

Bronquitis aguda

Caso CONAMED

*Maria del Carmen Dubón Peniche^a,
Luis Eduardo Bustamante Leija^b*

En la atención médica, los accidentes, incidentes, complicaciones, falta de información y de consentimiento, el retraso en la aplicación de tratamientos, o bien, el exceso en la utilización de los medios diagnóstico-terapéuticos, entre otros, pueden ser causa de inconformidad en el paciente.

SÍNTESIS DE LA QUEJA

Paciente mujer que, por presentar tos de varios días de evolución, consultó al neumólogo demandado, quien le realizó diversos estudios cuyos resultados fueron normales. La hospitalizó para efectuar más estudios y la dio de alta aunque la tos persistía. Ella considera que el médico incurrió en mala práctica, ya que no solucionó su problema de salud, y que la hospitalización y que no necesitaba los estudios que le indicó.

RESUMEN

Paciente mujer de 50 años de edad que consultó al neumólogo por presentar tos, escurrimiento nasal y

dolor de cabeza de 9 días de evolución. El demandado le realizó una espirometría que se encontró en parámetros normales, por lo que integró un diagnóstico de bronquitis aguda e indicó tratamiento médico. A los 5 días acudió nuevamente a revisión, la tos persistía y se agregó dolor retroesternal y disnea de medianos esfuerzos; el demandado la reportó sin datos de insuficiencia respiratoria ni descompensación hemodinámica, sin embargo, la hospitalizó para realizar estudios.

Durante la estancia hospitalaria se reportó sin fiebre, sin datos de insuficiencia respiratoria (frecuencia respiratoria de 22) ni descontrol hemodinámico (frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, tensión arterial de 110/70); fue manejada con antibiótico intravenoso, antihistamínico, analgésico y corticosteroide. Egresó con diagnóstico de hiperreactividad bronquial e infección de vías respiratorias altas.

^aDirectora de la Sala Arbitral. Dirección General de Arbitraje. CONAMED. México, D.F.

^bDirector Médico. Sala Arbitral. CONAMED. México, D.F.



Foto: Archivo

ANÁLISIS DEL CASO

Antes de entrar al fondo del asunto, es necesario realizar las siguientes apreciaciones:

Con base en la literatura de la especialidad, la tos crónica (productiva o no) es aquella que persiste durante 6 semanas o más; en su estudio se deben investigar síntomas o signos de alarma como: pérdida de peso, astenia, adinamia, anorexia, fiebre prolongada, diaforesis, hemoptisis, hemoptoicos, disnea (en reposo o de esfuerzo); asimismo, se debe interrogar sobre antecedentes de exposición a irritantes respiratorios (tabaquismo activo o pasivo), contaminación ambiental, exposición ocupacional a polvo o humo, ingestión de medicamentos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o betabloqueadores, entre otros¹.

La evaluación inicial del paciente con tos crónica debe incluir radiografía de tórax posteroanterior y lateral izquierda, aunque sólo 31% de las radiografías dan resultados anormales. La espirometría debe realizarse cuando existen datos de obstrucción aérea¹. Las indicaciones para realizar broncoscopia incluyen valoración de signos o síntomas (hemoptisis, tos, sibilancias localizadas, etc.), anomalías radiológicas (masas, infiltrados localizados o difusos y atelectasias), diagnóstico microbiológico de infecciones respiratorias y valoración de adenopatías mediastínicas^{2,3}.

La bronquitis aguda consiste en la inflamación de la tráquea, bronquios y bronquiolos, resultado generalmente de infección del tracto respiratorio de origen viral. Los síntomas que se pueden presentar son tos constante de inicio reciente que empeora por la noche, con o sin expectoración, de duración aproximada de 10 a 2 semanas, y en ocasiones fiebre; en casos graves, disnea y cianosis. Los hallazgos a la exploración física son variables y pueden incluir: sibilancias, uso de músculos accesorios, disminución de capacidad inspiratoria, conjuntivitis y adenopatía, entre otros⁴.

El diagnóstico de bronquitis aguda es clínico y se apoya en análisis de laboratorio y estudios de gabinete. En pacientes con tos aguda y producción de espuma sugestivos de bronquitis aguda, la historia clínica y exploración física completa tienen elevada precisión para integrar el diagnóstico de neumonía, la presencia de taquicardia (más de 100 latidos por minuto), taquipnea (más de 24 respiraciones por minuto), fiebre (más de 38 °C), datos de consolidación, egofonía y frémito, son suficientes. En el cultivo viral, pruebas serológicas y análisis de espuma, la probabilidad de aislar el microorganismo responsable es muy baja⁴.

