

## **GUÍA DE ACTIVIDAD PRÁCTICA Nº 2: ANAMNESIS**

- Tipos.
- Técnica y metodología.
- Datos Personales
- Motivo de Consulta (M. C.)
- Antecedentes de la Enfermedad Actual (A.E.A.)
- Anamnesis Sistémica (A.S.)
- Antecedentes Personales (A.P.)

### **Habilidades a adquirir**

- Realizar una correcta anamnesis.
- Completar los datos personales.
- Identificar los datos que componen el M.C. y los A. E. A.
- Aprender a semiografiar síntomas.
- Identificar los datos que integran la Anamnesis Sistémica y los Antecedentes Personales.
- Aprender a redactar el M.C, los A.E.A, la A.S y los A.P.

### **Tarea a desarrollar**

- Analizar con el Jefe de Trabajos Prácticos los diferentes subtemas.
- Dos alumnos inician una entrevista con el paciente y recogen los Datos Personales y Motivo de Consulta.
- Dos alumnos interrogan al paciente sobre los Antecedentes de Enfermedad Actual y semiografían el o los síntomas predominantes.
- Dos alumnos realizan en el paciente el Interrogatorio de los síntomas que corresponden a los distintos aparatos y sistemas (Anamnesis Sistémica).
- Dos alumnos interrogan al paciente sobre los distintos Antecedentes Personales.
- Grupos de tres a cuatro alumnos redactan los Datos Personales, Motivo de Consulta, Antecedentes de Enfermedad Actual, Anamnesis Sistémica y Antecedentes Personales del paciente entrevistado.
- Análisis y corrección de las Historias Clínicas confeccionadas.

### **Información fundamental**

- Concepto de Anamnesis.
- Tipo de Anamnesis.
- Técnica y metodología de la anamnesis.
- Datos que incluyen los Datos Personales.

- Concepto de Motivo de Consulta.
- Datos que se incluyen en los Antecedentes de Enfermedad Actual.
- Semiografía de los síntomas: concepto y técnica.
- Concepto de Anamnesis Sistémica y utilidad de la misma.
- Principales síntomas referidos a cada aparato o sistema. Características y forma de semiografiarlos.
- Datos que se incluyen en Antecedentes Personales: concepto e importancia.

## **ANAMNESIS**

Es el interrogatorio que el médico efectúa al paciente acerca de problemas relacionados con el estado de su salud.

Para conseguir un buen interrogatorio el entrevistador debe ser capaz de establecer una satisfactoria relación médico-paciente.

Es importante reconocer que la anamnesis que se realiza al paciente no es una simple conversación entre dos personas, sino que está enmarcada en el contexto del paciente que busca ayuda y consejo para resolver un problema de salud que lo afecta, y el médico que posee el conocimiento científico y técnico para poder responder a dicha solicitud. Por lo tanto la anamnesis tiene una técnica y metodología que requiere estudio y entrenamiento.

- *Tipos de anamnesis*
  - ✓ Directa
  - ✓ Indirecta

Ambas anamnesis pueden complementarse.

- *Técnica y metodología de la anamnesis*

Actitudes y comportamientos a adquirir para favorecer el interrogatorio:

  - ✓ Esforzarse para aprender a escuchar: prestar atención a lo que dice el paciente y como lo dice.
  - ✓ Esforzarse para aprender a observar: prestar atención a la información que el paciente transmite sin usar palabras. Es la forma en que la persona usa su cuerpo, uso de las distancias personales y la presentación personal.
  - ✓ Evitar distracciones.

- Técnicas recomendadas para desarrollar las actitudes/comportamientos:
  - ✓ Adoptar una posición correcta: acostumbrarse a situarse en una posición que permita ver al paciente sin dificultad. Colocarse a un mismo nivel que el enfermo.
  - ✓ Determinar la distancia adecuada entre el médico y el paciente.
  - ✓ Mantener un buen contacto visual con el enfermo: no significa que debe mirarlo fijamente sino eso podrá hacer que se sienta incómodo.
  - ✓ Adoptar posiciones corporales que sugieran que el médico tiene interés en el paciente.
  - ✓ Determinar las condiciones para destinar el tiempo suficiente al paciente.
  - ✓ Determinar las condiciones para conformar un ambiente cómodo desde el comienzo del interrogatorio.
  
- Técnicas recomendadas para mejorar el intercambio de información por la comunicación verbal:
  - ✓ Aprender a responder al paciente: respuesta de intercambio, retroalimentación y aditiva.
  - ✓ Aprender a intercambiar preguntas con el paciente:
    - Preguntas abiertas:** Se utilizan al inicio del interrogatorio. Permiten describir libremente la experiencia vivida por el enfermo. Ejemplos: ¿que motiva su consulta? ¿En qué puedo ayudarlo? Sirven para iniciar la anamnesis. También se pueden utilizar preguntas abiertas destinadas a un aspecto puntual ej: ¿qué me puede contar de la enfermedad de su madre? Luego se utilizan **preguntas más específicas:** de ellas las más importantes son las que permiten caracterizar los síntomas ej: ¿qué, dónde, cómo y cuándo? Sirven para semiografiar.
  - ✓ Otros tipos de preguntas que se pueden utilizar en algunos momentos del interrogatorio:
    - **Preguntas cerradas o dirigidas:** son aquellas que limitan la respuesta a una contestación única y dirigida esencialmente a lo que se pregunta ej: ¿cuántos años tiene usted? Sirven para el encabezamiento, anamnesis sistémica y los antecedentes personales patológicos; se suele responder con sí o no.
    - **Preguntas de opción múltiple:** se utilizan cuando el enfermo no expresa completamente características que el médico desea conocer.
  - ✓ Es recomendable no utilizar preguntas que guían y las múltiples o complejas: ¿ese mareo no es intenso, verdad?

