

Anamnesis

Luis José Ramírez Osorto,
Brescia Naomi Rivera Figueroa

Resumen

La Historia Clínica (HC) es considerada como el documento más importante del enfermo. Juega un importante papel en la formación del alumnado, como la disciplina más doctrinal y con mayor proyección formativa. Es un documento médico legal donde son recolectados todos los aspectos relacionados con el proceso salud-enfermedad de un paciente específico; y son utilizadas en los servicios de salud en los tres niveles de atención médica, con sus respectivas particularidades. La realización de la historia clínica o anamnesis es la principal herramienta diagnóstica de un médico. La anamnesis se realiza en una sola entrevista. La anamnesis debe tener un orden, en especial para evitar olvidos u omisiones. Es el documento que refleja el quehacer del profesional

Palabras clave:

Paciente; Médico; Registros Médicos.

OBJETIVOS DEL CAPÍTULO:

- Describir las características generales de la anamnesis.
- Conocer la importancia de un orden establecido en una anamnesis.
- Categorizar los apartados de una Anamnesis.
- Ejemplificar la importancia de cada uno de los apartados de la historia clínica.

CÓMO CITAR

Ramírez Osorto, L. J., y Rivera Figueroa, B. N. (2024). Anamnesis. En L. J. Ramírez Osorto, F. J. Caceres Carranza, G. H. Ramos Baca, K. J. Ávila Godoy, R. D. Suazo Barahona, G. R. Oliva Hernández, G. S. Henríquez Pérez, y N. D. Zelaya Sorto (Eds). *Manual esencial de fisiopatología y farmacología. Tomo I.* (pp. 27-41). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.177.c213>



INTRODUCCIÓN

La Historia Clínica (HC) tiene sus orígenes desde que Thomas Sydenham, el Hipócrates inglés, sentó las bases de la medicina clínica, es decir, el estudio de los síntomas y de los signos mediante un método empírico y de observación. Es considerada como el elemento más importante después del enfermo, que juega un importante papel en la formación del personal de salud, como la disciplina más doctrinal y con mayor proyección formativa.¹

La historia clínica individual, también conocida como expediente clínico, es un documento médico legal donde son recolectados todos los aspectos relacionados con el proceso salud-enfermedad de un paciente específico; y son utilizadas en los servicios de salud en los tres niveles de atención médica, con sus respectivas particularidades. Este documento, de carácter asistencial, ético y medicolegal, brinda la clave principal del diagnóstico de cualquier enfermedad y además orienta hacia la verdadera causa de la lesión una vez encontrada.²

[RECUERDA]

La Historia Clínica es un documento:

- Médico
- Legal
- Humano
- Ético
- Económico
- Científico

ANTECEDENTES

Hipócrates, fue el personaje histórico que lideró la posibilidad de que la medicina fuera una profesión, lo que generó toda una revolución en el ejercicio médico. En este orden de ideas, y como consecuencia de su labor, dicho doctrinante apoyó el inicio del proceso de contextualización de los principios básicos de lo que se entiende en la actualidad como historia clínica.

Los antecedentes del manuscrito de la historia clínica se han visto reflejados desde la época griega. Según Fombella y Cerejio, la noción de historia clínica

se desarrolló desde que hubo las primeras epidemias. Años después, y concretamente en la etapa del renacimiento, la historia clínica, recibe el nombre de observatio, el cual es perfeccionado por Sydenham, quien ha sido considerado como el Hipócrates inglés del siglo XVIII.²

Para el efecto, Sydenham agregó el método anatomoclínico a la historia clínica, generando con el devenir de los años, y concretamente para los siglos XX y XXI, la exigencia en su elaboración en todas las instituciones de salud.

Continuando con lo referido por Fombella y Cerejio, a medida que van pasando los años, se van perfeccionando las habilidades, como por ejemplo: técnicas semiológicas donde se empieza a usar la percusión, auscultación, uso del termómetro, entre otros, buscando con ello, una descripción más específica que permitiera establecer un diagnóstico.

IMPORTANCIA

La realización de la historia clínica o anamnesis es la principal herramienta diagnóstica de un médico. Para la correcta realización de la historia clínica se requieren fundamentalmente dos requisitos:

- ▶ Que se realice de manera estructurada.
- ▶ Tener conocimientos adecuados para dirigir el interrogatorio de manera certera.³

El objetivo de realizar una historia clínica es recopilar información del estado médico del paciente en aras de ayudar al enfermo y a la vez, se constituye en un documento que permite dar una constancia legal de la situación médica del paciente.²

La historia clínica establece el relato patográfico o biografía patológica del paciente, es decir que en ella se expresará la relación médico-paciente, por lo que le permite tener un valor fundamental, tanto en el ámbito clínico como también a la hora de juzgar las acciones de los profesionales de la medicina. Por ello, la ausencia o deficiencia de la historia clínica, produce una presunción en contra de los médicos que trataron al paciente.⁶

ESTRUCTURA DE LA HISTORIA CLÍNICA

I. Anamnesis

La anamnesis se realiza en una sola entrevista.⁸ Esta es la indagación por medio de preguntas acerca de las características de la enfermedad y de los antecedentes del paciente.⁹ Es obligatorio que la realice el médico, ya que constituye la base real de su relación médico paciente.

La anamnesis debe tener un orden, en especial para evitar olvidos u omisiones, pero es conveniente que, si el paciente recuerda algo fuera de este orden, se le escuche con atención.¹⁰

Es recomendable que este primer contacto se realice en un ambiente tranquilo, sin ruidos ni posibilidad de interrupciones. Se puede elaborar un borrador de historia y luego una historia definitiva con todos los datos recabados. Los datos positivos tienen mayor importancia que los negativos, en el sentido de que señalan una situación concreta que puede estar relacionada con la enfermedad actual.¹⁰

En la redacción es de buena práctica no emplear el lenguaje del paciente, sino el de la medicina, que cuenta con un riquísimo vocabulario; sin embargo, este lenguaje técnico no debe trasladarse al diálogo con el paciente.¹¹

Por otro lado, no debe aceptarse sin más la causa de los fenómenos descritos por el enfermo.¹⁰ También, la anamnesis se basa en hechos reales y describe las situaciones de salud como son y no como el médico quisiera que fueran, libre de especulaciones¹².

