

PROTOCOLO DE CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS DEL INFORME DE ALTA DEL SERVICIO DE URGENCIAS MEDICAS GENERALES

Hospital General de Alicante

ANTECEDENTES PERSONALES:

- Alergias e intolerancias
- Hábitos tóxicos
- **Enfermedades crónicas comunes:** HTA, DM, Dislipemia, ulcus-gastropatia (si alguna es positiva, preguntar por complicaciones secundarias, por ejemplo en DM: retinopatía, arteriopatía, nefropatia etc)
- **Enfermedades crónicas destacables:** (por ejemplo; Asma, EPOC, Insuficiencia cardiaca, etc):
 - Tiempo de evolución y situación basal
 - Controles (dónde y por quién)
 - Ingresos hospitalarios (ultimo ingreso)
 - Anotar exploraciones complementarias destacables (por ejemplo si insuficiencia cardiaca, resumen de ecocardiograma y fecha de ésta, si EPOC, FEV1 y fecha de éste, si VIH últimos CD4)
 - Anotar complicaciones en su ingreso (por ejemplo, necesidad de ventilación invasiva o no invasiva, necesidad de inotrópicos, etc)
 - Si cáncer: estadio /quimioterapia activa o paliativa /fase terminal /tratamiento paliativo
- **Otras enfermedades** o ingresos hospitalarios y diagnóstico al alta
- **Intervenciones quirúrgicas**
- **Situación social:** Vive solo/a o acompañado/a (por quien), independiente o con dependencia (parcial o total). Sin deterioro cognitivo o con deterioro.
- **Medicación:** Fármacos (nombre, dosis y pauta)

NOTA IMPORTANTE: los diagnósticos principales de los ingresos del paciente que aparecen en los ayudadores de los antecedentes personales del enfermo en su historia clínica (ejemplos: ASMA BRONQUIAL EXACERBADA (24/3/2004), o POLIPOSIS COLONICA (14/12/2007), TEMBLOR ESENCIAL (7/05/2004)) SÓLO servirán para ayudarnos en la descripción de los antecedentes y no deben de aparecer anotados de forma indiscriminada (como aparecen en el informe-ejemplo adjunto)

ENFERMEDAD ACTUAL

Describir situación basal (por ej: asintomático, con disnea a grandes esfuerzos, etc)

Describir el Síntoma guía:

- Cuándo apareció y cómo apareció
- Dónde se localiza
- Características (punzante, opresivo, retortijón, urente, etc)
- Irradiación o migraciones
- Situaciones que mejora o calma
- Episodios previos

Ejemplos:

- **Disnea:** disnea basal, cuándo apareció, si fue brusca, a esfuerzos (grandes, moderados o leves) o de reposo, ha mejorado con algún tratamiento
- **Diarrea:** cuándo apareció, si fue brusca, número de deposiciones por día, aspecto y color, productos patológicos, despiertan por la noche, aumenta con la ingesta.

Síntomas acompañantes:

- Anotar los positivos y describirlo igual que el síntoma guía
- Anotar aunque sean negativos, los síntomas acompañantes relacionados con el síntoma guía:

Ejemplos:

- **Disnea:** dolor torácico, palpitaciones tos y expectoración, fiebre, hemoptisis, Disnea paroxística, edemas en miembros, disminución de la diuresis, fiebre
- **Diarrea:** fiebre (sí o no, no termometrada, desde cuándo, cuánta), dolor abdominal (tipo, continuo, dónde se localiza, dónde se irradia, ha migrado, dónde), náuseas o vómitos (características del contenido, número, desde cuándo). Otros familiares afectos.

