

# Voces CONAMED

**L**a práctica médica entraña riesgos frecuentemente inevitables. Valorarlos desde distintas perspectivas permite analizar con objetividad las circunstancias que conducen, en ocasiones, a desenlaces no deseados para los dos actores involucrados en el acto médico: el facultativo y su paciente.

*El presente estudio adopta, respetando la confidencialidad del caso, un laudo elaborado por la Dirección General de Arbitraje de la CONAMED.*

## Antecedentes

1. En junio del año pasado, se presentó denuncia ante el agente del Ministerio Público de una entidad de la República para informar lo siguiente: *“El 7 de junio de 1999, me informa mi esposa que mi hijo se había pasado por la boca un cacahuate japonés y se había desmayado, estando inconsciente como una hora. Lo llevamos al hospital, donde lo internaron a las 17:00 horas, le hicieron unos estudios, lo tuvieron en observación y lo mandaron a rayos x; los doctores me dijeron que le iban a realizar unos estudios y si salía algo lo iban a operar, pero no lo operaron y el día de hoy falleció. Solicito se investigue, pues me dijeron que no tenían médico para operar a mi hijo”.*

2. De las declaraciones ministeriales se desprenden las siguientes:

- El padre del menor declaró: *“su hijo de 2 años 6 meses se encontraba en compañía de su esposa, comiendo cacahuates japoneses; su hija de 4 años hizo llorar al menor y éste se atragantó y se puso morado. Después de media hora el menor reaccionó. Se trasladaron en autobús de pasajeros al hospital, llegando a las 17:00 horas” (...)* *“Aproximadamente a las 5 de la mañana del día siguiente fue trasladado a quirófano, y como a las 7 de la mañana, una trabajadora social les dijo que su hijo había fallecido”.*

- La madre del menor, declaró: *“Como a las 5 ó 6 de la mañana vi cómo mi hijo se ponía morado y le hablé a una enfermera; le habló a un doctor y lo pasaron a quirófano, donde le iban a hacer unos estudios y ya no le hicieron nada”.*

3. El expediente clínico reporta los siguientes elementos:

El menor, de 2 años 6 meses, no contaba con antecedentes de importancia.

El 7 de junio de 1999, a las 18:50 horas, fue llevado al servicio de urgencias del hospital por haber presentado episodio de apnea, acompañado de pérdida de conocimiento, flacidez y cianosis generalizada al momento de comer cacahuates, recuperándose en forma espontánea con tos húmeda en accesos frecuentes.

El médico detectó, a la exploración física, paciente tranquilo con buena coloración, boca y faringe sin datos, tórax tiro intercostal de predominio izquierdo, disminución de los movimientos respiratorios del lado izquierdo, hipoventilación izquierda, estertores gruesos y estridor. La radiografía de tórax fue interpretada con disminución de la aereación izquierda, colapso de arcos costales, retracción de la silueta cardiaca y de la tráquea hacia la izquierda y sobredistensión derecha. Estableció el diagnóstico de broncoaspiración de cuerpo extraño orgánico en pulmón izquierdo; in-

gresó al paciente, indicó ayuno y solicitó interconsulta al servicio de pediatría.

El médico del servicio de pediatría, a su vez, valoró al paciente ese mismo día a las 20:10 horas. Detectó disfonía a distancia, campos pulmonares con sibilancias de predominio en hemitórax izquierdo, y estableció el diagnóstico de cuerpo extraño en vías respiratorias bajas; indicó ayuno, nebulizaciones con acetilcisteína, 4 sesiones con 5 minutos de descanso, posición semifowler, manejo mínimo, vigilar datos de dificultad respiratoria y valorar endoscopia.

Ese mismo día, a las 21:30 horas, un tercer médico detectó datos mínimos de insuficiencia respiratoria sin alteración hemodinámica ni hipóxica y disminución de la entrada de aire en pulmón izquierdo. Indicó hospitalización para realización de endoscopia al día siguiente.