CONCEPTOS IMPORTANTES

Semiología: es la rama de la medicina que se ocupa de la identificación de las diversas manifestaciones de enfermedad. Está dividida en dos grandes partes, la semiotecnia (técnica de la búsqueda del signo) y la clínica propedéutica (enseñanza preparatoria destinada a reunir e interpretar los signos y síntomas para llegar al diagnóstico)⁷

Síntoma: es la manifestación subjetiva de la enfermedad, es decir, la percibida exclusivamente por el paciente y que el médico puede descubrir sólo por el interrogatorio. Son ejemplos: el dolor y la disnea.⁷

Signo: es una manifestación objetiva de la enfermedad, descubierta por el médico mediante el examen físico (petequia, esplenomegalia, soplo cardíaco) o los métodos complementarios de diagnóstico (hiperglucemia, nódulo pulmonar). Algunos signos pueden ser percibidos por el paciente y transformarse en un motivo de consulta.⁷

Síndrome: es un conjunto de síntomas y signos relacionados entre sí, es decir, que tienen una fisiopatología común y que obedecen a diferentes etiologías. Cuando un conjunto de síntomas y signos obedece a una sola causa, se constituye una enfermedad.⁷

Patognomónico: se denomina así a un síntoma o signo específicamente distintivo o característico de una enfermedad y que por lo tanto basta por sí solo para establecer el diagnóstico. Esto implicaría una sensibilidad y una especificidad del 100%, es decir la ausencia de falsos positivos y negativos prácticamente imposible en medicina.⁷

Enfermedad: Es el conjunto de signos y síntomas con una misma evolución procedente de una misma causa.⁷

a. Datos generales

En este apartado se colocan los datos que identifican al paciente, desde un punto de vista civil.¹³ Estos datos también deben servir para el mejor conocimiento del paciente y de la enfermedad.

Así el nombre y la nacionalidad pueden orientar su origen étnico; el sexo y la edad, hacia las distintas posibilidades patológicas dependientes de estos factores; el domicilio, sobre la patología geográfica; la ocupación, sobre las enfermedades vinculadas con el trabajo.¹⁰

1. Apellidos y nombres: Identifica e individualiza al paciente y es útil para la oficina de archivo del establecimiento de salud.¹⁴

2. Dirección: Es para dar información o noticias a la familia o para poder conocer el domicilio de algunos pacientes que quedan abandonados en los hospitales.¹²

3. Teléfono: Ha remplazado parcialmente al domicilio ya que es un medio de comunicación rápido para dar noticias.¹⁴

4. Sexo: Se coloca masculino o femenino, porque es común nombres ambiguos o nombres que se pueden usar en ambos sexos. Además, hay enfermedades de acuerdo con el sexo de la persona. Ejemplo: En la mujer es más frecuente litiasis biliar, hipertiroidismo, lupus eritematoso sistémico, anemia ferropénica, artritis reumatoide, etc. En el varón es más frecuente el cáncer gástrico y pulmonar, las hemofilias, el infarto cardíaco, la cirrosis hepática, etc.¹⁴

5. Edad: Es importante porque algunas enfermedades son más frecuentes de acuerdo con la edad cronológica. Ejemplo: En el recién nacido, son más frecuentes las enfermedades congénitas, trastornos gastrointestinales y respiratorios agudos. En la infancia, predominan las enfermedades infectocontagiosas. En el adulto, predominan las enfermedades crónicas, acompañada de enfermedades con trastornos metabólicos y las neoplasias en general se presentan en esta edad. En la vejez, son altamente vulnerables a las infecciones y se presentan trastornos mentales.¹⁴

6. Nivel Educativo: Es importante porque de acuerdo con el grado de instrucción la persona podrá entender la explicación del personal de salud.¹⁴

7. Idioma: Es posible que llegue un paciente que habla otro idioma por ejemplo inglés, francés, misquito o garífuna, recordemos que el idioma universal son los gestos. En caso de no poder comunicarnos busquemos un interlocutor.¹⁴

8. Lugar de nacimiento: Es importante porque algunas enfermedades se dan por el lugar de origen del paciente.¹⁴

9. Lugar de residencia habitual: Hay patologías propias de la región o país de donde procedemos.¹⁴

10. Lugar de procedencia: Es nuestra residencia en los últimos 6 meses. Es porque podemos adquirir la enfermedad en la zona de dónde veimos y se manifiesta en otro lugar (Periodo de incubación).¹⁴

11. Nacionalidad: Hay patologías endémicas de ciertas naciones. Ejemplo: Perú es un país endémico de tuberculosis, lepra en países africanos, leishmaniasis visceral de Asia, Honduras de Dengue.¹⁴

12. Estado Civil: Se refiere a la condición civil del paciente, puede ser soltero, casado, viudo, divorciado, separado o unión libre; es para saber a quién o quiénes se debe informar y acerca de seguridad y protección familiar. Ejemplo: Mujer gestante casada o unión libre es diferente a gestante soltera.¹⁴

13. Ocupación: Es el tipo de trabajo que el paciente realiza diariamente o la exposición a diferentes agentes que pueden influenciar en su salud. Ejemplo: Si uno es chofer y su actividad es manejar un carro por muchas horas diarias es muy posible que padezca de enfermedades de infección urinaria, lumbalgia o dorsalgia y otras enfermedades relacionadas.¹⁴

14. Religión: Es importante porque algunas religiones no consumen ciertos alimentos, otras no permiten la transfusión sanguínea. Ejemplo: Los testigos de Jehová no permiten la transfusión sanguínea.¹⁴

15. Informante: Saber quién brindó la información de la historia clínica, que puede ser el paciente o un familiar o ambos, cuando la brinda el paciente se dice que es directa, cuando lo hace el familiar es indirecta, cuando lo hacen ambos es mixta.¹⁴

16. Fecha de Ingreso: Por los hallazgos, ya que pueden diferir de los hallados en el ingreso y la fecha de la historia clínica.¹⁴

17. Fecha y hora de elaboración de la historia clínica: Se hace por los hallazgos que encontraremos, que pueden diferir del estado del paciente horas después o días después.¹⁴

B. Motivo de consulta

En este apartado debe consignarse el motivo o motivos por los que el paciente acude a consulta. Se trata, por lo tanto, de pacientes que manifiestan algún síntoma y/o signo.

