Descargado el: 29-03-2024 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN PEDAGÓGICA

Sistema de recomendaciones para mejorar la calidad de la entrevista médica: el ABECEDARIO técnico del interrogatorio

Recommendations for Improving the Quality of the Medical Interview: The ABC of Questioning

Luís Alberto Corona Martínez[1] Mercedes Fonseca Hernández[2]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguia Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[2] Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Corona-Martínez L, Fonseca-Hernández M. Sistema de recomendaciones para mejorar la calidad de la entrevista médica: el ABECEDARIO técnico del interrogatorio. **Medisur** [revista en Internet]. 2014 [citado 2024 Mar 29]; 12(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu, medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2740

Resumen

La adquisición de la habilidad para ejecutar un adecuado interrogatorio constituye uno de los objetivos formativos más importantes y complejos en que profesores y estudiantes se ven involucrados en la carrera de Medicina. El “saber interrogar” es, de hecho, una competencia esencial para el cumplimiento con calidad de la función de asistencia médica a los individuos enfermos. En este artículo se presenta un sistema de recomendaciones técnicas que, en calidad de condiciones, posibilitan la correcta ejecución de la habilidad interrogar. La propuesta es considerada una contribución a la enseñanza-aprendizaje de una herramienta de trabajo esencial, inherente al método de la profesión: el método clínico.

Palabras clave: entrevista, calidad de la atención de salud, competencia clínica, enseñanza, aprendizaje

Abstract

Acquiring the skills to perform proper questioning is one of the most important and complex training objectives in medical programs; its fulfillment requires both students and teachers' efforts. "Knowing how to question" is, in fact, an essential competence to provide quality care to sick individuals. This article shows a system of technical recommendations used as conditions that allow the correct application of the questioning skills. The proposal is considered a contribution to the teaching and learning of a critical tool inherent to the method of the profession: the clinical method.

Key words: interview, quality of health care, clinical competence, teaching, learning

Aprobado: 2014-05-21 14:31:17

Correspondencia: Luís Alberto Corona Martínez. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguia Lima. Cienfuegos. luis.corona@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

En el centro de atención de nuestra actividad docente se encuentra conducir a las futuras generaciones de profesionales médicos en su aprendizaje sobre cómo llevar a cabo su actividad profesional fundamental: la labor asistencial a individuos enfermos.

Esta labor de asistencia médica, en sus dimensiones curativa y rehabilitadora, puede ser definida como aquel proceso mediante el cual el paciente y el médico establecen una relación dirigida a la identificación y solución de los problemas de salud presentes en el individuo enfermo.

La adquisición de la habilidad para ejecutar un adecuado interrogatorio constituye uno de los objetivos formativos más importantes y complejos en que profesores y estudiantes se ven involucrados en la carrera de Medicina. El "saber interrogar" es, de hecho, una competencia esencial para el cumplimiento con calidad de la función de asistencia médica a los individuos enfermos.

En un artículo anterior se presentó un modelo de la actividad de interrogatorio, conformado en su ejecución por cuatro momentos distinguibles entre sí; así como una aproximación a las invariantes funcionales de la habilidad.[1] En este artículo, complemento del previo, se presenta un sistema de recomendaciones técnicas que, en calidad de condiciones, posibilitan la correcta ejecución de la habilidad interrogar. La propuesta es considerada una contribución a la enseñanza-aprendizaje de una herramienta de trabajo esencial, inherente al método de la profesión: el método clínico.

DESARROLLO

En el sistema de recomendaciones para una correcta ejecución del interrogatorio, al que hemos llamado "El ABECEDARIO técnico del interrogatorio", las recomendaciones, estrechamente interrelacionadas, están enmarcadas fundamentalmente en el orden del cómo ejecutar las acciones de la habilidad interrogar, en calidad de condiciones dentro del sistema operacional de dicha habilidad. Cada recomendación, expuesta a continuación, se acompaña de algunos comentarios explicativos que expresan su relevancia en la ejecución de la habilidad en cuestión.

