



GUARDIA DE EMERGENCIAS:

Presentaciones clínicas de alto riesgo médico-legal: Lesiones traumatológicas, heridas y laceraciones*

Lesiones traumatológicas

Caso 1

Un joven de 17 años se presenta en la guardia quejándose de dolor en el pulgar y la muñeca de su mano derecha. Se había caído patinando, apoyando todo el peso de su cuerpo sobre el pulgar hiperextendiéndolo. La lesión tenía 12 horas de evolución y al momento de su consulta en guardia le costaba movilizar el pulgar por el intenso dolor. Al examen, el médico de guardia (clínico) observó inflamación y dolor que se extendía desde la proyección del hueso navicular, hacia el primer metacarpiano y la primera articulación metacarpofalángica de la mano derecha. El dolor impedía una adecuada valoración del rango de movilidad. La radiografía no reveló fractura. Se indicó hielo, vendaje simple y se lo instruyó para que consultara con su médico si el pulgar no se encontraba totalmente normal en 3 semanas. Cuatro semanas después, el paciente se vuelve a presentar en la guardia con una falta de unión del escafoides.

Caso 2

Una mujer de 27 años es llevada a la guardia de un hospital 4 horas después de sufrir una severa inversión y rotación de su tobillo izquierdo. Un dolor

intenso le impedía pararse y deambular. Es examinada en un pasillo de la guardia, que se encontraba muy congestionada, mientras permanecía sentada en una silla de ruedas. El médico de guardia (clínico), documenta inflamación del tobillo con dolor que se extiende hacia ambos maléolos. El grado de movilidad no puede ser evaluado correctamente por el intenso edema. El profesional ordena una radiografía de tobillo que no revela fractura. La paciente es dada de alta con vendaje elástico y muletas y se le indica que retome la actividad en una semana. Dos semanas más tarde, la mujer se presenta en la guardia con un síndrome compartimental.

Análisis

Muchos juicios por responsabilidad profesional se generan por lesiones traumatológicas mal manejadas por guardia, tanto por médicos generalistas como por especialistas. La mayoría de las demandas se basan en que el profesional no diagnosticó una fractura. Los reclamos originados en la falta de diagnóstico de luxaciones o de compromiso neurovascular son menos frecuentes.

La falta de diagnóstico oportuno de fracturas del esqueleto axial (las cuales pueden asociarse con compromiso neurológico severo) suelen aumentar dramáticamente los costos de los litigios.

**Extraído, traducido y adaptado de "Specific High-Risk Clinical Presentations." Gregory L. Henry, MD, FACEP y James E. George, MD, JD, FACEP, en Emergency Medicine Risk Management. A Comprehensive Review. Second Edition. American College of Emergency Physicians, 1997*
Adaptación: Dr. Fabián Vitolo. NOBLE S.A., 2010



Sin embargo, las situaciones que exponen al médico clínico o al emergentólogo a cometer un error diagnóstico son relativamente pocas y en su mayoría pueden ser prevenidas o mitigadas. Resulta importante que el médico de guardia documente el mecanismo lesional, de forma tal que permita sospechar lesiones en otras áreas que pueden verse afectadas. Por ejemplo, un paciente que ha sufrido una desaceleración lo suficientemente brusca como para producir una fractura calcánea (ej: caída desde una escalera o salto desde una ventana), debería generar la sospecha de una lesión en columna, obligando a realizar los estudios que permitan descartarla. En forma similar, un paciente que ha sufrido un traumatismo lo suficientemente importante como para fracturarle el fémur debería ser considerado como un politraumatizado grave y desencadenar un examen físico más exhaustivo. Debe asumirse que el paciente se encuentra como mínimo con algún grado de hipovolemia.

Además del mecanismo lesional, debe tenerse en cuenta la edad del paciente. Todo paciente añoso que se presenta con dolor en muslo luego de una caída debería ser considerado como una fractura de cadera hasta que se demuestre lo contrario. Se debe ser extremadamente cauteloso cuando niños muy pequeños o ancianos se presentan con impotencia funcional en alguna de sus extremidades. Los médicos de guardia tienden a sobreestimar el valor de los estudios radiológicos. Es un error pensar que una radiografía normal excluye totalmente la posibilidad de una fractura. Muchas radiografías no permiten ver algunas fracturas en las primeras horas del traumatismo.