Este es el único apartado de toda la historia clínica en el que se puede utilizar con el léxico del paciente, por ende, se trata de plasmar las palabras exactas que el paciente expresa siempre y cuando se escriba entre comillas.

C. Síntoma principal

Se debe tener en cuenta que los síntomas o signos que el paciente refiere como queja principal no siempre coinciden con el síntoma principal.

En este apartado se colocan aquellos síntomas o signos que logren orientar a un diagnóstico probable. Esto se logra con la capacidad de análisis del médico tratante.¹⁵ Por lo general, se debe escribir de uno a tres síntomas o signos, esto con tal de no generar una saturación de palabras en este apartado.

A diferencia del apartado de motivo de consulta, no se plantea con el léxico del paciente sino con un lenguaje más técnico que posee el médico, cabe destacar también que al escribir el síntoma principal no será solo la traducción del motivo de consulta, sino que estará dado por el análisis profesional y técnico del médico para poder evaluar y determinar el o los síntomas principales por los que acude el paciente.

DATOS GENERALES



1	Nombre: Esmeralda Rodríguez	9,10	Residencia actual: Aldea El Chimbo
2	Dirección: Aldea El Chimbo	11	Nacionalidad: hondureña
3	Teléfono: +504 0000-0000	12	Estado civil: unión libre
4	Género: Femenino	13	Ocupación: ama de casa
5	Edad: 43 años	14	Religión: católica
6	Escolaridad: primaria incompleta	15	Informante: esposo (Juan Pérez)
7	Idioma: Español	16	Fecha de ingreso: 12/5/2020
8	Lugar y Fecha de Nacimiento: 19/1974; Tegucigalpa, MDC. FM	17	Hora de la HC: 16:00 horas

[RECUERDA]

Son características del síntoma principal:

- Son de 1-3 signos o síntomas.
- Escritos en lenguaje técnico.
- Son elegidos por el médico o la persona que elabora la historia clínica.
- Deben orientar el diagnóstico.

D. Historia de la enfermedad actual (HEA)

Este apartado de la anamnesis es un relato completo, claro y cronológico de los problemas que motivan la solicitud de atención del paciente. El relato debe incluir el inicio del problema, el contexto en que apareció, sus manifestaciones y posibles tratamientos.¹⁶

En la enfermedad actual se recomienda la redacción precisa de todo el padecimiento del paciente, comenzando con las primeras manifestaciones.¹⁷

Se toma nota de los datos, dejando que el enfermo exponga libremente, sin interrupciones, los acontecimientos tal cual los ha vivido. Luego se realiza un interrogatorio dirigido con el fin de ordenar y completar la exposición.¹⁸

Debe describirse dicho síntoma o síntomas, procurando seguir orden en su evolución, su intensidad, frecuencia y reflejando síntomas o signos acompañantes.²

A	Antigüedad
L	Localización
I	Intensidad
C	Carácter
I	Irradiación
A	Atenuantes, Agravantes
FRE	Frecuencia
DU	Durabilidad
SA	Síntomas Acompañantes
	Horario

E. Funciones orgánicas generales (FOG)

Este apartado comprende las necesidades básicas de todo ser humano. Estas son el apetito, sed, sueño, micción y defecación; en algunos casos se toma también en consideración el peso. La forma ideal para saber si estas funciones han sido afectadas, es preguntar si han sufrido cambios durante la enfermedad. En este caso, se preguntará cómo se presentaban antes de la enfermedad, para poder comparar y verificar si han sufrido cambios en el transcurso de la enfermedad, tal como se muestra en el cuadro 1-1.

Por ejemplo, no será lo mismo un paciente que miccionaba de tres a cuatro veces por día, a que ya solo lo haga una vez al día. Para lograr dicha comparación se debe tener en cuenta ciertas medidas, como las veces que come al día, cantidad de horas de sueño o vasos de agua que ingiere, o en casos excepcionales, una pérdida de peso muy drástica sin actividad física considerable que nos indique que sea anormal.

CUADRO 1-1 FUNCIONES ORGÁNICAS GENERALES			
FOG	Antes de la Enfermedad	Durante la Enfermedad	Relación
Apetito	3 veces/día	5 veces/día	Aumentada
Sed	8 vasos/día	3 vasos/día	Disminuida
Sueño	8 horas/día	5 horas/día	Disminuida
Micción	4 a 5 veces/día	4 a 5 veces/ día	Igual
Defecación	1 vez/día	1 a 2 veces/día	Aumentada

Se suele establecer un cuadro comparativo de todas estas funciones orgánicas, para observar mejor si estas permanecen igual durante la enfermedad o si aumentan o disminuyen en el transcurso de esta.

F. Interrogatorio por órganos, aparatos y sistemas (IOAS)

En la revisión por sistemas se resumen todos los síntomas que pueden haber sido pasados por alto en la historia de la enfermedad actual o en la historia médica.²⁴ Al revisar la lista de síntomas posibles de una forma ordenada, el entrevistador puede evaluar específicamente cada sistema y descubrir síntomas adicionales de enfermedades «no relacionadas» que todavía no han sido discutidas.²⁵ La mejor forma de realizar la revisión por sistemas es desde la cabeza hacia las extremidades.²⁶ Las preguntas a un signo o síntoma específico se responden con «sí» o «no» por parte del paciente; si la respuesta es afirmativa, se deben formular más preguntas directas.

