

RECOMENDACIÓN



NÚMERO: R-VGJ-0008-14

QUEJOSOS: --- Y ---.

AGRAVIADA: RECIÉN NACIDA ---.

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

AUTORIDADES INVOLUCRADAS: ---, ENFERMERA GENERAL ADSCRITA A LA DIRECCIÓN GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE HIDALGO Y --- SUBDIRECTORA DEL ÁREA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA DE SOTO, HIDALGO.

HECHOS VIOLATORIOS: 1.4. VIOLACIÓN A LOS DERECHOS DEL NIÑO, 1.4.1. VIOLACIÓN DEL DERECHO DE LOS MENORES A QUE SE PROTEJA SU INTEGRIDAD, 2.3. LESIONES, 3.2.5 EJERCICIO INDEBIDO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, 8.2. VIOLACIONES AL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y 8.2.3.1. NEGATIVA O INADECUADA PRESTACIÓN DE SERVICIO PÚBLICO OFRECIDO POR DEPENDENCIAS DEL SECTOR SALUD.

Pachuca de Soto, Hidalgo, cuatro de agosto de dos mil catorce.

“Año Internacional de la Agricultura Familiar”

LICENCIADO PEDRO LUIS NOBLE MONTERRUBIO
SECRETARIO DE SALUD Y DIRECTOR GENERAL DE LOS
SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE HIDALGO.
P R E S E N T E

VISTOS

Para resolver los autos del expediente al rubro citado con motivo de la queja iniciada por esta Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, por ---



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

y ---, en agravio de la recién nacida ---, en contra de ---, enfermera general adscrita a la Dirección General de los Servicios de Salud del Estado de Hidalgo y ---, subdirectora del área de Enfermería del hospital General de Pachuca de Soto, Hidalgo, en uso de las facultades que otorgan los artículos 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 9º bis de la Constitución Política del Estado de Hidalgo; así como 33, fracción XI, 84, 85 y 86 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, examinado los elementos del expediente al rubro citado con base en los siguientes:

HECHOS

1.- El ocho de octubre de dos mil trece, el quejoso ---, se constituyó en las oficinas de este Organismo protector de derechos humanos, para interponer queja mediante comparecencia, manifestando lo siguiente:

El siete de septiembre de dos mil trece, mi hija de nombre --- quien cursaba la semana 30.2 de embarazo, presentó dolores de parto motivo por el cual fue ingresada al área de urgencias del Hospital General de esta ciudad, siendo informado por trabajo social del nosocomio que a mi hija se le practicaría una cesárea ya que presentaba trabajo de parto, fue así como el ocho del mismo mes y año aproximadamente a las dos y media de la mañana nació mi nieta por parto normal; sin embargo, me dijeron que la niña necesitaba permanecer en el área de terapia intensiva y que sería ingresada en una incubadora.

Por su favorable evolución a los seis días pasaron a la bebe al área de respiratorios permaneciendo ahí hasta el veintisiete de septiembre, fecha en la que mi hija la vio por la mañana a la hora de visita percatándose de la presencia de dos practicantes y una enfermera en el sitio, momento en la que una de las practicantes del sexo femenino empezó a mover la incubadora, y una distancia de metro y medio aproximadamente mi menor hija se percató que la bebe se puso de color morado y al hacerle mención de esta situación a la practicante, esta no respondía nada, por lo que de inmediato mi hija le habló a la enfermera y ésta a su vez a los doctores, enseguida sin saber que ocurría la sacaron del área.

Después de media hora salió el doctor Ruiz, quien le dijo a mi hija que la bebé tenía temperatura de 40 grados y que solo habían logrado que bajara a 39.5, después de esto --- entró a ver a la bebé dándose cuenta que tenía colocado un casco y gasas en todo su cuerpo. Posteriormente en la visita de la tarde mi hija regreso a ver a la bebé, sin que esta estuviera en el área dónde estaba anteriormente, indicándole que nuevamente había sido trasladada a terapia intensiva, dónde la encontró con gasas y pomada en la mayor parte de su cuerpo, sedada y entubada.

Luego de esto, la pediatra de la tarde le informó a mi hija que la bebé presentaba quemaduras en su cuerpo y al preguntarle el motivo respondió que era a consecuencia de los 40 grados de temperatura que presentó la niña, pero que ya al día siguiente (sábado 28 de septiembre) iba a presentarse un cirujano plástico para determinar el tipo quemaduras que tenía la bebé y que se encontraba sedada por el dolor. Al día siguiente, al presentarse a la visita otra Pediatra le informó a mi hija que el cirujano plástico ya había subido a ver a la niña, quien presentaba quemaduras de primer y segundo grado pero superficiales; sin embargo, al preguntarle si la bebé iba a tener alguna secuela le contestó “que no le interesaba, por eso había pomadas y cremas”, después de esto mi menor hija habló con el subdirector del Hospital quien hasta ese momento desconocía lo ocurrido, y quien después se presentó en el área dónde se encontraba mi nieta.

El domingo veintinueve de septiembre de dos mil trece, en entrevista con el doctor --- este le solicitó a mi hija le dijera todo lo que había visto, además de que ingresara un escrito al área de



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

calidad para que le dieran seguimiento a lo ocurrido, por la tarde la Pediatra en turno le informó a mi hija que la bebé tenía bajas las plaquetas, sodio y potasio, por lo que a lo mejor tenían que transfundirla, lo cual ya no fue necesario.

Sin embargo, el lunes treinta de septiembre le informaron al papa de la niña, que iba a entrar a quirófano para una revisión, pero al día siguiente me informan que la iban a intervenir el miércoles siguiente, por lo que había que estar a las ocho de la mañana, permaneciendo en la sala de espera del tercer piso sin que nadie saliera a darnos un aviso o solicitar la autorización para la intervención de la pequeña, ya como a las diez y media regresaron a la bebe a piso.

Después de las once de la mañana pudimos hablar con la cirujana ---, quien nos informó que había intervenido a la menor y todo había salido bien, pero que ella iría hasta el lunes siete de octubre a ver a la niña; en esa ocasión entramos a verla pudiendo observar que se encontraba sedada, informándonos hasta esta fecha que la bebé se encuentra estable. Por lo anterior, solicitamos la intervención de este Organismo para que se investigue el mal actuar de los servidores públicos (médicos y enfermeras) responsables de la atención de mi menor nieta, ya que si bien es cierto su estado de salud al nacer era delicado por ser una bebé prematura, por el descuido de estos sufrió las quemaduras que presenta, asimismo porque nunca hemos sido informados de forma clara respecto de su estado de salud, ni nos fue solicitada la autorización correspondiente para la intervención quirúrgica que le practicaron.

2.- Asimismo, el ocho de octubre de dos mil trece, acudió a las oficinas de esta Comisión, ---, quien compareció ante personal jurídico para ratificar la queja que interpuso su padre ---, en fecha ocho de octubre de dos mil trece, en agravio de su hija - --.

