

Errores en la Sala de Urgencias

Dres. Sesma Sánchez F.J.*, Pérez Tellería A.*, Belzunegui Otano T.*, Arraiza Donazar J.M.*,
Sola Larraza A.** , Erce Eguaras R.**

Hospital General "García Orcoyen". Estella (Navarra)

Introducción

En los hospitales pequeños, como el nuestro, es frecuente que la atención a pacientes que han sufrido accidente de tráfico sea a veces una tarea difícil sobre todo cuando el número de accidentados sobrepasa la capacidad de los profesionales que están en ese momento de guardia de presencia física.

La siguiente descripción corresponde a un paciente de los cuatro que llegan a Urgencias simultáneamente tras accidentarse.

Caso Clínico

Se trata de un paciente varón de 19 años que tras accidente de tráfico es llevado a Urgencias por Cruz Roja. A su ingreso el paciente estaba consciente, orientado, bien perfundido, presentando una contusión a nivel fronto-orbicular derecha con hematoma orbicular y heridas inciso-contusas en ceja, nariz y barbilla. Asimismo presentaba contusiones y erosiones múltiples en tórax, abdomen y extremidades. La exploración clínica tóraco-abdominal es anodina inicialmente. Se solicitan los estudios radiológicos pertinentes y se extrae muestra de sangre y orina para laboratorio mientras se le suturan sus heridas faciales y se ordena poner toxoide antitetánico.

A los 20 minutos de su ingreso estando en el box esperando ser llevado a radiología, avisa la enfermera, por presentar el enfermo un episodio de convulsión tónica de 1-2 minutos de duración con relajación de esfínteres que cede espontáneamente y que tras la misma el enfermo sale en un estado de coma poscrítico. Reevaluado el enfermo

llama la atención una cianosis labial y unos movimientos respiratorios superficiales. No se detecta focalidad neurológica aparente. De inmediato se inician maniobras de reanimación con soporte ventilatorio adecuado. Se extrae sangre arterial para gasometría obteniendo un Ph: 7,017 P02:90 PC02:54 HC03:13. La glucemia efectuada en ese momento es de 204 mgr./dl. Se instaura tratamiento con bicarbonato, manitol y dexametasona endovenosos y se decide trasladar al enfermo a nuestro hospital de referencia con Servicio de Neurocirugía para valoración y realización de TAC craneal.

Como quiera que el tiempo requerido para realizar el traslado es de aproximadamente 45 minutos y ante la situación de coma del enfermo procedemos a realizar una punción lavado peritoneal que resulta ser positiva. Se avisa al cirujano de guardia para la realización de laparotomía exploradora previa al traslado.

A los 30 minutos del inicio de la crisis convulsiva y mientras ha llegado el cirujano el enfermo comienza a recobrar la conciencia. La reevaluación del traumatismo abdominal realizada por el cirujano una vez recuperada la conciencia el enfermo le lleva a posponer la intervención realizándose mientras una ecografía abdominal cuyo resultado es de traumatismo renal izquierdo instaurándose un tratamiento conservador.

Reinterrogado el enfermo no refiere antecedentes personales ni familiares de epilepsia ni de otras enfermedades de interés.

Los resultados de los controles analíticos tanto de sangre como de orina fueron normales así como la gasometría de control que se había realizado.

A la vista de todo el cuadro, se ingresa en observación para ver evolución y se decide no trasladar de urgencia a un Servicio de Neurocirugía.

Discusión

El contexto donde se desarrollan los hechos es un

* Médicos Adjuntos Unidad de Urgencias.

** Médico Adjunto Servicio de Cirugía.

Correspondencia: Javier Sesma Sánchez. Avda. Pamplona, 2, 3ºB – 31010 Barañain. Navarra.

hospital comarcal pequeño cuya dotación de personal de guardia a la hora de atención a los cuatro accidentados es de un médico de urgencias de presencia física, dos ATS y una auxiliar. La asistencia en estas condiciones es difícil pues ha de ser rápida y eficaz tanto a la hora de tomar decisiones como a la de actuar. Un posible error puede tener dramáticas consecuencias.

