetraplejía:** debilidad o parálisis de las cuatro extremidades, respectivamente. Se puede nombrar también *cuadriparesia* o *cuadriplejía*.

## SÍNTOMAS Y SIGNOS ENDOCRINOLÓGICOS

- **Bocio:** aumento de volumen de la glándula tiroides.
- **Graefe, signo de:** condición que se observa en algunos hipertiroidismos en los que al mirar el paciente el dedo del examinador mientras lo desplaza de arriba hacia abajo, la esclera del ojo queda al descubierto por sobre el borde superior del iris.
- **Hipertrichosis:** Aumento del vello corporal en zonas no androgénicas
- **Hirsutismo:** aumento exagerado del pelo corporal de la mujer en áreas asociadas a madurez sexual masculina.
- **Polidipsia:** sed excesiva.
- **Polifagia:** aumento anormal del apetito.

## SÍNTOMAS Y SIGNOS PSIQUIÁTRICOS

- **Agorafobia:** sensación de angustia al estar en lugares en que podría ser difícil o muy vergonzoso escapar, en los que sería difícil recibir ayuda en el caso que se presentaran síntomas súbitos.
- **Alucinación:** error sensorial en el cual el sujeto percibe sin que exista un objeto o estímulo real.
- **Bulimia:** hambre excesiva. Se usa más frecuentemente como parte de la expresión *bulimia nerviosa*, trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por atracones de comida seguidos de culpa al respecto y conductas purgativas.
- **Compulsión:** comportamiento o acto mental repetitivo que la persona se siente impulsada a ejecutar, incluso contra su juicio o voluntad, como una forma de paliar la angustia o de prevenir alguna eventualidad futura.
- **Confabulación:** condición en la que el paciente inventa hechos para compensar defectos de memoria, y de los cuales posteriormente no suele acordarse.
- **Delirio:** expresión de ideas incoherentes, ilusiones y alucinaciones, sin que el paciente logre advertir su error.
- **Fobia:** temor enfermizo, obsesionante y angustioso, que sobreviene en algunas personas. Por ejemplo: *claustrofobia* (temor a permanecer en espacios cerrados).
- **Ilusión:** es una interpretación errónea de un estímulo sensorial, ya sea éste visual, auditivo o táctil.
- **Neologismo:** palabra inventada o distorsionada, o palabras a las que se le da un nuevo significado.
- **Obnubilación:** estado en el cual el paciente se encuentra desorientado en el tiempo (no sabe la fecha) o en el espacio (no reconoce el lugar donde se encuentra); está indiferente al medio ambiente (reacciona escasamente frente a ruidos intensos o situaciones inesperadas y está indiferente a su enfermedad). Es capaz de responder preguntas simples.
- **Obsesión:** idea, afecto, imagen o deseo que aparece en forma reiterada y persistente y que la persona no puede alejar voluntariamente de su conciencia.
- **Psicosis:** desorganización profunda del juicio crítico y de la relación con la realidad, asociado a trastornos de la personalidad, del pensamiento, ideas delirantes y frecuentemente alucinaciones (ej.: la persona siente voces que le ordenan efectuar determinadas misiones). Es posible que a partir de una conducta errática o inapropiada se pueda detectar una psicosis de base.

## SÍNTOMAS Y SIGNOS GINECOOBSTÉTRICOS

- **Amenorrea:** ausencia de sangrado menstruación durante un período mayor o igual al equivalente a tres períodos menstruales.

- **Dismenorrea:** menstruación dolorosa.
- **Dispareunia:** coito doloroso.
- **Galactorrea:** secreción láctea fuera del período postparto.
- **Ginecomastia:** aumento de volumen en una o ambas glándulas mamarias en el hombre. Puede ser transitorio en la adolescencia.
- **Hipermenorrea:** menstruación abundante en cantidad, pero que se presenta en intervalos normales.
- **Hipomenorrea:** menstruación escasa en cantidad, pero que se presenta en intervalos normales.
- **Leucorrea:** descarga vaginal blanquecina.
- **Mastalgia:** corresponde a un dolor en las mamas.
- **Menarquia:** primera menstruación en la vida de la una mujer.
- **Menopausia:** Fecha de la última menstruación espontánea en la vida de una mujer. Como diagnóstico es retrospectivo, después de 12 meses sin menstruación.
- **Menorragia:** menstruación muy abundante y duradera.
- **Metrorragia:** hemorragia genital en la mujer que es independiente del ciclo sexual ovárico.
- **Oligomenorrea:** menstruaciones que aparecen cada 36 a 90 días.
- **Polimenorrea:** menstruaciones que aparecen con intervalos menores de 21 días.
- **Pujo:** contracciones voluntarias o involuntarias a nivel abdominal bajo en el período expulsivo del parto.
- **Sinusorragia:** Sangrado vaginal postcoital. Suele asociarse a Cáncer cérvico uterino.
- **Telarquia:** aparición del botón mamario.