3.- Mediante oficio 04558, de fecha nueve de octubre de dos mil trece, se le solicitó al doctor ---, director del hospital General de Pachuca de Soto, que les indicara tanto al personal médico como al de enfermería, rindieran un informe a esta Comisión, respecto de los hechos que se les atribuían, y de igual forma, remitieran copias legibles debidamente certificadas de los expedientes clínicos de --- y de la recién nacida ---, el cual se recibió signado por él, en fecha dieciséis de octubre de dos mil trece, rendido en los siguientes términos:

El treinta de septiembre de dos mil trece, se recibió una queja, a la cual se le asignó el registro Q-256, en donde se narró lo sucedido, ese mismo día a las diez horas se convocó a una reunión, acudiendo el doctor ---, jefe del Servicio de Pediatría; la enfermera ---, subjefa del área de Enfermería, el doctor ---, subdirector médico; la doctora ---, directora de Calidad, Gestión y Admisión Hospitalaria; la enfermera ---, enlace de Calidad de enfermería y la psicóloga ---, enlace de Calidad, en donde se procedió a dar lectura a la queja y se llegaron a los siguientes acuerdos: primero, el jefe del Servicio de Pediatría daría el seguimiento a lo ocurrido en la cuna; segundo, el área de Calidad conseguiría la ratificación de la queja; tercero la Jefatura de Enfermería citaría el primero de octubre a las diez horas, a la enfermera que atendió a la recién nacida.

Posteriormente, se realizó una segunda reunión el primero de octubre, a las diez horas, en donde se citó a la enfermera ---, en donde explicó lo ocurrido a la recién nacida ---, también acudieron a dicha reunión la doctora ---, directora de Calidad, Gestión y Admisión Hospitalaria; la enfermera ---, subjefa del área de Enfermería y la psicóloga ---, enlace de Calidad. Ese mismo día, siendo las once horas, se buscó a la mamá de la recién nacida, pero no se encontró en la hora de visita, motivo por el cual, a las practicantes de psicología que se encontraban asignadas al área de Calidad, en el turno vespertino, se les solicitó que buscarán a la señora ---, a efecto de solicitarle su presencia el dos de octubre de dos mil



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

trece, a las doce horas en el área de Calidad del hospital, para darle a conocer el seguimiento de su queja, pero no se le encontró, por ello se le brindó la información a los abuelos maternos.

Con fecha dos de octubre de dos mil trece, siendo las ocho horas con treinta minutos, --, enlace de Calidad del área de Enfermería se entrevistó con ---, madre de la recién nacida ---, quien le reiteró que acudiera a la cita a las doce horas, pero no acudió a dicha cita ---, motivo por el cual, siendo las catorce horas con cuarenta minutos la psicóloga ---, quien es la enlace de calidad, realizó llamada telefónica a los número 044999999999y 044999999999, quien no tuvo respuesta al llamado, por lo que siendo las dieciséis horas acude al área de calidad el abuelo materno de ---, de nombre ---, quien hizo la ratificación de la queja e hizo del conocimiento que su hija no había acudido porque se le pasó la cita y se había ido a su casa.

Ese mismo día el jefe del Servicio de Pediatría, hizo llegar al área de calidad una copia del reporte de mantenimiento y funcionamiento de la cuna de calor radiante, por medio del cual se describió el buen funcionamiento de la cuna.

Con fecha tres de octubre de dos mil trece, se recibió un documento emitido por la enfermera ---, personal adscrita al Servicio de Pediatría, por medio del cual narró los hechos ocurridos el día veintisiete de septiembre de dos mil trece. Ese mismo día se buscó a ---, para darle a conocer los resultados del seguimiento de la queja, mencionando ---, que su hija por cuestiones de salud no asistiría a la cita.

El cuatro de octubre de dos mil trece, la quejosa ---, ratificó la queja.

Se hizo mención que a partir del acontecimiento adverso ocurrido a ---, se había dado una coordinación de la Subdirección Médica, de la Subdirección de Enfermería, de la Jefatura del Servicio de Pediatría y de la Dirección de Calidad, para ofrecer los medios disponibles para la atención de ---, motivo por el cual se había mantenido una estrecha comunicación entre el Servicio de Pediatría y la Dirección de Calidad, en donde se le había informado la evolución favorable de la menor.

El doctor ---, jefe del Servicio de Pediatría, había tenido una comunicación estrecha con el abuelo materno y la mamá de la menor ---, quien informó que su evolución era favorable, ya que a su vez, había proporcionado tanto medicamento como insumos necesarios para su atención en relación al evento adverso, por lo que en ningún momento se había tratado de ocultar la presencia de dicho evento.

Ante el suceso ocurrido se habían realizado reuniones para la toma de acciones inmediatas para salvaguardar a --- y para evitar la repetición de ese tipo de sucesos.

Ya que ese tipo de errores daba como consecuencia un evento adverso, es decir un incidente desfavorable que ocurría directamente asociado a la prestación de la atención médica y que daba como consecuencia lesiones iatropatogénicas.

Además, de que la quemadura pudo ser ocasionada por el desprendimiento no visible del sensor al momento del baño de esponja o a la movilización de ---, cuando se hizo el cambio de sábanas.

En cuanto a la cuna de calor radiante se verificó el mantenimiento preventivo y el funcionamiento adecuado del equipo, lo que dio como conclusión que no fue una falla del equipo.

Asimismo, se anexaron copias certificadas de un acta informativa de fecha dieciséis de octubre de dos mil trece y signada por ---, por medio de la cual hizo del conocimiento que:

Las enfermeras adscritas a dicha área, eran personal de la institución y ostentaban grado académico de enfermería, quienes contaban con los exámenes teórico práctico y psicométrico que solicitaba la institución para ser parte del personal operativo, así como las habilidades y destrezas para el cuidado de los pacientes, informando también que por la complejidad del área no se permitían estudiantes de enfermería en dicho servicio para evitar incidentes en la atención del pacientes pediátrico. Por lo que con lo antes mencionado se desmentía que hubiera alguna practicante en dicha área y quien manejó la cuna de calor radiante fue la enfermera adscrita al servicio, lo cual sustentaba con los resultados del examen teórico práctico de la enfermera que se



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

encontraba a cargo la cual respondía al nombre de ---, personal de contrato con dos años de antigüedad, su carta de examen profesional emitida por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y cédula profesional emitida por la Secretaría de Educación Pública.

