

# Historia clínica traumatológica en urgencias

Rodríguez Álvarez, J.P.; Chirino Cabrera, A.; Muratore Moreno, C.G.; Carrasco Martínez, L.

## Introducción

En una guardia en el área de traumatología se atienden pacientes con fracturas, esguinces, luxaciones, pero también es ahí donde se valoran, en primera instancia hospitalaria, los pacientes que han sufrido intoxicaciones farmacológicas, urgencias oftalmológicas, urgencias quirúrgicas vasculares, plásticas, de cirugía general no relacionadas con el abdomen agudo y muchas más.

Por otra parte, no es infrecuente que la demanda asistencial haga que se incremente la espera de los pacientes para ser atendidos; con lo que se reacciona trabajando con más prisa en un intento de conseguir una mayor eficiencia. Sin embargo, esa prisa puede disminuir la efectividad de nuestras acciones, debiendo aumentarse finalmente el tiempo y recursos aplicados en cada paciente o disminuyéndose la efectividad, lo que repercute en última instancia en la eficiencia del proceso (5).

Es por ello por lo que lo primero que debe preguntarse el médico que atiende las urgencias traumatológicas es ¿cuál es su misión allí? Porque hasta el propio técnico de rayos puede mirar una radiografía y llamar al traumatólogo si ve una fractura en ella.

El médico de urgencias es una persona que ha recibido una formación suficiente con la que debe realizar un manejo global del paciente con tres apartados principales:

- Sospecha inicial
- Tratamiento y resolución de procesos no especializados
- Distribución multifactorial-multidireccional de procesos especializados

En el presente artículo se abordará la parte de este proceso que más resentida se ve habitualmente por la celeridad del trabajo de ur-

gencias para la conformación de la sospecha diagnóstica inicial: la historia clínica traumatológica.

## Sospecha diagnóstica inicial

Debe realizarse una valoración primaria del paciente, estableciendo un juicio diagnóstico inicial o al menos una sospecha diagnóstica formulada como lista de problemas actuales del paciente. Dicha lista será la guía para la resolución de tales problemas según las necesidades del propio paciente y las capacidades y competencias del sistema sanitario en el que se encuentre.

Para este proceso inicial nos valdremos de:

- Datos subjetivos: obtenidos de la Anamnesis, cuyo valor es determinar la relevancia clínica de la afección que motiva la consulta. (2)
- Datos objetivos: obtenidos de la exploración y pruebas complementarias, y cuyo valor es la localización corporal precisa de la lesión y la determinación de su intensidad según parámetros reproductibles. (2)
- Integración de los hallazgos propios con el compromiso funcional que representa en particular para cada paciente su lesión, que es determinante para las decisiones subsecuentes de tratamiento y seguimiento. (2)

## Anamnesis

El valor de la Anamnesis es determinar, como ya se ha dicho, la relevancia clínica de la lesión por la que se realiza la consulta urgente y según nos es referida por el paciente. Por lo tanto, el primer factor que se ha de identificar es el motivo de consulta (2): ¿Por qué ha acudido a urgencias? Según la mayor o menor complejidad de nuestro examen, el médico puede perderse en disertaciones más o menos filosóficas olvidando o relegando a un segundo lugar el problema

que hizo al paciente acudir al servicio de urgencias.

La respuesta a la pregunta debe ser el síntoma guía, su localización, tiempo de evolución y causa aparente tal y como lo refiere el paciente. Es decir, las clásicas tres preguntas hipocráticas: ¿Qué le ocurre?, ¿desde cuándo? y ¿a qué lo atribuye?

Una vez que se sabe la causa de la consulta, y para poder estructurar las posibles líneas diagnósticas, el médico ha de saber quién es médicamente el paciente que consulta. Ésta es una información que, según las preferencias del médico y la documentación propia del servicio en el que trabaje suele figurar en la historia clínica imbricado entre los datos de filiación y los antecedentes patológicos.

La información que se precisa es la presencia de indicadores de riesgo: para sufrir una afección o lesión en concreto, tenerse en cuenta por posibles interacciones farmacológicas, efectos adversos, incremento del riesgo anestésico o del riesgo quirúrgico o que puedan modificar nuestra actitud diagnóstica o terapéutica en general. Resulta por ello imprescindible recabar información sobre:

- Edad: para la sospecha e identificación de enfermedades características de determinados grupos de edad (2) como artrosis degenerativa, escoliosis idiopática, apofisitis de tracción,...
- Alergias (2): que pueden condicionar el tratamiento farmacológico o el riesgo anestésico con consecuencias potencialmente fatales.
- Enfermedades asociadas (2): que incrementen per se el riesgo de sufrir determinadas enfermedades (tumores, drepanocitosis,...), que pueden ser causa de accidentes que produzcan la lesión motivo de la consulta (crisis sincopales, crisis comi-

