

VALOR DEL INTERROGATORIO EN EL DIAGNÓSTICO

Dr. Miguel Ángel Moreno Rodríguez

"Déjeme tomar la historia y yo aceptaré la palabra de lo que un buen internista encuentre al examen físico"

Cyril Mitchell Mac Bryde. 1949.

RESUMEN

Se investigó el valor que el interrogatorio tiene en el diagnóstico, por medio de la anamnesis recogida por 48 estudiantes del último año de la carrera de medicina (Internos) a 96 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina de un gran hospital universitario. Se hizo el diagnóstico de la afección principal que motivó el ingreso en el 52,1 % de los enfermos (50 casos) y en relación con el total de los diagnósticos (principal y secundarios) se efectuó en el 54,0 %. Los resultados confirman que el interrogatorio es la herramienta más importante en el diagnóstico de las enfermedades.

Descriptor DeCS: ANAMNESIS; DIAGNOSTICO CONSTITUCIONAL; EXAMENES MEDICOS; HOSPITALIZACION; REGISTROS MEDICOS.

En la búsqueda del diagnóstico individual en un enfermo, los médicos disponen exclusivamente de 3 fuentes de información: el interrogatorio, el examen físico y los análisis de laboratorio, entendiéndose por éstos, todos los exámenes complementarios, de cualquier tipo que sean.

En la evolución histórica de la medicina, lo primero fue el interrogatorio y el examen físico, con un mayor desarrollo en las habilidades de la anamnesis. La medicina clásica griega, en particular la de *Cos*, logró un alto desenvolvimiento de ambos procedimientos;^{1,2} pero en la Edad Media y todavía en los siglos inmediatos posteriores, quedaron estancados e incluso sufrieron un retroceso³ a consecuencia del paralizante dominio del galenismo y la escolástica en

la medicina, viniendo a lograr su máximo desenvolvimiento en el siglo XIX, "el siglo de la clínica".⁴ Los exámenes complementarios, si se exceptúa la necropsia, quedaron incorporados al diagnóstico en las últimas décadas de esa centuria y lograron en algo más de medio siglo, un extraordinario desarrollo.

Con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial y, sobre todo, alrededor de 1970⁵ comenzó una acelerada revolución tecnológica en la medicina, de tal valor, precisión y envergadura que ha provocado en muchos médicos cuestionarse la importancia actual del interrogatorio y el examen físico en el diagnóstico.⁶

Sin embargo, numerosas investigaciones desde hace más de 40 años, han mos-

trado que el interrogatorio hace por sí solo el diagnóstico entre el 56 y el 76 % de los enfermos⁷⁻¹² y para algunos investigadores la cifra es todavía mayor.¹³

El presente estudio muestra el valor del interrogatorio en el diagnóstico, en este trabajo con un grupo de estudiantes del último año de la carrera (Internos) y pacientes hospitalizados en un gran hospital universitario, un diseño que no hemos encontrado en la literatura revisada, nacional e internacional.

MÉTODOS

Participaron en la investigación todos los internos del curso académico 1998-1999 del Hospital "Dr. Carlos J. Finlay" (48 alumnos: 33 mujeres y 15 hombres), cuyo servicio de Medicina Interna cuenta con 161 camas, 7 salas, 9 grupos básicos de trabajo (GBT) y atiende una población de aproximadamente, 400 000 habitantes.

Cada interno entrevistó a 2 pacientes hospitalizados (96 pacientes en total) de salas o GBT distintos al suyo y a los cuales conoció en el momento de la entrevista. Ningún enfermo fue interrogado más de una vez. La investigación duró 8 meses.

Para la selección del enfermo, el autor solicitó rotativamente a cada docente, Jefe de GBT, 2 ó 3 pacientes, con la única condición que no tuviesen limitaciones en la comunicación verbal, sin tener en cuenta la complejidad de los diagnósticos establecidos hasta ese momento. Casi todas las entrevistas se efectuaron por las tardes, junto a la cama del paciente y sólo si no existían condiciones se le llevó a un cubículo aislado. En las entrevistas sólo participaron el alumno, el enfermo y el autor.

El primer día de rotación de Internos el autor dio una explicación inicial a todo el grupo, que fue repetida individualmente

el día de cada entrevista, especificó que aunque se trataba de la historia de la enfermedad actual podrían interrogarse cuantos aspectos se estimasen necesarios de la anamnesis remota, interrogatorio por aparatos, historia psicosocial o cualquier otro dato con vistas a establecer los diagnósticos. Las entrevistas nunca fueron los días posguardia del alumno. Se obtuvo el consentimiento previo de todos los pacientes.

