

Adolfo Tello-Esparza

Universidad Autónoma de Aguascalientes, México

Lux Médica

Universidad Autónoma de Aguascalientes, México

ISSN: 2007-1655

Periodicidad: Cuatrimestral

vol. 18, núm. 52, 2023

mcterron@correo.uaa.mx

Recepción: 08 Noviembre 2022

Aprobación: 15 Diciembre 2022

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/486/4863677002/>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0 Internacional.

La semiología en la medicina

Hubo una vez en medicina...

Escucha a tu paciente, te está diciendo el diagnóstico.

Fuente: Dr. William Osler

Cada profesión necesita desarrollar un conjunto de herramientas que permita analizar e interpretar los datos obtenidos para que, una vez hechas las conclusiones pertinentes, se puedan predecir posibles desenlaces a mediano o largo plazo. Nosotros, los médicos, contamos con una serie de elementos que nos ayudan a integrar no solo el diagnóstico semiológico o anatómico, sino que, nos permiten suponer qué podríamos esperar para el futuro de nuestro paciente. Pero esto no es nuevo, ya el mismo Hipócrates escribió: “Me parece cosa muy buena que el médico se aplique a pronosticar con acierto”. Esto es una referencia a la correcta interpretación de los hallazgos que el médico obtiene mediante el interrogatorio y la exploración, los cuales nos permiten integrar el diagnóstico y poder hablar con nuestros pacientes respecto a qué se podría esperar de su padecimiento. Esto es importante, particularmente en las enfermedades crónicas

o graves que pueden afectar la expectativa de vida y que, en ocasiones, pareciera que representan una sentencia de muerte.

La semiología y la semiótica tienen un origen etimológico similar, (proviene de las raíces griegas *semeyon*=signo, y *logos*=estudio), por eso se usan de manera intercambiable como el estudio de los signos, y por signo me gusta entender lo siguiente: Indicio que permite deducir algo de lo que no se tiene un conocimiento directo, es decir, son señales que, interpretadas en el contexto correcto, con la base teórica suficiente, permiten que el clínico sepa ante que síndrome o enfermedad está y así pueda decidir los estudios complementarios que solicitará para poder realizar el diagnóstico etiológico, indispensable para poder implementar un plan terapéutico, y estar en condiciones de establecer el pronóstico.

El término *semiología* fue acuñado por Ferdinand de Saussure, un lingüista de origen suizo. Diversas ramas del saber tienen su propia semiótica – la hay del derecho, musical, de las artes, por mencionar algunas–, pero es la semiología médica a la que dedicaré las siguientes líneas. Se pueden identificar dos componentes estructurales en esta materia: los signos, que son las manifestaciones que pueden ser identificados por el explorador –incluimos aquí a la ictericia, el exoftalmos característico de algunas endocrinopatías o el soplo que acompaña a las valvulopatías cardíacas–, y los síntomas, que hacen referencia a las molestias que siente el paciente, llámese dolor abdominal en cualquiera de sus áreas, faringodinia o cefalea, y que el médico se encargará de explorar con diligencia y a profundidad, persiguiendo el modo de inicio, la duración, cambios en el curso del tiempo, etcétera, para así, poder encontrarle causa .

La semiología es una disciplina que se enseña hace relativamente poco tiempo de forma independiente –probablemente la enseñanza estructurada como materia se originó durante el siglo XVIII–, pero su aplicación en el ejercicio práctico de la medicina clínica se remonta a varios siglos antes de nuestra era. Desde Hipócrates, Galeno y Avicena se puede identificar el empleo de una clínica semiológica bien estructurada que compensaba la ausencia de estudios paraclínicos. La medicina griega reconocía que “Solo mediante la atenta observación y anotación de todos los síntomas es posible establecer un historial preciso de cada enfermedad”. Los dedos hipocráticos, que ahora asociamos entre otras causas a neumopatías crónicas, al parecer fueron descritos por el médico griego hace más de 2 500 años y reflejan una aguda observación clínica que después fue posible asociar a un grupo de entidades específicas. Avicena, el joven genio que se graduó de médico a los 16 años, describió las características del pulso mejor que Galeno, en su extraordinario tratado *El Canon de la medicina*. Realizó una escrupulosa y bien estructurada revisión del conocimiento médico disponible en ese tiempo y lo agrupó en cinco tomos; en el IV agrupó el abordaje de las fiebres, los signos, síntomas, diagnósticos y pronósticos.

