

Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay"

## DEFICIENCIAS EN LA ENTREVISTA MÉDICA REALIZADA POR ALUMNOS DE MEDICINA INTERNA BAJO OBSERVACIÓN DIRECTA Y REGISTRO DE AUDIO

*My. Marino G. Canelles Pupo,<sup>1</sup> Tte. Cor. Miguel Ángel Moreno Rodríguez,<sup>2</sup> Dr. Juan Carlos Echevarria Parlay<sup>3</sup> y Cap. Luis Alberto Bestard Pavón<sup>3</sup>*

### RESUMEN

La entrevista médica es la herramienta diagnóstica más poderosa con que cuenta el médico, constituye la fuente más importante de la obtención de datos primarios. El objetivo del trabajo fue determinar las deficiencias más frecuentes encontradas en la entrevista médica por alumnos del segundo semestre de tercer año de la carrera de medicina. Se realizó un trabajo descriptivo durante los cursos académicos 1999-2000 y 2000-2001, de un total de 99 alumnos se les grabó la entrevista médica a 50. Se compararon los datos recogidos con lo transcripto en la historia de la enfermedad actual, estos fueron evaluados mediante una encuesta que clasificó las imperfecciones con respecto a la historia de la enfermedad actual, tipos de preguntas y aspectos generales. Se encontraron 383 dificultades (17,0 % de un total posible de 2 250); en relación con la historia de la enfermedad actual fueron 168 (43,8 %); en relación con los aspectos generales del desarrollo de la entrevista, 153 (40,0 %) y con el tipo de pregunta, 62 errores (16,2 %). Se presentaron numerosas deficiencias en el interrogatorio médico realizado a pacientes por los alumnos y estas fueron tanto en el dominio de las habilidades semiológicas como en las de comunicación interpersonal.

*DeCS:* ENTREVISTAS/métodos; RELACIONES INTERPERSONALES; RELACIONES MEDICO-PACIENTE; ERRORES DIAGNOSTICOS.

El interrogatorio constituye la herramienta diagnóstica más poderosa con que cuenta el médico.<sup>1</sup> La fuente más importante de la obtención de los datos primarios, imprescindible para desencadenar el mé-

todo clínico, pues aventaja al examen físico y al conjunto de los análisis complementarios en el logro de una base inicial de datos con vista a formular los diagnósticos acertados.

<sup>1</sup>Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente de Propeútica y Medicina Interna.

<sup>2</sup>Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular de Medicina Interna.

<sup>3</sup>Especialista de I Grado en Medicina Interna.

Muchos investigadores han enfatizado la importancia de la entrevista,<sup>2</sup> ese contacto inicial en el cual el médico realiza al paciente el interrogatorio y el examen físico, pero destacando dentro de ella el valor de la anamnesis.

El dominio del interrogatorio concierne a todo médico clínico, es decir, a todo médico que en su trabajo profesional atiende a pacientes de manera personal y continuada, asumiendo con ellos el diagnóstico, tratamiento y seguimiento; pero concierne de una manera muy especial al internista y al especialista de atención primaria (los dos generalistas médicos del adulto). La búsqueda de identidad del internista se centra en el dominio de las habilidades al interrogatorio que, aunque pertenecen a cualquier médico, tienen que alcanzar maestría en el internista.<sup>3,4</sup>

La primera entrevista con el enfermo es fundamental para el diagnóstico. «Todo médico experimentado y profesional sabe que la primera entrevista con un paciente es crucial para el diagnóstico –ha escrito el profesor *Moreno Rodríguez*– y el tiempo invertido en ella no se pierde, por el contrario, con mucha frecuencia es tiempo que se ahorra, porque si hay premura e indefinición de problemas, el médico se verá obligado a volver sobre sus pasos al cabo de días, cuando lleguen los análisis sin los resultados esperados para redefinir la información primaria con la cual no solo consumirá más tiempo, también dará una penosa imagen de falta de profesionalismo.»<sup>5</sup>

Sin embargo, durante las últimas décadas, en medio del avance científico-técnico, se viene informando una tendencia al deterioro de la atención médica individual donde, entre otras deficiencias, el estilo médico actual en la entrevista con el enfermo es de «alto control»; el médico habla más que el enfermo y realiza un inte-

rogatorio muy dirigido, basado en preguntas directas, quizás erróneamente respaldado por la elevada confiabilidad de los exámenes complementarios.

