

Errores más frecuentes al interrogar y su asociación con la certeza diagnóstica

Most common errors and their association to examine the diagnostic accuracy

Dra. Birsy Suárez Rivero, Dr. C. Miguel Ángel Blanco Aspiazú, Dr. Emilio Morales Jiménez, Dra. Alujy Suárez Rivero, Dr. Rodolfo Isidro Bosch Bayard

Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la entrevista es un encuentro del facultativo con el enfermo donde se desarrolla la mayor parte del ejercicio asistencial en el ámbito de la salud, tiene diferentes etapas en las cuales se pueden cometer errores.

Objetivo: determinar si existe asociación entre los errores al interrogar y la certeza del diagnóstico nosológico.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo mediante la observación de 75 interrogatorios por 36 médicos de la especialidad de Medicina Interna del Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay" en el periodo de enero-julio del 2006. Se utilizó una guía de observación. Los datos se expresaron en valores absolutos y relativos y se organizaron en tres grupos, según fueran los diagnósticos: correctos, incorrectos y solo el diagnóstico nosológico correcto. La asociación se calculó mediante la prueba de Ji cuadrado con significación estadística para $p < 0,05$.

Resultados: los errores más frecuentes se relacionaron con el completamiento de la información, presente en el 44-68 % de las entrevistas, pero sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de certeza.

Conclusiones: no existe asociación entre los errores de completamiento de información y la certeza del diagnóstico nosológico.

Palabras clave: interrogatorio, método clínico.

ABSTRACT

Introduction: the interview is an encounter of the physician with the patient where it develops most of the care exercise in the health field; it has different stages in which mistakes can be made.

Objective: To determine the association between errors in questioning and nosological diagnostic certainty.

Methods: A descriptive study was made by observation of 75 interviews conducted by 36 doctors, specialists in internal medicine at the military hospital, from January to July 2006. We used an observation guide. Data are expressed in absolute and relative values and they were organized into three groups, according to the diagnoses which turned to be correct, incorrect, and the single correct nosological diagnosis. The association was calculated using the Chi-square test with $p < 0.05$ statistical significance.

Results: We detected 12 types of errors. The most common were related to the completion of the information in 44-68 % of the interviews, but no statistically significant differences between groups of certainty were observed.

Conclusion: there is no association between completeness of information errors and nosological diagnostic certainty.

Key words: interrogation, clinical method.

INTRODUCCIÓN

La entrevista puede definirse como el encuentro, con objetivos profesionales, del facultativo con el enfermo, y constituye el marco temporal, espacial y metodológico, donde se desarrolla la mayor parte del ejercicio asistencial en el ámbito de la salud.¹ Muy útil es la visión de la entrevista en etapas, que aparece en fuentes nacionales y que se ha modificado y definido como: recepción, identificación, interrogatorio, examen físico, elaboración de hipótesis diagnóstica, manejo de exámenes complementarios, información, medidas terapéuticas y despedida.²

Se ha reconocido que el interrogatorio es la más importante herramienta diagnóstica del facultativo.³⁻¹¹ Sin embargo, los objetivos de la anamnesis no se limitan a la obtención de información biopsicosocial para diagnosticar una entidad nosológica, sino también para diagnosticar la afectación y padecer del paciente, lograr un acercamiento afectivo al mismo sin cometer yatrogenia, todo lo cual tiene efecto psicoterapéutico; y establecer una comunicación bidireccional, clara y organizada enmarcada en un estilo de entrevista centrado en el paciente.

Visto de forma muy simple y lineal se podría esperar que un interrogatorio correcto se asocie a mayor certeza diagnóstica. Esta suposición sencilla contrasta con la complejidad del contenido del interrogatorio y sus múltiples objetivos. Por tanto, los autores persiguen refutarla con el conocimiento empírico que resulta del presente trabajo, el cual tiene como objetivo determinar si existe asociación entre los errores al interrogar y la certeza del diagnóstico nosológico.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo basado en la observación de 75 interrogatorios realizados por médicos de medicina interna del Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay" en el período de enero-julio del 2006.

Cada interrogatorio fue analizado de forma individual por tres profesores a través de una guía de observación, al concluir, se reunían y discutían lo observado por cada uno para definir los errores cometidos y su relación con la certeza en el diagnóstico nosológico y etiológico.

