

## Certeza diagnóstica mediante interrogatorio y examen físico en estudiantes de medicina interna

### Diagnostic certainty through interrogatory and physical examination in internal medicine students

Birsy Suárez Rivero,<sup>I</sup> Yusleidy Argudin del Pino,<sup>I</sup> Alujy Suárez Rivero,<sup>II</sup>  
Alain Rosell Suárez,<sup>III</sup> Damaris Reyes Hernández<sup>I</sup>

<sup>I</sup> Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Policlínico 27 de Noviembre. La Habana, Cuba.

<sup>III</sup> Hospital Clínico Quirúrgico "Enrique Cabrera Cossío". La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** el análisis de los errores cometidos durante el proceso diagnóstico al aplicar el método clínico por los estudiantes de medicina interna, en dos momentos de su rotación, permite mejorar la calidad de la atención médica.

**Objetivo:** analizar si existe relación entre el diagnóstico al ingreso y egreso, y los errores detectados durante el interrogatorio y examen físico en los estudiantes de tercer año al iniciar y finalizar la rotación de medicina interna.

**Métodos:** se realizó un estudio descriptivo de los alumnos de tercer año del Hospital Militar "Dr. Carlos J. Finlay" en el curso académico 2015-2016.

**Resultados:** los errores son más frecuentes en el interrogatorio, tanto en el primero como en el segundo encuentro médico. La concordancia entre el diagnóstico al ingreso y al egreso, mejoró en un 21,7 % entre el primer y el segundo.

**Conclusiones:** la realización de diagnósticos certeros implica mejoramiento de la atención médica con ahorro de recursos económicos.

**Palabras clave:** entrevista diagnóstica; entrevista evaluación; errores médicos.

## ABSTRACT

**Introduction:** the analysis of the errors made during the diagnostic process when applying the clinical method by the students of internal medicine, in two moments of its rotation, allows to improve the quality of the medical attention.

**Objective:** to analyze if there is a relationship between the diagnosis at admission and discharge and the errors detected during the interrogation and physical examination in the third year students at the beginning and end of the Internal Medicine rotation.

**Methods:** a descriptive study of the third year students of the Military Hospital "Dr. Carlos J. Finlay in the academic year 2015 - 2016.

**Results:** errors are more frequent in the interrogation, both in the first and in the second medical encounter. The agreement between the diagnosis on admission and discharge, improved by 21.7 % between the first and second medical encounter.

**Conclusions:** the realization of accurate diagnoses implies improvement of medical care with savings of economic resources.

**Keywords:** diagnostic interview; interview evaluation; medical errors.

---

## INTRODUCCIÓN

El proceso del diagnóstico médico se realiza todos los días cuando se atiende a cada paciente. En este quehacer diario, el médico cumple una serie de pasos muy relacionados entre sí, que incluyen desde el planteamiento del problema por el enfermo, la recolección de la información sobre dicho problema fundamentalmente mediante el interrogatorio y el examen físico, el razonamiento diagnóstico dirigido a la elaboración de hipótesis sobre el problema, la indicación de investigaciones como forma más frecuente de contrastación de la hipótesis diagnóstica y finalmente, ya como asunto relacionado con el proceso diagnóstico, pero que implica otro campo del actuar médico, la solución del problema mediante la conducta terapéutica.

Es de esperar que durante todo este recorrido se puedan cometer errores y los de pasos iniciales influyen o determinan otros en los pasos siguientes. Todos tienen diferente impacto sobre la solución del problema del enfermo.<sup>1-4</sup>

El análisis de los errores cometidos por estudiantes de medicina, desde tercer año, permite su reconocimiento, precisar si existe relación entre ellos y lo más importante, retroalimentar a los estudiantes tanto de forma individual como colectiva, para lograr en el futuro, entrevistas médicas que lleven a diagnósticos correctos. Un mal diagnóstico puede ser consecuencia de un mal interrogatorio, defectos del examen físico, en el razonamiento diagnóstico o en la interpretación de los estudios complementarios.

En general los especialistas y profesores de medicina interna plantean la ausencia de habilidades en estudiantes de sexto año al iniciar esta rotación, pues confeccionan historias clínicas de menor calidad.

Se deben enseñar buenos hábitos desde al primera rotación por el área clínica, demostrarles cómo se realiza un interrogatorio adecuado, educarlos en explorar completamente la semiografía e inculcarles la importancia de la calidad en la historia clínica, para lograr disminuir los errores médicos y como consecuencia, diagnósticos certeros desde la primera entrevista médica.

Este trabajo fue realizado para analizar si existe relación entre el diagnóstico al ingreso y egreso, y los errores detectados durante el interrogatorio y examen físico en estudiantes de tercer año de medicina en la rotación de medicina interna.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, en los alumnos del tercer año de la carrera de medicina, en el Hospital Militar "Dr. Carlos J. Finlay" durante el segundo semestre en la estancia de medicina interna del curso académico 2015-2016.