El objetivo del presente trabajo fue conocer el grado de deficiencias en las entrevistas médicas realizadas a pacientes por alumnos de tercer año de la carrera.

## MÉTODOS

La investigación se realizó durante 2 años, durante los cursos académicos 1999-2000 y 2000-2001. Del total de alumnos de tercer año de la carrera de Medicina de ambos periodos, que fueron 99, se evaluó la entrevista médica de forma aleatoria a 50, lo cual correspondió con el 50,5 % de todos los estudiantes. De 57 alumnos del curso 1999-2000 se evaluaron 27 (47,3 %), y de 42 del curso 2000-2001, 23 (54,7 %).

La investigación se efectuó durante el segundo semestre, correspondiente a los meses de febrero a junio, a lo largo de la estancia en la asignatura de Medicina y una vez aprobada la Propedéutica Médica. Cada uno de los estudiantes seleccionados interrogó a un enfermo hospitalizado en las salas del Servicio de Medicina Interna, enfermo al cual veía por primera vez.

Para la selección del enfermo, la única condición fue que no tuviera limitación para la comunicación verbal. En las entrevistas participaron el enfermo, el alumno y uno de los autores. Todas las entrevistas fueron grabadas y simultáneamente evaluadas por la aplicación de una encuesta que fue llevada durante el curso de esta o inmediatamente después. Todas las grabaciones fueron escuchadas *a posteriori*, con el objetivo de establecer con mayor rigurosidad las conclusiones en cada encuesta aplicada.

El modelo de encuesta incluyó una lista de 45 deficiencias: 17 relacionadas con

la historia de la enfermedad actual, 7 con los tipos de preguntas realizadas por el alumno y 21 relacionadas con el desarrollo general de la entrevista. Dicha encuesta ha sido aplicada en otros estudios,<sup>6</sup> se construyó teniendo en cuenta la experiencia personal del profesor *Moreno Rodríguez*, así como el criterio de un comité de expertos formado por nueve profesores de Medicina Interna del Hospital "Dr. Carlos J. Finlay" de la Facultad de Medicina Finlay-Albarrán.

Como método estadístico se utilizó el descriptivo, siendo la media o promedio el empleado; los resultados se plasmaron en tablas para su mejor comprensión.

## RESULTADOS

Es conveniente señalar que entre las investigaciones que han tratado el tema de la entrevista médica y otros aspectos relacionados con ella o con el método clínico, se han utilizado diversas formas o métodos para la recolección de la información, entre los cuales se destacan: tiempo real para un observador,<sup>7,8</sup> paciente estandarizado,<sup>9</sup> grabación solo de audio<sup>10</sup> y autorreporte.<sup>11</sup>

En el estudio se empleó el método de observación directa y grabación de audio, el cual tenía la ventaja de poder, cuantas veces lo deseáramos, proceder al reanálisis de las entrevistas, lo cual incrementa el grado de confiabilidad de los resultados. El proceder más idóneo es la grabación simultánea de audio y vídeo, a través de un cristal de una vía con una cámara de Gessel, pero obviamente no se encontraba a nuestro alcance.

Se detectaron un total de 383 deficiencias (17 % de un total posible de 2 250), con una media de 7,7 errores por alumnos o entrevista. La entrevista que más errores tuvo fue 19 y la que en menos se incurrió

fue 2, la cantidad de errores más repetidos por alumnos fueron: 9 alumnos con 9 y 7 alumnos con 8 (tabla 1).