Los datos se expresaron en valores absolutos y relativos y se organizaron en tres grupos, según fueran los diagnósticos: correctos, incorrectos y solo el diagnóstico nosológico correcto. La asociación se calculó mediante la prueba de *ji*-cuadrada con significación estadística para $p < 0,05$.

RESULTADOS

De los errores en el interrogatorio mostrados en la tabla, solo las entrevistas muy rápidas y el no aprovechar oportunidades empáticas se asociaron de forma estadísticamente significativa al error en el diagnóstico.

Tabla. Asociación entre la certeza diagnóstica obtenida y errores detectados en el interrogatorio con el enfermo

Errores detectados en interrogatorio	Ambos diagnósticos correctos*		Solo diagnóstico nosológico correcto**		Ambos diagnósticos incorrectos***		Total †		Prueba Ji cuadrado
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Cronopatograma	5	13,2	4	23,5	2	10,0	11	14,7	$P > 0,05$
Síntomas	15	39,5	9	52,9	7	35,0	31	41,3	$P > 0,05$
Semiografía	19	50,0	8	47,1	13	65,0	40	53,3	$P > 0,05$
APP ††	19	50,0	5	29,4	9	45,0	33	44,0	$P > 0,05$
Género de vida	28	73,7	10	58,8	13	65,0	51	68,0	$P > 0,05$
Datos psicosociales	24	63,2	10	58,8	12	60,0	46	61,3	$P > 0,05$
Problema diagnóstico	22	57,9	8	47,1	10	50,0	40	53,3	$P > 0,05$
Desorganización	5	13,2	4	23,5	1	5,0	10	13,3	$P > 0,05$
Muy rápido	3	7,9	6	35,3	4	20,0	13	17,3	$P < 0,05$
Muy lento	4	10,5	-	-	1	5,0	5	6,7	$P > 0,05$
Empatía	1	2,6	4	23,5	2	10,0	7	9,3	$P < 0,05$
Expectativas	18	47,4	11	64,7	8	40,0	37	49,3	$P > 0,05$

*n= 38, **n= 17, ***n= 20, † n= 75, †† antecedentes patológicos personales.

Los errores más frecuentes fueron los de completamiento de la información a recoger, que se detectó entre el 44 y 68 % de las entrevistas observadas. Los cinco errores más frecuentes en orden descendente fueron:

- Anamnesis remota incompleta en datos del género de vida.
- Interrogatorio por aparatos incompleto sin relación directa con el problema diagnóstico.
- Anamnesis remota incompleta en datos psicosociales.
- Semiografía incompleta en Historia de la Enfermedad Actual (HEA).
- Interrogatorio por aparatos incompleto en relación con el problema diagnóstico.

DISCUSIÓN

El género de vida es el acápite más incompleto, se debe a que los médicos no tienen claro este concepto, se entiende como sinónimo de estilo de vida,¹² término propuesto por el profesor *Ubaldo González Pérez* en uno de los libros de texto del pregrado. El estilo de vida es el modelo de actividad sistemática del individuo en la solución de sus actividades básicas. Independientemente de que se hable de género o manera, lo esencial está en que se incluya en la anamnesis remota una descripción de las actividades sistemáticas del individuo que ponga de manifiesto los factores que provenientes de su ambiente natural social, es decir, factores naturales, biológicos, económicos, sociales, psíquicos, y circunstanciales o históricos, influyen y determinan su salud.

Los datos recogidos como parte del género de vida aportan información utilizada en el razonamiento con fines diagnósticos a través del enlace de los datos sobre el ambiente y hábitos del paciente con su proceso morboso.

El interrogatorio por aparatos o sistemas aparece después de la anamnesis remota en los modelos en uso de historia clínica, sin embargo, a veces es recomendable que se realice después de la historia de la enfermedad actual si se sospecha alguna enfermedad sistémica. Estos datos pueden incorporarse al cuadro clínico de la enfermedad actual o de la comorbilidad del paciente.

La historia psicosocial no se recoge completa en una primera entrevista, sino que exige por lo general varios encuentros pues suele contener información compleja o de fuerte contenido moral, también en algunos casos se requiere de la entrevista con un familiar.¹³ Esta información puede ser útil en el diagnóstico de la entidad nosológica, pero más aún, en el diagnóstico de la afectación y el padecer que se genera en el paciente.