- ciales,...), que puedan alterar la evolución de la enfermedad (artropatía neurológica,...), que puedan sumarse a los problemas del paciente durante su estancia hospitalaria (HTA, cardiopatía isquémica,...) o incluso determinar la actitud terapéutica (contraindicaciones absolutas para la cirugía,...).
- Tratamiento domiciliario: siendo importante el conocimiento del tratamiento actual para el ajuste del mismo y la instauración de nuevas medidas tras la atención en urgencias; además de tener en cuenta tratamientos de larga evolución que puedan repercutir en la patología traumatológica (corticoterapia de larga duración, hemartros tras traumatismo leve en paciente anticoagulado,...)
  - Hábitos tóxicos: que puedan modificar el riesgo anestésico, ser elemento causal de la lesión o de la enfermedad que condujera a la misma o necesitar modificaciones en la posología o principio activo de fármacos para el tratamiento.
  - Intervenciones quirúrgicas previas (2): que han de figurar en la historia de todo paciente con probabilidad de tratamiento quirúrgico para valoración de riesgos quirúrgicos y anestésicos.
  - Situación familiar y social: que orientará las necesidades particulares en la actitud terapéutica y soporte psicosocial.
  - Ocupación laboral y deportiva: puede ser determinante como factor etiológico o para la evaluación de la repercusión de las secuelas posibles de la lesión. Los niveles de actividad se pueden graduar en (2):
    - Intensa: deportes de salto, contacto o de competición.
    - Moderada: esquí, tenis, trabajo físico intenso.
    - Ligera: jogging, trabajos manuales menos intensos.
    - Sedentaria: trabajo en casa o en la oficina sin otra actividad.

Una vez conocidos los riesgos generales del paciente, el siguiente paso consiste en el conocimiento completo del pasado de la lesión, focalizando la atención en el motivo de consulta actual:

- Origen: el inicio agudo es característico de traumatismos directos o indirectos, cuadros inflamatorios o infecciosos determinados,...; mientras el inicio insidioso puede deberse a enfermedades degenerativas, inflamatorias o infecciosas crónicas, alteraciones del desarrollo,...(2)
- Mecanismo lesivo: de gran importancia en cuadros traumáticos y diferenciando entre lesiones traumáticas directas, indirectas o por sobrecarga. Su distinción en patología no traumática puede ser imposible. (2)
- Tiempo transcurrido: es determinante para la valoración de los hallazgos exploratorios. (2)
- Evolución: que podrá modificar sustancialmente la sospecha diagnóstica, pero que sobre todo tiene la capacidad de alterar la actitud y planificación terapéutica. (2)
- Episodios previos: que pueden predisponer a la lesión o al incremento de su gravedad. En general, la lesión recidivante requiere un diferente enfoque terapéutico que el primer episodio. (2, 6)
- Estado y uso previos: Las expectativas de recuperación vienen condicionadas por el estado previo de la zona lesionada (2) (enfermedades neurológicas, musculares o alteraciones óseas previas) y la actitud terapéutica puede ser diferente (fractura de metacarpiario en anciano encamado o en pianista profesional).
- ¿Última ingesta?: en urgencias quirúrgicas diferibles puede ser la única razón por la que el paciente no sea operado en primera instancia, siendo precisas, en términos generales, 6 horas de ayuno (variable según tipo y cantidad de la última ingesta).

Finalmente, se ha de hacer constar en la historia la repercusión clínica (2) referida por el paciente y que puede ser decisiva a la hora de la elección de la opción terapéutica. Dicha repercusión tendrá en cuenta principalmente los siguientes parámetros con sus respectivas descripciones:

- Dolor: cuya descripción se puede recordar con la regla mnemotécnica de ALICIA:

- Aparición: ¿Qué lo produce? ¿Aparece tras el reposo o tras el ejercicio? ¿A qué hora del día suele aparecer?
- Localización: ¿Dónde lo sitúa concretamente? Pedir que lo localice con la punta del dedo para poder distinguir entre dolor localizado y difuso.
- Intensidad: Según la escala analógica-visual, si despierta en mitad del sueño, si impide o condiciona su vida cotidiana. Y muy importante si la intensidad de mantiene constante o se percibe como alteración pulsátil, ondulante, en incremento o en decremento. Preguntar su evolución a lo largo del día y con el reposo y/o ejercicio.
- Características: En puñalada, opresivo, urente (quemante), desgarrador,...
- Incremento: ¿Con qué le aumenta? Preguntar relación con reposo y ejercicio.
- Alivio: Medidas físicas y farmacológicas empleadas. Recordar el significativo alivio del osteoma osteoide con el AAS.
- Tumefacción: que suele estar relacionada con el mecanismo lesivo y que en algunos casos puede ser una medida objetiva exploratoria de la mayor o menor intensidad y de la necesidad o no de inmovilización. (1, 2, 6)
- Deformidad: importante en la sospecha de lesiones que han podido reducirse antes de que el paciente llegue al servicio de urgencias (luxación de rodilla). El paciente muchas veces no recuerda de forma precisa el mecanismo de lesión, pero sí la deformidad que sufrió subsecuentemente, lo que puede ayudar en la sospecha del mecanismo. (2, 6)
- Alteración funcional: con alteraciones para la carga, la movilidad, presencia de chasquidos, bloqueos o inestabilidad. (2)
- Lesiones asociadas: (2) se pierde muy poco tiempo en preguntar si se ha golpeado en otro lugar o si le duele otra parte que no sea la del motivo de consulta, si se golpeó la cabeza o si perdió la consciencia. A este respecto,

desde que se tenga la más mínima sospecha de traumatismo craneoencefálico se ha de recurrir a la entrevista de los posibles testigos, teniendo siempre una actitud equiparable a la de traumatismo craneoencefálico con pérdida de consciencia.

### Exploración

Con los datos de la Anamnesis es a veces suficiente para fundamentar una sospecha de posibles lesiones presentes en el paciente. Sin embargo, no se ha de olvidar que se trata de datos subjetivos provenientes de la impresión y/o recuerdos, muchas veces confusos, que tiene o al menos dice tener el paciente.

Así que la exploración debe ir encaminada a verificar los datos de la Anamnesis, localizar con mayor precisión la lesión y acotar más la sospecha diagnóstica (1,2,4); además de descartar lesiones asociadas y afecciones que, si bien no han motivado la consulta, pueden ser descubiertos casualmente (2), como puede ocurrir con una neuropatía descubierta tras fractura de cadera tras caída en paciente con pérdida de fuerza y de sensibilidad en miembros inferiores.

De tal forma que, aunque la exploración se centre en la zona lesionada, se ha de explorar someramente el resto de funciones y estructuras, al menos las que implicarían una mayor gravedad en caso de encontrarse alteradas. Esto ha de realizarse con mayor detenimiento cuanto mayor sea la intensidad y complejidad del mecanismo lesivo y teniendo en cuenta la dirección de los vectores de fuerza del mismo (6).

En cuanto a la exploración minuciosa de la región lesionada, deben ser seguidos los siguientes principios (6):

#### Inspección

- ¿Tumefacción?
  - Difusa: infecciones graves, tumores y alteraciones del drenaje linfático o venoso.
  - Localizada: derrame intraarticular, edema postraumático asociado o no a fractura.
  - ¿Hematoma? Se asocia a fractura, esguince o traumatismo incluso leve asociado a coagulopatías.

- ¿Otros cambios de coloración o edema?
- ¿Atrofia muscular? Pudiendo ser consecuencia del desuso por dolor, denervación o miopatías.
- ¿Alteraciones de la forma o la postura? Pudiendo ser generales como en posturas y marchas antiálgicas o locales como en la actitud antiálgica de un miembro; así como deformidades propias de fracturas, luxaciones, congénitas o por enfermedades degenerativas.

#### Palpación

- ¿Calor? En este caso siempre se ha de tener en cuenta la sensación de calor producida al palpar una zona en la que se acaba de retirar el vendaje que la cubría. Difuso: procesos inflamatorios piógenos y no piógenos y en dilataciones anastomóticas proximales a un bloqueo vascular distal. Localizado: proceso inflamatorio de la estructura subyacente.
- ¿Dolor? Causas similares a las del aumento de la temperatura.

#### Movilidad

Se valora, como es lógico, la articulación lesionada; pero también se deben valorar las articulaciones yuxtapuestas (2,4,5) a una región no articular lesionada (ante un traumatismo de tercio medio de antebrazo, se han de explorar las articulaciones del codo y la muñeca ipsilaterales); así como las que se encuentren en el trayecto de transmisión de los vectores de fuerza del mecanismo lesivo (explorar tobillos, rodillas, caderas y caquis ante caída de altura en posición erecta). (6)

Es preferible comenzar la exploración por la movilidad activa para determinar el grado de la misma con menor dolor, sin forzar el examinador una articulación dolorosa. Se valora a continuación la movilidad pasiva y, por último, la movilidad activa contra resistencia, desde la posición neutra de la articulación (2). Siguiendo este orden evitamos producir intenso dolor desde el inicio de la exploración, con lo que conseguimos una mayor colaboración por parte del paciente en la misma.

