



1 Historia Clínica

1. HISTORIA CLÍNICA EN EL ADULTO

J. Cancelas Collazo, C. Piñeiro Fernández

PUNTOS CLAVE

- La historia clínica es un documento médico-legal muy importante.
- Es fundamental intentar preservar la confidencialidad con el paciente y su familia.
- Nunca debe olvidarse firmar la historia clínica y el tratamiento.

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre, apellidos, edad, sexo, dirección, número de historia clínica, número de la seguridad social (ETIQUETA DE ADMISIÓN), prioridad de triaje.

MOTIVO DE CONSULTA

Señalar el signo o síntoma principal y duración.

ANAMNESIS

Intentar dirigir la entrevista.

- Antecedentes familiares. Es importante en enfermedades cardiovasculares, metabólicas y neoplasias.
- Antecedentes personales
 1. Alergias a medicamentos u otras alergias.
 2. Patológicos: enfermedades previas, intervenciones quirúrgicas. En enfermedades crónicas debe describirse el estado basal. En ancianos, determinar la situación social, cognitiva y funcional (índice de Katz).
 3. Tratamiento domiciliario.
 4. Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, drogas).
 5. Profesión si procede.
 6. Si es mujer: FUR, posibilidad de embarazo.
 7. Vacunación antitetánica.
 - ¿Qué le pasa?
 - ¿Desde cuándo?
 - ¿A qué lo atribuye?
- Enfermedad actual:
 1. Características de la sintomatología que refiere (generalmente, DOLOR: “¿qué tipo de dolor nota?, ¿sordo, urente, constrictivo?”): localización, irradiación, inicio, duración, intensidad, factores desencadenantes, agravantes y atenuantes; síntomas asociados.
 2. Anamnesis por aparatos:
 - Neurológico: cefaleas, mareos, pérdida de conocimiento, TCE, convulsiones, pérdidas de fuerza y sensibilidad, movimientos involuntarios (temblor, tics).

- Ojos: enrojecimiento, lagrimeo, fotofobia, pérdida de visión, dolor.
- ORL:
 - » Oídos: pérdida de audición, acúfenos, otalgia, secreción, vértigos.
 - » Nariz: congestión, rinorrea, epistaxis.
 - » Boca: problemas dentales, cambios en el sentido del gusto.
 - » Garganta: odinofagia, ronquera.
- Respiratorio: tos, expectoración y características, disnea, dolor torácico.
- Cardiovascular: dolor precordial (interrogatorio muy cuidadoso), palpitaciones, alteraciones del ritmo cardíaco (taquicardia, bradicardia, arritmias), síntomas de claudicación, DPN, síncope.
- Digestivo: náuseas, vómitos (hematemesis), pirosis, dolor, alteración del ritmo intestinal (diarrea, estreñimiento), características de las deposiciones (rectorragia, melenas).
- Endocrino: polidipsia, poliuria, polifagia, alteraciones del peso, intolerancia al frío/calor, pérdida de pelo.
- Genitourinario: poliuria, oliguria, disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, dolor suprapúbico, coloración de la orina (hematúrica, colúrica), dolor en fosa lumbar, fuerza y calibre de la micción, inflamación y dolor testicular.
- Ginecológico: menarquia, características de la menstruación (duración, cantidad, dolor), amenorrea, metrorragias, embarazos, partos, abortos, cesáreas, uso de anticonceptivos. Dolor, secreción, hinchazón, nódulo o zona hipersensible en las mamas.
- Locomotor: dolor, edema, enrojecimiento, calor en articulaciones, incapacidad funcional, rigidez.
- General: astenia, anorexia, pérdida de peso, fiebre.
- Psíquico: cambios en el carácter, alteraciones emocionales, alteraciones del sueño, pérdidas de memoria.
- Dermatológico: lesiones cutáneas, prurito, alopecia.

