

El antecedente personal patológico en la anamnesis

Personal pathological information in the Clinical History

Grettchen Flores Sandí

Departamento de Medicina Legal
Poder Judicial – Universidad de Costa Rica
Asociada ACOSAP N° 524
Código Médico: 4141
Correo electrónico: grettchenflores@medicos.cr

Recibido: 12 mayo 2014

Aceptado: 25 agosto 2014

La anamnesis en el proceso diagnóstico

Previo a considerar cuál es el papel de los antecedentes personales patológicos en la anamnesis, es necesario comprender que todo acto médico debe iniciar con la búsqueda de un diagnóstico y entender del papel de la anamnesis en este proceso médico, ya sea para establecer un diagnóstico presuntivo o definitivo. Algunos autores¹⁻² amplían que la importancia de establecer un diagnóstico radica en que aclara lo que no se conoce con el fin de evaluar la gravedad; orienta el camino terapéutico que se debe seguir y los recursos técnicos y humanos fundamentales en la cadena de actividades que implica una buena atención médica, encaminada a buscar la curación o el alivio; controlando el resultado de la intervención médica y permitiendo efectuar pronósticos.

En el proceso médico de establecer un diagnóstico se requiere elaborar una hipótesis basada en los datos obtenidos mediante el método clínico, que como todo método consta de pasos sistemáticos que empiezan con la formulación del problema, luego la búsqueda de información mediante el interrogatorio o anamnesis y el examen físico (que incluye

inspección, palpación, percusión y auscultación), para continuar con un diagnóstico presuntivo basado en la información obtenida del paciente, el cual es contrastado después por la realización de exámenes complementarios o por la evolución del cuadro clínico, para elaborar un diagnóstico definitivo. Aunque existen casos en que este diagnóstico definitivo no siempre puede lograrse y se deben continuar replanteando las hipótesis diagnósticas.³⁻⁴

Lo importante en este proceso es considerar que una buena relación médico-paciente, una anamnesis completa y un examen físico preciso son las bases en que se apoya cualquier razonamiento diagnóstico.

Ahora bien, una “anamnesis completa” es el término empleado en medicina para referirse a la información recopilada mediante preguntas específicas, formuladas al propio paciente o a otras personas encargadas del mismo para obtener datos útiles y elaborar información valiosa para formular el diagnóstico y tratar al paciente. Este proceso de la exploración clínica se ejecuta mediante el interrogatorio para

identificar al o la paciente, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él o ella y determinar los antecedentes familiares, ambientales y personales relevantes para su estado de salud. De allí, la importancia de su exhaustividad, con el objeto de encuadrar el mayor número de datos en forma ordenada y así llegar a conclusiones válidas. Autores como J Díaz-Novás, B Gallego-Machado y A León-González³ indican que la anamnesis resulta ser la base fundamental para el diagnóstico de los problemas de salud y entre el 50 al 75% de los diagnósticos se establecen por el interrogatorio. Tradicionalmente la información subjetiva se organiza bajo un cuadro de categorías: ficha de identificación, padecimiento actual o historia de la enfermedad actual, antecedentes personales patológicos, no patológicos, quirúrgicos y traumáticos, antecedentes ginecobstétricos cuando procedan y antecedentes familiares. Como se ha mencionado, no resulta sencillo hacer un diagnóstico preciso, incluso durante este interrogatorio se requiere hacer una evaluación que tenga en cuenta: respuestas ante el cuestionario específico, reacciones del paciente ante determinados planteamientos, mecanismos de defensa, lenguaje corporal y antecedentes.

De ahí que el médico tratante deba tener en cuenta en todo momento que la historia clínica no solo es un documento esencial para la atención de salud, con implicaciones legales, útil además para docencia, investigación, evaluación de calidad y gestión de recursos, sino también precisamente el apoyo de cualquier razonamiento diagnóstico.

Al respecto J. Renau e I. Pérez-Salinas⁵ afirman que la historia clínica debe contener suficiente información para identificar al paciente, justificar el diagnóstico y tratamiento, y documentar los resultados de la asistencia.

