



MATERIAL EDUCATIVO: GUÍA DE ANAMNESIS DEL PACIENTE ADULTO PARA ESTUDIANTES DE SEMIOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE

Arancibia, J.¹, Escobar, C.¹, Poblete, V.¹, Vidal L.¹, Vergara, J.²

¹ Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago de Chile

² Médico Unidad de Medicina CHSJ. Coordinador para 3er y 4to año medicina interna campus CHSJ. Escuela de medicina. Universidad de Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

Uno de los primeros desafíos que enfrenta el estudiantado al comenzar sus prácticas clínicas es la realización de la anamnesis, que consiste en la exploración clínica que permite realizar una valoración integral del estado del paciente, mediante la comunicación, para recabar datos personales, motivo de consulta, dolencias actuales, antecedentes remotos, familiares y sociales. En Estados Unidos, el 85% de las demandas judiciales por negligencia médica se basan en defectos de comunicación¹. Por lo tanto, es importante ir adquiriendo y perfeccionando habilidades con la práctica y resulta necesaria la creación de esta guía como punto de partida.

DESCRIPCIÓN

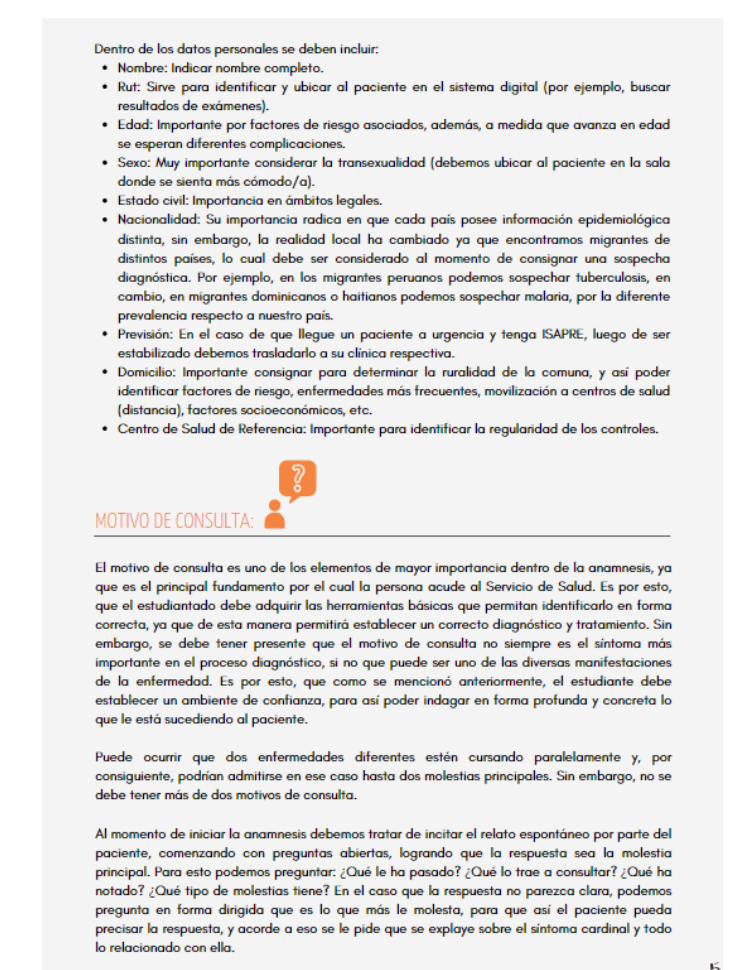
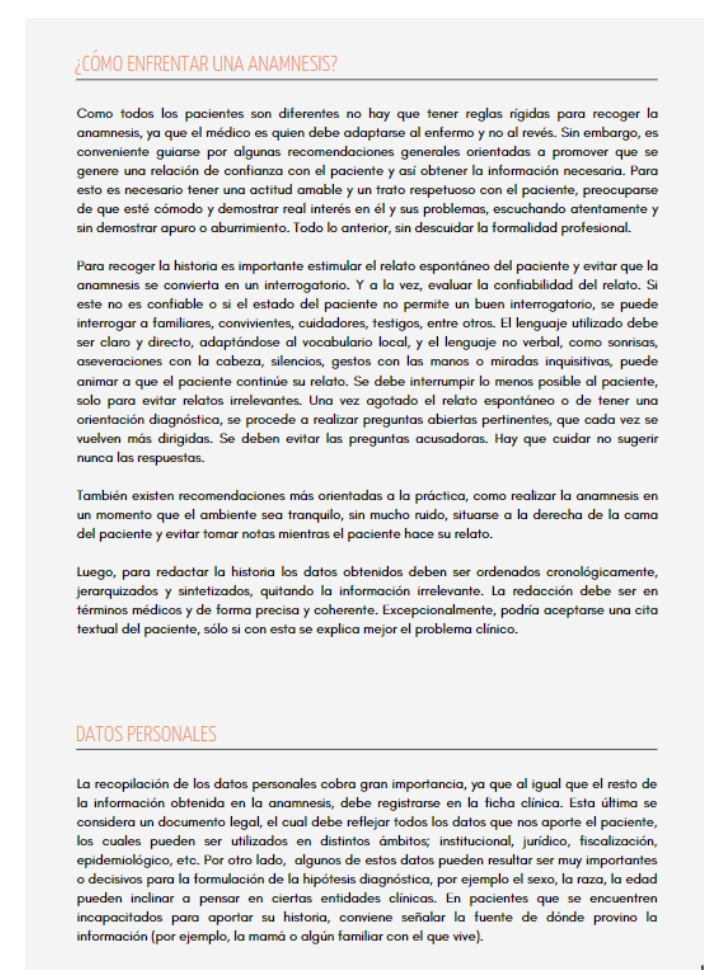
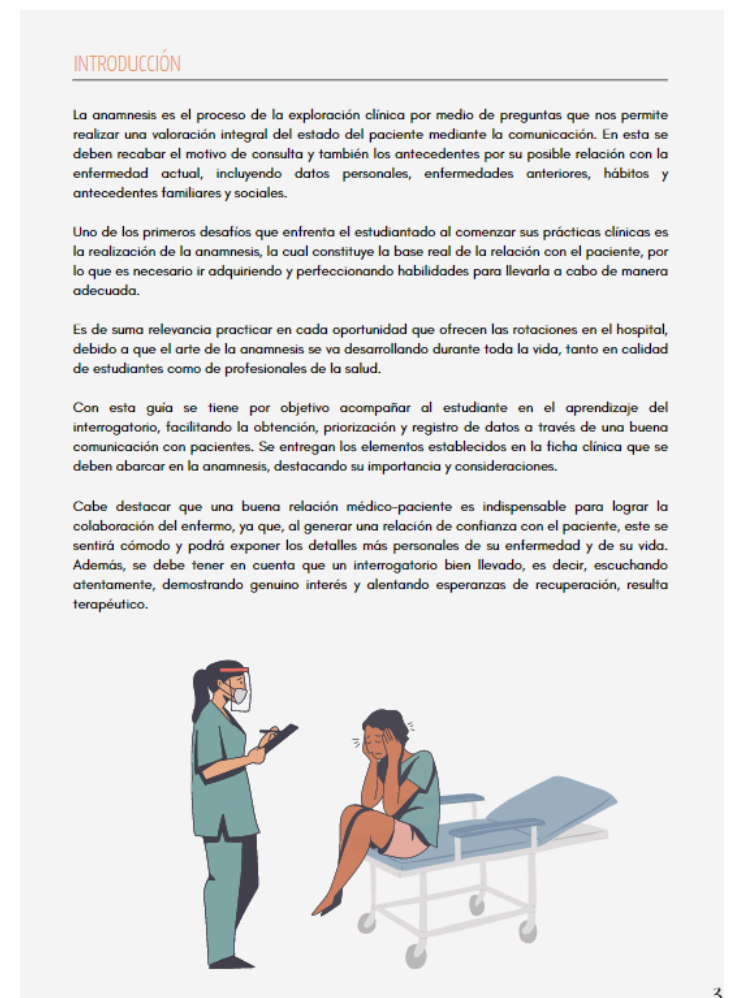
