



## Historia Clínica para la Atención del Trauma

Las circunstancias que acompañan el ingreso de pacientes traumatizados a los Servicios de Urgencias, hacen que con mucha frecuencia no se siga una metodología rigurosa en la evaluación de estos enfermos y ocurran omisiones que pueden tener implicaciones en el pronóstico del trauma y en la calificación de la calidad de la atención prestada.

La evidencia y en ocasiones la espectacularidad de algunas lesiones favorecen que el médico desvíe su atención del orden rígido que deben tener las prioridades en el cuidado al traumatizado. En otras oportunidades, las lesiones son silenciosas y pasan desapercibidas a menos que el examinador las investigue con precisión.

De otro lado, y no menos importante, es la historia clínica que constituye el documento básico sobre el cual el médico respalda legal y científicamente su actuación. Todo lo que registre la historia clínica fue oído, preguntado, examinado y realizado, y aquello que no conste en ella, así se haya hecho, fue omitido o no realizado.

Preocupados por estos hechos, y con el ánimo de mejorar los registros de la historia clínica en el Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios, decidimos probar el modelo de Historia Clínica propuesto por el ATLS del Colegio Americano de Cirujanos (1) adaptado a nuestro medio. Se hicieron varias aplicaciones y, finalmente, se realizó una prueba del documento obtenido cuyo modelo presentamos. A nuestro juicio, y después de más de 1 año de aplicación, tiene las siguientes ventajas:

1. Menor tiempo de diligenciamiento.
2. Mejoría cualitativa y cuantitativa del registro de información.
3. Incluye información sobre el manejo prehospitario del trauma.
4. Sigue la metodología propuesta por el ATLS: Evaluación inicial (A.B.C.D.E.) y Evaluación secundaria (examen de cabeza a pies).
5. Orden y registro fácil de los exámenes paraclínicos y de los procedimientos iniciales de la reanimación y del seguimiento inicial de cada paciente.

Además, es necesario iniciar un "Registro de Trauma" en cada institución, que pueda posteriormente extenderse en nivel local, regional y, en última instancia, nacional. Es a partir de este registro cuando podemos empezar a conocer la magnitud exacta de este problema entre nosotros, ver cuál es la realidad de la atención del traumatizado en nuestro medio y desde allí iniciar el desarrollo de políticas de atención del trauma y establecer sistemas de evaluación de calidad en cada institución en particular y en el país en general.

El modelo que a continuación presentamos es el que actualmente se utiliza en el Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios, e invitamos a todas aquellas instituciones que tienen que ver con la atención del trauma a que adopten este u otro modelo similar que permita el registro completo de la atención médica con las características que hemos destacado.

### REFERENCIAS

1. American College of Surgeons. Comité de Trauma. ATLS. Curso para médicos. Quinta Edición, Chicago, Am Coll Surg 1994.

---

\* Documento elaborado por los doctores: Jorge Alberto Ospina Londoño, Prof. Asist. del Dpto. de Cirugía de la Univ. Nal., Jefe de Urgencias del Hosp. San Juan de Dios; Charles Bayona Molano, Médico de Trauma; y los Internos Richard Hennessey y Myriam Patricia Cifuentes. Bogotá, D.C., Colombia.



**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - Santafé de Bogotá, D. C.**  
**Servicio de Urgencias - TRAUMA -**

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ HISTORIA CLINICA

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Responsable: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo M  F   
 Estado civil \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE CONSULTA** **ANTECEDENTES**

Tiempo de evolución: \_\_\_\_\_

Médicos:

**INFORMACION PREHOSPITALARIA**

Transporte  
 Ambulancia  Policía  
 Automóvil  Propios medios  
 Otro Cuál: \_\_\_\_\_  
 Institución remitente: \_\_\_\_\_  
 Médico remitente: \_\_\_\_\_  
 Médico confirmante: \_\_\_\_\_

Quirúrgicos:  
  
 Traumáticos:

**MECANISMO DE LESION**

Herida por arma cortopunzante  
 Herida por proyectil de arma de fuego  
     ○ Carga única  
     ○ Carga múltiple  
     ○ Neumática  
 Contundente  
 Vehículo automotor  
     ○ Conductor ○ Cinturón  
     ○ Pasajero  
     ○ Peatón  
 Motocicleta  
     ○ Conductor ○ Casco  
     ○ Pasajero  
     ○ Peatón  
 Caída Altura \_\_\_\_\_ metros  
 Ondas explosivas  
 Otro Cuál: \_\_\_\_\_

Toxicoalérgicos:

Imunológicos:

Tétanos, última dosis:

FUR:

Hora última comida:

Ingesta de alcohol previa  Si  No

**PROCEDIMIENTOS PREVIOS A LA LLEGADA**

Inmovilización columna Tiempo \_\_\_\_\_  
 Tubo orotraqueal  
 Tubo nasotraqueal  
 Cánula orofaríngea  
 Cricotiroidotomía  
 O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ L/min  
 Infusión parenteral  
      Periférico  Cantidad: \_\_\_\_\_  
     Central  
 Transfusión Cantidad: \_\_\_\_\_  
 Sonda vesical Drenaje: \_\_\_\_\_  
 Tubo de tórax  Izq.  Der.  
 Medicación: \_\_\_\_\_  
 Otros procedimientos: \_\_\_\_\_

