

# La historia clínica de Urgencias.

*Víctor Manuel Ramos del Amo.  
Médico de Urgencias Hospitalarias.  
Jefe de Servicio  
Hospital Campo Arañuelo.  
Navalmoral de la Mata.  
Cáceres*

## **Introducción**

En estas líneas pretendemos exponer unas recomendaciones y consejos, para la confección del informe clínico de urgencias, del que, la historia clínica, constituye una parte fundamental.

A lo largo de la exposición intentaremos alcanzar los siguientes **objetivos**:

1. Conocer las funciones del informe clínico de Urgencias.
2. Conocer la importancia médica y legal del informe clínico.
3. Conocer la obligatoriedad de su realización y los contenidos mínimos del mismo.
4. Conocer *la estructura que debe tener el informe clínico*.

## **Funciones del informe clínico de Urgencias**

Dentro de las funciones que tiene el informe clínico señalamos las siguientes:

- 1) Puramente asistencial.
- 2) Como garantía de calidad asistencial, pudiendo realizar registros de actividad y valorar sus resultados.
- 3) Como fuente para realizar investigación clínica y epidemiológica.
- 4) Como fuente de información para los servicios jurídicos.
- 5) Como fuente de datos para poder realizar una correcta planificación y gestión de los recursos asistenciales

Podemos afirmar que el informe clínico es un documento personal, médico y legal y de gran importancia siendo a veces el único que refleja y certifica la relación, las actuaciones, exploraciones y decisiones en relación con el enfermo en Urgencias.

Es sin duda el documento más importante que vamos a manejar en los servicios de Urgencia, es fundamental en sus vertientes asistenciales y administrativas; además, constituye el registro completo de la atención prestada al paciente durante su proceso, de lo que se deriva su trascendencia legal. No debemos olvidar que el informe clínico es un documento público en el que certificamos con nuestra firma la veracidad de lo que contiene, al que pueden tener acceso terceras personas, y que podemos ser incriminados si se demuestra que no es cierto lo que allí se expone.

Con independencia de las garantías asistenciales la primera pregunta que se plantea una persona que trabaja en la urgencia es: ¿Estamos realmente obligados a hacer un informe clínico? Sería mucho más sencillo el atender a un paciente, entrevistarle, pedirle las pruebas complementarias pertinentes, diagnosticarlo y tratarlo, sin la necesidad de tener que emplear tanto tiempo y esfuerzo en elaborar este documento. Pues bien, la respuesta es clara y contundente, *estamos obligados a realizar un informe clínico y entregarlo al enfermo* ya que es un derecho del paciente y por tanto un deber del médico, su incumplimiento supone una infracción de la lex artix. Para avalar esta afirmación podemos citar varias leyes y reales decretos, pero me gustaría señalar solamente uno:

*Ley 3/2005, de 8 de Julio, de información sanitaria y autonomía del paciente (de Extremadura).*

*Artículo 37.1 “ al finalizar el proceso asistencial en un centro sanitario, todo paciente o persona a él vinculada, éstos últimos en los términos previstos en el artículo 5, tendrá derecho a recibir de su médico un informe de alta que especifique, al menos, los datos del paciente, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas, o cualquier otra información, si esta es relevante, de la intervención en la actividad asistencial de cualquier otro profesional sanitario”.*

Por todo lo antedicho podemos deducir que estamos obligados a elaborar un informe clínico y, éste debe tener unos requisitos mínimos muy establecidos.

Los médicos que atendemos urgencias, estimulados por la propia perentoriedad de la misma, muchas veces damos prioridad a la actuación física inmediata, olvidando o relegando la confección del informe a un segundo plano por estimar que se trata de un mero acto burocrático que tiene un interés relativo. Otras veces lo realizamos primados por la prisa, acuciados por la presión asistencial que es habitual en nuestro trabajo, por lo que el resultado

final concluye en la emisión de un documento mal definido, incompleto o defectuoso. De ahí que resulte importante realizar una historia clínica sin precipitaciones (“lo que de prisa se hace, despacio se llora”, dice el refrán), de forma ordenada y asequible para su comprensión a todas las personas ajenas a la profesión.