También se anexó el resumen clínico de ---, fechado con dieciséis de octubre de dos mil trece y signado por --- y ---, médico residente y médica adscrita al Servicio de Pediatría respectivamente, por medio del cual se dio a conocer que:

Se trataba de una paciente del sexo femenino, de cuarenta y tres días de vida y estancia intrahospitalaria, hija de madre de dieciséis años de edad, producto gestal con un control prenatal irregular de cuatro consultas, refiriendo embarazo normoevolutivo con USG, el cual repostaba anhidramnios y antecedente de ruptura de membranas de ocho horas de evolución, quien nació vía vaginal vigorosa, con lanto y respiración espontánea, se calificó con apgar de 8-9 y silverman de 1-3 a los cinco minutos de nacida se decidió intubación por prematuridad y datos de dificultad respiratoria, se califica de treinta y un semanas de gestación y se le aplicó una dosis de factor surfactante terapéutico (survanta), con adecuada respuesta se decidió extubación temprana y pasó a casco cefálico, ingresó a Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), con diagnóstico de prematuridad (treinta y un semanas de gestación), síndrome de dificultad respiratoria por déficit de surfactante con peso adecuado para edad gestacional de 1600 gramos, por lo que permaneció en terapia durante seis días y curso con diagnósticos durante estancia de síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular grado 1 derecha e hiperbilirrubinemia multifactorial, se egresó de terapia pediátrica a el área de respiratorios, el día veintitrés de septiembre de dos mil trece, con tolerancia a la alimentación enteral con fórmula especial para recién nacidos prematuros y completando esquemas de antibióticos por presencia de sepsis sin germen aislado, **presenta el veintisiete de septiembre de dos mil trece, a las once horas con cuarenta y cinco minutos, quemadura en el área interior de tórax, abdomen y extremidades con una superficie corporal calculada en cuarenta por ciento de primer y segundo grado, por el sobrecalentamiento de la cuna de calor radiante, motivo por el cual se decidió el envío de la paciente a Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), para manejo inmediato con sedación analgésica y relajación en fase III de ventilación, esquema con reposición con parkland cuarenta y ocho horas e inicio de doble esquema antimicrobiano, quien fue valorada por la cirujana plástica quien realizó aseó y debridamiento quirúrgico y colocación de piel cultivada y rotación de colgajo cutáneo.**

Por lo que la evolución a la fecha había sido favorable, ya que actualmente reactiva, activa con campos pulmonares bien ventilados, sin datos de dificultad respiratoria en casco cefálico con un litro de oxígeno, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, sin soplos, abdomen blando depresible con tolerancia a la alimentación enteral, así como ganancia ponderal, continuaba con antibiótico establecido sin deterioro infectológico, **con resolución de área de quemadura en un ochenta por ciento y en un veinte por ciento continuaba con recolocación de piel cultivada, hasta la fecha sin datos de infección sobre áreas afectadas.**

Asimismo, anexó copias certificadas de los expedientes clínicos de --- y ---.

4.- Mediante oficio 04811, de fecha veinticinco de octubre de dos mil trece, se le remitieron copias certificadas de la queja con número de expediente citado al rubro al doctor ---, titular de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, solicitándole su apoyo para que se emitiera la opinión médica científica y/o dictamen pericial respecto de la actuación del personal médico y de enfermería del hospital General de Pachuca de Soto, con la finalidad de esclarecer



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

los hechos que se investigaban dentro del expediente, respecto de las quemaduras de primer y segundo grado que sufrió ---, en el área interior de tórax, abdomen y extremidades, por el sobrecalentamiento de la cuna de calor radiante en la cual se encontraba, para efecto de determinar si la atención médica, valoración, estudios, tratamientos y medicamentos que le brindaron fueron de manera correcta y apegados a las normas oficiales mexicanas e internacionales, aclarando de igual manera si existió impericia, descuido, negligencia médica y/o falta de cuidado, y a quienes eran atribuibles tales conductas por acción u omisión, destacando igualmente, si presentaría secuelas la menor en su salud, derivado de las intervenciones quirúrgicas que se le practicaron para la colocación de piel cultivada y rotación de colgajo cutáneo.

5.- El ocho de noviembre de dos mil trece, el quejoso ---, se constituyó en las oficinas de este Organismo protector de derechos humanos, para informar:

Que el lunes cuatro de noviembre de dos mil trece, siendo aproximadamente las catorce horas, dieron de alta del hospital General de Pachuca de Soto, Hidalgo, a su nieta la menor de apellidos ---, entregándosela a él y a su hija --- derivado de que supuestamente ya se encontraba mejor de salud, por lo que ese mismo día se entrevistó con el médico ---, jefe del Servicio de Pediatría, a quien le preguntó que si posteriormente el hospital General de Pachuca de Soto, Hidalgo, seguiría brindándole atención médica a la menor, quien le respondió que toda petición que quisiera realizar al hospital, la hiciera a través de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, ya que había una queja interpuesta en esa institución, por lo que firmó la alta de su menor nieta y se retiraron del lugar, asimismo informa que no pagó cantidad alguna por los servicios médicos y hospitalarios, de igual manera no le dieron los médicos indicaciones para el cuidado y atención de la recién nacida, ya que únicamente le proporcionaron dos frascos de vitaminas, motivo por el cual llevará a la bebé el diecinueve de noviembre de dos mil trece, a su correspondiente revisión al hospital General de Pachuca de Soto.

Asimismo, aportó como pruebas:

1.- Copia fotostática del certificado de nacimiento de la recién nacida.

2.- Copia fotostática simple del resumen de egreso hospitalario, de la recién nacida, en donde en el apartado del resumen de la evolución hospitalaria del paciente se asentó:

Paciente que se obtiene por vía vaginal siendo pretermito de 34 sdg con ruptura prematura de membranas de 7 horas, al nacimiento con llanto vigoroso, calificado con apgar de 8-9 y S.A 1-3, se indica intubación orotraqueal por prematurez y administración de surfactante al concluir esta, se extuba y mantiene con borboteador y fase I de ventilación.

El diez de septiembre se realiza ISG transfontanelar reortando edema y HIV Gl. A nivel metabólico requirió fototerapia por hiperbilirrubinemia secundaria a incompatibilidad a grupo. A nivel infectológico manejada con ampicilina y amikacina y más adelante con cefimine y vancomicina.

El veintisiete de septiembre de dos mil trece, se reportó con quemadura de segundo grado superficial del 40 % y tercer grado en abdomen con datos de choque, se maneja con fase III de ventilación y apoyo aminérgico.



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

El dos de octubre de dos mil trece, se le realizó cirugía para aseo quirúrgico, debridamiento, rotación, injerto cutáneo, colocación de piel cultivada.

El tres de octubre de dos mil trece, presentó paro cardiaco respiratorio que remite con maniobras avanzadas de reanimación.

El uno de noviembre de dos mil trece, presenta evolución favorable, sin complicaciones aparentes, se indicó su alta por mejoría.

3.- Copia fotostática simple de una receta médica.

4.- Copia fotostática simple del comprobante de exento respecto de la hospitalización de la recién nacida.

5.- Ocho fotografías a color de las quemaduras que sufrió la recién nacida.

6.- Mediante oficio CAMEH 033/2014, de fecha seis de febrero de dos mil catorce, el doctor ---, comisionado de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, remitió a la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, la opinión médica institucional con número de expediente 231/2013, por lo que de la evaluación pericial del expediente se encontró la siguiente secuencia de hechos relevantes:

Se trata de paciente en estado crítico agudo, con alto riesgo: recién nacida pretérmino (31 semanas de gestación), con inestabilidad térmica y respiratoria, agregándose en el primer día de vida el diagnóstico de sepsis temprana sin germen aislado, en el segundo día de vida, incompatibilidad a grupo ABO y hemorragia intraventricular derecha grado I. Por lo tanto requirió de cuidados especializados. Fue ingresada correctamente y de acuerdo a criterios establecidos a un área de cuidados intensivos de pediatría; neonatología.