En la nota de enfermería de ese día se reportó, en el turno vespertino, frecuencia respiratoria de 24 y 28 por minuto, irritable, con tos, disfonía y sibilancias.

Según registro de enfermería del 8 de junio del mismo año, a las 5:00 horas el paciente presentó dificultad respiratoria, cianosis distal, y se aplicó oxígeno. A las 16:15 horas ingresó a quirófano para extracción de cuerpo extraño, administrando solución glucosada al 5% y 3 ampulas de dexametasona, reportando: *“el paciente regresa a su servicio intubado y con automatismo ventilatorio”* (firma ilegible). No existe nota médica de lo sucedido en el quirófano.

Existe una hoja de indicaciones de ese día a las 7:15 horas. Un cuarto médico indicó ayuno, soluciones parenterales calculadas, penicilina sódica cristalina, ranitidina, flunitrazepam, vecuronio, dexa-

metasona, difenilhidantoína, manejo dinámico del ventilador, gasometría arterial y destrostix por turnos; solicitó radiografía de tórax portátil, biometría hemática, tiempo de protrombina, tromboplastina e interconsulta urgente a otorrinolaringología.

Ese mismo día, a las 8:35 horas, otros cuatro médicos detectaron paro cardiorespiratorio e iniciaron *“maniobras de reanimación con masaje cardiaco, medicamentos y bolsa con ambú, sin respuesta a los 10 minutos”*.

*En nuestro medio es conocida la pobre cultura de prevención de estos accidentes, pues es común observar cómo los padres permiten que sus hijos pequeños mantengan objetos extraños o alimentos en la boca mientras juegan o hablan.*

#### 4. Los informes periciales señalan:

La necropsia realizada por otros dos médicos concluye: *“Anoxemia por cuerpo extraño alojado en bronquio derecho”*.

#### Análisis de caso

El presente análisis está basado en los datos obtenidos del expediente clínico.

En términos de lo anterior, el problema de estudio se centra en establecer si el paciente falleció como consecuencia de una atención médica deficiente o retardo en la toma de decisiones para realizar la endoscopia.

Se trató de paciente masculino de 2 años 6 meses de edad, el cual presentó, de manera súbita e inesperada crisis de asfixia —manifestada por apnea, cianosis y pérdida, del conocimiento posterior a la ingesta de cacahuates—, que evolucionó con accesos de tos y datos de insuficiencia respiratoria leve. Ingresó al hospital, donde se estableció el diagnóstico de broncoaspiración de cuerpo extraño; se indicó ayuno, soluciones calculadas y nebulizaciones con acetilcisteína; y fue programado para revisión endoscópica a la mañana siguiente. Sin embargo, presentó paro cardiorespiratorio y falleció.

En nuestro medio es conocida la pobre cultura de prevención de estos accidentes, pues es común observar cómo los padres permiten que sus hijos pequeños mantengan objetos extraños o alimentos en la boca mientras juegan o hablan; o bien, que a los lactantes menores se les permita comer solos o se les ofrezcan trozos de alimentos cuando no tienen una dentición completa o su mecánica de deglución no es lo suficientemente madura para deglutir trozos y semillas.

La aspiración o deglución accidental de cuerpos extraños en la edad pediátrica es un evento grave que puede ocasionar secuelas irreversibles para la función del órgano afectado; o bien, la muerte de los pacientes en los primeros minutos del accidente por obstrucción intrínseca o extrínseca de la vía aérea. La literatura médica señala que este evento constituye la primera causa de muerte accidental en el hogar en niños menores de tres años de edad.

Los mecanismos fisiopatogénicos relacionados con la mayor prevalencia e incidencia en este grupo etáreo se asocian con inmadurez funcional de la deglución y un desarrollo incompleto de la dentición por falta de molares; por otro lado, el diagnóstico temprano con extracción de cuerpo extraño disminuye significativamente la morbimortalidad reportada en estos casos.

Las manifestaciones clínicas en la aspiración de un cuerpo extraño están determinadas por varios factores: localización del cuerpo extraño en la vía aérea,

tamaño y naturaleza, así como los mecanismos corporales de defensa.