No es ningún secreto que hay un gran número de demandas judiciales por mala práctica. Una sociedad como la nuestra conocedora de sus derechos y a la vez más vindicativa, nos hace suponer que este hecho, lejos de reducirse irá aumentando progresivamente. De ahí que tengamos otro gran motivo para ser especialmente cuidadosos con la emisión del informe clínico, que *constituye el documento médico-legal sobre el que se va a basar el enjuiciamiento de nuestra actitud profesional en caso de conflicto.*

Los jueces, por norma general, no suelen penar los errores médicos, porque son conocedores que la Medicina no es una ciencia exacta, pero sí lo hacen con las negligencias, y éstas, la mayoría de las veces están reflejadas en el informe clínico. Por tanto, la mejor defensa del médico ante una demanda de responsabilidad viene dada por la calidad del documento emitido.

Uno de los parámetros que miden la calidad de un servicio de urgencias es precisamente el estudio de los informes clínicos emitidos, por lo que tenemos otro motivo más para incidir en la necesidad de hacerlo, y bien.

Las urgencias hospitalarias están muy frecuentadas, la mayoría de patología banal como demuestra la baja tasa de ingresos. Esta situación lleva a la realización de una alta tasa de procedimientos. Todo ello lleva a una saturación del sistema. La primera consecuencia de la saturación es el aumento de la presión asistencial que lleva emparejado un aumento en los tiempos de espera, disminuyendo la capacidad resolutoria del servicio lo que pone en riesgo a los pacientes con patologías potencialmente graves. Del mismo modo origina una menor satisfacción de los usuarios y de los profesionales, aumentado el gasto sanitario por uso inadecuado de recursos.

Cuando muchos pacientes acuden demandando asistencia urgente con patología de muy diferente gravedad debemos disponer de una herramienta objetiva para “ordenarlos” en función de la gravedad de su patología a la hora de atenderlos. De este concepto nace el **TRIAJE**.

El triaje se hace por la necesidad de establecer unas prioridades asistenciales privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo con las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Debe realizarse por personal con experiencia y juicio clínico, con capacidad de tomar decisiones y gestionar situaciones difíciles.

Dentro de los objetivos del triaje tenemos:

- Identificar rápidamente a los pacientes graves con el fin de priorizar su asistencia.
- Determinar el área de tratamiento más adecuada.
- Disminuir la congestión de las áreas de tratamiento de los servicios de urgencia.
- Permitir la evaluación continua de los pacientes mediante reevaluaciones periódicas.
- Crear un lenguaje común para todos los profesionales implicados en urgencia.

Actualmente existen varios modelos de triaje, a saber:

1. La Australian Triage Scale (ATS).
2. La Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS).
3. El Manchester Triage System (MTS).
4. El Emergency Severity Index (ESI).
5. Modelo Andorrano de Triage (MAT).

En Extremadura se ha adoptado un basado en el Manchester.

Pero en todos ellos se establecen los mismos niveles de priorización:

Nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.

Nivel II: situaciones muy urgentes, de riesgo vital. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.

Nivel III: urgente pero estable hemodinámicamente, con potencial riesgo vital. Demora máxima 60 minutos.

Nivel IV: urgencia menor. Demora máxima 120 minutos.

Nivel V: no urgente. Demora de hasta 240 minutos.

La historia clínica es imprescindible que se realice de forma sistemática. Otro dato importante a tener en cuenta es que debemos ajustar la historia al motivo de consulta del paciente.

Las formas de realizarla son múltiples y sin duda todas válidas, pero siempre

deben tener:

- Motivo de consulta.
- Antecedentes personales.  
Enfermedad actual.
- Exploración física.
- Pruebas complementarias.
- Evolución en Urgencias.
- Impresión diagnóstica.
- Plan a seguir.

Antes de seguir, y como norma general hemos de tener en cuenta que debemos escribir con letra clara, evitar las siglas y ofrecer información relevante y científica.

Es un mal extendido hacer informes que resultan ilegibles incluso para los propios profesionales habituados a ello, cuanto más para los enfermos a quién va dirigido. El problema parece universal, y ello tiene que ver con la mala calidad de letra de muchos profesionales que parece hacer bueno aquello tan peyorativo de *“escrito con letra de médico”*.

Actualmente este problema está más atenuado por la implantación generalizada de la informática en el procedimiento médico.

Debemos ser cuidadosos en no tener faltas de ortografía.

