

# LA HISTORIA CLÍNICA (I): LA ANAMNESIS

M<sup>a</sup> Luisa Pérez García<sup>1</sup>, Ángela Romero Alegría<sup>2</sup>, José Ángel Martín Oterino<sup>3</sup>

Profesor/a Asociado/a Universidad de Salamanca  
Hospital Universitario de Salamanca

<sup>1</sup>[marisapergar@hotmail.com](mailto:marisapergar@hotmail.com)

<sup>2</sup>[aralegria82@hotmail.com](mailto:aralegria82@hotmail.com)

<sup>3</sup>[jamarot6466@hotmail.com](mailto:jamarot6466@hotmail.com)

*Palabras clave: historia clínica, anamnesis.*

## Introducción

El pilar principal sobre el que asienta el ejercicio del médico es la historia clínica. De su correcta realización va a depender todo el proceso diagnóstico posterior y se estima que, adecuadamente realizada, por sí sola permite efectuar un diagnóstico en el 50% de los casos. Evidentemente esa efectividad está en relación directa de cómo se hace y a los conocimientos de quien la realiza.

La escasez de tiempo para dedicar a cada paciente y el desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas hace temer que los facultativos no presten la atención que se merece a la práctica de la historia clínica, que constituye la base de la relación médico-paciente, requiere habilidad y tiempo y es el secreto de la medicina humanizada. No existe ninguna duda que a pesar del desarrollo tecnológico, es esencial mantener esta relación que, además de información fundamental, aporta una base de confianza y cercanía muy importante en el desarrollo de todo el proceso asistencial.

Para el clínico, en la práctica diaria la historia clínica es una actividad sistemática y sistematizada, que con el paso del tiempo y la experiencia acaba perfeccionándose siendo la guía de su quehacer médico. De la información obtenida en ella, resultará la orientación inicial en la elección de las pruebas diagnósticas complementarias que permitirán establecer un juicio clínico y diagnóstico e instaurar el tratamiento, además de constituir el elemento esencial para transmitir la información al resto de personal sanitario, aparte de las implicaciones legales que su realización tiene.

La historia clínica debe ser estructurada y ordenada y está compuesta por dos partes principales: la anamnesis y la exploración física, que veremos en el siguiente capítulo.

## Anamnesis general

La anamnesis (del griego *αναμνησις*, significa recolección, recuerdo) es la entrevista que se realiza entre el paciente y el médico en la que se desarrolla el relato del enfermo de sus dolencias y el interrogatorio consecuente por parte del facultativo, e incluye el motivo de consulta junto con la explicación detallada de la enfermedad actual, que se

completa con una anamnesis por aparatos y sistemas así como otros datos generales sobre el estado de salud habitual y los antecedentes patológicos que pueda tener.

### Principios generales

El primer paso será presentarnos al paciente y dirigimos a él por su nombre, con corrección y educación pero con cercanía. Durante la entrevista se deben evitar interrupciones, salidas o entradas de la habitación y cualquier otro elemento de distracción; le preguntaremos sobre el motivo por el que solicita nuestra ayuda y cuando comience a relatar sus problemas, debemos permitir que nos lo cuente con libertad (será signo de atención e interés por sus problemas) sin apremiarle para que sea breve; le transmitiremos confianza y le tranquilizaremos, teniendo en cuenta que está en un medio desconocido (y para muchos, hostil), rodeado de personas extrañas y además se siente enfermo, sin conocer en la mayor parte de las ocasiones de qué se trata y el alcance de su gravedad, lo cual siempre genera un componente de ansiedad e incertidumbre que debemos asumir. Cuando el paciente concluya sus explicaciones espontáneas, comenzaremos el interrogatorio dirigido a reordenar los síntomas y, en la mayor parte de las ocasiones, a profundizar en detalles que nos ayudarán a esclarecer los problemas. Debemos realizar preguntas sencillas y concretas, evitando términos médicos y la interpretación que el propio paciente suele acabar haciendo de muchos de sus síntomas. Ante cansancio o excesiva distracción del enfermo permitiremos un descanso, prosiguiendo posteriormente o bien cambiaremos a temas cotidianos que le ayuden a relajarse y volver a retomar la explicación.

