

# Ventajas y limitaciones de la clínica en Cuidados Intensivos Pediátricos

J. Casado Flores

*Exjefe del Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.  
Profesor emérito de Pediatría Universidad Autónoma de Madrid.*

## INTRODUCCIÓN

Desde Hipócrates la clínica es la base de la medicina en general y de la pediatría crítica en particular. Es la que permite realizar el diagnóstico, observar la evolución del paciente, detectar las complicaciones y comprobar la eficacia o la futilidad del tratamiento. Es por tanto el arte que deben cultivar los médicos asistenciales, el oficio que deben aprender y enseñar los facultativos, dedicados al tratamiento de los niños críticos. La clínica no puede sustituirse por pruebas complementarias ni aparataje de observación y tratamiento, es precisamente la que decide que pruebas complementarias y medidas de soporte se precisan, es la que generalmente decide la complejidad de la monitorización e intervención diagnóstica o terapéutica. Esto que deberá ser un principio básico de la medicina a veces se olvida obviándose la exploración clínica minuciosa como algo poco útil.

## ¿QUE ES LA CLÍNICA?

La clínica es la investigación adecuada de la anamnesis, la historia personal y familiar junto con la obtención e interpretación adecuada de los signos y síntomas obtenidos de la exploración física. Esta se basa en la inspección, la palpación, la percusión e interpretación de los ruidos emitidos por el paciente, audibles de manera simple o a través del fonendoscopio. Todos estos pasos son imprescindibles, especialmente en los pacientes gravemente enfermos. Sin embargo cuando existe una urgencia vital como la insuficiencia respiratoria o cardiocirculatoria, hemorragia grave o convulsiones, se procederá a restablecer las funciones respiratorias, cardiocirculatoria, a controlar la hemorragia o a suprimir las crisis convulsivas antes que a realizar una anamnesis y exploración detallada. Incluso en el niño grave el clínico debe preguntar al paciente, a sus familiares o a sus cuidadores por los síntomas o signos que a estos le preocupa (¿qué sucede?) intentando extraer la máxima información (¿desde cuándo?), la frecuencia, a que lo atribuyen o cómo se desencadena.

Realizar una buena y rápida anamnesis, requiere pericia para no perderse entre datos intrascendentes, también experiencia para preguntar sobre aquellos síntomas o signos clave para el proceso en cuestión. El interrogatorio clínico también debe realizarse lógicamente al personal de enfermería que cuida al paciente ¿qué le sucede? ¿desde cuando? ¿a que lo atribuye el enfermero? Y no solo cuando sucede un evento indeseable o imprevisto sino como una rutina cuyo objetivo es tener información de la evolución del paciente, única forma de conocer si esta es la esperada o diferente a la prevista

## ¿PARA QUÉ SIRVE LA CLÍNICA?

Aunque parezca obvio porque algunas veces se la infravalora, es imprescindible para el diagnóstico y el seguimiento del niño grave. Los sistemas de monitorización y control electrónicos, mecánicos y de ultrasonidos pueden medir muchas variables fisiológicas hemodinámicas, respiratorias y neuro-

lógicas, pero no pueden sustituir a la clínica porque en general aquellas no pueden evaluar signos y síntomas cualitativos, subjetivos o imprecisos que son decisivos para el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes.

La identificación de la mayoría de las situaciones críticas como la insuficiencia de los órganos vitales de la economía (respiratoria, cardíaca, circulatoria, hepática, renal) abdomen agudo, anafilaxia, asma, cianosis, convulsiones, deshidratación, hipertensión intracraneal, intoxicación, laringitis, neumotórax, neumonía, obstrucción respiratoria, politraumatismo...) se realizan exclusivamente a través de la clínica, no de pruebas complementarias ni de aparataje aunque estos ayudan posteriormente.