- Recomendaciones para compatibilizar anamnesis con su transcripción y redacción:
  - Si el entrevistador está tan concentrado en sus anotaciones, perderá su contacto visual que al ser insuficiente y limitado no registrará gran parte de la comunicación no verbal, por esto se debe tratar de evitar esta actitud.

La **recolección de la información** que se obtiene durante la anamnesis debe documentarse en forma organizada para que todos los médicos puedan comprender los datos que se han obtenido. Para eso es necesario tener cierto orden, tanto en el interrogatorio como en la escritura del relato.

La anamnesis se divide en varios ítems que tienen algunas particularidades en su forma de interrogar y redactar. A continuación se dan pautas que servirán como guía a la hora de enfrentarse con el paciente, recordando siempre que todo el material se encuentra ampliamente desarrollado en los libros de semiología.

### 1. PRESENTACIÓN

Es muy importante presentarse ante el paciente en la primera entrevista. Decir el nombre del médico y lo que se va a realizar a continuación (entrevista, examen físico, etc).

### 2. ENCABEZAMIENTO

Luego tenemos que completar el encabezamiento de la HC o los Datos Personales. Recordar que **no es necesario que interroguemos todos los datos al principio**, sino que podemos ir obteniendo la información a lo largo de la entrevista. Luego los datos se colocarán en el lugar correspondiente de la HC.

Los datos filiatorios son importantes con fines legales o públicos, y pueden ayudar al razonamiento médico o hipótesis diagnóstica.

### 3. MOTIVO DE CONSULTA (MC)

Es la razón o finalidad perseguida al acceder a la consulta médica; la causa que lleva a solicitar la atención profesional.

Debe ser claro, corto, conciso. Debe dar una idea general del problema del paciente. Pueden ser uno o dos síntomas o signos, a lo sumo tres si es muy necesario. No se deben semiografiar.

Puede escribirse con palabras del médico o del paciente.

*Preguntas a utilizar para obtener el MC:* Conviene iniciar la entrevista con una **pregunta abierta** general: ¿en qué puedo ayudarlo? ¿Cuál es su problema? ¿Qué le está pasando?.

Tener en cuenta que la razón aparente de la consulta no siempre es la verdadera razón y a veces ésta última no es fácil de detectar y por esto implica una elaboración intelectual del médico que integra lo relatado por el paciente, los hallazgos del examen físico y los exámenes complementarios iniciales. *Ej: falta de aire (o disnea) y tos.*

#### 4. ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL (AEA)

Aquí se desarrolla la explicación detallada del episodio que motivó la consulta. Son síntomas semiografiados y relatados en forma cronológica. Es una elaboración completa, clara y concisa.

Se recomienda utilizar léxico médico y no palabras del paciente. En el caso excepcional que no se pueda traducir el síntoma al lenguaje médico se escribe la expresión del paciente entre comillas (ej: "sensación de cabeza vacía").

– *Técnica para efectuar el interrogatorio de los AEA:*

- ✓ Al comenzar el interrogatorio de los AEA siempre conviene emplear **preguntas abiertas generales**, con mejor resultado que si se orientan exclusivamente al síntoma principal del M de C. La finalidad de estas preguntas es:
  - Permiten al enfermo hablar con libertad.
  - Permiten (al enfermo) elegir los síntomas más importantes y señalar el camino general como orientación inicial para el médico.
  - Sirven para obtener datos poco estructurados de los AEA y para los aspectos psico/socio/económicos que rodean a la enfermedad.
  - Le dan tiempo al médico para saber qué pasa.
  - Nos permite observar y escuchar al paciente.
- ✓ Luego comenzar con **preguntas más dirigidas y específicas** para completar y aclarar la información.
  - Si se prolongan los silencios se pueden utilizar *facilitadores mínimos* como: claro, ¿y entonces? ¿y después? ¿sí? ¿y? aja, ¿qué otra cosa? o con comunicación no verbal (asintiendo con la cabeza).
  - En el paciente verborrágico el relato debe ser interrumpido luego de unos minutos y utilizar preguntas más dirigidas o específicas.
  - Cuando en el relato se utiliza un lenguaje pseudomédico (utilizan léxico médico pero no saben exactamente su significado) se le debe volver a insistir que describan lo que realmente sientan como problema/s de salud, sin autodiagnósticos ni autointerpretaciones.
- ✓ Posteriormente debe usar **preguntas para caracterizar los síntomas** especialmente ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿cómo? y ¿qué o por qué? en estas preguntas no se debe dirigir al enfermo en ningún sentido. Se

pueden utilizar preguntas de opción múltiple en los casos que el enfermo no encuentre palabras para expresar las características.

