

Resumen

Para contribuir a la realización eficiente de la anamnesis en la práctica clínica diaria se realizó una presentación de sus aspectos metodológicos más relevantes. Los lineamientos generales que permiten un desenvolvimiento asistencial idóneo durante la entrevista clínica y la obtención de la historia fueron expuestos. El contenido de la historia del paciente adulto se ordenó mediante el esquema: Informante, Datos de identificación, Motivo de consulta, Historia de la enfermedad actual, Antecedentes personales, Antecedentes familiares, Historia psicosocial e Interrogatorio por sistemas. Se abordaron los datos pertinentes que se recolectaron en cada sección.

Descriptores ANAMNESIS ENTREVISTAS COOPERACION DEL PACIENTE.

La anamnesis es el proceso de la exploración clínica que se ejecuta mediante el interrogatorio para identificar personalmente al individuo, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes.

Para aprender a interrogar al paciente y obtener una historia clínica adecuada se requiere de una guía organizada y objetiva. Solamente así se puede evitar la elaboración de historias ambiguas, superficiales, desorganizadas, artificiosas y redundantes.

Con el fin de contribuir a la realización eficiente e integral de la anamnesis en la práctica clínica diaria, a través de este trabajo se presentan sus aspectos metodológicos más relevantes.

Secuencia y Extensión de la Anamnesis

Tradicionalmente la información subjetiva se organiza bajo el siguiente cuadro de categorías: Informante, Datos de identificación, Historia de la enfermedad actual, Antecedentes personales, Antecedentes familiares, Historia psicosocial e Interrogatorio por sistemas.¹⁻³

En la literatura médica frecuentemente se propugna la búsqueda laboriosa, constante, extensiva y exhaustiva de todos los datos del paciente, como el "camino más apropiado" para confeccionar estos apartados. Además en la enseñanza y práctica clínica se pueden observar múltiples cuestionarios para que los estudiantes, profesionales e instructores sigan esta estrategia.^{4,5}

Sin embargo, resulta indispensable comprender la carencia de sentido práctico de la estrategia de la "exhaustividad", pues la extensión o límite de cada uno de los apartados de la historia se ha de corresponder con su valor, lo que depende de las necesidades del paciente y del tipo de asistencia que se requiere (inicial, de seguimiento, urgente, etcétera).

Un planteamiento de B.Bates, que resulta muy importante, es que algunos pacientes pueden no necesitar una evaluación completa o no se dispone de tiempo para hacerla. Bajo estas circunstancias se indica la obtención de los datos de identificación personal y de una historia corta y apropiada para una atención limitada. Sin embargo se ha de permanecer alerta sobre otros posibles aspectos que se han de inquirir.¹

Consideramos que para lograr el intercambio ordenado de alguna o toda la información clínicamente relevante, el entrevistador debe primeramente establecer prioridades. Después de lograr la adecuada formulación de los objetivos, para el desenvolvimiento idóneo de la entrevista clínica y la obtención de la historia, se sugiere distinguir las siguientes etapas básicas:

1. Preparación. Antes de atender al paciente se ha de preparar el ambiente para la entrevista. El uso de un lugar y de una vestimenta adecuada, junto con la revisión breve en el registro médico de los datos sobre la identificación, el diagnóstico y el tratamiento, evita una interacción torpe y revela el interés, la cortesía y el deseo de ser útil.
2. Recepción. Al hacer contacto con el paciente la entrevista se debe iniciar con el saludo cordial y personalizado. Esto implica el uso apropiado de los nombres del paciente y no de términos despersonalizadores como "abuela" o "mamá". Además ayuda a que el entrevistador se introduzca con su nombre y explique el papel que desempeñará en caso de existir alguna ambigüedad.¹⁻⁶

En la conducción posterior de la entrevista es importante vigilar el confort del paciente, inquirir sobre cómo se siente, orientarle sobre las condiciones creadas para su comodidad y considerar si el momento es conveniente para la asistencia.

3. Desarrollo. Se efectúa para delimitar o clarificar las demandas del paciente (motivo de consulta) y obtener una explicación de éstas.

Para realzar la comprensión sobre los intereses del entrevistado y poder satisfacerlos, de forma directa o indirecta, se ha de prestar atención y dar respuesta a 3 aspectos: 1. La causa de la visita, 2. ¿Cuáles son sus preocupaciones? y 3. Las causas de sus preocupaciones.¹

También hay que distinguir entre las percepciones del paciente y las que las demás personas de su entorno (por ejemplo, familia y personal médico) consideran relevantes.⁷

Habitualmente se comienza con preguntas abiertas y generales para facilitar la narrativa libre sobre el problema más relevante. Después de la respuesta se vuelve a incentivar este tipo de narrativa, incluso múltiples veces, para amplificar el problema o inquirir sobre otro problema que se presente.