### Estructura de la anamnesis

Aunque la entrevista se debe centrar en el proceso actual del paciente, a la hora de elaborar la información se debe seguir la siguiente estructura:

- a) Datos generales y antecedentes: se deben recoger los datos de filiación del paciente (edad, sexo) y recabar información general sobre los antecedentes patológicos personales y familiares, muy importantes en patologías con reconocido componente genético como dermatitis atópica, psoriasis, o gran parte de la patología tumoral; intervenciones quirúrgicas a las que haya sido sometido, con especial énfasis de nuevo en la patología oncológica; hábitos tóxicos, especialmente en cuanto al consumo de alcohol, tabaco u otras drogas; estilo de vida del enfermo, que debe incluir la realización o no de deporte, vida sedentaria o presenta alguna limitación funcional, además de la orientación y contactos sexuales (si se estima oportuno, especialmente ante enfermedades de transmisión sexual); dieta habitual, con múltiples variantes (sosa, baja en calorías, con exceso de grasa, etc.); profesión, muy útil en toda la patología laboral como por ejemplo las dermatosis ocupacionales, y situación actual de empleo; y el difuso mundo de las alergias en el que es preciso confirmar si el paciente es sensible a una sustancia determinada, especialmente en las enfermedades de la piel o presenta lesiones cutáneas de aparición espontánea o, en cambio, se trata de reacciones adversas que el paciente sufrió y que fueron interpretadas como alérgicas.

Además, se debe recoger de forma pormenorizada toda la información sobre los tratamientos que esté tomando en ese momento, especificando el principio

activo y la dosis, sin olvidar la multitud de productos de herbolario que están en el mercado en la actualidad, y que los pacientes suelen consumir o aplicarse de forma tópica sin interpretarlos como fármacos y que muchas veces no son reconocidos por el propio paciente.

En procesos relacionados con patología obstétrica/ginecológica, es conveniente preguntar por la edad del inicio de la menstruación (menarquia) así como el número de embarazos y partos o abortos que ha tenido la mujer.

Es conveniente que todos los datos referidos puedan estar contrastados de la forma más fidedigna posible (revisando informes previos del paciente, su historia clínica anterior, etc.) evitando quedar supeditados exclusivamente a la memoria que de ellos tenga el enfermo.

Es recomendable, especialmente en ancianos, establecer el grado de actividad de su vida diaria y su lugar de residencia (domicilio o residencias sanitarias) para determinar el impacto real que el proceso actual está teniendo en su estado basal. En determinados casos también serán interesantes datos epidemiológicos del tipo: viajes recientes, consumo de productos, personas afectadas con similares procesos, etc.

- b) Anamnesis del proceso actual: cualquier entrevista debe estar organizada en torno al síntoma o signo guía que le lleva a consultar y que nos servirá para orientar la anamnesis principal. La diferencia entre ambos se establece en que un síntoma es la sensación subjetiva que percibe el paciente (dolor, mareo, etc.) y un signo es un hecho comprobable y contrastable (fiebre de 38°C, orina de color rojizo, etc.).

En la realización de la anamnesis, siguen estando vigentes las tres preguntas clásicas de la medicina: ¿qué le pasa?, ¿desde cuándo? y ¿a qué lo atribuye?, aunque se deben recoger todos los detalles posibles en cuanto a la descripción, intensidad, localización, inicio y duración del síntoma principal, así como de otros síntomas o signos acompañantes que completarán la información. Junto a ello, se debe valorar la evolución y variación que la enfermedad actual ha tenido en el plazo en el que se esté desarrollando y cómo se modifican los síntomas en función de diferentes acciones (reposo, ejercicio, ingesta, etc.). También es conveniente saber si el paciente ha tomado algún fármaco para el proceso actual y los resultados que se han obtenido.