Reconocer, en el orden psicológico, la importancia de la primera entrevista.

Es muy posible que en la primera entrevista no se pueda obtener toda la información que se desea; aunque existen varias razones para ello, muchas veces los pacientes no recuerdan todos los detalles que el médico quisiera conocer. Pero sí está claro que ese primer momento de interacción es de vital importancia para el establecimiento de una adecuada relación médico-paciente, base esencial de todo lo que posteriormente ocurrirá en la atención al enfermo.

En el orden psicológico, la primera entrevista "marcará" al paciente, quien, en dependencia de su impresión inicial, asumirá una posición abierta, cooperadora, comunicativa y receptiva, o todo lo contrario; lo anterior tiene una implicación directa en la calidad de la información que se pretende obtener, y sin la cual el diagnóstico, como paso subsiguiente, se tornará más difícil. Desde la perspectiva del médico, esta primera entrevista le permitirá configurar mentalmente una representación personológica y holística de su paciente, de capital importancia para la conducción del proceso de atención médica a ejecutar.

Propiciar un ambiente sonoro, de iluminación y de privacidad adecuados.

Garantizar una acústica y una iluminación adecuadas son dos condiciones que minimizan las posibilidades de error en la recogida de la información. El paciente debe escuchar con claridad las preguntas para poder dar las respuestas adecuadas, las cuales deben también ser recibidas con claridad por el médico. Aunque la importancia de la iluminación es más evidente en la ejecución del examen físico, es de sumo valor durante la entrevista la observación del lenguaje extraverbal del paciente, como complemento de lo que oralmente está expresando.

La importancia de un ambiente de privacidad es incuestionable. No olvidemos que, ya sea por el tipo de molestias por las cuales el paciente solicita consulta o por características de la personalidad, muchos enfermos necesitan de esta condición para expresarse con la necesaria libertad y franqueza.

Utilizar al paciente como fuente primaria de información, siempre que sea posible y

confiable.

Hay que tener en cuenta que la fuente más importante de información es el propio paciente. A veces injustificadamente y sobre todo en la atención a ancianos, se realiza el interrogatorio a un familiar o acompañante. Nadie podrá describir mejor una sensación anormal que la persona que la siente (siempre y cuando se encuentre en plenitud de facultades), además de, como otra razón, la indiscutible necesidad psicológica de esa persona de expresar sus síntomas, temores y preocupaciones; expresión estas del significado personal de sus dolencias. Interrogar al propio paciente le permite al médico una mejor representación integral del mismo.

Contrastar la información obtenida y utilizar cualquier otra fuente de información que se considere útil.

Esta recomendación contiene dos elementos a destacar, en estrecha relación.

El primero consiste en que, a pesar de lo expuesto en la recomendación anterior, lamentablemente, en no pocas ocasiones el paciente no está en condiciones de ofrecer una información coherente y productiva. Sobrados ejemplos de la práctica fundamentan esta afirmación: pacientes con deterioro del nivel de conciencia, dementes, confusos, delirantes, deprimidos, con incapacidad para articular palabras, con bajo nivel de instrucción o educación, o gravemente enfermos; añádase el caso de los niños pequeños como otro ejemplo típico. En todas estas situaciones buscar información de fuentes secundarias no es un recurso opcional sino un recurso imprescindible.