La información que expresemos debe ser relevante con frases construidas correctamente. Evitemos en la medida de la posible los localismos, tenemos que estar seguros que la información que ofrece nuestro informe es entendible para todos.

Como consecuencia de intentar “optimizar” los tiempos de realización de los informes, recurrimos no con poca frecuencia al uso y abuso de las siglas (DMNID, IAM, HTA...) convirtiendo nuestros informes en auténticos jeroglíficos, dignos de estudios arqueológicos. Tal vez algunos sean comprensibles para otros profesionales, pero dudo que lo sean para los enfermos, sus familiares o los jueces. De ahí que hay que huir de su empleo para no hacer del informe un galimatías incomprensible

## **Sistemática en la realización del informe clínico de Urgencias**

La historia clínica se puede definir “como el documento que refleja la historia psicobiológica del paciente” y estimamos que su estructura de urgencias debe seguir la misma metódica que cualquier otra historia clínica a otro nivel asistencial.

### **Motivo de consulta.**

Razón inmediata por la que el paciente solicita asistencia médica. Señalaremos el síntoma capital (“Disnea”, “Cefalea” ...), otras veces serán varios (“Fiebre y dolor abdominal” ...), o un hallazgo objetivo (“Adelgazamiento”, “Exantema” ...).

### **Antecedentes personales.**

- Enfermedades relevantes o problemas médicos (orden cronológico).
- Ingresos previos o cirugías (orden cronológico).
- Traumatismos o accidentes.
- Hipertensión arterial, diabetes, dislipemias.
- Hábitos tóxicos: Tabaco (cantidad), Drogas (tipo y vía).
- Antecedentes epidemiológicos.
- Antecedentes familiares de interés.
- Tratamientos habituales (nombre y dosis).
- Situación basal del paciente (enfermos crónico y ancianos).
- (Historia ginecológica).

La aplicación de un fármaco al que el paciente es alérgico puede desencadenar su muerte instantánea y generar al profesional una grave responsabilidad judicial. Es necesario informarse de esta posibilidad, requiriendo la misma al propio paciente y a su familia. *En cualquier caso, es necesario anotar en la historia la presencia o ausencia de éstas.*

Otro tanto cabe destacar de los tratamientos que el paciente viene realizando. No olvidemos que una de las causas frecuentes de atención en urgencias viene dado por el iatrogenismo farmacológico (intoxicación por digitálicos, sobredosis de dicumarínicos...). Del mismo modo debemos conocer el tratamiento previo puesto que si instauramos otro tenemos, y debemos conocer las posibles interacciones.

Esto entra en íntima relación con la seguridad del paciente.

### **Enfermedad o historia actual.**

Procurar obtener una narración sencilla y cronológica del motivo de consulta y todos los síntomas y molestias acompañantes.

1. Dejar que el paciente se exprese libremente: ¿Qué le pasa?, ¿Desde cuándo?, ¿A qué lo atribuye?

Ayudarle, pero sin influenciarle.

2. Guiar al enfermo y dirigir el interrogatorio.

“Examen iterativo de hipótesis”.

- Forma de inicio y cronología de síntomas.

- Localización, características, intensidad, factores agravantes, atenuantes, desencadenantes y acompañantes.

- Evolución de los mismos.

- Situación de los síntomas en el momento de la entrevista.

- Ofrecer alternativas.

3. Anamnesis por aparatos en función de los dos puntos anteriores.

4. ¿Alguna cosa más que quiera contar?

Tanto los antecedentes como la enfermedad actual en algunas ocasiones deben ser contratadas con la familia.

En el caso de niños y adolescentes en la mayoría de los servicios de urgencia van a estar acompañados por sus familiares en el momento de la exploración. En el caso de los ancianos o en pacientes con signos de deterioro mental es absolutamente necesario contrastar los datos obtenidos con la familia o personas de su entorno, aunque parezcan que sus condiciones mentales son aceptables. Puede ocurrir que determinadas patologías las desconozca el propio enfermo porque la familia se las ha ocultado.

### **Exploración física.**

No vamos a ahondar en la realización de la misma ya que eso excede del planteamiento de la exposición, pero van a permitirme algunos consejos:

- Debe hacerse de los pies a la cabeza.

- Anotarlo todo hasta los resultados negativos, sobre todo de aquellos



problemas potencialmente cambiables (meníngeos, exantemas...).