EXPLORACIÓN

- a. Aspecto general: buen/mal estado general, estado de hidratación, estado de nutrición, coloración de piel y mucosas (cianosis, palidez, ictericia).
- b. Constantes: T^a, TA, FC, FR, glucemia, valoración del dolor.
- c. Neurológico (si es necesario): grado de consciencia (véase tema del coma). Funciones mentales (atención, orientación, memoria, lenguaje). Pares craneales. Sistema motor (tono, fuerza, reflejos). Sensibilidades (táctil, dolorosa, térmica). Coordinación (dismetría, disdiadococinesia). Estática y marcha. Signos meníngeos.
- d. Cuello: adenopatías, bocio, ingurgitación yugular, pulsos carotídeos.
- e. ORL: faringe, amígdalas, úvula, fosas nasales, oídos (conducto auditivo externo, estado del tímpano, otorrea).
- f. Auscultación cardíaca: ritmo, soplos, tonos.
- g. Auscultación pulmonar: ventilación (normal, disminuida), ruidos respiratorios (roncus, sibilancias, crepitantes). Por la inspección podemos valorar la

existencia de tiraje intercostal, respiración abdominal y posibles defectos en la anatomía externa del tórax.

h. Abdomen:

1. Inspección: forma, circulación colateral, cicatrices.
2. Auscultación: ruidos intestinales, soplos vasculares.
3. Palpación: masas, visceromegalias, hernias, defensa, dolor, ascitis, Blumberg, Murphy.
4. Percusión: matidez, timpanismo, oleada ascítica, puño-percusión renal.
5. Tacto rectal: si procede.

i. Extremidades: edemas, alteraciones tróficas, signos de trombosis venosa profunda, varices, pulsos periféricos.

f. Locomotor: articulaciones (edemas, limitación funcional, deformidad), puntos dolorosos, signos inflamatorios.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Según patología (hemograma, bioquímica, coagulación, gasometría arterial, ECG, concentraciones séricas de medicamentos, Rx, ecografía, eco-doppler, TC, urianálisis, hemocultivos).

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

No tiene por qué darse un diagnóstico exacto si no es posible, ya que puede enmarcarse al paciente en un conjunto sindrómico o en una serie de diagnósticos diferenciales.

TRATAMIENTO

1. Medidas generales: por ejemplo, reposo con cabecera a 45°.
2. Medidas específicas: por ejemplo, oxígeno, sonda vesical, sonda nasogástrica.
3. Dieta, fluidoterapia (tipo, cantidad y ritmo de administración).
4. Fármacos: vía, dosis e intervalo.
5. Vigilar síntomas, signos indicadores y actitud a adoptar.

INTERCONSULTAS

Interconsulta a otros especialistas de guardia (si procede).

EVOLUCIÓN

Cambios en el curso clínico durante la observación.

DESTINO

Ingreso, cita en consulta externa, traslado, exitus, domicilio (recomendaciones de tratamiento y seguimiento por su médico).

RECUERDE

- ✓ Siempre debe firmar la historia clínica y el tratamiento.
- ✓ Es conveniente señalar la hora del inicio y finalización de la atención por parte del Servicio de Urgencias.
- ✓ La historia clínica es un documento médico-legal, sólo se tendrá en cuenta lo que se escriba y cómo se escriba.
- ✓ Es importante intentar preservar la confidencialidad con el paciente y su familia.
- ✓ Codificación del diagnóstico.
- ✓ Debe constar el nivel del triaje realizado previamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Maurice Kraytman. El diagnóstico a través de la historia clínica (2ª ed.)
- Lyns S. Bickley, Guía de exploración Física e Historia Clínica (8ª ed.) México: McGraw-Hill-Interamericana, 2003.
- Barness LA. Semiología en clínica pediátrica: historia clínica y examen físico. Meneghello J. Pediatría (5ª Edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1997: 134-146. disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nped26780.pdf>.
- Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de actuación en Urgencias. 4ª ed. Coruña: Ofelmaga; 2012.

2. HISTORIA CLÍNICA PEDIÁTRICA

L. González Coronil, C. Piñeiro Fernández, M. Á. Arias Consuegra

PUNTOS CLAVE

- La historia clínica en pediatría debe ser completa y ordenada.
- Una correcta anamnesis es de gran importancia, ya que gracias a ella obtendremos la información que nos ayudará a orientar el caso y a tomar decisiones.
- La exploración física debe ser completa, sistemática y ordenada. Es conveniente explorar al niño desnudo, tumbado, en un ambiente tranquilo y en compañía de un adulto.