- También se pueden utilizar preguntas cerradas o preguntas por si/no las cuales se pueden usar en algunas situaciones, dan una información mínima; son más útiles en anamnesis sistémica y AHF.
- *Se deben evitar las preguntas que guían y preguntas múltiples o complejas.*

**Se debe utilizar un estilo de redacción conciso y concreto.**

Se sugiere cumplir los siguientes pasos para redactar HC de pacientes internados en sala:

- Fijar la fecha de comienzo.
- **Identificar claramente** cuáles son los síntomas por los que consulta el paciente, **SEMIOGRAFIAR exhaustivamente cada uno**, y relatar la evolución de los mismos **cronológicamente**.
- Luego narrar el momento que el paciente asiste a la Guardia o al lugar al cual consulta. Describir:
  - ✓ Métodos complementarios que se realizaron **RELACIONADOS AL MC** (incorporar sólo datos útiles).
  - ✓ **Diagnóstico aproximado** que le hicieron en ese momento (no necesariamente es el diagnóstico definitivo).
  - ✓ **Decisión de internación.**
  - ✓ **Tratamiento realizado**, aunque no sea exacto puede ser una aproximación (por ej: “iniciaron antibióticos”, aunque no describamos cual).
- **ESTADO ACTUAL**, y si mejoraron o no los síntomas por los cuales consultó, haciendo un paralelismo entre antes y después del tratamiento. Es una percepción del paciente.
- Si el paciente tiene antecedentes personales claramente relacionados con la enfermedad actual estos **PUEDEN** consignarse en este apartado.

Ejemplo:

*La paciente refiere comenzar con disnea grado II desde hace 3 meses, predominantemente inspiratoria. Posteriormente fue evolucionando a disnea grado III, y en la última semana nota disnea de reposo y ortopnea. Anoche tuvo un episodio de disnea paroxística nocturna.*

*Relata la presencia de edemas en miembros inferiores del mismo tiempo de evolución, que empeoran hacia la noche y desaparecen por la mañana luego*

*del reposo nocturno. Los describe sin cambios en la coloración de la piel o leve cianosis por la noche, fríos y no dolorosos. Niega nicturia.*

*En la última semana además refiere tos húmeda, de intensidad moderada, sobre todo por la noche, con expectoración purulenta, que no se modifica con el reposo, y fiebre de 38°C.*

*Por este motivo, en el día de ayer consultó a la guardia, en donde le realizaron laboratorio, radiografía de tórax, y diagnosticaron Insuficiencia Cardíaca Descompensada e infección respiratoria.*

*Se decidió su internación y se inició tratamiento con diuréticos y antibióticos.*

*Hoy refiere sentirse mejor en relación a los días previos, y aunque continúa con edemas, refiere disminución de la disnea y de la tos.*

## **ANAMNESIS SISTÉMICA (AS)**

Son síntomas ACTUALES Y/O RECURRENTES no relacionados con el MC.

Se debe utilizar léxico médico y los síntomas deben estar semiografiados.

### **Objetivos de la AS**

- Descubrir problemas o síntomas importantes que no se obtuvieron en el interrogatorio de otras secciones de la anamnesis.
- **Descubrir otro problema de salud crónico no activo**, no encuadrado dentro de una enfermedad conocida a partir de síntomas reconocidos por el paciente. Este problema puede (o no) influir sobre la enfermedad actual, su evolución, pronóstico, tratamiento y habrá que decidir si hay que actuar sobre el mismo.
- Verificar que no se han omitido datos de valor.

### **Recomendaciones o sugerencias**

- Interrogar sobre los síntomas más importantes de cada aparato o sistemas.
- Efectuar inicialmente preguntas por si/no para detectar cada síntoma.
- Si no se encuentra el síntoma interrogado no mencionarlo, excepto que el síntoma negativo resulte importante y por eso hay que destacarlo.
- Si responde positivamente a un síntoma debe semiografiarse por completo empleando preguntas dirigidas o específicas.
- No incluir datos ambiguos como alteración o molestias.
- No incorporar en as los síntomas incluidos en aea.
- No incorporar enfermedades (ya que corresponden a APP).

- En el caso de una enfermedad que se presenta con síntomas, estos deben colocarse en as. Ej: paciente que se interna por insuficiencia cardíaca, y tiene diagnóstico de ERGE activo, se coloca ERGE en APP y pirosis en as.

No ocupa el lugar más destacado de la anamnesis y por ello no debe insumir demasiado tiempo en la entrevista total.

Ejemplo:

Síntoma *actual* no relacionado con la enfermedad actual:

*SOMA: artralgia de rodillas bilateral, desde hace 6 meses, que aumenta al inicio del movimiento luego del reposo, cede con el reposo y con analgésicos. Niega aumento de la temperatura local o cambios en el color o edema de la articulación.*

Ejemplo:

Síntoma *recurrente* aunque no actual, no relacionado con la enfermedad actual:

*Sistema Nervioso: Cefalea desde la adolescencia, hemicránea, pulsátil, sin pródromos, acompañada de náuseas, fono y fotofobia, generalmente sin vómitos. Es intensa y limita sus actividades diarias. Suele desencadenarse con el estrés y calma con reposo en habitación sin luz y analgesia. Tiene 2 a 3 episodios por mes.*

## **ANTECEDENTES PERSONALES (AP)**

Se incorporan datos que ubican al paciente en su contexto social y laboral, permite conocer sus hábitos y el riesgo potencial de sufrir determinadas enfermedades (perfil biopsicosocial).

El estudiante debe conocer que continuamente (durante toda la entrevista médica) podrá ir obteniendo información de la historia social.

Sólo nombrar, no se debe hacer una redacción como en AEA o AS. El relato es puntual y conciso.