El entrevistador no necesita repetir las preguntas que ya hayan sido respondidas, a no ser que sea necesario aclarar algún dato.²⁵

A continuación, se expone la revisión por sistemas, donde se enumeran las preguntas que deben ser formuladas a todos los pacientes. Las preguntas deben ser comprensibles para el paciente.²⁵

G. Antecedentes personales

Patológicos

Se debe tener presente, cuando se investigan estos antecedentes, que el hombre tiende a olvidar los hechos desagradables de su pasado. Las enfermedades forman parte de los hechos negativos y hay una tendencia natural a no recordarlas. Esto significa que la anamnesis debe ser cuidadosa y repetida.¹⁰

Para establecer la posibilidad de enfermedades, conviene preguntar cuándo se han realizado consultas médicas, o bien si hubo alguna internación y la causa que la motivó.¹⁰

Para llevar un orden lógico y reducir al máximo omisiones y/u olvidos, estos antecedentes se dividen en:¹⁰

- Enfermedades de la infancia.
- Enfermedades médicas o del adulto.
- Antecedentes alérgicos.
- Antecedentes hospitalarios, quirúrgicos y traumáticos.

IOAS

General²⁵

Estado habitual de salud
Fiebre
Escalofríos
Peso habitual
Cambios de peso
Debilidad
Fatiga
Sudoración
Intolerancia al frío o al calor
Tendencia hemorrágica
Exposición a radiación

Piel²⁵

Exantemas
Prurito
Habones
Hematomas
Eczema
Sequedad
Cambios en el color
Textura del pelo
Textura de las uñas
Aspecto de las uñas
Masas
Uso de colorantes capilares

Cabeza²⁵

«Mareo»
Cefalea
Dolor
Desvanecimiento
Traumatismo cefálico
Ictus
Presencia de Ectoparásitos

Ojos²⁵

Uso de gafas
Visión actual
Cambios en la visión
Visión doble
Lagrimeo excesivo
Dolor
Fotofobia
Sensaciones inusuales
Enrojecimiento
Secreción
Lesiones

Oídos²⁵

Déficit auditivo
Uso de audífonos
Secreción
«Vértigo»
Dolor
Ruidos en los oídos
Irritación

Nariz²⁵

Hemorragias nasales
Secreción
Resfriado
Obstrucción nasal
Lesiones
Infecciones sinusales
Fiebre del heno

Boca y garganta²⁵

Estado de la dentadura
Halitosis
Sangrado de encías
Faringitis
Sensación de ardor lingual
Cambios de voz

Cuello²⁵

Masas
Bocio
Dolor con el movimiento
Inflamación
Problemas tiroideos
Tumefacción

Tórax²⁵

Tos
Dolor
Disnea
Expectoración
Hemoptisis
Cianosis
Corazón²⁵
Dolor torácico
Palpitaciones
Disnea de esfuerzo
Disnea de reposo
Disnea paroxística nocturna
Dolor con la deambulación
Edema de miembros inferiores
Venas varicosas
Tromboflebitis
Frialdad en extremidades

Gastrointestinal²⁵

Apetito
Sed excesiva
Náuseas
Deglución
Estreñimiento
Diarrea
Ardor de estómago
Vómitos
Dolor abdominal
Color de las heces
Consistencia de las heces
Frecuencia de las deposiciones
Hematemesis
Hematoquecia
Melena
Eructos excesivos
Intolerancia alimentaria
Distensión abdominal
Ictericia
Dolor rectal

Urinario²⁵

Dificultar para iniciar el chorro miccional
Incontinencia
Micción excesiva
Dolor al orinar
Sensación de ardor
Sangre en la orina
Enuresis

Nicturia

Color de la orina
Olor de la orina

Genitales masculinos²⁵

Lesiones peneanas
Secreción
Disfunción eréctil
Dolor
Masas escrotales
Hernias
Frecuencia de las relaciones sexuales
Capacidad para disfrutar de las relaciones sexuales
Problemas de fertilidad
Problemas prostéticos

Genitales femeninos²⁵

Lesiones en los genitales externos
Prurito
Secreción
Dolor durante el coito
Frecuencia de relaciones sexuales
Capacidad para disfrutar de las relaciones sexuales
Problemas de fertilidad
Cantidad de flujo menstrual
Hemorragias entre menstruaciones
Dolor menstrual
Síntomas menopáusicos
Hemorragia posmenopáusica
Mamas
Masas
Secreción
Dolor
Autoexploraciones
Musculoquelético²⁵
Debilidad
Parálisis
Rigidez muscular
Limitación de movimientos
Dolor articular
Rigidez articular
Problemas de espalda
Calambres musculares

Neurológico²⁵

Mareo
Vértigo
Pérdida del conocimiento
Parálisis
Hormigueo
Sensación de quemazón
Temblores
Pérdida de memoria
Cambios del estado de ánimo
Nerviosismo
Trastornos del habla
Marcha inestable
Cambios de la conducta general
Pérdida de consciencia
Alucinaciones
Desorientación

1. Enfermedades de la infancia

Son las más difíciles de recordar y puede ser muy útil la presencia de algún familiar mayor del paciente para obviar los olvidos. Su antecedente es importante por las secuelas posibles; así, el sarampión puede determinar la aparición de bronquiectasias; la parotiditis, en su localización pancreática diabetes insulino dependiente, y en su localización genital problemas en la fertilidad. La rubéola se debe investigar en las mujeres, ya que, si no fue padecida, es de buena práctica la vacunación antes de la edad fértil, dado que esta enfermedad puede provocar malformaciones graves al feto si se presenta durante el embarazo.¹⁰