Se usó un modelo de encuesta que recogió el nombre, edad, sexo, escolaridad de los pacientes y diagnósticos por el interrogatorio. En las semanas posteriores, el autor extrajo del archivo cada una de las historias clínicas y luego de un completo estudio de todo el documento, estableció los diagnósticos definitivos.

Se establecieron 4 categorías de diagnósticos:

1. Diagnóstico principal de ingreso: se refiere a la condición específica que determinó el ingreso. Si un paciente diabético e hipertenso ingresaba por una pielonefritis aguda, ésta última sería el diagnóstico principal.
2. Total de diagnósticos: se refiere a todos los diagnósticos establecidos. En el caso anterior serían diabetes mellitus, hipertensión y pielonefritis aguda.
3. Diagnósticos de egreso: los establecidos por el autor de la revisión de las historias clínicas.
4. Diagnósticos aportados por los enfermos: las enfermedades que el propio paciente conocía padecer y que refirió al alumno como parte de la entrevista.

RESULTADOS

Cincuenta pacientes fueron mujeres (52 %) y 46 hombres (48 %). Las edades extremas fueron 16 y 89 años y el prome-

dio fue de 46,8 años. Predominó el grupo de 50 a 69 años (40,6 %). El 30 % tenía 60 ó más años.

El nivel escolar más frecuente fue el secundario (32,3 %), seguido por el primario (26,0 %), preuniversitario (23,0 %), técnico medio (10,4 %) y universitario (6,2 %). Sólo 2 pacientes (2,1 %) eran analfabetos.

En relación con el diagnóstico principal de ingreso se plantearon 130 en los 96 pacientes, porque se hizo un solo diagnóstico en 66 casos, pero en 21 pacientes se hicieron 2 y en 4 casos, 3 planteamientos diagnósticos diferentes. El 50,8 % de todos ellos se confirmó.

Se hizo el diagnóstico principal de ingreso en el 52,1 % de los enfermos (50 casos). En relación con el total de diagnósticos se realizaron 191 en los 96 pacientes, de los cuales se confirmaron el 54 % (103 diagnósticos).

En la tabla 1 se aprecia el porcentaje de diagnósticos realizados en los 96 pacientes en relación con el total de diagnósticos de egreso, desglosados por aparatos y sistemas.

TABLA 1. *Relación entre diagnósticos realizados y diagnósticos al egreso*

Afecciones (aparatos o sistemas)	Diagnósticos de egreso	Diagnósticos por el interrogatorio	
		No.	%
Cardiovascular	39	26	(66,7)
Respiratorio	38	23	(60,5)
Genito-urinario	19	9	(47,4)
Endocrino-metabólico	24	11	(45,8)
Infecioso	17	7	(41,2)
Hemolinfopoyético	13	5	(38,5)
Soma-colagenosis	14	4	(28,6)
Neurológico	15	4	(26,7)
Digestivo	45	8	(17,8)
Misceláneas ¹	18	6	(33,3)

¹ Miscelánea: Psiquiatría, Ginecología, Oftalmología, Otorrinolaringología y "no patología".

Los propios pacientes aportaron 70 de los diagnósticos hechos por los alumnos. De ellos se confirmaron 74,3 % (52 diagnósticos) y no fueron confirmados 25,7 % (18 diagnósticos).

AFECCIONES DIAGNOSTICADAS POR EL INTERROGATORIO (POR ORDEN ALFABÉTICO)

- Asma bronquial
- Anemia ferripriva
- Amebiasis intestinal (disentería)
- Adenoma de próstata
- Bronquitis crónica
- Cefalea tensional
- Cardiopatía isquémica
- Cáncer del pulmón
- Cirrosis hepática
- Diabetes mellitus
- Esclerodermia
- Esofagitis
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Gastritis crónica
- Glomerulonefritis
- Glaucoma
- Hepatitis viral aguda
- Hepatitis crónica
- Hipovitaminosis
- Hipertensión arterial
- Insuficiencia cardíaca
- Insuficiencia renal crónica
- Insuficiencia venosa de las piernas
- Leptospirosis
- Migraña
- Menière (enfermedad)
- Meningitis bacteriana
- Neurosis depresivo-ansiosa
- Nefropatía diabética
- Neumonía bacteriana
- Osteoartritis degenerativa
- Osteocondritis
- Pielonefritis aguda
- Síndrome nefrótico

- Sin afección
- Síndrome de Sheehan
- Síncope vaso-vagal
- Trombosis de cápsula interna
- Trombosis talámica
- Vasculitis

DISCUSIÓN

En la tabla 2 se presentan las diferentes investigaciones que conocemos han aparecido en la literatura acerca del valor del interrogatorio en el diagnóstico.