Cada estudiante interrogó a un enfermo que ingresó el día anterior o el mismo día y fue observado en dos momentos: al iniciar la rotación de medicina interna (el primer mes) y el último mes antes de finalizar esta rotación.

Para la identificación de los errores se utilizó una guía de observación ([anexo](#)) que después fue discutida entre tres observadores para ser llenada y fueron marcados los errores cometidos en cada acápite.<sup>5</sup> Se anexa también el modelo de recogida del dato primario.

Fueron recogidos los errores en el interrogatorio, en la primera y segunda entrevista, igualmente los errores en el examen físico. Además se estimó la concordancia de la hipótesis diagnóstica en la primera y segunda entrevista, con el diagnóstico al ingreso y al egreso.

Los datos recogidos fueron analizados mediante tablas de distribución de frecuencias y cálculo de porcentajes.

## RESULTADOS

La anamnesis remota incompleta en género de vida (92,7 %) fue el error más frecuente en la primera entrevista médica, al disminuir en más de un 50 %. La semiografía incompleta en la historia de la enfermedad actual (HEA) se constató en el 72,7 % de los estudiantes en la primera entrevista, fue el cuarto error más frecuente. En la segunda entrevista, aunque menos frecuente (55,4 %) pasó a ser el error más frecuente en conjunto con la anamnesis remota incompleta en datos psicosociales.

Los errores más frecuentes en el examen físico durante la primera y segunda entrevista fueron: no explorar expectativas al examinar seguido de omisión de acápite y desorden al examinar en el 63,6 %, pero con disminución en su frecuencia.

Los estudiantes de tercer año durante la rotación por medicina interna presentaron mayor número de errores durante el interrogatorio, tanto en el primero como en el segundo encuentro médico.

La concordancia entre la hipótesis diagnóstica al ingreso y egreso mejoró del 52,7 % al 74,4 % entre el primer y segundo encuentro médico ([tabla 1](#), [tabla 2](#), [tabla 3](#) y [tabla 4](#)).

**Tabla 1.** Errores durante el interrogatorio

Errores durante el interrogatorio	1 <sup>era</sup> entrevista		2 <sup>da</sup> entrevista	
	N	%	N	%
<b>Motivo de ingreso</b>				
Lo identifica mal.	29	26,3	14	12,7
No lo identifica.	26	23,6	7	6,3
<b>Historia de la enfermedad actual</b>				
No establece el inicio de la enfermedad.	14	12,7	8	7,2
No establece el cronopatograma.	22	20	13	11,8
Faltan síntomas.	62	56,3	47	42,7
Semiografía incompleta.	80	72,7	61	55,4
<b>Anamnesis remota</b>				
Incompleta en APP	66	60	29	26,3
Incompleta en género de vida	102	92,7	49	44,5
Incompleta en psicosocial	92	83,6	61	55,4
<b>Interrogatorio por aparatos</b>				
Incompleto en relación con el problema diagnóstico	80	72,7	47	42,7
Incompleto sin relación con el problema diagnóstico.	98	89,1	59	53,6

**Tabla 2.** Errores durante el examen físico

Errores durante el examen físico	1 <sup>era</sup> entrevista		2 <sup>da</sup> entrevista	
	N	%	N	%
Por omisión				
Omite maniobras necesarias en un acápite	26	26,3	17	15,4
Omite acápites del examen físico	72	65,4	61	55,4
Por mala técnica				
Error por mala técnica	43	39,1	36	32,7
Desorden del examen físico	70	63,6	49	44,5
Demasiado lento	17	15,4	9	8,2
No explora expectativas al examinar	75	68,1	63	57,2
No explora afectación al examinar	20	18,2	11	10
Sugiere hallazgos en el paciente	48	43,6	28	25,4
De detección del signo				
No identifica signos físicos presentes.	26	26,3	7	6,4
Detecta signos inexistentes	18	16,4	4	3,6
De detección semiográfica				
No identifica datos semiográficos	28	25,4	6	5,4
Identifica datos semiográficos inexistentes	22	20	4	3,6

**Tabla 3.** Errores médicos durante el interrogatorio y examen físico en los dos encuentros médicos

Errores médicos	1 <sup>ra</sup> entrevista		2 <sup>da</sup> entrevista	
	N	Promedio	N	Promedio
Interrogatorio	671	6,1	395	3,6
Examen físico	477	4,3	310	2,8

**Tabla 4.** Concordancia hipótesis diagnóstica al ingreso - egreso en los dos encuentros médicos

Hipótesis diagnóstica	1 <sup>ra</sup> entrevista		2 <sup>da</sup> entrevista	
	N	%	N	%
Ingreso- Egreso	58	52,7	82	74,4

