

Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay"

ERRORES COMETIDOS POR RESIDENTES DE MEDICINA INTERNA EN LA ENTREVISTA MÉDICA BAJO OBSERVACIÓN DIRECTA

Dr. Miguel A. Blanco Aspiazú,¹ My. Osmín Hernández Azcuy,¹ Dr. Rodolfo I. Bosch Bayard¹ y Tte. Cor. Miguel Moreno Rodríguez²

RESUMEN

El interrogatorio médico permite establecer una adecuada relación médico-paciente y lograr un alto índice de hipótesis diagnósticas correctas. Son frecuentes, sin embargo, los errores al interrogar. Con la intención de detectar los errores más frecuentes cometidos por residentes de Medicina Interna, determinar el valor diagnóstico de la anamnesis y exponer algunas consideraciones sobre la función de la docencia al respecto, se llevó a cabo la observación directa de 60 entrevistas médicas realizadas por residentes de Medicina Interna y se comparó la impresión diagnóstica de estos al terminar la anamnesis con el diagnóstico final. Se detectaron un promedio de 10,5 errores por entrevista; los más frecuentes relacionados con el completamiento de la información a recoger y otros de carácter técnico con influencia en la relación médico-paciente. No obstante, la anamnesis permitió ofrecer una hipótesis diagnóstica correcta en el 78,3 % de los casos. Se hacen recomendaciones como la capacitación del personal docente en la enseñanza y evaluación de la entrevista médica y en la utilización del procedimiento de observación directa. Además se propone una clasificación de los errores al interrogar, en 3 grupos según la esfera psicológica con que mayor relación tengan.

DeCS: RELACIONES MEDICO-PACIENTE; ANAMNESIS/métodos; ENTREVISTAS/métodos; MEDICINA INTERNA.

Entre las especialidades médicas, la Medicina Interna se considera la más representativa del arte clínico, que se evidencia en la habilidad del internista para aplicar el método clínico.

El interrogatorio médico es parte de la primera fase de la aplicación del método

y se considera la más importante, pues garantiza la posibilidad de plantear una impresión diagnóstica correcta entre el 56 y el 75 % de los casos atendidos,¹⁻⁶ además permite establecer una relación médico-paciente que propicie el buen curso del proceso de atención médica. Sin embargo, son

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente.

² Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular.

frecuentes los errores cometidos durante la entrevista y que dificultan la satisfacción de los 2 objetivos mencionados.

Hay coincidencia con Warefield,⁷ en que la observación directa es el procedimiento ideal de los métodos prácticos de evaluación del desempeño del médico en el interrogatorio.

Se realiza este estudio con la intención de identificar los errores más frecuentes cometidos por residentes de Medicina Interna en la entrevista médica y determinar el valor diagnóstico de la anamnesis así como para exponer algunas consideraciones orientadas a la docencia en estos aspectos.

MÉTODOS

Se incluyeron 30 residentes de Medicina Interna del curso académico 1998-1999 del Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay", 10 residentes de cada año. Los enfermos procedían de las salas de Medicina Interna recién ingresados y sin limitaciones en la comunicación.

Cada residente fue observado directamente mientras se realizó la entrevista por al menos 3 de los autores. Cada uno realizó 2 entrevistas. No se utilizó guía de observación y no hubo limitación en el número de deficiencias a anotar. Posteriormente, la forma de enunciar la deficiencia era consensuada por los autores para evitar repeticiones innecesarias.

Terminada la anamnesis, el residente exponía su impresión diagnóstica. Ya decidida el alta del paciente, los autores revisaron las historias para definir el diagnóstico final.

El estudio es puramente descriptivo.

RESULTADOS

Exceptuando los errores menos frecuentes (< 10 % de las entrevistas), se detecta-

ron 632 errores en las 60 entrevistas con un promedio de 10,5 por cada una, aunque un mismo error podía repetirse.

