



CONTENIDOS

Introducción
Estructura y contenido
Anamnesis o enfermedad actual
Exploración física



OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Establecer la importancia de un informe clínico de urgencias.
- Definir la estructura y los elementos imprescindibles a la hora de su realización.
- Saber por qué es obligatoria su realización.

INTRODUCCIÓN

El informe clínico de urgencias constituye un documento esencial en Medicina. En él se refleja el motivo de consulta, la anamnesis, la exploración física, las exploraciones complementarias si se han realizado, el diagnóstico, el tratamiento administrado, las recomendaciones al alta y el destino del paciente. De él se puede inferir la calidad asistencial ofrecida al enfermo. Es frecuente leer informes de alta muy breves, en los que pueden omitirse datos esenciales para el paciente, su médico de cabecera u otros profesionales médicos. Esta brevedad radica fundamentalmente en la anamnesis. Una anamnesis incompleta supone no disponer de toda la información necesaria para el establecimiento de una correcta orientación diagnóstica y, por ende, de un correcto diagnóstico. Hoy se practica una **medicina defensiva**, basada en las exploraciones complementarias disponibles en la cartera de servicios de la unidad de urgencias hospitalarias, lo que supone dar mayor importancia a los resultados obtenidos en ellas que a la clínica y exploración del paciente. Esto puede acarrear la responsabilidad de un error diagnóstico en los casos en los que son solicitadas sin que exista una correlación clínica. En mi opinión sincera, no se pregunta lo suficiente, no se indaga lo suficiente sobre **el porqué** de los síntomas o signos por los que consulta el paciente. En definitiva, no se practica el ideal de Medicina que es la Clínica.

Se puede definir la **medicina clínica** como el establecimiento de una sospecha clínica o un diagnóstico a través del relato del paciente, del proceso indagatorio acerca del motivo de consulta y de los signos obtenidos en la exploración física. La

diferencia entre ambos tipos de medicina radica en el «conocimiento» (Conocer: averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas): disponer de un mayor número de exploraciones complementarias puede provocar una mayor relajación en la adquisición de conocimientos continuos, básico en el ejercicio de esta profesión.

Hipócrates, nacido en el 460 antes de Cristo, fue el primero que puso en práctica la medicina clínica al desarrollar la primera historia clínica o *katástasis* (del griego, 'constitución, temperamento: punto culminante del asunto de un drama, tragedia o poema épico'; se empleó para definir toda situación que puede ser observada y descrita) dando principal importancia a la anamnesis y a la observación. En el siglo XVIII se instauró la estructura de historia clínica usada en la actualidad.



El buen clínico, además del conocimiento teórico y práctico, ha de poseer una serie de cualidades como entrevistador, como son la empatía o capacidad para comprender los pensamientos y emociones del paciente, la calidez, el respeto hacia el enfermo y la seguridad en su desempeño.

Hoy toma mayor relevancia el informe clínico de urgencias, no solo como herramienta médica sino también como **herramienta jurídica** ya que se utiliza como prueba para comprobar la actuación negligente o diligente del facultativo o de la institución sanitaria en la que presta servicios.



Hay que tener en cuenta que no elaborar un informe clínico de urgencias puede tener las siguientes repercusiones:

1. Mala praxis clínico-asistencial, por incumplimiento de la normativa legal que obliga a realizarla a todo paciente [Ley General de Sanidad, ordenación de prestaciones sanitarias, Derechos de los Usuarios, Código Deontológico Médico y las normas internacionales].
2. Defecto de gestión de los servicios clínicos.
3. Riesgo de potencial responsabilidad por perjuicios al paciente, a la institución y a la administración.
4. Riesgo médico legal objetivo, por carencia del elemento de prueba fundamental en reclamaciones por mala praxis médica.