En pacientes con bronquitis aguda, el tratamiento debe ser sintomático; los antitusígenos son útiles y pueden ser utilizados como tratamiento a corto plazo para aliviar los síntomas de la tos. El tratamiento de rutina con antibióticos no está justificado; no se recomienda el uso de broncodilatadores β2-agonistas, ni de mucolíticos⁴.

La hospitalización está indicada cuando el paciente presenta descompensación de comorbilidades,

insuficiencia respiratoria (frecuencia respiratoria mayor de 30 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno menor de 90%), inestabilidad hemodinámica (tensión arterial menor de 90/60, frecuencia cardiaca mayor de 120 latidos por minuto)⁴.

Por otra parte, la influenza es una infección vírica; su cuadro clínico se caracteriza por fiebre superior a 38.5 °C, tos, cefalea intensa, mialgias, artralgias, odinofagia, rinorrea, cansancio extremo, irritación de ojos, náusea, vómito y diarrea. Los datos de alarma en adultos son: dificultad para respirar, vómito o diarrea persistentes, trastornos del estado de conciencia, deterioro agudo de la función cardiaca, agravamiento de enfermedad crónica.

Cuando existen datos de alarma, la conducta médica debe ser: hospitalización, toma de muestra para la prueba rápida de influenza, valorar ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva, toma de muestra de vías respiratorias para estudio, tratamiento antiviral, antimicrobiano si se requiere, seguimiento de contactos. De no existir datos de alarma, se debe brindar tratamiento antiviral ambulatorio, control por Consulta Externa y medidas preventivas⁵.

En el presente caso, el 9 de enero de 2014 la paciente consultó al demandado por presentar, con 9 días de evolución, tos, sibilancias, escurrimiento nasal, cefalea y ataque al estado general. En la exploración física reportó tensión arterial de 120/80 mmHg, frecuencia cardiaca de 88 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 32 respiraciones, temperatura de 37 °C, palidez de tegumentos, saturación de oxígeno de 92%, orofaringe hiperémica, descarga nasal posterior, cuello con adenopatía pequeña en cadena cervical submaxilar, y campos pulmonares con estertores subcrepitantes bilaterales.

El demandado efectuó espirometría, que se encontró en parámetros normales. El diagnóstico fue de bronquitis aguda, e indicó corticosteroide, antitusígeno, broncodilatador y analgésico, como lo demostró la nota de Consulta Externa.

En esta atención brindada por el demandado en Consulta Externa, no se observan irregularidades, ya que mediante interrogatorio y exploración física integró el diagnóstico de bronquitis aguda e indicó el tratamiento apropiado.

La paciente refirió que el 14 de enero de 2014

La tos crónica (productiva o no) es aquella que persiste durante 6 semanas o más; en su estudio se deben investigar síntomas o signos de alarma como: pérdida de peso, astenia, adinamia, anorexia, fiebre prolongada, diaforesis, hemoptisis, hemoptoicos, disnea (en reposo o de esfuerzo); asimismo, se debe interrogar sobre antecedentes de exposición a irritantes respiratorios (tabaquismo activo o pasivo), contaminación ambiental, exposición ocupacional a polvo o humo, ingestión de medicamentos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o betabloqueadores, entre otros.

continuaba con tos, por lo que nuevamente consultó al demandado, quien sólo la examinó con estetoscopio y sugirió que se internara para efectuar algunos estudios.

En el expediente clínico existe nota de ingreso al Servicio de Urgencias del 14 de enero de 2014, la cual reportó tos intensa en accesos, dolor retroesternal y disnea de medianos esfuerzos, tensión arterial de 110/70 mmHg, frecuencia cardiaca de 80, frecuencia respiratoria de 22 y temperatura de 36.6 °C; la radiografía de tórax no mostró evidencias de alteraciones pulmonares. Diagnóstico: bronquitis aguda y broncoespasmo a descartar tos por alergénicos, ingresar a hospitalización.

Esta nota demuestra que el demandado incurrió en mala práctica, por negligencia, al haber indicado de manera injustificada la hospitalización de la paciente, quien no presentaba datos de inestabilidad hemodinámica, insuficiencia respiratoria, hipoxemia, ni descompensación de comorbilidades.

La nota de evolución del 14 de enero de 2014, señala que el demandado solicitó tomografía de tórax (simple y contrastada), espirometría con broncodilatador, prueba rápida de influenza y estudios de laboratorio, entre ellos: pruebas de función hepática, perfil de lípidos, proteínas, amilasa y lipasa.

