

TRAUMATISMO DE CRANEO LEVE.

MANEJO DE RIESGOS EN GUARDIA

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE S. A. ®

El traumatismo de cráneo (TEC) expone al médico de guardia a diversos riesgos dado el marco en que generalmente debe desenvolverse. Si bien en el TEC moderado y grave las decisiones en cuanto al diagnóstico y tratamiento son más evidentes, es el TEC leve, con Glasgow mayor de 13/15 el que plantea mayores riesgos en términos de responsabilidad profesional.

En los EE.UU son vistos anualmente en los departamentos de emergencias aproximadamente 1 millón de casos y la mayoría de estos son clasificados como mínimos o leves (1). Un estudio de la calidad del manejo de los TEC en 41 hospitales norteamericanos demostró que la mayoría de la mortalidad prevenible se debió al diagnóstico tardío del deterioro del sensorio en pacientes que inicialmente parecían presentar un traumatismo menor(2). La mayoría de los pacientes con traumatismo de cráneo se encuentran conscientes cuando son evaluados y el manejo de los mismos debe basarse en el riesgo de desarrollar un hematoma intracraneano agudo y en la prevención de síndromes postconmocionales persistentes. Estudios de Canadá (3) y de los países Escandinavos (4) han mostrado una variación significativa en el manejo inicial de estos pacientes.

¿Cuáles son los riesgos que se necesitan disminuir o eliminar?. Como médicos, la mayor amenaza es equivocarnos en el manejo y agregar un daño secundario al paciente. El tema del error médico ha ido cobrando impulso desde que en el año 1999 el IOM (Institute of Medicine) de los EE.UU publicara el informe "Errar es humano" en donde se afirma que entre 44.000 a 98.000 norteamericanos morirían por año a causa de errores médicos (5). En nuestro país, es la Academia Nacional de Medicina la que se encuentra liderando la investigación y difusión de esta problemática. Hay coincidencia entre los investigadores del error médico en que la mayoría de los mismos no son atribuibles a una falla individual única, sino a una cadena de errores ocasionados por condiciones latentes en el sistema de atención. Muchas de estas condiciones, que los investigadores en factores humanos identifican como las causas raíces de los errores, se encuentran enquistadas en los servicios de guardia externa y de emergentología: fatiga, frustración, ansiedad, prisa, disgusto, interrupciones, aburrimiento.

La solución a este problema de salud pública excede los objetivos de este artículo, ya que excede a lo que puede hacer un médico de guardia en forma personal y requiere el compromiso de quienes diseñan las políticas de atención.

Si intentaremos brindar herramientas para una mejor defensa de casos judiciales en los que se alega que el daño neurológico grave se debió a un mal manejo de un traumatismo que parecía menor.

No se han publicado estadísticas en nuestro país respecto a demandas por error en el diagnóstico y tratamiento de traumatismos de cráneo, y en las estadísticas mundiales la frecuencia de reclamos originados por esta causa es relativamente baja. Sin embargo, estos pocos reclamos suelen ser muy graves. Generalmente están vinculados al traumatismo leve que fue evaluado en guardia y que evolucionó rápidamente al coma (habiéndolo externado o no). Otros casos frecuentes son los de los pacientes anticoagulados en donde no se recabó ese antecedente y el mal manejo de la columna cervical.

¿Puede haber error médico sin negligencia? De hecho, muchos errores no se deben a actos negligentes. Para que ésta se configure, el error debe ser, a juicio de peritos expertos, originado por una conducta médica por debajo de los estándares de práctica profesional esperables para un médico de guardia en ese lugar y circunstancia. Para poder defenderse en casos de reclamos originados en esta causa, el profesional debería analizar y modificar conductas que aumentan su exposición y dificultan su defensa. Analizaremos entonces algunas de estas conductas.

