



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE PEDIATRIA CMN SIGLO XXI
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

CARACTERISTICAS DEL INTERROGATORIO CLINICO
PEDIATRICO EN MEDICOS PEDIATRAS EN
FORMACION Y SUS PROFESORES

T E S I S

PARA OBTENER EL POSTGRADO EN
E S P E C I A L I S T A E N :

P E D I A T R I A M E D I C A

P R E S E N T A :

DRA. BLANCA MEDINA GONZALEZ



MEXICO, D. F.



1998



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

OBJETIVO GENERAL :	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	7
ANTECEDENTES.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
JUSTIFICACIÓN	9
HIPÓTESIS:	10
MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
TIPO DE ESTUDIO: ENCUESTA COMPARATIVA.....	11
SITIO DE REALIZACIÓN:.....	11
TAMAÑO DE MUESTRA.....	11
VARIABLE INDEPENDIENTE.....	13
VARIABLE DEPENDIENTE.	15
VARIABLES DE CONFUSIÓN.....	15
VARIABLES A MEDIR.....	17
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	36
REFERENCIAS	36

OBJETIVO: Determinar las características del interrogatorio clínico en pediatras en formación y sus profesores en relación al diagnóstico correcto.

MATERIAL Y METODO: Se llevó a cabo las grabaciones los interrogatorios realizados por los médicos en formación (residentes de Pediatría Médica) y sus profesores (médicos Pediatras ó subespecialistas en alguna de sus áreas). Los pacientes se obtuvieron de la consulta externa, admisión continua u hospitalización. Se grabó la conversación desde el momento de la primera pregunta ó presentación en su caso, hasta que el médico que había agotado todas las preguntas necesarias para orientar su diagnóstico. Se anotaron las condiciones ambientales y gravedad del niño. Se transcribieron los interrogatorios para su análisis con la hoja de recolección de datos. La evaluación del ambiente psicológico se realizó por un psicólogo en forma independiente.

Análisis: Se determinó las frecuencias en cuanto al orden, lo completo y el haber llegado al diagnóstico correcto y se evaluó con prueba de Chi cuadrada ó exacta de Fisher con una significancia de $p < 0.05$. La sistematización en ambos grupos se contrastó con prueba estadística de Kruskal Wallis. El ambiente psicológico se evaluó por prueba de chi cuadrada de Mantel y Haenszel.

RESULTADOS: Se obtuvieron un total de 24 grabaciones, 16 realizadas por los médicos en formación y 8 por sus profesores. En ambos grupos varios médicos realizaron sus interrogatorios en forma desordenada (88% en formación vs 63% profesores). Ningún médico llevó a cabo un interrogatorio completo, aunque los médicos profesores lograron obtener más información sobre el padecimiento actual que sus alumnos (86 % +/- 24 vs 62%, +/- 23 $p = 0.03$). Se observó un alto grado de certeza diagnóstica en ambos grupos, 100% en los médicos profesores y 75% en sus alumnos. No hubo diferencias en cuanto al tiempo de interrogatorio en ambos grupos. En cuanto al contenido, los médicos en formación realizan un menor porcentaje de preguntas dirigidas a la sintomatología que motivó al diagnóstico (36 vs 50, $p = 0.05$). En relación al ambiente psicológico se observó que los médicos profesores habían logrado en promedio puntajes más altos, sin ser estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES: El interrogatorio pediátrico fue ante todo signológico. El interrogatorio clínico permitió el diagnóstico de certeza en la mayoría de los médicos (mas del 80%). Tanto los médicos en formación como sus profesores tiene deficiencias en la sistematización. El interrogatorio mostró un mejor ambiente psicológico en los profesores. Los factores ambientales no parecen influir en el curso del interrogatorio. En general el interrogatorio clínico pediátrico no difirió mucho entre los médicos.

ANTECEDENTES

El interrogatorio médico constituye la primera parte del estudio diagnóstico de un paciente. Se ha sugerido que la adecuada realización del mismo permite al médico orientar significativamente su diagnóstico e incluso en algunos casos llegar a un diagnóstico definitivo (1-3).

El curso del interrogatorio, puede variar de acuerdo a diferentes condiciones relacionadas con el interrogador, el interrogado y el ambiente. Las relacionadas con el interrogador son su experiencia, su especialidad, su situación psicosocial entre otros; las asociadas al interrogado son su edad, sexo, profesión, educación, estado emocional, la enfermedad subyacente o parentesco con el enfermo en el caso de los niños. En el medio ambiente las condiciones de ruido físico y emocional son las más determinantes para permitir o dificultar la adecuada interlocución y comprensión de la información que se dirige hacia ambos receptores-emisores (1,2).

Todas estas condiciones pueden en mayor o menor medida dar como resultado el esclarecer u ocultar la enfermedad aquejada por el paciente. Por lo tanto, desde la aparición de los primeros libros sobre propedeútica, los médicos han procurado emitir algunos consejos y técnicas para mejorar sus interrogatorios, con el fin de obtener la mayor información necesaria para sustentar sus decisiones médicas. Con el auge de la metodología paraclínica, se ha perdido el interés en la profundización de las técnicas del interrogatorio, asumiendo que estas consumen tiempo y son en general subjetivas. Sin embargo, tanto en países desarrollados como subdesarrollados, el interrogatorio es el método con menos costo y más útil para obtener el diagnóstico (2-4).

El principal problema por el que el interrogatorio clínico ha sido descuidado, es quizá la falta de técnicas adecuadas para su enseñanza durante las fases de formación, aunque esto no ha sido comprobado. En general, el médico va aprendiendo a preguntar los datos de trascendencia sobre la patología de su paciente guiado por sus sospechas diagnósticas (5,6). El experto que estudia a

un paciente nuevo, en general sólo pregunta algunos puntos sobre la evolución y focaliza el problema sin explicar porque abordó así al paciente. Smith (7), considera que esta forma de estudio es apoyada en experiencias previas muy orientadas y que se debe a la asociación de cuadros clínicos semejantes. Cuando el novicio se enfrenta a casos no conocidos, tiene que explorar en varias áreas de la patología del paciente para ubicar la implicada. Este escrutinio puede ser laborioso e infructuoso, sino se le enseña algunas claves de orientación. Dichas claves, no suelen ser enseñadas por los expertos, sino son aprendidas por ensayo y error del novicio (7).

A pesar de que en los libros de propedeútica se transmiten una serie de reglas, tales como: iniciar la entrevista con los síntomas principales, su cronicidad o temporalidad, su semiología, la historia médica anterior, la historia familiar, los antecedentes personales no patológicos y el escrutinio de síntomas de diferentes aparatos y sistemas; Y de recomendaciones en cuanto a como elaborar preguntas y manejar silencios necesarios para la realización de interrogatorios completos (8), no hay estudios que evalúen el grado de cumplimiento de estas reglas por los médicos. Así como tampoco se evalúa si el cumplir con estas reglas mejoran su certeza diagnóstica.

En teoría aunque el cumplimiento de estas reglas no pueden influir totalmente en el resultado del razonamiento clínico llevado a cabo por el médico, pueden distraer, desorientar o errar el curso del diagnóstico (7).

Se ha postulado que el interrogatorio para que cumpla su función diagnóstica necesita ser ante todo informativa (7). La cantidad de información que debe aportar un interrogatorio esta en relación a que se establezcan todos los datos clínicos obligados para dar sustento a un diagnóstico, lo que se acepta como interrogatorio completo (8,9).