TABLA 1. Deficiencias generales en las entrevistas médicas

Total de deficiencias	383 (17 %)
Promedio de deficiencias por entrevista	7,7
Mayor número de deficiencias en una entrevista	19
Menor número de deficiencias en una entrevista	2
Número de entrevistas con mayor número de errores repetidos	9 entrevistas con 9 deficiencias con 7 entrevistas con 8 deficiencias

Fuente: Encuestas médicas y casetes de audio.

En la tabla 2, se puede apreciar cómo se distribuyeron las deficiencias, según la división por acápite que de ellas se hizo en el modelo general de la encuesta. El 43,8 % (168) correspondió a la "historia de la enfermedad actual"; el 40,0 % (153) a los aspectos referidos al "desarrollo general de la entrevista", y el menor número, el 16,2 % (62) a los "tipos de preguntas".

TABLA 2. Distribución de las deficiencias según acápite de la encuesta

Acápite	No. de deficiencias	%
Historia de enfermedad actual	168	43,8
Desarrollo general de entrevista	153	40,0
Tipos de preguntas	62	16,2
Total	383	100,0

Fuente: Encuestas médicas y casetes de audio.

En relación con la historia de la enfermedad actual, los resultados aparecen expuestos en la tabla 3. El 68,0 % (34 alumnos) no definió parte de la semiografía de

los síntomas explorados, el 50,0 % (25) hizo una transcripción incompleta de la queja principal, el 32 % (16) no estableció las condiciones de aparición del cuadro clínico, así como no captó adecuadamente en algún momento lo que decía el enfermo, el 30,0 % (15) dejó de investigar problemas importantes que plantearon los pacientes y realizó un interrogatorio desorganizado, el 28,0 % (14) no estableció el cronopatograma, el 18,0 % (9) aceptaron diferentes tipos de información sin cuestionarlas, 14,0 % (7) no identificó la queja principal y el 12,0 % (6) no insistió en algún dato relevante. El resto de las deficiencias se presentaron con una menor frecuencia.

TABLA 3. Deficiencias en la historia de la enfermedad actual

Deficiencia	N=50	%
No define la parte de la semiografía	34	68,0
Transcribe incompleta la queja principal	25	50,0
No establece condiciones de aparición	16	32,0
No capta lo que dice el enfermo	16	32,0
Deja de investigar problemas importantes	15	30,0
Interrogatorio desorganizado	15	30,0
No establece cronopatograma	14	28,0
Acepta información sin cuestionamientos	9	18,0
No identifica claramente la queja principal	7	14,0
No insiste en datos relevantes	6	12,0
Insiste en datos irrelevantes	4	8,0
Interpreta erróneamente un dato	2	4,0
No precisa información confusa	2	4,0
No establece el tiempo de comienzo de la HEA	2	4,0
Preferencia por información secundaria y terciaria	1	2,0
No define nada de la semiografía	-	-

Fuente: Encuestas médicas y casetes de audio.

La tabla 4 presenta las deficiencias cometidas por los alumnos con respecto a los tipos de preguntas. El 50,0 % de los alumnos (25) repitieron con frecuencia una misma pregunta, un índice de inseguridad en la exploración, el 36,0 % (18) hizo preguntas mal formuladas, 16,0 % (8) realizó preguntas que inducían la respuesta y 14,0 % (7) realizó preguntas automáticas. En un

rango menor se presentaron otras deficiencias, como preguntas inseguras (4,0 %), intrascendentes (2,0 %), o utilizando terminología médica incomprensible para el enfermo (2,0 %).

TABLA 4. Deficiencias en tipos de preguntas

Tipos de preguntas	No. de alumnos	
	N=50	%
Preguntas repetidas	25	50,0
Preguntas mal formuladas	18	36,0
Preguntas que inducen respuestas	8	16,0
Preguntas automáticas	7	14,0
Preguntas inseguras	2	4,0
Preguntas intrascendentes	1	2,0
Preguntas incomprensibles	1	2,0

Fuente: Encuestas médicas y casetes de audio.

