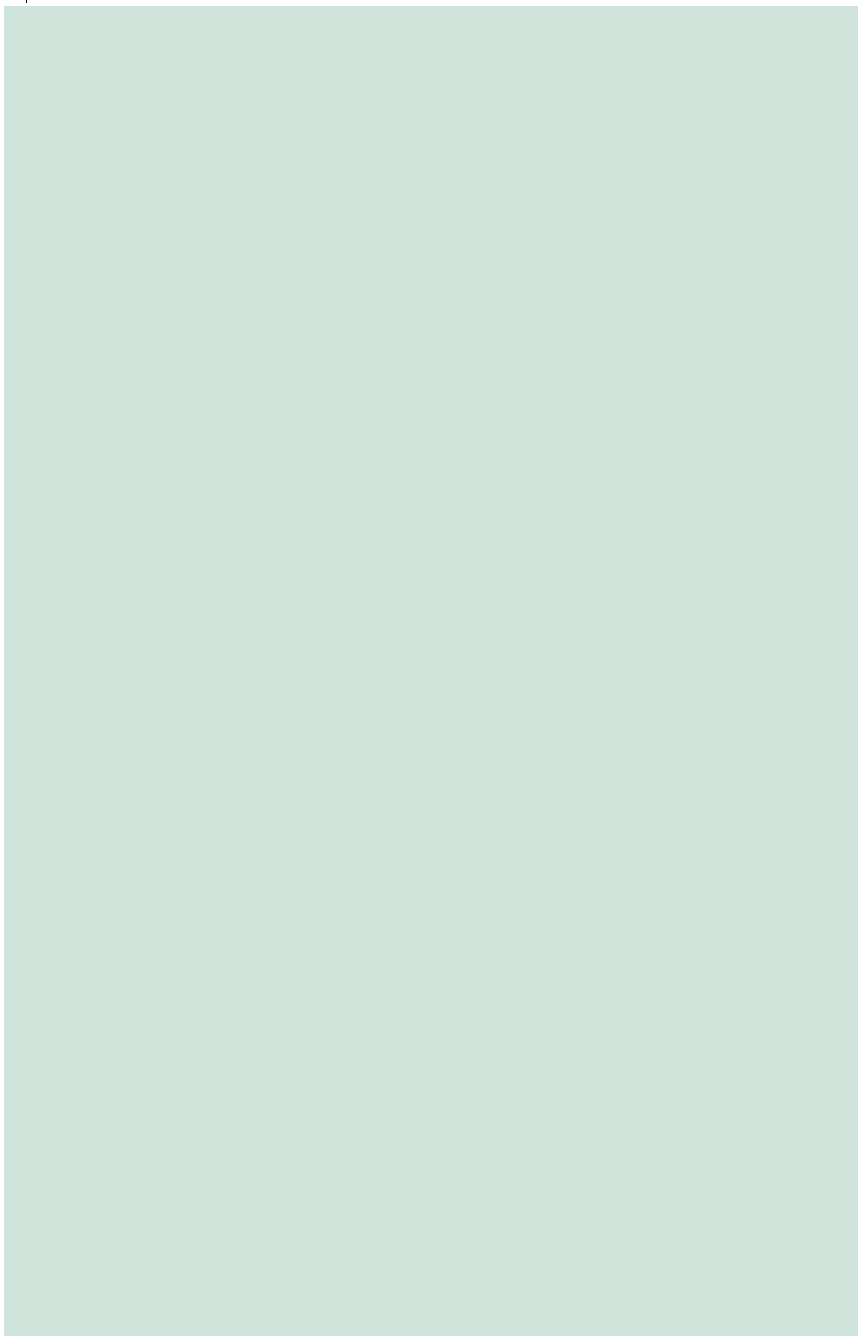


1. Historia clínica en el adulto
2. Historia clínica pediátrica
3. Registros y controles de enfermería en urgencias



# 1. Historia clínica en el adulto

*E. Docampo Gacio, C. Piñeiro Fernández*



## PUNTOS CLAVE

- La historia clínica es un documento médico-legal; sólo se tendrá en cuenta lo que se escriba y cómo se escriba.
- 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

Etiqueta de admisión y nivel de triaje.

## MOTIVO DE CONSULTA

Señalar el signo o síntoma principal que motiva la asistencia médica. Sirve para precisar un problema clínico concreto.