En la tabla 1 se muestran los errores más frecuentes. Se omitieron *items* importantes en el 86,6 % de las entrevistas, principalmente datos del género de vida y psicosociales. Otros errores que influyen directamente en la posibilidad de dar un diagnóstico correcto fueron la falta de profundidad en el interrogatorio, dar por garantizada las palabras del paciente, la falta de datos semiográficos relevantes y la toma incompleta de datos. Hay otros errores que influyen en la relación médico-paciente, como no dar tiempo a escuchar y responder al enfermo, no aprovechar las emociones del paciente para aumentar la empatía y el control excesivo de la entrevista.

En la tabla 2 se presenta la distribución por sistemas de las enfermedades. Los sistemas respiratorio, cardiovascular y el nervioso incluyeron poco más de las 2 terceras partes de los casos.

En la tabla 3 se muestra el valor diagnóstico de la anamnesis por entidades nosológicas y la tabla 4 complementa esta información y demuestra que en el 78,3 % de las entrevistas, la hipótesis diagnóstica planteada sobre la base del interrogatorio se comprobó finalmente.

DISCUSIÓN

En los errores cometidos al entrevistar, detectados por observación, influyen no solamente las características del observado sino también las del observador, el paciente y el medio en que se desarrolla la actividad. Acerca del paciente observado, se vio que en los 3 sistemas más afectados el interrogatorio fue rico en datos aunque se complementó en diferentes proporciones con el examen físico y el estudio complementario.

TABLA 1. Errores más frecuentes de los residentes de Medicina Interna en la entrevista médica

Errores más frecuentes	No. de observaciones	% de entrevistas n= 6
Omisión de ítems importantes	141	86,6
No dar tiempo al paciente para responder	62	80,0
Interrogatorio superficial	96	63,3
Dar por garantizadas las palabras del paciente	71	61,6
Falta de datos semiográficos relevantes	76	40,0
Uso de preguntas cerradas	32	35,0
No aprovechar las emociones del paciente para aumentar la empatía	21	28,3
Control excesivo de la entrevista	46	26,6
Toma incompleta de datos	14	23,3
Uso de preguntas sugestivas	38	16,6
Recoger datos de forma desorganizada	11	13,3
Uso de preguntas negativas	17	11,6
No identificar claramente el motivo del ingreso	7	11,6
Total	632	-

TABLA 2. Sistemas principalmente afectados en los pacientes entrevistados

Sistemas afectados	No. de entrevistas	%
Respiratorio	16	26,6
Digestivo	14	23,3
Nervioso	13	21,6
Cardiovascular	7	11,6
Renal	4	6,6
Endocrino	3	5
Otros	3	5

Como se observa, a pesar de cometerse errores al interrogar el valor diagnóstico fue alto. Puede afirmarse que el único objetivo de entrevistar a un paciente no es el llegar al diagnóstico, sino también como requisito para ello, el establecer una relación profesional con él. Se mantuvo como criterio de diagnóstico correcto el tradicional de plantear la entidad nosológica principal con el objetivo de poder comparar estos resultados con los de otros estudios. Sin embargo, ofrecer una impresión diagnóstica integral significa sobrepasar el paradigma biomédico y llegar al social, es decir, incluir en el diagnóstico los elemen-

tos relacionados con los factores de riesgo, las condicionantes psicosociales y la comorbilidad presente en el paciente. A un residente de Medicina Interna se le debe exigir este tipo de enfoque.

A la hora de observar y evaluar la entrevista, los profesores proponen tomar en

TABLA 3. Valor diagnóstico de la anamnesis por entidad nosológica

Diagnóstico	No. de pacientes	% diagnóstico por interrogatorio
Neumonía	11	81,1
Enfermedad cerebrovascular	8	100
Insuficiencia cardíaca	7	100
Úlcera péptica	4	50
Cirrosis hepática	4	100
Cáncer del pulmón	3	33,3
Leptospirosis	3	100
Hepatitis viral	2	100
Giardiasis	2	0
Diabetes mellitus	2	100
Pielonefritis	2	100
Insuficiencia renal	2	0
Síncope	2	50
Gastritis	2	0
Asma bronquial	2	100
Otros	4	-

TABLA 4. Valor diagnóstico de la anamnesis, examen físico y estudios complementarios por sistemas

Sistema afectado	No. de pacientes	Interrogatorio	% de aporte diagnóstico	
			Examen físico	Complementarios
Respiratorio	16	87,5	0	12,5
Digestivo	14	57,14	0	42,85
Nervioso	13	76,9	7,69	15,38
Cardiovascular	7	100,0	0	0
Renal	4	50,0	25	25
Endocrino	3	100,0	0	0
Leptospirosis*	3	100,0	0	0
Total	60	78,3	3,3	18,3

* Se presenta en varios sistemas.

cuenta 3 aspectos íntimamente relacionados de cada una de las esferas psicológicas, la cognoscitiva, afectiva y psicomotora.

