

ARTICULO

La ciencia y el arte en el examen físico.

The science and the art in the physical examination.

Luis Rodríguez Rivera

Médico, Internista, Profesor Titular. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Facultad "Finlay-Albarrán". Hospital "Carlos J. Finlay". Calle 114 y 31. Marianao, Ciudad de La Habana.

RESUMEN

Se plantea que las destrezas al examen físico se encuentran en la esfera conativa, no en la cognoscitiva. Por más que se lea y se memorice, sólo se aprende a hacer un examen físico adecuado, haciéndolo, repitiéndolo innumerables veces en enfermos y sanos. Además, al inicio el aprendiz necesita la guía y la retroalimentación de un experto. Si los datos semiológicos no son fidedignos, habrá error diagnóstico casi siempre. El orden de la exploración física no tiene que ser rígido y dependerá de cada paciente y también del médico. Se comenta que se cometen muchos errores en la realización del examen físico que, con frecuencia, se subvaloran. Por último, la relación médico-paciente es muy importante para lograr una exploración física adecuada.

Palabras clave: Examen físico; Semiología; Método clínico; Relación médico-paciente

ABSTRACT

It is assumed that skills to fulfill physical examination stays in the conative sphere, not in the cognitive one. Only it is learnt how to do an adequate physical examination, doing it, and repeating it many times, with patients and healthy persons. Furthermore, the apprentice at the beginning needs the guidance and feedback of an expert. If semiological data are wrong, almost always there will be diagnostic mistakes. The successive steps of the exploration don't have to be rigid and it will depend on each patient and doctor. It is referred that many errors are made during the physical examination, but they are frequently overlooked. At last, the doctor-patient relationship is very important in order to achieve an adequate physical exploration.

Key words: Physical examination; Semiology; Clinical method; Doctor-patient relationship

Hay 2 cosas que no intenta hacer esta revisión, por razones elementales:

1. Describir los pasos internacionalmente aceptados para realizar un examen físico. Para ello se pueden consultar muchas obras.^{1,2}

2. Describir la técnica para realizar este examen. Primero, porque también está en esos libros y segundo y más importante, porque realizar un buen examen físico a un paciente es una habilidad, una destreza, y no un conocimiento. Obviamente, esta técnica y estas habilidades surgieron como una necesidad de los conocimientos adquiridos a lo largo de siglos de ejercicio médico y sobre todo después del nacimiento del enfoque clínico-anatómico o anátomo-clínico, que comenzó sobre bases firmes a fines del siglo XVIII y alcanzó su máximo desarrollo en los siglos XIX y primera mitad del XX.³

Pero deseo repetir que son destrezas, que no se encuentran en la esfera cognoscitiva, sino en la conativa. Por más que se lea y se memorice, sólo se aprende a hacer un examen físico adecuado, haciéndolo, valga la redundancia, es decir, repitiéndolo innumerables veces en los enfermos o en los sanos; pero además, esto no puede ser al inicio una tarea solitaria, sino que el que aprende necesita irremisiblemente la guía y la retroalimentación de un experto, tanto para la semiotécnica como para la semiografía. El semidiagnóstico puede entonces buscarse en los libros. Insistiré nuevamente sobre este problema, que es crucial tanto en el interrogatorio como en el examen físico; si yo afirmo que una tumoración en el cuello está producida por el tiroides y tiene nódulos, o si afirmo que el paciente tiene un soplo diastólico aórtico, sobre esto no puede haber dudas. Mientras existan dudas no puedo hablar de sus causas. Sería tan inútil como buscar al autor de un robo si se duda de que hubo un robo.

Esta es -dicho sea de paso- la limitación que considero más importante al diagnóstico por sistemas

Nota: Este artículo fue publicado originalmente en Ateneo 2000; 1(1):28-31. MEDISUR agradece a sus autores y editores, la aprobación de su reproducción en nuestra revista.

computarizados. Además de que el diagnóstico debe ser siempre individual, analizado, y ello requiere pensamiento y creatividad, no sólo búsqueda mecánica. Si los datos semiológicos -la historia clínica- no son fidedignos, habrá error diagnóstico casi siempre, y estas habilidades semiológicas están sólo en manos de los humanos.