Para lograr la adquisición del mayor número de datos informativos es necesario que esta se lleve a cabo en forma ordenada, sistematizada y en un ambiente psicológico propicio (8). Para asegurar un orden, la propedeútica obliga a llenar una serie de apartados como los antes referidos, estos apartados incluso son redactados en formas predeterminadas en los centros hospitalarios. La

sistematización consiste en obtener todas las características informativas de un dato clínico, que en propedeútica se define como semiología (8). El ambiente psicológico propicio tiene la finalidad de promover la veracidad de la información, ya que esta es la base de la confianza en la relación médico-paciente-familiar y se logra con la ayuda del cumplimiento de algunas recomendaciones relacionadas a; las técnicas de redacción de preguntas, actitudes durante la entrevista, uso de silencios, entre otros. La deficiencia en el cumplimiento de estos factores puede repercutir sobretodo con el desarrollo del vínculo paciente - familiar -médico y el resultado diagnóstico esperado (8,9).

Durante varias sesiones de nuestro hospital es frecuente la queja, de las historias clínicas deficientes elaboradas por los médicos en adiestramiento. La mayoría de las demandas son por una información insuficiente o errónea. Una de las principales razones podría recaer en la falta de un adiestramiento adecuado y quizá en la necesidad de la enseñanza directa de la técnica del interrogatorio por parte de los profesores. A este respecto es necesario, evaluar si estos últimos realizan una técnica adecuada, o es deficiente y transmitida de esta forma a los alumnos.

OBJETIVO GENERAL :

Determinar las características del interrogatorio clínico en pediatras en formación y sus profesores en relación al diagnóstico correcto.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar las características del interrogatorio realizado por médicos pediatras en formación en relación al orden, lo completo, la sistematización, la información, el tiempo y el ambiente psicológico con el diagnóstico correcto del paciente.
2. Determinar las características del interrogatorio realizado por médicos pediatras profesores en relación al orden, lo completo, la sistematización, la información, el tiempo y el ambiente psicológico con el diagnóstico correcto del paciente.
3. Determinar cuales son las deficiencias que se asocian al error diagnóstico.
4. Comparar las características de los interrogatorios realizados por los médicos en formación con sus profesores.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El interrogatorio clínico pediátrico continua siendo una herramienta fundamental para el pediatra. Permite orientar adecuadamente el estudio del paciente y frecuentemente lograr el diagnóstico nosológico. Sin embargo, en la práctica diaria se observan que el interrogatorio escrito en las historias clínicas es deficiente en su contenido. Esta deficiencia puede tener las siguientes explicaciones por mala redacción o síntesis del interrogatorio, deficiencia en la técnica para preguntar o falta de elaboración de un interrogatorio acorde con las reglas de la propedeútica. Por lo que se planteó las siguientes preguntas.

1. ¿Cómo son los interrogatorios realizados por los médicos pediatras en formación en relación con el orden, lo completo, lo sistemático, lo informativo, el tiempo y el ambiente psicológico con el diagnóstico correcto?
2. ¿Cómo son los interrogatorios realizados por los médicos pediatras profesores en relación con el orden, lo completo, lo sistemático, lo informativo, el tiempo y el ambiente psicológico con el diagnóstico correcto?
3. ¿Cuales de estas deficiencias se asociaron al error diagnóstico?
- 4.-¿Son semejantes las características del interrogatorio realizado por los médicos en adiestramiento a las realizadas por sus profesores?

JUSTIFICACIÓN

El hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional imparte desde hace más de treinta años el curso de especialización en pediatría, tenemos evidencia de que el aprendizaje en el educando para realizar un interrogatorio correcto es deficiente, ya que las características de la información registrada en las notas de ingreso e historia clínica suelen ser poco informativas. Este trabajo pretende explorar como se realizan los interrogatorios clínicos pediátricos entre los médicos que se encuentran en formación y sus profesores. Si las deficiencias se deben a técnicas inadecuadas en la manera de formular y dirigir los interrogatorios a los familiares. Así como, determinar como influye el medio ambiente y las características de los interrogados en el curso de interrogatorio médico. Identificar las características de los interrogatorios permitirá demostrar si los médicos con experiencia tienen un buen adiestramiento en el interrogatorio, y si lo tienen que tan capaces son de transmitirlo a los médicos en adiestramiento, así como, en el caso de que los médicos no realizaran un interrogatorio adecuado, la medida en que esto influye en el aprendizaje de sus alumnos. Los resultados de este estudio permitirán diseñar estrategias educativas e instrumentos de apoyo para mejorar el interrogatorio al disminuir las deficiencias durante su realización.

HIPÓTESIS:

1. Los interrogatorios realizados por los médicos pediatras en formación tendrán sus principales deficiencias relacionadas con el diagnóstico correcto ubicadas en las áreas de sistematización e información vs el orden, lo completo, el tiempo y el ambiente psicológico.
2. Las principales deficiencias del interrogatorio clínico en profesores de pediatras relacionadas con diagnóstico correcto se ubicarán en el área de sistematización y lo completo del mismo vs el orden, la información, el tiempo y el ambiente psicológico.
2. Las principales deficiencias en el interrogatorio asociadas al error diagnóstico se encontrarán en la falta de orden, sistematización, información y ambiente psicológico.
4. Los profesores de pediatría mostrarán la misma proporción y tipo de deficiencias técnicas del interrogatorio clínico que los pediatras en formación.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO: ENCUESTA COMPARATIVA

Prospectivo
Observacional
Comparativo
Transversal

SITIO

Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. En cualquiera de las áreas clínicas de hospitalización, consulta externa y admisión continua.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo la encuesta de Enero a Noviembre de 1997. Se realizaron grabaciones con una grabadora de bolsillo, de los interrogatorios realizados por médicos en formación (residentes en adiestramiento en la especialidad de Pediatría Médica, tanto R2 como R3) o sus profesores (médicos especialistas en pediatría médica o subespecialistas en alguna área de la pediatría) con pacientes seleccionados por el propio médico. Dichos pacientes pudieron ser de la consulta externa, admisión continua u hospitalización afiliados al Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional siglo XXI. Se prefirió que fueran pacientes de primer ingreso y sin diagnóstico conocido por el hospital o por el médico interrogador, pero se aceptaron algunos de seguimiento sin diagnóstico definido al momento del interrogatorio. Una vez seleccionado al paciente, se solicitó la aprobación por el médico y el familiar (o paciente) a interrogar para grabar el interrogatorio, informando al interrogado que dicha grabación no tenía ninguna implicación que

mermara la calidad de la atención de su hijo. Al médico interrogador se le permitió que realizara interrogatorio sin ninguna restricción. Se grabó la conversación desde el momento de la primera pregunta o presentación en su caso, hasta que el médico consideró que había agotado todas las preguntas necesarias para orientar su diagnóstico y manifestó que "había concluido su interrogatorio". Se solicitó al médico que anotara las condiciones ambientales y gravedad del niño en una hoja de recolección (anexo1). Así mismo, se le solicitó que informara el diagnóstico de presunción o de certeza que consideró del paciente. Para fines del trabajo se realizaron dos interrogatorios de residentes por uno de base.

Una vez grabadas todos los interrogatorios, se transcribieron para su análisis. Con la hoja de recolección de datos (anexo 2) se evaluó las características de los interrogatorios en base a las variables a estudiar. Para fines del estudio solo se evaluaron las grabaciones en donde el ruido ambiental no interfirió con la reproducción de las voces de los interlocutores. La evaluación de las entrevistas se hizo a través de un cuestionario previamente elaborado. El cuestionario fue llenado por dos observadores en forma conjunta y bajo consenso. La evaluación del ambiente psicológico se realizó por un psicólogo en forma independiente y de acuerdo a una escala realizada (anexo 2).