En las personas jóvenes que han sido vacunadas contra la mayoría de estas enfermedades, es lógico que estas no se hayan padecido. En tales casos, se debe averiguar si se completaron todas las dosis necesarias para una inmunidad sostenida.¹⁰

Entre las enfermedades de la infancia se interrogará sobre *meningitis*, *fiebre reumática* y *convulsiones*; se debe recordar que la epilepsia muchas veces se oculta o se niega.¹⁰

Las *bronquitis espasmódicas* y el asma pueden ser enfermedades que se presentan en la infancia y desaparecen en la adolescencia.¹⁰

2. Enfermedades médicas o del adulto

A veces, no resulta fácil recordarlas. Conviene preguntar, en primer lugar, por las consultas médicas realizadas a lo largo de la vida, cuáles fueron los diagnósticos efectuados y cuáles las medidas terapéuticas instituidas. Es útil, para evitar omisiones, interrogar sobre síntomas o diagnósticos correspondientes a los distintos aparatos o sistemas.¹⁰

Respiratorio: Asma, neumonía, pleuresía, bronquitis, tuberculosis.¹⁰

Cardiovascular: Hipertensión arterial, infarto de miocardio, arritmias, soplos, enfermedad de Chagas, fiebre reumática¹⁰

Gastrointestinal: constipación, anorexia, ictericia, cólico vesicular, úlcera gastroduodenal, hepatitis.¹⁰

Nefrológico: Infección urinaria, enfermedades venéreas.¹⁰

Endocrino-metabólico: diabetes, obesidad, hiperruricemia, gota, afecciones tiroideas, hormonoterapia, corticoterapia¹⁰

Inmunoematológico: anemia, coagulopatías, mononucleosis, VIH-SIDA.¹⁰

Nervioso: convulsiones, alteraciones motoras, meningitis.¹⁰

Ginecológico: alteraciones del ciclo, amenorrea, menopausia (edad y síntomas), anticonceptivos.¹⁰

3. Antecedentes inmunoalérgicos

Se interrogará sobre alergias o intolerancias a fármacos. Se deberá preguntar sobre alergias inhalatorias y alimentarias, alergia cutánea y tratamientos de desensibilización.¹⁰

Se indagará también sobre el esquema de vacunación.

4. Antecedentes hospitalarios, traumáticos y quirúrgicos

Lo más útil es preguntar al enfermo si alguna vez ha sido operado. En caso afirmativo, se consignarán las fechas, la institución donde ocurrió la intervención y el cirujano tratante. De esta manera, se podrá tener acceso a datos de interés que el enfermo puede ignorar o no recordar. Se interrogará además sobre traumatismos, fracturas y pérdidas de conciencia.¹⁰

El número de hospitalizaciones resultan de utilidad al comprender el adecuado o inadecuado manejo de enfermedades como Diabetes Mellitus o Hipertensión arterial.

II. No patológicos

1. De medio

Se consignan los antecedentes vinculados con el medio ambiente, familiar, laboral, social y cultural. Estos antecedentes pueden orientar hacia la presencia de patologías geográficas y relacionadas con el trabajo; también informarán sobre el nivel educacional del enfermo, su entorno familiar y habitacional y sus medios de vida.¹⁰

Lugar de nacimiento y posteriores lugares de residencia: pueden orientar sobre patologías vinculadas con el ámbito geográfico o étnico, o en regiones con infraestructura pobre y sin servicios sanitarios, etcétera.¹⁰

Casa o habitación: permite conocer el tipo de hábitat del enfermo, los servicios sanitarios y la calidad del agua que bebe, que pueden estar relacionados con la presencia de enfermedades o interferir con las medidas terapéuticas indicadas. Se debe consignar también el contacto con animales y la exposición a tóxicos.¹⁰

Escolaridad: conocer el nivel de instrucción de una persona puede ser importante a la hora de explicarle las características de una enfermedad, o bien proporcionarle las instrucciones con respecto a su tratamiento.¹⁰

Ocupación: se averiguará el oficio o profesión, el lugar donde se desarrollan las tareas el horario de éstas. Existen enfermedades tradicionalmente vinculadas con ciertos trabajos: el saturnismo en personas que se dedican a fabricar baterías eléctricas; la neumoconiosis en los mineros o picapedreros; la brucelosis en los matarifes; los trastornos visuales en las bordadoras; los dolores de cuello y dorso del tórax en quienes pasan muchas horas frente a la pantalla de una computadora.¹⁰

Núcleo familiar: se preguntará sobre las fechas de casamiento y el estado civil actual; el nacimiento de los hijos y el número y edad de éstos. Este apartado permite indagar también acerca de las características psicológicas del enfermo, su relación con los familiares y con las personas en general, sus estados de ánimo habituales, su disposición frente a la enfermedad y sus responsabilidades. Todos estos factores pueden estar involucrados en la génesis de la enfermedad y también serán importantes para instituir un tratamiento con mayores o menores probabilidades de éxito. Es diferente un enfermo que vive solo que aquel rodeado por su familia y sus afectos, de otro con su cónyuge enfermo y sin hijos o parientes cercanos.¹⁰

2. De hábito

Las costumbres de un individuo pueden proporcionar información valiosa acerca de su personalidad y de las posibilidades al enfermar como consecuencia de ellas.¹⁰

Alimentación: se interrogará acerca del tipo, calidad, cantidad y horario de las comidas. Así se podrá conocer si existen carencias o excesos capaces de generar una enfermedad o coadyuvar.¹⁰

Intolerancias alimentarias: algunos alimentos, por su contenido en principios nutritivos o por su preparación, pueden provocar síntomas de intolerancia que ayudan como orientación de diversas enfermedades, en general, del aparato digestivo. Por ejemplo: los alimentos muy condimentados o azucarados no son bien tolerados por los enfermos con úlcera péptica gastroduodenal.¹⁰