TABLA 5. Deficiencias en los aspectos generales de la entrevista

Deficiencia	N=50	%
Interrumpir al enfermo	39	78,0
No identificarse	25	50,0
No tomar notas	22	44,0
Controlar demasiado la entrevista	19	38,0
Cambiar de tema antes de concluirlo	9	18,0
Demasiado rápido	7	14,0
Tutear al enfermo	7	14,0
Demasiado lento	4	8,0
Hablar más que el paciente	4	8,0
Entrevista monótona	3	6,0
No atender al enfermo	2	4,0
Hablar simultáneamente que el paciente	1	2,0

Fuente: Encuestas médicas y casetes de audio.

En la tabla 5, se aprecian las deficiencias relacionadas con los aspectos generales de la entrevista, el 78,0 % (39 alumnos) interrumpió al paciente mientras exponía sus quejas, el 50,0 % (25) no se identificó de ninguna forma antes de iniciar la entrevista, el 44,0 % (22) no tomó ninguna nota de lo que decía el enfermo, dejándolo todo sometido a la memoria, el 38,0 % (19) controló demasiado la entrevista,

el 18,0 % (9) cambió de tema de conversación antes de concluir, el 14,0 % (7) condujo la entrevista de manera muy rápida y tuteó indebidamente al paciente. En un rango menor se reportaron otras deficiencias.

## DISCUSIÓN

*Moreno Rodríguez*<sup>8</sup> evaluó bajo observación directa, sin registro de audio, las deficiencias cometidas por 48 alumnos del sexto curso de la carrera, en el interrogatorio que realizaron a 96 pacientes diferentes. El diseño del estudio fue similar. En dicho estudio, el 29,6 % (232) de 783 deficiencias correspondieron a la historia de la enfermedad actual; el 20 % (156) a los tipos de preguntas y el 50,4 % (395) a los aspectos relacionados con el desarrollo general de la entrevista. Los resultados son similares, lo que llama la atención es la distribución de las deficiencias. En relación con la historia de la enfermedad actual hubo una diferencia importante; 29,6 % de deficiencias en los de sexto año, contra el 43,8 % en los de tercer año, lo que habla a favor de la existencia de mayores habilidades en la exploración de los síntomas por parte de los de sexto año, lo cual es un resultado esperado. Aunque con una diferencia menor, es llamativo que el número de deficiencias en el acápite de desarrollo general de la entrevista fue menor entre los alumnos de tercer año (40,0%) contra el 50,4% en los de sexto, este no es un resultado esperado y pudiera explicarse, diciendo que el alumno de tercer año, más inhibido en su trato con el enfermo, tiende en esa etapa, a cuidar más de algunos detalles interpersonales que posteriormente.

No pocos profesores de Medicina Interna tienen el criterio, y así lo han expresado más de una vez, que al comenzar a

rotar nuevamente por Medicina Interna en el sexto curso, muchos alumnos han perdido algunas habilidades clínicas, hecho que reconocen algunos de ellos. De esta forma, hay profesores que llegan a considerar que alumnos bien entrenados de tercer año, confeccionan historias con mayor calidad que muchos internos al final de su rotación por la asignatura de Medicina Interna, se han pasado un año bajo entrenamiento intensivo, mientras que los internos, al comenzar a rotar en el cuarto curso por otras disciplinas, lo que hacen, es erosionar algunas habilidades aprendidas en clínica médica. Las razones pueden ser varias, pero nos parece un hecho de observación que debe ser tomado en cuenta.

De cualquier forma, la única conclusión que parece ser posible y prudente establecer, es que se cometen numerosas deficiencias en el interrogatorio de los enfermos y que muchas de ellas, incorporadas en algún momento de la carrera, se arrastran y repiten por los estudiantes de años superiores, sin llegar a ser superadas a lo largo de los estudios.