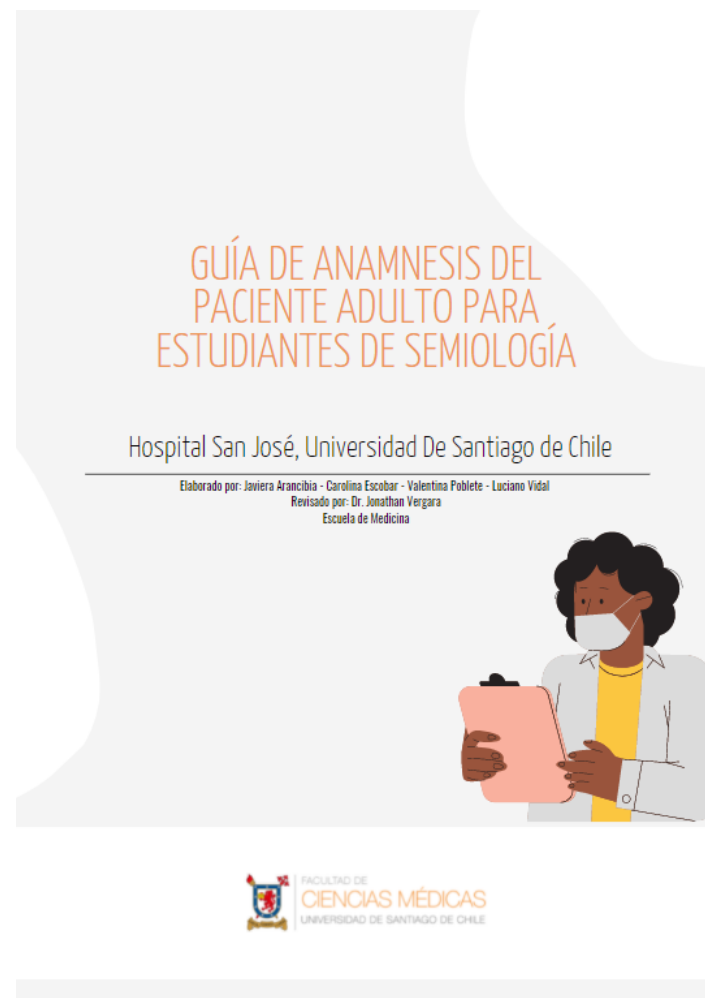
Este material en formato digital tiene como objetivo facilitar la obtención y registro de datos a través de una buena comunicación con pacientes. La estructura está basada en la ficha clínica proporcionada a los estudiantes de Medicina en el Hospital San José y su contenido en la bibliografía recomendada en la asignatura de Semiología Clínica. Por lo tanto, se considera apto este formato de apoyo como método de primer acercamiento, ya que constituye el instrumento básico utilizado en la práctica clínica. Por último, se realizó una revisión de formato y contenido por parte de nuestro tutor.