Paciente que por sus características necesitó de cuidados de alta complejidad con atención especializada, en un área de atención específica e individualizada, con apoyo de equipos biomédicos de tecnología avanzada y personal de enfermería capacitado en la rama correspondiente. Siendo el nivel que le concernía para su atención lo que se denomina enfermera especialista en pediatría o nivel V.

La indicación en su manejo de la utilización de cuna térmica está totalmente justificada ya que se trató de una recién nacida pre-término con problemas de termorregulación.

La evolución de la paciente durante los primeros 19 días de vida fue hacia la mejoría, estando para ese momento ya sin dependencia suplementaria de oxígeno, con suspensión de antibióticos, con incremento ponderal e incremento de la vía oral.

A los 20 días de vida, estando la paciente en la cuna térmica de calor radiante (dispositivo médico), se presentó evento adverso consistente en quemaduras en el 40% de superficie corporal de primer y segundo grado en tórax, abdomen y piernas; y hasta de tercer grado con una lesión circular en epigastrio de 4 centímetro por 3 centímetros que abarcó hasta debajo de aponeurosis y que ameritó desbridamiento y aplicación de colgajo.

Como primer paso en el proceso de análisis corresponde hacer la asociación cuna térmica/quemadura (aclarando que no se contó con ninguna documental del equipo médico, ni de la reconstrucción de hechos), luego entonces estaríamos hablando de un caso de quemadura térmica, cuyo agente físico es el calor radiante.

La nota médica que hacía referencia al incidente adverso mencionó; que la causa de la quemadura fue por alta temperatura por falla en la cuna térmica y falta de



vigilancia. En el análisis de esta nota arrojaron solo datos objetivos al alcance que son los siguientes:

1.- La cuna térmica de calor radiante, es un dispositivo médico que efectivamente contempla como uno de los riesgos en su uso la hipertermia extrema que puede llevar a consecuencias fatales. Sin embargo no se contó con ningún documento objetivo de este dispositivo.

2.- Respecto al personal de enfermería asignado al cuidado de la paciente en el momento de presentarse el evento adverso, se encontró que no tiene el perfil para las funciones a desempeñar, ya que se trata de una enfermera general (licenciada en enfermería) que por ser nivel IV, no cubría las competencias necesarias como era la realización de intervenciones especializadas emanadas del plan de cuidado (...).

Considerando lo anterior la falta de deber de cuidado del personal de enfermería (perfil IV) a cargo de la paciente en el momento de presentarse el evento adverso, no le era exigible por dicho perfil y por obediencia jerárquica. Sin embargo no se podía dejarse de lado el incumplimiento con las normas de orden técnico en material laboral en el ámbito específico de su competencia como son: detectar, avisar y pedir ayuda respecto de la alarma en un signo vital básico como era la temperatura, y los datos clínicos sobresalientes que da la hipertermia.

3.- Coadyuvando al punto previo era necesario mencionar que son las autoridades del establecimiento de salud quienes designan al personal de acuerdo a sus competencias y perfil correspondiente, así como el proporcionar los recursos necesarios de material y equipo, verificando con oportunidad el buen funcionamiento de los mismos.

4.- A continuación, el criterio expresado en este punto era meramente subjetivo porque no se tenía a la vista la documental del dispositivo médico ni del acta de la reconstrucción de los hechos, pero debido a algunas coincidencias clínicas con este dicho relatado en un informe del hospital General de Pachuca de Soto, Hidalgo que dice; “como causa posible de la quemadura; el desprendimiento no visible del sensor al momento del baño de esponja o a la movilización de la paciente”, así como también coincidió la anotación de enfermería en medidas asistenciales que dice “baño”. De tal manera que en un intento de interpretar lo expresado anteriormente, es obligado asociarlo al tipo de lesión originada por electricidad, que clínicamente coincidiría con la lesión hasta de tercer grado que la paciente presentó en epigastrio, de forma circular con dimensiones de tres por cuatro centímetros. En ese tenor esta quemadura por electricidad, se agregaría como una segunda quemadura a la originada por calor radiante que se evidencia clínicamente por quemaduras de primer y segundo grado en el 40% de la superficie corporal en tórax, abdomen y extremidades.

En este tipo de evento “centinela” no se podía sustentar puntos específicos de lo ocurrido exclusivamente en la nota médica ni por lo expresado someramente en un informe, ya que en este tipo de acontecimientos era necesario realizar una seria y minuciosa investigación de los hechos. En este contexto, se encontraban con omisiones que impedían conocer, el cómo, el porqué y la posibilidad de ponderar el punto crítico de lo sucedido. Dentro de esas omisiones se encontraban:

a).- Expediente del dispositivo médico (cuna térmica): antecedentes, sustitución de cantidad y características de consumibles, informe de rutina del personaje de mantenimiento asignado al área el día del acontecimiento, omisión de las acciones del servicio de mantenimiento y finalmente el diagnóstico técnico de la cuna de calor radiante.

b).- Bitácora del mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo del equipo médico, así como su manual de funcionamiento y evidencia documental de capacitación al personal (obligación del jefe del servicio).

c).- Omisión del acta referente al evento adverso con: versión de cada uno de los personajes operativos involucrados en el evento (pediatra adscrito al turno donde se dan los hechos, enfermera asignada al paciente, personaje de mantenimiento que realiza rutina del servicio).

d).- Informe de jefes de servicio de pediatría y/o terapia intensiva, jefe de servicio de mantenimiento, jefe de enfermería, subdirector médico, director y resultado de



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

todas las investigaciones al respecto, que tendrían que arrojar la ponderación del punto o puntos críticos que ocasionaron el evento.

Por lo que no se contaba con elementos objetivos para determinar si se dio cumplimiento a lo obligado por la tecnovigilancia correcta.

El manejo y limitación del daño del evento adverso fue inoportuno por retardo en la instauración del tratamiento, propiciando agravamiento de la paciente; a la evidencia de la lesión, en las indicaciones médicas solo se pone un agregado en cuanto a incrementar el aporte de líquidos, sin ninguna otra indicación dirigida al manejo de la lesión y las consecuencias de la misma, hasta que inició el turno vespertino y se indica su traslado a terapia intensiva.

En cuanto a un pronóstico claro y secuelas, no se tenían estudios ni elementos para determinarlo, ya que del análisis se concluía que estando la paciente aún en manejo hospitalario y estando pendientes consulta a retinología y cardiopediatría. **Debía valorarse en forma multidisciplinaria y minuciosa tomando en cuenta todas las complicaciones que generó el evento adverso, tomando en consideración la alta posibilidad de daño neurológico.**

Para finalizar se expresó que el accidente presentado en este caso quedaba calificado como un evento adverso, específicamente un “evento centinela” definido este como: daño severo para la salud o la vida del paciente, con riesgo de muerte y de consecuencias graves, o la posibilidad de sufrirlas a futuro. Así también quedaba calificado como prevenible, en el sentido que sus causas eran conocidas y podían ser modificadas.