## SÍNTOMAS Y SIGNOS OFTAMOLÓGICOS

- **Afaquia:** ausencia de cristalino.
- **Amaurosis:** ceguera.
- **Ambliopía:** visión reducida, sin lesión aparente del ojo.
- **Ametropía:** condición en la que el ojo presenta un vicio de refracción.
- **Astigmatismo:** defecto de la curvatura de los medios refringentes del ojo que impide la convergencia en un solo foco de los rayos luminosos de diferentes meridianos. Impide el enfoque de los objetos cercanos y lejanos.
- **Blefaritis:** inflamación aguda o crónica de los párpados.
- **Catarata:** opacidad del cristalino.
- **Chalazion:** inflamación crónica de la glándula tarsal (glándula de Meibomio), con obstrucción del conducto

glandular. Se ve como un bulto indoloro que crece lentamente en el párpado.

- **Conjuntivitis:** inflamación de las conjuntivas.
- **Endotropía:** Estrabismo convergente; el ojo desviado mira hacia el lado nasal, mientras el otro ojo está enfocando hacia delante.
- **Estrabismo:** falta de alineación de los ejes visuales de los ojos, de modo que no pueden dirigirse simultáneamente a un mismo punto.
- **Exoftalmos:** protrusión del globo ocular.
- **Exotropía:** estrabismo divergente; el ojo desviado mira hacia el lado temporal, mientras el otro ojo está enfocando hacia adelante.
- **Glaucoma:** condición en la que presión del ojo está elevada. Puede llevar a la atrofia de la papila óptica y, por consiguiente, a la ceguera.
- **Hifema:** sangre en la cámara anterior.
- **Hipermetropía:** dificultad para ver con claridad los objetos situados cerca de los ojos. Los rayos luminosos procedentes de objetos situados a distancia forman el foco más allá de la retina.
- **Hipopión:** presencia de pus en la cámara anterior.
- **Lagofalmo:** imposibilidad para cerrar completamente los párpados.
- **Miopía:** cortedad de la vista; defecto visual debido a la mayor refracción del ojo, en el que los rayos luminosos procedentes de objetos situados a distancia forman el foco antes de llegar a la retina.
- **Orzuelo:** inflamación del folículo de una pestaña, habitualmente por infección estafilocócica. Se forma un pequeño forúnculo en el borde del párpado.
- **Quemosis:** edema de la conjuntiva ocular.
- **Queratitis:** inflamación de la córnea.
- **Queratoconjuntivitis:** inflamación de la córnea y la conjuntiva. En la *queratoconjuntivitis sicca* existe falta de lágrimas, por lo cual el ojo se irrita.

- **Pingüécula:** protuberancia pequeña amarillenta en la conjuntiva, cerca de la córnea.
- **Presbicia:** hipermetropía adquirida con la edad; de cerca se ve mal y de lejos, mejor. Se debe a una disminución del poder de acomodación por debilidad del músculo ciliar y menor elasticidad del cristalino.
- **Pterigión:** engrosamiento de la conjuntiva de forma triangular con la base dirigida hacia el ángulo interno del ojo y el vértice hacia la córnea, a la cual puede invadir y dificultar la visión.
- **Xeroftalmía:** condición en la que existe falta de lágrimas y el ojo se irrita.

## SÍNTOMAS Y SIGNOS MUSCULOESQUELÉTICOS

- **Artralgia:** dolor articular.
- **Artritis:** Inflamación de una articulación.
- **Artrosis:** Alteración degenerativa del cartílago articular y de la región subcondral que suele manifestarse por dolor y disfunción articulares.
- **Condritis:** inflamación del cartílago.
- **Hemartrosis:** acumulación de sangre extravasada en la cavidad de una articulación.
- **Hipercifosis:** curvatura anormal hacia adelante de la columna vertebral dorsal; el paciente se tiende a gibar.
- **Hiperlordosis:** Curvatura anormal hacia atrás de la columna vertebral lumbar.
- **Miopatía:** enfermedad del músculo esquelético.
- **Tofos:** nódulos por depósito de cristales de ácido úrico en la dermis y tejido subcutáneo que puede ocurrir en pacientes con gota.
- **Valgo:** dirigido hacia fuera (ej. *genu valgo*).
- **Varo:** dirigido hacia dentro (ej. *genu varo*).

