

¿Obsolescencia del examen físico?

José Javier Elizalde González*

La clínica, vocablo proveniente del griego *klíne*, «cama o lecho», forma parte integral e inseparable de la medicina, de sus bases, de su historia. Una de sus ramas, la semiología, se ocupa de la identificación de las diversas manifestaciones de la enfermedad, de cómo buscarlas (semiotecnia) y cómo interpretarlas (clínica semiológica).

La semiología, se comprende, constituye el pilar fundamental de la medicina clínica, por lo que es muy desafortunado que esté dejando de practicarse en la actualidad de manera generalizada, pero en particular en las salas de terapia intensiva, motivo de estas líneas.

Como sabemos, la búsqueda de los signos y síntomas de la enfermedad dispone fundamentalmente del interrogatorio o anamnesis, del examen físico y de los exámenes complementarios que en medicina crítica suelen ser vastos, radiografías simples, tomografías, múltiples laboratorios de diversa índole, EKG, EEG potenciales evocados, entre otros y cuya filosofía no es justamente reemplazar, sino sólo complementar precisamente la anamnesis y el examen físico.

Esta situación no es del todo compensada por el hecho de que en la medicina intensiva es común que los signos y síntomas estén agrupados con otros, constituyendo distintos síndromes agudos o crónicos agudizados y que al conocer las distintas causas productoras de dichos síndromes se facilite en gran medida la interpretación del cuadro morboso, refrendando el dicho que reza «el síndrome acerca al médico a la etiología».

El ambiente en una terapia intensiva suele ser muy complejo, a veces intimidante a los ojos de observadores externos, con muchos trabajadores de salud en continuo movimiento, desde luego los pacientes graves, conectados a monitores y equipos diversos para mantener la vida, alarmas activándose a cada momento y todo tipo de ruidos y procedimientos de manera simultánea en los cubículos. Dentro de este círculo de tensión se encuentra el médico intensivista que tiene que atender muchas señales e integrar con premura numerosa información relativa a los pacientes a su cargo. Probablemente todos estos factores impiden un contacto físico estrecho con los pacientes, mismo que de existir es limitado, discontinuo, obstaculizado y mal sistematizado. Esta deficiencia en la realización de un buen examen físico por lo regular es tolerada bajo la

premisa no escrita de que será sustituida de manera eficiente por las alarmas de los monitores, ventiladores, bombas de infusión y otros equipos, pasando la clínica tradicional a un segundo plano, en el sentido de realizar un diagnóstico al pie de la cama del enfermo a través del relato de su sintomatología y de los signos obtenidos en la exploración física, contribuyendo así no sólo a cuidados subóptimos, sino también a la deshumanización de la profesión. Basta simplemente con detenerse cualquier día en la central de la UCI y observar a los médicos, enfermeras, inhaloterapeutas que ingresan a los cuartos de intensivos dentro de sus labores diarias; cuántos de ellos realizan un examen físico o al menos tocan al paciente grave que ahí yace.

Por otra parte el examen físico con sus cuatro componentes básicos: inspección, palpación, percusión y auscultación resulta irremplazable cuando, por condiciones diversas como confusión, agitación, coma, afasia, negativismo, simulación o falta de una familia o informantes, no es posible contar con una anamnesis confiable, algo muy cotidiano en las unidades de cuidados intensivos.

Un ejemplo simple de lo antes mencionado es el desarrollo de un neumotórax en un paciente grave, sedado, a veces relajado, sometido entre otros métodos de apoyo vital a ventilación mecánica con PEEP. Esta complicación es muy frecuente, pero se hace evidente hasta que el médico la detecta con bases clínicas y se solicita una radiografía portátil de tórax, cuando el diagnóstico debería sospecharse ante un súbito incremento en las presiones en la vía aérea acompañado de deterioro gasométrico y hemodinámico y hacerse prácticamente con las manos, y si acaso con un estetoscopio, iniciando el manejo de urgencia aun antes de que llegue el personal de radiología a realizar la toma de la placa de tórax que corrobore el diagnóstico.

Mucho de lo que las nuevas generaciones hacen es producto de un proceso de aprendizaje, esto es, repiten lo que ven, lo que se les muestra a diario. Esforzémonos entonces en mejorar nuestras destrezas clínicas a la cabecera del enfermo y de enseñarlas de mejor manera a los médicos residentes, sólo así podrá subsistir esta cadena virtuosa de la medicina clínica ante los embates de la tecnología y la modernidad.

* Editor, INCMNSZ.