La monitorización de las variables fisiológicas es decisiva para el diagnóstico de los niños ingresados en la UCIP, para conocer la utilidad del tratamiento también para detectar las complicaciones. El mejor vigilante es el médico que observa, palpa y escucha los ruidos que emiten el paciente y las máquinas de tratamiento y vigilancia, es el cerebro humano el que interpreta toda esta información lo que le permite no solo diagnosticar, también adelantarse a los problemas imprevistos. Aunque la monitorización continua de las variables fisiológicas en las UCIPs depende de aparatos electrónicos o mecánicos, otras variables clínicas decisivas no pueden monitorizarse ni medirse de manera electrónica como el nivel de conciencia, el relleno capilar, el olor corporal o del aliento, la movilidad del paciente, el confort, o el color de la piel y mucosas. Su color y calor son indicativos de la perfusión de la sangre al lecho capilar y de la oxigenación de los tejidos, de forma que puede afirmarse que un niño con buen color y calor de la piel de las zonas acras tiene normalidad circulatoria y respiratoria y en consecuencia buena oxigenación tisular. Múltiples estudios ha demostrado que la supervivencia de un órgano tiene una relación directa con el aporte de oxígeno a dicho órgano.

El éxito del médico en general y del intensivista pediátrico en particular, depende en gran parte de su conocimiento, habilidad y juicio clínico y ello forma parte de sus habilidades clínicas. Además para que los pacientes y sus familiares valoren adecuadamente la calidad de los servicios sanitarios prestados en las UCIPs y para que su grado de satisfacción sea elevado, es necesario que el clínico tenga empatía con el paciente, sensibilidad y experiencia atributos que tampoco pueden sustituirse por dispositivos electrónicos ni mecánicos

## EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física es un arte para el que se requiere aprendizaje y paciencia. Debe ser completa, no solo de los órganos y sistemas afectados, debe realizarse siguiendo una secuencia que permita contestar los siguientes interrogantes obtenidos mediante la inspección ¿qué veo? (inspección) ¿qué oigo? (auscultación e interpretación de los ruidos que emite el paciente), ¿qué toco? (palpación) y por último percusión. Ninguno de estos pasos puede obviarse, todos son necesarios en la exploración clínica, ninguno de ellos puede sustituirse por monitores electrónicos ni máquinas de observación, aunque evidentemente estos son necesarios en muchas ocasiones.

Una rápida inspección es imprescindible especialmente en los pacientes graves..

La inspección detenida es decisiva tanto para el diagnóstico como para conocer la evolución del niño grave, esto requiere tiempo y pericia para ver, oír e interpretar adecuadamente los múltiples signos y síntomas que el cuerpo humano pone de manifiesto tanto en la situación de enfermedad como de normalidad.

La valoración clínica incluye la palpación tanto de la piel, como de las articulaciones, algunos órganos abdominales, masas, adenopatías, piel y tejido celular subcutáneo.

El buen pediatra intensivista debe estar continuamente utilizando sus manos para obtener a través del pulpejo de sus dedos información decisiva para el diagnóstico y seguimiento de múltiples patologías.

Interpretar adecuadamente los ruidos, generalmente respiratorios, con o sin fonendoscopio ayuda tanto al diagnóstico como al seguimiento de los pacientes. La tos, el estridor y el quejido respiratorio son signos que indican patologías respiratorias a distintos niveles cuyo tipo e intensidad permite conocer el diagnóstico y el empeoramiento o mejoría.

Los ruidos peristálticos intestinales permiten conocer la aparición de tránsito intestinal después de la cirugía abdominal. Otros ruidos extrapulmonares como la crepitación ayuda a determinar la existencia y el nivel del enfisema subcutáneo.

Escuchar el habla del paciente permite conocer su nivel de conciencia y de orientación en el espacio y en el tiempo, la existencia de recuerdos o amnesias y el grado de confort. Con esta información se puede elaborar escalas diagnósticas o de intensidad de gravedad tanto general como de patologías concretas.

En definitiva escuchar e interpretar los diferentes sonidos que emite el paciente es imprescindible para el diagnóstico, también para su seguimiento evolutivo. Esto no puede hacerse a través de monitores, solo la clínica ayuda a utilizar estos signos y síntomas claves para el futuro de algunas situaciones graves.