TAMAÑO DE MUESTRA

Médicos en formación : 45

Frecuencia esperada : 60%

Fórmula : Tamaño de la muestra = $n / (1 - (n / población))$

muestra: 16

Médicos profesores : 20

Frecuencia esperada:70%

Fórmula: Tamaño de la muestra = $n / (1 - (n / población))$

muestra: 8

VARIABLE DEPENDIENTE

1. **Orden:** se considerará como el cumplimiento de la secuencia de exploración de los tópicos siguientes: (1) síntoma principal, (2) cronología, (3) semiología, (4) historia médica anterior, (5) historia familiar, (6) antecedentes personales no patológicos, y (7) Interrogatorio por aparatos y sistemas.

Escala de medición: nominal.

Medida: **Si:** si el médico realizó la secuencia del 1 al 7

No: cualquier otra secuencia.

2. **Completo:** Se considerará como la exploración durante el interrogatorio de todos los tópicos citados en el orden.

Escala : nominal

Medida : **SI :** si el médico exploró los siete puntos.

No: si el médico dejó de explorar cuando menos un tópico.

3. **Sistematización :** considerado como la forma de esclarecer las características y asociaciones de los síntomas, es decir la semiología. Para fines del trabajo se evaluará como el porcentaje de sistematización de los síntomas. Para cada síntoma se calificará si el médico exploró su inicio, su cronología o temporalidad, su provocación o paliación, localización, gravedad y estado actual. (para algunos síntomas algunos ítems no necesitan ser cumplidos). Se sacará el porcentaje de cumplimiento por cada síntoma y la calificación global será el promedio de los porcentajes de todos los síntomas.

Escala de medición: de intervalo discreto.

Medida: de 0 a 100

4. **Información:** capacidad de obtener los datos suficientes para la elaboración de una propuesta diagnóstica correcta. Se evaluará conforme al diagnóstico nosológico final del alta. Para la entidad propuesta se investigarán los síntomas necesarios de acuerdo a la literatura. Se obtendrá la calificación en cuanto al

porcentaje de síntomas considerados.

Escala de medición: de intervalo discreto.

Medida: de 0 a 100

5. **Tiempo:** duración en minutos de una entrevista. Desde la presentación hasta su culminación.

Escala de medición: intervalo continua.

Medida: minutos.

6.- **Diagnóstico correcto:** Se considerara el diagnóstico nosológico del padecimiento motivo de ingreso del paciente, que de la pauta del estudio y manejo. Para el trabajo se dividirá en dos condiciones:

a) **Diagnóstico correcto:** si el diagnóstico nosológico emitido por el medico encuestador es igual al diagnóstico final considerado en la nota de alta del paciente.

b) **Diagnóstico erróneo:** si existe diferencia en el diagnóstico emitido al final del interrogatorio y el final considerado en la nota de alta. Se considerará también como error si no se emite ningún diagnóstico.

Escala de medición: nominal

7.- **Ambiente psicológico :** Se considerará como una relación afectuosa entre el entrevistador y el entrevistado. Se calificará con la escala de dinámica de la entrevista. (cuestionario) y avalada por un psicólogo experto. El ambiente psicológico será evaluado en cuatro áreas: la presentación, el ritmo de la entrevista, el tono de la misma y el control de los afectos que manifieste el encuestador. Dichas áreas son necesarias para lograr una entrevista mas confiable y completa. En cada una de estas áreas se explora diferentes situaciones que pueden no permitir un vínculo adecuado: a) La presentación permite el pasar de un ambiente despersonalizado a uno personalizado que facilita la empatía. b)El ritmo adecuado evita situaciones de estrés, agresivas, depresivas, fatiga, inseguridad y de bloqueo mental. c)El tono permite la empatía y d)el control

de los afectos por el entrevistador la fluidez y confianza en la información dada.

Escala de medición: de intervalo discreto.

Medidas: de 0 a 10

VARIABLE INDEPENDIENTE.

MÉDICO: sujeto que realiza la entrevista, para fines del estudio se considerarán dos condiciones:

- a) *Médico en formación.* Alumno del curso en especialización en Pediatría médica que este cursando su segundo año.
- b) *Médico profesor:* especialista o subespecialista adscrito al hospital de pediatría y que pertenezca a la plantilla de profesores ayudantes.

Escala . nominal

Medidas: adiestramiento o profesor.

VARIABLES DE CONFUSIÓN

Se registraran datos del:

1. ***Ambiente físico:*** Hora de realización , sitio de la entrevista, Posición de los interlocutores, condición clínica de gravedad del niño y presencia de ruido físico.
2. ***Del familiar interrogado :*** Parentesco, edad, escolaridad, cansancio y rumiación.
3. ***Del médico interrogador.*** experiencia y cansancio.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis de frecuencia en cuanto a las variables dependientes encontradas en los médicos en formación y los profesores considerando la siguiente secuencia: el orden del interrogatorio, lo completo, la sistematización del estudio de los síntomas y signos, lo informativo, el tiempo y el ambiente psicológico. Se contrastaron las características del interrogatorio entre los médicos en formación y los profesores. El orden, lo completo, y el haber llegado al diagnóstico correcto, se evaluó con prueba de Chi cuadrada o exacta de Fisher según el caso con un nivel de significancia de $p < 0.05$. La sistematización se calificó en forma individual de acuerdo a los síntomas encontrados y la semiología realizados en cada uno, se obtuvo un porcentaje individual de sistematización, para contrastar los grupos se obtuvo el promedio del porcentaje de sistematización por grupos y se contrastó con la prueba estadística de Kruskal Wallis para determinar diferencias estadísticas. Para la contrastación de lo informativo del interrogatorio por grupos, se calificó individualmente cada interrogatorio en cuanto a los síntomas necesarios para el diagnóstico y los síntomas captados por el médico. Se obtuvo la proporción de síntomas informativos obtenidos por médico. Con esta proporción se obtuvo el promedio de proporciones por grupo. La contrastación se realizó con prueba de Kruskal Wallis. Para el tiempo se utilizó prueba de medianas. El ambiente psicológico fue calificado con la escala y comparado por grupos con la prueba de chi cuadrada de tendencia de Mantel y Haenszel. Las variables de confusión se contrastaron con prueba de chi cuadrada o exacta de Fisher con un nivel de significancia de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se lograron las grabaciones de un total de 24 pacientes, 16 realizadas por los médicos en formación (9 residentes de tercer grado y 7 residentes de segundo grado) y ocho por médicos profesores (mediana de años de experiencia como pediatras de seis). Las patologías de los casos fueron muy variadas y abarcaron todas las áreas (infecciosas, neoplásicas, tóxicas, quirúrgicas, metabólicas, hereditarias e inmunológicas).

