

Capítulo 1

LA HISTORIA CLÍNICA EN URGENCIAS

A. Julián Jiménez - A. Tutor Martínez

INTRODUCCIÓN

La Historia Clínica es el documento más importante, y a veces, el único, que refleja y certifica la relación, actuaciones, exploraciones y decisiones en relación con el enfermo en Urgencias. Es un documento personal, médico y legal. Es por ello indispensable, que se realice de forma sistemática y lo más unificada posible (aunque deberá adaptarse a las circunstancias, el medio y al enfermo). Aunque muchos son los modelos propuestos todos ellos se asemejan bastante. Siempre que hagamos una Historia Clínica deberemos incluir lo citado a continuación:

Tabla 1.1: Formato de la Historia Clínica

1. Datos del centro asistencial, lugar y fecha.
2. Datos de identidad y filiación del enfermo.
3. Motivo de consulta.
4. Antecedentes personales.
5. Enfermedad o historia actual.
6. Exploración física.
7. Pruebas complementarias.
8. Comentarios y evolución en Urgencias.
9. Juicio clínico o diagnóstico
10. Plan y tratamiento a seguir.
11. Datos del médico y firma.
12. Destino, fecha y hora de salida de Urgencias.

1.- DATOS DEL CENTRO ASISTENCIAL, LUGAR Y FECHA

INSALUD. Nombre del Hospital. Teléfono y dirección. Servicio de Urgencias. Fecha y hora de admisión. *Ejemplo:*

INSALUD.

"Hospital Virgen de la Salud" Tlf. 925-269200. Avda. de Barber, nº 30. 45004 TOLEDO. Servicio de Urgencias. Fecha: 22/4/2001. Hora: 12:00

2.- DATOS DE IDENTIDAD Y FILIACIÓN DEL PACIENTE

Nº de Registro. Nº de Historia. Nº Seg. Social. Nombre y apellidos.

Sexo. Edad. Fecha y lugar de nacimiento. Dirección completa. Teléfono.

Nombre de un familiar de contacto. Procedencia. *Ejemplo:*

Nº Registro: 99876548. Nº Historia: 73656767. Nº Seg. Social: 45/ 23021968.

Nombre: Elena García Jiménez. Sexo: Mujer. Edad: 66 años.

Lugar y fecha de Nacimiento: Caracas (Venezuela) 12/12/1933.

Dirección: C/ Peñascales 5. (Los Yebenes). TOLEDO.

Teléfono: 925-9876543. Familiar: Carmen Mata López.

Procedencia: Petición propia

3.- MOTIVO DE CONSULTA

Sería el primer paso de la anamnesis; la razón inmediata por la que el enfermo solicita asistencia médica. Nos sirve para precisar un problema clínico concreto. Señalaremos **un síntoma capital** ("*dolor de cabeza*", "*mareo*", "*melenas*", "*disnea*"...) **otras veces varios** ("*fiebre y dolor abdominal*", "*fatiga y edemas*"...) o **un hallazgo objetivo** ("*adelgazamiento*", "*exantema*"...). Suele ser la primera respuesta del enfermo: "*me duele el pecho*", "*vomito sangre*", "*me fatigo mucho*"...

4.- ANTECEDENTES PERSONALES

- ▲ **Ingresos previos y cirugías.** (Orden cronológico). Solicita informes, sobre todo el del "último ingreso".
- ▲ **Enfermedades relevantes o problemas médicos.** (Orden cronológico).
- ▲ **Traumatismos o accidentes.**
- ▲ **Hipertensión arterial, diabetes, dislipemias.**
- ▲ **Hábitos tóxicos: consumo de alcohol y tabaco** (señalar cantidad), **drogas** (tipo y vía).
- ▲ **Alergias, transfusiones y vacunaciones.**
- ▲ **Antecedentes epidemiológicos:** trabajos pasados y actuales. Exposición a tóxicos. Vida sexual. Viajes. Religión. Contacto con animales. Relación con personas portadoras de enfermedades potencialmente contagiosas. Situación social, ¿institucionalizado?
- ▲ **Historia ginecológica:** gestaciones-abortos-cesáreas. Fecha de menarquía y menopausia. Fecha última regla (FUR). Métodos anticonceptivos.
- ▲ **Antecedentes familiares de interés.**
- ▲ **Tratamientos habituales.** (Nombre, dosis, específica si se complimentan)
- ▲ **Situación basal** (imprescindible en Enf. crónicos y ancianos): situación socio-cultural. Funciones cognitivas. ¿Con quién vive y dónde?, ¿dependiente o independiente para las actividades de la vida diaria?. Situación cardiovascular. ("*Grado NYHA*", *oxígeno domiciliario, ortopnea*..).