# Anexo 2: Dolores clásicos en la práctica clínica

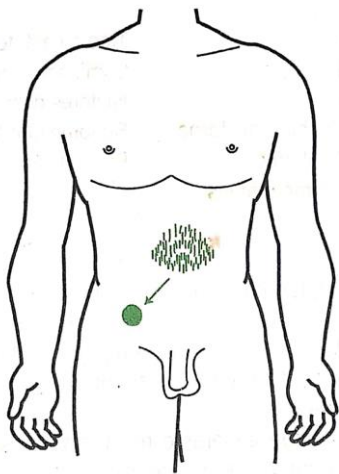
## DOLORES CLÁSICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Existen patologías que provocan dolor y que la mayoría de los pacientes las describe de una manera similar. Es decir, existen “dolores clásicos” en la práctica clínica que, de estar presentes, orientan con fuerza a diagnósticos específicos. Si bien estas formas de presentación son orientadoras, recuerde que cada paciente vive y expresa de forma única sus síntomas, por lo que las presentaciones atípicas de cuadros comunes también son frecuentes de encontrar en la medicina. A continuación, se mencionan características típicas del dolor de cuadros prevalentes:

### 1. Apendicitis aguda:

- **Inicio:** Generalmente insidioso
- **Localización:** Región periumbilical o epigástrico, mal localizado.
- **Carácter:** Variable
- **Intensidad:** Inicialmente leve. Puede progresar hasta la máxima intensidad en horas o días.
- **Gatillante:** Variable
- **Evolución:** Agudo, continuo. Progresivo en intensidad. Migra a fosa ilíaca derecha después de horas/días
- **Irradiación:** Variable
- **Migración:** A fosa ilíaca derecha
- **Atenuante:** Reposo
- **Agravante:** Ejercicio, Valsalva.
- **Síntomas acompañantes:** Diaforesis, náuseas, vómitos, sensación febril, anorexia, taquicardia.
- **Actitud del paciente:** Variable
- **Otros:** Más común entre 1º y 3º década de la vida. La presencia de diarrea lo hace menos probable.

Figura 1-7. Migración del dolor en la apendicitis aguda.



### 2. Dolor Psicógeno:

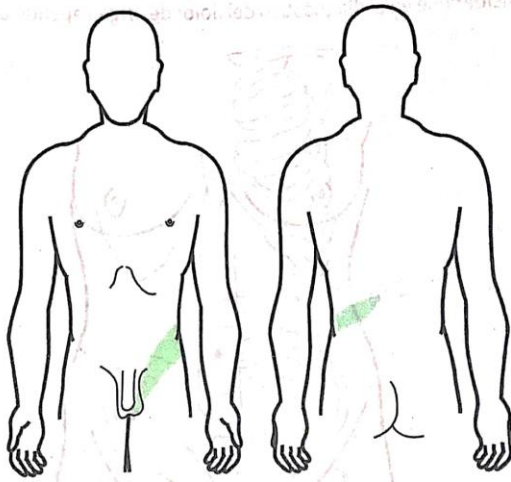
- **Inicio:** No característico. Mayoría insidioso.
- **Localización:** Múltiple
- **Carácter:** Variable
- **Intensidad:** Variable
- **Gatillante:** Cuadro psicógeno (depresión, esquizofrenia, etc.), estrés, ansiedad.
- **Evolución:** **Crónica recurrente**, en general **no asociado con signos de enfermedad orgánica**. Si se asocia a una enfermedad orgánica, suele ser un dolor con una duración mayor de 6 meses o que persiste más allá del curso normal de una enfermedad, es decir, que **se mantiene a pesar de que la causa que lo produjo haya desaparecido** o cuando ya no cumple su función biológico defensiva.
- **Migración:** No característico
- **Irradiación:** No característico
- **Atenuante:** Psicoterapia y terapia de apoyo, neurolépticos, ansiolíticos, antidepresivos, técnicas de relajación, acupuntura, sueño.
- **Agravante:** Variable
- **Síntomas acompañantes:** Puede causar síntomas idénticos a aquellos de depresión mayor (por ejemplo, disturbios del sueño, poca energía), la ansiedad puede producir espasmos musculares o temblor.
- **Actitud del paciente:** Sufrimiento y estrés. Los pacientes lo describen más en términos afectivos que sensitivo-sensoriales y son rebeldes al tratamiento. En general la historia es contada de manera imprecisa y con **gran cantidad de detalles**.