En estos casos resulta trascendental el manejo de las expectativas del paciente. El médico de guardia debería informar que, si bien no se advierten trazos fracturarios, siempre puede existir una fractura que no alcanza a verse en la placa inicial. Por ello, si el dolor persiste más allá de lo esperable, puede ser necesario reevaluarlo y realizar nuevas radiografías. Cuando un médico no diagnostica una fractura, el principal problema que debe afrontar es el enojo y la sorpresa del paciente. Si el emergentólogo le había advertido la posibilidad de una "fractura oculta", había tratado a la lesión como si

hubiera estado fracturada y había garantizado un seguimiento cercano (dentro de las 24 hs.), generalmente el paciente no puede alegar ningún daño adicional como fundamento de su demanda. La inadecuada interpretación de una radiografía no siempre es considerada en sí misma como "mala praxis". Si la lesión del paciente es entablillada y tratada como si hubiera fractura, no hay una disminución en el estándar de cuidado y el paciente no podrá alegar ningún daño a partir de la falta de un diagnóstico precoz.

De contar con los medios suficientes y de ser posible desde el punto de vista organizativo, resulta también apropiado que las radiografías tomadas en guardia y vistas por el médico del turno, cuenten con un informe final del servicio de radiología. En el caso de que los radiólogos observen una fractura que no había sido diagnosticada en la guardia, el paciente debe ser contactado inmediatamente para un adecuado tratamiento y seguimiento de la lesión.

Se debe tener un alto índice de sospecha en lesiones producidas en aquellas partes del cuerpo en donde las radiografías iniciales son difíciles de interpretar y que frecuentemente no muestran fracturas muy recientes. La muñeca, los dedos, los pies y las piernas pueden tener fracturas que no se ven en un primer momento y que son claramente visibles en radiografías tomadas a los 7 o 10 días. Se debe planificar un seguimiento específico para cada paciente y todos deberían ser advertidos de los signos y síntomas que obligan a una nueva consulta urgente para no agregar daño a una extremidad dañada.

Las acciones legales originadas por la falta de diagnóstico de complicaciones neurovasculares de algunas fracturas son mucho menos frecuentes. Sin embargo, cuando este hecho se puede probar, las demandas suelen ser muy costosas. Las fracturas severas en el área de la rodilla deben siempre generar la sospecha de una posible subluxación concomitante y lesión en la arteria poplítea. Las fracturas distales en pierna obligan a considerar la posibilidad de un síndrome compartimental. Aún si esta condición no es demostrada clínicamente en la evaluación inicial, el paciente debe ser instruido acerca de la importancia del control precoz y citado para reevaluarlo. Los casos con alta sospecha de síndrome compartimental no pueden dejar de ser vistos por un traumatólogo.



En todos los casos en los que no se puede contar con un traumatólogo a mano, el médico de guardia que sospecha una lesión no se equivocará si inmoviliza adecuadamente, instruye al paciente acerca de la necesidad de evitar peso o apoyo y lo cita para ser reexaminado en 24 hs.

Lesiones traumatológicas. Puntos clave

- Deben evitarse en la guardia diagnósticos tales como “distensión o esguince de muñeca”. Todas estas lesiones deberían ser tratadas como fracturas hasta que se demuestre lo contrario mediante entablillado (inmovilización) y reevaluación clínica y radiológica.
- Un “esguince de pulgar” obliga también a descartar la disrupción del ligamento cubital colateral. Estas lesiones deben ser inmovilizadas correctamente y los pacientes derivados a traumatología dentro de las 24 hs.
- La mayoría de las lesiones agudas requieren la inmovilización de las articulaciones proximal y distal. El médico de guardia lo suficientemente preocupado como para pedir una radiografía debería estarlo también por una adecuada inmovilización, tanto por el confort del paciente como por la posibilidad de una fractura “oculta”.
- En este tipo de lesiones, se debe exponer y evaluar siempre la articulación proximal y la distal.
- Los pacientes con lesiones en la rodilla no deberían ser examinados en una silla de ruedas. Deben ser desvestidos y examinados en una camilla para poder realizar adecuadamente las maniobras semiológicas necesarias.
- Los traumatismos de rodilla con colecciones líquidas o que generan dudas acerca de la estabilidad requieren una adecuada inmovilización, evitar apoyo o peso (muletas) y una inmediata consulta con un traumatólogo.
- Sospeche siempre compromiso neurovascular en pacientes con fracturas mayores de rodilla.
- Sospeche síndrome compartimental anterior en fracturas de pierna distales. Se requiere un seguimiento apropiado en estos casos.