Clínicamente se reconocen tres etapas:

a) En la primera, el paciente presenta una grave crisis de tos, estridor, asfixia y cianosis mientras mantiene objetos pequeños en la boca o come frutas, semillas, etc. En esta etapa, ocasionalmente, puede sobrevenir la pérdida del conocimiento y la muerte de los pacientes

por asfixia secundaria u obstrucción de la vía aérea.

b) En la segunda etapa, se observa una disminución en la sintomatología por fatiga de los mecanismos reflejos de defensa, dando paso a una fase monosintomática donde el paciente luce bien, con datos mínimos de dificultad respiratoria que hacen pensar a los padres o al médico tratante que el peligro ha desaparecido y que el paciente no tiene problema.

c) En la tercera etapa, los signos clínicos y radiológicos se relacionan más con las secuelas funcionales que el cuerpo extraño ha ocasionado sobre el órgano afectado, como supuración broncopulmonar, tos crónica, neumonía recurrente,

disfagia, etcétera; estos síntomas pueden confundir a los médicos tratantes con otro tipo de enfermedades si no se tiene claro el inicio de los síntomas y la sospecha fundada de aspiración de cuerpo extraño.

En la especie, el menor presentó la primera etapa clínica en su domicilio y la segunda etapa en el hospital, donde se mantuvo con datos de insuficiencia respiratoria leve.



Posterior al evento de asfixia que presentó el infante en su domicilio, la madre acudió al hospital, donde el primer médico realizó una evaluación adecuada del caso, pues consideró como diagnóstico principal la presencia de un cuerpo extraño vegetal en pulmón izquierdo, en un paciente sin datos de dificultad respiratoria grave, y solicitó radiografía de tórax, la cual fue interpretada con sobredistensión derecha.

Con estos datos, el médico del servicio de pediatría decidió mantenerlo en ayuno con soluciones calculadas, manejo mínimo e inhaloterapia. Posteriormente, el tercer médico detectó al paciente estable, con datos mínimos de insuficiencia respiratoria, y decidió continuar con el mismo manejo, indicando la realización de la endoscopia al día siguiente. Desconocemos si este médico avisó al médico endoscopista o si éste indicó la endoscopia al día siguiente.

Las indicaciones para efectuar el procedimiento endoscópico de urgencia serían progresión de datos de insuficiencia respiratoria o datos de dificultad respiratoria severa; sin embargo, el paciente se mantuvo estable, sin alteraciones hemodinámicas, y sólo presentó insuficiencia respiratoria leve.

Se menciona en la literatura que los cuerpos extraños alojados en un bronquio principal o en la tráquea permiten que los pacientes respiren sin problema; sin embargo, cuando se les manipula excesivamente o se ejerce terapia pulmonar intensa, los cuerpos extraños se pueden desplazar de un bronquio hacia el área subglótica y obstruir la vía aérea, causando paro respiratorio y, subsecuentemente, la muerte.

En este caso, es posible que el cuerpo extraño alojado en el bronquio izquierdo se haya desplazado hacia el área subglótica, provocando agudización de la

insuficiencia respiratoria. Según consta en el reporte de enfermería del 8 de junio de 1999, a las 5:00 horas fue llevado a quirófano para extracción del cuerpo extraño, desconociendo lo sucedido en dicha área por falta de notas médicas; el paciente salió de quirófano entubado y más tarde evolucionó hacia paro cardiorespiratorio irreversible. Podemos inferir que éste fue secundario a hipoxia por extubación accidental, intubación esofágica o mala posición en la cánula endotraqueal, situación que no es posible aclarar por falta de notas médicas; sin embargo, no se logró la extracción del cacahuate, pues en la necropsia se le encontró en bronquio derecho.

