

- Hemodiálisis Norma Oficial
- Obesidad Proyecto de norma oficial
- Rayos X Norma oficial
- Residencias médicas Proyecto de norma oficial
- Sangre- Norma oficial

En la tercera sección del archivo vertical de este Centro de Documentación contamos con los documentos siguientes: Ley de creación del Tribunal Nacional de Ética Médica de Colombia; UNCITRAL (United Nations Commission on International Trade Law); Código Internacional de Ética Médica; Documentos del Comité Permanente de las Organizaciones Médicas de las Comunidades Europeas.

Debido a la naturaleza y características físicas de los archivos verticales y de los materiales que lo integran, se recomienda que sólo el personal de la biblioteca

tenga acceso a esta colección, pues se corre el riesgo de que personas sin la precaución debida reintegren el documento en un folder o guía equivocado, o que incluso se llegue a extraviar el documento completo o una parte de él. Por lo anterior, en el Centro de Documentación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico el acceso a esta colección está restringido exclusivamente a personal del mismo, quienes proporcionan cada documento al público en general, y al momento de su devolución lo reintegran a la colección del archivo vertical, lo que salvaguarda esta colección y permite la viabilidad de su constante consulta.

Hay quienes avizoran, conforme a las modernas posibilidades tecnológicas, la capacidad de que a través de sistemas electrónicos de almacenamiento estos archivos puedan ofrecerse tanto por intranet como por Internet.

Sistema de atención de quejas médicas, SAQMED,

(historia y desarrollo)

Ubaldo Zepeda Camacho

El Sistema de Atención de Quejas Médicas es una herramienta invaluable para registrar, clasificar, analizar y recuperar la información generada por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. En el siguiente artículo se explican algunas de sus principales funciones, las cuales han permitido a CONAMED mantenerse a la vanguardia en la atención a los usuarios de servicios médicos.

El licenciado en informática por el IPN Ubaldo Zepeda Camacho es Director de Informática de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Registrar, clasificar y recuperar fácilmente la información que ofrecen los pacientes al presentar sus quejas ante la Conamed es fundamental para el buen funcionamiento de la Comisión. Para satisfacer esta necesidad, la Dirección de Informática, perteneciente a la Dirección General de Investigación y Métodos de la institución, diseñó el Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED), con el cual se asegura la disponibilidad, confiabilidad y confidencialidad de la información.

Desde la creación de la CONAMED fue evidente la necesidad de contar con un sistema de este tipo, acorde a sus propios requerimientos. Con este fin se analizaron los mecanismos de registro de quejas y consulta de datos de instituciones afines, tales como la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo, la Procuraduría Federal de Protección al Consumidor y la Comisión

de Derechos Humanos del Distrito Federal, que si bien orientaron un desarrollo propio, no cubrían las necesidades específicas para el trabajo de la CONAMED. Fue necesario diseñar, de manera interna, uno propio: el primer modelo de registro automatizado de quejas aplicado al sector salud.

La primera versión del Sistema de Atención de Quejas Médicas, SAQMED 1.0, fue instalada en septiembre de 1996. Entonces, el sistema estaba compuesto por módulos independientes capaces de operar de manera individual, de acuerdo a las necesidades de las diferentes áreas de la Comisión. Así, cada uno de los módulos era una base de datos aislada y sin homogeneidad. La información que incluían, sin poder compartirse, era, apenas, la básica: las señas generales del usuario, su estrato socioeconómico, la dirección, el servicio y el nombre del personal del establecimiento contra el cual presentaba queja, y la narración de los hechos.

No obstante sus limitaciones, SAQMED 1.0 permitió grandes avances, pues antes de su instalación cada una de las áreas de la Comisión tenía sus propios mecanismos de registro de la información que presentaban los quejosos, y los datos estadísticos debían recopilarse de manera manual, lo que consumía enormes cantidades de tiempo y recursos.

Para realizar la siguiente versión del sistema —tarea bastante compleja, ya que cada vez que se hace una nueva versión es necesario repetir todos los pasos: desde el análisis del sistema hasta su liberación para producción— se efectuaron, además, reuniones de trabajo con las diferentes áreas de la Comisión, a fin de verificar las necesidades específicas de registro, clasificación y recuperación de información vinculadas con la recepción de asuntos y las distintas modalidades de conclusión de los mismos.