ESTRUCTURA DEL INFORME CLÍNICO DE URGENCIAS

Un informe clínico de urgencias se compone de los siguientes apartados:

Identificación del paciente

En la historia clínica informatizada es el administrativo quien introduce los datos del enfermo en el portal informático, y estos son volcados en la historia clínica una vez que el médico abre el episodio de urgencias. Siempre debe comprobarse que los datos se corresponden con la identidad del enfermo.

Motivo de consulta

Síntoma o signo por el que el enfermo acude a urgencias. Generalmente queda reflejado en la historia en el momento en que el enfermero realiza el triaje del enfermo. Siempre debe revisarse y constatar que tiene relación con lo que describe el enfermo.

Anamnesis o enfermedad actual

Va a constituir el relato cronológico y real del motivo de consulta a través del relato del enfermo y de las preguntas que se le formulen. Se divide en dos grandes apartados:

- Anamnesis general: constituida por el relato del paciente y las preguntas formuladas en relación con el motivo de consulta.
- Anamnesis dirigida: son preguntas formuladas por aparatos en busca de un posible origen.



La anamnesis debe cumplir una serie de requisitos:

- Ser **veraz**: es un derecho del enfermo y su no cumplimiento constituye un delito en el actual Código Penal.
- Ser **exacta**.
- Tener **rigor técnico en los registros**: los datos contenidos en ella deben ser incluidos con criterios objetivos y científicos. La historia debe ser respetuosa y sin afirmaciones hirientes para el propio enfermo, otro profesional o la institución.

Exploración física

Recoge todos los datos obtenidos después de realizar una exploración completa al enfermo, de la cabeza a los pies.

Exploraciones complementarias

Se recogen los resultados de la analítica solicitada, de radiología, electrocardiografía o de cualquier otra prueba diagnóstica realizada.

Evolución

Se recogen todas las actuaciones llevadas a cabo, así como los cambios experimentados por el paciente a consecuencia de ellas, desde que se valora al enfermo en consulta hasta su alta, derivación o ingreso.

Diagnóstico

Diagnóstico o juicio diagnóstico.

Tratamiento al alta

Ha de ser expresado de forma que el paciente lo pueda entender claramente.

Recomendaciones al alta

Son muy valoradas a la hora de evaluar la calidad de una historia clínica. Al quedar escritas por el médico, el paciente no tiene que hacer uso de la memoria para recordarlas. Además, supone uno de los derechos del paciente.

ANAMNESIS O ENFERMEDAD ACTUAL



La anamnesis (palabra que procede del griego y significa recuerdo) es definida por la RAE como el conjunto de datos clínicos relevantes y otros del historial del paciente. Es la pieza clave en el proceso diagnóstico de cualquier enfermedad o patología.

A través de la información que aporta el enfermo («su relato de su enfermedad») más las preguntas que se le formulen, se puede orientar el caso en más de un 80% de las ocasiones, lo que permite una exploración física orientada y dirigida, así como la adecuada indicación de exploraciones complementarias, si son necesarias.

La anamnesis debe dividirse en tres partes bien diferenciadas.

Relato del paciente (escuchar)

Tras el saludo inicial y presentación, se formulará una pregunta abierta como «¿qué le ocurre?», y se dejará al paciente que relate su enfermedad: es muy importante no interrumpirle hasta que finalice (salvo que se extienda en demasiado con relatos no relacionados con el motivo de consulta actual). Una vez finalizado el relato, se incidirá en si se le ha olvidado algo que quisiera decir (los pacientes se ponen nerviosos ante el médico y olvidan cosas importantes, que recuerdan cuando salen de la consulta, de ahí la importancia de no interrumpirles: así el paciente recibe la información de que lo que cuenta es importante, se tranquiliza si estaba nervioso y siente confianza en el médico).