## DISCUSIÓN

El conocimiento de los errores que cometen los estudiantes de tercer año en la rotación de medicina interna durante la ejecución de la anamnesis y el examen físico, está vinculado con la calidad del uso del método clínico utilizado a diario en el proceso del diagnóstico individual de un enfermo por todos los médicos asistenciales una vez graduados. En la enseñanza pregrado se adquieren las habilidades clínicas que se van sedimentando en el postgrado, donde el médico es responsable de su desempeño profesional independiente, sin supervisión.<sup>5-7</sup>

La educación en el trabajo es la forma de organización de la enseñanza ideal para el aprendizaje de la habilidad para interrogar. La función del profesor en este proceso es el de organizar, dirigir y controlar las tareas docentes, integrar dinámicamente a todo el colectivo, propiciar las iniciativas y aprovechar las capacidades de cada individuo en función de los objetivos a lograr.<sup>8</sup> Hacer de la educación en el trabajo un proceso eficiente es el logro fundamental a alcanzar, si pretendemos desarrollar las habilidades del educando en el interrogatorio.<sup>9</sup> Esto se logra mediante la supervisión directa y la evaluación del nivel de desarrollo de la habilidad de interrogar pues en ocasiones, se supervisa el interrogatorio, pero no el registro en la historia clínica y existe un componente importante de información oculta, porque todo no se escribe.<sup>10-12</sup>

Se debe señalar la falta de habilidades en la entrevista médica de los estudiantes de tercer año y alcanzar esa maestría requiere de un cierto número de años y de atender a muchos pacientes. Por tanto, son lógicas las diferencias existentes entre los estudiantes de tercer año al iniciar y al concluir la rotación. Mucho más acusadas entre estos y los internos y los médicos. No obstante, se ha constatado un deterioro de las habilidades para interrogar, que repercute en el proceso de atención médica.<sup>13-15</sup> Las causas de dicho deterioro se han buscado en los efectos de la utilización del desarrollo científico y técnico, la administración de los servicios de salud, sobre la educación, la asistencia y la investigación médica.<sup>13,16-18</sup>

De lo anterior se desprende la necesidad de un enfoque integrador de las propuestas de solución al problema de la calidad de la entrevista, pues en Medicina Interna, sigue siendo el interrogatorio el arma principal en nuestro trabajo asistencial.<sup>19-22</sup>

Los errores más frecuentes durante la primera y segunda entrevista médica fueron los de completamiento de la información. En el examen físico al igual que en el interrogatorio, los errores disminuyeron su frecuencia entre en primero y el segundo encuentro médico, pero son los mismos errores. Los errores fueron más frecuentes durante el interrogatorio. La concordancia entre el diagnóstico al ingreso y egreso mejoró entre el primero y segundo encuentro médico.

## **Anexo**

### **(I) GUÍA DE OBSERVACIÓN DEL INTERROGATORIO MÉDICO**

#### **Motivo de ingreso.**

Lo identifica mal.

No lo identifica.

#### **Historia de la enfermedad actual.**

No establece el inicio de la enfermedad.

No establece el cronopatograma.

Faltan síntomas.

Semiografía incompleta.

#### **Anamnesis remota.**

Incompleta en APP.

Incompleta en genero de vida

Incompleta en psicosocial

#### **Interrogatorio por aparatos.**

Incompleto en relación con el problema diagnóstico

### **(II) GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA LA EVALUACIÓN DEL EXAMEN FÍSICO**

#### **Errores durante el examen físico.**

##### **Por omisión**

Omite maniobras necesarias en un acápite.

Omite acápites del examen físico.

**Por mala técnica**

- Error por mala técnica.
- Desorden del examen físico.
- Demasiado lento.
- No explora expectativas al examinar.
- No explora afectación al examinar.
- Sugiere hallazgos en el paciente.

**De detección del signo**

- No identifica signos físicos presentes.
- Detecta signos inexistentes.

**De detección semiográfica**

- No identifica datos semiográficos.
- Identifica datos semiográficos inexistentes.