En Cuba, *Salas Perea* y otros,<sup>12</sup> publicaron los resultados de una investigación, en la cual se evaluó bajo observación directa por profesores, la confección por internos de una historia clínica completa. Las calificaciones de regular y mal sumaron el 26%, de los 251 estudiantes seleccionados aleatoriamente en todo el país. Las mayores deficiencias se presentaron en los 111 alumnos que fueron examinados en las especialidades de Medicina Interna y Pediatría. *Mangione* y otros,<sup>13,14</sup> en 1995 y 1999, encontraron que las habilidades de un numeroso grupo de residentes de Medicina Intensiva y Medicina Interna para realizar el examen físico a pacientes críticos, no eran superiores a las de un alumno de Medicina.

*Beaumier* y otros<sup>15</sup> encontraron 1 500 deficiencias en las 194 entrevistas evaluadas

directamente, a través de una cámara de Gessel, por uno o cuatro profesores observadores, obtuvieron una media de 7,7 deficiencias por entrevistas. Las deficiencias principales fueron: no definir claramente los síntomas, entre ellos la queja principal, omitir un elemento clave o todo un problema, no saber distinguir entre elementos importantes y secundarios, dar mucho valor a detalles irrelevantes, utilización de preguntas que sugerían una respuesta, evitando el desarrollo de un diálogo conversacional con el enfermo y recoger los datos de forma desorganizada. Este autor señala que no son muchos los estudios en la literatura médica que permiten establecer comparaciones en la evaluación de las entrevistas médicas.

Aunque en el estudio no se abordaron directamente los problemas psicosociales (la historia psicosocial), pudieron observar que cuando estos se presentaron en la entrevista, fueron evadidos por los estudiantes. En aquellos casos que existían evidentes problemas de esta índole, solo fueron abordados en el 12 % de las ocasiones. Un ejemplo de ello fue una enferma que en el interrogatorio expresó claramente sentirse deprimida, comunicándose con lenguaje lento y refiriendo que sentía estar "perdiendo cualidades". Este interrogatorio tuvo una duración de 10 min y solo fueron buscados por el alumno elementos biológicos de una posible enfermedad. Se trata de un asunto, objeto de mucha atención en la literatura médica. Es interesante que *Durffy* y otros,<sup>16</sup> luego de evaluar las entrevistas de un grupo de médicos, obtuvieron las siguientes respuestas: sus funciones eran las de tratar los problemas "médicos" y no los psicológicos o sociales; que no disponían de tiempo para abordar tales asuntos; que hablar de ellos

era siempre doloroso para los pacientes y los sometían a una situación enojosa y que, en definitiva, se trataba de una pérdida de tiempo porque los problemas estaban mucho más allá de sus capacidades para darles soluciones. Por supuesto, que los autores consideraron que todas esas explicaciones, no eran sino, una "racionalización" de los médicos, para no abordar tales asuntos y no desarrollar esas habilidades.

Los buenos hábitos hay que inculcarlos desde el mismo comienzo. Si al alumno no se le inculca, enseña y demuestra con el ejemplo que al enfermo hay que dejarlo expresarse libremente, para solo después hacer un interrogatorio dirigido, no lo hará. Si no se le inculca que en la relación profesional no cabe el tuteo, lo hará. Si no se le educa en que todos los síntomas deben ser explorados completos en su posible semiografía, no se esforzará en ello. Si no se le educa claramente, que las quejas del enfermo deben ser siempre exploradas en su relación con sus funciones fisiológicas, hábitos de vida y posibles situaciones familiares, afectivas, sociales, aspiraciones y motivaciones, no lo hará tampoco. Por ello, el profesor Rodríguez Rivera,<sup>17</sup> ha escrito: «sostengo que hacen falta hoy más habilidades clínicas que hace 40 años».

Se presentaron numerosas deficiencias en el interrogatorio médico realizado a pacientes por alumnos de tercer año y que estas fueron tanto en el dominio de las habilidades semiológicas, como en los aspectos referidos a las habilidades de comunicación interpersonal.

Por ello se recomienda incrementar por parte de los profesores, la observación directa de los alumnos durante la confección de las historias clínicas.