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

Mejorar la calidad de registro de anamnesis en estudiantes de tercer año del curso de Semiología en pacientes hospitalizados en la unidad de Medicina del hospital San José. Posteriormente, se realizará una encuesta confidencial y consentimiento informado a los estudiantes de Semiología sobre la utilidad del material educativo entregado. Asimismo, se les solicitará indicar sugerencias que puedan ser incluidas, de forma tal de perfeccionar el material según las necesidades manifestadas.

COMENTARIOS

Se espera que la guía sea evaluada positivamente por el estudiantado y que, por sobre todo, constituya una herramienta útil para su práctica clínica, facilitando la adquisición de las destrezas necesarias para llevar a cabo de buena manera la anamnesis en el ámbito hospitalario.



¿CÓMO ENFRENTAR UNA ANAMNESIS?

Como todos los pacientes son diferentes no hay que tener reglas rígidas para recoger la anamnesis, ya que el médico es quien debe adaptarse al enfermo y no al revés. Sin embargo, es conveniente guiar por algunas recomendaciones generales orientadas a promover que se genere una relación de confianza con el paciente y así obtener la información necesaria. Para esto es necesario tener una actitud amable y un trato respetuoso con el paciente, preocuparse de que esté cómodo y demostrar real interés en él y sus problemas, escuchando atentamente y sin demostrar apuro o aburrimiento. Todo lo anterior, sin descuidar la formalidad profesional.

Para recoger la historia es importante estimular el relato espontáneo del paciente y evitar que la anamnesis se convierta en un interrogatorio. Y a la vez, evaluar la confiabilidad del relato. Si este no es confiable o si el estado del paciente no permite un buen interrogatorio, se puede interrogar a familiares, convivientes, cuidadores, testigos, entre otros. El lenguaje utilizado debe ser claro y directo, adaptándose al vocabulario local, y el lenguaje no verbal, como sonrisas, observaciones con la cabeza, silencios, gestos con las manos o miradas inquisitivas, puede animar a que el paciente continúe su relato. Se debe interrumpir lo menos posible al paciente, solo para evitar relatos irrelevantes. Una vez agotado el relato espontáneo o de tener una orientación diagnóstica, se procede a realizar preguntas abiertas pertinentes, que cada vez se vuelven más dirigidas. Se deben evitar las preguntas acusatorias. Hay que cuidar no sugerir nunca las respuestas.

También existen recomendaciones más orientadas a la práctica, como realizar la anamnesis en un momento que el ambiente sea tranquilo, sin mucho ruido, situarse a la derecha de la cama del paciente y evitar tomar notas mientras el paciente hace su relato.

Luego, para redactar la historia los datos obtenidos deben ser ordenados cronológicamente, jerarquizados y sintetizados, quitando la información irrelevante. La redacción debe ser en términos médicos y de forma precisa y coherente. Excepcionalmente, podría aceptarse una cita textual del paciente, solo si con esto se explica mejor el problema clínico.

DATOS PERSONALES

La recopilación de los datos personales cobra gran importancia, ya que al igual que el resto de la información obtenida en la anamnesis, debe registrarse en la ficha clínica. Esta última se considera un documento legal, el cual debe reflejar todos los datos que nos aporte el paciente, los cuales pueden ser utilizados en distintos ámbitos: institucional, jurídico, fiscalización, epidemiológico, etc. Por otro lado, algunos de estos datos pueden resultar ser muy importantes o decisivos para la formulación de la hipótesis diagnóstica, por ejemplo el sexo, la raza, la edad pueden indicar o pensar en ciertas entidades clínicas. En pacientes que se encuentran incapacitados para aportar su historia, conviene señalar la fuente de dónde proviene la información (por ejemplo, la mamá o algún familiar con el que vive).

INTRODUCCIÓN

La anamnesis es el proceso de la exploración clínica por medio de preguntas que nos permite realizar una valoración integral del estado del paciente mediante la comunicación. En esta se deben recabar el motivo de consulta y también los antecedentes por su posible relación con la enfermedad actual, incluyendo datos personales, enfermedades anteriores, hábitos y antecedentes familiares y sociales.

Uno de los primeros desafíos que enfrenta el estudiantado al comenzar sus prácticas clínicas es la realización de la anamnesis, la cual constituye la base real de la relación con el paciente, por lo que es necesario ir adquiriendo y perfeccionando habilidades para llevarlo a cabo de manera adecuada.

Es de suma relevancia practicar en cada oportunidad que ofrecen las rotaciones en el hospital, debido a que el arte de la anamnesis se va desarrollando durante toda la vida, tanto en calidad de estudiantes como de profesionales de la salud.