1. COMUNICACIÓN

Caso Ejemplo:

Paciente de 67 años, concurre al hospital público luego de haberse resbalado en la cocina de su casa y golpearse la cabeza con la mesada de mármol. Es la 1:30 de la madrugada. Presenta una herida cortante de 4cm a nivel parietal. Al no haber sido traído por una ambulancia y verlo lúcido, la recepcionista de guardia (personal administrativo) lo deriva al residente de cirugía para que lo suture en el quirófano de guardia (sala de sutura). El mismo lo sutura y anota en la hoja de guardia: "interconsulta con neurocirugía". Al pasar le pide a la telefonista que ubique al neurocirujano. La, telefonista avisa a la enfermera del servicio de neurocirugía quien luego de dos intentos de contactar al profesional deja de insistir. El paciente se recuesta en la camilla del quirófano. Cuando finalmente el neurocirujano se entera, casi en forma casual al ir a la guardia a dar de alta a otros pacientes, son las 7:45 de la mañana. El paciente se encuentra en coma. Glasgow 6/15, anisocórico y con signos de sufrimiento de tronco. La TAC revela un extenso hematoma extradural y contusión frontal. No hay ningún registro de la evolución. Se opera y evoluciona desfavorablemente. El paciente queda en estado vegetativo y fallece a los 45 días.

Situaciones como estas no son improbables en grandes hospitales públicos. La muerte del paciente o la pérdida de chance de haber sido tratado a tiempo no se debió al desconocimiento respecto del manejo del TEC sino a un grosero cortocircuito en la comunicación entre los miembros del equipo de salud. Y sólo puede haber una buena comunicación en un ambiente en el cual la responsabilidad no se encuentre compartimentalizada y haya un compromiso de todos en garantizar una atención segura. Este paciente no debería haber tenido como primer contacto al residente de cirugía general, quien sólo se interesó en suturarlo porque "ésa era su función". Tampoco debió confiar en que "alguien" ubicaría al neurocirujano. Su responsabilidad no se limita con escribir en la hoja de guardia IC con neuro. Una vez solicitada la misma debió garantizar que el especialista estuviera enterado del caso. El médico emergentólogo o el clínico de guardia tendría que haber sido advertido y el paciente puesto en observación fuera del quirófano de guardia. La enfermera que no encontraba al neurocirujano debió haber informado a su cadena de mandos.

El daño al paciente podría haber sido minimizado si se hubiera seguido un protocolo claro de manejo y los canales de comunicación y reporte bien establecidos. Las fallas individuales se producen dentro de un sistema poco seguro en donde la primera víctima es el paciente y la segunda suele ser el médico o el grupo de médicos en caso de sufrir una acción legal. Un caso así es poco defendible.

2. DOCUMENTACIÓN

Caso Ejemplo:

Paciente de 29 años que consulta en guardia por TEC mientras jugaba al fútbol ("choque de cabezas"). 1 hora de evolución. Al interrogatorio se constata que no tuvo pérdida de conciencia. Ingresa lúcido, orientado en tiempo, espacio y sobre sí mismo, con moderada cefalea y mareos. Glasgow 15/15, isocórico, sin foco neurológico. Rx de cráneo frente y perfil normales. Luego de cuatro horas de observación se lo externa con pautas de alarma (brindadas a él y a su esposa).

A los nueve meses el médico tratante de guardia recibe una citación. Está demandado por mala praxis por este caso. Aparentemente, el paciente habría deteriorado el sensorio en su domicilio y habría sido operado al día siguiente en otro sanatorio privado con diagnóstico de hematoma extradural. La evolución es tórpida (se operó en coma) y el paciente queda con severas secuelas cognitivas y motoras. El médico no recuerda nada de este paciente. Al buscar los registros, sólo consigue como documentación un libro de guardia (no hay historia) en donde en un renglón se consigna: "Traumatismo de cráneo leve-externación"

Probablemente ningún perito podría aducir un error grave, grosero e inexcusable del médico que atendió a este paciente. El mismo actuó de acuerdo a estándares generalmente aceptados. Sin embargo, al carecer de documentación que avale su correcto accionar, la defensa queda en una posición muy incómoda, ya que la escueta frase del libro de guardia no refleja la diligencia que tuvo el profesional en este caso. El médico y la institución han perdido su principal herramienta de defensa.

A pesar del actual clima legal he podido notar en todo el país que la documentación de la observación neurológica es deficiente. En general enfermería anota los controles estándares (temperatura, presión arterial, pulso), sin registrar elementos vitales y objetivos a ser evaluados en el seguimiento del traumatismo de cráneo (Glasgow, pupilas, foco motor). Se debe evitar todo tipo de subjetividades como "paciente bien" o "paciente algo confuso". A tal fin sería útil que toda guardia contara con grillas prediseñadas que facilitarían la tarea. Dicha hoja debería formar parte de la historia general de guardia. Un buen ejemplo es el Registro de Variables Neurológicas desarrollado por el Dr. Gardella y col (ver figura 1).(pag.6)

Una documentación de este tipo no insume mucho más tiempo. Incluso puede simplificarse. La misma no sólo sirve para un adecuado seguimiento sino que, debidamente completada, se constituye prueba de una atención diligente. Los problemas administrativos de archivo de estas historias no deberían impedir el registro completo de todo lo actuado. Un solo juicio por mala praxis no defendible puede ser mucho más caro que la inversión necesaria para modificar el sistema.