### – **Fisiológicos**

- ✓ *Alimentación*: describir cantidad, calidad y ritmo (preguntar por frutas, verduras, lácteos, carnes), dietas especiales. Si es completa se escribe dieta mixta balanceada.
- ✓ *Actividad física*: tipo y frecuencia.
- ✓ *Sueño*: cantidad de hs por día, si es reparador o no, síntomas (ronca?)
- ✓ *Diuresis*: características, volumen, frecuencia.
- ✓ *Catarsis*: Frecuencia, forma, consistencia, color, satisfacción postevacuatoria (normal 2 por día a 3 por semana, cilíndrica, semiblanda, con satisfacción postevacuatoria).



- ✓ Actividad sexual: interrogar en privado. En los prácticos de semiología interrogar solo si el MC está relacionado
  
- **Inmunizaciones**
  - ✓ Obligatorias (doble adultos, Hepatitis B para el personal de salud).
  - ✓ Optativas (gripe anual y antineumococo cada 5 años en grupos de riesgo y > 65 años).
  
- **Vivienda y medio ambiente**
  - ✓ Vivienda: Material (piso y techo), agua potable e instalaciones sanitarias. Si es completa escribir: vivienda salubre o con instalaciones completas.
  - ✓ Medio ambiente: factores ecológicos (cercanía a plantas agroquímicas)
  
- **Psicosociales y socioeconómicos**
  - ✓ Social: con quien vive y relación con convivientes. Si es adecuada escribir: buena contención familiar.
  - ✓ Económicos: ingresos suficientes o insuficientes.
  
- **Patológicos**

Se deben escribir los 4 ítems por separado.

  - ✓ Médicos: escribir enfermedades ya diagnosticadas y tiempo de evolución.  
Ejemplo: HTA, DBT, asma, EPOC, IAM, enfermedades reumáticas, TBC, enfermedad celíaca, migraña, úlcera gástrica o duodenal.
  - ✓ Quirúrgicos: tipo de cirugía, fecha, lugar.  
Ejemplo: Colecistectomía por videolaparoscopia hace 5 años en Hospital Clínicas.
  - ✓ Alérgicos: tipo de sustancia e intensidad de la reacción. Los más comunes son dipirona, iodo y penicilina.
  - ✓ Traumáticos: tipo de accidente, fecha, tipo de traumatismo, discapacidad.
  
- **Toxico-medicamentosos**
  - ✓ Tóxicos
    - **Alcohol (en gr/día):** duración del hábito (¿desde cuándo?), calidad (¿qué tipo de bebida toma habitualmente?) y cantidad (¿cuántos litros por día?). La ingesta diaria de más de 60 gr de alcohol por día y 40 gr en la mujer es perjudicial para la salud, llamándose dosis cirrogénica.

### **Cálculo de gramos de etanol:**

- Vino 100cc de vino: 12 a 14 cc de etanol.
- Cerveza 100cc: 4 a 6 cc de etanol.
- Vermouth 100cc: 20 cc de etanol.
- Fernet o whisky 100cc: 40 a 45 cc de etanol.
- Aguardiente 100cc: 50 a 60 cc de etanol.

- **Tabaco (en paquetes año)**

Algunos autores recomiendan diferenciar el tipo de tabaco (cigarrillo, pipa, cigarros).

Se calcula como cantidad de cigarrillo por día multiplicado por la cantidad de años de fumador y todo esto dividido por 20, se obtendrá paquetes año. Implica un riesgo para diferentes enfermedades.

Ejemplo: 20 paquetes/año riesgo de EPOC y de cáncer de pulmón.

- ✓ Sustancias psicoactivas (drogas u otros).
- ✓ Medicamentos.

- **Epidemiológicos**

Enfermedades que tenga posibilidad de haber adquirido el paciente por transfusiones, contacto, exposición laboral o residencias anteriores.

Ejemplo: Chagas, HIV, hepatitis B o C, tuberculosis, brucelosis, toxoplasmosis, psitacosis, triquinosis, cáncer de piel (exposición a arsénico), leucemias (agrotóxicos).

- **Heredofamiliares**

Relatar los familiares de 1° grado (madre, padre, hermanos, hijos), enfermedad que padecieron. En el caso de que hayan fallecido describir la causa.

- **Estudios preventivos**

- ✓ Femeninos: PAP, mamografía, análisis de laboratorio, colonoscopia (en mayores de 50 años), otros.
- ✓ Masculinos: examen prostático con antígeno prostático (PSA), análisis de laboratorio, colonoscopia (en mayores de 50 años).

- **Otros**

**Dra. Paula Racca**

## EDITORIAL

### ANAMNESIS: EL ARTE DE PREGUNTAR, ESCUCHAR Y ESCRIBIR

*“Una buena anamnesis representa la mitad del diagnóstico”.*

**Korner**

Se entiende como anamnesis, el interrogatorio minucioso y semi dirigido que realiza el médico al paciente con el objetivo de obtener el mayor número de datos que ayuden a formar un juicio clínico.

La redacción de la Historia Clínica en Semiología es uno de los objetivos a cumplir por el alumno, quien al finalizar el cursado de la materia deberá haber adquirido la habilidad de confeccionarla. Se tendrán en cuenta los factores que pueden mejorar la comunicación con el paciente, poniendo en práctica lo aprendido de la relación médico-paciente como el modo de preguntar, teniendo en cuenta el nivel intelectual, costumbres e idiosincrasia del paciente, sin deshumanización, sin falta de respeto y con el uso de un vocabulario adecuado.