La literatura señala que en más del 80% de las ocasiones los pacientes son instrumentados después de 24 horas del accidente; la instrumentación endoscópica inmediata se realiza dependiendo de la gravedad y datos de la dificultad respiratoria. El paciente presentaba insuficiencia respiratoria leve y, por lo tanto, no estaba indicada la instrumentación inmediata; sin embargo, la extracción del cuerpo extraño era prioritaria. Por tanto, se consideró irregular que el hospital no cuente

con personal y equipo endoscópico para atender las urgencias las 24 horas del día; o bien, los servicios subrogados para proporcionar la atención cuando se requiera de forma inmediata.

El estudio de elección para confirmar o descartar la presencia de un cuerpo extraño en vías aéreas o digestivas altas es la exploración endoscópica; en manos experimentadas y con equipo adecuado se logra la extracción del cuerpo extraño en más del 90 % de los casos.

La literatura señala que en el 80% de los casos el procedimiento endoscópico se realiza después de 24

*El estudio de elección para confirmar o descartar la presencia de un cuerpo extraño en vías aéreas o digestivas altas es la exploración endoscópica; en manos experimentadas y con equipo adecuado se logra la extracción del cuerpo extraño en más del 90 % de los casos.*

horas de ocurrido el accidente; la extracción del cuerpo extraño se logra en más del 90% cuando el procedimiento se realiza en las primeras 48 horas. La morbilidad se incrementa conforme se retrasa el diagnóstico o se realizan múltiples traslados del paciente.



En resumen, se trató de paciente de 2 años 6 meses de edad, el cual, al ingerir cacahuates, presentó episodio de asfixia manifestado por apnea, insuficiencia respiratoria, cianosis y pérdida del conocimiento; evolucionó con datos de insuficiencia respiratoria leve y fue programado por vía endoscópica. Presentó agudización de insuficiencia respiratoria, intubándose; sin embargo, falleció. Consideramos acertada la indicación de la endoscopia, proporcionar medidas de sostén, así como vigilancia; sin embargo, el paciente fue llevado a quirófano ante el agravamiento de la insuficiencia respiratoria, manteniendo vía aérea permeable con la intubación.

La vigilancia del menor después de este evento fue deficiente, pues a pesar de la falta de notas médicas y de desconocer lo sucedido, podemos inferir que presentó hipoxia por problemas en la cánula endotraqueal o en la intubación, condicionando así el paro cardiorrespiratorio y la defunción. De igual suerte, no se realizó la endoscopia.

## Conclusiones

**Primera.-** El paciente, de 2 años 6 meses de edad, presentó de manera súbita e inesperada crisis de asfixia manifestada por apnea, cianosis y pérdida del conocimiento posterior a la ingesta de cacahuates;

evolucionó con accesos de tos y datos de insuficiencia respiratoria leve; ingresó al hospital donde se estableció el diagnóstico de broncoaspiración de cuerpo extraño. Programado para revisión endoscópica, presentó paro cardiorrespiratorio y falleció.

**Segunda.-** La Comisión estima que fue adecuado el diagnóstico de aspiración de cuerpo extraño e indicar el ingreso, mantenerlo en ayuno, con manejo mínimo, y solicitar la realización de endoscopia, pues el paciente presentaba datos leves de insuficiencia respiratoria. Sin embargo, nunca se realizó la endoscopia.

**Tercera.-** La Comisión estima que la atención médica proporcionada al menor por el personal médico que lo atendió el 8 de junio de 1999 a partir de las 5:00 horas fue inadecuada, pues no proporcionó la vigilancia estrecha que requería el paciente ni buscó la realización de la endoscopia, lo que demuestra su mala práctica.

**Cuarta.-** La Comisión estima que existió descuido de la madre del paciente al permitir el contacto de éste con objetos pequeños que produjeron el accidente, mismo que por sí solo conlleva un alto riesgo de mortalidad.

**Quinta.-** La Comisión estima que la atención médica proporcionada al menor por el personal del hospital fue inadecuada al no contar con equipo médico endoscópico disponible las 24 horas del día, pues dicho procedimiento disminuye la morbilidad cuanto más pronto se realiza el diagnóstico de aspiración de cuerpos extraños. En tal hecho se encuentra involucrado el personal encargado de vigilar la existencia de insumos y personal suficientes e idóneos. 