En pacientes con bronquitis aguda, el tratamiento debe ser sintomático; los antitusígenos son útiles y pueden ser utilizados como tratamiento a corto plazo para aliviar los síntomas de la tos. El tratamiento de rutina con antibióticos no está justificado; no se recomienda el uso de broncodilatadores β_2 -agonistas, ni de mucolíticos.

La hospitalización está indicada al presentar descompensación de comorbilidades, insuficiencia respiratoria (frecuencia respiratoria mayor de 30 rpm, saturación de oxígeno menor de 90%), inestabilidad hemodinámica (presión arterial menor de 90/60, frecuencia cardíaca mayor de 120 lpm).

Como tratamiento indicó omeprazol, ketorolaco, nebulizaciones con fluticasona, antihistamínico y antibiótico (levofloxacino).

De esta forma, está demostrado que el médico demandado incurrió en mala práctica, al solicitar estudios innecesarios: tomografía computarizada de tórax a pesar de que la radiografía no mostró alteraciones pulmonares; otra espirometría pese a que una semana antes ya había realizado una que resultó en parámetros normales; prueba rápida de influenza sin que la paciente presentara cuadro clínico sugestivo de esta enfermedad, y efectuó estudios de laboratorio (pruebas de función hepática, perfil de lípidos, proteínas, amilasa y lipasa) que no se relacionan con la patología pulmonar de la paciente. De igual forma, indicó terapia antibiótica, la cual no está justificada como tratamiento de rutina en bronquitis aguda.

La paciente permaneció hospitalizada hasta el 16 de enero de 2014 con el mismo tratamiento, y fue dada de alta con diagnóstico de hiperreactividad bronquial más infección de vías respiratorias, con tratamiento mediante broncodilatadores en spray y antibiótico.

Después del egreso hospitalario persistió con tos, pero ante la desconfianza que le generó el neumó-

logo demandado, consultó a otro facultativo, quien controló su tos en menos de 3 días.

Para acreditar lo señalado en el párrafo que antecede, la paciente presentó el informe de un médico internista, quien estableció que presentó cuadro clínico caracterizado por tos seca en accesos, predominantemente nocturna, de 2 meses de evolución. En la exploración física: estertores inter-escapulo-vertebrales bilaterales y sibilancias. Los estudios de imagen efectuados durante su hospitalización mostraron parénquima pulmonar y mediastino en parámetros normales. El diagnóstico fue: hiperreactividad bronquial que estaba sin manejo, por lo que indicó prednisona y esteroide inhalado, con lo que se controló la tos a las 72 horas de iniciado el tratamiento.

La literatura especializada señala que el tratamiento del asma y de la hiperreactividad bronquial debe estar dirigido a controlar la inflamación crónica de la vía aérea con esteroides inhalados y a tratar la sintomatología aguda intermitente con broncodilatadores, y si es necesario con corticoides de rescate.

Así, quedó demostrado que el tratamiento establecido por el demandado al momento de dar de alta a la paciente fue incompleto, pues ante el diagnóstico de hiperreactividad bronquial omitió indicar corticosteroide para controlar la inflamación crónica de la vía aérea, lo cual era fundamental, muestra de ello es que cuando se inició el tratamiento apropiado, se controló la tos en un lapso de 3 días.

En términos de lo expuesto fue acreditado que el médico demandado incurrió en mala práctica por negligencia, durante la atención brindada a la paciente. Se observó que existió exceso en el uso de medios de diagnóstico y tratamiento, al indicar la hospitalización de la paciente sin que la requiriera, solicitar una serie de estudios que no ameritaba, brindar tratamiento antibiótico que no estaba justificado y mantenerla hospitalizada a pesar de que los estudios se encontraron en parámetros normales. Así también, incumplió sus obligaciones de diligencia, pues a pesar de que integró el diagnóstico de hiperreactividad bronquial, no brindó el tratamiento para controlar la inflamación crónica de la vía aérea.