Apetito: Conviene señalar que el apetito es el deseo de ingerir alimentos con una connotación placentera. El hambre, en cambio, es una sensación desagradable, con necesidad imperiosa de comer, que puede estar acompañada por dolores localizados en el epigastrio. Las modificaciones del apetito son muy características de ciertos cuadros patológicos. Las neoplasias, las infecciones y las enfermedades febriles o que afectan el estado general, evolucionan habitualmente con disminución del apetito (inapetencia, hiporexia) o anorexia franca que, si persisten, pueden estar acompañadas por adelgazamiento. El aumento del apetito o hiperexia es típico de la diabetes mellitus y del hipertiroidismo.¹⁰

Bebidas alcohólicas: se debe recordar que el alcohol es una sustancia que proporciona 7 calorías por gramo y que, al mismo tiempo tiene potencial tóxico (neurológica y digestiva). Es habitual que la ingesta exagerada de bebidas alcohólicas se disimule, se oculte o se niegue. Abstemio es aquel que no ingiere bebidas alcohólicas. La dependencia del alcohol configura una enfermedad social por sus implicaciones para el desarrollo armónico de un individuo y sus responsabilidades sociales. Desde un punto de vista estrictamente médico, produce afectación del sistema nervioso central y periférico (polineuritis), hepatopatías tóxicas y gastritis. Puede ser, asimismo, causa de desnutrición. Hay divergencias con respecto a qué cantidad de alcohol se considera perjudicial para la salud, aunque se acepta que lo es una ingestión diaria de más de 60 g en el hombre y 40 g en la mujer.¹⁰

Infusiones: las más habituales son el té, el café y el mate. El café puede provocar gastritis, taquicardia e insomnio, mientras que el mate es muy mal tolerado por los ulcerosos, en especial si es azucarado.¹⁰

Tabaco: es uno de los factores más importantes de riesgo cardiovascular y está involucrado en la génesis de diversas neoplasias malignas, en especial las del aparato respiratorio.²⁸ Se debe averiguar qué

tipo de fumador es el paciente, desde cuándo fuma y, en caso de que haya abandonado el hábito, cuánto hace que no fuma. La cantidad que fuma puede expresarse como cigarrillos/día o paquetes/día (que resulta de la fórmula cantidad de cigarrillos por día x años de fumador/20). Esta última, al valorar también la duración del tabaquismo, sirve para estimar el riesgo para el desarrollo de (EPOC) y cáncer de pulmón.¹⁰

Drogas: es uno de los más graves problemas sociales de nuestra época. Se debe recordar que no hay drogas “blandas” y “duras” ya que todas tienen una capacidad adictógena importante y provocan daños en diversas regiones del organismo, en especial, el sistema nervioso. Las sustancias que se emplean con mayor frecuencia son la marihuana, la cocaína, la morfina, la heroína y otros compuestos sintéticos. Lo habitual es que provoquen la destrucción de la personalidad y una serie de trastornos orgánicos graves. La drogadicción se oculta o se niega, por lo cual conviene realizar la anamnesis con mucho cuidado y tratando de evitar situaciones embarazosas. Los drogadictos que se inyectan poseen otro riesgo: el VIH-SIDA y la hepatitis B.¹⁰

Medicamentos: muchas personas tienen el hábito de tomar medicamentos; los grupos terapéuticos involucrados con mayor frecuencia son analgésicos, tranquilizantes y laxantes. Los analgésicos son una causa frecuente de trastornos digestivos, en especial, hemorragias digestivas altas. Los tranquilizantes tomados en forma continuada pueden provocar adicción y cambios en la personalidad. Los laxantes, sobre todo los irritantes, pueden crear hábito y determinar alteraciones intestinales funcionales y orgánicas. Los pacientes que padecen enfermedades crónicas requieren tratamientos medicamentosos en forma permanente. Como todo medicamento posee acciones principales y efectos secundarios, es conveniente una cuidadosa investigación de los fármacos que se ingieren. Es común que las personas ancianas estén medicadas con numerosos preparados (polifarmacia), no siempre con una indicación precisa. En este caso se debe averiguar si el enfermo presenta intolerancias o reacciones alérgicas frente a ciertos fármacos.¹⁰

Hábitos sexuales: se deberá interrogar sobre las prácticas sexuales, fundamentalmente el número de parejas, las medidas para tener “sexo seguro” y los métodos anticonceptivos. Además, se preguntará sobre antecedentes de infecciones de transmisión sexual y alteraciones relacionadas con la práctica sexual (dolor, anorgasmia y falta de deseo).¹⁰

Actividad física: debido a su importancia como indicador de buena salud, se interrogará sobre la realización de actividad física, su cantidad y calidad.¹⁰

III. Ginecológicos y obstétricos

Los antecedentes sexuales tradicionalmente han sido considerados como parte de los antecedentes psicosociales o de la revisión por sistemas. Sin embargo, como los antecedentes sexuales, reproductivos y ginecológicos son tan importantes para la valoración completa de los pacientes, esta parte de la historia clínica se considera en la actualidad como una parte.²⁵

Existen varias razones por las que se deben documentar los antecedentes sexuales. El apetito sexual es un indicador sensible del bienestar general. La ansiedad, la depresión o la ira pueden deberse a una disfunción sexual; sin embargo, muchos síntomas físicos pueden producir problemas sexuales. Además, resulta fundamental identificar conductas de riesgo. Es una oportunidad excelente para proporcionar al paciente una información muy útil.²⁵

Es importante preguntar por la actividad sexual tanto en los niños como en los ancianos. El abuso infantil es muy frecuente y el entrevistador debe identificarlo tan pronto como sea posible.²⁹

El entrevistador debe preguntar sin prejuicios sobre las relaciones sexuales. Las preguntas directas sobre sexo oral o anal, contactos o problemas sexuales son muy importantes. Si la preferencia sexual de un paciente no se conoce, es preferible utilizar el término pareja en vez de un término específico de género. Es adecuado preguntar al paciente si ha tenido relaciones con personas con SIDA o con otras enfermedades de transmisión sexual. Se debe evitar el término homosexual como adjetivo para referirse al género.³⁰