Suele ser útil establecer un criterio cronológico a la hora de ordenar y agrupar toda la información que refiera el enfermo.

## **Anamnesis por aparatos y sistemas**

Una vez realizada la anamnesis general, es conveniente completar la información con un interrogatorio realizado de forma estructurada sobre el resto de aparatos y sistemas de la persona, para evitar que información de interés pueda pasar desapercibida. Es conveniente que la anamnesis complementaria que realice el médico respecto a la sintomatología del aparato o sistema motivo de consulta se incorpore a la anamnesis general, obviando de esta manera repetir preguntas innecesarias en este momento.

A continuación, se revisan los datos fundamentales que deben formar parte del interrogatorio complementario a la anamnesis general, entendiendo que un aparato es un conjunto de órganos compuestos por distintos tipos de tejidos, que están relacionados entre sí por la función específica que desempeñan, y un sistema es algo parecido, pero en el cual los diferentes órganos que lo constituyen están formados por el mismo tipo de tejido.

- a) Sintomatología general: incluye preguntar sobre si el paciente siente cansancio y fatigabilidad en su vida diaria, sobre su apetito o posible pérdida o ganancia de peso reciente producida de forma no voluntaria. También es conveniente preguntar sobre su estado anímico, que puede modificar la percepción que tiene el paciente de sus dolencias; así, un estado depresivo puede tender a magnificar la importancia de los síntomas que sufre y por contra, un estado eufórico o una persona muy activa puede tender a minimizar la importancia de los mismos, algo que puede confundir al médico explorador. No se debe olvidar interrogar al paciente sobre el sueño, si es correcto o presenta insomnio y si precisa mediación para dormir.



**Circulatorio**

b) Aparato cardiocirculatorio: se debe preguntar sobre si el paciente siente disnea (sensación subjetiva de falta de aire), que pueda ser atribuida a un problema cardíaco y que hay que poner en relación a la actividad habitual del enfermo, además de valorar si aparece también cuando el paciente está tumbado y en reposo; sensación de palpitaciones rápidas, que puedan estar en relación con arritmias del corazón; dolor u opresión centrotorácica, con unas características específicas (acompañado de sudoración o sensación nauseosa, de unos minutos de duración, en relación al ejercicio y desaparición con el reposo, con posible irradiación al brazo izquierdo) que pueden hacer pensar en una enfermedad isquémica de las arterias coronarias.

También se debe interrogar sobre si el paciente presenta edema, es decir, hinchazón e inflamación, habitualmente no dolorosa, producida por el acúmulo de agua en una determinada zona, preferentemente en las extremidades inferiores, reflejo de la insuficiencia de las venas para hacer llegar la sangre al corazón, bien porque este esté fallando y no pueda bombear la sangre que le llega o bien por un problema directo de la circulación de retorno, pudiendo fluctuar en intensidad del día a la noche.



**Respiratorio**

c) Aparato respiratorio: por orden anatómico, se debe preguntar por sintomatología de insuficiencia respiratoria nasal o síntomas acompañantes de patología de la vía aérea superior (secreción nasal, dolor o irritación faríngea, cambios en el tono de voz, etc.); presencia de tos, en relación o no a la exposición a sustancias inhaladas (humo, polen, productos tóxicos) o de aparición espontánea, la duración de la misma, si es continua o en accesos y si va acompañada de expectoración, siendo conveniente especificar las características macroscópicas de la misma, como cambios de coloración o la presencia de sangre, en cuyo caso se denomina expectoración hemoptoica o hemoptisis y que suelen aparecer en enfermedades graves de la vía aérea o de los pulmones; ruidos patológicos en la respiración, especialmente silbidos que pueden ser audibles por el propio paciente denominados sibilancias, y que suelen estar en relación a estrechamientos de los bronquios que se producen en algunas enfermedades como el asma; y dolor torácico, referido en este caso a los costados o a la espalda, en relación con las maniobras de respiración profunda o con la tos.

