



Universidad de Chile  
Facultad de Odontología  
Área de anatomía patológica  
Patología general 2  
2010



## Semiología clínica

El concepto de semiología clínica, es el reconocimiento de las enfermedades a través de los signos o síntomas. Es una disciplina o área de la medicina, que se encarga de rescatar a través de esa técnica y método, los datos que nos aporta el paciente para lograr generar una conclusión y ofrecerle un tratamiento. Esto se realiza mediante el método clínico, el cual es un proceso sistemático de razonamiento lógico que tiene una base en el método hipotético deductivo que orienta a reconocer una enfermedad.

Para ello debemos definir síntomas, signos y síndrome.

**Síntoma** es un dato que es una versión de un problema de salud, que está sujeta al grado de desilusión del paciente, al lugar donde se fue a hacer la entrevista, puede tener miedo o vergüenza que lo escuche el paciente de al lado. Es bastante subjetiva, lo que es bien característico, pues es lo que el paciente dice, no tal cual, sino que es una traducción.

**Signo** es una comprobación objetiva de un problema de salud, por lo tanto el examen físico está lleno de recolección de signos o datos objetivos, duele o no duele, no puede haber ambigüedades.

**Síndrome** es un conjunto de datos que van a definir a un grupo de patologías y hay síndromes clásicos dentro de la medicina.

### Estructura de la ficha clínica:

- I. Identificación
- II. Anamnesis próxima:
  - Motivo de Ingreso: **Razón social** por la cual un paciente ingresa al sistema de salud, y puede tener 3 fines:
    1. Estudio: Paciente no conoce su diagnóstico, generalmente es la primera consulta profesional, puede ser de urgencia si el síntoma le impide seguir con su vida cotidiana o puede ser electiva cuando el paciente decide cuando consultar, en el relato del paciente habrán datos útiles y otros no, nosotros debemos detectar lo que nos sirve, y hay una alta correlación de la anamnesis con el examen físico.

2. Terapia: Paciente ingreso generalmente después de una primera consulta, conoce su diagnóstico si es que el tratante anterior se lo informó, si preguntó o si lo leyó del informe, posee un documento de interconsulta o una derivación de otro médico tratante, pero también tenemos que diagnosticarlo, no podemos fiarnos de lo que el colega anterior diagnosticó; debemos corroborar y confirmar la información, puede ser urgente y electivo, como el paciente ya sabe de su problema, los datos que aporta suelen ser muy precisos y útiles, exige una alta correlación entre los datos que tiene escritos la interconsulta y los que obtendremos del examen físico, y, los pacientes que ingresan a la terapia puede ser para terapia médica (medicamentosa), quirúrgica u ortopédica.

3. Control: Puede ser la segunda, tercera, cuarta consulta con el mismo profesional, si no es el mismo queda un representante, pero no cambia el contexto del proceso. Paciente puede ya conocer el diagnóstico si el médico tratante se lo informó.

- Motivo de Consulta: **Razón Biológica** para la búsqueda de una solución médica. Contiene al Síntoma o Molestia principal: tos, ictericia, cianosis, vómito, fiebre, dolor, temblor, etc. Generalmente es un síntoma el que prevalece, pero lógicamente pueden haber más.

- Desarrollo del síntoma principal: Corresponde a la historia de la enfermedad en cuestión, son datos útiles que se obtienen a partir de la entrevista actual o anamnesis próxima. Debemos pensar que patologías o condiciones producen el síntoma que relata el paciente: ej. Movilidad dental lo más probable es que se deba a pérdida de inserción periodontal, traumatismo, neoplasia intraósea que empieza a reabsorber las raíces, etc.

En síntoma principal corresponde a una versión del paciente, lo que el refiere, los síntomas definen un síndrome en específico y lo diferencian de otros. Estos se deben redactar con terminología médica. Una vez que se reconoce el síntoma debemos pensar en qué patologías lo pueden generar.

Hay datos que el paciente los emite espontáneamente, pero también podemos dirigir su relato, para evitar que nos hable mucho tiempo y muchas cosas innecesarias.

En caso que el síntoma principal corresponda a dolor podemos usar la sigla ILIDICEF para caracterizarlo. Inicio, Localización, Intensidad, Duración, Irradiación, Carácter, Evolución y Frecuencia. A esto se le debe agregar los factores atenuantes y gatillantes del mismo.

III. Anamnesis remota: Esta parte de la entrevista no presenta tantas dificultades ni exigencias, debemos preguntar por antecedentes (es más fácil que determinar la enf. Actual)

- Personal: antecedentes mórbidos, quirúrgicos, alérgicos, si utiliza fármacos, qué hábitos tiene, MAC- FUR. GPA.
- Familiar o antecedentes familiares.

IV. Examen físico: corresponde a la evaluación metódica de un paciente a través de algunos elementos que revisaremos, los que son inspección, palpación, auscultación y la percusión y además la consignación de signos vitales. Esto lo realizaremos después de la entrevista clínica del paciente, con el **fin de buscar**

**los signos que refieran los síntomas mencionados por el paciente. Ahora, la razón última del examen físico es generar un diagnóstico clínico**

- V. Exámenes complementarios: corresponden a pruebas como hemograma, radiografía, glicemia, tiempo de protrombina, tiempo de sangría, perfil bioquímico, test cutáneo alérgico, etc. Pueden ser previamente recetados por el tratante o el paciente los trae de una IC, o consulta anterior.
- VI. Diagnostico
- VII. Plan de tratamiento