El comportamiento de los médicos en formación y sus profesores en cuanto a sus interrogatorios se observan en la tabla 1. Esta tabla muestra que en ambos un porcentaje alto de los médicos realizaron sus interrogatorios en forma desordenada y que ningún médico llevó a cabo un interrogatorio completo. Así como, se muestra que los médicos profesores en general lograron obtener más información sobre el padecimiento del niño que sus alumnos, diferencia estadísticamente significativa. Esto se tradujo con un alto grado de certeza diagnóstica mostrado por ambos grupos. El grupo de médicos profesores logró en el 100% conocer el diagnóstico correcto con sólo el interrogatorio, a diferencia del 75% de los médicos en formación. Este porcentaje alto en lo informativo del interrogatorio contrastó con un bajo porcentaje de sistematización. Es decir, se esclarecieron los datos clínicos pero se analizaron poco sobre sus cualidades. Al evaluar los cuatro casos en donde los médicos en formación no llegaron al diagnóstico encontramos que en tres existió una sistematización regular (55,39 y 56%) semejante al promedio, pero más trascendente fue que su porcentaje de información fue por debajo del promedio del grupo (50,60 y 50%) lo que sugiere que no alcanzaron el diagnóstico de certeza quizá más asociado al segundo aspecto. Un cuarto médico en formación no llegó al diagnóstico de certeza a pesar de mostrar un porcentaje de sistematización y de información alto (90 y 99%), dicho caso fue un niño con una membrana duodenal parcial con reflujo gastroesofágico secundario, que requirió de estudios de gabinete para su confirmación, el médico emitió el diagnóstico de enfermedad por reflujo

El tiempo tomado para los interrogatorios no difirió por grupos (tabla1). En el ambiente psicológico los médicos profesores obtuvieron puntajes mas altos aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa.

En una análisis mas detallado del orden seguido por los médicos durante sus interrogatorios, se encontró que los médicos en formación suelen iniciarlos con la exploración de los antecedentes seguidos del padecimiento que motivo el estudio (grafica1), mientras que sus profesores comienzan directamente con el padecimiento del menor, dejando a un segundo o tercer orden la exploración de los antecedentes.

Ningún médico realizó un interrogatorio que cumpliera con las secciones clásicamente consideradas (tabla2). Ambos grupos de médico esclarecieron los datos principales o datos pivotes, pero solo la mitad realizaron una semiología de cada uno de estos. Esta semiología en general no fue bien sistematizada, ya que en ambos grupos el porcentaje encontrado fue regular (Tabla 1). Los médicos profesores en un porcentaje mayor casi estadísticamente significativo preguntaron mas la cronología de los datos registrados. Otra diferencia encontrada entre los grupos fue el hecho de que los médicos profesores interrogan menos los antecedentes personales no patológicos vs sus alumnos. Un aspecto trascendente fue que ningún médico realizó un interrogatorio por aparatos y sistemas no involucrados con el motivo de estudio

En cuanto al contenido de los interrogatorios, los médicos en formación realizan un porcentaje menor de preguntas dirigidas hacia la sintomatología que motivó al diagnóstico (36 vs 50, $p < 0.05$). En ambos grupos se pregunta poco sobre el tratamiento, las consultas, las complicaciones y diagnósticos previos, aunque en general los médicos profesores los consideran más (tabla 3).

Con respecto a la forma de interrogar, la mayoría de los médicos lo hace a través

de preguntas abiertas exploratorias sin diferencia entre los grupos (55 vs 56 %, $p = 0.92$ médicos en formación vs profesores). Y en ambos grupos la mayoría de las preguntas fueron exploratorias al padecimiento. Las preguntas aclaratorias fueron frecuentes, no así las reflejas que se utilizaron en forma regular en ambos grupos.

Las preguntas mal formuladas como las que inducen respuestas se presentaron de forma distinta entre ambos grupos. De esta forma más médicos en formación realizaron preguntas continuas, confusas, repetidas no aclaratorias y que inducen una respuesta deseada. Las preguntas cerradas no exploratorias fueron realizadas por pocos médicos de ambos grupos.

Para determinar si el ambiente físico y psicológico influye en las características de los interrogatorios se evaluó las condiciones de las mismas. Con respecto a el sitio del interrogatorio, los médicos en formación las realizaron en mayor frecuencia junto a la cama del paciente contrario a sus profesores que las hicieron en los consultorios (tabla 5). Por lo anterior, los primeros solían estar parados más que los últimos. Al evaluar las condiciones de vigilia de los niños, encontramos que los médicos en formación interrogaron más cuando estos estaban dormidos ó despiertos y callados, mientras que sus profesores por el horario de realización no encontraron niños despiertos (tabla 5). El ruido ambiental fue mas frecuente durante los interrogatorios llevados por los profesores, diferencia no estadísticamente significativa. En cuanto a la gravedad del niño, de acuerdo a la valoración dada por los mismos médicos, se encontró que en general tenían adecuadas condiciones, ya que el promedio de calificación registrado mostró puntajes bajos.

Ambos grupos de médicos interrogaron en mayor frecuencia a la madre y solo el grupo de médicos en formación entrevistaron a dos de los pacientes. La edad y escolaridad de los interrogados no mostró diferencias estadísticamente significativas. Tanto las personas interrogadas por los médicos en formación como por sus profesores habían sido interrogado en previas ocasiones.

En relación al ambiente psicológico, en la tabla 1 se mostró que los médicos profesores habían logrado en promedio puntajes mas altos, aunque sin ser una diferencia estadísticamente significativa. Al analizar las características ambientales psicológicas encontramos que la principal diferencia fue en el ritmo que mantuvo el médico durante la interlocución. Los médicos profesores parecen poner mas atención a los interrogados y esto mantiene un ritmo constante, mientras que los médicos en formación al realizar su interrogatorio tendían a ser mas irregulares, rápidos o lentos. Otro aspecto encontrado fue una ligera mayor frecuencia de empatía por los profesores vs mayor indiferencia por sus alumnos. Por las condiciones de baja gravedad de los niños, en general los médicos no requirieron de controlar emociones severas expresadas por los familiares, aunque la ansiedad fue observada en varios interrogatorios. Un aspecto a resaltar es que la mitad de los médicos en ambos grupos no se presenta antes de iniciar un interrogatorio.

Tabla 1. Comparación del interrogatorio clínico pediátrico entre médicos en formación y sus profesores.

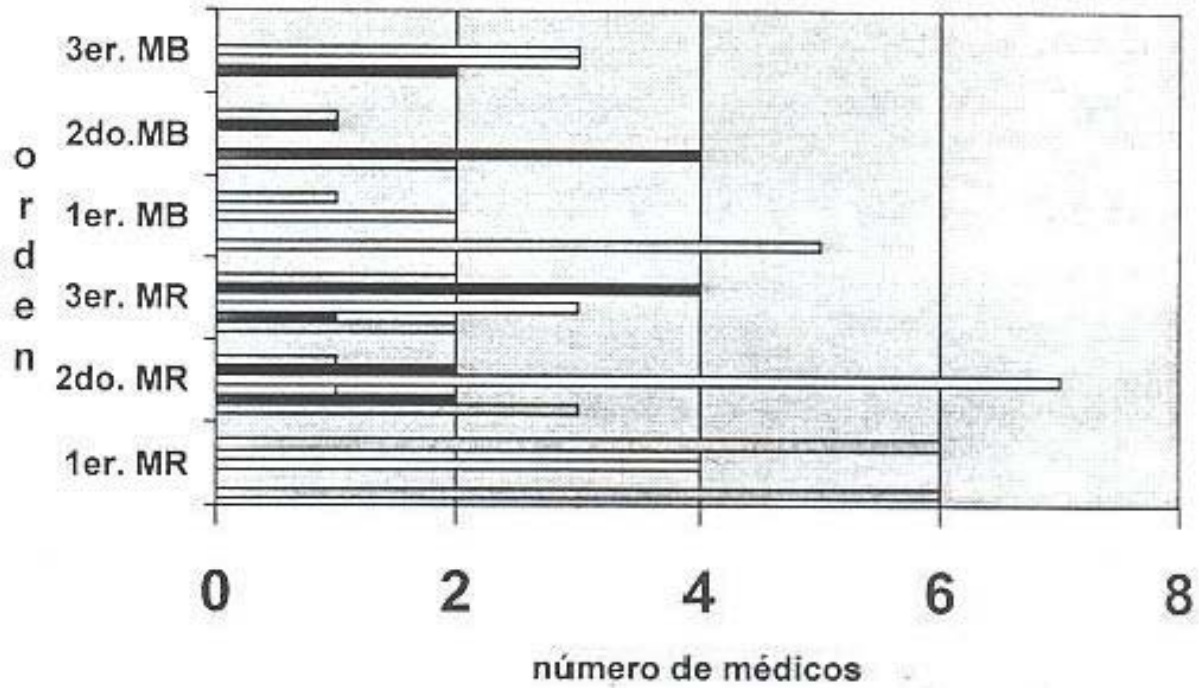
INTERROGATORIO	Médicos en formación n = 16	Médicos profesores n = 8	Valor de p
Con orden **	2 (12)	3 (37)	0.24
Completo *	0 (0)	0 (0)	
La sistematización (porcentaje)	40.3 (25)+ mediana 40	35.3 (35) mediana 35	0.62
Lo informativo (proporción)	62.1 (23)+ mediana 58	86 (24) mediana 100	0.03
Un tiempo (minutos)	17.4 (7.2)+ mediana 17.5	16.7 (9) mediana 13.5	0.68
Con un ambiente psicológico (escala 0-10)	5.2 (2.6)+ mediana 5.5	6.6 (4.17) mediana 7	0.51
Permitió un diagnóstico correcto*	12 (75)	8 (100)	0.13