## ANAMNESIS

Intentar dirigir la entrevista:

- **Antecedentes familiares:** enfermedades cardiovasculares, metabólicas y neoplasias.
- **Antecedentes personales:**
  - Alergias a medicamentos u otros alérgenos.
  - Patológicos: enfermedades previas, intervenciones quirúrgicas.
  - Enfermedades crónicas: estado basal. En ancianos: situación social, cognitiva y funcional (índice de Katz).
  - Tratamiento domiciliario.
  - Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y drogas). Señalar la cantidad y desde cuándo.
  - Profesión, si procede.
  - Si es mujer: FUR, posibilidad de embarazo, gestaciones-abortos-ce-sáreas, método anticonceptivo.
  - Vacunas: vacunación antitetánica, estado de vacunación frente a SARS-Cov2.
  - **Enfermedad actual:** descripción completa, clara y cronológica de los problemas que llevaron al paciente a la consulta. Permitir al paciente que responda a las preguntas: ¿Qué le pasa? ¿Desde cuándo? ¿A qué lo atribuye?. Es importante dirigir el interrogatorio.

## Dirección del interrogatorio

- 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; y síntomas asociados.
- Anamnesis por aparatos:
  - Neurológico: cefaleas, mareos, pérdida de conocimiento, TCE, convulsiones, pérdida 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 cardiaco (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 FÍSICA

- **Aspecto general:** buen/mal estado general, estado de hidratación, estado de perfusión, estado de nutrición, coloración de piel y mucosas (cianosis, palidez, ictericia).
- **Constantes:** T<sup>a</sup>, TA, FC, FR, glucemia, saturación de oxígeno, valoración del dolor.

- **Neurológica** (si es necesario): grado de consciencia (véase Coma). Funciones mentales (atención, orientación, memoria, lenguaje). Pares craneales. Sistema motor (tono, fuerza, reflejos). Sensibilidades (táctil, dolorosa, térmica). Coordinación (disimetría, disdiadococinesia). Estática y marcha. Signos meníngeos.
- **Cervical:** adenopatías, bocio, ingurgitación yugular, pulsos y soplos carotídeos.
- **ORL:** faringe, amígdalas, úvula, fosas nasales, oídos (conducto auditivo externo, tímpano, otorrea).
- **Auscultación cardíaca:** ritmo, soplos, tonos.
- **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 del tórax.
- **Abdomen:** Inspección: forma, circulación colateral, cicatrices. Auscultación: ruidos intestinales, soplos vasculares. Palpación: masas, visceromegalias, hernias, defensa, dolor, ascitis, Blumberg, Murphy. Percusión: matidez, timpanismo, oleada ascítica, puño-percusión renal. Tacto rectal: si procede.
- **Extremidades:** edemas con/sin fovea, alteraciones tróficas, signos de trombosis venosa profunda, varices, pulsos periféricos.
- **Locomotor:** articulaciones (edemas, limitación funcional, deformidad), puntos dolorosos, signos inflamatorios.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Según la 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

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

## INTERCONSULTAS

Interconsulta con otros especialistas de guardia (si procede).

## EVOLUCIÓN

Cambios en el curso clínico durante la observación.

## DESTINO

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



### RECUERDE

- Siempre debe firmar la historia clínica y el tratamiento.
- La historia clínica es un documento médico-legal; solo 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

- Bickley LS. Bates Guía de exploración física e historia clínica. Wolters Kluwer Health, 2021.
- Julián-Jiménez A. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. Hospital Universitario de Toledo, 2021.
- Kraytman M. El diagnóstico a través de la historia clínica (2ª edición).
- Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de Actuación en Urgencias (5ª edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2016.

## 2. Historia clínica pediátrica

D. M. García Menéndez, C. Piñeiro Fernández, M. Á. Arias Consuegra



### PUNTOS CLAVE

- La anamnesis es la base de una buena historia clínica, ya que permite definir el caso y ayudar a la toma de decisiones.
- El triángulo de evaluación pediátrica es una evaluación sin necesidad de constantes que informa del estado fisiológico.

### DATOS DE FILIACIÓN

Pegatina con datos de admisión.

### MOTIVO DE CONSULTA

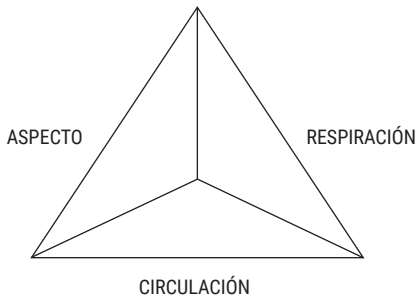
Indicar el signo o síntoma principal.

### ANAMNESIS

#### Triángulo de evaluación pediátrica

Se basa en tres parámetros: apariencia, trabajo respiratorio y circulación cutánea (**Fig. 2-1**).

- **Apariencia:** el más importante. Evalúa el Sistema Nervioso Central. Se basa en el tono (se mueve o está inerte o postrado); reactividad (interés por el medio, responde a estímulos); consuelo (calma en contacto con el familiar); mirada (fija o perdida y vidriosa); lenguaje/ llanto (habla acorde a su edad o emite un llanto débil).



