

AHOGAMIENTO NO MORTAL: REPORTE DE CASO

INTRODUCCIÓN

El ahogamiento es un problema de salud pública mundial, responsable de aproximadamente 300,000 muertes anuales (2021) según la OMS, afectando desproporcionadamente a menores de 29 años y niños (1). La terminología clínica se ha estandarizado a Ahogamiento no mortal (6). Su gravedad se clasifica de leve a grave en función del deterioro respiratorio y la conciencia (6). Fisiopatológicamente, la aspiración de líquido daña el surfactante pulmonar según el volumen y composición (3), provocando hipoxemia y compromiso respiratorio (5). La clave para la supervivencia es el rescate ágil y la RCP precoz (4). Las secuelas son graves, pudiendo incluir disfunción multiorgánica y falla renal debido al daño hipóxico-isquémico (5, 7). No obstante, un número significativo de víctimas logra sobrevivir, lo que subraya la importancia de la intervención inmediata (2).

OBJETIVO

- Identificar el ahogamiento no mortal y manejo de sus complicaciones.

CASO CLINICO

Mujer de 63 años con antecedentes de HTA, DM mal controlada y ECV. Sufrió un traumatismo craneoencefálico por caída a una piscina (sumergida 1-2 min), inicialmente reportada en hospital de su localidad con hemorragia cerebral y ausencia de signos vitales. Trasladada a otro hospital, se confirma la presencia de signos débiles, se orointuba y es referida a UCI por falta de espacio.

Ingresa a UCI con choque distributivo, requiriendo doble soporte vasopresor y presentando evidencia de IAMSEST en el EKG. A nivel respiratorio, se presenta distress respiratorio (PaO₂/FiO₂ 134). Cursa con hiperglucemia y acidosis metabólica.



Figura 1. Tomografía de cráneo simple. Cortes coronal, axial y sagital, presencia de hemorragia subaracnoidea.

El paciente cursó internación por 33 días (28 días en UCI y 5 días en hospitalización); estuvo marcado por un trauma con inmersión que detonó una disfunción multiorgánica grave:

*Choque y Cardiopatía: La paciente debutó con un shock que requirió doble soporte vasoactivo (Norepinefrina, Vasopresina), asociado a un evento isquémico agudo (IAMSEST). La función cardíaca inicial estaba severamente comprometida (FEVI 36%). A pesar de la mejoría parcial (FEVI 56% al Día 12), el soporte vasopresor fue recurrente por inestabilidad.

*Insuficiencia respiratoria y sepsis: Desarrolló distress respiratorio moderado y sepsis de foco pulmonar. La dificultad en el destete ventilatorio culminó en una traqueostomía percutánea, con necesidad de recurrir a ventilación mecánica por hipoventilación o alcalosis respiratoria.

*Falla renal y metabólica: La falla renal fue una complicación importante, requiriendo diálisis a partir del Día 6. A pesar de la recuperación inicial que permitió suspender la terapia, sufrió descompensación posterior (Día 13) con nueva necesidad de ultrafiltrado, además de cursar con desequilibrios electrolíticos (hipernatremia, acidosis metabólica no compensada) e hiperglucemia persistente.

*Hemorragia y anemia: Requirió múltiples transfusiones y manejo con ácido tranexámico tras un episodio de sangrado por diversas vías (SNG, mucosas, transvaginal) en el Día 13.

*Gastrointestinal: Se diagnosticó colecistitis litiasica que requirió colecistectomía. La deglución fallida a pesar de pruebas repetidas obligó a la realización de una gastrostomía.

*Neuromuscular y piel: Desarrolló miopatía del paciente crítico (Daniels 2/5 generalizada), limitando su movilidad y rehabilitación. Además, presentó una úlcera sacra (grado 2) que requirió manejo por cirugía plástica.

*Otros síntomas: Refirió hipoacusia y cefalea persistente nocturna, lo cual indicó secuelas.

Al finalizar el periodo, se alcanzó la estabilidad hemodinámica sin soporte vasoactivo y se logró la reversión de la insuficiencia renal aguda. No obstante, la paciente mantiene dependencia de la traqueostomía y gastrostomía, con miopatía severa y manejo activo del dolor asociado a la escara.