Aún en el caso de haberse obtenido la información del propio paciente como fuente primaria, siempre que se tenga la oportunidad, y de una forma muy cuidadosa para no herir la susceptibilidad del enfermo, se debería contrastar y precisar los datos obtenidos con información proveniente de otras personas cercanas: familiares, cuidadores, vecinos, amistades, compañeros de estudio o trabajo, y hasta otros pacientes cercanos o sus acompañantes (la típica triangulación de la información en el campo de la investigación científica). Este segundo elemento debe derivar hacia una historia más segura, más sólida, más precisa; aunque reconocemos que también puede introducir más incertidumbre y confusión en la misma, por la sencilla razón de que la información obtenida de fuentes secundarias pasa por el tamiz de la perspectiva y la personalidad de esas otras personas. Por ello, saber escoger la fuente de información cuando no se puede obtener del propio paciente o cuando se necesita contrastar o precisar algún dato recogido constituye un importante elemento del componente de arte en el interrogatorio.

Con relación a este segundo elemento debemos recordar que hay grupos específicos de personas en los cuales la contrastación de la información se hace muy necesaria por la alta probabilidad de que esté desvirtuada. Los reclusos, los simuladores, las personas que en cierto momento persiguen una determinada ganancia secundaria, son ejemplos de estos grupos.[2]

Escuchar atentamente, sin distracción ni aburrimiento; utilizar el silencio oportunamente.

El médico debe saber bien cuándo preguntar y cuándo guardar silencio. En todo caso debe escuchar al paciente con atención, sin bostezos ni miradas al reloj, ni muestras de aburrimiento o poco interés por la historia que está escuchando.

Prestarle la suficiente atención no sólo para escucharlo sino particularmente, para entenderlo. Hay que saber aclarar lo expuesto por el paciente.

Prestarle la suficiente atención se relaciona también con la necesidad de entender las molestias del paciente, por lo que muchas de nuestras preguntas deberán ser esclarecedoras. Con cierta frecuencia observamos cómo los estudiantes se quedan con dudas acerca de lo referido por el paciente.

Dedicar al paciente el tiempo necesario (suficiente).

Cada paciente posee una historia diferente; cada paciente requiere un tiempo diferente. De cualquier manera, el tiempo dedicado a la entrevista debe ser el necesario, pero también el suficiente, porque de seguro habrá otro paciente esperando.

Mantener el control de la entrevista; combinar y hacer uso adecuado de las preguntas generales y específicas.

Aunque hay que dedicarle suficiente tiempo al paciente, el control de la entrevista no puede irse

de las manos; es el médico quien debe guiar este proceso de obtención de información, y no el paciente como a veces suele ocurrir cuando se entrevistan pacientes con ciertos rasgos de la personalidad (dominantes, egocéntricos, detallistas, prolijos de pensamiento). Para lograr este control es muy importante saber combinar apropiadamente las preguntas generales con las preguntas específicas; a unos pacientes se les aplicará la lógica natural de "primero las generales y después las específicas", pero en otros pacientes será necesario conducir la entrevista con preguntas concretas, ya sea porque apenas hablan o porque hablan mucho. Ello es parte de la "individualización" en la atención a los enfermos.

Adecuar la entrevista a las características psicológicas y socioculturales del paciente.

Constituye una de las recomendaciones más frecuentemente vulneradas como consecuencia de no considerar que el promulgado enfoque holístico del proceso salud-enfermedad también tiene implicaciones importantes en el proceso comunicativo, y que cada persona al ser un ente singular requiere una adecuación de dicho proceso a su personalidad, su estado afectivo, su instrucción, su nivel cultural.

Hablar pausado, con dicción clara y precisa; lenguaje comprensible, con un tono amable. Evitar el uso de términos técnicos.

Estas dos recomendaciones complementan a la anterior, y constituyen requisitos de un adecuado proceso comunicativo. El paciente también tiene que entender al médico, y los términos técnicos son para la comunicación entre los profesionales, independientemente de la elevada cultura médica de algunos pacientes. ¿Acaso no se ha observado a un paciente no poder responder si había presentado "disnea", o si había aquejado "pirosis"?

No inducir respuestas; ser imparcial y no tendencioso. Evaluar los hechos objetivamente, sin prejuicios.