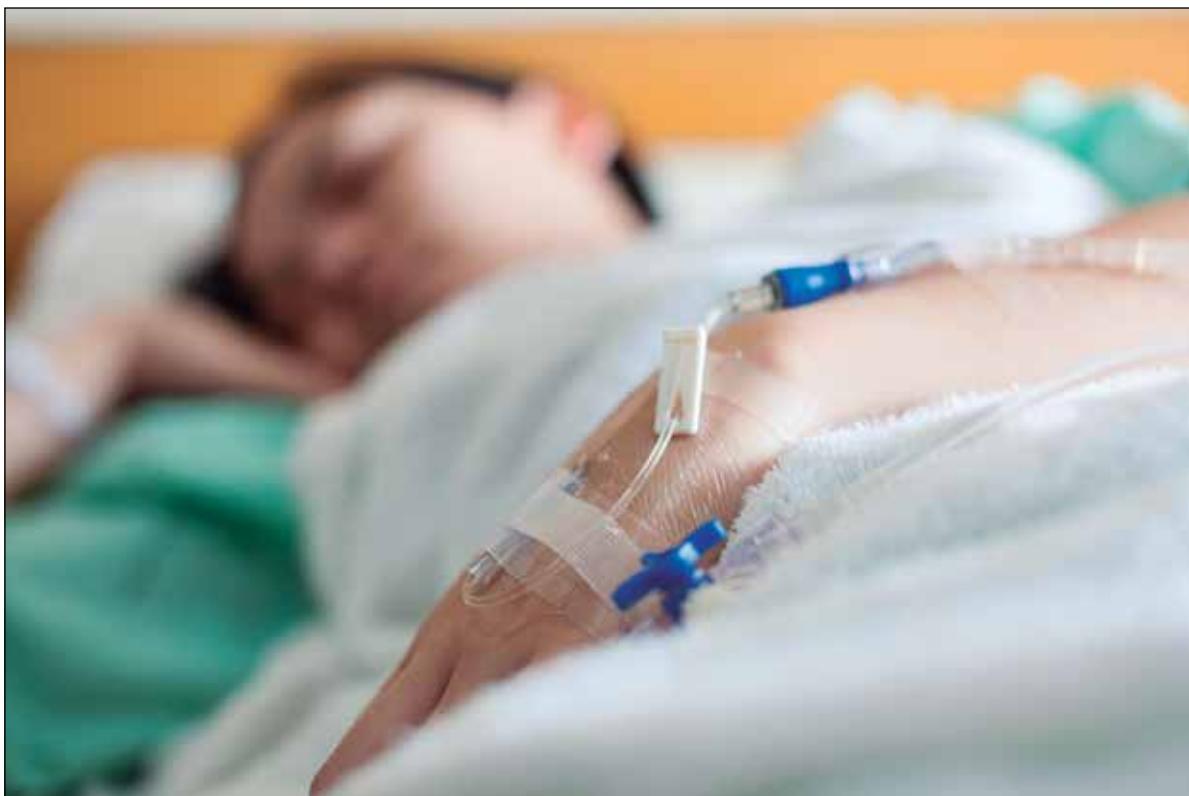


Foto: The Tun

APRECIACIONES FINALES

En este caso fue demostrado que la atención brindada por el neumólogo demandado no se apega a lo establecido por la *lex artis*.

Ante el cuadro clínico de la paciente, la hospitalización, los estudios efectuados durante ésta, así como el tratamiento, fueron innecesarios en los términos descritos al analizar el caso.

El acto médico debe ser responsable y ético.

RECOMENDACIONES

- Se debe conocer la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento Oportuno de la Bronquitis Aguda no Complicada en el Paciente Adulto.
- Los médicos deben actualizar sus conocimientos permanentemente y emplear los medios diagnóstico-terapéuticos en beneficio del paciente, prevaleciendo siempre el criterio científico.
- Es recomendable la educación médica acerca de los aspectos éticos y destrezas necesarias para la toma de decisiones y manejo de los pacientes.

- Conceptualizar el exceso terapéutico comprende la realización o utilización de maniobras de prevención, estudios diagnósticos o tratamientos que en un caso concreto carecen de utilidad.
- El empleo de auxiliares de diagnóstico y medios terapéuticos invariablemente debe atender al cuadro clínico del paciente, a la *lex artis ad hoc*, la deontología y las normas aplicables. ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía de Práctica Clínica Abordaje Diagnóstico del Paciente Adulto con Tos Crónica. México: Secretaría de Salud; 2011.
2. Álvarez-Álvarez C, Salvador-Adell I, Requejo-Mañana B. Indicaciones de la broncoscopia. Medicine. 2006;9(64): 4171-3.
3. Fayyaz J, et al. Bronchitis. En: Mosenifar Z (editor jefe). eMedicine. 28 marzo 2014.
4. Guía de Diagnóstico y Tratamiento Oportuno de la Bronquitis Aguda no Complicada en el Paciente Adulto. México: Secretaría de Salud; 2010.
5. Guía de Práctica Clínica Prevención, diagnóstico y Tratamiento de la Influenza Estacional. México: Secretaría de Salud; 2015.