Con esta guía se tiene por objetivo acompañar al estudiante en el aprendizaje del interrogatorio, facilitando la obtención, priorización y registro de datos a través de una buena comunicación con pacientes. Se entregan los elementos establecidos en la ficha clínica que se deben abarcar en la anamnesis, destacando su importancia y consideraciones.

Cabe destacar que una buena relación médico-paciente es indispensable para lograr la colaboración del enfermo, ya que, al generar una relación de confianza con el paciente, este se sentirá cómodo y podrá exponer los detalles más personales de su enfermedad y de su vida. Además, se debe tener en cuenta que un interrogatorio bien llevado, es decir, escuchando atentamente, demostrando genuino interés y alentando esperanzas de recuperación, resulta terapéutico.



Dentro de los datos personales se deben incluir:

- Nombre: Indicar nombre completo.
- Rut: Sirve para identificar y ubicar al paciente en el sistema digital (por ejemplo, buscar resultados de exámenes).
- Edad: Importante por factores de riesgo asociados, además, a medida que avanza en edad se esperan diferentes complicaciones.
- Sexo: Muy importante considerar la transexualidad (debemos ubicar al paciente en la sala donde se sienta más cómodo/a).
- Estado civil: Importante en ámbitos legales.
- Nacionalidad: Su importancia radica en que cada país posee información epidemiológica distinta, sin embargo, la realidad local ha cambiado ya que encontramos migrantes de distintos países, lo cual debe ser considerado al momento de consignar una sospecha diagnóstica. Por ejemplo, en los migrantes peruanos podemos sospechar tuberculosis, en cambio, en migrantes dominicanos o haitianos podemos sospechar malaria, por la diferente prevalencia respecto a nuestro país.
- Previsión: En el caso de que llegue un paciente a urgencia y tenga EPSRE, luego de ser estabilizado debemos trasladarlo a su clínica respectiva.
- Domicilio: Importante consignar para determinar la ruralidad de la comuna, y así poder identificar factores de riesgo, enfermedades más frecuentes, movilización a centros de salud (distancia), factores socioeconómicos, etc.
- Centro de Salud de Referencia: Importante para identificar la regularidad de los controles.

MOTIVO DE CONSULTA:

El motivo de consulta es uno de los elementos de mayor importancia dentro de la anamnesis, ya que es el principal fundamento por el cual la persona acude al Servicio de Salud. Es por esto, que el estudiantado debe adquirir los instrumentos básicos que permitan identificarlo en forma correcta, ya que de esta manera permitirá establecer un correcto diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, se debe tener presente que el motivo de consulta no siempre es el síntoma más importante en el proceso diagnóstico, si no que puede ser uno de las diversas manifestaciones de la enfermedad. Es por esto, que como se mencionó anteriormente, el estudiante debe establecer un ambiente de confianza, para así poder indagar en forma profunda y concreta lo que le está sucediendo al paciente.

Puede ocurrir que dos enfermedades diferentes estén cursando paralelamente y, por consiguiente, podrían confundirse en ese caso hasta dos molestias principales. Sin embargo, no se debe tener más de dos motivos de consulta.

Al momento de iniciar la anamnesis debemos tratar de incitar el relato espontáneo por parte del paciente, comenzando con preguntas abiertas, logrando que la respuesta sea la molestia principal. Para esto podemos preguntar: ¿Qué le ha pasado? ¿Qué lo trae a consultar? ¿Qué ha notado? ¿Qué tipo de molestias tiene? En el caso que la respuesta no parezca clara, podemos preguntar en forma dirigida que es lo que más le molesta, para que así el paciente pueda precisar la respuesta, y acorde a eso se le pide que se explore sobre el síntoma cardinal y todo lo relacionado con ella.

REFERENCIAS

1. Swartz M. (2015). Tratado de semiología. Anamnesis y exploración física. España: Elsevier.