

## De la inocuidad en la exploración (I): Anamnesis.

About Safety in the examination (I): History Taking

**Dr Manuel Campiñez.** Doctor

**Resumen:** El médico no tiene ?carte blanche? a la hora de preguntar al paciente en el contexto de la anamnesis. Hacerlo de manera inadecuada puede ser la causa de graves distorsiones y errores en la consulta. Las razones para la consulta y una aproximación indagatoria adecuada en las formas y estrategias potencian la relación y la eficacia clínica.

**Summary:** Doctor does not have ?carte blanche? when asking the patient in the the history taking context. Doing improperly can cause serious distortions and errors in the clinical process. The reasons for consultation and an adequate investigatory approach on the ways this is performed and the strategies used, enhance the physician-patient relationship and clinical efficacy.



- ? Se trata tan solo de un resfriado. Tome Paracetamol si tiene fiebre o dolor de cabeza y esperemos a que esto se cure en unos días?
- ? ¿Consume usted drogas ilegales?
- ? ¿Cómo dice?
- ? Cocaína, heroína, cannabis, drogas de diseño?
- ? No, nunca
- ? ¿Fuma?
- ? Tampoco
- ? ¿Alcohol?
- ? Bueno? lo normal
- ? ¿Cuántas unidades?
- ? ¿Perdón?
- ? ¿Cuántos vasos de vino o cerveza al día, por ejemplo?
- ? Una copa de vino con la cena
- ? ¿Nada más?
- ? A veces, cuando salimos, me puedo tomar un gin-tonic, pero no siempre
- ? ¿Tiene usted relaciones sexuales?

- ? Sí
- ? ¿Con cuántas personas?
- ? Pues eso es variable, ¿sabe?
- ? ¿Hombres o mujeres?
- ? Mujeres, mujeres
- ? ¿Utiliza protección?
- ? Doctor, me está asustando? ¿seguro que solo es un resfriado?

La ausencia de información es una fuente frecuente de iatrogenia por omisión y como contrapartida, transmitir información sobre aspectos pronósticos desfavorables innecesarios para el objetivo propuesto, es decir, la exageración de la información, es una de las causas que con mayor frecuencia puede provocar iatrogenia por comisión. Pero, ¿qué sucede con el exceso de información en la anamnesis? ¿Qué sucede si la calidad de la información está distorsionada porque el paciente está omitiendo detalles específicos? ¿Qué sucede si el paciente se encuentra en el dilema de responder o no responder al no entender la finalidad última de la pregunta? ¿Y si el paciente, de forma no deliberada, se bloquea por la cantidad de las preguntas o su carga emocional? Todo lo anterior tiene implicaciones en dos aspectos de la práctica médica: el razonamiento clínico y la ética de la relación asistencial. Trataré de invitar a la reflexión al respecto a continuación, y ofrecer algunas recomendaciones basadas en la observación empírica de videograbaciones de encuentros clínicos reales.

El diálogo con que presentaba la presente reflexión no es, por desgracia, infrecuente en nuestras consultas. Hoy una paciente me comentaba "ya sabía que el dentista me iba a hacer una radiografía, porque me ha preguntado que si estaba embarazada.... cuando le he dicho que no me ha colocado una cosa en la boca y ha salido corriendo de la habitación". Cuando uno se detiene a escuchar los relatos de los periplos médicos de amigos, familiares, y sobre todo de los propios pacientes, después de llevarnos las manos a la cabeza nos relajamos pensando "con lo mal que lo hacemos, y no pasa nada". Pero sí que pasa... A la pregunta de si está embarazada debe de precederle un "me dispongo a hacerle una radiografía, y necesito saber si está embarazada porque en caso afirmativo podría ser perjudicial para el bebé", siempre, sin excepción. Tenemos a veces demasiado reparo en abordar temas como el consumo de alcohol entre los pacientes -y a veces al hacerlo generamos iatrogenia, como un famoso programa de prevención que no voy a mencionar para no generar polémica colateral-, o las relaciones sexuales, y ninguna compasión al abordar dietas, ejercicios, horarios de ir a dormir y levantarse o actividades íntimas que ninguna relación tienen con lo médico pero que pensamos que van a ser la clave de la mejora definitiva de la adherencia terapéutica como aquello de "para acordarse de tomar las pastillas, déjelas junto a la dentadura postiza", hasta que la abuela nos contesta "es que yo la escondo porque tengo nietos en casa y alguna vez me los he encontrado jugando con ella". El embarazo o no es un tema íntimo, y debe de ser tratado como tal.