**frecuencia (porcentaje) prueba exacta Fisher

* frecuencia (porcentaje) prueba de chi cuadrada

+ media (una desviación estandar), prueba de Kruskal Wallis.

Gráfica 1. Frecuencia de exploración de los diferentes apartados del interrogatorio en relación al orden en que fueron interrogados por los médicos en formación y sus profesores



- | | |
|--|--|
| □ Síntomas principales | ■ Cronología sintomática |
| □ Semiología por síntomas | □ Antecedentes personales patológicos |
| ■ Antecedentes heredo familiares | ▨ Antecedentes persnales no patlógicos |
| ■ Interrogatorio por aparatos y sistemas | |

Tabla 2. Frecuencia (porcentaje) de médicos en formación y sus profesores que exploraron las distintas secciones del interrogatorio.

Sección	Médicos en formación n=16	Médicos profesores n=8	Valor de p
Datos principales	14 (87.5)	8 (100)	0.53
Cronología de los síntomas (signos)	7 (43)	7 (87)	0.07
Semiología por síntomas o signos	9 (56)	5 (62)	1.0
Antecedentes personales patológicos	14 (87)	6 (75)	0.57
Antecedentes heredo familiares	7 (43)	3 (37)	1
Antecedentes personales no patológicos	10 (62)	3 (37)	0.39
Aparatos y sistemas	0 (0)	0 (0)	1

Prueba de chi cuadrada o exacta de Fisher.

Tabla 3. Características del contenido del interrogatorio pediátrico realizado por los médicos en formación y sus profesores.

Contenido	Médicos en formación n = 16	Médicos profesores n = 8	Valor de p
Síntomatología +	27.3 (15)	36.6 (18)	0.16
Tratamiento +	3.3 (3.2)	3.1 (4.4)	0.67
Consultas previas +	3.3 (2.5)	8.0 (8.6)	0.25
Complicaciones +	0.25 (0.7)	2.0 (2.6)	0.036
Diagnósticos previos +	1.8 (3.4)	1.25 (2.1)	0.91
Total en la exploración del padecimiento actual +	36 (10)	50 (12)	0.05
+ Promedio (desviación estándar) del porcentaje de preguntas relacionadas con el tema con respecto al total de preguntas realizadas por los médicos. Diferencia evaluada por Kruskal Wallis.			
Síntomas *	16 (100)	8 (100)	1
Tratamiento *	12 (75)	5 (62.5)	0.64
Consultas previas*	12 (75)	6 (75)	1
Complicaciones *	2 (12.5)	4 (50)	0.06
Diagnósticos previos *	4 (25)	3 (37.5)	0.64
* número (porcentaje) de médicos que realizaron cuando menos una pregunta relacionada al contenido. Diferencia evaluada por prueba exacta de Fisher.			

Tabla 4. Características de la forma del interrogatorio pediátrico realizado por los médicos en formación y sus profesores.

Tipo de preguntas	Médicos en formación n = 16	Médicos profesores n = 8	Valor de p
Promedio (desviación estandar) del porcentaje de preguntas realizadas en relación al total realizadas por medico			
Abiertas exploratorias	55.5 (15)*	56.5 (14)	0.902
Cerradas exploratorias	24.1 (9)*	20.8 (12)	0.350
Número (porcentaje) de médicos que realizaron cuando menos una pregunta de este tipo			
Aclaratorias	14 (87.5)**	8 (100)	0.53
Reflejas	4 (25)**	4 (50)	0.36
Inducen una respuesta	12 (75)**	4 (50)	0.36
Confusas	2 (12.5)**	0 (0)	0.53
Continuas	11 (68)**	1 (12.5)	0.03
Repetidas no aclaratorias	7 (43)**	1 (12.5)	0.18
Cerradas no exploratorias	3 (18.7)**	1 (12.5)	1.0

* prueba de Kruskal Wallis

** Prueba exacta de Fisher

Tabla 5. Características de ambiente durante el interrogatorio pediátrico realizado por los médicos en formación y sus profesores.

Condición	Médicos en formación n=16	Médicos profesores n=8	Valor de p
Sitio del interrogatorio	n (%)	n (%)	
Cama	11 (68)	0 (0)	
Cuarto aislado	0 (0)	1 (12)	
Sala común	4 (25)	1 (12)	
Consultorio	1 (6)	6 (75)	0.0008*
Posición encuestador			
De pie	11 (68)	0 (0)	
Sentado	5 (31)	8 (100)	0.04**
Condición del niño			
Dormido	6 (37)	0 (0)	0.09*
Despierto callado	8 (50)	5 (62)	
Despierto inquieto	2 (12)	3 (37)	
Llanto inconsolable	0 (0)	0 (0)	
Ruido ambiental			
si	9 (56)	7 (87)	0.18**
Gravedad del niño	3.3 (1.9)	2.5 (1.9)	
Escala 0-10 +	mediana 3.5	mediana 2	0.23

* frecuencia (porcentaje), análisis estadístico con la Prueba de Chi Cuadrada de tendencia

** frecuencia (porcentaje), análisis estadístico con la Prueba exacta de Fisher

+ promedio (una desviación estandar), prueba de Mantel y Haenszel.

Tabla 6. Características del interrogado por los médicos en formación y sus profesores.

Condición	Médicos en formación n=16	Médicos profesores N=8	Valor de p
Persona interrogada	n (%)	n (%)	
Madre	12 (75)	8 (100)	
Padre	2 (12)	0	
Paciente	2 (12)	0	0.30 *
Edad del interrogado +	29.8 (8)	33.25 (6)	0.31
Escolaridad en años	8 (2)	10 (4)	0.41 *
Interrogatorios previos +	3.5 (1.3)	2.8 (2.5)	0.08

* prueba de chi cuadrada de Mantel Haenszel. + promedio (una desviación estandar) Kruskal Wallis.