Seguramente, la clínica semiológica es la materia que primero nos hace sentir médicos. Junto con su aprendizaje, inicia también nuestra formación en el desarrollo de la habilidad para interactuar con el paciente; empezamos a pulir la que será durante el resto de nuestra vida profesional la herramienta más valiosa para la obtención de la información que requerimos para el abordaje de los problemas de salud que enfrentemos. Además, cuando esta se aprende bien y se va perfeccionando, al paso de los años podemos ser capaces de ganarnos la confianza de aquellas personas que, por cursar ese estado de fragilidad llamado enfermedad,

buscan en el conocimiento del clínico las respuestas a sus males. Siempre he considerado que pocos médicos son capaces de desarrollar pulcramente este hábito: buscar intencionadamente e integrar tantos elementos como sea uno capaz de obtener mediante la observación, el interrogatorio y, finalmente, el íntimo contacto durante la exploración física, y plasmarlo todo dentro de un formato estructurado para analizarlo metódicamente y, una vez filtrado, partir de las conclusiones obtenidas para tomar las decisiones que correspondan. Está el *diagnóstico de banqueta*, como dice coloquialmente un querido amigo y colega, haciendo alusión a que basta con ver a distancia para tener una idea clara de ante qué se está. Si se ve por ejemplo a una mujer de mediana edad que presenta en sus manos deformidad en cuello de cisne en vuelo, desviación de los dedos en sentido cubital, dedo en abotonador, difícilmente tendrá algo distinto a la artritis reumatoide; aunque no hayamos cruzado una palabra con ella, si conocemos esos hallazgos y los interpretamos correctamente sabremos el diagnóstico y/o los posibles diagnósticos diferenciales como la artropatía tipo Jaccoud. Lo mismo ocurre si estamos frente a una persona con eritema en heliotropo, muy seguramente su problema de salud será dermatomiositis. Pero no siempre es así de simple, ya que hay pacientes que presentan cuadros abigarrados o que son manifestaciones muy tempranas de una enfermedad que no ha asomado por completo a su cuerpo y no tenemos aún el cuadro clínico completo; o bien, se trata de una enfermedad que puede simular a otras como tuberculosis o el lupus eritematoso generalizado, o, lo que es más común, inician con un síntoma inespecífico y muy frecuente, como la fiebre. Entonces el médico debe ser muy metódico, deberá hacer un interrogatorio ordenado, con una detallada anamnesis de aquel o aquellos signos o síntomas que decidió que son los relevantes y que son los que deberá desmenuzar escrupulosamente. Creo que es aquí en donde se bifurcan los senderos de los buenos clínicos y los que no lo son, entre aquel que ha cultivado una aguda capacidad de observación que le permita ver allí en las uñas las hemorragias en astilla, o aquellos que con delectación y paciencia deslizan sus dedos en ese cuerpo enfermo y encuentra algo ajeno a la anatomía normal, lesiones que de forma ventajosa irrumpen y se establecen decididas a invadirlo todo. Se palpa y delimita el tumor, las adenopatías induradas y fijas, o los cambios en los testículos del hombre joven que apunta a un tumor germinal; entonces, el orden y la paciencia en muchos casos rendirán frutos y ya habrá encontrado una ruta más corta y menos costosa para el diagnóstico.

Por mucho tiempo, el diagnóstico se basó exclusivamente en la capacidad clínica del médico, y aunque desde la medicina en el antiguo Egipto y Mesopotamia se contaba con instrumental –como pinzas, separadores, hojas de bronce curvas y rectas, fórceps, martillos para reflejos y lancetas–, este era primitivo. Aun cuando con este los médicos de ese tiempo lograban resolver lo mejor que podían las cirugías de cataratas o amputaciones que requerían sus pacientes, la tecnificación de la medicina ocurrió a inicios del siglo XIX. Como lo escribe el doctor Luis Muñoz Fernández en uno de los capítulos del libro *Relación paciente-médico*, probablemente el estetoscopio cilíndrico que diseñó René Laënnec en 1816 marcó un punto de quiebre entre la medicina pre tecnológica y la medicina moderna; allí, por primera vez, se adjuntó un instrumento ajeno a las extremidades del clínico para complementar la exploración física ordinaria, el cual permitió, gradualmente, no solo auscultar los campos pulmonares, sino