Como se aprecia, los valores fluctúan del 56 al 76 %. *Peterson*¹² cita a un investigador llamado *Gruppen*, que reportó en 1988, en una conferencia anual de la Asociación de Colegios Médicos Americanos, 90 % de diagnósticos, hechos por médicos en 119 casos ambulatorios y *Sackett y otros*¹⁴ señalaron a otro autor, *Crombie*, el cual documentó en 1963 que el 88 % de los diagnósticos en atención primaria (ambulatoria) se hacían interrogando.

En nuestro estudio, donde sólo se investigó el valor del interrogatorio, el hallazgo de 52,1 % de diagnósticos es un resultado inferior a todos los reportados; pero debe tenerse en cuenta que se trató de pacientes ingresados y de estudiantes de medicina. En el estudio de *Young y Po-*

ses,¹⁰ que es el único en el cual participaron estudiantes, no aparece definido claramente el año de estudio y no se hizo directamente con pacientes. El objetivo fue evaluar las actitudes de los alumnos hacia el interrogatorio y el examen físico, pidiéndoles establecer en una escala de 0 a 100 lo que consideraban la contribución relativa del interrogatorio, examen físico y los análisis de laboratorio al diagnóstico, luego de concluir una rotación dirigida por medicina interna y según las experiencias que habían tenido con los pacientes.

Existe una importante diferencia entre enfermos ambulatorios y hospitalizados. *Barsky*¹⁵ ha señalado que del 68 al 92 % de los pacientes que son atendidos en consultas externas, tanto públicas como privadas, no tienen una seria enfermedad, que sólo 41 % de los problemas que se identifican en ellos son claramente somáticos y con mucha frecuencia el diagnóstico que se hace por el médico es de "no enfermedad". La situación difiere en los enfermos hospitalizados: las edades tienden a ser superiores (un gran número de ancianos), están más enfermos, más complicados y no pocos aquejan una enfermedad terminal.¹⁵⁻¹⁹ *Mona Britton*²⁰ ha destacado que en la población enferma con edades avanzadas, los errores diagnósticos son más frecuentes, criterio igualmente compartido por *Zeman*.²¹

TABLA 2. Valores del interrogatorio, el examen físico y los análisis complementarios, en el diagnóstico

Año	País	Autores	Personal	No. casos	Pacientes	Resultados (%)		
						Interrogatorio	Examen físico	Laboratorio
1975	Inglaterra	<i>Hampton y otros</i>	Médicos	80	Ambulatorio	(82,6)	(8,7)	(8,7)
1979	EUA	<i>Sandler</i>	Médicos	630	Ambulatorio	(56)	(17)	(23)
1983	EUA	<i>Young Poses</i>	Alumnos	-	-	(62)	(17)	(20)
1987	EUA	<i>Rich y otros</i>	Residentes y docentes	-	-	(576)	(2,41)	(2,49)*
1992	EUA	<i>Peterson y otros</i>	Especialistas	80	Ambulatorio	(76)	(12)	(11)

* La medida utilizada fue un score.

También en nuestro medio, aunque todavía con numerosas diferencias, se asiste a una situación de cambio en los ingresos hospitalarios y en el caso del Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar Central "Carlos J. Finlay", se ingresan muchos pacientes ancianos y complejos. Ya vimos que casi un tercio de los enfermos tenían más de 60 años y 40,6 % entre 50 y 69 años.

*Sandler*⁹ halló que el interrogatorio dió el diagnóstico en el 67 % de los problemas cardiovasculares, en el 63 % de los neurológicos, en el 53 % de los urinarios, en el 47 % de las afecciones respiratorias y en el 32 % de las endocrinas. En nuestra serie se hizo el diagnóstico en una cifra similar de los problemas cardiovasculares (66,7 %), algo menos en los urinarios (47,4 %) y mucho mayor en los respiratorios (60,5 %) y endocrinos (45,8 %); pero fue considerablemente inferior en los neurológicos (26,7 %). Es interesante destacar que tanto en su estudio como en el nuestro, el índice más bajo se obtuvo en las afecciones digestivas (27 % y 17,8 % respectivamente). En estas enfermedades

se requiere de un énfasis particular en el interrogatorio; se conoce el clásico aforismo de *Moynihan*: «en patología digestiva el interrogatorio lo es casi todo y el examen físico apenas nada».²²

El grado de positividad se incrementó ligeramente a 54 % cuando se tuvo en cuenta no sólo el diagnóstico principal de egreso, sino todos los diagnósticos.