Tabla 7. Características del ambiente psicológico durante el interrogatorio pediátrico realizado por los médicos en formación y sus profesores. Frecuencia (porcentaje)

Condición	Médicos en formación n=16	Médicos profesores n=8	Valor de p
Se Presentó	8 (50)	5 (62)	0.67*
Ritmo mantenido			
Constante	0 (0)	4 (50)	
Irregular	7 (43)	1 (12)	
Rápido	7 (43)	3 (37)	
Lento	2 (12)	0 (0)	0.03**
Tono mantenido			
Empático	5 (31)	5 (62)	
Indiferente	8 (50)	1 (12)	
Agresivo	3 (18)	2 (25)	0.70 **
Control de emociones			
Calma al familiar	7 (43)	4 (50)	
Mantiene ansiedad	9 (56)	4 (50)	
Controla depresión	0 (0)	0 (0)	1.0 *

*Prueba exacta de Fisher

** Prueba de chi cuadrada de Mantel Haenszel

DISCUSION

El realizar un buen interrogatorio clínico ha sido uno de los puntos muy estimulado por los médicos desde el origen de la propedeútica. Se ha informado en varios trabajos que esta parte del proceso diagnóstico es fundamental para servir de ancla y punto de origen para el desarrollo del mismo. Es por ello, que en el presente trabajo nos propusimos evaluar las características del interrogatorio realizado por nuestros médicos en formación y sus profesores (3).

Los interrogatorios se grabaron con el fin de registrar y poder analizar mas cuidadosamente tanto la forma como el curso de los mismos. Aunque los médicos sabían que se les estaba grabando y esto pudiera influir en cambiar la forma en que realizan cotidianamente los mismos, quizá para demostrar una excelencia en la manera de llevar a cabo sus interrogatorios, esto no parece haber sucedido. Ya que en pocos minutos notamos que tanto el médico como el interrogado se adaptaban al interrogatorio y olvidaban que se les estaba grabando. Los resultados que presentamos nos muestran que los interrogatorios se apegan mucho a lo que en forma cotidiana sucede.

El primer aspecto que observamos en este trabajo es que un buen grupo de médicos en formación y sus profesores realizan interrogatorios desordenados. Los primeros mostraron que iniciaban sus interrogatorios con los antecedentes, esto puede ser dado porque, durante sus interrogatorios ellos se encontraron llenando las formas del hospital para el registro de la historia clínica. Estas formas inician con el padecimiento actual, pero los residentes suelen llenar los apartados de los antecedentes en primer orden. Los médicos de base si iniciaron con el padecimiento actual, pero brincan de los antecedentes al padecimiento actual en relación a los datos aportados por los familiares. Una explicación a este fenómeno, puede ser dada por el tipo de razonamiento que los expertos realizan, el cual es orientado en general sobre hipótesis diagnósticas surgidas mentalmente con los

datos aportados por el familiar. Esta información tiene que ser contrastada con conceptos de enfermedad previamente aprendidos y almacenados en su memoria. Estos conceptos de enfermedad son almacenados con datos generales de las enfermedades donde se mezclan aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, bioquímicos, anatomo e histopatológicos, entre otros, aprendidos durante su formación y que el médico al interrogar al paciente tiene que retomar para apoyar su hipótesis diagnóstica (Smith 1995). De esta forma, cuando quieren dar mas fundamento a sus hipótesis diagnóstica, brincan en la información sobre antecedentes hereditarios, ambientales, morbosos, etc según el caso.

Un segundo aspecto observado es que ni los médicos en formación ni sus profesores realizaron interrogatorios completos. Nosotros consideramos un interrogatorio completo cuando este exploraba desde el padecimiento actual, los antecedentes y el interrogatorio de otros aparatos o sistemas que no son informados por los familiares como el padecimiento actual (Kempe). Este último apartado no fue explorado por ningún médico. Para fines de diagnóstico, quizá el interrogar otros sistemas o aparatos distintos a afectado por la enfermedad pueda no tener importancia. Sin embargo, uno de los propósitos del estudio de los pacientes es la detección oportuna de otras condiciones que pudieran incluso ser de mayor importancia que las aquejadas por los enfermos (6). Particularmente, en los niños las enfermedades pueden tener pocas manifestaciones en sus orígenes y no ser detectados por los familiares y sólo a través de una pregunta directa formulada por el médico, crea interés del respecto por los familiares (6). En este estudio se observó que la falta de exploración de esta área no influyo en el diagnóstico final puesto que la mayoría de los médicos llegaron al diagnóstico y en los que no llegaron este aspecto no tuvo influencia.

También con respecto a lo completo de los interrogatorios, los médicos de base en general exploraron menos los antecedentes no patológicos, datos que tienen que ver con la condiciones de vida del paciente y en ocasiones no tienen mucha relación con la enfermedad del niño, no sin ello se de cabal importancia para

contextualizar el ambiente en el que la enfermedad interactúa y repercute con la familia(12), sin embargo, como se refirió previamente, las preguntas en relación a este punto surgieron en algunos médicos profesores cuando si involucraban aspectos importantes para el diagnóstico.

Un hallazgo de este estudio, fue el observar que los datos clínicos que los pediatras interrogan no corresponden a síntomas. Es sabido que el interrogatorio pediátrico en general es indirecto, ya que en general los niños no son capaces de expresar bien sus dolencias, de tal modo que la madre interpreta sus sentimientos. El interpretar el sentir de otra persona será siempre muy difícil y la resultante es solo interpretar los datos observables, lo que en la clínica se conoce como signo (11). De esta manera el interrogatorio pediátrico debía de ser por definición signológico. Los médicos pediatras parecen aprender a buscar signos y no explorar los síntomas. Lo anterior se apoya en que en todos los interrogatorios solo se preguntaron signos.

Así mismo, observamos que todos los médicos dieron gran importancia en esclarecer los signos de enfermedad de los niños. La tabla 2 muestra como la determinación de los datos pivotes o principales fue lograda por casi todos los médicos, sin embargo, los médicos mostraron poco interés para definir el signo, es decir, realizaron una regular a mala sistematización en cuanto a su significado, su evolución, sus asociaciones, sus variaciones, sus agravantes y atenuantes. Podrían existir varias explicaciones a este hecho, una sería la vaguedad de información que pudiera dar el familiar en relación a estas cuestiones, otra más plausible sería la manera en que aprendemos a realizar diagnósticos. En esta última aseveración se apoya en la estructura mental que realizamos al aprender patologías, esto es, aprendemos una enfermedad como una entidad compuesta por varios datos clínicos y paraclínicos, aunque esta interpretación es irreal, es producto de la observación de varios enfermos con un común denominador fisiopatológico (13). Lo que aun queda por contestar, es si casi todos los médicos llegaron al diagnóstico sin una buena sistematización, ¿Qué papel juega esta?

En cuanto a la forma de interrogar, observamos que los médicos realizan una entrevista muy dirigida, en general formulan preguntas abiertas. Estas son importantes para permitir que el paciente se exprese en su padecer. Sin embargo, también observamos, que en el interrogatorio pediátrico se suele cortar la libre asociación de pensamiento. Los médicos notan que los familiares cuando platican sobre la enfermedad de su hijo, hablan más sobre sus problemas que sobre el sentir del niño. Las preguntas se hacen dirigidas a los signos y cambian de ser abiertas a cerradas exploratorias. Aun más observamos que para los pediatras tanto en formación como sus profesores fueron de gran importancia realizar preguntas reflejo y aclaratorias. Estas dos últimas son necesarias para encausar el interrogatorio y no desviar la plática hacia aspectos no relacionados.