Por lo que se concluyó en dicha opinión médica:

Que existió incumplimiento al deber de cuidado en la atención médica brindada a la paciente ---, el veintisiete de septiembre de dos mil trece, por parte del equipo multidisciplinario, así como del establecimiento de salud, teniendo como puntos críticos:

a).- La designación del personal de enfermería sin perfil competente para el área, por parte de las autoridades correspondientes del establecimiento de salud.

b).- No obstante, la no exigibilidad de la conducta de la enfermera por su perfil, en el cuidado de enfermería de alta complejidad, sí le era exigible la detección del evento.

c).- No se tenían elementos para poder ponderar el peso de incumplimiento del servicio de mantenimiento/equipo.

7.- Mediante oficios 02290, 02291, 02292 y 02293, de fecha quince de mayo de dos mil catorce, se solicitó la presencia de la ---, ---, --- y ---, enfermera, subjefa del área de Enfermería, subdirectora del área de Enfermería y jefe del Servicio de Pediatría respectivamente, del hospital General de Pachuca de Soto, para que se constituyeran en las oficinas de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, para que rindieran su informe por comparecencia. Asimismo, al ser entregados dichos citatorios en el hospital, por el licenciado Francisco Javier Damián Alvarado, notificador adscrito a este Organismo protector de derechos humanos, la subjefa del área de Enfermería ---, le informó que no le podía recibir el citatorio dirigido para la enfermera ---, ya que



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

no laboraba en dicho nosocomio después de haberse suscitado los hechos motivo de la queja.

8.- El veintiuno de mayo de dos mil catorce, siendo las once horas se presentó en las oficinas de esta Comisión ---, subjefa del área de Enfermería del hospital General de Pachuca de Soto, para rendir su informe por comparecencia, quien declaró:

Que el día que ocurrió el suceso no se encontraba laborando, ya que había pedido un permiso, pero por la tarde le informó el supervisor de turno --- lo que había ocurrido, ya que el incidente se presentó por la mañana, asimismo ya se le había notificado a la subdirectora de enfermería, por lo que de igual forma las supervisoras de turno de los días sábado y domingo le estuvieron informando vía telefónica respecto de la evolución de la recién nacida, motivo por el cual el día lunes treinta de septiembre de dos mil trece, regresó a laborar y subió a ver a la recién nacida al tercer piso del hospital en el área de terapia intensiva, asimismo, platicó con sus compañeras para que le informaran de lo sucedido el día viernes, posteriormente entró al área de terapia intensiva y se percató que la niña se encontraba estable y sin recordar la hora, su jefa fue quien le comenzó a comentar lo que había ocurrido, quien también había estado al pendiente de la niña y de ahí se le siguió dando la atención correspondiente a la recién nacida y se estuvo al pendiente de su evolución, de igual forma, la madre de la niña le dijo que no le habían dado informes sobre la evolución de su hija, por lo que se le hizo de su conocimiento al jefe de servicio de pediatría, quien le comentó que ya se le habían dado informes al respecto tanto a la madre como al abuelo de la niña, de igual manera informó que de ninguna manera había estudiantes en las áreas de pediatría e intensiva, asimismo, su compañera --- era quien estaba a cargo de la menor el día que ocurrieron los hechos, ya que ella y otra enfermera de nombre --- estaban en la sala de respiratorios del área de Pediatría, ya que era quienes se encontraban a cargo de aproximadamente siete u ocho recién nacidos, a quienes se les preguntó en su momento si había alguna estudiante en ese momento, quienes respondieron que no, asimismo, --- le informo que siendo aproximadamente las siete horas con cuarenta y cinco minutos, esperó su ubicación para iniciar sus actividades y la subjefa de enfermeras del turno matutinito la ubicó en el área de pediatría para realizar sus funciones correspondientes, posteriormente llegó --- a su servicio y se puso de acuerdo con su compañera --- para la asignación de pacientes, iniciando sus actividades con los recién nacidos que le habían tocado a cada una y posteriormente llegó a atender a la recién nacida, por lo que refirió que comenzó a abrirla su hoja de enfermería, a tomarle y registrar sus signos vitales, posteriormente procedió a darle una limpieza y le colocó su pañal, posteriormente comenzó a realizar su hoja de registro, cuando llegó la madre de la recién nacida al área de respiratorios, quien le dijo a la enfermera --- que a la niña la veía de otro color, motivo por el cual tocó a la niña y la sintió muy caliente, por lo que le llamó a su compañera enfermera ---, quienes llamaron a un médico pediatra para que la atendiera y fue cuando se percataron que la cuna de calor radiante se encontraba muy caliente y la recién nacida tenía fiebre, se apagó la cuna y se atendió a la recién nacida, ya que eso fue lo que le hizo mención la compañera enfermera ---, asimismo, después de que el doctor la revisó, se percataron que la recién nacida tenía en el abdomen una zona muy roja, muy heritematosa por quemadura, por lo que procedieron a colocarle gasas y medicamentos, lo que se llevó un tiempo aproximado de dos horas, de igual forma le comentó que lo sucedido fue reportado inmediatamente, tanto a la encargada del servicio como a la supervisora de Enfermería, de igual forma hizo referencia la enfermera --- lo mismo que esta narrando, cuando las citaron por parte del servicio de calidad del hospital General, posteriormente la enfermera ---, se comprometió a pagar los gastos que surgieran del incidente, pero dichos gastos los absorbió el hospital y nunca se le pidió dinero a ella y con respecto al área de enfermería le dieron la correspondiente atención hasta que dieron de alta a la recién nacida, por último agregó que las enfermeras que se encontraban en las áreas de Pediatría, Unidad de Cuidados



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

Intensivos Neonatales (UCIN) y Unidad de Terapia Intermedia Neonatal (UTIN), dado que se contaba con personal de enfermería con nivel académico de licenciadas en enfermería, enfermeras pediatras y enfermeras neonatólogas, motivo por el cual no había estudiantes como hizo mención la mamá de la recién nacida.

Ese mismo día, siendo las trece horas con treinta minutos, compareció ---, subdirectora del área de Enfermería del hospital General de Pachuca de Soto, quien declaró:

Que el veintisiete de septiembre de dos mil trece, en el transcurso de la mañana se le notificó que la recién nacida, se había quemado con un sensor de la cuna de calor radiante, en ese momento subió al servicio de Pediatría en el área de Respiratorios y en ese momento se encontraban los pediatras dándole tratamiento a la recién nacida, percatándose de que su estado de salud era delicado por ser un recién nacido pre término, al día siguiente se entrevistó con las enfermeras asignadas a ese servicio, la licenciada en enfermería ---, personal de contrato de la institución y la enfermera neonatóloga ---, personal de base, ellas le explicaron lo sucedido, la enfermera --- era quien estaba atendiendo a la recién nacida, aproximadamente a las ocho horas con treinta minutos le estaba proporcionando el baño en la cuna, procedimiento que así se realiza por la prematurez de la recién nacida, sin percatarse que el sensor de la cuna se había desprendido de la piel de la recién nacida y al hacer contacto con la ropa húmeda se elevó la temperatura de la cuna y en ese momento la recién nacida presentó llanto fuerte por lo que ella se dio cuenta de lo que había sucedido, inmediatamente, le avisó a su compañera y solicita la asistencia de los médicos pediatras proporcionándole la atención de inmediato y pasó a la sala de Terapia Intensiva Neonatal, para continuar su tratamiento de la quemadura originada. Posteriormente, se reunieron los responsables del comité de Calidad del hospital, para comentar las estrategias del manejo de la recién nacida, acordando que permanecería en la Unidad de Cuidados Intensivos, atendida exclusivamente por una enfermera por turno, que quien daría informes de su estado de salud de la recién nacida sería el jefe de servicio doctor --- y que el hospital absorbería todos los gastos necesarios hasta la recuperación de la recién nacida, incluyendo el trasplante de piel, después de esa reunión se generaron tres o cuatro reuniones más para valorar las estrategias necesarias y en relación con la enfermera involucrada se realizó acta administrativa para la rescisión de su contrato, aunque se aclara que no era negligencia sino un accidente de trabajo.