Al inicio, aunque el paciente participa espontáneamente, la función del entrevistador no es pasiva. Se ha de escuchar atentamente, buscar pistas sobre síntomas, emociones, hechos o relaciones importantes y luego proceder a efectuar las preguntas dirigidas.

Las preguntas deberán permitir aclarar cuestiones específicas y mantener la conversación centrada, las que requerirán una respuesta de sí o no sólo se deberán utilizar al considerar opciones diagnósticas bien definidas.⁷

Para guiar al paciente en el abordaje de aspectos puntuales y precisos de la historia se utilizan diferentes técnicas: facilitación, reflexión, clarificación, confrontación, respuestas empáticas, interpretación, validación consensual, preguntas directas, etcétera.^{1,2}

En el resto de la entrevista, excepto en la Historia psicosocial, las preguntas directas sobre temas específicos constituyen la principal técnica comunicativa que se deberá utilizar. Sin embargo hay que estar alerta por si aparecen otros datos importantes y mantenerse dispuesto a revertir el estilo a uno indirecto cuando se indique.

En la Historia psicosocial usualmente se comienza con preguntas abiertas y luego se realizan preguntas más directas cuando se requiere la especificación de ciertos aspectos . En este punto se crea un ambiente más favorable si se progresa de los datos menos personales a los más personales (por ejemplo, sexualidad, imagen corporal).^{1,2}

Frecuentemente en la anamnesis existe una primera fase donde el entrevistador se orienta para proceder al examen físico de cada área y poder aclarar, descartar o confirmar las impresiones provocadas por la historia.⁸

Luego de esta fase, cada vez que se crea útil, se ha de continuar interrogando sobre los signos que se descubren o valoren durante el examen objetivo.

4. Resolutiva. Por último se hace el resumen y las conclusiones (diagnósticas, pronósticas y terapéuticas) de lo tratado, y se fija un plan que puede incluir la fecha de una nueva entrevista.

Formato de historia en el paciente adulto

Informante. El que aporta la información puede no ser el paciente en determinadas situaciones como cuando es un niño, una persona desorientada o confundida, inconsciente, con trastornos del lenguaje y mentales severos.^{1,2}

Al interrogar se debe valorar la confiabilidad del informante, la utilidad de los datos que proveerá y la validez de éstos.

Datos de identificación. Incluye como mínimo el nombre y los apellidos, la edad, el sexo y la dirección del paciente. Adicionalmente esta sección puede comprender el color de la piel, el lugar de nacimiento, el estado conyugal, la escolaridad, la ocupación, etcétera.²

Motivo de consulta. Consiste en una o varias frases referentes a la queja, molestia, dolencia o razón principal que hace acudir al paciente a solicitar atención médica.

En lo posible al obtener el motivo de consulta se han de considerar las propias palabras del paciente sobre la dolencia principal y a su vez se debe evitar o aclarar la jerga y las ambigüedades.²

En su defecto se acepta el propósito específico o las razones médicas que determinan la admisión en la consulta, para evitar, en lo posible, recoger los juicios diagnósticos previos elaborados por otro médico o por el paciente.

Ocasionalmente el paciente acude para chequearse o puede desear discutir un problema relacionado con su salud sin tener queja o enfermedad.

Historia de la enfermedad actual. En la exposición o relato que narra de forma clara, completa y cronológica el comienzo y evolución de los problemas por los cuales el paciente demanda atención. Aproximadamente se ha de seguir el siguiente plan o esquema para su recolección:

1. Aclare someramente los antecedentes o estado general de salud o enfermedad antes del surgimiento de la enfermedad actual.
2. Considere la fecha de comienzo de los primeros síntomas con la mayor precisión posible en terrenos de hace ± tantas horas, días, etcétera.
3. Valore por prioridades los síntomas desde el comienzo de la enfermedad actual hasta el momento en que transcurre la entrevista. Si se asociasen más de 1 se comenzará a detallar completamente los fundamentales (síntomas específicos o guías) y evitar relatos prolijos de los meramente acompañantes.²

Los síntomas principales se detallan según el esquema: aparición (fecha y forma), localización e irradiación (en caso de referirse como síntoma el dolor), cualidad o carácter (sensación peculiar del síntoma), intensidad (ligera, moderada, severa), factores que se relacionan con el aumento o el alivio (con sustancias o circunstancias), frecuencia (periodicidad, ritmo y horario), duración (en el tiempo), evolución y síntomas acompañantes o asociados (síntomas que poseen

íntima o simultánea presencia).

4. Aborde las posibles conductas indicadas y seguidas por el paciente: investigaciones, autotratamientos, tratamientos médicos (medicamentos, dosis, cuál cumplió o no) y la evolución, los progresos u otros efectos del tratamiento.