El interrogatorio, es sin duda un arte, no hay patrones establecidos de cómo debe ser y menos una escala que evalúe una excelencia. Los médicos cumplieron en general con un aspecto básico del interrogatorio que fue lo informativo. El cómo se realizan las preguntas va cambiando con la práctica. Lo anterior se notó, al encontrar que los médicos en formación suelen equivocarse la redacción necesaria para formular una buena pregunta. Se equivocaron más en preguntar con aseveraciones negativas, en preguntas continuas y distintas, que obligan o bien a una respuesta falsa o que crean ambigüedad y confusión en los interrogados.

Un área poco estudiada en el interrogatorio pediátrico es la finalidad psicológica del mismo. El pediatra interroga más que entrevistar. El interrogar solo da información específica de acuerdo a lo que se desea saber, pero el entrevistar da pie a que los pacientes manifiesten otras áreas de su vida que están involucradas para bien o para mal con su enfermedad. La entrevista abre aspectos psicológicos y sociales afectados por la enfermedad y pueden ser de gran importancia para el manejo posterior y pronóstico de un niño enfermo. Este estudio, no pudo evaluar todo el aspecto psicológico de la relación médico-familiar. Pero observamos algunos aspectos importantes que pueden influir negativamente en esta relación.

El primero fue que la mitad de los médicos no se presenta con sus interrogados. Esto es trascendente, debido a que la presentación permite personalizar el interrogatorio y puede permitir a los interlocutores un flujo mas libre y veraz de información y emociones.

Un segundo aspecto, es que notamos que mas médicos en formación realizan un interrogatorio muy frio, indiferente, protocolizado, con fines de llenar un formato. En donde los sentimientos, pensamientos, dudas y comentarios realizados por el interrogado no son tomados en cuenta. Lo importante es llenar la información solicitada por el expediente. A diferencia un grupo no mucho mayor de médicos profesores tienden a realizar interrogatorios mas empáticos, donde se tocan puntos de sentimientos y aclaraciones hacia los familiares que buscan disminuir la ansiedad de estos.

Con respecto al ambiente fisico las condiciones para los interrogatorios son diferentes. No podemos aseverar en que manera influyen estos en el resultado. Ya que como se comentó previamente la mayoría de los médicos lograron llegar a un diagnóstico correcto. Sin embargo, el ambiente fisico si puede alterar la relación médico-paciente en su aspecto psicológico. Esto requiere aun de ser evaluado, pero se observó claramente que mientras los interrogatorios de los médicos son realizados con niños y madres mas atentos, los realizados por los médicos en formación son en horas de mayor cansancio.

Por último, un objetivo principal de este trabajo era el comparar los interrogatorios de los médicos en formación y sus profesores con el fin de observar si eran diferentes. Podemos decir, que desde el punto de vista de informativos ambos son buenos y desde el punto de vista de semiología (sistematización) ambos son regulares a malos. Lo anterior se puede interpretar como: los médicos profesores no realizan buenos interrogatorios en cuanto a la forma aunque su contenido es aceptable y que los residentes aprenden por imitación.

Este trabajo da base a profundizar mas sobre el interrogatorio pediátrico. Si como se observo este permite a mas del 80% de los médicos conocer el diagnóstico correcto, porque no se dan cursos para mejorar la calidad de los mismos. Es necesario mejorar la calidad vs el contenido de los mismos. Que pasaría si se mejora la calidad en cuanto a forma en relación a su utilidad diagnóstica y de relación médico-paciente.

CONCLUSIONES

- 1.- El interrogatorio pediátrico es ante todo signológico.
- 2.- El interrogatorio clínico permitió el diagnóstico de certeza en el 75% de los médicos en formación y en el 100% de sus profesores.
- 3.- Tanto los médicos en formación como sus profesores tienen deficiencias en la sistematización (semiología) del interrogatorio aunque logran interrogatorios muy informativos.
- 3.- Los médicos en formación y sus profesores suelen olvidar el interrogatorio por aparatos y sistemas.
- 4.- El interrogatorio realizado por los médicos profesores en general muestra un mejor ambiente psicológico que el de sus alumnos.
- 5.- Los factores ambientales no parecen influir en el tipo de interrogatorio realizado por los médicos pediatras en formación ni sus profesores.
- 6.- En general el interrogatorio clínico pediátrico no difiere mucho entre los médicos en formación y sus profesores.

GLOSARIO

1. *Preguntas abiertas exploratorias* : Hacen que el paciente aclare y elabore sus pensamientos y sentimientos.
2. *Preguntas cerradas exploratorias*: Dirigen al paciente para que proporcione información específica.
3. *Preguntas aclaratorias*: Aquellas cuya temática sea dar mayor esclarecimiento a un concepto.
4. *Preguntas reflejo*: Cuando el interrogador hace una pregunta con las mismas palabras que el interrogado, con la finalidad de que este se exprese.
5. *Preguntas en que se induce a una respuesta deseada*: Aquellas en que la respuesta este adicionada a lo que el interrogador desea que se le conteste.
6. *Preguntas confusas*: Aquellas en la que por su redacción no permitan que el interrogado pueda contestar adecuadamente.
7. *Preguntas continuas*: Cuando se realizan más de dos preguntas al mismo tiempo antes de una respuesta.
8. *Preguntas repetidas no aclaratorias*: Cuando se realiza una pregunta hecha previamente y adecuadamente contestada por el interrogador , y en la que se note que el interrogador no puso atención en la primera.
9. *Pregunta cerrada no exploratoria*: Aquella pregunta en la cual se condiciona una respuesta específica pero que no de mas esclarecimiento del padecimiento.
10. *Preguntas en relacionadas a sintomatología*: Aquellas que exploran los síntomas del padecimiento.
11. *Preguntas relacionadas a terapéutica*: Aquellas en la que se exploren medicamentos administrados previa ó actualmente.
12. *Preguntas relacionadas a hospitalizaciones ó consultas previas*: Aquellas que exploren atenciones médicas previas.
13. *Preguntas relacionadas a complicaciones*: Aquellas que exploren padecimientos distintos al motivo de su consulta.

Ambiente psicológico.

1.- Presentación: Si el médico informa al familiar sobre su nombre y posición de responsabilidad ante el paciente. Permite pasar de un ambiente despersonalizado a uno personalizado que facilita la empatía.

2.- Ritmo :

Rápido: Cuando el interrogador interrumpe las respuestas de la madre en más del 60% de las veces. Crea ambiente de estrés , rasgos agresivos y bloqueo mental. Insatisfacción de dar toda la información.

Lento: Cuando existen pausas entre la respuesta del paciente y la nueva pregunta del interrogador en más del 60%de las veces.

Crea ambiente de inseguridad , de falta de interés y fatiga (interrogatorio nocturno).

Irregular: Cuando el interrogador se desvía del tema que esta evaluando en más de 6 ocasiones. Crea ambiente de desorganización y de no ser prioridad para el médico.

Constante: Cuando el interrogatorio permite a la interrogada completar sus ideas , pero la interrumpe si se desvirtúa y que la regresa al tema sin agresión que maneje sistemas reflexivos pero no de ritmo lento. Crea ambiente de seguridad , escuchar prioridad y personalización.

3.Tono:

Agresivo: El encuestador corrige al interrogado frecuentemente . Usa palabras ó estilos de frases poco cortés hacia el interrogado , tiene como característica la agresión. Crea un ambiente de bloqueo. ,

Indiferente: No se registra en el interrogador tono afectivo (interrogatorio mecánico).Crea un ambiente depresivo.