- Arcos de movilidad: La guía principal será la movilidad contralateral (1,4,6). Recordando fijar las articulaciones yuxtapuestas que pueden ejercer un efecto sumatorio que enmascare la rigidez o movilidad real de la articulación explorada (estabilizar articulación escapulotorácica en la exploración de movilidad glenohumeral o estabilizar la pelvis para valorar la cadera).
- Alteración de la movilidad activa: si es aislada, teniendo una movilidad pasiva normal, la causa será muscular o neurológica. Se valora junto con la fuerza de contracción muscular (6) que veremos a continuación.
- Alteración de la movilidad pasiva: en los extremos de los arcos por contacto óseo, interposición de partes blandas, retracción de partes blandas, dolor o fijación elástica de la articulación (luxaciones o bloqueos meniscales) (6).
- Alteración de la movilidad activa resistida: por debilidad muscular, discontinuidad parcial muscular, rozamiento articular que provoca dolor (6).
- Aumento de la movilidad:
  - General: cuadros de hiperlaxitud (4,6)
  - Local: inestabilidad cápsulo-ligamentaria, que es la más frecuente, u osteoarticular asociada a gran destrucción articular (1,6). El grado más leve es la aprensión al movimiento inestable, aunque no se detecte inestabilidad manifiesta en la movilización (6).
- Fuerza de contracción muscular: escala del Medical Research Council (MRC)
  - M0: No puede detectarse contracción activa.
  - M1: Se ve contracción pero no produce movimiento articular.
  - M2: Se mueve la articulación pero es incapaz de vencer la fuerza de gravedad.
  - M3: Mueve contra la gravedad pero no contra resistencia mayor que el propio peso de la extremidad.
  - M4: Vence gravedad y resistencia añadida parcial.
  - M5: Fuerza normal.