Posiblemente sean las deficiencias en el interrogatorio relacionadas con este aspecto unas de las más difícil de erradicar. Es altamente llamativo observar como médicos de gran experiencia y elevado nivel profesional, no pueden evitar inducir las respuestas de su paciente por la forma en que realizan las preguntas: … pero, ¿usted no se sintió más nada, verdad?… ¿Y seguro que usted no tuvo dolor? ¡Porque es difícil que no haya tenido dolor!… A veces los médicos queremos "acomodar" la historia del paciente a los diagnósticos que estamos sospechando, y con nuestras preguntas e insistencia en algún aspecto concreto inducimos al paciente a darnos la respuesta que queremos escuchar.

Mantener aptitud afectuosa, cordial, respetuosa y serena, que proyecte seguridad, responsabilidad y seguridad. Ser natural, sencillo, cooperativo y no impositivo. Inspirar confianza y simpatía.

Esta recomendación se explica por sí sola, y es muy importante para establecer una relación empática con el paciente.

Mostrar interés sincero por la personalidad del enfermo.

Basta recordar lo que muy atinadamente alguien señaló: tan importante es conocer qué tipo de enfermedad tiene el enfermo como conocer qué tipo de enfermo tiene la enfermedad. Sabias palabras.

Realizar labor educativa desde la propia entrevista, pero no juzgar, valorar o criticar información aportada por el paciente; evitar los sermones y censuras.

Es muy probable que en el interrogatorio se obtenga información, fundamentalmente relacionada con ciertos hábitos, costumbres, creencias o estilo de vida, susceptible de generar trabajo de promoción de salud con el enfermo. Hay que ser muy cuidadoso en realizar labor educativa en la primera entrevista dado el ambiente psicológico que la caracteriza; algunos pacientes no percibirán los mensajes adecuadamente. De cualquier manera, cuando se considere necesario y oportuno de realizar dicha labor, la forma de materializarse adquiere una capital importancia.

Respetar la privacidad del paciente; las preguntas en el momento apropiado. Tener mucho tacto al indagar datos íntimos.

Hay esferas de la vida que son muy personales. La vida íntima de las personas siempre debe ser respetada; acceder a ese espacio del interior humano debe estar plenamente justificado, y cuando sea imprescindible la información debe ser solicitada en el marco del mayor respeto y de

la manera más delicada que la situación lo permita.

Respetar la confiabilidad paciente-médico.

Muy en relación con la recomendación anterior, esta añade el marco de confiabilidad con que debe ser manejada la información de aspectos íntimos del paciente.

Complementar la información que el paciente aporta con la obtenida de la propia observación.

Se reitera con esta recomendación la importancia de combinar el interrogatorio con la observación del lenguaje extraverbal (incluye la mímica y el lenguaje corporal) del paciente, a través del cual se pueden obtener importantes señales acerca de su padecimiento.

Utilizar adecuadamente la mímica (lenguaje extraverbal). No mostrar sorpresa, emoción ni contrariedad ante hechos revelados.

También el médico debe ser cuidadoso en no emitir señales inapropiadas a través de su lenguaje extraverbal, pues serán captados con rapidez y negativamente por algunos pacientes.

Mantener una mente abierta, dispuesta siempre a recibir o detectar cualquier nueva información.

No pocas veces durante el acto de interrogar, y teniendo como punto de partida alguna pregunta, el paciente brinda información aparentemente ajena a la pregunta realizada pero trascendente para el diagnóstico, por lo que si no hay una real disposición del médico para captar esos mensajes, se perderá una buena oportunidad para el esclarecimiento diagnóstico. A veces el paciente insiste en un dato, y quien interroga lo desestima a pesar de la insistencia.

Intentar estar lo más seguro posible de la veracidad de la información obtenida.

Ya se mencionó la importancia de la triangulación de fuentes de información para fortalecer su veracidad. Pero esta recomendación puede tener otra lectura. Con mucha insistencia vemos estudiantes que se conforman con obtener y listar los antecedentes patológicos del enfermo, y asumirlos tácitamente en el proceso de discusión diagnóstica.