Un antecedente personal patológico no es otra cosa que las enfermedades que presentó o presenta actualmente un paciente. Es en este contexto que resulta imprescindible que el

médico tenga un entrenamiento adecuado sobre la anamnesis, que le facilite realizar un diagnóstico certero y brindar un tratamiento adecuado y oportuno. Pues en la práctica médica es posible que el paciente no narre cosas sino se le han preguntado y queden por fuera diagnósticos importantes creándose un subregistro de diagnósticos y por lo tanto una demora en tratamientos, que muchas veces pudo haberse evitado. Hay que señalar además que los médicos tienen el deber de detectar en sus consultas pacientes con conductas de riesgo, informarles sobre estos riesgos, dar consejo sistemático a todos los pacientes y ofrecer tratamiento y seguimiento a quien ha decidido abandonar estas conductas y solicitado ayuda terapéutica en este sentido.

Con respecto al tabaquismo, ingesta de bebidas alcohólicas y uso de drogas, usualmente consideradas hábitos e interrogadas en el apartado de antecedentes personales no patológicos, hoy en día se reconocen como adicciones y por lo tanto enfermedades sobre las que se debe historiar al paciente máxime la posibilidad de otras patologías asociadas y la repercusión para el sistema de salud costarricense. Está demostrado que un sistema de registro protocolizado incrementa la frecuencia de las intervenciones en tabaquismo⁶. A toda persona que acuda a las consultas de atención primaria por cualquier motivo se le debe preguntar sobre el consumo de tabaco y la exposición al humo ambiental de tabaco.

Tabaquismo como patología adictiva crónica

La dependencia del tabaco o tabaquismo se considera no solo un hábito tóxico, pues desde el punto de vista físico el consumo del tabaco se asocia principalmente a enfermedades cardiovasculares, respiratorias y distintos tipos de cáncer. El Informe Mundial sobre la Epidemia del Tabaquismo 2013, lanzado el 10 de julio de 2013 en la Ciudad de Panamá, indica que el consumo de tabaco y la exposición al humo ambiental de tabaco, se

mantienen como la primera causa de mortalidad prevenible en el mundo y representa el principal factor de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles. Ocupa el cuarto lugar como factor de riesgo de enfermedad y está presente en 6 de las 8 principales causas de mortalidad en el mundo (cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, infecciones de las vías respiratorias inferiores, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), tuberculosis y ciertos tipos de cáncer)⁷⁻⁸

Hoy en día se le reconoce como una patología crónica adictiva, es decir, una forma de drogodependencia producto de la nicotina, principio activo del tabaco y droga adictiva, que como tal tiene las características de otras drogas: tolerancia, dependencia física y psicológica y síndrome de abstinencia al abandonar su consumo.

La dependencia al tabaco es una enfermedad incluida tanto en la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, como en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM-IV-TR.

Al respecto uno de los estándares más importantes actualmente como referencia para el diagnóstico de la adicción es el Manual de Enfermedades y Estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría, conocido por sus siglas en inglés DSM-IV en su cuarta versión, incluye criterios para el diagnóstico tanto de la adicción química como para otros desórdenes relacionados con el uso de psicotrópicos tales como: el abuso de sustancias, la intoxicación y

el síndrome de abstinencia, así como de las psicosis inducidas por el uso de drogas.

Los últimos criterios presentados en el DSM-IV incluyeron la dependencia y la abstinencia a la nicotina como trastornos, pero el abuso de nicotina y la intoxicación nicotínica no fueron considerados, puesto que son muy raros.

El test de Fagerström es el instrumento más útil, de los que se dispone en el momento actual, para medir el grado de dependencia física que los fumadores tienen por la nicotina. Se trata de un test de seis preguntas con respuestas múltiples que es posible incluir en la anamnesis médica.