Anamnesis general

Es la recogida de forma sistemática de todas las características que definen el síntoma o signo motivo de consulta en urgencias. A través del acrónimo MILCIFO, se pueden recoger de forma ordenada estas características:

- Motivo de consulta: síntoma o signo principal (por ejemplo, el dolor torácico).
- Inicio y cronología del síntoma: hora o tiempo transcurrido desde el inicio de la sintomatología y evolución de los síntomas durante ese período de tiempo.
- Localización del síntoma e irradiación: ejemplo: dolor centrotorácico, localizado en hemitórax izquierdo, con irradiación a brazo izquierdo, garganta...
- Características del síntoma principal: opresivo, punzante, urente...

- Intensidad del síntoma: se puede establecer una valoración del dolor según el paciente siguiendo la escala visual analógica del dolor (EVA): escala visual graduada del 0 (sin dolor) al 10 (máxima intensidad del dolor), donde el paciente señala la puntuación con la que siente «su» dolor.
- Factores que empeoran, alivian o modifican el síntoma: empeora con la tos, la inspiración, los movimientos..., mejora con el reposo..., se modifica con la inclinación del tronco hacia delante, adopta el decúbito...
- Otros síntomas o signos asociados: fiebre, tos, expectoración, disnea... Este es, probablemente, el más importante de todos los ítems recogidos en la anamnesis, ya que la asociación de otros síntomas o signos con el motivo de consulta pueden definir la enfermedad o el síndrome que presenta el enfermo.

Anamnesis dirigida

Son preguntas que han de realizarse en busca de posibles causas del motivo de consulta. Son fundamentales en este apartado los antecedentes personales y familiares, sobre los que se indagará y se dejarán reflejados en la historia siguiendo la siguiente secuencia:

- Alergias: medicamentos, alimentos, picaduras de insectos, sustancias que se encuentran en el ambiente, sustancias que entran en contacto con la piel.
- Antecedentes mórbidos: enfermedades, intervenciones quirúrgicas, transfusiones.
- Tratamiento que toma en la actualidad: este apartado debe actualizarse continuamente, ya que los enfermos crónicos son susceptibles de cambios en su medicación habitual. Hay que reflejar la dosis que toma de cada uno de ellos y los fármacos nuevos tomados en los últimos días por otros motivos o en relación con el padecimiento actual.
- Hábitos: tabaco (paquetes-año), alcohol (gramos de alcohol), sustancias tóxicas para la salud (drogas). Con relación al tabaco, se considera exfumador si lleva más de seis meses sin fumar y se considera fumador al paciente que fuma a diario de cualquier cantidad de cigarrillos durante el último mes.
- Profesión.
- Antecedentes familiares: enfermedades de padres y hermanos.
- Inmunizaciones que ha recibido.
- Antecedentes ginecoobstétricos en la mujer (debe aparecer en toda historia clínica de una mujer).
 - FUR: fecha de última regla.
 - GPA: gestaciones, partos y abortos.
 - Métodos anticonceptivos.



Cálculo de la exposición al tabaco en forma de paquetes año: es el número de cigarrillos que fuma al día multiplicado por el número de años que lleva fumando y dividido entre 20. Ejemplo:

$$= (20 \text{ cigarrillos al día} \times 20 \text{ años}) / 20 = 20 \text{ paquetes/año}$$



Cálculo de los gramos de alcohol ingeridos: la graduación alcohólica se expresa en grados y mide el contenido de alcohol absoluto en 100 cc: el porcentaje de alcohol que contiene una bebida; es decir, que un vino tenga 13 grados significa que 13 cc de cada 100 cc son de alcohol absoluto, es decir el 13%. El grado alcohólico viene expresado en los envases como grados (°) o bien como vol (%). Desde la perspectiva sanitaria tiene mayor relevancia determinar la cantidad de gramos de alcohol absoluto ingerido que el volumen de bebida alcohólica.