No será igual la fuerza con que se asumirá el diagnóstico de úlcera péptica en el pasado del paciente si este diagnóstico fue realizado basado en la clínica y en la radiología, que si ese diagnóstico fue complementado además con un estudio endoscópico. Todos debemos entender que las afecciones crónicas previas, los antecedentes referidos por el paciente, no son "etiquetas" o "rótulos" que debamos asumir incuestionablemente.

No interrumpir la entrevista innecesariamente.

Para muchos pacientes puede ser desagradable en mayor o menor medida interrumpir la entrevista sin una clara justificación. Aunque esta recomendación es fácil de entender, en la práctica cotidiana no es tan fácil de cumplir dada las múltiples ocupaciones, funciones y tareas que los médicos desempeñan al mismo tiempo.

Tomar notas rápidas de la información durante su obtención.

Si bien hay que escuchar atentamente al paciente en su narración, no se puede abusar de la memoria. Ante historias complejas, de mucho tiempo de evolución o ricas en información se hace evidente con más claridad la necesidad de hacer apuntes rápidos de ciertos datos que posteriormente serán trabajados de nuevo, con más profundidad y precisión. De cualquier manera, anotar información es un recurso totalmente válido. Con una elevada frecuencia hemos observado cómo el estudiante pregunta el nombre y la edad del paciente al inicio y al final del acto de interrogatorio... porque sencillamente se le olvidó esta información con el desarrollo de la entrevista.

Reconocer la importancia que tiene el surgimiento de hipótesis diagnóstica durante la ejecución del interrogatorio.

Como planteó el profesor Ilizástegui a través del fenómeno que denominó "activación de hipótesis",[3] es casi inevitable que el solo escuchar la presencia de ciertos síntomas en la historia del paciente comiencen a desplegarse en nuestras mentes posibles diagnósticos a considerar, aún sin haber concluido el interrogatorio. Este fenómeno juega un importante papel en la orientación de la actividad de interrogar, pues muchas de las preguntas específicas que el médico realizará estarán dirigidas precisamente hacia la búsqueda de información que le otorgue mayores o

menores probabilidades de que cada una de las hipótesis desplegadas esté presente en el enfermo concreto que se asiste.

Tener en cuenta el papel que pueden jugar los hallazgos al examen físico y los resultados de exámenes complementarios en el propio interrogatorio.

Para algunos profesores cuando se comienza el examen físico del paciente ya se da por concluido el interrogatorio. Es importante tener presente que el obtener ciertos datos en el examen físico, fundamentalmente cuando no son esperados, conduce a la realización de nuevas preguntas específicas relacionadas con esos hallazgos. Sucede con frecuencia cuando nos sorprende la presencia de un soplo cardiaco, o un nódulo en el tiroides inadvertido para el paciente, o un ganglio palpable, o la presencia de ascitis asintomática, por sólo citar algunos ejemplos.

Y es que entre el interrogatorio y el examen físico se establece una estrecha relación que es, además, bidireccional; aunque en su dinámica de ejecución, como ya se ha planteado, se inicia por el primero.[4]

En cuanto a los exámenes complementarios, es conocido que su lugar en la lógica del método clínico se ubica después de haber sido obtenida la información clínica y una vez elaboradas las hipótesis diagnósticas.[4-6] Pero sucede que con bastante frecuencia los pacientes acuden a la primera entrevista ya con una serie de exámenes complementarios realizados que, inevitablemente, tienen que ser tenidos en cuenta también en la orientación de la información a buscar en el enfermo; sería insensato desestimar una hemoglobina en 70 g/l o una glicemia en 10,5 mmol/l en el interrogatorio del paciente. Por ello, los exámenes ya realizados al paciente al momento de la entrevista, así como sus resultados forman parte de la historia de la enfermedad actual.