Dependiendo de la respuesta que cada fumador dé a cada una de las preguntas se obtiene una determinada puntuación. Al sumar los puntos obtenidos en cada una de las preguntas resulta una puntuación total que oscila entre 0 y 10 puntos. Si el sujeto tiene entre 0 y 3 puntos se dice que su grado de dependencia es leve, si tiene entre 4 y 6 su grado es moderado y si tiene 7 o más su grado es intenso (Cuadro No 1).

El conocimiento de la puntuación del test de Fagerström sirve para determinar el grado de dependencia, para indicar el mejor tipo de tratamiento farmacológico a realizar y para valorar el riesgo de desarrollar un determinado tipo de trastorno o enfermedad por parte de ese fumador.⁹

Cuadro No.1 Test de Fagerström modificado

¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	
Hasta 5 min	3
De 6 a 30 min	2
De 31 a 60 min	1
Más de 60 min	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares en los que está prohibido hacerlo (hospital, cine, biblioteca)?	
Sí	1
No	0
¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	
El primero de la mañana	1
Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	
Menos de 10 cigarrillos/día	0
Entre 11 y 20 cigarrillos/día	1
Entre 21 y 30 cigarrillos/día	2
31 o más cigarrillos	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	
Sí	1
No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	
Sí	1
No	0
Total	
Puntuaciones:	
Menor o igual a 3 puntos: grado leve de dependencia	
Valores de 4 a 6 puntos implican una dependencia moderada	
Si la puntuación es igual o superior a 7 puntos: grado grave de dependencia	

Fuente: Jiménez-Ruiz CA, Barrueco-Ferrero M, Solano-Reina S, Torrecilla-García M, Domínguez-Grandal, F, Díaz-Maroto-Muñoz JL et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. Arch Bronconeumol 2003; 39:35-41

El punto fundamental en el control del tabaquismo por el médico general, es la comprensión de que en la actualidad se considera como una enfermedad adictiva crónica susceptible de recibir diferentes tipos de tratamiento y por lo tanto una patología que no debe obviarse en la anamnesis, pues al realizar un correcto diagnóstico de las características de

cada fumador se le puede brindar el tratamiento más adecuado, con el objetivo de que el paciente avance en el proceso de abandono de su adicción y consiga la abstinencia en el menor tiempo posible y además con las menores repercusiones a su salud y a la de las personas que le rodean.

REFERENCIAS:

1. Capurro D, Rada G. El proceso diagnóstico. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 534-538.
2. Guzmán F, Arias CA. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Rev Colomb Cir.* 2012;27:15-24.
3. Díaz-Novás J, Gallego-Machado B, León-González A. El diagnóstico médico: bases y procedimientos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2006; 22. Disponible en: bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi07106.htm
4. Russo G. Aspectos medicolegales referentes al diagnóstico. En: http://www.juscorrientes.gov.ar/informacion/publicaciones/docs/aspectos_legales.pdf Consultado el 27 de diciembre de 2007
5. Renau J, Pérez-Salinas I. Evaluación de la calidad de las historias clínicas. *Pápeles Médicos* 2001; 10:32-40
6. Healthcare Guideline “Tobacco Use Prevention and Cessation for Adults”. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Tenth Edition/June 2004.
7. Servicio Cantabro de Salud. Manual de abordaje del tabaquismo en atención primaria. Dirección de General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. España: Gráficas Copisán. 2010.
8. World Health Organization. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2013. Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85382/1/WHO_NMH_PND_13.2_spa.pdf.
9. Jiménez-Ruiz CA, Barrueco-Ferrero M, Solano-Reina S, Torrecilla-García M, Domínguez-Grandal, F, Díaz-Maroto-Muñoz JL et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Arch Bronconeumol* 2003; 39:35-41
10. Rodríguez-García PL, Rodríguez-Pupo L. Principios Técnicos para realizar la anamnesis en el paciente adulto. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999; 15(4):409-14.
11. Texeira-doCarmo J, Andrés-Pueyo A, Alvarez-López E. La evolución del concepto de tabaquismo. *Cad. Saúde Pública.* 2005; 21: 999-1005.