### 3. Cólico Renal (ureteral o nefrítico):

- **Comienzo:** Insidioso
- **Localización:** Fosa lumbar o ángulo costovertebral (en general unilateral)
- **Carácter:** Cólico
- **Intensidad:** Alta
- **Desencadenante:** Movimientos bruscos y repetitivos (por ejemplo, andar en auto en un terreno irregular)
- **Evolución:** Aguda. Desde algunas horas a días
- **Irradiación:** Si trayecto ureteral anterodescendente a vejiga. Esto es al flanco, fosa ilíaca, región inguinal y escroto o labio mayor ipsilateral. No cruza línea media.
- **Migración:** No
- **Atenuante:** Antiinflamatorios y opioides
- **Agravante:** Permanecer en una misma posición mucho tiempo.
- **Síntomas acompañantes:** Molestias urinarias, náuseas, vómitos, sudoración, palidez, taquicardia y sensación de desvanecimiento, hematuria.
- **Actitud del paciente:** Inquietud psicomotora y angustia
- **Otros:** Complicaciones: Obstrucción del uréter (uropatía obstructiva unilateral aguda), infección sobreañadida

(sospechar en caso de fiebre) lo que lo transforma a una urgencia urológica.

Figura 1-5. Cólico renal y nefrítico.



#### 4. Herpes zoster o "neuralgia post herpética":

- **Comienzo:** Insidioso
- **Localización:** Dermatoma afectado de forma unilateral (virus latente en ganglio de la raíz dorsal) generalmente a nivel torácico.
- **Carácter:** Quemante o urente. Puede ser punzante.
- **Intensidad:** elevada
- **Gatillante:** Incluso el roce con la ropa, las sábanas o el viento provoca el dolor
- **Evolución:** Neuralgia post-herpética persistente, más allá de 3 meses. duración muy prolongada, pero con algunos periodos de remisión.
- **Irradiación:** En dermatoma afectado
- **Migración:** No
- **Atenuante:** Fármacos antineuríticos
- **Agravante:** Contacto, movimiento
- **Síntomas acompañantes:** Exantema, pápulas, vesículas y pústulas en un fondo eritematoso. Estas lesiones desaparecen dejando costras y cicatrices. Fatiga, náuseas, cefalea, febrícula.
- **Actitud del paciente:** Variable
- **Otros:** Virus varicela zóster. Si involucra a ganglio geniculado, puede producir Síndrome de Ramsay Hunt.

#### 5. Cólico Biliar:

- **Comienzo:** Brusco
- **Localización:** Epigastrio y/o hipocondrio derecho
- **Carácter:** Cólico (puede presentarse también con otro carácter)
- **Intensidad:** En aumento gradual hasta alcanzar un peak y ceder.
- **Gatillante:** Comidas ricas en grasas
- **Evolución:** Dura 4 a 6 horas. (Se denomina Cólico biliar

complicado si supera este tiempo). Es Recurrente.

- **Irradiación:** Región dorsolumbar derecha y a veces hombro ipsilateral.
- **Migración:** No
- **Atenuante:** Cede parcial y transitoriamente ante analgésicos.
- **Agravante:** En algunos casos palpación de hipocondrio derecho.
- **Síntomas acompañantes:** Coluria, acolia, náuseas, diaforesis, vómitos, calofríos. Ictericia y fiebre.
- **Actitud del paciente:** Inquietud
- **Otros:** Se presenta cuando un cálculo obstruye alguno de los puntos críticos del sistema biliar: el nacimiento del cístico o el extremo distal del colédoco. El dolor tiene su origen en la hipertensión brusca de la vesícula o de la vía biliar.

#### 6. Cefalea Tensional:

- **Comienzo:** Insidioso
- **Localización:** Frontal y occipital, en forma de "cintillo"
- **Carácter:** bilateral, opresiva o de tipo pesadez, no pulsátil.
- **Intensidad:** Leve a moderada. Aumenta en el transcurso del día
- **Gatillante:** Estrés
- **Evolución:** Intermitente, de presentación continua, intensidad constante y duración prolongada. Puede ser episódica o crónica
- **Irradiación:** No
- **Migración:** No
- **Atenuante:** Reposo, analgésicos
- **Agravante:** Estrés, insomnio, fatiga. No empeora nunca con la actividad física ni la impide.
- **Síntomas acompañantes:** No. (No se relaciona con síntomas migrañosos tales como vómito, fotofobia severa o fonofobia).
- **Actitud del paciente:** Variable, pero en general no interfiere con la actividad del paciente.
- **Otros:** No tiene carácter hereditario, predomina en las mujeres a cualquier edad

#### 7. Migraña:

- **Comienzo:** Brusco
- **Localización:** Hemicráneo
- **Carácter:** Pulsátil
- **Intensidad:** Progresiva
- **Gatillante:** Ayuno, ingesta de alcohol, menstruación, vasodilatadores, actividad física, temperatura o presión arterial
- **Evolución:** Crónica, con crisis periódicas que se repiten cada cierto nº de semanas, meses o años y de larga duración.
- **Irradiación:** No
- **Migración:** No
- **Atenuante:** Reposo en oscuridad y silencio. Embarazo
- **Agravante:** Ruido, luz