- Utilizar el sentido común y proporcionar la exploración al motivo de consulta.
- Ojo con las constantes vitales, deben quedar siempre expresadas en el informe de alta.

### **Pruebas complementarias.**

Antes de nada, es deber nuestro conocer las posibilidades del centro donde trabajamos, el coste, los riesgos, las contraindicaciones y molestias para el enfermo.

Se debe huir de las peticiones indiscriminadas. No podemos hacer cierta la frase de Claude Bernard: *“el que no sabe lo que busca no entiende lo que encuentra”*. Se deben solicitar una vez realizada la anamnesis y la exploración y no antes.

A modo de reflexión:

Se estima que entre un tercio y la mitad de las pruebas solicitadas a laboratorio no contribuyen a la resolución del problema.

### **Pruebas complementarias que habitualmente se solicitan en un servicio de Urgencias**

#### **Pruebas de laboratorio:**

##### HEMATIMETRIA:

Nos permite determinar alteraciones cualitativas de las células sanguíneas (hematíes, leucocitos y plaquetas).

##### BIOQUIMICA:

Determinaciones que nos informan del estado metabólico e hidroelectrolítico y de la afectación de aparatos y sistemas.

Importancia de los perfiles bioquímicos: grupo de peticiones analíticas preestablecidas que permite optimizar los recursos.

##### ESTUDIO DE COAGULACIÓN:

Nos mide la actividad de los factores procoagulantes y los inhibidores de la misma.

##### SISTEMATICO DE ORINA:

Permite valorar características macroscópicas, hacer determinaciones bioquímicas y estudiar el sedimento.

##### GASOMETRIA:

Nos proporciona una valoración objetiva de la función respiratoria y del equilibrio ácido base.

##### OTRAS PRUEBAS: (Microbiológicas).

Test rápidos para COVID-19.

Estreptococo B hemolítico tipo A.  
VIH rápido.  
Antigenuria neumococo y legionela.  
Virus sincitial respiratorio.  
Rosa de Bengala.  
Análisis de líquido cefalorraquídeo (PL)  
Análisis de líquido articular (Atrocentesis).

#### OTRAS DETERMINACIONES:

Niveles plasmáticos de fármacos.  
Tóxicos en orina.  
Hemocultivos  
Urocultivos  
Exudados  
PCR para COVID-19.

#### **Pulsioximetría y capnografía:**

Nos informa de forma rápida y fiable de la saturación de oxígeno en sangre arterial.  
Explora la concentración de CO<sub>2</sub> en el ciclo respiratorio del paciente.

#### **Electrocardiografía:**

Es una exploración básica.  
Proporciona gran información en:  
\* Arritmias cardíacas.  
\* Dolor torácico sospechoso de cardiopatía.  
\* Pacientes con marcapasos.  
\* Trastornos iónicos con repercusión cardíaca.  
\* Otros procesos como el TEP, hipotermia....

#### **Radiografía de tórax:**

Es otra exploración básica.  
Ayuda al diagnóstico de enfermedades cardiovasculares y pulmonares, así como de otros procesos que pueden suponer un riesgo vital.  
Hay que conocer las indicaciones, la interpretación y las limitaciones.  
La proyección habitual es la PA y lateral, pero hay otras.

#### **Radiografía simple de abdomen:**

Es la primera exploración radiológica urgente que se hace en patología abdominal.  
Se contraindica en los primeros meses de gestación.  
La proyección habitual es la PA, pero existen otras como la bipedestación y el decúbito lateral.

**Ecografía:**

Técnica relativamente sencilla que proporciona información con ninguna contraindicación para el paciente.

Hoy día se maneja incluso por lo médicos de urgencia.

Inconveniente: Operador dependiente.

**TAC craneal:**

Ha supuesto una auténtica revolución sobre todo en patología cerebral

Es la técnica de elección en el síndrome neurológico agudo.

**TAC torácico:**

Indispensable para el diagnóstico de patología urgente torácica.

**TAC abdominal:**

La principal indicación es el abdomen agudo.

**RNM:**

La principal indicación es la afectación raquídea aguda.

Recordar que las pruebas complementarias realizadas deben quedar reflejadas y traducidos sus resultados en el informe clínico.