**(III) MODELO DE RECOLECCIÓN DEL DATO PRIMARIO**

**I. Datos generales del observado.**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_

**II. Errores encontrados durante el interrogatorio:**

Motivo de ingreso \_\_\_\_\_  
Historia de la enfermedad actual  
\_\_\_\_\_  
Anamnesis remota  
\_\_\_\_\_  
Interrogatorio por aparatos  
\_\_\_\_\_

**III. Errores encontrados durante el examen físico:**



Por omisión \_\_\_\_\_

Por mala técnica \_\_\_\_\_

De detección del signo \_\_\_\_\_

De detección semiográfica \_\_\_\_\_

**IV. Diagnóstico al ingreso** \_\_\_\_\_

**V. Diagnóstico al egreso** \_\_\_\_\_

**VI. Concordancia diagnóstico al ingreso-egreso:** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

## Conflictos de intereses

Los autores no refieren conflictos de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Sacasas JA. La ética de la educación médica. En: Amaro Cano MC. Ética Médica y Bioética. La Habana: Ciencias Médicas; 2009. p. 108-17.
2. James JTA. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. J Patient Saf. 2013;9:122-8. doi:10.1097/PTS.0b013e3182948a69
3. Torijano-Casalengua ML, Astier-Penaby P, Mira-Solvess JJ. El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus Instituciones. Aten Primaria. 2016;48(3):143-6.
4. Moreno MA. El interrogatorio y el examen físico. En: Moreno MA. El Arte y la ciencia del diagnóstico médico. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2001. p. 75-98.
5. Suárez Rivero B, Blanco Aspiazú MA, Morales Jiménez E, Suárez Rivero A, Bosch Bayard RI. Errores más frecuentes al interrogar y su asociación con la certeza diagnóstica. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2012 dic [citado 28 ene 2013];41(4):334-40. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572012000400003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000400003&lng=es)
6. Suárez Rivero B, Blanco Aspiazú MA, Morales Jiménez E, Suárez Rivero A. Influencia en la certeza diagnóstica de los errores médicos en la discusión diagnóstica. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2012 sep. [citado 28 ene 2013];41(3):271-82. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572012000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000300007&lng=es)

7. Suárez Rivero B, Blanco Aspiazú MA, Morales Jiménez E, Suárez Rivero A, Bosch Bayard RI. Errores en el examen físico del paciente. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2011 dic [citado 28 ene 2013];40(3-4):211-7. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572011000300002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000300002&lng=es)
8. Salas Perea RS. Educación, competencia y desempeño profesionales. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 1999. p. 51-74.
9. Ilizastegui F. Educación en el trabajo como principio rector de la educación médica cubana (conferencia). En: Taller Nacional Integración de la Universidad Médica a la Organización de Salud: su contribución al cambio y al desarrollo perspectivo. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1993.
10. Ilizástigui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. MediSur [Internet]. 2010 [citado 28 ene 2017];8:52-62. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020098010>
11. Reed JE, Card AJ. The problem with Plan-Do-Study-Act cycles. BMJ Qual Saf. 2016;25:147-52.
12. Bacallao MG, Bello MB. El método clínico, situación actual. Revisión bibliográfica. Acta Médica del Centro. 2014;8(2).
13. Hernández JC, García PH, Marce EA, Dueñas GN, Salvato DA. Importancia del Método Clínico. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2012 sep [citado 28 ene 2017];38(3):422-37. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300009)
14. Fernández Sacasas JÁ. La triangulación epistemológica en la interpretación del proceso de enseñanza-aprendizaje de la medicina. Educ Med Super [Internet]. 2012 sep [citado 28 ene 2017];26(3):459-66. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412012000300011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412012000300011)
15. Escalona VR. Observaciones sobre el artículo "Importancia del Método Clínico". Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2013 Jun [citado 8 ene 2014];39(2):412-3. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000200021](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200021)
16. Fernández-Sacasas J. El principio rector de la Educación Médica cubana. Educ Méd Sup [Internet]. 2013 [citado 28 ene 2017];27(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/170/94>
17. Young P, Finn BC, Bruetman JE, Emery JD. William Osler: el hombre y sus descripciones. Rev Méd. Chile [Internet]. 2012 sep [citado 28 ene 2017];140(9):1218-27. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872012000900018](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000900018)
18. Sacristán J. Medicina basada en la evidencia y medicina centrada en el paciente: algunas reflexiones sobre su integración. Revista Clínica Española [Internet]. 2013 [citado 23 nov 2016];213(9):460-4. Disponible en:

<http://www.revclinesp.es/es/medicina-basada-evidencia-medicina-centrada/articulo/S001425651300221X/>

19. Bacallao Martínez G, Medina B. El método clínico, situación actual. Revisión bibliográfica. Acta Médica del Centro [Internet]. 2014 [citado 28 ene 2017];8(2):131-8. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2014/mec142w.pdf>

20. Valdés-Suárez O. La medicina interna y el método clínico: Pasado, presente y futuro. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias [Internet]. 2014 [citado 28 ene 2017];13(4). Disponible en:

<http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/41/102>

21. Capurro D, Rada G. El proceso diagnóstico. Rev Méd Chile [Internet]. 2007 [citado 23 nov 2016];135(4):534-8. Disponible en:

[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872007000400018](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000400018)

22. Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia en la anamnesis. Ateneo. 2000;1(1):21-7.

Recibido: 30 de noviembre de 2017.

Aprobado: 21 de diciembre de 2017.

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