**Figura 2-1.** Triángulo de Evaluación Pediátrica.

- **Trabajo respiratorio:** evalúa la patología respiratoria. Se basa en signos visuales (tiraje, taquipnea, aleteo nasal) o ruidos (estridor o ronquera en la obstrucción de vías altas y sibilancias o quejidos espiratorios en vías bajas).
- **Circulación cutánea:** permite evaluar el gasto cardiaco. La piel pálida puede ser signo de hipoperfusión o anemia. La cianosis indica hipotensión arterial. La piel parcheada se produce por vasoconstricción periférica.

### Enfermedad actual

Mediante lenguaje sencillo que permita la participación del niño, se busca responder a una serie de preguntas: ¿Qué le pasa y desde cuándo? ¿A qué lo atribuye? ¿Experimenta mejoría con algún tratamiento?

Aspecto	Respiratorio	Circulatorio	
X			Disfunción del SNC
	X		Dificultad respiratoria
X	X		Insuficiencia respiratoria
		X	Shock compensado
X		X	Shock descompensado
X	X	X	Fallo cardiorrespiratorio

- Procesos gastroentéricos (cantidad y tipo de vómito o diarrea, última deposición diarreica o vómito, inicio de nuevos alimentos, tolerancia por vía oral, peso previo al inicio del cuadro).
- Procesos febriles (cuantía y control antitérmico).

### Antecedentes familiares

Identificar el estado de salud del núcleo familiar y entorno no familiar (guardería o colegio, ambiente epidémico). En lactantes hay que valorar el estado de salud de los hermanos mayores (sepsis neonatal, tratamientos antibióticos).

### Antecedentes personales

Abortos, embarazo y parto (tipo de parto y edad gestacional); periodo perinatal y neonatal; peso al nacimiento; tipo de lactancia, duración de la misma y alimentación complementaria (vitaminas); vacunas y fecha de administración; enfermedades previas; intervenciones quirúrgicas; tratamientos (dosis y duración). Indicar si acude a guardería o escuela.

## EXPLORACIÓN

En un ambiente tranquilo, tumbado y acompañado de un adulto, se explorará al niño de manera completa y sistemática. Si solo tiene consuelo



en brazos del familiar, se puede auscultar y palpar el abdomen para facilitar la exploración; también pueden usarse juguetes.

- 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 O<sub>2</sub> en procesos respiratorios; valorar siempre la respuesta al tratamiento.
- Cabeza: las fontanelas deben ser normotensas.
- 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 de cordón y olor: búsqueda de hernias.
- Genitales: testes en bolsa, desarrollo puberal de Tanner.
- Locomotor: exploración de caderas (maniobras de Ortolani y Barlow). Asimetría de pliegues.
- Dermatología: turgencia (hidratación, edema); petequias; exantema o manchas.
- Neurología: Glasgow modificado para la infancia, postura de miembros (flexión, extensión), tono, fuerza, reflejos y sensibilidad. Dismetrías y marcha. Signos meníngeos: rigidez de nuca, Kernig y Brudzinski.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Limitarse solo a las imprescindibles, dependiendo de la patología.

- En niños ≤ 3 años con síndrome febril ≥ 6 horas de evolución sin foco aparente: análisis de orina (sistemático y sedimento), ya que suele ser la principal causa de infección.
- En patología gastrointestinal se realiza glucemia capilar (normal 70–100 g/dL) y cetonemia capilar (normal ≤ 0,5).

## IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

### TRATAMIENTO

Es necesario indicar la dosis exacta y la vía de administración de los fármacos.

## INTERCONSULTA A PEDIATRÍA

### EVOLUCIÓN

Se indicarán los cambios (mejoría tras el tratamiento, tolerancia de la vía oral, etc.) que sucedan 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.
- La historia clínica es un documento médico-legal; solo se tendrá en cuenta lo que se escriba y cómo se escriba.
- Es importante intentar preservar la confidencialidad del paciente y de su familia.

## BIBLIOGRAFÍA

- Casal Codesido JR, Vázquez Lima MJ. Guía de Actuación en Urgencias (5ª edición). Buenos Aires, Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2016.
- Fernández Arribas JL. Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Urgencias de Pediatría. Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (3ª edición). Aproximación y estabilización inicial del niño enfermo o accidentado. Triángulo de Evaluación Pediátrica. ABCDE. Octubre, 2019.
- Marín Ferrer M, Ordóñez Sáez O, Palacios Cuesta A. Manual de Urgencias de Pediatría. Hospital 12 de Octubre (4ª edición). Madrid: Ergón, 2011.
- Velasco Zúñiga R. Triángulo de Evaluación Pediátrica. Pediatría Integral. 2014; Volumen XVIII(5): 320-3.