En este aparato también cabe reseñar si el paciente siente disnea, que puede compartir formas de presentación parecidas a las enfermedades cardiovasculares (en relación o no al ejercicio o reposo, asociada a la tos, etc.).



**Digestivo**

d) Aparato digestivo: se debe indagar sobre la tolerancia a los alimentos ingeridos o la presencia de náuseas o vómitos (con especial atención

a si son espontáneos o provocados, como en determinados trastornos de la conducta alimentaria como la bulimia); dolor o dificultad en la deglución, que se denomina disfagia; el amplio abanico de síntomas englobados en el dolor abdominal, que pueden ser muy variados, como el dolor en la región central y superior del abdomen, que suele estar en relación a problemas gástricos, especialmente si va acompañado de sensación de ardor y en relación a las comidas, frecuente en las gastritis y las úlceras, o dolor en la región superior derecha del abdomen, habitualmente acompañado de náuseas y vómitos, que suele corresponder a patología de la vesícula y la vía biliar, o dolor de distribución más difusa por todo el abdomen, acompañado de sensación de distensión abdominal o flatulencia, que pueden estar asociados a cambios del ritmo intestinal, algo muy importante que no se debe olvidar en ninguna anamnesis dirigida, tanto si se refieren a un estreñimiento de reciente aparición como a la presencia de diarrea sin un motivo aparente. A todo ello, hay que añadir la investigación de las características de las heces y su coloración, sobre todo si son de color negro o van acompañadas de sangre, que puede ponernos sobre la pista de sangrado en el tubo digestivo, que puede reflejar desde la presencia de procesos tan simples como un cuadro hemorroidal hasta enfermedades tumorales a este nivel.



Urinario



Reproductor



Nervioso

e) Aparato urinario: en su anamnesis se incluyen síntomas y signos tales como la cantidad de orina (escasa u oliguria, aumentada o poliuria) que pueden obedecer a múltiples enfermedades diferentes; la cantidad de micciones que realiza el paciente, así como la dificultad en iniciar y acabar la misma, especialmente en los varones y que suele estar en relación a patología de la próstata; la presencia de dolor con la micción; y las características de la orina, tanto su olor como especialmente su color, cuyas variaciones pueden estar en relación con una enfermedad que afecte primariamente a los riñones o ser reflejo de la eliminación de sustancias acumuladas por el organismo por una enfermedad que afecte a otro órgano.

f) Aparato reproductor: aunque no suele formar parte de la anamnesis normal habitual, en caso necesario es conveniente completar la información preguntando al paciente sobre la presencia de impotencia sexual y dificultad en la erección en el varón, así como dolor en las relaciones sexuales en la mujer o cambios en las características del flujo vaginal, que pueden traducir la presencia de un proceso infeccioso. Además, es conveniente preguntar a la mujer sobre la periodicidad de sus menstruaciones o, en el caso de mujeres mayores, la fecha de inicio de la menopausia y la presencia o no de sintomatología asociada al síndrome postmenopáusic (especialmente episodios de acaloramiento y sensación de rubor facial).

g) Sistema nervioso: se debe preguntar sobre problemas motores, en el sentido de pérdida de fuerza de alguna extremidad; sensitivos, tanto por falta de sensibilidad (hipoestesia o anestesia), como por exceso (hiperestesia) o por alteración en la percepción sensitiva (disestesia); alteraciones en la bipedestación, tanto en la posición estática como en la marcha, que en muchos casos el paciente no llega a describir bien y forman parte más a menudo de la exploración física que de la

anamnesis; si presenta temblor o rigidez de algún miembro o si sufre alteraciones en la coordinación de los movimientos. Por último, también es conveniente saber si el enfermo presenta un correcto control de los esfínteres vesical y anal.