Con la percusión abdominal se puede conocer la existencia de ascitis y su intensidad, mientras que el timpanismo apoya el diagnóstico de parálisis intestinal. Conocer el tamaño del hígado y bazo obliga a la percusión repetida de estas vísceras, información decisiva para el diagnóstico de patologías intraabdominales, torácicas o sépticas.

En definitiva la anamnesis dirigida y la exploración física determinan los diagnósticos fisiopatológicos, a veces también etiológicos, indican el tratamiento urgente, las determinaciones complementarias y la monitorización adecuada. La clínica ajusta también los tratamientos fisiopatológicos y etiológicos posteriores así como los estudios necesarios hasta el alta de la UCIP.

## ESTRÉS, DOLOR Y CONFORT

El miedo, la ansiedad, y el dolor solo puede detectarse mediante la clínica, generalmente a través de la inspección. A pesar de los múltiples esfuerzos para prevenir la ansiedad y el dolor, estas sensaciones desagradables afectan a demasiados niños ingresados en las UCIPs.

El dolor se asocia a la enfermedad, a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y al miedo a experimentar dolor a lo desconocido. Para tratar el miedo, la ansiedad y el dolor es necesario detectarlo mediante la observación cuidadosa de la conducta del paciente, su expresión facial y corporal, (muecas, frunción de entrecejo, gemidos, mecerse, llanto, cólera), o por la alteración de las constantes fisiológicas (frecuencia cardíaca, tensión arterial, hiperventilación, sudoración), también por la comunicación del paciente cuando por edad y desarrollo cognitivo puede hacerlo.

La eficacia del tratamiento farmacológico, (en la actualidad se dispone de múltiples agentes, analgésicos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos), solo puede evaluarse también mediante la clínica. Algunos de estos fármacos, producen fenómenos de tolerancia que obliga a aumentar la dosis para conseguir el efecto deseado, con el riesgo posterior de abstinencia. En consecuencia la evolución del dolor y la ansiedad, el efecto del tratamiento farmacológico y la aparición del síndrome de abstinencia, solo puede detectarse evaluándose con la clínica.

La sensación de estrés que en los pacientes y sus familiares produce la contaminación acústica de las alarmas de los monitores y aparatos de vigilancia

o tratamiento, sin que estas alarmas se anulen, pueden paliarse descendiendo su intensidad, utilizando tapones o auriculares con música, disminuyendo su efecto nocivo. Los niños conscientes perciben mayor calidad asistencial y de cuidados, y menor agresividad cuando sus padres permanecen tranquilos a su lado, cuando se sienten protegidos por las madres, las caricias y palabras de sus protectores. Estos también se sobresaltan con las alarmas y el ruido del aparataje de las UCIPs, que con demasiada frecuencia sobrepasan de 80 dB cuando se sabe que no deberán pasar de 20 dB-40 dB durante el día y la noche, respectivamente. El clínico contribuye a esta seguridad, pero solo cuando permanece cerca o al lado del paciente y cuando su información es real, amigable y cercana.

## ESCALAS DE GRAVEDAD Y DIAGNÓSTICAS

Las escalas diagnósticas de gravedad y de eficacia terapéutica han permitido estratificar grupos homogéneos de pacientes y/o situaciones graves que han posibilitado comparar la mortalidad, morbilidad, eficacia de intervenciones terapéuticas y gravedad. Estas escalas han posibilitado avanzar en el conocimiento de los niños críticos porque facilitan estudios multicéntricos y agrupación de situaciones homogéneas. Existen y se utilizan múltiples escalas, una sola clínica (escala de coma de Glasgow, escala de valoración del esfuerzo respiratorio, de trauma pediátrico y de confort, de dolor, de laringitis, de Silvermen, etc). Otras son clínicas y analíticas (escalas Word-Downw, índice pediátrico de mortalidad, PRISM III, O-PRISM, PELOD, meningococcal septic shock score) y otros son solo analíticos. Para la aplicación de la mayoría de estas escalas, sin los cuales no podría conocerse si la insuficiencia respiratoria, el coma, el dolor, el confort o la abstinencia aumentan o disminuyen, es imprescindible la aplicación de variables clínicas que lógicamente solo pueden registrarse a través de la observación.