Los enfermos aportaron 70 afecciones, que en su mayoría fueron aceptadas por los internos y confirmadas 52 de ellas (74,3 %). Esto significa que 1 de cada 4 de estas afecciones no eran válidas y cabe destacar entre ellas la hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus y asma. Siempre hemos creído que una conducta sana y conveniente es recibir con cautela tales "diagnósticos", dudando de ellos mientras no se confirmen, pues se trata de "información terciaria" como han definido *Platt* y *McMath*²³ o "rótulos" como señaló *Hutchinson* en uno de sus famosos consejos médicos ("No confunda un rótulo con un diagnóstico").²⁴ Una actitud de escepticismo razonable ayuda a no incurrir en errores.

SUMMARY

The value of the interview for making the diagnosis was investigated by using the anamnesis collected by 48 medical students from the last year (interns) among 90 patients admitted in the Medicine Service of a major Teaching Hospital. The diagnosis of the main affection causing the admission was made in 52.1% of the patients (50 cases), whereas in connection with the total of diagnoses (main and secondary) it was made in 54.0%. The results confirm that the interview is the most important tool in the diagnosis of diseases.

Subject headings: MEDICAL HISTORY TAKING; DIAGNOSIS, CONSTITUTIONAL; MEDICAL EXAMINATION; HOSPITALIZATION; MEDICAL RECORDS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garrison FH. Introducción a la historia de la medicina. Madrid: Calpe, 1921;t1:82-106.
2. Rey A. La madurez del pensamiento científico en Grecia. México, DF:UTEHA,1961:292-303.
3. Castro R De. Edad media. En: Historia de la medicina. Buenos Aires: El Ateneo, 1944:63-85.
4. Lyons AS, Petruceli RJ. An illustrated history of medicine. New York: Harry N Abrams, 1978:511-7.

5. Sapira JD. The art and science of bedside diagnosis. Baltimore: Urban and Schwarzenberg, 1990:XIII-XIV.
6. Moreno Rodríguez MA. El método clínico: recopilación de artículos. La Habana: Imprenta de las FAR, 1998:54-62.
7. Bauer J. Diagnóstico diferencial de las enfermedades internas. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1962:X.
8. Hampton JR, Harrison MJC, Mitchell JRA, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history-taking, physical examination and laboratory investigations to diagnosis and management of medical outpatients. Br Med J 1975;2:486-9.
9. Sandler G. Cost of unnecessary test. Br Med J 1979;2:21-4.
10. Young MJ, Poses RM. Medical students perception of the value of the medical history and physical examination. J Med Educ 1983;58:738-9.
11. Rich EC, Terry WC, Harris IB. The diagnostic value of the medical history. Perception of internal medicine physicians. Arch Intern Med 1987;147:1957-60.
12. Peterson MC, Halbrook JH, Hales D, Smith NL, Staker LV. Contributions of the history, physical examination and laboratory investigations in making medical diagnosis. West J Med 1992;156:163-5.
13. Griffen WO. Medical education: a continuum in disarray. Am J Surg 1987;154:255-60.
14. Sackett DL, Rennie D. The science of the art of the clinical examination. JAMA 1992;267:2650-2.
15. Barsky AJ. Hidden reasons some patients visit doctors. Ann Intern Med 1981;94:492-8.
16. Rosevear GC, Gary EN. Changes in admissions, lengths of stay and discharge diagnosis at a major university affiliated teaching hospital: implications for the medical education. Acad Med 1989;64:253-8.
17. Davidson RA. Changes in the educational value of inpatients at a major teaching hospital: implications for medical education. Acad Med 1989;64:259-61.
18. Steinert JF, Feinberg LE, Kramer AM, Bynny RL. Changing patterns of disease on an inpatient medical service 1961-1962 to 1981-1982. Am J Med 1987;83:331-5.
19. Glick SM. The impending crisis in internal medicine training programs. Am J Med 1988;84:929-32.
20. Britton M. Diagnostic errors discovered at autopsy. Acta Med Scand 1974;196:203-10.
21. Zeman FD. Further observations on clinical error in the care of the elderly. Gerontol Clin 1964;6:309-12.
22. Bisbé J. Patología general con su clínica. La Habana: I Hernández, 1955:15.
23. Platt FW, Mc Math JC. Clinical hypocompetence: the interview. Ann Intern Med 1979;91:898-902.
24. Llanio Navarro R. Propedéutica Clínica y Fisiopatología. Tomo I. La Habana: Pueblo y Educación. 1982.

Recibido: 9 de diciembre de 1999. Aprobado: 23 de marzo de 2000.

Dr. *Miguel Ángel Moreno Rodríguez*. Hospital Militar Central Dr. "Carlos J. Finlay", calle 114 y 31, Marianao, Ciudad de La Habana, Cuba.