*Maniobras especiales*

- Cuello
  - Palpación de apófisis espinosas
  - Explorar niveles sensitivos y motores, así como irradiación del dolor y contracturas asociadas.
- Raquis toracolumbar
  - Palpación de apófisis espinosas
  - Niveles sensitivos y motores. Buscar signo del psoas.
  - Auscultación abdominal seriada y exploración abdominal en busca de íleo paralítico (relacionado con dolor por fractura, lesión radicular o medular o hemorragia retroperitoneal).
  - En bipedestación: flexión ventral, dorsal y laterales y sus relaciones con el dolor, pudiendo añadir maniobras de apertura y cierre de apófisis articulares posteriores.
  - Decúbito supino:
    - Flexión pasiva de la cadera con rodilla en extensión (Lassege) reproduce el dolor de origen radicular, no valorable si alcanza los 60° de flexión. Se puede complementar con la flexión dorsal del pie.
    - Flexión activa de la cadera: dolores relacionados con la contractura del psoas.
    - Pruebas de diagnóstico diferencial con patología de la cadera.
    - Diagnóstico diferencial de contractura del cuadrado lumbar por flexión activa lateral en decúbito lateral.
- Pelvis y cadera
  - Palpar articulaciones sacroilíacas.
  - Comprobar movilidad de las mismas con flexión y extensión del raquis; la zona patológica suele ser hiper móvil.
  - Presión en una hemipelvis mientras se tracciona la contralateral para valoración de inestabilidad horizontal y respuesta a la compresión y distracción de las articulaciones sacroilíacas.
- Maniobras sacroilíacas: reproducen el dolor al dejar caer la pierna por el borde de la mesa de exploración estando en decúbito supino. O la maniobra del cuatro: en decúbito supino apoyar la región supramaleolar de un tobillo sobre la rodilla contralateral y ejercer presión sobre la rodilla flexionada hacia dorsal.
- Cadera en decúbito supino:
  - Flexión pasiva de la cadera con rodilla flexionada añadiendo rotación externa e interna.
  - Diagnóstico diferencial de patología radicular lumbar (Lassege)
  - Diagnóstico diferencial de contractura del psoas.
- Rodilla
  - Palpar trayectos ligamentosos, tendinosos, inserciones musculares,...
  - Peloteo rotuliano
  - Signo del cepillo retroptelar al frotar la patela contra el surco intercondíleo; relacionado con condropatía rotuliana.
  - Varo/Valgo forzados:
    - En extensión completa LL ipsilateral y LCA (por extensión) y menisco contralateral (por compresión).
    - En flexión de 20-30°: sólo LL y menisco; anula LCA.
  - Cajones y Lachmann:
    - Anterior a 90° + rotación interna y Lachmann (flexión de 10-20°): LCA
    - Posterior: LCP
  - Rotación + compresión axial:
    - Meniscos: la hiperextensión centra la exploración en los cuernos anteriores; en hiperflexión, en los cuernos posteriores.
- Tobillo
  - Palpación de los maleolos, diáfisis tibial y peronea.
  - Palpación de trayectos ligamentosos externos e internos en reposo y en stress.
  - Palpación de sindésmosis tibioperonea inferior.
- Palpación de extremo proximal de peroné (Fractura de Maisson-Neuve).
- Peloteo astragalito, inestabilidad tibioperonea astragalina.
- Palpación y exploración de los tendones perineos.
- Exploración neurovascular tibial anterior y posterior.
- Pie
  - Palpación de estructuras óseas y articulares de los dedos.
  - Palpación de cabeza de los metatarsianos y su movilidad.
  - Palpación de la base del 5° metatarsiano.
  - Palpación de las distintas partes del calcáneo.
  - Exploración del pulso pecio y relleno capilar.
  - Exploración motora y sensitiva.
- Hombro
  - Palpación subacromial, coxífera bicipital y articulación acromioclavicular.
  - Exploración de la articulación glenohumeral, siempre controlando manualmente las articulaciones acromioclavicular y escapulotorácica.
  - Rotación externa resistida: músculo infraespinoso.
  - Rotación interna resistida: músculo subescapular.
  - Abducción resistida: músculo supraespinoso.
  - Flexión resistida: músculo bíceps.
  - Extensión resistida: músculo redondo menor y deltoides.
  - Valoración del atropamiento subacromial: con mano ipsilateral al hombro afecto se toca el hombro contralateral y se hace elevación del codo resistida.
- Codo
  - Flexión, extensión y pronosupinación.
- Muñeca
  - Palpación de tabaquera anatómica, articulación radiocubital distal.
  - Pronosupinación.
  - ¿Dolor al cierre del puño?: inestabilidades intrínsecas del carpo.
- Mano
  - Flexión interfalángica distal: flexor profundo.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Flexión interfalángica proximal: flexor superficial.</li> <li>- Palpación diáfisis y cuellos distales de los metacarpianos.</li> <li>- Pulgar toca meñique: valoración nervio mediano.</li> <li>- Atrapar papel entre los dedos: valoración músculos interóseos.</li> </ul> | <p><i>Exploración neurológica: (MRC) (6)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S0: Ausencia de todas las modalidades de sensibilidad en un área innervada exclusivamente por el nervio afectado.</li> <li>- S1: Recuperación del dolor profundo.</li> <li>- S2: Recuperación de sensibilidad protectora (tacto, dolorosa y térmica).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- S3: Recuperación de sens protectora con localización precisa. Es frecuente la hipersensibilidad al frío.</li> <li>- S3+: Recuperación de capacidad de reconocer objetos y texturas al tacto. Discriminación entre 2 puntos &lt; 8 mm.</li> <li>- S4 Sensibilidad normal.</li> </ul> |
|--|--|--|

## BIBLIOGRAFÍA

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apley, A.; "Diagnóstico en Ortopedia"; Ortopedia y tratamiento de fracturas; págs 3-15; Masson S.A.; 3ª Edición; Barcelona; España; 1996.</li> <li>2. Gómez Barrena, E.; "Historia Clínica y Exploración"; Manual L. Munuera de Introducción a la Traumatología y Cirugía Ortopédica; págs 3-9; Ed. McGraw-Hill-Interamericana; 3ª Reimpresión, Madrid; España; 2003.</li> <li>3. Koval, Kenneth, J.; "Fracturas y Luxaciones"; MARBÁN S.L.; España; 2003.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>4. López Alonso, A.; "Historia y Exploración Clínica en Cirugía Ortopédica y Traumatología"; Manual SECOT de Cirugía Ortopédica y Traumatología; págs 10-19; Editorial Médica Panamericana; Madrid; 2003.</li> <li>5. Marrero Núñez, S.; "Habilidades Comunicativas en Urgencias"; Curso Básico de Urgencias; Fundación Canaria de Salud y Sanidad de Tenerife; 2ª Edición; Tenerife; España; 2001.</li> <li>6. Mc Rae, Ronald; "Principios Generales"; Ortopedia y Fracturas: Exploración y Tratamiento; págs 4 y 5; Marbán S.L.; España; 2000.</li> </ol> |
|---|--|