**EVALUACION INICIAL**

A.- Vía aérea B.- Respiración

Cuello:  Limitación funcional  Dolor  
 Signos de trauma  Crepitación

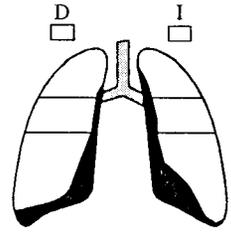
Vía aérea:  Permeable  Obstruida  
 Obstruida por: \_\_\_\_\_

Tráquea medial:  Si  No

Frecuencia respiratoria:  /Min

Sonidos respiratorios:  
 Normales  
 Anormales

Ubique la anomalía:  
 1.- Disminuidos  
 2.- Ausentes  
 3.- Roncus estertores  
 Crepitación: Si  No



**PERSONAL RESPONSABLE**

SERVICIO	NOMBRE	Hora interconsulta
Médico General		
Estud. Interno		
Cirugía General		
Neurocirugía		
Ortopedia		
O. R. L.		
Urología		
U. C. I.		
Reanimación		
Anestesia		
Ginoco/Obstet.		
Medicina Interna		
Otro		

**C.- Circulación**

Piel / Mucosas  Rosadas  Pálida  
 Robicundas  Cianótica  
 Secas  Húmeda

Pulsos:  Normales  
 Disminuidos  
 Sitio: \_\_\_\_\_  
 Ausentes  
 Sitio: \_\_\_\_\_

Temp. de la piel:  Normal  
 Caliente  
 Fría

TA:  /  FC:  / Min

MARGOT SOL AMANTE LOS DATOS POSITIVOS

## INDICES DE TRAUMA

Escala de coma de Glasgow

T - RTS

Puntuación

Puntuación

*Apertura ocular*

Espontánea	4	F. Resp.	10 - 24	4
A la voz	3		25 - 35	3
Al dolor	2		>36	2
Ausente	1		1 - 9	1
			0	0

*Rwapuesta verbal*

Orientado	5	P. Sist.		
Confuso	4		>89	4
Inapropiada	3		70 - 89	3
Sonidos incomprensibles	2		50 - 69	2
Ausente	1		1 - 50	1
			0	0

*Respuesta motora*

Obedece órdenes	6	E. C. Glasgow		
Movimientos voluntarios	5		13 - 15	4
Localiza el dolor	4		9 - 12	3
Flexión al dolor	3		6 - 8	2
Extensión al dolor	2		4 - 5	1
Ausente	1		3	0

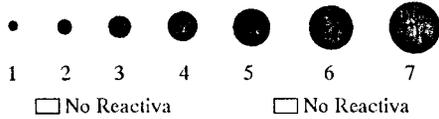
Total E. C. Glasgow:

Total T-RTS:

Reacción pupilar

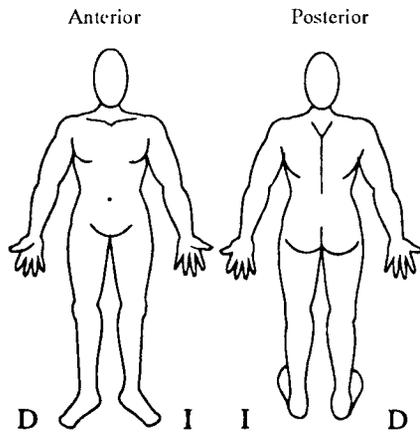
Diámetro ojo izquierdo  
mm

Diámetro ojo derecho  
mm



IDENTIFIQUE Y UBIQUE LA LESION EN EL  
GRAFICO CON EL NUMERO CORRESPONDIENTE

- |                |            |                 |
|----------------|------------|-----------------|
| 1. Laceración  | 7. HACP    | 13. Fx Abierta  |
| 2. Escoriación | 8. HPAFOE  | 14. Avulsión    |
| 3. Equimosis   | 9. HPAFOS  | 15. Amputación  |
| 4. Hematoma    | 10. Herida | 16. Otro: _____ |
| 5. Contusión   | 11. Edema  | _____           |
| 6. Deformidad  | 12. Dolor  | _____           |



Si considera necesario ampliar la descripción utilice los espacios de la siguiente columna

**Cabeza**

Normal   
Anormal

**Maxilofacial**

Normal   
Anormal

**Cuello**

Normal   
Anormal

**Tórax**

Normal   
Anormal

**Abdomen**

Normal   
Anormal

**Periné, Tacto Rectal y Aspecto de Orina**

Normal   
Anormal

**Musculoesquelético - Vascular**

Normal   
Anormal

**Neurológico**

Normal   
Anormal

**DIAGNOSTICO**

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

### ORDENES MEDICAS

1. Interconsulta a:
2. Destino:
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

Firma y sello

- Penicilina cristalina
- Cefalosporina
- Aminoglucósido
- Clindamicina
- Metronidazol
- Otro

Cual: \_\_\_\_\_

### PARACLINICOS - PROCEDIMIENTOS

#### LABORATORIO CLINICO

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Reserva # _____ Unidades</li> <li><input type="checkbox"/> Cuadro hemático</li> <li><input type="checkbox"/> TP/TPF</li> <li><input type="checkbox"/> Plaquetas</li> <li><input type="checkbox"/> BUN</li> <li><input type="checkbox"/> Creatinina</li> <li><input type="checkbox"/> Parcial de orina</li> <li><input type="checkbox"/> Gases arteriales</li> <li><input type="checkbox"/> Gases venosos</li> <li><input type="checkbox"/> SGPT</li> <li><input type="checkbox"/> SGOT</li> <li><input type="checkbox"/> Test de embarazo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Amilasa</li> <li><input type="checkbox"/> Bilirrubinas</li> <li><input type="checkbox"/> Glicemia</li> <li><input type="checkbox"/> Electrolitos</li> <li><input type="checkbox"/> CK</li> <li><input type="checkbox"/> CK - MB</li> <li><input type="checkbox"/> LDH</li> <li><input type="checkbox"/> Fosfatasa alcalina</li> <li><input type="checkbox"/> HIV</li> <li><input type="checkbox"/> Otro: _____</li> </ul> |
|--|---|

#### RESULTADOS

#### IMAGENES DIAGNOSTICAS

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> RX de tórax</li> <li><input type="checkbox"/> RX de columna cervical</li> <li><input type="checkbox"/> RX de pelvis</li> <li><input type="checkbox"/> RX de abdomen simple</li> <li><input type="checkbox"/> RX de columna torácica</li> <li><input type="checkbox"/> RX de columna lumbar</li> <li><input type="checkbox"/> RX de craneo</li> <li><input type="checkbox"/> RX Cadwell</li> <li><input type="checkbox"/> RX Waters</li> <li><input type="checkbox"/> RX de huesos propios</li> <li><input type="checkbox"/> RX de mandíbula</li> <li><input type="checkbox"/> RX de cuello</li> <li><input type="checkbox"/> RX M. sup. derecho</li> <li><input type="checkbox"/> RX M. sup. izquierdo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> RX M. inf. derecho</li> <li><input type="checkbox"/> RX M. inf. izquierdo</li> <li><input type="checkbox"/> Cistografía</li> <li><input type="checkbox"/> Urografía</li> <li><input type="checkbox"/> Arteriografía</li> <li>Sitio: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Ecografía</li> <li>Sitio: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Endoscopia</li> <li>Sitio: _____</li> <li><input type="checkbox"/> TAC</li> <li>Sitio: _____</li> <li><input type="checkbox"/> _____</li> <li><input type="checkbox"/> _____</li> </ul> |
|---|---|

#### RESULTADOS

#### PROCEDIMIENTOS

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> O<sub>2</sub> L/min</li> <li><input type="checkbox"/> Intubación OT</li> <li><input type="checkbox"/> Intubación NT</li> <li><input type="checkbox"/> Cricotiroidotomía</li> <li><input type="checkbox"/> Tubo de tórax derecho</li> <li><input type="checkbox"/> Tubo de tórax izquierdo</li> <li><input type="checkbox"/> Venodisección</li> <li><input type="checkbox"/> Catéter central</li> <li><input type="checkbox"/> Autotransfusión</li> <li><input type="checkbox"/> Toracentesis</li> <li><input type="checkbox"/> Paracentesis</li> <li><input type="checkbox"/> Pericardiocentesis</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Lavado peritoneal</li> <li><input type="checkbox"/> Sutura 1 a 4 puntos</li> <li><input type="checkbox"/> Sutura 5 a 15 puntos</li> <li><input type="checkbox"/> Sutura &gt; 15 puntos</li> <li><input type="checkbox"/> Exploración herida</li> <li><input type="checkbox"/> Drenaje hematoma</li> <li><input type="checkbox"/> Tracción cutánea</li> <li><input type="checkbox"/> Tracción esquelética</li> <li><input type="checkbox"/> Tracción cefálica</li> <li><input type="checkbox"/> _____</li> <li><input type="checkbox"/> _____</li> <li><input type="checkbox"/> _____</li> </ul> |
|---|---|

#### DESCRIPCION

## EVOLUCION

Fecha							
Hora							
M.D. Respnsable							
Cargo							
T.A.							
F.C.							
Ritmo							
F.R.							
Temperatura							
P.V.C.							
Líquidos administrados							
Líquidos eliminados							
Drenaje toracostomía							
Diuresis							
Balance de líquidos							
Escala de Glasgow							
1. Apertura ocular							
2. Respuesta verbal							
3. Respuesta motora							
Total (1+2+3)							
Diámetro pupila der.							
Diámetro pupila izq.							

Fecha y Hora	<b>NOTAS</b>

Sobrevivió      Traslado a: \_\_\_\_\_       Salida  
 Muerte  
 Médico responsable: \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_