· En el libro o historia clínica de guardia se debe documentar siempre

- . Mecanismo lesional
- . Inspección, palpación
- . Grado de movilidad de la extremidad afectada y de las articulaciones proximal y distal
- . Circulación distal
- . Sensibilidad
- . Evaluación motora
- . Resultados de estudios
- . Instrucciones

Cuando el médico de guardia (clínico) sospeche una lesión traumatológica debería seguir los siguientes pasos para proteger a sus pacientes y a él mismo: elevación, hielo, inmovilización adecuada y reevaluación en 24 hs. Debe advertir siempre al paciente acerca de la posibilidad de una fractura que no se ve en la placa pero que puede verse en unos días.



Heridas y Laceraciones

Caso

Mujer de 28 años de edad que llega a la guardia de emergencias por un corte accidental en la palma de su mano derecha producido por un pedazo de vidrio que se rompió cuando intentaba abrir un frasco de comida para bebés. Pese a haber cedido la hemorragia, la herida se encontraba abierta. Cobertura antitetánica al día. Al examen, el médico de guardia no encuentra problemas significativos. La herida es suturada. Evoluciona, bien, sin signos de infección y se retiran los puntos a los siete días. Doce días después del accidente, la paciente comienza a notar dificultad para flexionar el dedo mayor de su mano derecha. Una semana más tarde, al notar que el problema no se resolvía, concurrió nuevamente a la guardia de emergencias. Se diagnostica entonces una laceración del tendón flexor. A su vez, una radiografía realizada en esta oportunidad reveló la retención de un fragmento de vidrio de 0,5x 1 cm.

Análisis

Los juicios asociados con la atención de heridas cortantes representan el 19% de todos los juicios por mala praxis que se inician contra médicos que atienden emergencias.⁽¹⁾ Los reclamos relacionados con laceraciones son menores pero también frecuentes. La mayoría de las demandas se basan en la retención de cuerpos extraños en las heridas, falta de diagnóstico de lesiones tendinosas o nerviosas o bien infecciones. Los casos contra médicos de guardia por el aspecto de la cicatriz son extremadamente raros.

Para reducir al máximo la posibilidad de litigios, el médico de guardia debería obtener una detallada historia del mecanismo de la lesión. Cuando este mecanismo involucra vidrio, debe considerarse especialmente la posibilidad de que algún fragmento haya quedado retenido y no sea visible a simple vista. Como el vidrio puede verse en una radiografía simple ⁽²⁾ ⁽³⁾, esta indicación podría considerarse de rutina en estos casos. En lesiones punzantes, la posibilidad de un cuerpo extraño no debería descartarse. ⁽⁴⁾

El manejo de un cuerpo extraño retenido, ya sea diagnosticado o sospechado, depende de factores tales como el tipo de material, su localización y tamaño, la presencia o ausencia de signos de infección y la relación que tenga con las estructuras vecinas. Resulta importante en estos casos involucrar al paciente en la discusión acerca de las alternativas terapéuticas asegurándose de que el paciente comprenda los riesgos y beneficios de la exploración en búsqueda de cuerpos extraños. Si no se decide realizar una búsqueda quirúrgica de mayor envergadura en ese momento, el médico debería advertirle al paciente que la misma puede llegar a ser necesaria en un futuro si aparecen signos de infección o de disfunción motora o sensitiva.

Como regla general, todas aquellas sustancias extrañas que han sido inyectadas al cuerpo, como los son por ejemplo las inyecciones a alta presión de grasa, pinturas o hidrocarburos en general deberían ser consideradas emergencias médicas. Este tipo de lesiones por inyección se producen casi siempre en las manos y son accidentes de trabajo comunes. La falta de acción inmediata se asocia con distintos grados de discapacidad. Los cuerpos extraños orgánicos, como espinas, astillas, o pezuñas de animales son sustancias proteicas altamente reactivas que generalmente requieren una remoción inmediata.⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾ También se deben remover en la primera visita los cuerpos superficiales y los que ya se encuentran con signos de infección. Aquellos que se encuentran adyacentes a fracturas también deben ser removidos para disminuir el riesgo de osteomielitis.