Aunque el examen físico está normado y posee un determinado orden, en la práctica clínica diaria, cuando el que examina ya está capacitado para ello, son evitables las alteraciones de este orden. El paciente entra en la consulta, o es visto en la sala. Él tiene un aspecto, una edad, un peso, un color, un hábito, una marcha, una talla; habla, saluda o se expresa de determinada forma. Y en todo ello existen mensajes semiológicos; además, cuando termina el interrogatorio, es inevitable que el clínico altere el orden, porque va a examinar primero lo que cree afectado mediante este contacto, que por cierto es más importante que el examen físico. En todo este aparente caos, hay arte en primer lugar, porque dependerá de la experiencia, de la intuición, de rápidas e inevitables inferencias que realiza la mente del clínico. Pero estas evidencias, y las inferencias derivadas de ellas, deben aguardar por la corroboración científica que daría un examen más completo y sistemático, además de otras pruebas o exámenes que fuere necesario realizar.

Sin embargo, está perfectamente establecido que con una simple mirada a un paciente se puede hacer con certeza casi absoluta un diagnóstico definitivo de entidades o síndromes. Ejemplo de ello son el mixedema, la enfermedad de Graves-Basedow, la enfermedad de Parkinson, el defecto ectodérmico congénito, la esclerodermia, el síndrome de Raynaud, la gangrena de los miembros, la glositis por desnutrición, la parálisis facial, el síndrome purpúrico, el ictero, los edemas, la disnea, la artritis, las oftalmoplejias, a veces la miastenia gravis, el hemiespasma facial, el temblor y otros. Cuando se encuentre a la simple inspección del paciente alguno de estos hallazgos, será imposible un diagnóstico final de éste sin que ellos sean considerados y explicados.

Pero esta es sólo la inspección. Como sabemos, para realizar un examen físico completo disponemos además de la palpación y la percusión. Todo ello es posible tan sólo con nuestras manos y nuestro cerebro. Se añade la auscultación, examen imprescindible, cuyo simple pero extraordinario instrumento de ejecución debemos al gran Laennec. Otros recursos modestos como el martillo y el diapason sirven para completar el examen físico.

Cada uno de estos aspectos tiene su importancia, aunque quizás la inspección sea el más completo, porque permite apreciar datos generales, regionales y de casi todos los aparatos y sistemas. Pero los 4 métodos (inspección, palpación, percusión y auscultación) son necesarios y cada uno tiene su indicación, su utilidad y sus hallazgos específicos.

Cuando empecé a hacer exámenes físicos de estudiante y de médico joven, recuerdo que era sistemático, riguroso en mantener el orden establecido. Las historias clínicas de

aquella época traían el orden impreso y un recordatorio de qué cosa buscar en cada acápite y suficiente espacio para describirlo todo. Recuerdo también que mis profesores no aceptaban descripciones breves o incompletas. Una tumoración debía describirse con localización, tamaño, consistencia, color, movilidad y todo otro detalle que ayudara a aclarar su naturaleza. En aquellas historias no existían las cruces, que podrán ser útiles para algunos datos menores que terminan solamente en sí o no, pero que no sirven en una gran cantidad de datos del interrogatorio y el examen físico. Se evitaba también la inferencia, aunque si las cosas eran muy evidentes, se admitía después de la descripción detallada un comentario como: y parece corresponder a....

Considero que al inicio es necesario seguir un orden riguroso en el examen físico, lo que producirá como resultado principal grabar de manera indeleble en la memoria del médico todo lo que debe recogerse o explorarse, lo que evita omisiones que a veces pueden ser costosas para el diagnóstico.

Desgraciadamente, en los últimos tiempos se han venido deteriorando cada vez más las habilidades para el examen físico, de manera que en todos los casos que se me consultan, hago personalmente una revisión de los aspectos del examen que considero necesarios.

Este deterioro es universal y está analizado en otros trabajos.^{4,5} Las causas son variadas y complejas. En primer lugar, la subvaloración injustificada de la clínica.

Como he dicho y argumentado en nuestra reunión anterior, hoy, paradójicamente, hace falta más clínica que cuando yo me gradué hace más de 40 años. Otra razón es el desarrollo de las especialidades que han hecho escasos en las salas de Medicina Interna de los hospitales docentes de pregrado algunos tipos de pacientes, en especial los que presentan valvulopatías y otros con afecciones neurológicas. No obstante, considero que esta última razón es secundaria y que sigue existiendo la posibilidad, si hay interés y dedicación, de aprender a realizar bien un examen físico.