5.- ENFERMEDAD O HISTORIA ACTUAL

Debemos procurar obtener una narración sencilla y cronológica del motivo de consulta y todos los síntomas y molestias acompañantes. Aunque el esquema es similar para toda Historia Clínica en cada capítulo del Manual se insistirá en la entrevista dirigida al enfermo según el problema.

1.- En primer lugar hay que dejar al enfermo que se exprese libremente tras preguntarle: ¿por qué viene hoy a urgencias?, ¿qué le pasa?, ¿desde cuándo?, ¿a qué lo atribuye?. Lo ideal es que el propio enfermo "narre sus síntomas y molestias". Hay que escuchar al enfermo. En muchas ocasiones hay que ayudarle pero siempre evitando sugerir las respuestas que el médico puede plantear con sus propias preguntas.

2.- Después hay que guiar al enfermo y dirigir el interrogatorio (*nuestro objetivo es hacer un "Examen Iterativo de Hipótesis" llegando a conclusiones así como a un juicio clínico y un diagnóstico diferencial sobre la base de unas preguntas prioritarias*). Solicita del enfermo:

- ▲ Forma de inicio y cronología de los síntomas: ¿cuándo?, ¿cómo?, ¿dónde?
- ▲ Localización, irradiación, características, intensidad, factores agravantes, atenuantes, desencadenantes y acompañantes.
- ▲ Evolución de los mismos.



▲ Situación de las molestias en el momento de la entrevista.

Hay que plantear alternativas: ¿vomita o no, cuando tiene "el remulguillo"? ¿se fatiga o no, cuando sube la escalera?.

3.- En función de las conclusiones a las que hayamos llegado con los dos puntos primeros completaremos el interrogatorio con la **anamnesis por aparatos** señalando los datos "positivos" y "negativos" que pudieran estar implicados en el padecimiento del enfermo: 1.- Respiratorio (tos, expectoración, hemoptisis...). 2.- Cardiovascular (dolor torácico, edemas, desvanecimientos, palpitaciones...). 3.- Digestivo (náuseas, vómitos, hábito intestinal, melenas...). 4.- General-constitucional (cambios de peso, astenia, anorexia, fiebre, sueño...). 5.- Endocrino-metabólico (poliuria, polifagia, polidipsia...). 6.- Genitourinario (disuria, hematuria, tenesmo...). 7.- Locomotor. 8.- Neurológico (cefalea, convulsiones, parestesias). 9.- Piel y faneras. 10.- Hematológico (anemia, hematomas...). 11.- Ginecológico (características de la menstruación, abortos, menopausia...)

4.- Al terminar la entrevista hay que "*volver a dejar otra oportunidad al enfermo de expresarse*": ¿hay alguna cosa más que me quiera contar o de la que se haya acordado que le preocupe o piense que yo debo saber?

6.- EXPLORACIÓN FÍSICA

Siempre sistemática "desde la cabeza a los pies".

1.- Constantes-Situación hemodinámica: (imprescindible en toda historia)

T.A: *Tensión arterial*. **F.C:** *Frecuencia cardíaca*. **F.R:** *Frecuencia respiratoria*.

Tª: *Temperatura*

2.- Aspecto general:

Actitud y sensorio (¿consciente?, ¿orientado?, ¿atento?, ¿colaborador?). Situación de su *nutrición, hidratación, perfusión*. Tipo constitucional (*asténico, atlético...*). Situación, impresión, datos objetivos (*inquieto; taquipeico; "impresiona de gravedad"...*)

3.- Piel y faneras:

Color, humedad, pigmentación, lesiones dermatológicas, uñas, vello, cabello...

4.- Cabeza y cuello:

Puntos dolorosos, tumefacciones, adenopatías, existencia de bocio, exploración de boca y faringe, latidos y soplos carotídeos, presión venosa yugular, temporales, exploración de ojos y pupilas. Fondo de ojo. Movilidad del cuello...

5.- Tórax:

Forma, simetría. Mamas: secreciones, nódulos, asimetrías... Adenopatías: axilares, supraclaviculares... Columna vertebral: deformidades, puntos dolorosos...

5.1- **A.C** (auscultación cardíaca): rítmico o arrítmico, frecuencia, tonos, soplos (ver tabla 1.2), roce...

5.2- **A.P** (auscultación pulmonar): ¿murmullos vesicular conservado?, ruidos sobreañadidos, percusión, vibraciones...