Siempre se ha dicho que: *prueba no reseñada y comentada equivale a prueba no realizada*. En la actualidad y merced al almacenamiento informático podemos recuperar las pruebas complementarias realizadas por ello esta afirmación hoy día no es tan axiomática. Esto no supone que no se deban reflejar en los informes, porque además de saber que se han hecho es importante la interpretación que les damos.

**Evolución en Urgencias.**

Debemos reseñar la evolución que ha tenido el paciente en la unidad de Urgencias, así como el tratamiento que se le ha pautado y su eficacia.

Si concurren otras especialidades en el proceso asistencial del paciente debe quedarse reflejado en la historia.

**Impresión diagnóstica.**

No debemos emitir diagnósticos sino juicios clínicos.

Esto es lo que se puede definir como la regla de oro del informe de urgencias. *Un diagnóstico tiene casi categoría de axioma*, y en Medicina de urgencias esto es, en muchas ocasiones, difícil de alcanzar. Por ello parece más correcto el uso de la fórmula de *juicio clínico que tiene categoría de hipótesis*, en todo caso, subsidiaria de ser modificada con la aportación de nuevos datos aparecidos por la evolución, otras técnicas diagnósticas...

Esto nos permite elaborar juicios clínicos tales como: “Dolor abdominal no quirúrgico, en este momento”, “Cefalea presumiblemente en relación con elevación de cifras tensionales” ...).

Con el fin que el paciente pueda recibir una correcta atención debemos informar al paciente que el juicio clínico que emitimos se basa en un estudio de urgencia que no presupone un diagnóstico definitivo. Este deberá alcanzarlo su médico de Atención primaria (junto a sus especialistas si fuese preciso) a quién debe acudir con el informe que le damos.

Tampoco quiere decir que en urgencias no podamos alcanzar el juicio diagnóstico, pero la experiencia determina que en la mayoría de los casos conviene ser cautos antes de emitirlo.

### **Tratamiento, plan a seguir y destino del enfermo**

Es fundamental a la hora de establecer un tratamiento, que éste quede claramente reflejado. Atenderemos a las siguientes normas:

- a) Escribir con letra clara para evitar confusiones que pueden ser fatales.
- b) Debe quedar clara la vía de administración y la pauta de mismo. (Si pautamos Eritromicina 500mg/vo/6h, está claro para una enfermera, pero es seguro que el paciente no lo entenderá así).
- c) Así mismo debe quedar reflejado el tiempo que seguirá el paciente el tratamiento.
- d) Si el medicamento tiene efectos secundarios importantes conviene reflejarlo sobre todo si pueden alterar la vida de un paciente (pe: un antihistamínico administrado a un camionero). De la misma manera si el tratamiento puede interferir con otros que viene tomando es preciso reseñarlo.
- e) Se explicará el tratamiento que se ha aplicado durante su permanencia en urgencias, con dosis y vías de administración, así como su respuesta.

El destino del paciente debe quedar reflejado:

- Ingreso
  - Alta domiciliaria.
  - Traslado a otro hospital.
  - Exitus.
- (Importante que figure la hora).

Relevante también son las ALTAS por FUGA, en primer lugar, nunca debemos promover que ningún paciente abandone la urgencia. Si a ese paciente le ocurre algo siempre habrá quién afirme “que el doctor lo echó “

En cuanto a las ALTAS VOLUNTARIAS debemos exigir la firma del paciente, familiar o testigos. Nunca olvidar constatar que el paciente ha entendido y asume los riesgos de abandonar la urgencia sin el alta médica.

### **Identificación inequívoca del médico firmante**

Todo documento médico debe ir firmado, es muy aconsejable que se añada el pie de firma y el número de colegiado, de *todos* los facultativos que hayan intervenido en el proceso de asistencia del paciente. La omisión de estos datos constituye una falta y predispone negativamente ante cualquier eventualidad de reclamación o jurídica. No olvidar que puede tardarse más o menos tiempo, pero al final, siempre se acabará localizando a la persona que ha intervenido.

### **Conclusiones Finales**

Con estas normas se pretende que el informe clínico sea “un acta notarial” de todo el proceso del paciente en urgencias, que tras su lectura podamos conocer con exactitud todo lo acontecido en el proceso asistencial del paciente en urgencias.

La cuidadosa observación de todos los puntos anteriores concluirá en la elaboración de un informe clínico de alta calidad que, en caso de reclamación jurídica, será la mejor defensa de una buena práctica.

oOo

NOTAS:













