
 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Conjunto mínimo de datos de la historia clínica realizada en el Servicio de Urgencias Generales	URG-A006			Hoja nº 1
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	Día 05	Mes 10	Año 2023	

**CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA
REALIZADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES**


Departamento de Salud Alicante-Hospital General Universitario Dr. Balmis



 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Conjunto mínimo de datos de la historia clínica realizada en el Servicio de Urgencias Generales	URG-A006			Hoja nº 2
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	Día 05	Mes 10	Año 2023	

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN. DEFINICIÓN
2. DESCRIPCIÓN DEL INFORME DE ALTA
3. LÍMITE INICIAL Y FINAL DEL PROCESO
4. COPIAS IMPRESAS DEL INFORME DE ALTA
5. ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO Y CONTROL DE CAMBIOS

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Conjunto mínimo de datos de la historia clínica realizada en el Servicio de Urgencias Generales	URG-A006			Hoja nº 3
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	Día 05	Mes 10	Año 2023	

1. INTRODUCCIÓN. DEFINICIÓN

El informe de alta de un paciente es el documento legal donde constan todas las actuaciones y decisiones tomadas con el paciente durante el acto médico, por ello debemos ser extremadamente cuidadosos y concisos a la hora de elaborar este informe médico.


A continuación, se detallan los apartados que debe presentar el informe de alta médica de un paciente atendido en el servicio de urgencias, así como los datos que debe incluir. Describiremos de forma detallada los apartados de dicho informe y la información que necesariamente ha de constar en cada uno de ellos.

2. DESCRIPCIÓN DEL INFORME DE ALTA

- A. ANTECEDENTES PERSONALES**
- B. ENFERMEDAD ACTUAL**
- C. EXPLORACIÓN FÍSICA**
- D. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**
- E. EVOLUCIÓN**
- F. PROCEDIMIENTOS**
- G. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL y DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS**
- H. TRATAMIENTO**
- I. RECOMENDACIONES**
- J. DESTINO AL ALTA**

A. ANTECEDENTES PERSONALES:

- Alergias e intolerancias
- Hábitos tóxicos
- **Enfermedades crónicas comunes:** HTA (hipertensión arterial) DM (diabetes mellitus), Dislipemia, ulcus-gastropatía (si alguna es positiva, preguntar por complicaciones secundarias, por ejemplo, en DM: retinopatía, arteriopatía, nefropatía etc.)
- **Enfermedades crónicas destacables:** (por ejemplo; Asma, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), Insuficiencia cardiaca (IC), etc.):

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Conjunto mínimo de datos de la historia clínica realizada en el Servicio de Urgencias Generales	URG-A006			Hoja nº 4
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	Día 05	Mes 10	Año 2023	

- Tiempo de evolución y situación basal
- Controles (dónde y por quién)
- Ingresos hospitalarios (ultimo ingreso)
- Anotar exploraciones complementarias destacables (por ejemplo, en caso de insuficiencia cardiaca, resumen y fecha del último ecocardiograma; si EPOC, últimas pruebas funcionales detallando FEV1 y fecha de éste; si VIH, últimos CD4...etc)
- Anotar si ha presentado complicaciones durante sus ingresos (por ejemplo, necesidad de ventilación invasiva o no invasiva, necesidad de inotrópicos, etc.)
- En caso de neoplasia: detallar el tipo, estadio de la enfermedad, si recibe o ha recibido quimioterapia activa, si la quimioterapia es paliativa, fase de la enfermedad, si el tratamiento que recibe es 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)


Para facilitar la realización de la historia clínica del paciente, podremos revisar las anteriores atenciones en el servicio de urgencias o los últimos ingresos de hospitalización, con la precaución de actualizarla antes de utilizar dicho historial en el episodio actual.

B. ENFERMEDAD ACTUAL:

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

Describir el síntoma guía:

- Cuándo y cómo apareció
- Dónde se localiza

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Conjunto mínimo de datos de la historia clínica realizada en el Servicio de Urgencias Generales	URG-A006			Hoja nº 5
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	Día 05	Mes 10	Año 2023	

- 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, si despiertan por la noche, o si aumenta con la ingesta.

Síntomas acompañantes:

- Anotar los positivos y describirlos 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 tiene o no, si es o 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 especificando cuál y desde cuándo

C. EXPLORACIÓN FÍSICA

Constantes:

- **Tensión arterial, Frecuencia cardiaca y Temperatura** (imprescindibles).
- **Frecuencia respiratoria:** si SpO2 baja, y/o con disnea, y/o con dolor torácico, y/o con sospecha de infección y/o con inestabilidad hemodinámica
- **SpO2** si taquipnea 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, alteración del comportamiento, alteración del nivel de conciencia o síntomas neurológicos

Imprescindible que aparezca:

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Conjunto mínimo de datos de la historia clínica realizada en el Servicio de Urgencias Generales	URG-A006			Hoja nº 6
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	Día 05	Mes 10	Año 2023	

- 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 cardiopulmonar 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, 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 en la auscultación cardiopulmonar deben describirse, sean normales o patológicos: 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)

D. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Si se han realizado pruebas complementarias se dejará constancia de ellas, reflejando, al menos, los datos más importantes de las mismas. También se indica si alguna está pendiente de resultados.

