

Preguntas detalladas sobre antecedentes de exposición ambiental y ocupacional

(Los puntos marcados en **negrita** son especialmente importantes para los antecedentes de exposición a pesticidas).

PACIENTE ADULTO

EXPOSICIÓN OCUPACIONAL

- **¿Cuál es su ocupación?** (Si está desempleado, describa el empleo más reciente según corresponda o pase a la siguiente sección).
- **¿Cuánto tiempo lleva haciendo este trabajo?**
- **Describa su trabajo y los peligros a los que está expuesto.** (P. ej., **pesticidas**, disolventes u otros productos químicos, polvo, humos, metales, fibras, radiación, agentes biológicos, ruido, calor, frío, vibraciones).
- **¿En qué circunstancias utiliza equipo de protección?** (P. ej., **ropa de trabajo, gafas de seguridad, respirador, guantes** y protección auditiva).
- **¿Fuma o come en el lugar de trabajo?**
- **Enumere los trabajos anteriores en orden cronológico, incluya trabajos de tiempo completo y parcial, temporales, segundos trabajos, trabajos de verano, y experiencia militar.** (Debido a que puede tardar mucho tiempo en responder esta pregunta, una opción es pedirle al paciente que complete un formulario con esta pregunta antes de que el médico realice la anamnesis formal. Otra opción es realizar una anamnesis más corta pidiéndole al paciente que enumere solo los trabajos anteriores que involucraron los agentes de interés. Por ejemplo, se podría preguntar por todos los trabajos actuales y anteriores que involucran la exposición a pesticidas).

ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN AMBIENTAL

- **¿Se utilizan pesticidas (p. ej., insecticidas o herbicidas, aerosoles, collares, polvos, o champús contra pulgas y garrapatas) en su hogar o jardín, o en su mascota?**
- **Si se utilizan pesticidas:**
 - **¿Quién aplica los pesticidas?**
 - **¿Participa un aplicador de pesticidas autorizado?**
 - **¿Dónde se almacenan los pesticidas?**
- **¿Tiene usted o algún miembro de su hogar algún pasatiempo relacionado con la exposición a materiales peligrosos (p. ej., pesticidas, pinturas, cerámicas, disolventes, metales, pegamentos)?**
- **¿Se manipulan de manera adecuada los alimentos (p. ej., lavado de frutas y vegetales crudos)?**
- **¿Vive usted dentro de una distancia de 400 m de un área agrícola (p. ej., campo, huerto, invernadero) donde se cultivan plantas, vegetales o frutas?**
- **¿Alguna vez vivió cerca de un establecimiento que podría haber contaminado el área circundante (p. ej., mina, planta, fundición, vertedero)?**
- **¿Alguna vez ha cambiado de residencia por un problema de salud?**
- **¿Su agua potable proviene de un pozo privado, del suministro de agua de la ciudad o de una tienda de comestibles?**
- ¿Trabaja en su automóvil?
- ¿Cuál de los siguientes tiene en su hogar?: aire acondicionado/purificador, calefacción central (gas o gasoil), estufa de gas, estufa eléctrica, chimenea, estufa de leña o humidificador.
- ¿Ha adquirido recientemente muebles o alfombras nuevos, o ha remodelado su hogar?
- ¿Ha climatizado su hogar recientemente?
- ¿Aproximadamente en qué año se construyó su hogar?

SÍNTOMAS Y AFECCIONES MÉDICAS

- **¿El momento de aparición de los síntomas tiene alguna relación con sus horas de trabajo?** (Si está desempleado, pase al tercer punto).
- **¿Alguien más en su trabajo ha sufrido problemas iguales o similares?**
- **¿El momento de aparición de los síntomas tiene alguna relación con las actividades ambientales mencionadas anteriormente?**
- **¿Algún otro miembro del hogar o vecino cercano ha sufrido problemas de salud similares?**

EXPOSICIONES NO OCUPACIONALES POTENCIALMENTE RELACIONADAS CON ENFERMEDADES O LESIONES

- ¿Consume tabaco? En caso afirmativo, ¿en qué formas? (Cigarrillos, pipa, puros, tabaco de mascar). ¿Aproximadamente cuánto fuma o cuánto tabaco consume al día? ¿A qué edad empezó a consumir tabaco? ¿Hay otras personas en su hogar que fumen tabaco?