6.- Abdomen:

Forma, cicatrices, blando/duro, depresible, globoso, distendido, matidez, ascitis, masas, hepatoesplenomegalia, auscultación de ruidos abdominales y soplos, defensa, signos peritoneales, Blumberg, Rovsing, Murphy, hernias, adenopatías, puño-percusión renal, columna-sacroilíacas.

7.- Ano-rectal:

Tacto, aspecto, fisuras, fístulas, hemorroides...

8.- Genitales externos y exploración ginecológica en la mujer.

9.- Extremidades:

Edemas, insuficiencia venosa, úlceras, pulsos, movilidad y asimetrías, signos de trombosis venosa.

Tabla 1.2: Cuantificación de los soplos

| | |
|-------------------|---|
| Grado I: | débil. Se escucha sólo con un esfuerzo especial. |
| Grado II: | débil o bajo pero se detecta bien. |
| Grado III: | audible pero no muy alto. |
| Grado IV: | alto, suele acompañarse de frémito. |
| Grado V: | muy alto. |
| Grado VI: | tan alto que podría escucharse con el fonendoscopio incluso sin contactar con el tórax. |

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA:**1.- Valoración del nivel de conciencia y estado mental:**

Nivel de conciencia: alerta, confusión, obnubilación, estupor, coma.

Para evaluarlo se realizarán estímulos verbales, táctiles y dolorosos y se analizarán las respuestas del paciente viendo si se produce apertura de los ojos y valorando el lenguaje y los movimientos. *FF.CC. (Funciones corticales):*

- 1.- Orientación temporal, personal y espacial.
- 2.- Valoración de la atención y memoria: repetición de dígitos, vigilancia. Memoria inmediata: recordar 3 palabras a los 3 minutos. Memoria próxima: ¿qué ha comido?, ¿cuándo ingresó?. Memoria remota: hechos históricos, información personal.
- 3.- Capacidad constructiva y perceptiva: praxias (acciones): de la marcha, del vestir, ideatoria... gnosias (reconocimientos): visual, táctil, auditiva, del esquema corporal, de su propia enfermedad. Valorar apraxias y agnosias.
- 4.- Alteraciones del lenguaje: afasias y disartria.

2.- PPCC (Pares craneales):

- ▲ I.- Olfatorio: cada ventana por separado (rara vez se explora en urgencias).
- ▲ II.- Óptico: agudeza visual, campimetría, FONDO de OJO.
- ▲ III, IV, VI.- Nervios oculomotores. Pupilas: simetría, tamaño, forma, reactividad. Motilidad ocular extrínseca: párpados, mirada conjugada, paresias, reflejos oculo-cefálicos, nistagmus.
- ▲ V.- Trigémino: sensibilidad de la cara (división superior, media e inferior). Reflejo corneal.
- ▲ VII.- Facial: movilidad de la cara. Hay que discriminar entre los centrales (el déficit respeta la porción superior contralateral) y los déficits periféricos (debilidad facial global).
- ▲ VIII.- Estatoacústico: explora la porción coclear-audición y vestibular-equilibrio. Maniobras oculo-cefálicas, índices de Barany, marcha en estrella, pruebas caloricas.
- ▲ IX, X.- Glossofaríngeo y Vago.- (se exploran juntos): reflejo nauseoso. Sensibilidad y motilidad velopalatina.
- ▲ XI.- Espinal: exploración del esternocleidomastoideo y del trapecio. (Volver la cabeza y elevar el hombro contra resistencia.)
- ▲ XII.- Hipogloso: motilidad de la lengua. (Se desvía al lado lesionado.)



3.- *Masa muscular, tono, fuerza y movimientos anormales:*

Tono: existencia de hipo e hipertónicas, grado y tipo (espástico, paratónico, "en rueda dentada").

Fuerza: balance por grupos de músculos según su acción. (ver tabla 1.3).

4.- *Sensibilidad:*

Buscar asimetrías o ausencias:

1.- Táctil. 2.- Dolorosa. 3- Profunda, propioceptiva (pequeños desplazamientos articulares que el paciente no puede ver y debe localizar) y vibratoria. 4. Térmica.

5.- *Reflejos:*

▲ Reflejos miotáticos (RM) o también llamados osteotendinosos profundos (ROT). Valorar ausencias o asimetrías. Explorar el maseterino, bicipital, tricipital, rotuliano y aquileo (ver tabla 1.4).

▲ Reflejos cutáneos superficiales. El más útil el reflejo cutáneo plantar (RCP) que se desencadena al rozar el borde externo de la planta del pie desde el talón hasta los dedos. Si hay una respuesta extensora (Babinski) indica afectación de la vía piramidal.