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre, apellidos, edad (muy importante, los conceptos de normalidad y/o patología, varían en función de la edad), sexo, dirección, nº de historia clínica, nº de la seguridad social (ETIQUETA DE ADMISIÓN).

MOTIVO DE CONSULTA

Indicar el signo o síntoma principal.

ANAMNESIS

Es importante mostrar una actitud favorable, utilizar un lenguaje sencillo y promover la participación del niño en función de su edad (que el paciente cuente que le pasa en la medida de lo posible).

ENFERMEDAD ACTUAL

- ¿Qué le pasa?
- ¿Desde cuándo?
- ¿A qué lo atribuye?
- ¿Ha precisado tratamiento?
- ¿Ha mejorado con el tratamiento?
- Procesos gastroentéricos (cantidad y calidad del vómito o la diarrea, última deposición diarreica, último vómito, tolerancia de alimentos y líquidos, peso previo al inicio del cuadro).
- Procesos febriles (cuantía y control antitérmico).
- Lactante que no mama (descartar ITU).

ANTECEDENTES FAMILIARES

Preguntar por el estado de salud del núcleo familiar y del entorno no familiar (ambiente epidémico en familia, guardería o colegio). Lactantes <3 meses: valorar salud de hermanos mayores a su edad (sepsis neonatal, enfermedades importantes, tratamientos antibióticos).

ANTECEDENTES PERSONALES

Abortos, embarazo, parto (señalar el tipo de parto y la edad gestacional en el momento del mismo), periodo perinatal, peso al nacimiento, peso actual, periodo neonatal, tipo de lactancia (importante cuánto tiempo tomó lactancia materna) y alimentación complementaria, vitaminas, desarrollo psicomotor, vacunas del calendario oficial y optativas, si hubiesen sido administradas y cuándo; enfermedades previas, intervenciones quirúrgicas, tratamiento domiciliario (dosis y duración). Si acude a guardería o está escolarizado.

EXPLORACIÓN

- **Características.** Debe ser completa, sistemática y ordenada.
- **Ambiente.** Es conveniente explorar al niño desnudo en un ambiente tranquilo, tumbado y acompañado de un adulto. En ocasiones, y si hay ausencia de llanto en los brazos de la madre, se puede auscultar o palpar el abdomen si procede de ahí el síntoma principal. Pueden usarse juguetes y otras estrategias que relajen al niño y faciliten la exploración.
- **Constantes.** Tª (siempre); pulso, FR, FC y TA, según patología; peso en procesos con potencial de deshidratación. Glucemia capilar y cuerpos cetónicos (en GEA). Saturación de O₂ (procesos respiratorios; valorar la respuesta al tratamiento).
- **Aspecto general.** Facies, marcha y movilidad espontánea, actitud (irritabilidad, postración, respuestas a estímulos externos, sonrisa, interacción con el medio), peso actual, estado de nutrición y de hidratación, coloración de piel y mucosas.
- **Cabeza:** fontanelas (deben ser normotensas y cerrarse como máximo a los 18 meses).
- **Ojos.** Pupilas, motilidad ocular, nistagmus.
- **Cuello.** Clavículas y asimetrías.
- **Sistema ganglionar.** Palpación de adenopatías.
- **ORL.** Fosas nasales, cavidad bucal, faringe, amígdalas y oídos.
- **Tórax.** Inspección y auscultación cardiopulmonar.
- **Pulsos.** Braquiales y femorales en neonatos y lactantes.
- **Abdomen.** Inspección, auscultación, palpación y percusión. Tacto rectal (si procede).
- **Aspecto del cordón y olor** (en recién nacidos). Búsqueda de hernias.
- **Genitales.** Testes en bolsa.
- **Locomotor.** En RN-lactantes es importante la exploración de caderas (maniobras de Ortolani y Barlow). Asimetría de pliegues.
- **Dermatología.** Turgencia (hidratación, edema), petequias, exantemas, manchas.
- **Neurología.** Glasgow modificado para la infancia, postura de miembros (flexión, extensión), tono, fuerza, reflejos y sensibilidad. Dismetrías. Marcha.