Instrucciones de Alta

El médico que atiende urgencias tiene muy poco control sobre el comportamiento de los pacientes al abandonar la guardia. Son pocos los pacientes que recuerdan todo lo que dijeron en la consulta y que cumplan las indicaciones al pie de la letra. Siempre habrá pacientes que ignoren completamente las instrucciones pudiendo sus síntomas persistir, a veces con resultados desastrosos. Las instrucciones escritas delimitan perfectamente cuáles son las obligaciones del paciente en determinadas circunstancias. En caso de problemas, dicha documentación permitirá demostrar eventualmente una falta de cumplimiento del paciente y la actitud diligente del médico que advirtió acerca de potenciales complicaciones.

Se debería brindar a los pacientes y a las personas responsables por ellos instrucciones de alta escritas, incluyendo los pasos a seguir ante la eventualidad de complicaciones. Debería haber una copia de las mismas en la historia clínica, idealmente rubricadas por el paciente o su representante legal. Si se presume que el paciente o su acompañante no comprenden y no serán capaces de llevar a cabo las instrucciones, deberá considerarse la internación.

Con el fin de garantizar la seguridad de sus pacientes tanto las enfermeras como los médicos responsables deberán estar totalmente seguros de que sus pacientes están advertidos como mínimo de lo siguiente:

- " Cómo cuidar de ellos en sus casas
- " Qué síntomas y signos pueden esperarse
- " Actividades que deben evitar y por cuánto tiempo
- " Qué síntomas deben ser notificados a los profesionales y cuándo
- " Cómo contactarse con un profesional que pueda despejar dudas que surjan en el domicilio
- " Fecha, hora y lugar del próximo control

Con fines prácticos puede entregarse una hoja preimpresa. Una copia firmada por el paciente en la historia clínica tendrá más validez que la simple anotación por parte del médico afirmando que se dieron pautas de alarma.

Un buen ejemplo puede extraerse de los protocolos escandinavos (ver figura 2) (7)

Figura 2

TRAUMATISMO DE CRÁNEO. INFORMACIÓN AL PACIENTE Y A SU FAMILIA

¿Pueden aparecer complicaciones serias?

Las complicaciones agudas son raras luego de una cuidadosa evaluación en el hospital. Sin embargo, si aparecieran los siguientes síntomas se debería contactar inmediatamente con un médico o con el hospital para reexaminarlo:

- " Dolor de cabeza intenso y creciente
- " Vómitos a repetición
- " Reducción del nivel de conciencia (dificultad para despertar)
- " Confusión

¿Qué síntomas son normales?

Un traumatismo de cráneo leve puede causar transitoriamente los siguientes síntomas:

- " Dolor de cabeza moderado
- " Náuseas
- " Mareos
- " Pobre concentración
- " Disminución de la memoria

Estos síntomas son comunes durante los primeros días luego del golpe. Generalmente desaparecen espontáneamente, pero en algunos pacientes pueden persistir por semanas o meses.

¿Qué debería hacer yo y mi familia/acompañantes?

No debe quedarse sólo y deben despertarlo dos veces durante la primera noche para asegurarse de que sus reacciones sean normales. Durante los días siguientes, le recomendamos que restrinja las siguientes actividades hasta que sus síntomas hayan desaparecido:

- " Televisión o lectura por muchas horas
 - " Computación o videojuegos
 - " Alcohol
 - " Deportes que impliquen riesgos de nuevos traumatismos
- Si tiene dolor de cabeza utilice su analgésico habitual de venta libre (ej: Paracetamol). El médico laboral de su trabajo puede indicarle un breve reposo dependiendo de su condición y ocupación

¿Debería volver a ver a un médico?

Si los síntomas persisten a pesar de estas recomendaciones, contacte a su médico o a este hospital para ser evaluado.

