



## INTRODUCCIÓN

La enseñanza de la educación médica ha sufrido varios cambios en los últimos años, lo que permite al clínico evolucionar hacia un mejor conocimiento y metodologías para alcanzar una adecuada competencia profesional. Estas guías de decisión están diseñadas para facilitar al paciente que consulta las urgencias una atención inmediata, de calidad y efectiva por parte del personal médico.

El texto, *Guías de decisión en Urgencias – Medicina del Adulto (GUMA)*, corresponde a un ejemplar actualizado y práctico que busca resolver las diversas enfermedades que pueden afectar frecuentemente al paciente adulto en un servicio de urgencias, las cuales, mediante un adecuado enfoque y manejo, son posible controlar oportunamente y disminuir las complicaciones asociadas a la morbi-mortalidad.

Este texto está agrupado en 12 capítulos. El capítulo 1 describe de forma rápida, detallada y coherente la manera de realizar una buena historia clínica en urgencias aplicando las competencias adquiridas en la semiología clínica; el capítulo 2 contempla el soporte vital en urgencias; incluye el soporte vital avanzado, oxigenoterapéutica en urgencias y el soporte ventilatorio mecánico en urgencias; el capítulo 3, dedicado a práctica de la anestesiología, se centra el manejo del dolor en urgencias; el capítulo 4 corresponde a la especialidad de cirugía, y en él se describe cómo debe ser el manejo del paciente y el tratamiento con derrame pleural y neumotórax; el capítulo 5 incluye la especialidad de cardiología y orienta el manejo del paciente con fibrilación auricular, dolor torácico, angina inestable, insuficiencia cardíaca, edema pulmonar agudo y el manejo de la crisis hipertensiva; el capítulo 6 corresponde a la especialidad de neumología y aborda temas como exacerbación aguda del asma, diagnóstico y manejo de la hemoptisis en urgencias, manejo de la exacerbación aguda de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el tromboembolismo pulmonar (TEP); el capítulo 7, definido como otorrinolaringología, aborda los temas cuerpo extraño en oído, nariz y vía aérea o digestiva superior, enfo-

que manejo del estridor, guías para el manejo de la epistaxis y el vértigo; el capítulo 8 corresponde la especialidad de neurología, con los temas evaluación neurológica en urgencias, cefalea, crisis convulsivas; el capítulo 9 aborda las urgencias en psiquiatría: comportamientos autolesivos y paciente con agitación psicomotora; el capítulo 10, procedimientos en urgencias, y cómo medir e interpretar el flujómetro espiratorio pico, la toracentesis y la paracentesis; el capítulo 11 aborda las intoxicaciones agudas y sus medidas generales y la intoxicación etílica aguda; el capítulo 12, dedicado a la infectología, aborda temas como abordaje del paciente inmunosuprimido con fiebre y el paciente con neutropenia febril.

Este libro es el producto del esfuerzo, trabajo y dedicación del grupo de docentes de planta y catedráticos del programa de medicina de la Universidad del Magdalena, todos ellos especialistas en Medicina Interna con subespecialidades afines y algunos consultores externos a nivel nacional e internacional de reconocida trayectoria.

Este texto de decisiones se realizó pensando en las necesidades del profesional médico de urgencias y las diversas instituciones prestadoras de salud (IPS), y está escrito bajo una serie de conceptos teórico- prácticos con un altísimo nivel científico que permiten abordar y manejar las distintas situaciones de emergencias que afectan al paciente adulto y fortalece el proceso de aprendizaje del estudiante.

El soporte bibliográfico es actualizado y con adecuada aplicación de la evidencia médica disponible.

Esta obra cubre un vacío bibliográfico en el último quinquenio en Colombia sobre textos de atención en urgencias del paciente adulto agudamente enfermo.