9.- Mediante oficios 024 19 y 02420, de fecha veintidós de mayo de dos mil catorce, se solicitó la presencia de --- y nuevamente de ---, cirujana plástica y jefe del Servicio de Pediatría respectivamente, del hospital General de Pachuca de Soto, para que se constituyeran el veintisiete de mayo de dos mil catorce, en las oficinas de esta Comisión para recabar su testimonio.

10.- El veintinueve de mayo de dos ml catorce, siendo las nueve horas, se presentó en las oficinas de este Organismo ---, cirujana plástica del hospital General de Pachuca de Soto, para recabar su declaración testimonial información testimonial en su calidad de autoridad no involucrada, quien declaró:

Que se le dio aviso del caso clínico de la paciente recién nacida el lunes treinta de septiembre de dos mil trece, ya que la niña se encontraba en el área de neonatología, quien a exploración física presentaba una quemadura de segundo grado profundo y tercer grado en la cara anterior del abdomen, a nivel de epigastrio, se valoró y se solicitó autorización de los familiares, para pasarla a



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

quirófano en veinticuatro o cuarenta y ocho horas, haciendo mención que se buscó en ese momento a los familiares de la recién nacida pero no los localizaron por parte del departamento de Trabajo Social del hospital, asimismo, se solicitó al hospital General el apoyo para la obtención de piel cultivada y así acelerar el proceso de recuperación, siendo necesario someterla a intervención quirúrgica para la exploración y resección del tejido desvitalizado, una vez obtenido el consentimiento informado y firmado de los familiares el día miércoles dos de octubre de dos mil trece, se procedió a intervenirla quirúrgicamente bajo anestesia general, realizando aseo quirúrgico, resección de piel de epigastrio la cual tenía las lesiones de tercer grado, se realizó rotación y avance de colgajos cutáneos, mas aplicación de piel cultivada (epifast), aportada por el hospital General de Pachuca de Soto, sin incidentes y accidentes, asimismo, se les dio informes a los familiares sobre el estado de salud de la paciente y el procedimiento realizado, así como el seguimiento de su evolución enfatizando claramente que no se le debería de retirar el apósito para favorecer la integración de la piel y los colgajos, se le hizo revisión cada tercer día y al séptimo día se le retiró el apósito documentando la integración total y viabilidad de los colgajos, durante su evolución, se recolocó en dos ocasiones placas de epifast, durante la curación normal en su cuna, actualmente se ha seguido el caso y la evolución de la paciente sin presentar complicaciones en el procedimiento, no había evidencia de bridas retráctiles, cicatrización patológica o alguna otra complicación, haciendo mención que durante el crecimiento de la paciente se mantendrá el seguimiento a pesar de que no se ve evidencia de secuelas que alteren el crecimiento o el funcionamiento del abdomen, asimismo, todos esos datos se les proporcionaron ampliamente a los familiares de la paciente.

Ese mismo día, siendo las diez horas, compareció ---, jefe del Servicio de Pediatría del hospital General de Pachuca de Soto, para rendir su informe por comparecencia quien declaró:

Que no se encontraba en el hospital el día de los hechos, asimismo, le llamó vía telefónica doctor --- quien estaba a cargo de la recién nacida, para comentarle que la niña había presentado una quemadura en la parte anterior del tórax y del abdomen, en ese momento le comentó que ya se había retirado la cuna de calor radiante donde había sufrido el accidente la recién nacida y que ya habían iniciado tratamiento, en ese momento le llamó al técnico que es el ingeniero --- quien es la persona que le daba el mantenimiento a las cunas de calor radiante, quien en ese momento le estaba dando mantenimiento a las cunas, informándole que la cuna ya estaba revisada la cual se encontraba en perfectas condiciones, que ya había revisado el censor de la temperatura el cual estaba bien, posteriormente el ingeniero levantó la ficha técnica de la revisión y después se la hizo llegar a su oficina, recibéndola el día lunes treinta de septiembre de dos mil trece, posteriormente se comunicó con la doctora --- quien era la médica pediatra del turno vespertino, para saber el estado de salud de la recién nacida, comentándole que su estado de salud era grave y que ya la habían ingresado al área de Terapia Intensiva de Pediatría, el día domingo se presentó a platicar con los familiares de la recién nacida, para que le informaran lo que había ocurrido y en ese momento la madre de la niña estaba molesta, quien le comentó que observó que una practicante había manipulado la cuna y que después de eso su bebé se había puesto mal, asimismo, le dijo que ella estaba aproximadamente a un metro de distancia del área del lavado en el área de respiratorios y le manifestó que como jefe de Pediatría iba a investigar lo que había sucedido, ya que no estaba permitido que practicantes manipularan a los bebés y que ya le habían comentado que la cuna de calor radiante se encontraba en buenas condiciones, que por favor levantarán su queja para que a través del Comité de Calidad se le diera seguimiento, asimismo, los primeros días del mes de octubre de dos mil trece, se reunió el Comité de Calidad, el cual presidía la doctora ---, el doctor --- que es el subdirector y el resto del personal de calidad una psicóloga y una enfermera de las cuales no recuerda sus nombres, así como la subjefa de enfermeras --- para comentar los hechos que habían sucedido el día veintinueve de septiembre de dos mil trece, a quienes les comentó primeramente que la cuna de calor radiante había sido revisada el día de los hechos y en ese momento les entregó la ficha técnica, donde se percataron que la cuna estaba bien, de igual modo la subjefa de enfermeras comentó que la enfermera que estaba a cargo del cuidado de la recién nacida no era practicante, sino enfermera de contrato y que probablemente lo que sucedió es que al momento de darle el baño de esponja a la recién nacida, se había mojado el sensor de la cuna de calor radiante y eso fue lo que disparó la temperatura de la incubadora, después trató de investigar quien era la enfermera dado que no la conocía, ya que nunca la había visto en el servicio de Pediatría y platicando con las enfermeras que estuvieron con la enfermera --- en el área de Respiratorios que eran las enfermeras --- y ---, le confirmaron que efectivamente ellas tampoco la habían visto en el servicio, motivo por el cual, mandó un oficio a la jefa de enfermeras --- el tres de octubre de dos mil trece, haciéndole mención de lo sucedido el veintisiete de septiembre de dos mil trece y solicitándole nuevamente que el personal que asigne a las áreas pediátricas y sobre todo en áreas donde se