En este apartado se suele incluir la valoración de los órganos de los sentidos, sobre todo la sintomatología referida a la vista, especialmente en cuanto a la pérdida de agudeza visual, visión borrosa o dolor ocular, y al oído, de igual modo en cuanto a la agudeza auditiva o a la percepción de ruidos anormales, denominados acúfenos, muy frecuentes en los ancianos y de causa desconocida. Es frecuente que los pacientes manifiesten alteraciones inespecíficas del equilibrio definidas como sensación de mareo o inestabilidad, que muchas veces están en relación a patología del sistema vestibular, que forma parte del oído interno.

- h) Aparato locomotor: para bien o para mal, es una patología frecuentemente referida por el paciente, que puede tener relación o no con el proceso actual por el que consulta. Es preciso determinar si sufre algún dolor articular, en relación con el inicio del movimiento y que suele calmar al continuar el ejercicio, sugerente de patología degenerativa artrósica, con lo que mejora con el reposo, o bien es un dolor de aparición continua, incluso en reposo, que suele corresponder a otros procesos inflamatorios articulares. No confundir el dolor articular, o artralgia, con la artritis, término muy empleado por los pacientes, que supone la inflamación de una articulación pero que debe ser confirmada con la exploración realizada por un médico de forma objetiva.



- i) Sistema tegumentario (incluye piel, pelo, uñas y mucosas): debe incluir el interrogatorio sobre la exposición solar del paciente, íntimamente relacionada con múltiples procesos cutáneos, tanto en su génesis como en su evolución; la posible picadura de insectos, contacto con plantas o mascotas o con posibles enfermos como vehículos de transmisión de enfermedades infecciosas.

La cronología de la toma de un fármaco es muy importante en las erupciones cutáneas del tipo urticaria y en las toxicodermias. Como la patología cutánea tiene un componente visual evidente, es muy útil preguntar al paciente de forma específica sobre las características de la lesión, si asocia picor (prurito) o sangrado, en qué región del cuerpo comenzó, el grado de crecimiento o extensión, cómo ha sido el patrón de diseminación de la lesión y su evolución o si ha existido algún factor desencadenante de la misma.

No olvidar que muchas de las enfermedades internas del paciente pueden tener asociada una manifestación externa que puede constituir el motivo de consulta, pero que nos pone sobre la pista de un problema más amplio.



- j) Sistema endocrino: aunque agrupa multitud de síntomas que comprende un amplio abanico de enfermedades, es conveniente preguntar por síntomas o signos que pueden estar en relación con patologías relativamente frecuentes en nuestra sociedad como son la diabetes (pérdida de peso, poliuria, sensación de sed o de hambre) o la patología tiroidea (pérdida o ganancia de peso no explicable,

temblor fino en manos, episodios de sudoración profusa, intolerancia al frío o al calor).

- k) Anamnesis específica de enfermedades infecciosas: Dado el amplio espectro de síntomas y signos que pueden presentarse en las enfermedades infecciosas se debe realizar una anamnesis completa orientada a localizar el órgano afecto, el agente causal así como descartar otras posibles patologías. En este amplio grupo de enfermedades, suele ser especialmente interesante recabar información sobre los convivientes del paciente (que también puedan estar enfermos) así como el estado de vacunación, el contacto con animales (salvajes o domésticos) o los viajes recientemente realizados.

El síntoma cardinal de las enfermedades infecciosas es la fiebre, es decir temperatura mayor de 38,3°C según los estudios clásicos de Patterson et al., aunque habitualmente la consideramos a partir de 38°C. Hay que pensar que la fiebre no siempre esta presente en las enfermedades infecciosas y que, por el contrario, no todas los procesos febriles son debidos a una infección. En cualquier caso las características de la misma (intensidad), distribución temporal, patrones de aparición o síntomas acompañantes pueden orientar hacia el diagnostico etiológico.

Todos estos datos aportarán al clínico abundante información sobre el paciente y las características de la enfermedad del padece, que será sometido a continuación a una correcta exploración física.