Anotar si ha recibido tratamiento y especificar cuál y desde cuándo

EXPLORACION FISICA

Constantes:

- **Tensión arterial, Frecuencia cardiaca y Temperatura (imprescindibles).**
- **Frecuencia respiratoria:** si SatO2 baja, y/o si el paciente está ubicado en nivel 2 y/o con disnea, y/o con dolor torácico, y/o con sospecha de infección y/o con inestabilidad hemodinámica
- **SatO2** si el paciente está ubicado en nivel 2 y/o con disnea, y/o con dolor torácico, y/o con sospecha de infección y/o con inestabilidad hemodinámica
- **Glucemia capilar:** inestabilidad hemodinámica, diabetes mellitus o alteración del comportamiento o síntomas neurológicos

Imprescindible que aparezca:

- Nivel de conciencia: Consciente-orientado, somnolencia, desconectado, obnubilado
- Eupneico o Taquipneico
- Auscultación cardiaca
- Auscultación pulmonar
- Abdomen
- Extremidades inferiores
- Si clínica neurológica: exploración neurológica

Ejemplos:

Si el paciente acude por **dolor abdominal**:

- Por rapidez se permite si la auscultación cardioplumonar es normal y las EEII son normales que aparezca: *ACP: normal y EEII: normal*
- Pero la exploración abdominal debe aparecer íntegra sea normal o patológica: blando o duro, peritonismo o no, ruidos presentes o no, organomegalias, masas, orificios herniarios, dolor a la palpación superficial o profunda y dónde, signo de Murphy y de Blumberg.

Si el paciente viene por **dolor torácico**:

- Por rapidez se permite si la exploración del abdomen es normal, que aparezca: *Abdomen: normal*
- Pero la auscultación cardiopulmonar (ruidos rítmicos, o no, fuertes o apagados, murmullo conservado o no, ruidos sobreañadidos (sibilancias, roncus, localización) o no presentes, las extremidades (pulsos simétricos, asimétricos, presentes, ausentes, débiles, flebitis, edemas con fóvea o no y hasta dónde) y las venas yugulares (ingurgitadas o no) deben describirse sean normales o patológicas

EVOLUCIÓN:

Describir si ha acontecido alguna situación durante su estancia. Por ejemplo, hipotensión que remontó con fluidos, nuevo episodio de dolor torácico con nuevo ECG sin cambios, aumento de la disnea con necesidad de utilización de VNI...

Si no acontece nada destacable dejar sin rellenar.

PROCEDIMIENTOS:

- Anotar solicitudes destacables (por ejemplo hemocultivos, transfusión, esputo)
- Anotar si ha sido valorado por otro especialista y resumir su valoración
- Anotar si ha recibido tratamiento no farmacológico (por ejemplo: taponamiento nasal, enema de limpieza, colocación de sonda vesical, sutura, cura, etc.)
- Anotar si ha recibido tratamiento farmacológico (fármaco, dosis y vía) si el paciente va a ser dado de alta o trasladado a otro hospital

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Si no hemos finalizado el proceso diagnóstico, colocar:

Sospecha de... , o Probable... o Posible...

Nota: Cuando se haya finalizado el proceso diagnóstico intenta utilizar un diagnóstico prefijado que aparece en el ayudador lateral de la pantalla, pues así a su alta queda codificado y nos parece en los ayudadores de los antecedentes personales

RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTO

Si no hemos finalizado el proceso diagnóstico, colocar: *Pendiente de exploraciones complementarios y/o valoración por otro especialista (y anotar especialidad)*

DESTINO AL ALTA

- Si no hemos finalizado el proceso diagnóstico, colocar: **OTROS**
- Si hemos finalizado el proceso diagnóstico, colocar el destino definitivo: **MÉDICO CABECERA, CENTRO ESPECIALIDADES, INGRESO HOSPITALARIO (MARCAR ESPECIALIDAD), TRASLADO A OTRO HOSPITAL (MARCAR HOSPITAL), FUGADO, EXITUS**

TERMINANDO el INFORME:

Si **no hemos finalizado** el proceso diagnóstico:

1. Se cierra informáticamente la historia clínica como si fuera una alta (se tica la pestaña de firmar informe)
2. Se imprime sólo una copia
3. Se firma
4. Y se deja esa copia en la carpeta del enfermo

Cuando **se ha finalizado** el proceso diagnóstico:

1. Se cambia destino al alta al definitivo: médico cabecera, centro especialidades, ingreso hospitalario (marcar especialidad), traslado a otro hospital (marcar hospital), fugado, exitus
2. Se cierra informáticamente la historia clínica (se tica la pestaña de firma definitiva el informe)
3. Se imprimen dos copias
4. Se firma
5. Si ingresa dejar copias en carpeta del enfermo y si se marcha una copia en carpeta y otra para el enfermo