EXPOSICIONES NO OCUPACIONALES EN ADULTOS, CONT.

- ¿Bebe alcohol? ¿Cuánto por día o por semana? ¿A qué edad empezó?
- ¿Qué medicamentos o drogas está tomando? (Incluya los consumos con y sin receta).
- **¿Alguien de la familia ha trabajado con materiales peligrosos que podría haber traído a su hogar** (p. ej., pesticidas, asbesto, plomo)? (En caso afirmativo, pregunte sobre los miembros del hogar potencialmente expuestos).

PACIENTE PEDIÁTRICO

(Las preguntas se hacen al padre/madre o tutor).

ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN AMBIENTAL (PREGUNTAS RELACIONADAS CON LOS PESTICIDAS)

- **¿Se utilizan pesticidas** (p. ej., insecticidas o herbicidas, aerosoles, collares, polvos, o champús contra pulgas y garrapatas) en su hogar o jardín, o en su mascota?
- **¿Dónde** (p. ej., fuera del alcance de los niños) se almacenan los pesticidas? **¿En qué tipo de envases se guardan los pesticidas?**
- **¿Tiene usted o algún miembro de su hogar algún pasatiempo relacionado con la exposición a materiales peligrosos** (p. ej., pesticidas, pinturas, cerámicas, disolventes, metales, pegamentos)?
- Si se utilizan pesticidas:
 - ¿Quién aplica los pesticidas?
 - ¿Utiliza un aplicador de pesticidas autorizado para los tratamientos?
 - ¿Cuánto tiempo espera antes de dejar que los niños jueguen en áreas recientemente tratadas con pesticidas?
 - ¿Dónde se almacenan los pesticidas?
- **¿Se manipulan de manera adecuada los alimentos** (p. ej., lavado de frutas y vegetales crudos)?
- **¿Vive usted dentro de una distancia de 400 m de un área agrícola** (p. ej., campo, huerto, invernadero) donde se cultivan plantas, vegetales o frutas?

EXPOSICIÓN OCUPACIONAL

- **¿Cuál es su ocupación y la de los demás miembros del hogar?** (Si no hay personas empleadas, pase a la siguiente sección).
- **Describa su trabajo y los peligros a los que está expuesto.** (P. ej., pesticidas, disolventes u otros productos químicos, polvo, humos, metales, fibras, radiación, agentes biológicos, ruido, calor, frío, vibraciones).

PREGUNTAS ADICIONALES SOBRE EXPOSICIÓN AMBIENTAL

- **¿Ha vivido alguna vez el niño cerca de un establecimiento que podría haber contaminado el área circundante** (p. ej., mina, planta, fundición, vertedero)?
- **¿El niño alguna vez cambió de residencia debido a un problema de salud?**
- **¿El agua potable del niño proviene de un pozo privado, del suministro de agua de la ciudad o de una tienda de comestibles?**
- ¿Cuáles de los siguientes se encuentran en el hogar del niño?: aire acondicionado/purificador, calefacción central (gas o gasoil), estufa de gas, estufa eléctrica, chimenea, estufa de leña o humidificador.
- ¿Hay muebles o alfombras adquiridos recientemente, o remodelaciones recientes en el hogar del paciente?
- ¿Se ha climatizado el hogar recientemente?
- ¿Aproximadamente en qué año se construyó el hogar?

SÍNTOMAS Y AFECCIONES MÉDICAS

- ¿El momento de aparición de los síntomas tiene alguna relación con las actividades ambientales enumeradas anteriormente?
- ¿Algún otro miembro del hogar o vecino cercano ha sufrido problemas de salud similares?

EXPOSICIONES NO OCUPACIONALES POTENCIALMENTE RELACIONADAS CON ENFERMEDADES O LESIONES

- ¿Hay alguna persona en el hogar que consuma tabaco? En caso afirmativo, ¿en qué formas? (Cigarrillos, pipa, puros, tabaco de mascar).
- ¿Qué medicamentos o drogas está tomando el niño? (Incluya los consumos con y sin receta).
- **¿Alguien de la familia ha trabajado con materiales peligrosos que podría haber traído al hogar** (p. ej., pesticidas, asbesto, plomo)? (En caso afirmativo, pregunte sobre los miembros del hogar potencialmente expuestos).