también el precordio y las vísceras huecas, y sirvió como icono que aún hoy asociamos con la medicina. Posteriormente, se fueron incorporando de forma gradual los estudios paraclínicos séricos o de imagen a la práctica médica, pero esto es relativamente reciente. Es lógico suponer que, en la medida en que agreguemos más estudios de apoyo, se encarecerá más la atención médica, y con frecuencia la insatisfacción del paciente, porque es frecuente que el paciente o su familia sientan que no se les brinda suficiente atención, que se atiende más a los estudios y no a sus molestias, y, lamentablemente, en ocasiones nosotros damos pie a que se fortalezca ese temor. He oído en ocasiones decir a algunos colegas, tanto en la medicina pública y como en la privada: “Pide los estudios posibles para que, con los resultados, podamos saber a dónde debemos dirigir nuestra atención”. Y allá va la lista enorme de estudios, llámese por perfiles o sea por “paquetes”, y se tendrá una enorme cantidad de información que se pidió sin saber para qué, sin tener idea de lo que se buscaba en ellos. Por eso mismo, no se sabrá qué importancia debemos darle al resultado normal o al que está por encima o por debajo del rango considerado como normal. Recuerdo una ocasión en que una joven médico acudió a mi consulta por un evento de tromboflebitis que había sufrido durante su primer año de residencia médica, y me mostraba una química de más de cien elementos que un médico le había pedido y en nada ayudó a concluir algo; poco sirvieron para descartar los diagnósticos graves que había que considerar en el diagnóstico diferencial de esa joven mujer, y confirma aquella vieja sentencia que dijo Claude Bernad: “Quien no sabe lo que busca, no entiende lo que encuentra”. Así sumemos costosos estudios de imagen y una gran lista de anticuerpos, si no tenemos claro qué buscamos difícilmente podremos interpretar correctamente los resultados aplicados a ese caso en particular.

Por supuesto que, con la tecnificación médica, nuestra realidad cambia. De ninguna manera un neurocirujano realizará una craneotomía descompresiva con la sola sospecha clínica de hematoma epidural, teniendo al alcance de la mano la posibilidad de una tomografía axial computarizada, y no habrá médico con mínimo sentido común que se quede satisfecho al escuchar la onomatopeya de Duroziez sin pedir un ecocardiograma que le permita no solo corroborar el diagnóstico, sino decidir qué hará con eso, aunque ese sonido característico “ffout-tata-rou” que describió en 1862 el doctor Duroziez le deje pocas dudas respecto a que, efectivamente, se trata de estenosis de la válvula mitral. En la actualidad no es suficiente saber eso. Ahora, para esa afección hay diversas opciones terapéuticas y, para que el experto en esa área pueda decidir qué conviene más al paciente, requiere una detallada descripción de la válvula y del área subvalvular, medidas para conocer la gravedad de la lesión, gradientes, y saber cómo esta lesión repercute en el funcionamiento del resto del corazón. En ambos casos, los estudios le aportan al médico los detalles finos que son imposibles de obtener solo mediante la exploración, pero, al solicitarlos, el clínico ya sabe qué está buscando.

Indudablemente, tenemos muchos más recursos diagnósticos que hace un siglo; ahora disponemos de tomógrafos, resonadores, tomografía con emisión de positrones, sofisticados ultrasonógrafos. Se pueden realizar complejos procedimientos, impensables hace un siglo, como reseca tumores localizados en zonas profundas del sistema nervioso central o aplicarles terapia génica dirigida por resonancia magnética nuclear, el cateterismo cardiaco, tratar eficientemente

la diabetes mellitus. Somos capaces de medir un sin número de elementos en suero, en la orina, en el líquido cefalorraquídeo, identificar en los tejidos marcadores tumorales, o tipificar la subpoblación celular presente en la respuesta inflamatoria o tumoral, muchas veces fallida o insuficiente, en ese órgano o tejido resecado. Pero eso solo fomentó el desarrollo tecnológico, ahora es virtualmente posible la impresión en 3D de algunos órganos con funciones básicas, como la vejiga, y quizás en un futuro no tan lejano será posible crear órganos artificiales más complejos como hígado o riñón, lo que podría acortar las largas listas de espera para el trasplante de órganos sólidos, siempre y cuando se pueda acceder a ellos, porque está claro que si algo ha caracterizado a la medicina moderna es su alto costo, sea que la pague el paciente con sus recursos propios o el Estado. La medicina que se practica es cara porque intenta ser curativa, intenta reparar el daño ya establecido en uno o muchos sistemas, causado por el crónico descuido del dueño de esos órganos, cuando debería apostarle a la versión mucho más barata, la preventiva.