Información por exceso e información por defecto.

Durante el interrogatorio clínico podemos adoptar una actitud altamente reactiva, encadenando preguntas cerradas o, por el contrario, ser proactivos buscando mediante preguntas abiertas la facilitación del relato por parte del paciente. Con lo primero conseguimos una consecución de síes, noes, rojos y negros, que luego es preciso ordenar y que, de no ser que tengamos presentes en nuestra cabeza todos los algoritmos diagnósticos, dificulta el formarnos una hipótesis diagnóstica. Por el contrario, si partimos de un relato coherente por parte del paciente, el camino hacia la hipótesis diagnóstica se allana y la cantidad de preguntas necesarias para su consecución es mucho menor. El clásico "cuénteme qué ha pasado, desde cuándo y a qué lo atribuye" sigue siendo altamente superior a la anamnesis por aparatos sin sentido y sin hipótesis diagnóstica, cuya culminación es la exploración física innecesaria a la que desgraciadamente estamos acostumbrados en los informes de urgencias cuando leemos "exploración abdominal normal" y le preguntamos al paciente "pero usted, ¿no fue porque le dolía el oído?". Y es sabido que el que no sabe lo que busca, no entiende lo que encuentra, y de ser así el error clínico está al acecho.

En ocasiones, muchas, el baile de dudas radica en la falta de acuerdo sobre objetivos terapéuticos comunes. Nadamos en la incertidumbre por todo lo contrario, miedo a preguntar, y empezamos a preguntar a qué hora se fuma el primer cigarrillo cuando ni siquiera hemos acordado si el hábito tabáquico está hoy en la agenda. Aquí la falta de información es sobre todo porque el paciente desconoce las expectativas del profesional y el profesional ignora las del paciente -como en el caso del diálogo introductorio, donde el profesional aprovecha la visita para hacer preguntas relacionadas con estilos de vida en el contexto de una actividad preventiva y el paciente no sabe separar ese interrogatorio del resfriado que le traía a la consulta-. Tratar de negociar un plan de acción sin haber aclarado antes los objetivos es como surfear olas gigantescas entre tiburones blancos en una playa rocosa.

El paciente me engaña.

Es una pregunta que me hacen a menudo los estudiantes de pregrado: "¿y cómo sabes si el paciente dice la verdad?" Yo respondo "el paciente SIEMPRE dice la verdad, incluso cuando no la dice", y trato de invitarles a leer entre líneas y a ser honestos al poner

nuestras incertidumbres sobre la veracidad de la información encima de la mesa. En ocasiones escucho comentarios culpando al paciente de mentir, o de omitir detalles importantes, siempre acompañados de un extenso análisis psicodinámico sobre la personalidad que justifica tales acciones. El inconveniente principal de esta aproximación es que anulo cualquier posibilidad de intervención por mi parte, porque si toda la culpa es del paciente, ya nada está en mis manos. **Si, por el contrario, cambio culpa por responsabilidad y asumo mi parte de esta en la obtención de información de baja calidad, puedo hacer un análisis de qué elementos de la interacción que dependen de mí son susceptibles de modificarse para obtener una mejor información y, en consecuencia, mejorar el acto clínico.** En estas situaciones es necesario aprender -y enseñar a los que tenemos al lado aprendiendo- a ACEPTAR, para después poder ENTENDER, y plantearnos cómo se puede mejorar.

En este sentido, **uno de los principales motivos por los que el paciente omite o tergiversa información es por la amenaza -o el acto consumado- de sentirse juzgado.** Y que esto suceda va fuertemente ligado al estilo del profesional, algo que resulta más difícil -aunque no imposible- de modificar. Si, a pesar de no tener un estilo que tienda a estereotipar al personal, sentimos que la persona que tenemos delante se siente incómoda al exponer un tema, tenemos la posibilidad de hacer un señalamiento emocional, pedir permiso para seguir abordando el tema, utilizar una frase para empatizar con el malestar y, en última instancia, de nuevo la honestidad por delante: "tengo la sensación de que se siente incómodo hablando sobre su consumo de alcohol... mi intención es tratar de ayudarlo, y en ningún caso de juzgar si lo que usted hace está bien o está mal, pero si cree que no es una buena idea seguir hablando del tema lo podemos dejar para otro momento, ¿qué le parece?".