Empático: El entrevistador en sus frases comunica al interrogado que sabe lo que esta sintiendo. Crea un ambiente de comprensión afectiva que facilita la catarsis , que la información fluya mejor.

BIBLIOGRAFIA

1. Kassirer J., Kopelman R. Learning clinical reasoning. Baltimore Maryland , Williams & Wilkins . 1991 : 1-45.
2. Sacket D., Haynes RB, Tugwell P clinical epidemiology. 2nd Ney York , Little Brown, 1985 : 3-5.
3. Kassirer J. Diagnostic Reasoning. Ann Int Med 1989 ; 10 :893-900.
4. Kassirer J., Gorry A. Clinical Problem Solving : A Behavioral Analysis . Ann Int Med 1978 , 89 : 245-55.
5. Palchick N S, Wolf F, Cassidy J . Comparing information gathering strategies of medical students and physicians in diagnosis simulated medical cases. Acad Med, 1990; 65-1.
6. James C, Donnelly M, Hess G. The characteristics of early diagnostic hypotesis generated by physicians (experts) and students (novicies) at one medical school . Acad Med , 1991 ; 96 : 607-12.
7. Grant J, Marden P. The structure of memorizad Knowlwedge in students and clinicians : an explanation for diagnotic expertise. Med Educ. 1987 , 21 :92-98.
8. Plante D, Kassirer J, Zarin D. Clinical desicion consultation service . Am J Med , 1986 ; 80 : 1169-1175.
9. Potter D, Rose M, Estudio clínico integral. Interamericana, México. 1985 ; 3-5.
10. Varela R, Fajardo A. Garduño E, Jasso L. Concordancia del diagnóstico clínico de pacientes pediátricos entre hospitales de segundo y tercer nivel. Revista Medica IMSS. 1994 ; 32 . 373
11. Behrman R, Kliegman R, Arvin A. Tratado de Pediatría . 15 Ed. Mc Graw Hill 1997.
12. Kempe C, Silver H, O'Brien D, Fulgihiti VA. Current Pediatric Diagnosis & treatment 8ª Ed. Lange Medical Publications 1987.
13. Hoekelman R, Friedman S, Nelson N, Seidel H. Primary Pediatric Care. 3ª. Ed . Mosby-Year book 1997.

PROTOCOLO : EL INTERROGATORIO MEDICO, SUS CARACTERISTICAS.

FECHA : / / HORA INICIO: HORA TERMINO:

NOMBRE DEL PACIENTE: CEDULA:

MEDICO: R1 R2 R3 MB MBSE
 Sexo: M F Edad: <25 25-30 31-35 >35
 Años de especialidad: _____
 ¿Cuántas horas tiene sin dormir? _____ hs
 Hora de última ingesta de alimentos: _____ : _____ h : min

MEDIO AMBIENTE
 SITIO DONDE REALIZO EL ESTUDIO: (marque una cruz)
 Cama del paciente: _____ Cuarto aislado: _____ Sala común: _____ Pasillo: _____
 POSICION DEL ENCUESTADOR:
 Sentado: _____ Parado: _____
 POSICION DEL NIÑO:
 Cama: _____ Brazos: _____ Comiendo: _____
 CONDICION DEL NIÑO:
 Dormido: _____ Despierto callado: _____ Despierto inquieto: _____ Llanto inconsolable: _____
 PRESENCIA DE RUIDO:
 Si: _____ No: _____

GRAVEDAD DEL NIÑO:
 I _____ I
 sano muy grave.

ENTREVISTADO
 PARENTESCO: _____
 EDAD: _____ años SEXO: M F
 ESCOLARIDAD. Analfabeta sabe leer primaria secundaria
 técnico bachillerato licenciatura postgrado
 ¿Cuántas horas tiene el entrevistado sin dormir? _____ hs.
 Hora de última ingesta: _____ : _____ (h : min)
 ¿Cuántas veces le han interrogado previamente? _____

HOJA DE EVALUACION DE LA TECNICA DEL INTERROGATORIO

Número: _____ Paciente: _____ cédula: _____

Dx Final: _____ Dx Propuesto: _____

Médico: Adiestramiento () Profesor () Experiencia _____ años.

Fecha de la entrevista: ____/____/____ TIEMPO ENTREVISTA _____ min.

ORDEN Y CUMPLIMIENTO (COMPLETO)

APARTADO	INVESTIGÓ (SI-NO)	ORDEN
1.- Síntomas principales	_____	_____
2.- Cronología sintomática	_____	_____
3.- Semiología por síntomas	_____	_____
4.- Historia médica anterior	_____	_____
5.- Historia familiar (heredo-familiares)	_____	_____
6.- Antecedentes personales no patológicos	_____	_____
7.- Interrogatorio por aparatos o sistemas	_____	_____

Evaluación: ORDEN (secuencia 1-7) SI _____ (otra secuencia) NO _____

COMPLETO: SI (7 items) _____ NO _____ (= < 6 items).

SISTEMATIZACION (SEMIOLOGIA)

SINTOMA CONSIDERADO	1	2	3	4	5	6	7	8	RA	PORCENTAJE
_____	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	()	()	()
_____	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	()	()	()
_____	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	()	()	()
_____	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	()	()	()
_____	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	()	()	()
_____	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	()	()	()
_____	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	()	()	()
_____	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	()	()	()
_____	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	()	()	()
_____	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	(X)	()	()	()

colocar 1 (si exploró), 0 (no exploró) + (no aplica)

RA (respuestas aplicables)

1)inicio,2)definición (carácter),3)provocación o paliación,4)localización,5)temporalidad, 6)gravedad 7)asociación, 8)estado actual.

Evaluación: Porcentaje parcial = sum de los 1 x100/RA.

Sistematización total: sum porcentaje / número de síntomas. : _____

TECNICA DEL INTERROGATORIO	Número	%
<i>Preguntas abiertas exploratorias</i>		
<i>Preguntas cerradas exploratorias</i>		
<i>Preguntas aclaratorias</i>		
<i>Preguntas reflejo</i>		
<i>Preguntas en que se induce a una respuesta deseada:</i>		
<i>Preguntas confusas</i>		
<i>Preguntas continuas</i>		
<i>Preguntas repetidas no aclaratorias</i>		
<i>Pregunta cerrada no exploratoria</i>		
<i>Preguntas en relación a sintomatología:</i>		
<i>Preguntas relacionadas a terapéutica:</i>		
<i>Preguntas relacionadas a hospitalizaciones ó consultas previas:</i>		
<i>Preguntas sobre complicaciones.</i>		

Número de preguntas. _____ Porcentaje: num preguntas en las variables/ total realizadas.x100

INFORMACION.

Dx Nosológico final : _____

Dx Sintomático necesarios para el diagnóstico nosológico final:

Se exploró por el médico (si-no).

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____
- 7.- _____
- 8.- _____
- 9.- _____
- 10.- _____

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Total síntomas necesarios: _____ Total de explorados _____

Calificación : total explorados /total necesarios x 100 : _____

AMBIENTE PSICOLÓGICO

- 1.- Se presentó el médico
- 2.- Ritmo
- 3.- Tono
- 4.- Control de emociones

si (1) no (0)
 Constante (3) Irregular (2) Rápido (1) Lento (0)
 Empático (3) Indiferente (2) Agresivo (0)
 Calma (3) Ansiedad (0) llanto (0) Enojo (0) depresión (0).

Calificación : _____