Después de identificados los síntomas deben describirse sus características, que son las que particularizan la enfermedad en el paciente. Encierran muchas veces las claves de un diagnóstico nosológico.

Respecto al interrogatorio por aparatos, incompleto en relación con el problema diagnóstico concreto del enfermo, cabe destacar que los clínicos siempre omitimos algún dato sobre la entidad específica que tiene el paciente, por lo que las decisiones diagnósticas y terapéuticas siempre se toman con algún grado de incertidumbre. Al respecto destaca *Coulehan* "El juicio clínico firme consiste simplemente en abordar con lógica y empatía la toma de decisiones en un contexto

de incertidumbres".¹⁴ Es importante comprender que una historia clínica completa es absolutamente imposible, por lo que el grado de completamiento de la información diagnóstica es un criterio dialéctico que tiene en cuenta la entidad en particular del enfermo. Es decir, en cada entidad nosológica y más aun, en cada paciente, puede bastar con una cantidad de información diferente para poder emitir una impresión diagnóstica acertada porque ello depende no solo de la calidad de la información recogida (validez, confiabilidad, precisión, sensibilidad, especificidad), sino también de otros factores importantes relacionados con el médico que interpreta el cuadro clínico.

Hubo dos errores, que aunque presentaron un bajo porcentaje presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de certeza diagnóstica. Ellos fueron:

- Interrogatorio muy rápido.
- No aprovecha oportunidades empáticas al interrogar.

Ambos tuvieron proporciones significativamente mayores en los grupos denominados "solo diagnóstico nosológico correcto" y en el grupo de "ambos diagnósticos incorrectos" (tabla), o sea, el diagnóstico etiológico estuvo incorrecto. Todos los demás errores no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre esos tres grupos.

Este es un análisis de resultados en el plano estadístico que no cubre el valor real de los errores al interrogar, pues el razonamiento clínico parte de las denominadas pistas clínicas útiles,¹⁵ que no son más que datos concretos que son procesados en el plano fisiopatológico probabilístico y con la utilización de encadenamientos sedimentados por la experiencia. No obstante, es posible que una entrevista rápida impida obtener suficiente información y el no desarrollo de empatía impida obtener información de contenido moral importante o limite al enfermo en comunicar datos necesarios para el diagnóstico nosológico.

El análisis, por tanto, no puede limitarse a errores individuales, sino a la presencia de información válida, confiable, precisa, con suficiente especificidad, sensibilidad y valor predictivo, respecto al diagnóstico a lograr.

Muchas investigaciones que analizan el valor del interrogatorio para el diagnóstico, se limitan a precisar si después de realizado este, es correcto, y no se dirigen al análisis de errores particulares.¹⁶⁻²⁰ Otra investigación asume el criterio de definir retrospectivamente la presencia de pistas clínicas útiles para el diagnóstico de fiebre de origen desconocido.¹⁵

La calidad de la entrevista es motivo de investigación en la actualidad debido al deterioro que se ha constatado en las habilidades de los médicos para interrogar y las consecuencias que esto trae a todo el proceso de atención médica. Las causas de dicho deterioro se han buscado en los efectos que tienen en la educación, la asistencia y la investigación médica, la utilización del desarrollo científico-técnico y la influencia de la administración en los servicios de salud, ya sea por razones de mercado u otras.²¹⁻²³ De lo anterior, se desprende la necesidad de un enfoque integrador de las propuestas de solución al problema de la calidad de la entrevista, que no puede limitarse a su valor respecto al diagnóstico nosológico.

Por tanto, no debe considerarse un criterio de calidad el análisis aislado del aporte al diagnóstico de un interrogatorio médico. En caso de realizar tal análisis, debe pasar por dos pasos: la integración global de la información considerada clave para

el diagnóstico y el rigor del razonamiento clínico que acompaña y sigue al interrogatorio.