Cuando el paciente no sabe qué responder.

Todos los pacientes tienen alguna -o mucha- experiencia sobre lo que se van a encontrar en una consulta médica, a excepción de los adolescentes, rara avis que merece ser considerada en otro capítulo. Ello implica que también tienen unas expectativas formadas sobre el tipo y la cantidad de preguntas que se les van a hacer, de la misma forma que intuyen si van a tener que desnudarse de cintura para arriba o para abajo. Y cuando cuentan con que será de cintura para arriba y es quítese toda la ropa tenemos un conflicto. Ejemplifico. Hace unas semanas un paciente me llamó por teléfono asustadísimo para que le consultara unos resultados de unas pruebas que le habían hecho en el hospital, donde había acudido con fiebre alta que no remitía. Su expectativa era que le hicieran algún análisis o alguna radiografía, pero se encontró con un desfile interminable de residentes asustados que pretendían averiguar el origen de esa fiebre que no remitía, a pesar de que uno tras otro habían explorado su faringe y llegado a la misma conclusión, que era una amigdalitis pultácea. Pero tenía que ser algo más...y empezó un variopinto interrogatorio sobre viajes, prácticas sexuales, uso de drogas, etc, que mi paciente no se esperaba, y al susto de los residentes se sumó el de mi paciente en una espiral creciente de incertidumbres que se prolongó por toda una noche y un día hasta que le dieron el alta a la espera de los hemocultivos, los unos y el otro rezando por haber acertado con el antibiótico recomendado. **Hay, desde luego, preguntas esperadas y preguntas inesperadas, y las inesperadas hay que gestionarlas de un modo diferente, con una aproximación especialmente cuidadosa, si pretendemos que la sorpresa por la pregunta no invalide la calidad de la respuesta.** Mi paciente de la fiebre es sirio, y ante la insistencia de los residentes en tratar de averiguar qué se escondía detrás de aquello que era evidente a los ojos, empezó a divagar sobre su oscuro pasado ofreciendo datos que nada tenían que ver con el proceso actual y que contribuyeron a convertir un interrogatorio a priori simple en una bacanal detectivesca que se prolongó durante tres cambios de guardia.

Conflictos éticos.

Cuando dejamos de obtener información necesaria en un acto clínico corremos el riesgo de cometer un error clínico. Una situación complementaria es el exceso de información irrelevante, que conduce igualmente a bailar en la cuerda floja. Me resulta particularmente interesante aquí hablar no solo de la no maleficencia, sino sobre todo de la autonomía. Es un error presuponer que el paciente, por el hecho de entrar en nuestra consulta, está a nuestra merced para responder a todo aquello que se nos ocurra preguntarle, porque es en su propio bien. No es suficiente con que sea así, el paciente tiene que saber que es así, y dar su consentimiento. A este respecto, hemos observado en numerosas ocasiones a pacientes que aparentan no entrar en conflicto con los profesionales al ir respondiendo a lo que se les plantea mientras que están llevando a cabo respuestas de huida. Lo peor de esta situación es que a la fantasía de dominio por parte del profesional se unen las prisas del paciente por salir corriendo y nos queda una falsa sensación triunfal destinada al fracaso estrepitoso, cuando no a un error irreparable. Es necesario saber reconocer la negación de un consentimiento, plantear si se puede reconsiderar esa negativa con aclaraciones o condiciones particulares -blindaje de la privacidad, por ejemplo- y no tratar de anteponer el principio de beneficencia al de autonomía si se corre el riesgo de caer en maleficencia por acción u omisión.

Algunas recomendaciones.

Pida usted permiso para preguntar, SIEMPRE, de forma implícita atento a la respuesta verbal y no verbal de su paciente, y de forma explícita cuando quede el menor atisbo de incertidumbre sobre el consentimiento para preguntar. Huya de interpretaciones y aclare

objetivos antes de negociar. Tome el hábito de explicar los porqués de las preguntas que usted crea que no se esperan. Enseñe todo lo anterior a las personas en formación que dependan de usted, así como la reflexión que se esconde detrás de la acción.  
¡Y buena suerte!