SIGNOS MENÍNGEOS

- Rigidez de nuca.
- Kernig: al intentar elevar los miembros inferiores se doblan las rodillas.
- Brudzinski: al flexionar la cabeza se flexionan las rodillas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Según la patología: deben solicitarse sólo las imprescindibles.

Se solicitará sistemáticamente:

- Glucemia capilar en GEA (normal ≥ 45 mg/dL).
- Cetonemia capilar en caso de vómitos incoercibles sospechosos de etiología cetósica (normal por debajo de 0,5).
- Análisis de orina por bolsa perineal (sistemático y sedimento): en < 3 años con síndrome febril > 6 horas de evolución sin foco aparente, sustituyendo siempre la bolsa de recogida en menos de una hora si no se consigue muestra.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

TRATAMIENTO

- Es importante especificar la dosis exacta y vía de administración de fármacos.

INTERCONSULTA A PEDIATRÍA

Si se precisa.

EVOLUCIÓN

Cambios en el curso clínico que ocurran durante la estancia en el servicio de urgencias.

DESTINO

Ingreso, traslado, alta domiciliaria o cita en consulta externa de pediatría.

RECUERDE

- ✓ Siempre se debe firmar la historia clínica y el tratamiento.
- ✓ Es conveniente señalar la hora del inicio y finalización de la atención en el Servicio de Urgencias.
- ✓ La historia clínica es un documento médico-legal; sólo se tendrá en cuenta lo que se escriba y cómo se escriba.
- ✓ Es importante intentar preservar la confidencialidad del paciente y de su familia.
- ✓ Codificación del diagnóstico.
- ✓ Debe constar el nivel del triaje realizado previamente.

Tabla 2.1.

GLASGOW MODIFICADO PARA LA INFANCIA

APERTURA OCULAR

> 1 AÑO			< 1 AÑO	
Espontánea	4		Espontánea	4
Al hablarle	3		Al grito	3
Al dolor	2		Al dolor	2
Ausencia de respuesta	1		Ausencia de respuesta	1

RESPUESTA MOTORA

> 1 AÑO			< 1 AÑO	
Obedece órdenes	6		Movimiento espontáneo	6
Localiza el dolor	5		Localiza el dolor	5
Retirada al dolor	4		Retirada al dolor	4
Flexión anormal	3		Flexión anormal	3
Extensión anormal	2		Extensión anormal	2
Ausencia de respuesta	1		Ausencia de respuesta	1

RESPUESTA VERBAL

> 5 AÑOS		2-5 AÑOS		< 2 AÑOS	
Orientado, conversa	5	Palabras adecuadas	5	Sonríe, llora, balbucea	5
Desorientado	4	Palabras inadecuadas	4	Llanto continuo	4
Palabras inadecuadas	3	Llanto, gritos	3	Llanto, gritos exagerados	3
Sonidos incomprensibles	2	Gruñidos	2	Gruñidos	2
Ausencia de respuestas	1	Ausencia de respuestas	1	Ausencia de respuestas	1

BIBLIOGRAFÍA

- Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de actuación en Urgencias (4ª edición). Coruña: Ofelmaga, 2012.
- Marín Ferrer M, Ordóñez Sáez O, Palacios Cuesta A. Manual de Urgencias de Pediatría. Hospital 12 de Octubre (4ª edición). Madrid: Ergón, 2011.
- Manrique Martínez I., Alcalá Minagorre P. J. Manejo del traumatismo craneal pediátrico. Disponible en
- www.aeped.es/sites/default/files/documentos/manejo_del_traumatismo_craneal_pediatico.pdf

ENLACES DE INTERÉS

- <https://www.youtube.com/watch?v=Q-Kvr-QWrM4>
- https://www.youtube.com/watch?v=BWGXdndK_VQ