La esfera cognoscitiva incluye los conocimientos del entrevistador que le sirven de base para saber *sobre qué preguntar*, y son aportados fundamentalmente por las ciencias básicas y clínicas. Si el médico está bien instruido en los elementos del cuadro clínico, fisiología, bioquímica, etc., entonces tiene más aptitud en ese sentido para dirigir las preguntas al paciente. Esto se debe a que mientras se interroga a un enfermo, el médico lo observa, escucha y razona para orientar las preguntas, además de que cada respuesta sugiere cómo abordar las diferentes partes de la anamnesis por el planteamiento continuo de hipótesis diagnóstica. También se incluye aquí la información relacionada con las expectativas que tiene el enfermo respecto a la atención médica, esto sería lo que el paciente quiere que le resuelvan o lo que quiere saber. Si el paciente expresara sus expectativas en preguntas puede decirse que es *sobre qué preguntar* al médico acerca de su problema de salud.

Como sugiere *Aaron Lazare*, psiquiatra de la Universidad de Harvard,⁸ al paciente se le debe hacer preguntas como las siguientes:

- ¿Cómo espera usted que le podamos ayudar?
- ¿Hay algo en particular que usted necesita que hagamos?
- ¿Qué piensa usted que pueda estar pasando?
- ¿Hay algo más que usted desearía mencionar?

Lo anteriormente expuesto son ejemplos de cómo formula el médico preguntas que lo ubican en las expectativas del enfermo. Esta información tiene un gran efecto durante la atención médica en general y de la entrevista en particular, por su influencia en la esfera afectiva.

La esfera afectiva es aquella relacionada con la empatía médico-paciente; es decir, con el logro del acercamiento afectivo del médico al paciente, el proceso por el cual el médico percibe y comprende la experiencia subjetiva del paciente.⁹ El error del médico en su relación afectiva con el paciente termina en iatrogenia. Por supuesto, al ser la relación médico-paciente un complejo tan dinámico de ideas, emociones y conductas, existe un espectro de reacciones afectivas y conductuales que pueden aparecer en el paciente durante la entrevista. Todos los enfermos no reaccionan igual ante una pregunta mal formulada, tanto

en forma como en contenido. Se considera que al momento de emitir un juicio de valor sobre si el médico que entrevista cometió lo que puede denominarse un “error afectivo”, no debemos restringirnos a si captamos o no una respuesta verbal o gestual en el paciente que lo afirme, sino también en los conceptos éticos que deben reinar en la relación médico-paciente.

Atendiendo a lo anterior, es el logro de los objetivos educativos más que de los instructivos -aunque los primeros se dan a través de los segundos- lo que guía en el educando el desarrollo de su capacidad para lograr acercamiento empático hacia el paciente. La ejemplaridad de todo el personal que influya en él, el trabajo político-ideológico, asignaturas como la Ética y la Psicología, la forma de organización del proceso docente-educativo en el trabajo, los métodos activos de enseñanza con técnicas participativas y la evaluación de estos aspectos, son esenciales para formar un médico empático, que logre una relación médico-paciente profesional humanizada sin producir yatrogenia mientras interroga.

La esfera psicomotora o conativa es la relacionada con las habilidades del médico para establecer una comunicación clara y organizada con el enfermo, así como un flujo bidireccional adecuado de la información. Estas habilidades determinan el *cómo preguntar* y se adquieren fundamentalmente en la práctica, no con clases teóricas. *Osler*¹⁰ a principios del siglo xx enfatizaba la ne-

cesidad de que el estudiante se incorporara al trabajo del hospital.