Negativa al tratamiento o a la observación en guardia

Hay ocasiones en las cuales un paciente con TEC leve con pérdida transitoria del conocimiento se encuentra lúcido, orientado en tiempo y espacio, con Glasgow 15/15 y se niega a permanecer unas horas en observación. En estos casos debe procederse con extrema cautela. Se debe informar al paciente acerca de los motivos por los cuales resulta prudente observarlo. En caso de no poder hacerlo, se deberá contactar a algún familiar para colaborar en la persuasión.

Si el paciente persiste en su negativa, deberá constatarse la capacidad del mismo para tomar una decisión. Si luego de todas las explicaciones del caso, el paciente, en pleno uso de sus facultades mentales, y/o su familia insisten en la negativa, los mismos deberían firmar ya sea en la historia o en un formulario especial esta decisión.

Puede adaptarse un modelo como el siguiente (8):

SANATORIO

Decisión de abandonar la guardia en contra del consejo médico

Nombre del Paciente: _____

Fecha y hora: _____

Documento (LE/DNI/CI) _____

Yo, _____(nombre y apellido)_____, deo constancia de que me retiro del sanatorio_____(nombre del centro)_____ en contra de la recomendación del médico tratante. Libero a él, al personal involucrado en mi atención y al sanatorio de cualquier responsabilidad por daños que pudieran resultar de mi abandono del hospital en contra del consejo médico.

He discutido mi negativa con el Dr. _____(nombre del médico)_____ y he tomado la decisión por mí mismo, sin haber sido forzado por nadie.

Comprendo lo siguiente:

1. El diagnóstico potencial es: _____
2. El tratamiento y los estudios recomendados son: _____
3. Las alternativas al tratamiento incluyen: _____
4. Los beneficios esperados del tratamiento/estudios incluyen: _____
5. Los riesgos de la falta de tratamiento o la no realización de estudios incluyen: _____

Comentarios:

También entiendo que si cambio de parecer, podré recibir tratamiento en este sanatorio a cualquier hora a pesar de estar firmando este formulario y retirarme en contra del consejo médico

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Firma de Testigo: _____

Aclaración: _____

Firma del Médico: _____ Aclaración: _____

Se recomienda de todos modos consensuar este tipo de formularios con la asesoría legal de la institución. Se deberá prestar especial atención en los casos de pacientes alcoholizados, psiquiátricos o violentos.

3. NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Para calificar a un acto de negligente, imperito o imprudente, es necesario que el profesional haya actuado por debajo de los estándares mínimos de práctica. La sola presencia de un daño no configura responsabilidad si no se puede probar la culpa del médico. Para establecer el estándar, resulta útil recurrir a las guías de práctica profesional, las cuales deben encontrarse adaptadas y consensuadas para el servicio en el cual se trabaja.

Dada la gran cantidad de normas y las distintas formas de enfocar un determinado tratamiento es inevitable que surja la pregunta: ¿qué requisitos tiene que tener una norma de atención determinada para poder ser admitida como evidencia?. Hoy por hoy, se las toma en general como otra forma de prueba, no muy diferente a los trabajos científicos y tratados médicos. No reemplazan la opinión de peritos expertos ya que estos, a diferencia de las normas que fueron diseñadas en forma genérica, opinan sobre el caso en particular.

Otro aspecto a considerar con respecto a las normas de atención es el grado de flexibilidad de las mismas. De acuerdo a cómo estén redactadas se puede inferir la interpretación que hará el sistema legal de las mismas. Las normas rígidas dictan en forma muy específica qué atención debería brindarse y cómo. "Si ocurre A, haga B; si no ocurre A, no haga B". Dicha redacción en términos tan contundentes e inequívocos es la que critican quienes sostienen que la medicina no puede ser reducida a un libro de recetas. No sorprende entonces que este tipo de normativas intente ser utilizada por los demandantes para atacar a los médicos. Las normas, sin embargo, también pueden estar escritas en forma más flexible, dejando margen para el juicio clínico del médico en particular. Como ejemplo de este tipo de guías muchos sugieren añadir una leyenda como ésta:

"Estas recomendaciones pueden no ser apropiadas para todas las circunstancias. La decisión a tomar sobre su aplicación deberá ser realizada por el profesional a la luz de los recursos disponibles y las circunstancias de cada caso en particular.

Deliberadamente se trata de evitar en este último caso palabras tales como "estándares", "normas" o "reglas". En cambio, prefiere hablarse de "recomendaciones", una palabra que sugiere flexibilidad y que indudablemente es elegida para minimizar riesgos legales.