Para calcular el contenido en gramos de una bebida alcohólica basta con multiplicar los grados por la densidad del alcohol (0,8), mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Gramos de alcohol} = \text{Volumen (expresado en cc)} \\ \times \text{grados de alcohol} \times 0,8 \times 100$$

Ejemplos:

- Una persona consume 100 cc de vino de 13 grados. La cantidad de alcohol absoluto ingerida sería: $100 \text{ cc} \times 13 \times 0,8 \times 100 = 10,4$ gramos de alcohol puro.
 - Una persona consume 250 cc de cerveza de 4,8 grados. La cantidad de alcohol absoluta sería: $250 \text{ cc} \times 4,8 \times 0,8 \times 100 = 9$ gramos de alcohol puro.
- Anamnesis por aparatos. A veces, y dependiendo del paciente, ha de realizarse una anamnesis por aparatos, para asegurarse de que no se omite ningún síntoma de importancia:
 - Circulatorio: ¿tiene ahogo, dolor torácico, palpitaciones o edemas?
 - Respiratorio: ¿tiene ahogo, dolor torácico, tos o expectoración?
 - Digestivo: ¿tiene dolor abdominal, vómitos, diarrea, ardores o alteración del hábito intestinal?
 - Infeccioso: ¿tiene fiebre?
 - Neurológico: ¿tiene cefalea, convulsiones o pérdidas de consciencia?
 - Nefrourológico: ¿tiene dolor al orinar o alteraciones en la orina?

El Departamento de Sanidad y Consumo del País Vasco publicó en su boletín oficial el Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre la historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica. En el artículo 7 se establecen las cinco normas de cumplimentación de la historia clínica de un paciente, que considero imprescindible conocer y aplicar en todo informe clínico y que consisten en lo siguiente:

1. *La cumplimentación de la historia clínica en los aspectos relacionados con la asistencia de la persona paciente es un deber de las y los profesionales sanitarios que intervengan en ella. Cuando participe más de una o un profesional sanitario o equipo asistencial, deberán constar individualizadas las acciones, intervenciones y prescripciones realizadas por cada profesional.*
2. *Cualquier información incorporada a la historia clínica deberá ser firmada y fechada, de manera que se identifique claramente la persona que la realiza.*
3. *Las anotaciones subjetivas de las y los profesionales que intervengan en el proceso asistencial, los datos que afecten a la intimidad de las personas, sospecha de malos tratos y, en general, aquella información que no haya sido*

facilitada a la persona paciente debido a un estado acreditado de necesidad terapéutica, deberán quedar claramente identificados respecto del resto de la información contenida en la historia clínica, todo ello con el fin de facilitar su disociación cuando esta sea precisa.

4. *Se entenderán por anotaciones subjetivas las impresiones o valoraciones personales de las y los profesionales sanitarios no sustentadas directamente en datos objetivos o pruebas complementarias y que, en su criterio, resulten de interés para la atención sanitaria de la persona paciente.*
5. *Las y los profesionales sanitarios deberán abstenerse de incluir expresiones, comentarios o datos que no tengan relación con la asistencia sanitaria de la persona paciente o que carezcan de valor sanitario.*

EXPLORACIÓN FÍSICA

Debe ser completa y sistemática, se inicia en la cabeza y se acaba en los pies y siempre debe estar enfocada en el motivo o motivos de consulta. Su estructura se compone siempre, en primer lugar, de las constantes vitales, seguidas del aspecto general del paciente para terminar con la exploración física propiamente dicha, que consta de cuatro apartados:

- Inspección.
- Palpación.
- Percusión.
- Auscultación.

Indudablemente, no en todos los aparatos pueden quedar reflejadas las cuatro acciones (en el ojo no se percute, por ejemplo).

Constantes vitales

Son los primeros datos que han de recogerse, ya que son la expresión de cuál es el estado clínico del paciente. ¿Cuáles son los que se deben recoger?

- Temperatura: informa de la presencia de fiebre (proceso infeccioso), de hipotermia o normotermia.
- Tensión arterial: hipertensión, hipotensión o normotensión.
- Frecuencia cardíaca: taquicardia, bradicardia o normalidad.
- Frecuencia respiratoria: taquipnea o bradipnea, indicativos de disnea.
- Saturación arterial de O₂: permite una valoración aproximada de la oxigenación del paciente.
- Glucemia capilar: para detectar la existencia de hiperglucemia, hipoglucemia o normoglucemia. La hiperglucemia, además, se considera un dato de estrés orgánico.