Los antecedentes reproductivos y ginecológicos aportan información acerca de a qué edad tuvo la mujer la menarquía, la regularidad y la duración de las menstruaciones. Además, en esta parte de la historia deben incluirse el número de embarazos, partos, abortos (espontáneos o inducidos) y las complicaciones de los embarazos.²⁵

En los antecedentes reproductivos de un varón es importante preguntar por sus intereses sexuales, su funcionamiento y satisfacción con la actividad sexual

y por la existencia de cualquier tipo de problema sexual. ¿El varón ha sido incapaz de procrear? En caso afirmativo, ¿conoce el motivo de ello?²⁵

g. Antecedentes hereditarios y familiares

Los antecedentes familiares proporcionan información acerca de la salud de toda la familia, tanto de los miembros que aún viven como de los que han fallecido. Se debe prestar una atención especial a posibles aspectos genéticos y ambientales de la enfermedad que podrían tener implicaciones para el paciente. Determine la edad y el estado de salud de todos los parientes cercanos. Si algún familiar ha fallecido, pregunte por la edad y el motivo del fallecimiento. Es importante preguntar la afectación psicológica del paciente por la enfermedad de algún familiar.²⁵

Es importante conocer el lugar de nacimiento de los padres del paciente. ¿Dónde nacieron los abuelos? ¿En qué medio se creció el paciente, urbano o rural? ¿En qué país se criaron sus padres? Si el paciente nació en otro país, ¿Mantiene el paciente contacto con otros familiares? Si el paciente está casado, ¿pertenece el cónyuge al mismo grupo étnico que el paciente? ¿Cuál es el lenguaje materno del paciente? La respuesta a estas preguntas proporciona información muy valiosa para la valoración de la herencia.²⁵

Ideas clave

- » La historia clínica es un elemento imprescindible e ineludible para garantizar la calidad de la atención sanitaria.
- » La historia clínica es el documento que refleja el quehacer del profesional en pro de la salud del paciente.
- » El orden de la historia clínica evita omisiones y favorece la obtención de información del paciente.
- » La adecuada relación médico-paciente favorece el interrogatorio.
- » Una historia clínica completa garantiza un diagnóstico clínico certero.
- » La anamnesis corresponde a la parte subjetiva de la historia clínica, y los datos recabados serán comprobados mediante un examen físico.
- » Los datos generales del paciente permiten identificarlo y comprender su contexto.
- » La HEA es, quizás, el apartado más importante de la anamnesis, sino es que de toda la historia clínica.
- » Las FOG ayudan a determinar el impacto de la enfermedad en la vida del paciente.
- » El IOAS ayuda a complementar los síntomas principales identificados en la HEA.
- » Los antecedentes del paciente pueden determinar o descartar un factor predisponente para el padecimiento.
- » Una anamnesis realizada correctamente ayuda a dirigir el examen físico en situaciones que lo ameriten.

Autoevaluación del conocimiento

1. ¿Qué es una Historia Clínica (HC)?
2. ¿Cuáles son las características de una HC?
3. ¿Cuál es el objetivo de entablar una amena relación médico-paciente?
4. ¿Qué es una anamnesis? ¿Los datos recolectados son subjetivos u objetivos?
5. ¿Cuáles son y cuál es el orden correcto de los apartados de una anamnesis?
6. ¿Cuál es la importancia de los datos generales?
7. ¿Cuál es el único apartado que se escribe con lenguaje coloquial?
8. ¿Cuáles son las características del síntoma principal?
9. ¿En qué consiste la mnemotecnia ALICIA FREDUSAH?
10. ¿Cómo se redacta una correcta Historia de la Enfermedad Actual (HEA)?
11. ¿Cuál es la importancia de las Funciones Orgánicas Generales (FOG)?
12. ¿Cuáles son las FOG?
13. ¿En que orden se colocan los hallazgos del Interrogatorio por Órganos, Aparatos y Sistemas (IOAS)?
14. ¿Cuál es la importancia del IOAS?
15. ¿Qué pasa si encuentra un signo o síntoma relevante en el IOAS?
16. ¿Cómo se dividen los Antecedentes?
17. ¿Qué importancia tienen los antecedentes al caracterizar la enfermedad?

Caso clínico

¿Recuerda a Doña Esmeralda Rodríguez? La señora que se le presentó en el apartado de datos generales. De la información presentada, responda lo siguiente:

1. ¿Qué datos generales cree que se redactaron de forma incorrecta? ¿Por qué?

2. ¿Considera que los datos generales están completos o agregaría algún dato importante?

Doña Esmeralda se presenta a su consultorio porque dice que “está muy flaca y se siente decaída”, refiere que hace aproximadamente 2 meses presenta una “pasioncita” en “la boca del estómago”, el dolor “se le riega en toda la panza”, es de moderada intensidad, y según el relato que hace “la pasioncita” disminuye al colocarse “como bebé”. El dolor se presenta todos los días, no cede durante el día e indica que le incomoda más durante la mañana. También le refiere que los pantalones le quedan más flojos y no quiere comer. En algunas ocasiones, el dolor le genera vómitos.

Del relato presentado, responda lo siguiente:

3. ¿Cuál es el motivo de consulta?

4. ¿Cuáles son los síntomas principales?

5. Redacte una Historia de la Enfermedad Actual (HEA). Intente auxiliarse de la mnemotecnia ALICIA FREDUSAH y recuerde las características de una correcta HEA.

6. ¿Qué elementos interrogaría en el interrogatorio por Órganos, Aparatos y Sistemas (IOAS)?

7. ¿Qué antecedentes cree que son más relevantes en el caso de Doña Esmeralda?