El Motivo de Consulta (MC) es la principal preocupación del paciente por lo cual visita al médico, y desde ese momento debe ser la principal preocupación del médico, que luego desarrollará en el Antecedente de la Enfermedad Actual (AEA). En el interrogatorio debe tratar de encontrar la causa de los síntomas, caracterizando los mismos, realizando una semiografía en forma cronológica, y traduciendo la respuesta del paciente al vocabulario médico.

En este relato se incluye todo lo referente al MC desde el comienzo de los síntomas hasta el momento del interrogatorio. Su redacción debe ser ordenada en la cual haya una introducción, un desarrollo y un cierre; en forma clara, legible, y profesional.

En la Anamnesis Sistémica y los Antecedentes Personales (AP) las preguntas están estandarizadas en un cuestionario de síntomas y antecedentes que muchas veces se realiza en forma rutinaria y automática. Sin embargo cada dato o molestia que aparezca es un problema a resolver por lo tanto debe investigarse en forma exhaustiva aunque el paciente no haya consultado por ese síntoma. Por ejemplo, si tiene un lunar que hace unos meses sangra, duele y tiene prurito puede ser tan o más importante que el síntoma que lo trajo a la consulta; o destacar en los AP que el paciente es un gran fumador o que no tiene un sueño reparador.

Hay que resaltar la notable importancia que tiene el realizar un buen interrogatorio y lograr cumplir con los objetivos de la Historia Clínica: ayudar a definir un diagnóstico, ser un instrumento médico que pueden utilizar otros

profesionales para resolver nuevas situaciones médicas, e incluso ser un instrumento legal ante la justicia.

Redactar las historias es una tarea que se va aceitando con el ejercicio. Los conocimientos y habilidades son integrados más claramente cuando se ponen en práctica. Es por ello que les aconsejamos la realización del mayor número posible de Historias Clínicas durante el cursado.

**Dra. Sandra Rojo**

## ARTÍCULO

# LA HISTORIA CLÍNICA

## Elogio de la anamnesis



Por Francisco Javier Barbado

### Introducción

A lo largo de casi medio siglo, una de mis pasiones ha sido la enseñanza a pie de cama, a estudiantes de Medicina y Médicos Residentes, de la elaboración de la historia clínica, revisando y corrigiendo miles de historias, haciendo hincapié sobre todo en la escucha del relato, el interrogatorio y la redacción ordenada de la historia de la vida del enfermo, con un juicio clínico diferencial. Para Rof Carballo la enseñanza es la vida misma de la medicina clínica ('Arbor,' noviembre 1952).

¿Qué es una historia clínica?: sencillamente el relato de los sucesivos encuentros entre dos personas, el médico y el enfermo ¿Cuál es la esencia del relato patográfico? Pues la anamnesis, lo que cuenta el enfermo, escucha y anota el médico durante el acto médico. El médico tiene que adentrarse en la biografía, en la unidad psicofísica del enfermo, es decir en su patografía.

Lain Entralgo ha escrito el libro más completo y erudito sobre la historia y teoría del relato patográfico ('La historia clínica', CSIC, 1950). Lain considera a los textos médicos más antiguos, como por ejemplo el papiro de Edwin Smith, como documentos con prehistorias clínicas. Las primeras historias bien caracterizadas de que tenemos noticia son las contenidas en el Corpus Hippocraticum. Es conocido que la llamada Colección Hipocrática es un conjunto de más de cincuenta tratados tradicionalmente atribuidos a Hipócrates de Cos, médico del siglo V a.n.e, aunque en realidad son de varios autores y de diferentes escuelas.

En realidad el inventor de la historia clínica fue Hipócrates con la descripción del sujeto, la enfermedad, el dintorno y el curso evolutivo.

### Terminología médica

La terminología médica actual es un sedimento histórico de la medicina científica e incluye desde términos de hace 25 siglos hasta los creados en fechas recientes (J M<sup>o</sup> López Pi-

ñero, 'Introducción a la terminología médica', 2005).

El vocablo clínica procede del griego (*kliniké, klíne*), perteneciente o relativo a cama, lecho del enfermo (M. A. Estévez, 'Etimología grecolatina', 2015). Para León Corral ('Clínica Propedéutica', 1916) significa el estudio de la patología a la cabecera del enfermo.

Propedéutica, -del griego *pró*, antes, *paldeutiké*, referente a la enseñanza, enseñanza preparatoria para el estudio de una disciplina-, clínica comprende la recogida de los síntomas y signos de los enfermos. Y la semiología, del griego *semeion*, signo, *logos*, razón, es la interpretación de estos síntomas y signos.

### La historia clínica: una vieja novedad

La historia clínica, de origen milenario e inalterable novedad de la tradición, todavía en el siglo XXI constituye el instrumento de trabajo fundamental del médico en el ejercicio de su profesión ('Importancia de la semiología en la era tecnológica', F.J. Laso, 2017).

El concepto de historia clínica en la práctica médica tiene tres acepciones: 1. como relato de hechos de un enfermo, 2. como documento, donde se registran los datos y 3. como archivo que contiene los documentos clínicos.

La historia clínica es pues un documento médico-legal y un registro y archivo de los datos del enfermo, pero para el clínico "que ve enfermos" es una narración, un relato

escrito o verbal, no solo de la enfermedad actual, sino de la biografía médica del enfermo, que puede incluir todos los aspectos humanos de la existencia.

