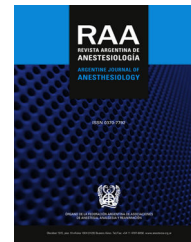


REVISTA ARGENTINA DE ANESTESIOLOGÍA

www.elsevier.es/raa



CARTA AL EDITOR

Retraso en el inicio del tratamiento, ante un posible caso intraoperatorio de hipertermia maligna



Delayed start of treatment due to a possible case of intraoperative malignant hyperthermia

Sr. Director:

La hipertermia maligna es una de las 10 situaciones clínicas de riesgo que se establecieron en la declaración de Helsinki¹ sobre seguridad del paciente en anestesiología, en el año 2010. En ella se declara la necesidad de la existencia de protocolos de actuación en caso de presentarse la sospecha de crisis de hipertermia maligna (CHM). En esta declaración, fruto del consenso de grandes sociedades científicas europeas se estableció la necesidad de disponer de un protocolo que guíe el modo de actuación correcto ante un posible caso de CHM¹.

Se acepta una incidencia de 1/14.000 anestesiología, que aumenta a 1/2.500 en el caso de cirugía de estrabismo. La mortalidad ha disminuido a un 5-10% debido al empleo habitual de la capnografía, que permite tanto un diagnóstico como un tratamiento precoz.

Recientemente, un paciente sometido a anestesia general en nuestro centro, 90 min luego de la inducción anestésica e iniciada la cirugía, comenzó con elevación progresiva del EtCO₂ alcanzando a los 25 min un valor de PCO₂ de 130 mmHg. Descartadas otras posibles causas y ante la sospecha de CHM se solicitó dantroleno a la enfermera del equipo de anestesia. Con una demora de 55 min, se instauró el tratamiento intravenoso observando una disminución significativa del EtCO₂ y la PCO₂ que se normalizó a los 20 min. Hasta la llegada de la medicación a quirófano, el paciente se mantuvo taquicárdico, con hipotensión arterial y requerimiento de noradrenalina.

Al analizar el fallo de seguridad anestésica, observamos que no hay un error activo por distracción, equivocación o transgresión. En los factores latentes relacionados con el paciente no encontramos antecedentes personales o familiares que pudieran advertir el problema. Existen factores latentes relacionados con la competencia de los profesionales, en los que se advierte una falta de conocimiento de la ubicación del fármaco. Entre los factores relacionados con

la tarea, afectó la ausencia de disponibilidad de protocolo clínico.

El equipo humano, tuvo una comunicación verbal adecuada, y no hubo discrepancia de criterios entre el personal de quirófano. Al analizar el lugar de trabajo vemos que la distancia entre la farmacia hospitalaria, donde se encuentra el dantroleno, y el quirófano, contribuye a aumentar el tiempo de disponibilidad del fármaco. En la estructura de la organización no existe un responsable que se encargue de forma directa de la elaboración de protocolos de seguridad relacionado con la disponibilidad de material o fármacos. Este incidente tuvo como resultado el empeoramiento clínico del paciente, ocasionando morbilidad menor.

Las medidas adoptadas para evitar la repetición del incidente incluyeron un acuerdo con la farmacia hospitalaria para proporcionar las dosis necesarias para el tratamiento inicial y ubicarlas en la zona central de los quirófanos, con disponibilidad inmediata. Se nombró un responsable para la elaboración de protocolos de seguridad en relación al material y fármacos. Se informó a todos los componentes del servicio de anestesia y enfermería de quirófano sobre la nueva ubicación del dantroleno y el protocolo de actuación ante la sospecha de CHM.

La precocidad en el inicio del tratamiento puede evitar la aparición de complicaciones derivadas del síndrome hipermetabólico. Además del dantroleno, se tratarán las posibles complicaciones como acidosis, hipoxia, hemorragia e hiperkalemia². Si el origen de la hipertermia no es claro, se activará el protocolo de hipertermia maligna³, se retirarán las posibles causas y se administrará el dantroleno. Ante un caso de sospecha de CHM, por la gravedad, y tipo de tratamiento requerido, es necesario tener un protocolo de actuación previamente establecido en cada centro⁴, ya que su ausencia puede provocar retrasos en el inicio del tratamiento y errores en su manejo clínico.

Bibliografía

1. Mellín Olsen J, Pelosi P, van Aken H. Declaración de Helsinki sobre la seguridad de los pacientes en Anestesiología. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2010;57:594–5.
2. Ortiz Gómez JR. Anestesia en la hipertermia maligna. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2008;55:165–74.
3. Ortiz-Gómez JR, Fornet I, Palacio FJ. Recomendaciones sobre seguridad en el paciente quirúrgico: Hiperpirexia maligna. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2013;60 Supl 1:S46–54.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.raa.2016.06.003>

0370-7792/© 2016 Federación Argentina de Asociaciones, Anestesia, Analgesia y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

4. Fierobe L, Nivoche Y, Mantz J, Elalaoui Y, Veber B, Desmonts JM. Perioperative severe rhabdomyolysis revealing susceptibility to malignant hyperthermia. *Anesthesiology*. 1998;88: 263-5.

Antonio Romero Berrocal*, Sara del Valle Quintáns,
Celia González Sicilia y Antonio Manzano Rodríguez

Departamento de Anestesiología, Reanimación y Cuidados Críticos, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: antonromero@hotmail.com
(A. Romero Berrocal).