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

manejan recién nacidos sean enfermeras pediatras o personal de enfermería con perfil para el manejo de esos pacientes, ya que de lo contrario había alto riesgo de que dichos eventos se repitieran, por otra parte viendo si se le había dado mantenimiento preventivo anteriormente a la cuna de calor radiante, fue con la ingeniera ---, quien le mostró los mantenimientos de esa cuna del dos mil doce y dos mil trece, el último del diez de mayo de dos mil trece, después platicó con la doctora Estrada quien era la cirujana plástica, para saber el tratamiento que iba a llevar a cabo con la recién nacida desde el punto de vista de la quemadura, quien le comentó que el día dos de octubre la iba a intervenir quirúrgicamente, para colocarle piel cultivada, después se mantuvo al pendiente de la atención médica brindada por los médicos pediatras adscritos al área de Terapia Intensiva, quienes en el transcurso de los días le refirieron una evolución lenta pero hacia la mejoría.

11.- Mediante oficio 02459, de fecha veintiséis de mayo de dos mil catorce, se solicitó la presencia en esta Comisión de ---, enfermera del hospital General de Pachuca de Soto, para que se constituyeran el veintisiete de mayo de dos mil catorce, en las oficinas de esta Comisión para recabar su testimonio, en calidad de autoridad no involucrada dentro de la queja, motivo por el cual se presentó en dicha fecha y declaró:

Que llegó a las ocho de la mañana a su lugar de trabajo en donde la enfermera --- le asignó a cuatro pacientes del servicio de respiratorios, por lo que inició sus labores tomándole los signos vitales a los recién nacidos, la toma de glicemia, baño y cambio de ropa de las cunas de calor radiante y en ese momento llegó su compañera ---, para atender a sus pacientes y realizarles lo mismo, posteriormente transcurrió el tiempo, debido a que tiene mucho trabajo, por lo que se percató que llegó una compañera de nombre ---, que se encontraba en el servicio de medicina interna, quien acudió a saludar a su compañera ---, la cual se encontraba en la cuna número trescientos trece, en donde estaba la recién nacida, proporcionándole al parecer cuidados y ella se encontraba atendiendo al paciente de la cuna número trescientos nueve, colocándole una sonda orogástrica, porque había presentado vómito en varias ocasiones, cuando de repente se percató que entró la mamá de la recién nacida, al área de respiratorios y escuchó que preguntó qué era lo que le estaba pasando a su niña, haciendo mención que mientras ella estaba atendiendo a su paciente no pudo ver que le ocurría en ese momento a la recién nacida, ya que ha y un muro de metal en el área de respiratorios, el cual impedía la visibilidad de donde ella se encontraba, respecto de la cuna en donde estaba la recién nacida, pero aún así le fijó la sonda a su paciente y lo colocó de cúbito lateral y de inmediato fue a ver qué pasaba y se percató que a la recién nacida se le veía todo su cuerpo de color rojo y cianosis (de color morado), sialorrea (abundamiento de saliva) y con dificultad para respirar, motivo por el cual le pidió a la madre de la recién nacida que saliera del área de respiratorio y de inmediato ella le solicitó a su compañera enfermera Matilde Carrillo un casco cefálico y un borboteador, quien llegó con lo solicitado y de igual manera llegó la enfermera ---, para ver qué es lo que estaba ocurriendo, ya que ella no podía moverse y dejar a la niña ahí, por lo que las enfermeras --- y ---, le colocaron gasas con solución fisiológica en todo el cuerpo, todo eso para disminuirle la temperatura y minutos después llegó el doctor ---, quien revisó a la recién nacida, por lo que solicitó gasas con italdermol para las quemaduras que presentaba en el área del epigastrio y derivado de la emergencia no pudo percatarse que pasó con la enfermera ---, ya que únicamente pudo observar que la enfermera de nombre -- con la que estaba platicando ---, salió del área de respiratorios, asimismo llegó la enfermera --- quien fungió como supervisora ese día, a quien se le informó lo ocurrido y de igual manera la enfermera --- le llamó por teléfono celular a la otra supervisora de nombre ---, pero no se logró la comunicación con ella, pero a la entrega de turno que se realiza a las trece horas con treinta minutos, la recién nacida todavía permanecía en el área de respiratorios, por último desea agregar que cuando ocurre un evento como el que se suscitó con la recién nacida, todo el personal de enfermería tiene la obligación apoyar a las compañeras, quien a su parecer cuentan con los conocimientos teórico prácticos, ya sea en la atención de los pacientes, así como en el manejo de los aparatos electromédicos, los cuales cuentan con un manual de uso y manejo.

12.- El veintitrés de mayo de dos mil catorce, mediante oficio 02444, se le solicitó al doctor ---, director del hospital General de



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

Pachuca de Soto, que informara a esta Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, remitiera la correspondiente información, respecto de la situación laboral de la enfermera ---, quien el veintiocho de mayo de dos mil catorce, mediante el oficio JHG/383/2014, por medio del cual informó que dicha información tenía que serle requerida a la licenciada ---, directora de la Dirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo.

13.- Mediante oficio 02814, de fecha seis de junio de dos mil catorce, se le solicitó a la licenciada ---, titular de la Dirección de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud, remitiera a este Organismo la correspondiente documentación por medio de la cual informara la situación laboral actual de la licenciada en enfermería ---, quien se encontraba adscrita a la Secretaría de Salud del Estado, dado que tenía la calidad de autoridad involucrada dentro del expediente, quien el once de junio del presente año, mediante el oficio 12000, informó que ---, se encontraba adscrita a la dirección General de los Servicios de Salud en el Estado de Hidalgo, pero el quince de junio de dos mil catorce, presentó su renuncia voluntaria la cual dirigió al licenciado ---, secretario de Salud y director general de los Servicios de Salud en el Estado.

14.- Mediante oficio 02815, de fecha seis de junio de dos mil catorce, se le solicitó a la ingeniera ---, coordinadora de Proyectos del hospital General de Pachuca de Soto, enviara a esta Comisión la correspondiente documentación del mantenimiento preventivo y correctivo realizado a la cuna de calor radiante marca Thesa, modelo Tonalli 1SD, serie TSD0522014, con número de inventario I450600102-193, dentro de la cual se encontraba la recién nacida ---, quien sufrió quemaduras en su cuerpo el veintisiete de septiembre de dos mil trece, en el área de respiratorios del hospital General de Pachuca de Soto, quien el diez de junio de dos mil catorce, mediante un oficio sin número, informó que la revisión periódica de los equipos eran por lo menos una vez al año, salvo aquellos casos en que por una falla repentina debía realizarse al momento, por lo que cuanto al equipo marca Thesa, modelo Tonalli 1SD y número de inventario I450600102- 193:

El catorce de marzo de dos mil doce, se le realizaron las siguientes actividades:

- a) Revisión general del control electrónico de calentamiento;
- b) Revisión general de fuentes de alimentación;



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

- c) Ajusto de los voltajes de corriente continua en las fuentes de alimentación;
- d) Revisión de funcionamiento en la tarjeta de medición de temperatura;
- e) Ajuste de funcionamiento en la tarjeta de medición de temperatura;
- f) Revisión de la tarjeta de control de temperatura con valores seleccionados y ajuste de la tarjeta de control de temperatura;
- g) Limpieza General;
- h) Cambio de:
 - a. Dos puertas abatibles laterales, una puerta abatible frontal, una batería de 6 volts y un sensor de temperatura.