Considerar la necesidad de más de una entrevista.

Como ha sido expuesto desde la primera recomendación, es frecuente en la práctica que no se logre obtener la suficiente información clínica del paciente en un primer acto de interrogatorio, por las más diversas razones: el paciente no recuerda, el paciente no coopera, el paciente no sabe, la persona más allegada o la que observó determinado evento no están presentes en la primera entrevista. El médico debe tener presente siempre que puede ser necesario realizar nuevos interrogatorios para precisar la información; que debe hacer todo el esfuerzo posible por no dejar cabos sueltos. Para esa posterior entrevista, con mucha frecuencia, ya el paciente o el familiar ha recordado algún dato de relevancia (por ejemplo epidemiológico, o en la historia familiar); así como algún síntoma que le pareció intrascendente y no mencionó en el primer contacto. El ejemplo del trauma de cráneo y el hematoma subdural es típico.

Por eso, nunca se debe considerar que el interrogatorio ha concluido.

CONSIDERACIONES FINALES

En un trabajo precedente en el cual profundizamos en las limitaciones de la "información clínica" para realizar adecuados diagnósticos y donde se analizan los diversos factores que inciden en ello,[7] se reconoce el papel fundamental que juega el perfeccionamiento permanente de las habilidades clínicas, entre las que se encuentra la habilidad interrogar, en el esfuerzo por disminuir en lo posible esas limitaciones.

En plena consonancia con estas ideas, el trabajo presentado ha tenido como propósito compartir con los profesores y los estudiantes ideas y experiencias dirigidas a facilitar la enseñanza y el aprendizaje de tan importante habilidad y, sin pretender sustituir la amplia y útil información contenida en los textos dedicados a este tema, contribuir a la adquisición de la habilidad profesional suprema: el dominio del método de trabajo, el dominio del método clínico.

Los elementos aquí expuestos, al contribuir a la conformación de una representación mental del interrogatorio como habilidad, tienen una incidencia directa en el momento didáctico de orientación; momento cuya vulneración afecta todas las fases posteriores del proceso formativo de las habilidades y que, desafortunadamente, es una situación nada infrecuente en nuestra práctica docente.

Nuestros profesores y estudiantes deben comprender que, sobre la base de esta orientación, se necesita mucha dedicación y ejercitación reflexiva, no sólo durante todas las asignaturas del ciclo clínico de la carrera sino durante todo el ejercicio profesional posterior.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corona Martínez L, Fonseca Hernández M. La modelación de la actividad de interrogatorio y una aproximación a sus invariantes funcionales. Medisur [revista en Internet]. 2014 [cited 4 Mar 2014] ; 12 (1): [aprox. 8p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2527/1402.

2. Espinosa Brito AD. La unicidad en la diversidad. Factores en cuestión. Ateneo. 1996 ; 4 (1-2): 93-103.

3. Ilizástegui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. Rev Cubana Educ Med Super. 2000 ; 14 (2): 109-27.

4. Corona Martínez L. Representación esquemática-sintética del modelo de método clínico diagnóstico-terapéutico. Medisur [revista en Internet]. 2007 [cited 19 Dic 2013] ; 5 (1): [aprox. 3p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/234.

5. Corona Martínez L. Reformulación teórica del método clínico: el método clínico diagnóstico-terapéutico. Medisur [revista en Internet]. 2007 [cited 12 Dic 2013] ; 5 (1): [aprox. 3p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/235/1140.

6. Corona Martínez LA. Los exámenes complementarios en la práctica médica asistencial. Medisur [revista en Internet]. 2010 [cited 23 Ene 2011] ; 8 (5): [aprox. 5p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1348/254.

7. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. El método clínico y los dilemas de la clínica. Medisur [revista en Internet]. 2011 [cited 19 Dic 2013] ; 9 (5): [aprox. 9p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1588.