En conclusión, puede darse el caso de externar a un paciente con una contusión o un hematoma intracraneano no diagnosticado clínicamente, pero si el médico puede demostrar que actuó de acuerdo a los lineamientos generales de práctica, su posición será mucho más fuerte.

Trate de que su servicio de guardia discuta y adopte un protocolo para el manejo del TEC. Los protocolos del ATLS (Advanced Trauma Life Support) pueden ser un buen punto de partida.

En la figura 4 (pag.7) se transcribe el protocolo escandinavo para el manejo inicial del traumatismo de cráneo mínimo, leve y moderado. (9)

CONCLUSIÓN

El actual clima legal, con promedios de demanda cercanos a los \$500.000 y algunas sentencias catastróficas que sumando intereses y costas llegan a los cinco millones de pesos obliga a extremar las medidas preventivas para evitar ser demandado y, en el caso de que esto ocurra, estar en mejor posición de defensa.

La primera barrera para evitar conflictos siempre será una buena comunicación (con el paciente/familia y con los otros miembros del equipo de salud). Dada las características de la atención de guardia, esta barrera se encuentra amenazada. Si la misma falla y el paciente o su familia piensan demandarlo, lo primero que solicitarán será la historia clínica o cualquier documentación del caso. Si la misma se encuentra completa, detallada, con decisiones fundadas y lógicas, es difícil que

algún perito recomiende seguir adelante, aún ante la presencia de un daño.

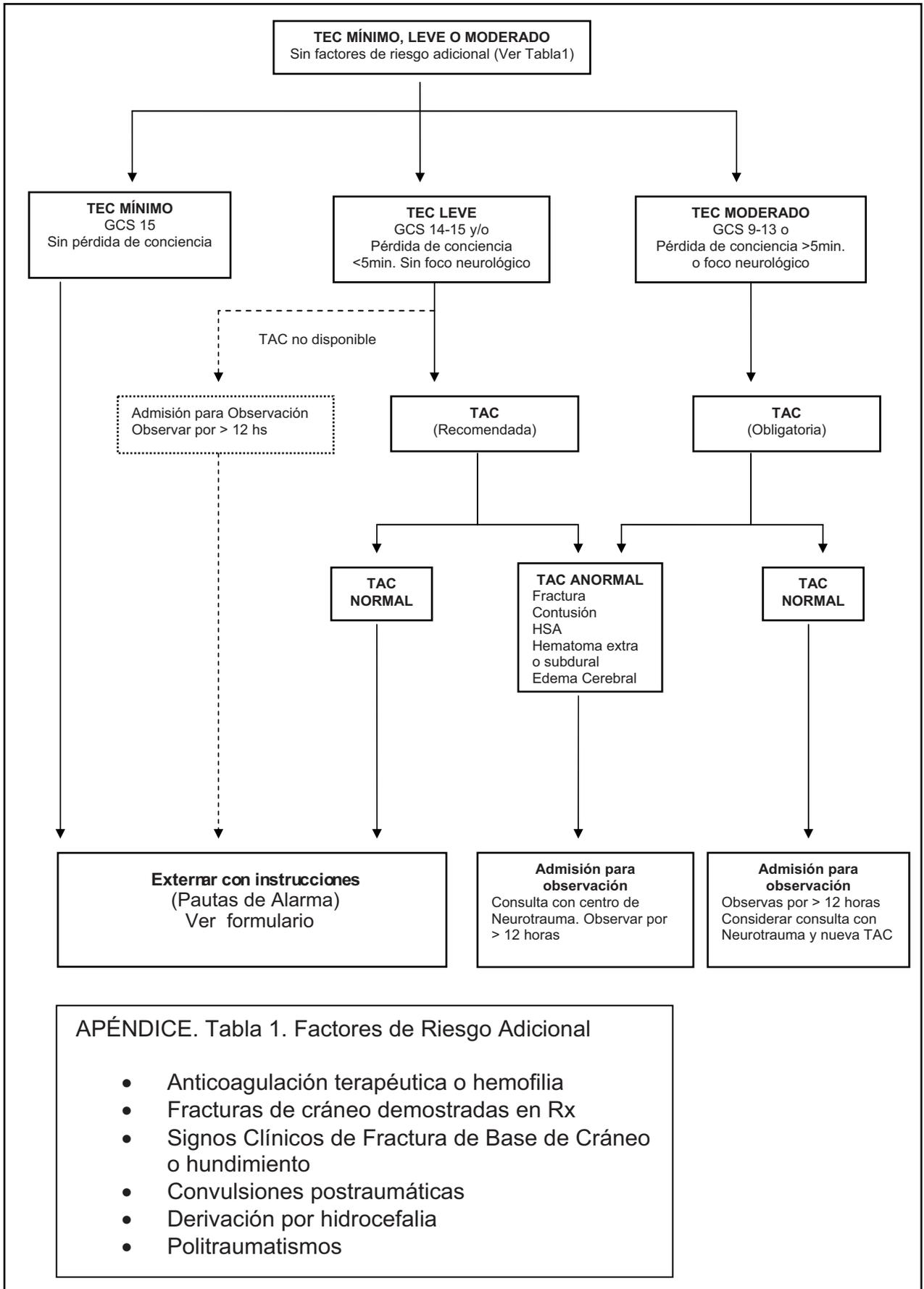
Si por último la barrera de la documentación tampoco es consistente, usted se encontrará con un reclamo judicial en donde el actor deberá probar que usted actuó en forma negligente, imprudente o con manifiesta impericia. Es entonces cuando el haber seguido protocolos y guías de práctica de entidades científicas reconocidas lo ayudará en su defensa.