Generalmente, los cuerpos extraños no orgánicos como balas o esquirlas que penetran profundamente en los tejidos, pueden dejarse a no ser que desencadenen una reacción inflamatoria. Durante la exploración de las heridas, se le debe indicar al paciente que movilice el miembro involucrado para evaluar el funcionamiento de los tendones en todo su rango de motilidad. Un tendón parcialmente lacerado puede "ocultarse" en el tejido blando hasta que se obliga a moverlo a la posición que tenía al momento de producirse la lesión. Luego de la exploración en busca de cuerpos extraños o de lesiones tendinosas, deben realizarse todos los esfuerzos razonables para reducir al máximo la posibilidad de infección. Se recomienda una copiosa irrigación con solución fisiológica. El



médico de guardia debería advertir al paciente que hasta el 10% de todas las heridas se infectan pese a la remoción de los cuerpos extraños y la adecuada irrigación, por lo cual deben tener un adecuado seguimiento.

Las heridas producidas por mordeduras de animales plantean un problema especial. Si bien hay poca evidencia científica como para apoyar la indicación de profilaxis antibiótica en estos casos, muchos infectólogos recomiendan antibióticos si la herida se extiende en profundidad. Las heridas producidas por mordeduras de gatos se infectan con una frecuencia siete veces superior a las producidas por perros: El principal agente etiológico en estos casos es la *Pasteurella multocida*. (7) Se

recomienda cobertura antibiótica en las mordeduras de gato. Las heridas por mordeduras humanas se infectan con más frecuencia aún que las producidas por gatos y perros. Cada vez que se sospeche una mordedura humana debería obtenerse una cuidadosa historia. Las laceraciones sobre los nudillos deben considerarse como producidas por mordeduras humanas hasta que se demuestre lo contrario. En caso de sospechar esto, se debe explorar la herida en búsqueda de fragmentos de dientes, lesiones tendinosas y, más importante aún, compromiso articular, situación considerada por algunos como una urgencia que requiere la inmediata consulta con un traumatólogo o cirujano de mano. Puede llegar a ser necesario incluso una exploración quirúrgica en estos casos.

Heridas y Laceraciones. Puntos Clave

- La atención de las heridas originan aproximadamente el 19% de los juicios por mala praxis en guardia de emergencias.
- Las principales causas de estos juicios son la falla para detectar cuerpos extraños, la falta de diagnóstico de lesiones tendinosas o nerviosas y la falta de medidas para prevenir una infección resultante. El mal resultado estético raramente es una causa de juicios en la medicina de urgencia.
- Una adecuada historia debería incluir el mecanismo de la lesión. Un adecuado examen físico debe a su vez incluir la búsqueda de cuerpos extraños retenidos en la herida. La función de los tendones debe ser documentada luego de observar el movimiento e inspeccionar la herida.
- Cuando la laceración es producida por un vidrio roto, el médico de guardia debería considerar la indicación de radiografía simple si la herida no puede ser completamente explorada.
- La función flexora y extensora debe observarse en todo el rango de motilidad.
- Los cuerpos extraños deberían ser detectados. La decisión de removerlos o no debe realizarse caso por caso.
- Cuando se sospeche la posibilidad de un cuerpo extraño retenido, dígaselo al paciente y explíquele las razones a favor y en contra de la exploración quirúrgica. A estos pacientes deben dárseles pautas de alarma de infección y ser citados para una nueva evaluación.
- Las heridas por mordeduras tienen alto riesgo de infectarse y los pacientes requieren una detallada explicación e instrucciones de seguimiento.
- Ante cualquier herida sospechosa, el paciente debe ser citado en 48 hs. para una nueva evaluación.



Bibliografía

- 1.Karcz A, Korn R, Burke MC et al. Malpractice claims against emergency physicians in Massachusetts: 1975-1993. Am J Emerg Med 1996; 14:341-345
- 2.Lammers RL. Soft tissue foreign bodies. Ann Emerg Med 1988; 17:1336-1347
- 3.Tandberg D. Glass in the hand and foot. Will the x-ray show it? JAMA 1982; 248:1872-1874
- 4.Fitzgerald RH Jr; Cowan JD. Puncture wounds of the foot. Orthop Clin North Am 1975; 6:965-972
- 5.Smoot EC, Robson MC. Acute management of foreign body injuries in the hand. Ann Emerg Med 1983; 12: 434-437
- 6.Lindsey D; Lindsey WE. Cactus spine injuries. Am J Emerg Med 1988; 6: 362-369
- 7.Tintinalli JE, Ruiz E, Krome RL, eds. Emergency Medicine: A comprehensive Study Guide. Fourth Edition. New York: Mc Graw-Hill; 1996