Ahora existen aplicaciones para los teléfonos celulares como Ada® que luego de instalarla y crear una cuenta dentro de la aplicación, ofrece orientación sobre miles de síntomas mediante una serie de preguntas e, igual que lo hace el médico, va excluyendo diagnósticos. Así pues, si yo introduzco en el buscador que la molestia dominante es dolor en las articulaciones, me preguntará si soy hombre o mujer, la edad, y después me pedirá le indique el número y tamaño de las articulaciones que duelen, síntomas acompañantes y decidirá mediante probabilidad ajustada a prevalencia, edad, sexo, distribución de los grupos articulares involucrados, presencia o no de edema, afección o no de la piel y duración de las molestias, si es probable que se trate de artritis reumatoide o de alguna artropatía secundaria, y en sus conclusiones pondrá el porcentaje de certeza diagnóstica, y dará algunas recomendaciones, como debería ser el razonamiento de los médicos. Así mismo, el procesamiento de la información es otra área en la que la computadora nos rebasa con extrema facilidad. Mientras que el médico podría dominar algunas decenas, y en muy contados casos algunas pocas centenas, de artículos clave, una computadora es capaz de manejar un número casi infinito de información y en cuestión de segundos compara y actualiza la información, con un margen de error casi nulo. Pero las posibilidades van mucho más allá. Ahora existen nanobots que puestos en el sistema circulatorio pueden combatir algunas enfermedades desde el espacio intravascular, cirugía robótica, sensores en la piel que permiten medir signos vitales o valores de glucosa las 24 horas del día, programas de disección virtual para estudiantes de medicina que sustituirán a los cuerpos inertes en tinas de formol que nos ayudaron a conocer las diferentes estructuras que componen el enigmático cuerpo humano, la genómica personalizada para individualizar tratamientos, grabadoras médicas que pueden medir rápidamente y en tiempo real múltiples signos vitales, cirugía robótica o asesoría de enfermería robótica, y esto indudablemente modificará la práctica médica como la conocemos una vez que se implementen de forma rutinaria en los centros médicos.

No es posible saber con certeza que pasará con nuestra profesión, desde sus orígenes mismos ha sido cambiante y dinámica. “Los hombres piensan que la epilepsia es divina, simplemente porque no la entienden, algún día comprenderemos que la causa y luego dejaremos de llamarla divina”, escribió

Hipócrates hace más de dos milenios y medio y hoy resulta muy obvia esa deducción tan adelantada a su tiempo, tan actual, y nos permite ver, así mismo, que el quehacer del médico seguirá cambiante, sumando los adelantos tecnológicos que vengan a futuro, los cuales, empleados correctamente, permitirán que nuestro margen de error sea cada vez menor, para beneficio de nuestros pacientes.

Pero, en tanto eso sea una realidad, conviene aferrarnos a la añeja semiología, aplicar nuestros sentidos íntegros a la búsqueda de los males de nuestros pacientes, usando siempre que sea posible el consejo del médico de Cos: “no solicitar demasiado, sino tener en cuenta los medios y las posibilidades del paciente”, y ser tan humano como sea posible. Con el paso de los años, el médico va sumando experiencias; algunas nos marcan permanentemente. Una de las escenas que recuerdo con más afecto es a uno de mis más queridos y admirados maestros, sonriendo siempre, cuando les decía a las pacientes: “¿Como está, chula?”, y con ternura envolvía entre las propias, las manos deformes de las pacientes, manos dolidas y domadas por los muchos años de inflamación casi perenne, y pasaba sus hábiles dedos de explorador tocando los recesos, los espacios articulares, sintiendo el pannus o la sinovitis y, al término de la revisión, entendiendo el dolor que las pacientes sentían, les palmeaba suavemente la manos y, sin dejar de sonreír, les decía: “Todo va a estar bien, primero Dios”. Entonces empezaba a escribir la receta que incluiría los muchos medicamentos para aliviar las dolencias de esas humildes mujeres. Allí encontré yo, en ese buen humano, la confluencia de la ciencia –porque leía con la avidez del estudiante eterno– y un humanismo cultivado a perpetuidad, y cambió para siempre mi forma de concebir la medicina. Eternamente gracias, maestro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mahdizadeh S, Khaleghi Ghadiri M, Gorji A. Avicenna's Canon of Medicine: a review of analgesics and antiinflammatory substances. *AJP*. 2015. 5(3), May-Jun.
2. López de la Peña XA. *Relación paciente-médico, voces diversas*. 2013.
3. Goic A. Sobre el origen y desarrollo del libro *Semiología Médica*, *RevMed Chile*. 2018, 146: 387-390.
4. Olivero R, Barráez C. Importancia de la semiología médica en la adquisición de las competencias del médico. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. 2011, 15(3).
5. Meskó B. *The Guide to the Future of Medicine. Technology and the Human Touch*. Webicina Kft. 2014.
6. Piquer A. (trad.). *Los pronósticos de Hipócrates*. 2011. Biblioteca Selecta.