Se ha demostrado que los residentes y aun los especialistas de medicina interna, después de años de carrera y práctica profesional cometen errores al interrogar. Los errores más frecuentes tienen que ver con el completamiento de información que no siempre es clave para diagnosticar la entidad nosológica, de ahí que no se encontró asociación entre los errores al interrogar y la certeza del diagnóstico nosológico

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Menéndez R. La Psicología en el Campo de la Salud y la Enfermedad. La Habana: Científico Técnica; 2004.
2. Núñez de Villavicencio Porro F. Psicología y Salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001.
3. Di Mateo M, Friedman H. The Physician-patient-relationship: effects on the quality of health care. Clin Obstet Gynecol. 1994; 37(1): 149-60.
4. Rivera Michelena N, Blanco Horta F. La dimensión comunicativa en la práctica médica. El valor de la entrevista. Rev Cubana Educ Med Super. 2001; 15(2)301-11.
5. Díaz Novás J, Gallego Machado B, León González A. El diagnóstico médico: bases y procedimientos. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006 [citado 15 Abr 2010]; 22(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Rodríguez Collar TL, Blanco Aspiazu MA, Parra Vigo IB. Las habilidades comunicativas en la entrevista médica. Rev Cubana Med Mil. 2009 [citado 15 Abr 2010]; 38(3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572009000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Santana Tellez NT, del Águila Grandez AY, Villalonga Moras Y, del Risco Turiño C. Deficiencias en la aplicación del método clínico en estudiantes de tercer año de medicina. Rev Hum Med. 2007 [citado 15 Abr 2010]; 7(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202007000100010&lng=es
8. Moreno Rodríguez MA. Deficiencias en la entrevista médica. Un aspecto del método clínico. Rev Cubana Med. 2000; 39(2): 106-14.
9. Canelles Pupo MG, Moreno Rodríguez MA, Echevarria Parlay JC, Bestard Pavón LA. Deficiencias en la entrevista médica realizada por alumnos de Medicina Interna bajo observación directa y registro de audio. Rev Cubana Med Milit. 2003 [citado 15 Abr 2010]; 32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572003000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Suárez Bergado R, Blanco Aspiazú MA. El método clínico y su valor para el diagnóstico. Rev Habanera Ciencias Méd. 2007 [citado 15 Abr 2010]; 6(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

11. Ilizástigui Dupuy F, Rodríguez Rivera L. El método clínico. La Habana: MINSAP; 1989.
12. González Pérez U. Modo de vida, psiquis y salud. En: Núñez de Villavicencio F, editor. Psicología y salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 113-34.
13. Núñez de Villavicencio F, Iglesias O. Aspectos psicológicos y sociales de la historia clínica. En: Núñez de Villavicencio F, editor. Psicología y salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 233-6.
14. Coulehan JL, Block MR. Principios del interrogatorio médico. México, D.F.: El manual moderno, SA de CV; 1984.
15. Roca Campañá V, Senra Armas L, Rodríguez Silva H, Jiménez Paneque R, Cepero Rosales B. Fiebre de origen desconocido en pacientes mayores de 60 años: Reporte de 40 casos. Rev Cubana Med. 2009 [citado 25 Jul 2011]; 48(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232009000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Bauer J. Diagnóstico diferencial de las enfermedades internas. Barcelona: Científico-Técnica; 1958.
17. Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JR, Richard JS, Seymour C. Relative contribution of the history-taking, physical examination and laboratory investigations to diagnosis and management of medical outpatients. BMJ. 1975;2:486-9.
18. Sanders G. Cost of unnecessary test. BMJ. 1979;2:21-4.
19. Young MJ, Poses RM. Medical students perceptions of the value of the history and physical examination. J Med Educ. 1983;58:738-9.
20. Rich EC, Terry WC, Harris LB. The Diagnostic value of the Medical history. Perceptions of the internal physicians. Arch Intern Med. 1987;1477:1957-60.
21. Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia en la anamnesis. Ateneo. 2000;1(1):21-7
22. Kipps C, Hodges J. Evaluación Cognitiva Para Clínicos. J Neurol Neurosur Psychiatry. 2005;76(1):22-30.
23. Losada GJ, Hernández NE. Apreciaciones acerca de la enseñanza del método clínico. Gaceta Médica Espirituana. 2009;11(2).

Recibido: 8 de agosto de 2012.

Aprobado: 22 de octubre de 2012.

Birsy Suárez Rivero. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Ave. 114 y 31, Marianao. La Habana, Cuba. Correo electrónico: birsysuarez@infomed.sld.cu