## LIMITACIÓN DE LA CLÍNICA

Siendo la clínica imprescindible y mandatoria para decidir la aplicación de vigilancia electrónica, monitorización química (gasto cardíaco por termodilución o dilución mediante trazador, oxigenación transcutánea), mecánica (presión respiratoria) o ultrasonográfica (doppler).

La realización o no de pruebas complementarias, la clínica tiene las siguientes limitaciones:

### Intermitencia

La evaluación clínica no puede realizarse de manera continua sino intermitente. No es posible medir el nivel de conciencia, el tamaño de las vísceras abdominales o las pupilas, ni auscultar el corazón o el pulmonar, de manera continua.

### Subjetividad

La interpretación de las variables clínicas sufren de cierta subjetividad, el mismo síntoma o signo puede ser visto u oído de manera algo diferente por los distintos exploradores, por ello el grado de concordancia de algunos de los datos clínicos, como el dolor, la ansiedad o el estado general, encontrado por distintos facultativos, no es elevado. La experiencia, el cansancio y la implicación personal del explorador influyen también en la subjetividad de la clínica.

### Lentitud

El entrenamiento, la obtención adecuada de la anamnesis y de la exploración clínica, así como su interpretación y conjugación de todos estos datos requiere de un largo proceso basado en la paciencia, la observación, la repetición el estudio y el análisis de los errores. El buen clínico necesita tiempo para la meditación, el estudio y la crítica y un tiempo variable pero no corto para el aprendizaje de estas habilidades.

### Falta de Registros

Muchos aspectos clínicos no puede registrarse con gráficos, números o registros concisos o concretos sino mediante texto de descripción y juicios. La valoración clínica se describe en la mayoría de los casos a través de texto escrito que intentan definir la situación del paciente, las dudas diagnósticas,

el juicio clínico y la evolución de tal forma que solo leyendo la anamnesis y el descriptivo es posible que otro facultativo o el mismo se puedan hacer una composición de la situación real del paciente.

### **Implicación personal**

Para que la valoración clínica sea eficaz es necesario hacerla con paciencia y repetición, esto obliga a permanecer al lado del paciente durante largos y frecuentes periodos de tiempo. Se establece así con frecuencia una relación afectiva, una implicación personal que puede ser especialmente intensiva y dolorosa con los niños con estancias prolongadas o repetidas como los pacientes oncológicos, neuromusculares y crónicos. Por ello algunos intensivistas pediátricos sufren de ansiedad de cercanía, situación que no se produce cuando la vigilancia es despersonalizada y lejana a través de monitores centralizados. La implicación personal puede alterar la objetividad y la precisión de la exploración clínica.

### **Espejismo**

Consiste en ver lo que no existe, fenómeno que confunde al clínico cuando interpreta la coloración sonrosada de la piel del paciente intoxicado por CO

con la buena perfusión y oxigenación capilar, la coloración sucia pseudo-cianótica de la hipercapnia con sepsis o la coloración amarilla de exceso de carotenos en sangre con ictericia. Estos fenómenos de espejismos disminuyen o desaparecen con la experiencia y el entrenamiento del explorador.

Sin embargo para ser buen clínico es preciso el entrenamiento paciente de diversas habilidades clínicas basadas en la observación, la repetición y el análisis de los errores.

En resumen el clínico es insustituible, la inspección, palpación, percusión y auscultación no lo pueden realizar las máquinas. Tampoco el diagnóstico ni la observación de la evaluación del paciente, especialmente de algunas parámetros claves para la detección precoz de complicaciones y para la buena percepción de calidad asistencial.

Aunque no disponemos de metodología para medir con objetividad los beneficios de la presencia del clínico en la cabecera del paciente, probablemente las ventajas en términos de morbilidad, mortalidad, calidad percibida, anticipo de complicaciones y prevención debe ser elevado. Es seguro que la exploración clínica ofrece ventajas para el paciente y sus familiares tanto o más como el soporte tecnológico que reciben muchos de los pacientes críticos.