Ahora que desaparece el papel en los hospitales he rescatado los



Don Carlos Jiménez Díaz, dibujo de Bernardo Olabarria.

**Las primeras historias bien caracterizadas de que tenemos noticia son las contenidas en el Corpus Hippocraticum**

impresos de la anamnesis de diversos centros históricos. Veamos una curiosa síntesis de su contenido:

1. Filiación y datos generales. Número de historia. Fecha de ingreso. Sala. Servicio. Profesor. Cama. Nombre y apellidos. Edad. Sexo. Naturaleza o estado civil. Lugar de nacimiento. Residencia o domicilio habitual. Profesión. Condiciones laborales. Alimentación. Vivienda. Clima local.

2. Anamnesis Antecedentes familiares o historia familiar: padres, abuelos, hermanos, hijos. Enfermedades hereditarias.

Antecedentes personales o historia personal: nacimiento y desarrollo, enfermedades de la infancia, historia de alergias.

Sedentarismo, deportes, hábitos (tabaco, alcohol, otros), viajes, animales domésticos, vida sexual, enfermedades de transmisión sexual.

Enfermedades previas: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, tuberculosis, neoplasias. Intervenciones quirúrgicas.

Enfermedad actual.

Motivo de consulta. Ingresó para tratarse de...

¿Qué le pasa? ¿Desde cuándo? ¿A qué lo atribuye?

Enfermedad actual: comienzo e historia.

Anamnesis por aparatos y sistemas: respiratorio, circulatorio, digestivo, urinario, locomotor y sistema nervioso.

3. Exploración o examen físico

4. Estudios complementarios

5. Juicio clínico

6. Diagnóstico final

7. Tratamiento

8. Curso clínico o evolutivo

¿Cómo debe ser la historia clínica clásica? Pues tenemos una respuesta de catecismo (M<sup>o</sup> T Criado, 'Medicina Clínica', 1999): debe ser completa, ordenada y actualizada, inteligible o legible y comprensible, rectificada y aclarada cuando sea necesario, veraz, confidencial, con el nombre y firma del médico historiador y con adecuado soporte documental (papel, electrónico).

¿Cuántas funciones generales tiene de la historia clínica? Siete: asistencial, docente, investigadora, jurídico-legal, epidemiológica, control de calidad y administrativa o de gestión.

#### Un relato de la vida

Lain describe a la historia clínica como el relato de un fragmento de la vida humana, concretamente un relato patográfico. Considera al médico como un patógrafo que hace una narración empírica de la vida del enfermo, una biografía patológica. Esta sugestiva perspectiva trata de comprender al enfermo en su totalidad y es similar a la definición oficial de la Medicina Interna: la visión global y unitaria de la persona enferma (Sociedad Española de Medicina Interna, 2017).

Para Rozman y Cardellach ("Compendio de anamnesis y exploración física", 2014), autores del "Farreras-Rozman", el tratado de Medicina Interna más prestigioso de España e Hispanoamérica, la historia clínica debe entenderse desde un ámbito integral biopsicosocial, es decir no se deben recoger solo los síntomas subjetivos del enfermo, sino también las características psíquicas, las circunstancias personales y sociales, los aspectos del entorno familiar y laboral del enfermo.

Sin embargo, existe un choque entre esta visión global y unitaria de la vida biológica y la vida personal del enfermo con los recursos económicos limitados que tienen administradores y gestores. Hace algunos años, un director médico en una reunión para evaluar resultados y objetivos anuales, me reprochó: ¡No haga usted Medicina holística, más enfermos nuevos y menos revisiones!

#### Apología de la anamnesis

La anamnesis según su significado etimológico, del griego *aná*, otra vez, de nuevo, *mnes*, recordar, *mnestis*, recuerdo, es volver a recordar, a conmemorar de nuevo.

La anamnesis es la primera parte de la historia clínica e imprescindible para una orientación diagnóstica inicial. Es el método clínico básico y fundamental, con la recogida de informaciones, datos y noticias, de una persona enferma sobre la relación de su historia familiar, antecedentes personales, dintorno o perístasis, con la enfermedad actual, y resulta esencial para una amistosa e íntima relación del médico con su enfermo. Para Rozman, referente actual de la medicina clínica, la anamnesis constituye la primera e importantísima fase del proceso

diagnóstico y que nunca podrá ser sustituida por el ordenador; además su calidad determinará en gran medida la eficacia del acto profesional. En mi opinión el secreto de la relación entre el médico y su enfermo es preocuparse íntimamente por él.

La herramienta esencial de la anamnesis es el diálogo, la conversación, escuchar e interrogar en un clima de confianza. El relato recogido tiene que tener una ilación, ordenado en el tiempo - la patocronía- y como exigía el profesor Pallardo en sus inolvidables clases de Semiología en la Universidad Central de Madrid: ¡pulcritud gramatical y elegancia de estilo!, hoy entonadas en el sobrado del tiempo.

#### Los primeros minutos de la entrevista clínica

La anamnesis es la piedra angular de la medicina humanizada. El médico ocupa una relación única y privilegiada en sus relaciones con el enfermo ya que éste le revela los detalles de su vida privada.

La actitud del médico amerita simpatía, paciencia, calor humano, exactitud en el pensamiento y en la expresión. El enfermo, por encima de todo, desea que el médico le inspire confianza y proporcione alivio tanto a sus angustias como a sus dolores y molestias y el médico debe tener lo que Rof llama el hábito de humanidad.