**John Carlos Pedrozo-Pupo**  
**Gabriel de Jesús Celemin-Güete**

# CAPÍTULO 1: HISTORIA CLÍNICA

---

## HISTORIA CLÍNICA DEL ADULTO, PARA EL MANEJO EN URGENCIAS

Wilman Escorcía Sierra, MD

### **Anamnesis**

Consiste en la información que el médico reúne al indagar al paciente sobre la enfermedad, las peculiaridades y el curso de la misma. Esto es muy importante, ya que al ser el primer contacto con el paciente, de este dependerá la relación con el médico. Además, una buena anamnesis permite hacer el diagnóstico, en más del 50% de los casos.

La anamnesis debe tener un orden especial para evitar omitir datos relevantes (Álvarez ME, Argente HA, Mendoza G., 2005).

**Datos personales.** Se debe recoger la siguiente información: nombre, edad, sexo, raza, estado civil, religión, nacionalidad, ocupación, domicilio y persona responsable.

**Motivo de consulta.** El objetivo es conocer, desde su inicio, la situación que afecta al paciente y los cambios que ha tenido en el tiempo.

No se debe anotar un diagnóstico, sino las quejas que el paciente refiera, ya sea mediante la interpretación médica de los signos y síntomas, o apuntando entre comillas lo que dice el paciente. Por ejemplo: “Me duele la espalda”.

**Enfermedad actual y sus antecedentes.** Se espera que el paciente hable de la forma más clara posible y que brinde un orden cronológico del padecimiento (o padecimientos) que lo llevaron al servicio médico. El médico, a su vez, debe dejar la información claramente plasmada en la historia clínica, en lenguaje técnico o semiológico, con la ampliación del motivo de consulta (Cediel, Casabuenas, Cifuentes, Cediel de Convill y Portillo, 2012).

En esta sección se describen los signos y síntomas referidos, con sus características semiológicas, en el motivo de consulta. Para la clínica, se utiliza el acrónimo ALICIA como parámetro (aparición y características, localización, inicio, concomitancias, intensidad y alivio).

## **Antecedentes personales**

**Fisiológicos.** Indagar sobre aspectos relacionados con el nacimiento, crecimiento y maduración. Cuando los pacientes son mujeres, se consigna la edad de la primera menstruación, la regularidad de la misma y la fecha de la última menstruación. Adicionalmente, se establecen: sexarquia, embarazos, parto y lactancia (Álvarez ME, Argente HA, Mendoza G., 2005).

**Patológicos.** Se pregunta sobre enfermedades padecidas durante la infancia (sarampión, parotiditis, varicela, rubeola, entre otras), enfermedades médicas, antecedentes alérgicos y antecedentes quirúrgicos (Álvarez ME, Argente HA, Mendoza G., 2005).

**De medio.** Se consignan antecedentes relacionados con el medio ambiente y con los entornos: familiar, laboral, social y cultural (lugar de nacimiento y posteriores lugares de residencia, material de la vivienda y número de habitaciones; escolaridad, ocupación o trabajos expuestos a materiales tóxicos; núcleo familiar, servicio militar, entre otros) (Álvarez ME, Argente HA, Mendoza G., 2005).

**Hábitos.** Se investiga sobre el tipo de alimentación, el horario y si es intolerante a algún alimento, además, si hay variaciones en el apetito, diuresis, si está durmiendo bien; el uso de bebidas alcohólicas, consumo de cigarrillo o sustancias psicoactivas, café; si realiza actividad física y sus hábitos sexuales (Álvarez ME, Argente HA, Mendoza G., 2005).

**Antecedentes familiares.** Se intenta averiguar sobre las enfermedades que puedan presentar una transmisión genética, en particular las metabólicas y las cardiovasculares (tuberculosis, diabetes, cardiopatías, enfermedades renales, cáncer, artritis, enfermedades mentales, hemofilia, asma, alergias y enfermedades genéticas) (Álvarez ME, Argente HA, Mendoza G., 2005).