Figura 2. Tomografía de tórax simple. Cortes axial, coronal y sagital. Opacidades alveolares con tendencia a la consolidación a predominio de segmentos basales y posteriores, opacidades en vidrio esmerilado y engrosamiento septal intersticial en lóbulos superiores e inferiores

DISCUSIÓN

Según Roberts et al., un factor de riesgo para el ahogamiento es ser del sexo femenino, donde la incidencia aumenta con la edad. Aunque las mujeres adoptan conductas de riesgo similares a las de los hombres (ej. alcohol, natación insegura), sus ahogamientos suelen deberse a una entrada accidental al agua. Esto incluye situaciones como caer desde un vehículo durante inundaciones o simplemente caer al agua (9). Mientras que estudio australiano realizado por Peden et al. también identificó que las mujeres tenían más probabilidades de ahogarse, en comparación con los hombres. Se trató de adultos que han consumido alcohol (25,5%), personas que se cayeron (21,3%), personas involucradas en incidentes de transporte no acuático (18,2%) y locales (74,0%) (8), concordante para el caso que se manifestó en mujer.

En estudio realizado por Reizine et al, con 270 pacientes ingresados en la UCI por ahogamiento, 101 (37,4 %) y 33 (12,2 %) presentaron neumonía y Neumonía asociada a ahogamiento microbiológicamente comprobada, la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) confirmada microbiológicamente siguió asociada a una mayor mortalidad a los 28 días tras ajustar por parada cardíaca y salinidad del agua (10).

Luego Cousin et al, determinó que la prevalencia de neumonía asociada a ahogamiento fue 39 % no tuvo un impacto significativo en la mortalidad, además, se aislaron 171 microorganismos, en su mayoría Gram negativos (98/171, 57%) y principalmente *Aeromonas sp.* (20/171, 12%), identificando microorganismos Gram positivos que representaron 38/171 (22%) de los aislamientos, principalmente *Staphylococcus aureus* (21/171, 12%) (11).

Adicionalmente Gorelik et al, también identifica en 95 pacientes, con predominio en hombres, que el 43% desarrollaron lesión renal aguda asociada a casi ahogamiento y (18 %) fueron clasificados como IRA en estadios 2 a 3 de la escala KDIGO (12).

CONCLUSIÓN

Se concluye que se logró la reversión del shock y la función renal. La principal desventaja fue el desarrollo de secuelas (miopatía, dependencia ventilatoria/enteral) que extienden los pronósticos y el manejo.

BIBLIOGRAFIA

- Organización Mundial de la Salud. Las muertes por ahogamiento disminuyen en el mundo, pero las personas más vulnerables siguen en riesgo [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/13-12-2024-drowning-deaths-decline-globally-but-the-most-vulnerable-remain-at-risk>
- Royal Life Saving. Non-Fatal Drowning in Australia [Internet]. 2021. Disponible en: https://wpslsa.sls.com.au/wp-content/uploads/sites/13/2021/11/SLSA_NonFatalDrowning_Part1.pdf
- Rodríguez A, Gómez A. Manejo inicial del casi ahogamiento e hipotermia por inmersión. *Ene.* 2014;8(1):0-0.
- Ruiz D, Salvo D, Castejón E, García M. La importancia de la Vitamina B12. Revisión y estudio descriptivo a propósito de un caso. *Bol Soc Pediatría Aragón Rioja Soria.* 2018;48(2 (Mayo-Agosto)):64-64.
- Raess L, Darms A, Meyer-Heim A. Drowning in Children: Retrospective Analysis of Incident Characteristics, Predicting Parameters, and Long-Term Outcome. *Child Basel Switz.* 2020;7(7):70.
- Beerman S, Bierens J, Clemens T. Aclaración y categorización del ahogamiento no mortal. Borrador de la Declaración de Posición para su revisión y aportación por parte de la comunidad mundial de ahogamientos. Borrador de la Declaración de Posición. 2018; Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/drowning-submersion-injuries/print>
- Southard C, Pike F, Rowan C, Cater D. Risk Factors Associated With Development of Multiple-Organ Dysfunction Syndrome After Pediatric Drowning. *Pediatr Emerg Care.* 2023;39(12):902-6.
- Peden A, Franklin R, Leggat P. The Hidden Tragedy of Rivers: A Decade of Unintentional Fatal Drowning in Australia. *PloS One.* 2016;11(8):e0160709.
- Roberts K, Thom O, Devine S, Leggat P, Peden A, Franklin R. A scoping review of female drowning: an underexplored issue in five high-income countries. *BMC Public Health.* 2021;21(1):1072.
- Reizine F, Delbove A, Tattevin P, Santos AD, Bodenes L, Bouju P, et al. Clinical and microbiological features of drowning-associated pneumonia: a retrospective multicentre cohort study. *Clin Microbiol Infect Off Publ Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis.* enero de 2023;29(1):108.e7-108.e13.
- Cousin VL, Pittet LF. Microbiological features of drowning-associated pneumonia: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intensive Care.* 2024;14(1):61.
- Gorelik Y, Darawshi S, Yaseen H, Abassi Z, Heyman SN, Khamaisi M. Acute Renal Failure Following Near-Drowning. *Kidney Int Rep.* 2018;3(4):833-40.