Aspecto general

- Estado de nutrición: normal, obeso, delgado o caquéctico.
- Estado de hidratación: humedad de la piel, signo del pliegue (pellizcando un pliegue en la cara anterior del tórax, en antebrazo o en dorso de la mano, en el sujeto deshidratado, el pliegue desaparece muy lentamente), presen-

cia de edemas (en miembros inferiores, al presionar la piel con un dedo, contra hueso, da una sensación pastosa y queda una depresión que tarda en recuperarse: es indicativo de acúmulo de líquido intersticial en la insuficiencia cardíaca).

- Estado mental: si el paciente está consciente, si está agitado, si esta inmóvil, si habla, la forma de hablar (coherente o incoherente, disartria o alteración en la articulación de la palabra en el accidente cerebrovascular, afasias o pérdida total o parcial de la capacidad de hablar presente en los accidentes cerebrovasculares).
- Coloración y alteraciones cutáneas:
 - Cambios en la coloración: ejemplos son palidez, ictericia, cianosis, des pigmentación o coloración oscura de la piel.
 - Lesiones cutáneas y su distribución: mácula, pápula, nódulo, habón, vesícula, pústula, escama, costra, escara, úlcera, esclerosis, liquenificación, intertrigo, telangiectasia.
 - Hemorragias cutáneas: equimosis periumbilical o signo de Halsted en la pancreatitis aguda, la equimosis paraumbilical o signo de Cullen en el embarazo ectópico o pancreatitis y la equimosis en flanco izquierdo o signo de Grey-Turner en la pancreatitis aguda hemorrágica.
 - Dilataciones vasculares y circulación colateral: circulación portocava en las cirrosis hepáticas con hipertensión portal; la circulación colateral cava-cava en la obstrucción de la vena cava inferior por trombosis, tumores o ascitis a tensión.
 - Infecciones cutáneas: enfermedades exantemáticas, herpes simples o zóster, infecciones bacterianas (estafilococos, estreptococos) en forma de celulitis, furúnculos.
- Decúbito espontáneo: se le pide paciente que se tienda en la camilla y se observa la postura y su actitud. A raíz de ello, el paciente puede presentar:
 - Intolerancia al decúbito por disnea: insuficiencia cardíaca.
 - Posición en gatillo en el síndrome meníngeo: decúbito lateral con piernas flexionadas sobre abdomen y cabeza hiperextendida.
 - Posición genupectoral en la pericarditis y en la pancreatitis.
 - Posiciones cambiantes y desasosiego en el cólico nefrítico.

Cabeza y cuello

Alteraciones en la cara, ojos, nariz y boca, yugulares y arterias temporales visibles, exploración de ojos, nariz, cavidad oral, palpación de adenopatías, fondo de ojo, movilidad de cuello.

Tórax

Inspección general, exploración de mamas, axilas y espalda.

- **Auscultación cardíaca:** ritmicidad, identificación del 1^{er} tono (cierre de válvulas auriculoventriculares) y 2^o tono (cierre de las válvulas sigmoideas), identificación de soplos y roces, ruidos cardíacos anormales (3^{er} y 4^o tono,

chasquidos o clics). En el caso de detectar soplos o ruidos cardíacos, la auscultación debe hacerse con el paciente sentado, en decúbito supino y en decúbito lateral.

- **Auscultación respiratoria:** debe realizarse simétricamente en ambos hemitórax. Se describe el murmullo vesicular o turbulencia del paso del aire por los grandes bronquios como normal o conservado, disminuido o ausente. También debe describirse la presencia de ruidos añadidos que no se encuentran habitualmente –denominados estertores (sibilancias, roncus y crepitantes)– y de roces o sonido provocado por la fricción de las hojas pleurales. La auscultación debe hacerse en decúbito supino y en sedestación.