6.- *Coordinación y cerebelo:*

Maniobras "dedo-nariz", "talón-rodilla", valorar dismetrías y movimientos alternos (adiadococinesia).

7.- *Marcha y estática:*

Normal, de puntillas, de talones, en tándem.

Romberg (permanecer con los ojos cerrados y los pies juntos) para explorar vías vetíbulo-cerebelosas.

8.- *Existencia de rigidez de nuca y signos meníngeos.*

Rigidez de nuca: resistencia a la flexión pasiva del cuello.

Signo de Brudzinski: tras la flexión del cuello se produce una flexión involuntaria de las piernas.

Signo de Kernig: resistencia dolorosa a la extensión de la pierna con el muslo previamente flexionado.

Tabla 1.3: Cuantificación de la fuerza

0. No hay ninguna actividad muscular.
1. Se observa actividad pero no se consigue movimiento.
2. Movimiento horizontal. No se vence a la gravedad.
3. Se vence a la gravedad pero no a la resistencia.
4. Se vence a la resistencia.
5. Normal.

Tabla 1.4: Cuantificación de los ROT

| | | | |
|----|-------------|------|----------------------|
| 0. | Abolido. | +++ | Exaltado. |
| + | Hipoactivo. | ++++ | Exaltado con clonus. |
| ++ | Normal. | | |

7.- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Dependiendo del Hospital donde trabajemos la batería de pruebas que podremos solicitar será mayor o menor. Es deber nuestro, conocer las posibilidades así como el coste, riesgos, contraindicaciones y molestias para el enfermo de cada

prueba. Debemos huir de las analíticas en serie y "los completos" que solicitamos en ocasiones, sin haber escuchado y explorado al enfermo.

Como siempre, es bueno recoger los datos de una forma ordenada:

1. Pruebas de laboratorio: hemograma, VSG, coagulación, bioquímica, gasometría, S. orina...
2. ECG.
3. Radiología: placa de tórax y abdomen, ecografía, TAC, arteriografía, RMN...
4. Datos de microbiología y procedimientos realizados en Urgencias: Gram, Ziehl, cultivos, punción lumbar, paracentesis, toracocentesis...
5. Otras: endoscopia oral, ecocardiograma...

8.- COMENTARIOS Y EVOLUCIÓN EN URGENCIAS

En ocasiones el enfermo pasa muchas horas en el Servicio de Urgencias o se encuentra en observación, produciéndose cambios en la sintomatología, exploración o situación del mismo que hay que dejar reflejados. Así como nuevas pruebas paraclínicas, opiniones de consultores o especialistas, tratamientos efectuados y sus consecuencias.

9.- JUICIO DIAGNÓSTICO O LISTA DE DIAGNÓSTICOS

Siempre "legible" y sin iniciales o siglas que lleven a confusiones. Debemos "hacer el esfuerzo" de escribir palabras y frases completas.

10.-PLAN Y TRATAMIENTO A SEGUIR

1. Ingreso (en plata, U.V.I...). Alta. Derivación (consultas, otro hospital...).
2. Ordenes de tratamiento y normas.

11.-DATOS DEL MÉDICO Y FIRMA.

Nombre y apellidos. Número de colegiado. Fecha y lugar. Firma.

12.-FECHA Y HORA DE SALIDA DE URGENCIAS Y DESTINO.

No olvides:

1. La Historia Clínica es un documento médico-legal (sólo servirá de referencia lo que escribas y cómo lo escribas, nunca lo que no quede reflejado).
2. Evita poner abreviaturas e iniciales (tú las entiendes, ¿y los demás?).
3. Siempre que puedas, recoge los datos cronológicamente.
4. Haz la historia en el momento de obtenerla... Horas después puede haber "fallos de memoria".
5. Intenta dentro de lo posible preservar la intimidad y confidencialidad con el enfermo y la familia al informarla. Una buena relación desde el principio y la información periódica pueden evitar "descontentos" y posteriores problemas.

BIBLIOGRAFÍA:

- ▲ Sapira J.D. The History. En: The Art and Science of Bedside Diagnosis. Baltimore: Urban & Schwarzenberg; 1990. p. 33-47.
- ▲ Laín Entralgo P. La Historia clínica. 3ª ed. Madrid: Editorial Triacastela; 1998.
- ▲ Casas Sánchez J.D, Rodríguez Albarrán M.S. Manual de Actuación Médica Legal en Urgencias. Madrid Smithkline Beecham; 2000.