Ejemplo:

- Analítica sanguínea: glucosa 1599, creatinina 1.2, urea 39, sodio, 135, potasio 3.6, cloro 97. PCR 3. Resto normal.
- Anormales y sedimento en orina: sin alteraciones
- Hemocultivos x 2: pendientes de resultados

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Conjunto mínimo de datos de la historia clínica realizada en el Servicio de Urgencias Generales	URG-A006			Hoja nº 7
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	Día 05	Mes 10	Año 2023	

E. 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...

También se reflejan en este apartado las interconsultas a especialistas, y se adjuntarán las evaluaciones que hayan realizado.

Si no acontece nada destacable, se puede dejar sin rellenar.

F. PROCEDIMIENTOS:

- Anotar solicitudes destacables (por ejemplo, hemocultivos, transfusión hemoderivados, cultivo de esputo)
- Anotar si ha recibido algún 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).

G. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS

Al finalizar proceso asistencial, indicaremos el diagnóstico principal del paciente (por ejemplo, insuficiencia cardiaca descompensada) y diagnósticos secundarios relacionados con el principal (por ejemplo, anemia crónica agudizada) o con la patología de base del paciente (por ejemplo, enfermedad de Alzheimer)

H. TRATAMIENTO

Se dejan por escrito las indicaciones farmacológicas con el nombre del fármaco, la dosis prescrita, la pauta de la toma y la duración del tratamiento.


Asimismo, se reflejará si precisara control por médico de atención primaria o determinado especialista.

I. RECOMENDACIONES

Se añaden las recomendaciones médicas si las hubiera (ejemplo, tipo de dieta, reposo o no, cuando realizar una cura, tipo de cura...)

J. DESTINO AL ALTA

Seleccionamos el destino al finalizar la asistencia de urgencias: alta voluntaria, consultas externas (especificando la especialidad), domicilio, hospital de media larga

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Conjunto mínimo de datos de la historia clínica realizada en el Servicio de Urgencias Generales	URG-A006			Hoja nº 8
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	Día 05	Mes 10	Año 2023	

estancia (especificando centro de destino), médico de familia y comunitaria, paciente fugado, paso a hospitalización (especificando servicio de destino), residencia o centro sociosanitario, traslado a otro hospital (especificando hospital de destino), unidad de hospitalización a domicilio o exitus.

3. LIMITE INICIAL Y FINAL DEL PROCESO


Limite inicial: inicio de recogida de datos y redacción del informe de asistencia médica del paciente

Limite final: firma digital del informe de asistencia del paciente

4. COPIAS IMPRESAS DEL INFORME DE ALTA

Tras firmar digitalmente el informe.

- Si el destino es alta hospitalaria (domicilio, médico de familia y comunitaria, consultas externas), se imprime una copia que se entrega al paciente
- Si el destino es ingreso hospitalario, se imprime una copia que se deja en la carpeta de documentación del paciente.
- Si el destino es traslado a otro hospital, se entrega una copia al paciente o al personal que realiza el traslado en un sobre cerrado con una pegatina identificativa para preservar así la confidencialidad.
- Si el destino es ingreso en UHD, se imprimen dos copias; una es entregada al paciente y la otra se deja en el casillero de UHD, junto con la copia de la solicitud de ingreso en su unidad.
- Si el paciente es exitus se imprime una copia que se deja en la carpeta de documentación del paciente.
- Si el paciente se fuga no es necesario imprimir ninguna copia del informe.
- Si el paciente solicita el alta voluntaria, se facilitará un documento con la firma digital del facultativo para que sea firmado por el propio paciente o tutor legal en su defecto y se deja en la carpeta del paciente. Se debe dar una copia del informe con el tratamiento adecuado en caso de poder indicarlo.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	Conjunto mínimo de datos de la historia clínica realizada en el Servicio de Urgencias Generales	URG-A006			Hoja nº 9
		ÚLTIMA REVISIÓN V01			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de urgencias	Día 05	Mes 10	Año 2023	

5. ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO Y CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Elena Martínez. Médico adjunto de urgencias	Inmaculada Jiménez Ruiz. Médico adjunto de urgencias	Pere Llorens soriano . jefe del servicio de urgencias
	Begoña Espinosa Fernández. Médico adjunto de urgencias	Rogelio Pastor Cesteros . Jefe de sección del servicio de urgencias
Fecha 1/10/2023	Fecha 5/10/2023	Fecha 05/10/2023

Este protocolo será revisado siempre que las circunstancias lo requieran y en especial, ante modificaciones sustanciales de los protocolos y/o procedimientos en la materia, dictados por las Autoridades Sanitarias.

La modificación del protocolo incluirá la comunicación a los responsables de las áreas/servicios y unidades afectados por el protocolo, así como a la totalidad de los profesionales del Servicio de Urgencias Generales.

Asimismo, se modificará con carácter inmediato en la intranet del Departamento, en caso necesario.

EDICIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS	PÁGINAS
V1	05/10/2023	Elaboración del documento	9
V2	XX/XX/20XX	Revisión del documento	