Se coincide con quienes en nuestro medio insisten en la importancia de la supervisión, no sólo de los alumnos sino también de los residentes durante la entrevista para corregir y complementar el desarrollo de las habilidades para interrogar (Moreno Rodríguez MA. El método clínico. Imprenta FAR, 1999:15).

Los resultados obtenidos en residentes de Medicina Interna, que están ubicados en un estadio avanzado del proceso de enseñanza-aprendizaje, obligan a ir más atrás y revisar el enfoque de la enseñanza de la entrevista médica no tanto en los programas de asignaturas que no sean la Propedéutica Clínica, la Psicología Médica y la Medicina Interna, como en la práctica educativa de todos los días. Al respecto se consideran pertinentes las sugerencias siguientes:

- Las asignaturas clínicas no deben perder más espacio en el programa.
- Los docentes deben profundizar sus conocimientos y habilidades para interrogar pacientes y enseñar a los estudiantes.
- La literatura médica debe dar más valor a las descripciones clínicas y no abandonarlas tomando como justificación los aportes tecnológicos.
- La observación directa es el método ideal para evaluar habilidades en la entrevista médica y debe ser aplicada con más frecuencia en la enseñanza de pregrado y posgrado.

SUMMARY

Medical questioning allows establishing an adequate physician-patient relationship and achieving a high rate of correct diagnostic hypotheses. However, mistakes are frequent in the interviews. With the aim of detecting the most frequent mistakes made by Internal Medicine residents, determining the diagnostic value of medical history-taking and stating some considerations on the function of teaching in this respect, 60 medical interviews made by Internal Medicine residents were directly observed and the diagnostic impressions of these residents after finishing medical history-taking were compared with final diagnoses. An average of 10.5 mistakes per interview was detected, being the most frequent those related with the completion of information to be collected and other

technical ones affecting the physician-patient relationship. Nevertheless, anamnesis provided a correct diagnostic hypothesis in 78.3% of cases. Recommendations were made as to the training of educators in teaching and evaluation of the medical interview and also the use of the direct observation method. Additionally, a mistake classification for medical interviews, which comprises 3 classification groups according to the most related psychological field, was suggested.

Subject headings: PHYSICIAN-PATIENT RELATIONS; MEDICAL HISTORY-TAKING/methods; INTERVIEWS/methods; INTERNAL MEDICINE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bauer J. Diagnóstico diferencial de las enfermedades internas. Barcelona: Ed Científico-Técnica 1958:11.
2. Hampton JR, Harrison MJG, Mitchell JRA, Richard JS, Seymour C. Relative contribution of the history-taking, physical examination and laboratory investigations to diagnosis and management of medical outpatients. *Br Med J* 1975;2:486-9.
3. Sanders G. Cost of unnecessary test. *Br Med J* 1979;2:21-4.
4. Young MJ, Poses RM. Medical students' perceptions of the value of the history and physical examination. *J Med Educ* 1983;58:738-9.
5. Rich EC, Terry WC, Harris LB. The diagnostic value of the medical history. Perceptions of the internal physicians. *Arch Intern Med* 1987;147:1957-60.
6. Griffen WO. Medical Education. A continuum in disarray. *Am J Surg* 1987;154:255-60.
7. Warefield J. Direct observation. En: Neufeld VR, Norman GR. *Assessing Clinical Competence*. New York: Springer Pub 1985:51-70.
8. Kravitz R, Kravitz HZ. Great expectations. *Odyssey* 1998;4(2):14-5.
9. Levasseur J, Vance DR. Doctor, nurse and empathy. En: Spiro HM, Mccrea MGC, Peschel L, St James D, eds. *Empathy and the Practice of Medicine*. New York: Yale University 1993:76-84.
10. Osler W. *Acuanimitas*. 3 ed. Filadelfia: The Blakiston Co 1942:331-44.

Recibido: 8 de enero del 2002. Aprobado: 15 de febrero del 2002.

Dr. *Miguel A. Blanco Aspiazú*. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Ave 114 y 31, Marianao, Ciudad de La Habana, Cuba.