

Actualidades epidemiológicas

Base epidemiológica del estudio de los antecedentes del paciente y los factores de riesgo

Juan José García García¹

¹Coordinador de enseñanza de 3° y 4° año. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina

La estructura clásica de la historia clínica, como formato para la recolección de datos, contempla una serie de apartados relativos a distintos tipos de antecedentes del sujeto en estudio, entendidos como hechos que ya ocurrieron, o bien como situaciones o características aún presentes, y que incluyen los antecedentes denominados hereditarios y familiares, los considerados como no patológicos, los patológicos, y, en su caso, los ginecoobstétricos. Indudablemente esta información resulta muy valiosa para el establecimiento de un diagnóstico integral, sin embargo, la obtención de estos datos merece algunas consideraciones con respecto al orden o secuencia en que es recabada.

En este sentido, partir justamente de los antecedentes, para luego interrogar acerca del padecimiento actual, permitiría tener una sistematización en el proceso de anamnesis a fin de no omitir algún rubro, como parte de la estrategia de búsqueda exhaustiva para el establecimiento del diagnóstico, (especial, aunque no exclusivamente útil para el médico en formación); tiene, sin embargo, el inconveniente de poder hacerle sentir al paciente que no se le está brindando la adecuada atención al problema principal; de consumir tiempo; de dispersar la atención u orientarla hacia aspectos que pueden ser poco relevantes y, lo que es peor, a llenarse de datos que no son incorporados posteriormente en el diagnóstico integral, con lo cual se pierde la razón de su búsqueda, que es el hecho de identificar, en primera instancia, los factores de riesgo asociados al motivo de la consulta. Paralelamente, pueden llegar a detectarse antecedentes relacionados con otros problemas de salud que pudieran generarse en un futuro, desde un punto de vista probabilístico, lo que tendría aplicación, tanto en el planteamiento de hipótesis diagnósticas, como en la formulación de un programa preventivo, terapéutico o rehabilitatorio individualizado.

Por ejemplo, si se identifica por interrogatorio una alimentación deficiente deberá buscarse su impacto en la somatometría y la hemoglobina; si el individuo ha laborado expuesto por un tiempo prolongado a polvos o humos, habrá que estudiar las repercusiones en el aparato respiratorio y descartar la posible asociación que tengan con el padecimiento actual. Habitualmente una enfermedad no inmuniza contra otras.

¿De qué sirve identificar y detallar el antecedente de tabaquismo, si después no se busca intencionalmente la patología a la cual puede dar lugar, o se intenta modificar el patrón de consumo a través de una adecuada acción educativa?

De la misma manera, no puede entenderse que el reconocimiento de antecedentes hereditarios de diabetes *mellitus* en un paciente mayor de 40 años, sedentario y obeso, se subestimen debido a que éste aparentemente no presenta manifestaciones clínicas de dicha enfermedad, y no se hagan recomendaciones acerca de la dieta y de la necesidad de reducir de peso.

La otra opción para interrogar acerca de los antecedentes es que la búsqueda de los posibles factores de riesgo se realice de manera intencionada en función del padecimiento actual y las manifestaciones a nivel de los distintos aparatos y sistemas. Esta modalidad que brinda la entrevista clínica exige ser más selectivo en cuanto a la información solicitada, con el inconveniente de que si no se cuenta con una adecuada preparación sobre los aspectos epidemiológicos de la enfermedad, pueden pasarse por alto antecedentes de suma importancia. Esta modalidad se inscribe más bien dentro de la estrategia hipotético-deductiva para la integración del diagnóstico.

En esta vertiente se deberá explorar de manera intencionada, por ejemplo, el lugar de origen y de residencia, si se sospecha de un padecimiento endémico de una región; los antecedentes transfusionales, el uso de drogas intravenosas y, por supuesto, la conducta sexual, si se está pensado en SIDA; y todos aquellos que se juzgan pertinentes.

La sospecha de tuberculosis pulmonar en un adulto con tos productiva de más de dos semanas de duración, no fumador, con peso bajo para la talla, exige la búsqueda, por ejemplo, de la convivencia con un caso conocido de la enfermedad, la presencia de otras enfermedades inmunodepresoras, así como, eventualmente, los antecedentes laborales de exposición a polvos.

Es indispensable, pues, tener presente que en todo este conjunto de antecedentes se encuentra la exposición a los factores de riesgo que dieron lugar a la enfermedad actual del paciente y los que están asociados a una posible patología en desarrollo no detectada. De la misma manera, no puede perderse de vista que estos factores, a su vez, puedan también tener un carácter pronóstico, y que su presencia o ausencia

influya en la evolución clínica de la enfermedad en estudio. Una enfermedad puede ser, a su vez, un factor de riesgo para otra. Por ejemplo, la hipertensión arterial constituye un factor de riesgo para infarto al miocardio y para la enfermedad vascular cerebral.

Toda estrategia de manejo del caso debe incluir acciones tendentes a la eliminación o modificación de factores asociados a fin de evitar nuevos episodios o complicaciones y propiciar la curación: fomentar, reforzar o modificar conocimientos, actitudes y conductas del individuo y la familia y propiciar un estilo de vida más saludable; llevar a cabo medidas de control sobre el ambiente físico y biológico inmediatos y todos los agentes específicos identificados. Las medidas terapéuticas o recomendaciones deberán ser acordes a las circunstancias particulares del momento actual o de la vida pasada.

Todo esto es el resultado de los conocimientos adquiridos a partir de estudios epidemiológicos relativos a la causalidad de un problema analizado, del uso de índices que miden el riesgo de daño por exposición a factores específicos (riesgo relativo, razón de momios), y de los que expresan la reducción esperada en la frecuencia de una enfermedad si se elimina dicho factor (medias de riesgo atribuible o impacto potencial). Por este

motivo, es de particular importancia que el médico sepa interpretar estos valores y apreciar el papel que juega un determinado factor en el desarrollo de una enfermedad.

Por último, conviene insistir en que la historia clínica, como documento, constituye a su vez, una fuente de datos para llevar a cabo investigación epidemiológica, por ejemplo, a través de un diseño de casos y controles, que se utilicen registros ya existentes y que la calidad de la información sea válida, confiable y legible.

Referencias

1. García GJJ. Medición del riesgo en epidemiología. *Revista Mexicana de Pediatría* 1998;65:76-83.
2. García GJJ. Medidas de efecto o impacto potencial. *Revista Mexicana de Pediatría* 1998;65:136-139.
3. Estrategias para el diagnóstico clínico. En: Sackett D, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. *Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica* 2a. Ed., Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1994:19-33.
4. Identificación de los casos de enfermedad. En: Jenicek M. *Epidemiología. La lógica de la medicina moderna*. Barcelona: Masson S.A., 1996:81-92.