## SUMMARY

The medical interview is the most powerful diagnostic tool for physicians, since it is the most important source for obtaining primary data. The aim of this paper was to determine the most frequent deficiencies found in the medical interview made by students from the second semester of the 3<sup>rd</sup> year of the medical career. A descriptive study was conducted during the academic courses 1999-2000 and 2000-2001. Of a total of 99 students, the medical interview was recorded to 50 of them. The collected data were compared with what was written in the history of the present disease. They were evaluated by a survey that classified the imperfections as regards the history of the present disease, types of questions and general aspects. 383 difficulties were found (17.0 % of a possible total of 2 250). 168 (43,8 %) were connected with the history of the present disease, 153 (40.0 %) with the general aspects of the development of the interview and there were 62 mistakes (16.2 %) in relation to the type of question. Many deficiencies were observed in the medical interview made by students not only concerning the domain of semiological abilities but also in the interpersonal communication.

*Subject headings:* INTERVIEWS/métodos; INTERPERSONAL RELATIONS; PHYSICIAN-PATIENT RELATIONS; DIAGNOSTIC ERRORS.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beeson PB, Mc Dermott W, Wyngaarden JB. Cecil Text book of medicine. 17 ed. Philadelphia: Saunders; 1988:71.
2. Regelson W. The Wakening of the Oslerian Tradition. JAMA 1978;239:31-19.
3. Guinzberg AL. El aprendizaje en medicina interna. Cir Ciruj 1995;63:152-6.
4. Guinzberg AL. Arte y ciencia de la clínica. Rev Med IMSS 1999;37:1-4.
5. Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2001:64.
6. Moreno Rodríguez MA. Deficiencias en la entrevista médica. Un aspecto del método clínico. Rev Cubana Med 2000;39:106-14.
7. While DG, Tiberius R, Talbot Y, Schiralli V, Rickett M. Improving feedback for medical students in family medicine clerkship. Can Famphys1991;37:64-70.
8. Wolraich ML, Albanese M, Stone G. Medical communication behaviour system. An interaction analysis system for medical interactions. Med Care 1986;24:891.
9. Stillman PL, Sabers DL, Redfield DL. The use of paraprofessionals to teach interviewing skills. Pediatrics 1976;57:769-74.
10. Stiles WB, Putnam SM, James SA, Wolf MH. Dimensions of patient and physician roles in medical screening interviews. Soc Sci Med 1979;13A: 335-41.
11. Grol R, De Maesseneer J, Whitfield M, Mokkin KH. Disease-centred versus patient-centred attitudes: Comparison of general practitioners in Belgium, Britain, and the Netherlands. Fam Pract 1990;7:100-3.
12. Salas Perea R, Méndez Crespo G, Aneiros Riba R. Evaluación de la competencia de los internos en la atención primaria y otros servicios de salud. Educ Med Sup 1993;7:85-9.
13. Mangione S, Burdick WP, Peitsman SJ. Physical diagnostic skills of physicians in training: a focus assessment. Acad Emerg Med 1995;2:622-9.
14. Mangione S, Peitsman SJ, Gracely E, Nieman LZ. Creation and assessment of a structured review course in physical diagnosis for medical residents. J Gen Intern Med 1999;9:213- 8.
15. Beaumier A, Bordage G, Saucier D, Turgean J. Nature of the clinical difficulties of first year family medicine residents under direct observations. Can Med Assoc J 1992;146:489-97.
16. Duffy DL, Hamerman D, Cohen MA. Communications skills in house officers; a study in a medical clinical. Ann Intern Med 1980;93:4-7.
17. Rodríguez Rivera L. La práctica clínica actual y el legado humanitario hipocrático. ¿Dónde fallamos? Bul Ateneo Juan César García 1996;4:104-12.

Recibido: 12 de marzo de 2003. Aprobado: 14 de abril de 2003.

My. *Marino G. Canelles Pupo*. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Avenida 114 y 31, municipio Marianao, Ciudad de La Habana, Cuba.