Al mismo tiempo, se instaló en la Comisión la red primaria de comunicación telefónica y de datos, por lo que fue indispensable generar una versión capaz de aprovechar estos servicios. Así nació SAQMED 2.0. Esta versión, elaborada para trabajar en red de manera homogénea y atender solicitudes múltiples, fue instalada entre marzo y junio de 1997.

A pesar de que permitía compartir datos con otras áreas, evitaba la redundancia en la información y brindaba la posibilidad de consultarla desde cualquier equipo conectado a la red, SAQMED 2.0 no incluía las funciones de seguimiento de los casos y requería mayor alcance para apoyar las actividades conciliatorias del área de Coordinación Regional. Tomando en consideración estos elementos, la Dirección de Informática comenzó a trabajar en el diseño de SAQMED 3.0.

A diferencia de la mecánica seguida hasta entonces, para realizar esta versión se organizaron, a lo largo del segundo semestre de 1997, talleres donde se revisaron y adecuaron las aplicaciones del sistema —incluyendo la integración de un módulo de consulta para las altas autoridades de la Comisión— y, posteriormente, se recabaron cartas de aceptación por parte de las diversas áreas de la CONAMED.

Durante ese periodo se llevó a cabo el Programa de Reforzamiento a la Estructura Informática, el cual permitió que a finales de año la Comisión contara con un servidor de archivos como sistema de respaldo.

No obstante los beneficios del sistema, las versiones anteriores no habían sido utilizadas en su totalidad, y tampoco había sido posible incorporar a los archivos la información que las áreas guardaban en otros dispositivos de almacenamiento. Por ello, a finales de 1997 se capturaron los datos faltantes. Así se actualizó la información con que, para entonces, contaba el sistema.

SAQMED 3.0 comenzó a funcionar durante el segundo semestre de 1998, aunque

para fin de año algunos módulos, como el de Orientación y Quejas, llegaron a la versión 4.5. Esto se debió, en buena parte, a que las peticiones de cada área

eran atendidas conforme se pre-entaban, lo cual desarticuló, en varias ocasiones, la estructura homogénea del sistema.

SAQMED 6.0, al igual que la versión anterior, permite el manejo de información, a partir de un solo banco de datos maestro, a las direcciones de Orientación y Quejas, Conciliación, Arbitraje, Coordinación Regional y Compilación y Seguimiento, e incluye también un módulo para facilitar el acceso a la información a las más altas autoridades de la Comisión.

Para evitar que esto sucediera nuevamente, se conformó un grupo de trabajo con representantes de todas las áreas que emplean la base de datos de la Comisión al que se denominó Comité de Información del Sistema de Atención de Quejas Médicas (CISAQMED), el cual quedó facultado para tomar las decisiones necesarias para optimizar los recursos y el acceso a la información.

Bajo este nuevo enfoque, se decidió no efectuar ajustes o cambios al sistema, a menos que fueran aprobados por el Comité, el cual, además, determinaría la prioridad de los trabajos a realizar.

Así, CISAQMED se dio a la tarea de analizar el efecto de cada ajuste o modificación en las áreas involucradas; unificó el criterio de los cambios al sistema y revisó los requerimientos de información de cada dirección, a partir de lo cual se generó la versión 5.0 de SAQMED.

Esta versión, a diferencia de las anteriores, fue integral: ya no estaba conformada por módulos aislados, sino como un todo, a partir de un solo banco de datos maestro. Asimismo, fue planteada como una plataforma “amigable con el usuario”, y elaborada dentro de un ambiente de diseño y desarrollo to-talmente gráfico —con iconos familiares, guías intuitivas, menús sensibles al contexto y multipantallas para clasificar la información— lo cual permitió una mejor comprensión interna de los alcances de SAQMED; en consecuencia, se redujo notablemente el tiempo requerido para la consulta, el análisis y la investigación de la información institucional.

Estos avances fueron posibles cuando hubo una mejor comprensión de las ventajas que ofrece el sistema. Por ello, desde 1999 los integrantes de CISAQMED no sólo solicitan adecuaciones para su área, sino que explican a su personal las

nuevas versiones, modificaciones o adiciones. El resultado de este proceso fue una nueva versión de SAQMED: la 6.0.