Figura 1

SINDROMES CLINICOS DE LA PATOLOGIA NEUROQUIRURGICA DEL ENCEFALO 25				
REGISTRO DE VARIABLES NEUROLOGICAS				
Paciente: _____		Edad: _____		
Diagnóstico: _____		SS: _____		
TIEMPO				
ESCALA DE COMA GLASGOW	Apertura Ocular	Esportánea Al habla Al dolor Ninguna	Ojos cerrados por trauma = C	
	Mejor Respuesta Verbal	Orientada Frasas simples Palabras inapropiadas Sonidos Incomprensibles Ninguna	Tubo endotraqueal o traqueotomía = T	
	Mejor Respuesta Motora	Obedece órdenes Localiza dolor Flexión apropiada Flexión inapropiada Extensión al dolor Ninguna	Anote la mejor respuesta	
MOVIMIENTO	M M S S	Vence carga y gravedad Vence gravedad Desplaza horizontal Contracción palpable Sin respuesta	Anote derecha (D) izquierda (I) si existe diferencia entre ambos	
	M M I I	Vence carga y gravedad Vence gravedad Desplaza horizontal Contracción palpable Sin respuesta		
CONVULSIONES			General G Der. D - Izq. I Sup. s - Inf. i	
Escala Pupila (mm) • 1 •• 2 ••• 3 •••• 4 ••••• 5 •••••• 6 ••••••• 7 •••••••• 8	PUPILAS	DER. Tamaño	+ Reacciona - No reacc. C Ojo cerrado	
		DER. Reacción		
	IZQ. Tamaño			
	IZQ. Reacción			
	CORNEANOS	DER. Tamaño		
		IZQUIERDO		
	OCULOCEFALICOS			
	VESTIBULARES			
	T.A.			
	F.C.			
F.R.				
T°C				
PO ₂				
PCO ₂				
pH				
Na ⁺				
K ⁺				
PIC (PRESION INTRACRANEANA)			mmHg	
Observaciones: _____				

JG-1B

Figura 4



BIBLIOGRAFÍA

1. Mc Caig LF. National hospital ambulatory medical care survey: 1992 emergency department summary. *Advance Data* 1994; 1994; 245; 1-12
2. Klauber MR, Marshall LF et. Al. Determinants of head injury mortality: importance of the low risk patient. *Neurosurgery* 1989; 24:31-36
3. Stiell IG, Wells GA; Vandemheen K. The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury. *Lancet* 2001; 357:1391-96
4. Ingebrigtsen T, Rommer B, Kock Jensen C. Scandinavian Guidelines for Initial Management of Minimal, Mild and Moderate Head Injuries. *The journal of Trauma* Vol 48 N° 4: 760-66
5. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson M, eds. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC, Institute of Medicine, 1999
6. Gardella, J. ed. *Síndromes Clínicos de la Patología Neuroquirúrgica del Encéfalo*
7. Ídem. Ref. 4
8. Mayer Dm, Sullivan DJ. Refusal of Care. *Emergency Medicine Risk Management*. ACEP eds. Chapter 48: 404
9. Ídem Ref. 4