Referencias

- Favier Torres M, Dorsant Rodríguez L, Santel C, Calzado J, Oliva D. Errores más frecuentes en historias clínicas cometidos por estudiantes de tercer año de Medicina. *Rev Inf Cient.*; 2016.
- Blanco Alvarado, D. J. (2019). La Historia Clínica: Algunos comentarios desde la Medicina y el Derecho. *Revista Verba Iuris*, 14 (42). pp. 153-162.
- Alcázar J. Historia clínica, exploraciones básicas y pruebas complementarias en obstetricia y ginecología. Editorial Médica Panamericana; 2017.
- Mobilio J. Valores de la historia clínica. *Diario DPI Suplemento Salud*. 2016;39.
- Lamarca Irisarri A, Cenarro Guerrero T, García Vera C, José C, Muñoz Fernández R. Coleccionando gérmenes. Zaragoza: Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2018; 48: 28.
- Gallegos Pérez B. La historia clínica como prueba para la responsabilidad civil por mala práctica médica.
- Quaestio Iuris. vol. 11, nº. 04, Rio de Janeiro, 2018. pp. 2769-2793 DOI: 10.12957/rqi.2018.35939.
- Preza Rodríguez L. Práctica 4.1: HISTORIA CLÍNICA. Interrogatorio. Laboratorio de Habilidades y Destrezas – Facultad de Medicina,
- Universidad de El Salvador. LABORATORIO I: ANAMNESIS I (Primera parte). 2017.
- Ilizástigui Dupuy F, Rodríguez Rivera L. EL MÉTODO CLÍNICO. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos* ISSN:1727-897X *Medisur* 2010; 8(5).
- Argente H, Álvarez M. *Semiología médica*. 2nd ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2013.
- Barreto Penié J. LA HISTORIA CLÍNICA: DOCUMENTO CIENTÍFICO DEL MÉDICO. *Ate-neo*. 2000; 1(1):50-5
- Rodríguez Escobar K, Rondón Vázquez A F, Pérez Guerrero J L, Riverón Carralero W J, Carrasco Feria Ma. Efectividad del curso optativo “Generalidades de la Historia Clínica” impartido por alumnos ayudantes a los estudiantes del segundo año de la carrera de Medicina. *EdumedHolguín*. 2018.
- Júdez J, Nicolás P, Delgado Ma. T, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. *Med Clin (Barc)* 2002;118(1):18-37.
- Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. *Med Clin (Barc)* 2002;118(1):18-37. Espinoza Silva S. ASIGNATURA: SEMIOLOGÍA Y LABORATORIO CLÍNICO. CHIMBOTE. 2012. Utz L. EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA.
- Bickley L, Bates B, Szilagy P. Bates, Guía de exploración física e historia clínica. 11th ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2013.
- Cruz Hernández J, Hernández García P, Dueñas Gobel N, Salvato Dueñas A. Importancia del Método Clínico. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2012;38(3):422-437.
- Aguilar Fleitas B. Historias clínicas. *Rev Urug Cardiol* 2019; 34: 151- 155 doi: 10.29277/cardi.34.2.5
- Aparicio Martínez F. El método clínico y la historia clínica. Consideraciones de sus defensores
- Soto Obrador S. *Manual de semiología*. 2nd ed. Santiago, Chile: Andrés Bello; 1978.
- Vicente-Herrero M.T., Delgado-Bueno S., Bandrés-Moyá F., Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre M.V., Capdevilla-García L. Pain assessment. Comparative review of scales and questionnaires. *Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]*. 2018 Ago [citado 2020 Abr 12]; 25 (4): 228-236. <http://dx.doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017>.
- BATTÁN HORENSTEIN A. Fenomenología del dolor. *Phenomenology of Pain*. ISEGORÍA, N.º 60, enero-junio, 2019, 69-74, <https://doi.org/10.3989/isegoria.2019.060.04>
- Martínez Cámara A, Sánchez-Aguilera P, Alcalá López J E, Rodríguez Padial L. Protocolo diagnóstico del dolor torácico de origen cardiovascular. *Medicine*. 2017;12(36):2185-8
- Hernández, G L. Expediente Clínico. En C. Tena & F. Hernández (Ed.), *La Comunicación Humana en la Relación Médico- Paciente*. 2005. pp. 245-256
- Swartz M, Araoz Alfaro G, Bonorino Udaondo C. *Tratado de semiología*. 6th ed. Barcelona: Elsevier; 2010.
- Duret Castro Magalys, Monné Rodríguez Gloria María, Caballero Recio Carmen Elena, Echemendía Reyes Edwin. Basic theoretical considerations about the clinical method. *Rev Hum Med [Internet]*. 2016 Abr [citado 2020 Abr 12]; 16 (1): 65-83. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202016000100005&lng=es.

27. Saranz R J, Lozano A, Bandín G, Mariño A I, Boudet R V, Sarraquigne Ma. P, Cáceres Ma. E, Skrie V C, Bozzola C M, López K, Gervasoni Ma. E, Menéndez Porfilio B, Agüero C, Orellano F, Sasía L V, Pendino P. Prevención de las enfermedades alérgicas en la infancia: entre la teoría y la realidad. *Arch Argent Pediatr* 2016;114(3):277-287
28. Murillo Zavala A M, Marcillo Carvajal C P, Parrayales Pincay I G, Barcia Menéndez C R. Prevalencia de parasitosis en habitantes de 0 a 20 años de la Parroquia El Anegado del Cantón Jipijapa. 2019; Vol. 3, núm. 3 Esp.
29. Susana Casado | Get Textbooks | New Textbooks | Used Textbooks | College Textbooks - GetTextbooks.com [Internet]. Gettext-books.com. 2020 [cited 12 April 2020]. Available from: https://www.gettextbooks.com/author/Susana_Casado
30. Fernández-Silva CA, Sánchez-Martínez DE. Actitudes y prácticas sexuales relacionadas con VIH/SIDA. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2018; 50(4): 352-359. doi: 10.18273/revsal.v50n4-2018008