El proyecto de esta versión quedó terminado en marzo de 1999, y fue presentado ante las autoridades de la Comisión por los integrantes de CISAQMED y la Dirección de Informática. Una vez que el proyecto fue aprobado y autorizado, se realizó un curso de capacitación y SAQMED 6.0 fue liberado para producción durante mayo del mismo año. Asimismo, en esta ocasión, con la finalidad de salvaguardar la integridad de los trabajos realizados en el sistema, se efectuaron las acciones necesarias para, en coordinación con la Dirección General del Compilación y Seguimiento, obtener su registro ante el Instituto Nacional del Derecho de Autor.

Actualmente, SAQMED 6.0, al igual que la versión anterior, permite el manejo de información, a partir de un solo banco de datos maestro, al servicio de las direcciones de Orientación y Quejas, Conciliación, Arbitraje, Coordinación Regional y Compilación y Seguimiento; e incluye también un módulo para facilitar el acceso a la información por parte de las autoridades de la Comisión.

Entre otras ventajas, esto evita duplicar los datos dentro del sistema y permite registrarlos y analizarlos de manera mucho más amplia que versiones anteriores.

Así, es posible clasificar y analizar estadísticamente, con la mayor confiabilidad posible, la información vertida por los usuarios de la CONAMED por edad, sexo, padecimiento —por dar sólo unos cuantos ejemplos— y averiguar contra cuáles instituciones se presentan más quejas y cuáles motivos son los más frecuentes.

De igual modo, SAQMED 6.0 también permite verificar los tiempos internos de atención de quejas, los cuales se han reducido notablemente en los últimos tres años: de 2 horas a 45 minutos en promedio, gracias al apoyo del sistema. Actualmente, aunque existen más de 16 mil expedientes en archivo, consultarlos toma sólo unos cuantos minutos.

SAQMED 6.0 funciona, como las versiones anteriores, bajo el siguiente principio: el dueño de la información es quien la genera y nadie más. Esta afirmación significa que, aun cuando el sistema permite que todos los módulos compartan la información, sólo el área que la genera puede modificarla; el resto puede acceder a ella de acuerdo a sus necesidades, pero nada más; lo cual favorece la disponibilidad y confidencialidad de la información institucional.

Además de estas capacidades, la reciente versión SAQMED 6.0 registra, clasifica e imprime automáticamente la información vertida en el sistema, poniéndola a disposición únicamente de las áreas que la requieren a lo largo del proceso de atención de quejas. Así, no sólo permite el registro y la consulta de datos: también genera más de 100 formatos documentales distintos: actas de asesorías, de quejas, y otros documentos de tipo legal.

A pesar de que el sistema emplea los más avanzados lenguajes de programación y utiliza al máximo las herramientas de Windows, actualmente la Dirección de Informática trabaja ya en la versión 7.0, la cual deberá pasar antes por un proceso interno de control de calidad y por las adecuaciones que señale CISAQMED antes de ser liberado.

Con esta herramienta se espera que, para este año, la totalidad de asuntos atendidos por la Comisión queden registrados en el sistema desde el inicio del procedimiento de queja hasta el resultado del seguimiento de los compromisos pactados; de ser así, se reforzará el sistema con datos confiables que favorezcan la toma de decisiones y los trabajos de análisis e investigación de la CONAMED, contribuyendo con ello a mejorar los servicios médicos en el país.

Voces CONAMED

La 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 cacahuete 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”.

2. El expediente clínico reporta los siguientes elementos:

3.

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; ingresó 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 ámpulas 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, dexametasona, 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 cardíaco, medicamentos y bolsa con ambú, sin respuesta a los 10 minutos”.

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.

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 etéreo 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 p r o c e d i m i e n t o 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 cacahuete, 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.

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 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 morbimortalidad 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 cardiorespiratorio 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 cardiorespiratorio 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 morbiletalidad 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.

Síntesis ejecutiva del informe de actividades

correspondiente al ejercicio 1999

Dr. Héctor Fernández Varela Mejía

El pasado 1º de marzo, el doctor Héctor Fernández Varela Mejía presentó, en la Décima Sexta Sesión Ordinaria de Consejo, una síntesis de las actividades realizadas por la CONAMED durante 1999. A continuación ponemos a disposición de nuestros actores este informe.

El doctor Héctor Fernández Varela Mejía es titular de la Comisión Nacional de