Es imprescindible saludar al enfermo y presentarse de forma clara y respetuosa. Se debe llevar tarjeta de identificación. Una sonrisa amable facilita el comienzo de la entrevista. Dirigirse al enfermo por su nombre y si procede cogerle la mano. Evitar el tuteo. La actitud en suma debe ser de comprensión y complicidad, con expresiones de interés, ánimo y empatía.

Rozman y Cardellach llegan a recomendar en su libro sobre la anamnesis, curiosamente como si fuera un pequeño manual de urbanidad, el modo de vestir del médico: se desaconseja el pantalón corto, el zapato no tapado, los escotes demasiado pronunciados, el pelo largo no recogido, la abundancia de joyas en dedos de las manos, muñecas,

### Lain describe a la historia clínica como el relato de un fragmento de la vida humana, concretamente un relato patográfico

### La herramienta esencial de la anamnesis es el diálogo, la conversación, escuchar e interrogar en un clima de confianza



Don Gregorio Marañón retratado por Zuloaga.

cuello y orejas. Recomiendan la manga corta o la manga larga arremangada porque facilita el lavado de manos tras cualquier contacto físico con el enfermo.

El inicio de la entrevista es la oportunidad de observar al enfermo, no solo en su aspecto físico, sino también en sus actitudes. En este primer contacto se debe conseguir un clima de confianza que es garantía de una correcta anamnesis. Nunca se insistirá lo suficiente en que únicamente desde la confianza el enfermo se sentirá escuchado y atendido lo que beneficia un diálogo sincero que aporta información completa.

El relato del enfermo: desde el "escuchatorio" al interrogatorio

Para los médicos jóvenes audaces el enfermo debe ser "interrogado" con el orden rígido de un casillero o un protocolo sobre los síntomas de sus problemas de salud.

El enfermo al inicio de la anamnesis debe contar su propia historia de la enfermedad. La escucha del médico es activa, pero sin interrumpir al enfermo a los pocos segundos del inicio. Se pueden obtener datos valiosos como las inflexiones de la voz, la expresión facial, y los gestos, es decir el llamado lenguaje corporal. Sin duda, la anamnesis debe ser dirigida, modulada, centrada y con pausas esclarecedoras y de confirmación, pero sin interrupciones inoportunas, tratando de confirmar sin sugerir nada. ¡Cuidado! hoy el contacto visual, la mirada al enfermo, tiende a desaparecer por la intrusión de ordenadores, tabletas electrónicas y teléfonos móviles.

El médico internista y escritor argentino Carlos Presman (Letra de médico, 2015) propone reemplazar

el interrogatorio sistemático por lo que llama de forma expresiva el "escuchatorio" para poder recuperar la historia de vida espontánea de la persona enferma. Hace más de medio siglo, don Carlos Jiménez Díaz ya sugería que antes de la inspección, palpación, percusión, auscultación, el médico ha de efectuar la "escuchación". En su libro Los métodos de exploración clínica

El médico explorando a su enfermo (1954), tan fascinante como olvidado, recomienda el tiempo y esfuerzo necesario para sentarse a escuchar con calma el relato del enfermo. Curiosamente la popular locutora de RNE Pepa Fernández en su programa Hoy no es un día cualquiera llama escuchantes a su audiencia.

Es un lugar común para los médicos la llamada Medicina de la silla de don Gregorio Marañón. Cuando le preguntaron cuál era el mayor avance tecnológico, contestó: la silla. Es decir, el médico tiene que escuchar sentado, con atención, explorar y hablar con el enfermo personalmente, frente a frente.

Borrel i Carrió (Manual de entrevista clínica, 1992) destaca la

ARTÍCULO

necesidad durante la escucha de habilidades psicomotoras porque el enfermo tiene la esperanza de que nuestro rostro y nuestra mirada experimente cambios de acuerdo con su relato. Y además el estado mental del médico tiene que ser de serenidad, concentración e interés genuino por el enfermo.

Cuando el enfermo concluye la descarga inmediata de su relato comienzan las preguntas dirigidas. El interrogatorio no es un frío cuestionario ni un protocolo para todos los enfermos a rellenar por el médico. El vocablo interrogatorio es largo y cacofónico, hoy políticamente sospechoso al asociarse al laberinto de fiscales, jueces e imputados. Preguntar es un arte, indagar la realidad, el "ver en lo que es" de Stendhal no se aprende en los libros, es fruto de la experiencia, conocimientos y hábitos del clínico.

¿Dónde está el peligro? En que las Innovaciones tecnológicas -la llamada "colonización tecnológica", la pasión por las técnicas de diagnóstico por la imagen - puede originar por desuso atrofia de las habilidades clínicas para escuchar, interrogar, explorar y emitir un juicio clínico (F.J. Laso, 2017)

Presman afirma que la historia clínica y el examen físico detallados están en vías de desaparición y que los médicos nos hemos ido transformando en lectores de resultados de laboratorio y métodos complementarios de diagnóstico. La precisa y eficaz tecnología pareciera reemplazar al razonamiento clínico. Pero, se pregunta Presman con cierto sarcasmo, ¿quiénes son los "complementarios", los métodos de diagnóstico o los médicos? Podríamos decir que se está produciendo un desplazamiento en la relación médico enfermo a otro vínculo que podríamos llamar "tecnología-enfermedad" y que entre nosotros, Laso ha llamado relación de "aparato-objeto".