## Exploración

El examen físico comprende la inspección y la exploración física topográfica. El orden que debe seguir el examen físico, según la historia clínica, es el siguiente:

**Inspección.** Se exploran, la evaluación cuantitativa de la consciencia (grado de alerta), el grado de lucidez del individuo y la impresión que este tiene del entorno y de sí mismo. En caso de existir ausencia de consciencia, se podría determinar si el paciente está obnubilado o somnoliento, letárgico o estuporoso y, finalmente, el coma. Se exploran las *facies* —que hacen referencia al rostro del individuo—, lo cual nos puede aportar datos sugerentes de diferentes patologías. Al explorar las *facies* hay que tener en cuenta la expresión, el color del rostro y la simetría.

En cuanto a la actitud, se valora la postura del paciente; por medio de la actitud podemos valorar el comportamiento del paciente en plena crisis (las actitudes habituales del individuo en bipedestación son las siguientes: erguida normal, erguida cómoda, erguida forzada o de militar de firmes y la posición de Meyer; también puede adoptar diferentes actitudes en decúbito, entre ellas se distinguen el decúbito supino o dorsal, de cubito prono o ventral, decúbito lateral derecho y decúbitos pasivos).

La valoración del hábito se refiere al aspecto constitucional o tipo del paciente. Existen tres hábitos fisiológicos: brevilineo (corto y ancho), longilíneo (alto y delgado) y atlético (normal).

El estado de nutrición se puede estimar al momento de la inspección, pero se confirma con el peso. Son estados de nutrición los siguientes: obesidad, delgadez y caquexia; el peso normal de cada individuo se determina por medio de la relación sexo, talla y desarrollo esquelético.

En el estudio de piel y faneras hay que observar y buscar lesiones cutáneas en toda la superficie corporal, tales como anomalías en el color, anomalías en la consistencia y elasticidad, temperatura, pilificación y humedad, para luego indagar sobre las patologías que se relacionan con cada uno de ellos (Surós y Surós, 2001).

**Signos vitales.** Deben medirse la temperatura corporal, la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca y la tensión arterial.

**Somatometría.** Es útil para el diagnóstico de enfermedades endocrinas. Aquí deberán determinarse: peso, talla e IMC. Seguida de la inspección general, se debe realizar la exploración topográfica regional de cefálico a caudal, de la siguiente forma:

- Cabeza, orejas, nariz, boca y cuello: inspección y palpación.
- Tórax (caja torácica, mamas, campos pulmonares y cardíaco): Inspección, auscultación, palpación y percusión.
- Abdomen: inspección, auscultación, percusión y palpación.
- Genitales y tacto rectal (Cuando se amerite).
- Examen neurológico.
- Diagnósticos probables.

**La palpación:** es la utilización del sentido del tacto para la evaluación del paciente. Puede ser superficial o profunda y tanto unimanual como bimanual. El enfermo debe estar posicionado de la forma más adecuada para acceder al órgano que se quiere palpar.

**La percusión:** se debe realizar mediante golpes sobre el área corporal pertinente, que permitan dar una idea del estado físico de los diferentes órganos

evaluados. La percusión puede ser inmediata o directa, en resorte, medial o digito-digital (en ella se utilizan tanto un dedo percutor como un dedo plesímetro que se interpone entre el percutor y la superficie percutida. Es la más usada). También puede percutirse con la cara dorsal de los dedos y con la falange terminal del plesímetro (percusión piriforme). Los sonidos obtenidos al percutir pueden ser de tipo mate (resultado de la percusión de vísceras solidas), sonidos timpánicos (obtenidos sobre todo en estomago e intestino), sonido metálico o resonante pulmonar y ruido en olla de cascada, típico de la TBC (Surós y Surós, 2001).

**La auscultación:** es la aplicación del sentido de la audición para escuchar los sonidos que se producen en los órganos. La auscultación, al igual que la percusión, puede ser directa (no requiere instrumental) o indirecta (requiere de la utilización del fonendoscopio; pero ante todo hay que saber escuchar).