5. Considere las percepciones del paciente sobre la causa y los factores precipitantes, el ambiente en que se desarrolla la afección, la significación o repercusión de ésta en sus actividades cotidianas, relaciones personales y personalidad.^{1,2}

En ocasiones datos relevantes sobre estudios de laboratorio (inclusive con resultados negativos) y la ausencia de ciertos síntomas o caracteres de síntomas se deben recoger, por servir de ayuda en el diagnóstico diferencial de las enfermedades sospechadas.^{1,2}

Mantener otro patrón es apropiado para el seguimiento del paciente. En esta situación se requiere determinar cómo el paciente cree que ha evolucionado, cómo sus síntomas han cambiado, qué entiende de su condición y tratamiento y cómo ha cumplido el plan indicado.

Antecedentes personales. Comprende: 1. Enfermedades pediátricas, de la adultez y mentales (antecedentes patológicos personales), 2. Alergias e intolerancias, 3. Inmunizaciones, 4. Operaciones, 5. Traumas, 6. Hospitalizaciones previas, 7. Terapéuticas habituales (automedicaciones, prótesis, etc.), 8. Pruebas médicas anteriores, 9. Donaciones de sangre y transfusiones, 10. Historia Ginecoobétrica (menarquía, fórmula menstrual, menopausia, fecha de la última menstruación, embarazos, partos, abortos y sus causas, complicaciones durante el embarazo, anticonceptivos, prueba citológica) y 11. Hábitos: tóxicos, dietéticos, de sueño y de ejercicio.^{1,2}

A veces se deben valorar las fechas, la edad o desde cuándo el paciente sufre determinado síntoma, enfermedad o lleva determinado tratamiento.

Antecedentes familiares. Comprende la obtención de la edad, sexo, enfermedades y causas de muerte de cada uno de los miembros familiares inmediatos (por ejemplo, padre, madre, hermanos, cónyuge e hijos) y en ocasiones de otros (por ejemplo, abuelos, tíos, primos).

Historia psicosocial. Éste es un compendio o resumen selecto que amplifica de forma narrativa los datos generales obtenidos al inicio de la anamnesis, y otras informaciones relevantes para comprender al paciente como persona, diagnosticar diferentes problemas psicosociales e instituir un tratamiento adecuado a su realidad.

Para la atención de adultos en general es aconsejable utilizar un esquema breve que comprenda las siguientes áreas básicas: 1. Desarrollo previo (lugar de nacimiento y crianza; hechos y experiencias importantes durante la infancia y adolescencia), 2. Educación y ocupación (escolaridad, perfil ocupacional, satisfacciones, retiro), 3. Ambiente (estado de la vivienda; creencias religiosas relacionadas con la percepción de la salud, la enfermedad y el tratamiento; situación familiar, económica y médica, naturaleza de sus relaciones personales), 4. Hábitos (patrones dietéticos, de sueño, de trabajo, de ejercicio, de recreación), 5. Autoconcepto (visión en el presente y en el futuro; sexo y matrimonio) y 6. Adaptación (tensión emocional, humor predominante, reacciones usuales al estrés, actitud ante cada actividad, expectativas).^{1,2,5}

La historia sexual, al igual que otros aspectos, se debe obtener en el momento en que parezca más relevante, ya sea al abordar la enfermedad actual, los antecedentes personales o la historia psicosocial.

Interrogatorio por sistemas. La "Revisión por aparatos y sistemas" generalmente incluye preguntas dirigidas a identificar las enfermedades, síntomas o las funciones anormales en órganos y áreas del cuerpo.^{2,3}

En la práctica las preguntas que se realizan durante la anamnesis se condicionan por las respuestas anteriores de los pacientes, y no por las inertes y estandarizadas secciones del cuestionario de síntomas prefabricado, rutinario y automático.

Por esto, para el médico práctico un recordatorio organizado en una lista de chequeo adicional a la historia clínica puede ser útil, pues evita las fragmentaciones innecesarias de los datos y permite la revisión detallada de aquellos aspectos que pudieron haber sido ignorados a pesar de ser relevantes

Bibliográficas

1. Bates B. A guide to physical examination. 2 ed. La Habana: Editorial Científico- Técnica, 1986:1-30. (Edición Revolucionaria).
2. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner and Suddarth' s textbook of medical surgical nursing. 7 ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1992:77-88.
3. Henderson V, Nite B. Enfermería teórica y práctica. 3 ed. esp México, D.F: La Prensa Médica Mexicana, 1987;vol:314-24.
4. Sackett LD, Haynes RB, Tugwell P. Epidemiología clínica: una ciencia básica para la medicina clínica. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1989:5-21.
5. Rodríguez GPL, Rodríguez PLR, Puente MJA. Método práctico para confeccionar la historia clínica. Rev Electrón Innov Tecnol, Las Tunas 1998;4(2).
6. Borreli CF, Boschi FJM. Entrevista clínica. En: Martín ZA, Cano JF, eds. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 3 ed. Barcelona: Doyma,