Debo señalar después de años de experiencia y teniendo además otros recursos de exploración más fidedignos, que algunas exploraciones que antes tenían vigencia, hoy se practican poco. Un ejemplo puede ser la percusión del área cardíaca. El ultrasonido, un examen sencillo e incruento ha vuelto preciso el examen de la vesícula biliar, del corazón y del tracto urinario, de manera que los puntos vesiculares, renopieloureterales y a veces los propios hallazgos auscultatorios, exigen la verificación por este método. Además, después de conocer de manera fidedigna lo que debe ser explorado, la antigua sistematicidad y orden se ha modificado.

El que habla, al examinar pacientes nuevos en consulta externa, integra el examen general, regional y el examen por aparatos y sistemas en uno solo, donde se comienza por la cabeza, el cuello, el tórax, el abdomen, la espalda, los genitales, las piernas y se termina en los pies. Se explora cuero cabelludo, piel, faneras, lengua, tiroides,

regiones supraclaviculares, pulsos arteriales, examen del aparato respiratorio, circulatorio y digestivo, estado de la columna vertebral, mamas en la mujer, existencia o no de visceromegalias, estado circulatorio de los miembros y cualquier otro examen que se crea imprescindible. Recuerdo que un melanoma metastásico, cuyo tumor primario no aparecía, fue descubierto en la autopsia por el patólogo. Se trataba de un pequeño melanoma situado en la cara lateral de la región glútea derecha. Por eso, con maniobras que respeten el pudor, es necesario que el examen sea muy completo. El examen más complejo, el del sistema nervioso, se puede hacer en 5 pasos. En primer lugar en interrogatorio bien practicado se detecta fácilmente cualquier alteración grosera del estado de conciencia o del estado mental. La facies y la marcha también se observan de entrada. La motilidad en su conjunto permite explorar rápidamente la presencia de parálisis, así como la taxia y la función cerebelosa, además de la presencia de movimientos involuntarios. Los pares craneales se pueden explorar con maniobras sencillas y rápidas. Más tiempo llevaría la exploración del olfato o del gusto, cuando fueren necesarios. Finalmente la sensibilidad, salvo las alteraciones muy finas, se expresa por manifestaciones subjetivas casi nunca ausentes, que permiten sospecharlas y detectarlas luego al examen. La ciencia en el examen físico está en la sistematicidad de la exploración y en la precisión de los hallazgos. Para ello

es necesario el arte, que a mi juicio está en la perfección y maestría de la semiotecnia. Dicen Mc Bryde y Blacklow que para el arte de la entrevista no hay sustituto para el interés genuino, no sólo en los problemas del paciente, sino también en el paciente mismo.⁶ Este interés debe incluir el cuidado en la comunicación extraverbal, que puede transmitirse por los gestos del médico durante el examen, así como la consideración y el respeto que exigen maniobras que colocan al enfermo en un estado que remeda al de la indefensión ante el dominio de otro. Un examen de esta naturaleza, con este arte, muchas veces termina con algunas barreras o defensas psicológicas que el enfermo había tenido durante el interrogatorio previo, y se altera el orden, y el interrogatorio continúa después del examen físico. En esta flexibilidad del médico para adaptarse a las características individuales de su paciente, hay también arte y ciencia.

Hay que decir, finalmente, que hay arte en la ciencia y ciencia en el arte y que en una actividad tan compleja como la relación médico-paciente no resulta prudente subvalorar la parte humana y exaltar la puramente científica, porque en la clínica existe observación y relación; ambas son interdependientes. Sin una buena relación, la observación se deteriora o resulta incompleta y ello daña al paciente y por supuesto, a la propia ciencia clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Piñeiro Corpas. Clínica semiológica. Ed. Rev,1962.
2. Llanio Navarro R y cols. Propedéutica clínica y fisiopatología. Ed. Pueblo y Educación, C. Habana, 1982.
3. Foucault, M. Incorporación del hospital a la tecnología moderna. Educ Med Salud Vol 12, No. 1, 1978.
4. Wiener and Nathanson M. Psysical examination: frequent observed errors. JAMA 236(7):852-855, 1976.
5. Rodríguez Rivera L. Fundamentación de la necesidad actual del dominio del método clínico. En prensa. OPS, 1995.
6. Mc Bryde CM, Blacklow RS. Síntomas y signos. 5ta edición. Edit Interamericana, 1973.