Abdomen

En la exploración abdominal el orden no cambia.

- **Inspección:** pueden detectarse anomalías en la morfología y contornos, que generalmente se correlacionan con una abultamiento o abombamiento generalizado que puede ser debido a edema parietal, meteorismo, ascitis, diástasis de rectos o tumores y alteraciones en la piel (cicatrices, estrías, lesiones cutáneas, trayectos venosos anormales o hemorragias cutáneas).
- **Auscultación:** ruidos intestinales anormales (ausencia de peristaltismo en el íleo paralítico o su aumento en el íleo mecánico); soplos vasculares (dilataciones aneurismáticas vasculares o en estenosis) y soplos viscerales, sobre todo en el hígado, que pondría en la pista de un tumor muy vascularizado.
- **Percusión:** el timpanismo que detecta aire y la matidez que detecta víscera o ascitis.
- **Palpación:** es la maniobra más importante de la exploración abdominal. Primero, una palpación superficial cuya finalidad es detectar la existencia de dolor, contracción muscular, distensión visceral o defensa abdominal. Después, se realiza una palpación profunda con una presión firme, para poner de manifiesto la existencia de masas, visceromegalias o puntos dolorosos no detectados con la palpación superficial.

Anorrectal

Si procede. Inspección de la piel que rodea el ano en busca de hemorroides, fisuras o tumores. El tacto rectal se realiza para identificar hemorroides, masas tumorales o sangre en ampolla rectal.

Genitales

Si procede.

- **Testículos:** inspección de la bolsa escrotal para valorar su simetría y la existencia de alteraciones cutáneas; palpación de los tres órganos que contiene la bolsa escrotal: testículo, epidídimo y conducto espermático.
- **Pene:** inspección y palpación.
- **Exploración ginecológica:** valoración del aparato genital externo femenino (labios mayores, menores, uretra y clítoris). La vagina se explora para valorar las alteraciones en el flujo vaginal o ante la sospecha de cuerpo extraño.

Extremidades

- Piel y anejos: aspecto, color, cianosis, edemas, acropaquias, uñas.
- Fuerza pasiva y activa.
- Tonos, reflejos y sensibilidad.
- Articulaciones.
- Vascularización: pulsos, repleción venosa, trastornos tróficos, edemas.

Exploración neurológica

Si procede. La exploración básica neurológica debe incluir:

- Pupilas: tamaño, simetría y reflejo fotomotor.
- Pares craneales.
- Exploración de la sensibilidad.
- Exploración de la fuerza.
- Existencia de signos meníngeos.



PUNTOS CLAVE

- El informe clínico de urgencias debe ser veraz, exacto y tener rigor técnico en los registros.
- Se compone de la identificación del paciente, motivo de consulta, anamnesis, exploración física, exploraciones complementarias, juicio diagnóstico o diagnóstico, tratamiento y recomendaciones.
- Es obligada su realización.
- Es un derecho del paciente.
- Tiene importantes repercusiones legales.

BIBLIOGRAFÍA

- Argente HA, Álvarez ME. Semiología médica: fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. 2ª edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2015.
- Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica. Boletín Oficial del País Vasco nº 65, de 29 de marzo de 2012.
- Giménez Pérez D. Historia clínica: aspectos éticos y legales. Rev Cal Asist. 2001;16(01).
- Jiménez López A. Manual de exploración (Propedéutica clínica). 3ª edición. Madrid: Librería Cervantes; 2000.
- Julián Jiménez A, Tutor Martínez A. Historia clínica en urgencias. Manual de protocolos y actuación en urgencias para residentes. Toledo: Complejo Hospitalario de Toledo; 2017.
- Ley General de Sanidad 3/1986, de 25 de abril.
- Llanio Navarro R, Perdomo González G. Propedéutica clínica y semiología médica. La Habana (Cuba): Editorial Ciencias Médicas; 2003.