Nuestro caso se trata de un joven accidentado que llega a urgencias aparentemente en un estado general aceptable con un traumatismo craneofacial y contusiones múltiples. Tras la primera valoración y curas presenta un cuadro convulsivo que nos pone en guardia por la posibilidad de que su traumatismo craneal sea más importante de lo que inicialmente supusimos. Otras posibilidades diagnósticas son que estuviéramos ante un paciente epiléptico pero no lo sabíamos puesto que en la valoración inicial no habíamos preguntado por tal extremo. La posibilidad de que tuviera alguna otra patología cerebral previa no la sospechamos inicialmente y pensar que debutara en esos momentos lo consideramos improbable. Dicho esto, era necesario descartar otro tipo de circunstancias que nos pudiera provocar una convulsión¹. Una hipoxia era poco probable ya que la ventilación era buena en la exploración inicial y no había signos de traumatismo torácico severo. Por otra parte el paciente se mantenía normotenso y se descartó una hipoglucemia. Una posible convulsión tóxica urémica era muy improbable y posteriormente teníamos una bioquímica sanguínea normal. Otro tipo de convulsión debido a la ingesta de algún tóxico no se podía descartar y aunque el paciente reconoció haber bebido alcohol horas previas al accidente no existía en la exploración inicial signos externos de ingesta importante de alcohol.

Por todo ello interpretamos que la causa más probable de su convulsión es que fuera secundaria al traumatismo craneal y se imponía confirmar o descartar tal hipótesis por lo que se decidió su traslado a otro centro para realizar un TAC.

La valoración del traumatismo abdominal hecha inicialmente era tranquilizadora pero desde el momento que el enfermo entra en coma la posibilidad de reevaluar la exploración abdominal no es posible y ante el riesgo de una hemorragia intraabdominal era importante descartar tal posibilidad previamente a poner al enfermo en carretera por lo que se procedió a realizar una punción lavado peritoneal^{2,3}.

La positividad de la misma hubiera llevado al enfermo a una laparotomía de no haber recuperado la conciencia en

el tiempo que tardó en acudir el cirujano de guardia y de prepararse el quirófano.

Afortunadamente para el enfermo, fue un falso positivo por punción de algún vaso de la pared abdominal. Posteriormente se confirmaría por ecografía un hematoma renal izquierdo que no precisó tratamiento quirúrgico.

Una vez clarificado el cuadro abdominal nos quedaba dar una explicación al cuadro neurológico. Debido a la buena evolución del mismo se decidió dejar en observación al enfermo sin remitirlo con carácter de urgencia a un centro neuroquirúrgico.

Pasadas unas pocas horas nos comunica una enfermera que habiendo revisado la medicación usada del botiquín de urgencias había aparecido alguna ampolla de suxametonio (Anectine) en el lugar correspondiente a los toxoides antitetánicos y que probablemente al enfermo atendido se le había inyectado una ampolla de Anectine en lugar de un toxoide antitetánico.

El suxametonio (Anectine) es un relajante despolarizante de uso común cuya acción es breve y se utiliza para conseguir una relajación muscular en la práctica de intubación endotraqueal. Inicialmente puede producir movimientos musculares anómalos como fasciculaciones y posteriormente una parálisis muscular flácida⁴.

Creemos por tanto que queda explicado la evolución de nuestro enfermo. Presentó una crisis convulsiva por hipoxia secundaria a una paresia muscular respiratoria producida por la inyección, por error, de un relajante muscular.

Concluimos que para una buena atención en situaciones de emergencia con múltiples heridos el trabajo ha de realizarse de una manera ágil pero sin atropellos siendo lo más metódico posible. Creemos que es útil una vez se ha resuelto la situación el realizar una revisión por parte de todo el equipo para detectar posibles fallos que hubiera habido durante la atención al enfermo y así poder corregirlos.

Bibliografía

1. GILBER H. GLASER: *Epilepsias*. En J.B. Wyngaarden, L.I.H. Smith, "Cecil Tratado de Medicina de Interna" 16ª edición. Interamericana. 1.985, 2213-2223.
2. TRIAS FOLCH M., PERA C.: *La punción lavado peritoneal en el diagnóstico del abdomen agudo*. En C. Pera "Avances en cirugía 3". Salvat. 1.979, 47-52.
3. PETER VAKTOR: *Grandes traumatismos*. En Kravis, "Medicina de Urgencias". Salvat ed. 1.984, 84-96.
4. *Bloqueantes de la placa motriz*. En J. FLOREZ, J.A. ARMIJO, A. MEDIA VILLA "Farmacología Humana". Eunsa. 1.987, 185-189.