### **Pruebas complementarias**

La realización de la historia clínica o anamnesis es la ayuda diagnóstica principal del médico. Para la correcta realización de la historia clínica existen, fundamentalmente, dos requisitos: que se realice de manera estructurada y tener conocimientos adecuados para dirigir el interrogatorio de manera eficaz. No obstante, su realización también depende del contexto clínico (Duque, 2006).

En el paciente sintomático o asintomático, la historia clínica persigue fundamentalmente identificar factores de riesgo del paciente, para así determinar si es de utilidad realizar pruebas y exploraciones complementarias, tales como Radiografía de tórax, análisis de laboratorio, pruebas virológicas y bacteriológicas, gasometría y niveles séricos de medicamentos (cuando se ha hecho toma de muestras y cuando se ha cursado), determinando cuáles y en qué orden deben realizarse o solicitarse.

### **Impresión diagnóstica**

El diagnóstico es el resultado del análisis del motivo de consulta, la enfermedad actual, los antecedentes y los hallazgos del examen físico.

## **Tratamiento**

Se debe tener en cuenta la medicación fija, tanto como la medicación condicional, y anotarlas en la hoja de medicamentos, en donde se debe especificar el nombre de la droga, dosis, horario, vía de administración; si es oral, especificar si es triturada o diluida; igualmente, anotar la aceptación del tratamiento, la presencia de reacciones, toxicidad o alérgicas secundarias. Debe anotarse y firmar: fecha de inicio, suspensión, número de días, las limitaciones y contraindicaciones (ej. antihipertensivos, según la tensión arterial, diuréticos recomendados, entre otros) y el diagnóstico clínico (Duque, 2006).

## **Interconsulta**

Es el procedimiento mediante el cual el profesional médico pide opinión, supervisión y ayuda de otro profesional de su misma área (como segunda opinión) o de otra especialidad; es una ayuda extra en el enfoque del paciente. Las interconsultas pueden ser convencionales, de valoración o con imágenes —según se requiera— y su objetivo es ayudar al diagnóstico, al tratamiento y dar la mejor atención, con sus juicios, apreciaciones y sugerencias, así como aumentar el nivel de atención y procurar una pronta recuperación (Díaz y Gallego, 2005).

Las principales razones para pedir una interconsulta son: la necesidad de un enfoque multidisciplinario, un diagnóstico o terapéutica de mayor complejidad, por orientación de algunos programas de salud, segunda opinión a solicitud del paciente o la familia, falta de respuesta al tratamiento (con una evolución no satisfactoria); la aparición de enfermedades potencialmente fatales o de pronóstico reservado, y para tranquilidad del facultativo tratante (Cediel, Casasbuenas, Cifuentes, Cediel de Convill *et al*, 2012).

## **Evolución**

Se deben revisar las variaciones generales en el estado clínico de cada paciente, así como su respuesta a la terapéutica, si el paciente está internado se realizan las notas de evolución diariamente, en esta última se debe consignar, según (Álvarez ME, Argente HA, Mendoza G., 2005), lo siguiente:

- Datos medibles, tales como temperatura, peso, tensión arterial, frecuencia respiratoria, volumen de orina, pulso, entre otras.
- Los resultados de los estudios que se haya ordenado a manera de complemento y los fundamentos que se tuvieron y no se llevaron a cabo en el planteamiento original.
- La nota clínica de cada uno de los especialistas interconsultados.
- Se deben resumir los resultados del tratamiento efectuado, evoluciones habidas, alguna modificación a los establecidos inicialmente y si se ha presentado algún tipo de reacción adversa a lo efectuado.
- Estado general de la evolución de paciente, según los síntomas que motivaron la hospitalización.

### **Destino**

- Internación: cuidados intensivos u hospitalización en sala general.
- Alta del paciente.