- **Síntomas acompañantes:** Aura visual en casos de migraña no clásica: visión borrosa, fotopsia, escotoma. Vómito, fotofobia, somnolencia.
- **Actitud del paciente:** Reposo en oscuridad y silencio. Invalidante.
- **Otros:** Tendencia familiar, más común en mujeres, inicia en pubertad y tiende a desaparecer en tercera edad, disminuye en embarazo

### 8. Pancreatitis aguda:

- **Comienzo:** Brusco
- **Localización:** Epigastrio
- **Carácter:** Difuso
- **Intensidad:** Alta
- **Gatillante:** Ingesta copiosa rica en grasas o exceso de alcohol
- **Evolución:** Larga duración (días)
- **Irradiación:** Dorsal y hacia ambos hipocondrios en forma de faja, en niveles T7 a T12
- **Migración:** No
- **Atenuante:** Sentarse, inclinarse hacia delante (posición mahometana), vómito, no cede a analgésicos corrientes
- **Agravante:** Ingesta, posición decúbito dorsal
- **Síntomas acompañantes:** Síntomas asociados a derrame pleural izquierdo, ascitis, fiebre, vómito repetido, hipotensión, ictericia, compromiso de estado general, distensión abdominal, deshidratación
- **Actitud del paciente:** Inquieto, sentarse e inclinarse adelante
- **Otros:** Obstrucción por microcálculos biliares que bloquean ampolla pancreática. La crónica genera pérdida de peso.

### 9. Síndrome ulceroso:

- **Comienzo:** Brusco
- **Localización:** Epigástrico, muy bien localizado y circunscrito (indicable con punta del dedo)
- **Carácter:** Urente o sensación de «vacío estomacal»
- **Intensidad:** Moderada, salvo en complicaciones de la úlcera (úlcera perforada)
- **Gatillante:** Sobreuso de antiinflamatorios no esteroideos, tabaco, estrés, café, alcohol.
- **Evolución:** Crónica, con alternancia de períodos dolorosos y otros asintomáticos
- **Irradiación:** No, excepto en casos de úlcera perforante (se irradia al dorso)
- **Migración:** No
- **Atenuante:** Ingesta de alimentos en úlcera duodenal
- **Agravante:** Ayuno en úlcera duodenal
- **Síntomas acompañantes:** Náuseas y vómitos son excepcionales. No anorexia, baja de peso, pirosis y dispepsia
- **Actitud del paciente:** Variable
- **Otros:** Diagnóstico posible: úlcera péptica (gástrica o duodenal) UG: no presenta síndrome ulceroso típico.

Riesgo de cáncer gástrico en población chilena; Helicobacter Pylori es principal factor de riesgo.

### 10. Dismenorrea:

- **Comienzo:** Brusco
- **Localización:** Hipogastrio
- **Carácter:** Cólico
- **Intensidad:** Variable
- **Gatillante:** No
- **Evolución:** Crónica recurrente
- **Irradiación:** Ambas fosas iliacas y al dorso o cara interna de los muslos.
- **Migración:** No
- **Atenuante:** Calor, posición fetal, ejercicio regular, sueño, prácticas de relajación.
- **Agravante:** Frío, falta de sueño.
- **Síntomas acompañantes:** Cefalea, náuseas, vómito, diarrea y dolor dorsal bajo.
- **Actitud del paciente:** Variable
- **Otros:** Predomina en mujeres jóvenes. Tiende a disminuir con uso de anticonceptivos orales y después del primer parto vaginal.

### 11. Lumbago:

- **Comienzo:** Brusco
- **Localización:** Región lumbar
- **Carácter:** punzante
- **Intensidad:** Alta
- **Gatillante:** Esfuerzo físico
- **Evolución:** Crónica
- **Irradiación:** Esclerotómica (no radicular)
- **Migración:** No
- **Atenuante:** Reposo, posturas de relajación
- **Agravante:** Esfuerzo físico
- **Síntomas acompañantes:** No
- **Actitud del paciente:** Reposo
- **Otros:** Más común entre hombres entre 30-40 años. Factores de riesgo: obesidad, poco desarrollo muscular abdominal, escoliosis.

### 12. Lumbociática:

- **Comienzo:** Brusco
- **Localización:** Región lumbar
- **Carácter:** Lancinante
- **Intensidad:** Moderada-alta
- **Gatillante:** 90%, hernia de núcleo pulposo; 10%, traumatismo o tumores vertebrales
- **Evolución:** Crónica recurrente
- **Irradiación:** Muslos y piernas del lado de compresión lumbar. Si esta es central, se verán afectadas ambas extremidades inferiores.
- **Migración:** No
- **Atenuante:** Reposo acostado
- **Agravante:** Realización de maniobras propias de

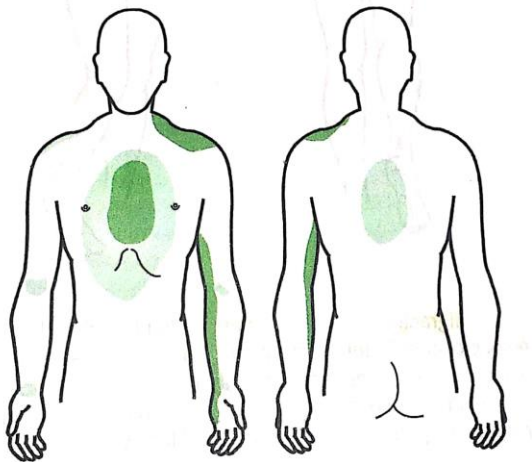
elongación de nervio ciático o aumento de presión en canal raquídeo (tos, estornudo, defecación)

- **Síntomas acompañantes:** Parestesia, disestesia, hipoestesia, parálisis o paresia de un músculo, hiporreflexia, arreflexia o hiperreflexia.
- **Actitud del paciente:** Incapaz de realizar esfuerzo físico
- **Otros:** Afecta raíces L4-L5 y L5-S1

### 13. Angor:

- **Comienzo:** Brusco
- **Localización:** Región retroesternal media o baja.
- **Carácter:** Opresivo o constrictivo
- **Intensidad:** Variable
- **Gatillante:** Esfuerzo o actividad física
- **Evolución:** Agudo, cede en menos de media hora o se puede mantener constante.
- **Irradiación:** Ocasional a cuello y mandíbula, extremidad superior izquierda, transfixiante al dorso o epigastrio
- **Migración:** No
- **Atenuante:** Reposo, nitroglicerina sublingual
- **Agravante:** Frío, comidas abundantes y estrés emocional
- **Síntomas acompañantes:** Diaforesis, palpitaciones, palidez, disnea
- **Actitud del paciente:** Reposo

Figura 1-4. Dolor anginoso. Ubicación e irradiación típica (oscuro) y otras irradiaciones (claro).



### 14. Disección Aórtica:

- **Comienzo:** Súbito
- **Localización:** Precordial y/o epigastrio
- **Carácter:** Opresivo y transfixiante
- **Intensidad:** Alta
- **Gatillante:** Variable
- **Evolución:** Agudo
- **Irradiación:** A la espalda, también a la zona cervical, extremidad superior, mandíbula, abdomen.
- **Migración:** Hacia brazos y piernas
- **Atenuante:** Tratamiento quirúrgico
- **Agravante:** Tiempo.
- **Síntomas acompañantes:** Depende de ramas aórticas

disecadas por el siguiente déficit de perfusión de órganos irrigados. Sudoración fría

- **Actitud del paciente:** Sensación angustiada de muerte
- **Otros:** Diagnóstico diferencial de la angina de pecho

### 15. Diverticulitis Aguda:

- **Comienzo:** Insidioso, súbito si hay perforación
- **Localización:** Fosa ilíaca izquierda e hipogastrio
- **Carácter:** Cólico
- **Intensidad:** Moderada a severa
- **Gatillante:** No identificados
- **Evolución:** Agudo
- **Irradiación:** No
- **Migración:** No
- **Atenuante:** Reposo digestivo y antibióticos. Almohadilla térmica y analgésicos
- **Agravante:** Aumento de presión intraabdominal
- **Síntomas acompañantes:** Fiebre, taquicardia, náuseas, constipación
- **Actitud del paciente:** Variable
- **Otros:** Diverticulosis es presencia de divertículos. Esto no duele *perse*.

### 16. Dolor pleurítico:

- **Comienzo:** Brusco (trauma torácico y neumotórax espontáneo). Insidioso (en neumonía y tromboembolismo pulmonar)
- **Localización:** Región axilar, al costado del tórax. Bien localizado
- **Carácter:** Punzante, transfixiante
- **Intensidad:** Alta
- **Gatillante:** Respiración profunda
- **Evolución:** Agudo, desaparece generalmente en días de tratamiento
- **Irradiación:** Hombro ipsilateral
- **Migración:** No
- **Atenuante:** Decúbito, contralateral del lado afectado
- **Agravante:** Tos, estornudo, inspiración, movimientos respiratorios
- **Síntomas acompañantes:** Respiración costal. \*Tope respiratorio: paciente interrumpe bruscamente inspiración, que se torna superficial
- **Actitud del paciente:** Obligado a estar en decúbito contralateral al lado afectado

### 17. Neuralgia del Trigémino:

- **Comienzo:** Súbito
- **Localización:** Territorio del nervio comprometido
- **Carácter:** Lancinante
- **Intensidad:** Muy alta
- **Gatillante:** Compresión localizada de puntos de emergencia de ramas faciales del trigémino
- **Evolución:** Paroxismos de dolor, frecuentes y fugaces, como golpes de corriente
- **Irradiación:** Variable, dependiendo de la rama comprometida

- **Migración:** No
- **Atenuante:** Fármacos como carbamazepina
- **Agravante:** Frío
- **Síntomas acompañantes:** palidez, sudoración
- **Actitud del paciente:** Ansiedad por miedo a reaparición
- **Otros:** Diagnóstico diferencial: odontalgia (pulpitis, periodontitis) se diferencia con examen físico

#### **18. Cistitis:**

- **Inicio:** Insidioso
- **Localización:** Hipogastrio
- **Carácter:** Variable, urente/punzante
- **Intensidad:** Leve, moderada
- **Desencadenante:** Micción
- **Evolución:** Continua
- **Irradiación:** Genitales
- **Migración:** Sin migración
- **Atenuante:** Analgésicos, calor local
- **Agravante:** Micción
- **Síntomas acompañantes:** Disuria, polaquiuria y dolor suprapúbico, escalofríos
- **Actitud del paciente:** Variable
- **Otros:** Principal causa de síndrome disúrico en mujeres.

#### **19. Claudicación Intermitente:**

- **Inicio:** Insidioso
- **Localización:** Pantorrillas, muslos, glúteos, tobillos o pie (dependiendo del vaso afectado)
- **Carácter:** punzante u opresivo, pero puede variar
- **Intensidad:** Aumenta al continuar con la marcha hasta ser insoportable
- **Desencadenante:** Actividad física
- **Evolución:** Crónica
- **Irradiación:** No
- **Migración:** No
- **Atenuante:** Reposo (desaparece inmediatamente al detener la marcha)
- **Agravante:** Caminar una distancia determinada
- **Síntomas acompañantes:** Disminución de vello, piel brillante y fina. Pulso disminuido
- **Actitud del paciente:** Tendencia a realizar actividad física y reposar
- **Otros:** Indicador de insuficiencia arterial crónica de extremidades, con isquemia muscular en esfuerzo

#### **20. Cefalea en Racimos**

- **Ubicación e irradiación:** Región orbitaria, supraorbitaria y/o temporal. Unilateral
- **Carácter:** Tenebrante.
- **Intensidad:** Muy alta (invalidante)
- **Inicio:** Brusco
- **Evolución y variación:** Dura de 30 a 180 minutos, y se repite entre 5 veces diarias hasta 1 vez cada dos días. Estos “ataques” se repiten en el tiempo, llegando a estar espaciados por uno o varios años.

- **Modificantes:** Atenuantes; oxígeno al 100%, triptanes, lidocaína tópica
- **Gatillantes:** No identificados
- **Síntomas asociados:** Inyección conjuntival y/o epífora, obstrucción nasal y/o rinorrea, edema palpebral, sudoración facial, miosis y/o ptosis palpebral, sensación de agitación o desasosiego.
- **Antecedentes remotos:** Historia familiar, hombre entre 20 y 40 años

#### **21. Síndrome Intestino Irritable**

- **Ubicación e irradiación:** Generalmente en hemiabdomen inferior, pero puede localizarse en cualquier cuadrante.
- **Carácter:** Generalmente cólico
- **Intensidad:** Variada
- **Inicio:** Insidioso
- **Evolución y variación:** Crónico recurrente. \*Para ser considerado Sd. Intestino Irritable debe ser un cuadro recurrente al menos 3 días por mes, en los últimos 3 meses.
- **Modificantes:** Desaparición del dolor al evacuar.
- **Gatillantes:** Estrés
- **Síntomas asociados:** Cambios en la frecuencia y/o forma de las deposiciones, urgencia o sensación de evacuación incompleta, eliminación de mucosidad, meteorismo o sensación de distensión abdominal.
- **Antecedentes remotos:** Alteraciones de los hábitos evacuatorios (constipación, diarrea o alternancia de ambos)

#### **22. Podagra: Gota**

- **Ubicación e irradiación:** Generalmente primera articulación metatarso falángica.
- **Carácter:** Pulsátil u opresivo
- **Intensidad:** Alta
- **Inicio:** Súbito y en general nocturno.
- **Evolución y variación:** Autolimitado en horas o días.
- **Modificantes:** Al pasar el tiempo (días) disminuye la inflamación y se presenta una descamación de cutánea.
- **Gatillantes:** movimiento, roce
- **Síntomas asociados:** Calor y eritema de la zona.
- **Antecedentes remotos:** Diabetes mellitus, insuficiencia renal, obesidad, dieta rica en proteínas

## Síndrome Coronario Agudo versus Angina Estable

El **dolor anginoso típico** se define como aquel dolor opresivo retroesternal (En ocasiones esto es llamado DRO -dolor retroesternal opresivo-en algunas fichas clínicas), que inicia de forma brusca o insidiosa gatillado por el estrés físico o emocional y que alivia con el reposo o la nitroglicerina en un tiempo máximo de 15 minutos. El dolor se origina por un insuficiente aporte de oxígeno al miocardio en relación a su demanda. Así, la **angina estable** es aquella que se presenta hace más de 2 meses con la misma sintomatología, es decir, ante el mismo esfuerzo físico, durante la misma cantidad de tiempo aproximada y con la misma intensidad.

Por otra parte, encontramos el **síndrome coronario agudo (SCA)** que engloba a los dos diagnósticos diferenciales de **Infarto Agudo al Miocardio (IAM) y Angina Inestable**. La diferencia entre el IAM y la angina inestable estará dada por los biomarcadores de necrosis miocárdica, presentes en el IAM y ausentes en la angina inestable.

SCA: **punzante** (22%), **pleurítico** (13%), **reproducibile a la palpación** (7%).

- La **angina inestable** incluye dentro de su definición a aquel dolor anginoso de **reciente comienzo en capacidad funcional III o IV**, al **rápidamente progresivo a capacidad funcional III o IV**, al **de reposo** (capacidad funcional IV) o al que aparece **posterior a un IAM reciente**. (primeros 2 meses).

	<b>IAM</b>	<b>Angina Inestable</b>	<b>Angina Estable</b>
<b>Gatillantes</b>	Puede aparecer durante el ejercicio o en reposo	Sin gatillantes claros (puede aparecer tanto con el reposo como con el esfuerzo físico)	Ejercicio, frío, comida copiosa, emoción intensa, aumento en la frecuencia cardíaca o en presión arterial
<b>Atenuantes</b>	No se alivia con nitroglicerina sublingual ni con reposo	Reposo, nitroglicerina sublingual	Reposo, nitroglicerina sublingual
<b>Duración</b>	Superior a 20 minutos	Variable	Pocos minutos, hasta el cese del gatillante
<b>Síntomas asociados frecuentes</b>	Disnea, náuseas, vómitos, diaforesis, sensación de muerte inminente	Disnea	Disnea

### Consideraciones importantes:

- El dolor anginoso no necesariamente se da en región precordial o retroesternal; se puede observar en **región mandibular y epigastrio**. En general, cualquier dolor desde el ombligo hacia arriba podría corresponder a una angina.
- Los pacientes añosos suelen no referir dolor anginoso, y en vez de dolor, presentan **disnea** u otros **equivalentes anginosos** (mareos, astenia, náuseas, fatigabilidad, síncope, etc.) que responde a las mismas causas que el dolor mismo. En este caso, se debe agotar el síntoma tal como si de dolor se tratase (gatillantes, duración, síntomas asociados, entre otros).
- Un pequeño porcentaje de la población refiere dolor torácico atípico que efectivamente correspondía a un

## Anexo 3: Hitos del examen físico general

Hitos Examen Físico General	Sí	No
Se lava las manos correctamente (de acuerdo a técnica estandarizada)		
Explica al paciente el procedimiento que realizará		
Describe posición (paciente de pie) o decúbito (paciente en cama) correctamente		
Describe marcha característica (si está presente) o acusa su normalidad		
Describe facies característica (si está presente) o acusa su normalidad		
Conciencia: describe correctamente nivel cuantitativo		
Conciencia: describe correctamente orientación temporal		
Conciencia: describe correctamente orientación espacial		
Conciencia: describe correctamente orientación situacional		
Calcula y explica correctamente Score de Glasgow		
Estima e interpreta correctamente el IMC del paciente		
Describe correctamente coloración de la piel (normal, icterica, pálida, otros)		
Describe correctamente lesiones cutáneas primarias / secundarias o acusa su ausencia		
Explora el estado de hidratación y lo describe: Turgor, elasticidad, signo del pliegue, edema.		
Examina y describe hallazgos en uñas de manos y pies en caso de existir o acusa su ausencia.		
Describe correctamente el vello corporal y su distribución		
Explora al menos tres territorios en busca de adenopatías (cervical anterior, posterior, retroauricular, preauricular, submandibular, submentoniano, epitrocleares, axilares, inguinales, etc)		
Describe correctamente una adenopatía en caso de existir, o acusa su ausencia		



Pulso: busca en sitio correcto tres pulsos arteriales a elección del evaluador.		
Pulso: estima correctamente la frecuencia del pulso radial		
Pulso: describe correctamente si es regular o irregular en frecuencia		
Coloca correctamente el manguito de PA en brazo		
Mide correctamente la PA palpatoria		
Mide correctamente la PA auscultatoria		
Mide correctamente la frecuencia respiratoria		
Describe correctamente el patrón respiratorio		