**Importancia del peso de la anamnesis**

Mi entusiasmo y alabanza de la anamnesis surge de la experiencia de hacer, leer y revisar miles de historias clínicas, subrayándolas con un bolígrafo rojo, de los enfermos hospitalizados y los vistos en la consulta externa de medicina interna. Además, todos los jueves he dado prácticas de semiología clínica a los alumnos de Patología General, que consistían fundamentalmente en ¡hacer historias! Cuando un alumno me preguntaba ¿Cómo se aprende a hacer historias clínicas? Pues haciéndolas, contestaba.

Un familiar de una alumna de tercero de Medicina me reprochó que no la hubiera enseñado a tomar la tensión arterial, sin embargo desconocía que la alumna se había iniciado en la habilidad, mucho más difícil e importante, de hacer bien una historia clínica.

La anamnesis es, sin duda, la piedra angular para el establecimiento de un juicio clínico diagnóstico, ha resistido el paso del tiempo y los avances tecnológicos de todas las épocas. No se trata solo de la añoranza de las voces o ecos del pasado del saber tradicional. En el 80% de los enfermos ambulatorios de atención primaria se puede establecer el diagnóstico sobre la base de los datos obtenidos por la anamnesis y en la consulta de medicina interna llega hasta el 65%.

**Los médicos y las máquinas de diagnosticar**

En la Inteligencia artificial masiva que viene el diagnóstico médico será establecido por los robots hechos por ingenieros, físicos e informáticos. Geoffrey Hinton, catedrático de Ciencias de la Computación predice que un ordenador programado para computarse como una red de neuronas cerebrales -red neuronal artificial-, mediante el "aprendizaje profundo", tendrá un efecto revolucionario en la asistencia sanitaria.

El escritor Luisgé Martín (El País Semanal, 10-4-2016) nos invita de forma efusiva a leer el libro del doctor Ignacio Riesgo "¿Médicos o robots? La Medicina que viene" (2015). Es posible que gran parte del trabajo que hoy realizan los médicos podrá ser sustituido por máquinas y por otros profesionales, pero lo que nunca dejará de hacer el médico es la llamada medicina narrativa, la elaboración de un relato sobre la vida del enfermo. En la Medicina del futuro, afirma Riesgo, cambiará casi todo, solo la relación médico enfermo seguirá inalterada, la labor de comunicación del médico no es sustituible por ninguna máquina, ni ahora ni nunca.

**En el 80% de los enfermos ambulatorios de atención primaria se puede establecer el diagnóstico con los datos obtenidos por la anamnesis**

**Lo que nunca dejará de hacer el médico es la llamada medicina narrativa, la elaboración de un relato sobre la vida del enfermo**

que tuviera el paciente se abría el menú de posibilidades diagnósticas y terapéuticas. Uno ingresaba en la máquina, se acostaba en la camilla y entraba al tubo que realizaba una resonancia magnética nuclear corporal total de alta definición y de forma simultánea la máquina extraía muestras de sangre para todos los datos, incluido el estudio del genoma para enfermedades hereditarias. A la salida había que retirar el diagnóstico, tratamiento y la fecha para el nuevo control. Lo único que no hacía el DIAGNOSTAT era escuchar. El cuento termina con un enfermo que no pudo entrar al aparato por una crisis de pánico y gritó : ¡ Un médico que me atiende, por favor!

**Epícrisis**

Lo cierto es que todas las generaciones aquejan que sus alumnos o médicos jóvenes han abandonado el método o razonamiento clínico por los sucesivos avances tecnológicos de cada época.

Pero es difícil mantener la tradición con los cambios científicos, sociales y organizativos que no cesan. La pesada carga de escribir una historia clínica, como exigía Marañón según detalla su discípulo Martínez Gómez-Gordo, era dos o tres horas de un minucioso trabajo de escucha, interrogatorio y exploración.

Lain en la última edición de su Historia clínica (Triacastela, 1998) afirma que necesariamente los espectaculares avances tecnológicos y la masificación impuesta por la ineludible e irreversible socialización de la medicina han traído consigo la devaluación del relato patográfico.

A pesar del discurso de este artículo todavía nos resulta inquietante la pregunta ¿serán la anamnesis y la exploración física especies en extinción?

Francisco Javier Barbado Hernández es ex Jefe de Sección de Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz y ex Profesor Asociado de la Universidad Autónoma de Madrid.

**Historia Clínica (ANAMNESIS)**

MINISTERIO DE SANIDAD  
INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE: Sr. MARTÍN DE LA SERRA DE LA SERRA "LA SERRA" M. A. R. T. I. N. Historia nº: Fecha:

Edad: Sexo: Estado: Profesión:

Diagnóstico provisional:  
Final:  
Comprobación:

Ingeniería para trasero de:

Historia familiar:

Historia personal:

Enfermedad actual o motivo de consulta:

**HOSPITAL ANAMNESIS**

Nombre: 1ª Apellido: 2ª Apellido:

Fecha de nacimiento: Sexo:

RESUMEN POR EL: RESUMEN ANAMNESIS: SIGNOS: NOTA:

Hospital La Paz, modelo de los años 70 y actual para la anamnesis.

En un cuento prodigioso Presman nos presenta a la máquina DIAGNOSTAT 2050, la revolución sanitaria del siglo XXI. Veamos algunos párrafos. El uso era sencillo: se pasaba la tarjeta de crédito como en un cajero automático y según el saldo