El diez de mayo de dos mil trece, al mismo equipo se le realizó mantenimiento programado:

- a) Revisión de la tarjeta de control de calentamiento;
- b) Ajuste de los voltajes de la tarjeta electrónica de calentamiento;
- c) Revisión de la tarjeta de control de sobre-temperatura;
- d) Ajuste de los voltajes de la fuente de alimentación;
- e) Revisión de arnés de interconexión;
- f) Revisión de la tarjeta de potencia del calefactor;
- g) Revisión del calefactor de cuarzo y aislantes de suspensión;
- h) Revisión de focos indicadores visuales en el display;
- i) Revisión de pruebas de acrílico laterales, frontal y de cabecera;
- j) retoque de pintura en partes oxidadas;
- k) Ajuste mecánico de la plataforma de posiciones;
- l) Limpieza de ruedas de desplazamiento;
- m) Cambio de:
 - a. Foco de inspección y revisión de control de encendido;
 - b. Pantalla de display;
 - c. Botones táctiles de selección de parámetro de trabajo;
 - d. Sensor de paciente (sensor de temperatura).

Por lo que en virtud del evento adverso presentado a la recién nacida, el jefe del Servicio de Pediatría solicitó una revisión extraordinaria al quipo efectuándose:

El veintisiete de septiembre de dos mil trece, realizándosele lo siguiente:

- a) Se encendió la cuna y su sistema de auto prueba lo hizo de forma correcta;
- b) Se probó la calefacción en modo manual y las selecciones se ejecutaron bien;
- c) Se probó el modo de servocontrol con el sensor de piel y este modo actuó controlando correctamente la temperatura;
- d) Se dejó a la cuna trabajando por un lapso de treinta y cinco minutos en modo de servocontrol y mantuvo controlada la temperatura en treinta y seis grados centígrados.

Concluyéndose que el equipo se encontraba funcionando correctamente y para constancia de lo anterior, adjuntó en copias fotostáticas simples la orden de servicio de fecha catorce de marzo de dos mil doce, suscrita por --- del servicio, por la ingeniera ---, titular del área de Proyectos y por el ingeniero --- personal de la empresa Conservación Múltiple; orden de servicio número 3222 de fecha diez de mayo de dos mil trece, emitida por la empresa Electrofam y suscrita por su representante ---; y de un documento de fecha veintisiete de septiembre de



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

**dos mil trece, suscrito por --- en representación de la Empresa
Electrofam.**

15.- Mediante oficio 02818, de fecha seis de junio de dos mil catorce, se le solicitó a la doctora ---, informara a esta Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, respecto de la queja iniciada en el área de Calidad del hospital General de Pachuca de Soto, por --- y/o ---, por las quemaduras que sufrió la recién nacida ---, dentro de una cuna de calor radiante en el área de respiratorios de dicho hospital el veintisiete de septiembre de dos mil trece, quien el doce de junio del presente año, mediante un oficio sin número, informó que:

El treinta de septiembre de dos mil trece, se recibió la queja por parte de o ---, asignándole el registro Q-256, en la cual narraba lo sucedido y para atender dicha queja, el mismo día se convocó a una reunión a las diez horas, asistiendo el doctor ---, jefe del Servicio de Pediatría; la enfermera ---, subjefa de enfermeras; el doctor ---, subdirector médico; la enfermera ---, enlace de Calidad de Enfermería; la psicóloga ---, enlace de Calidad y la suscrita doctora ---, directora de Calidad, Gestión y Administración Hospitalaria y se adoptaron los siguientes acuerdos:

- a) El jefe del Servicio de Pediatría daría seguimiento a lo referente a la cuna;
- b) El área de Calidad, obtendría la ratificación de la queja;
- c) La Jefatura de Enfermería, citarían a la enfermera que atendió a la recién nacida para el día primero de octubre de dos mil trece, a las diez horas;

Posteriormente, se llevó a cabo una segunda reunión el primero de octubre de dos mil trece, acudiendo la enfermera ---; la enfermera ---, subjefa de enfermeras; la psicóloga ---, enlace de Calidad y la suscrita doctora ---, directora de Calidad, Gestión y Administración Hospitalaria, tomándose los siguientes acuerdos:

- a) La enfermera ---, entregaría por escrito a la Dirección de Calidad la versión de los hechos respecto de la atención de la recién nacida ---.
- b) La Dirección buscaría a la mamá de la recién nacida, para darle a conocer que el personal que había atendido a su hija no era estudiantil, sino personal titulado adscrito al hospital General de Pachuca de Soto.

Ese mismo día, a las once horas se buscó a la mamá de la recién nacida y no se encontró en la hora de la recién nacida, motivo por el cual a las practicantes de psicología que se encontraban asignadas al área de calidad en el turno vespertino, se les solicitó que la buscaran en ese turno para solicitarle su presencia el dos de octubre a las doce horas, en el área de Calidad, con el propósito de informarle sobre el seguimiento de su queja, pero nuevamente no se encontró a la mamá, por lo que la información se les brindó a los abuelos maternos.

El dos de octubre de dos mil trece, a las ocho horas con treinta minutos la enlace de calidad de enfermería ---, se entrevistó con la mamá de la recién nacida y se le reiteró la cita para las doce horas, pero no acudió, en virtud de lo anterior, a las catorce horas con cuarenta minutos de ese mismo día, la enlace de Calidad, psicóloga ---, realizó llamada telefónica a los números, 999999999 y 999999999, pero no se obtuvo respuesta. A las dieciséis horas, el abuelo materno de la recién nacida de nombre ---, se presentó en el área de calidad para ratificar lo afirmado por la mamá de la recién nacida en el escrito de queja, quien manifestó que su hija no se había presentado a ratificar la queja porque se le olvidó.



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

Ese mismo día el jefe de servicio de pediatría hizo llegar al área de calidad una copia del reporte de mantenimiento y funcionamiento de la cuna de calor radiante, documento en que se describió el buen funcionamiento de la cuna.

Con fecha tres de octubre de dos mil trece, se había recibido un documento por la enfermera ---, personal adscrito al servicio de pediatría, por medio del cual narró los hechos ocurridos el veintisiete de septiembre de dos mil trece. Ese mismo día se buscó nuevamente a la mamá de la recién nacida, con la finalidad de darle a conocer los resultados del seguimiento de la queja, haciendo mención el señor ---, que por cuestiones de salud no asistiría a la cita, y fue hasta el cuatro de octubre de dos mil trece, que la quejosa --- ratificó la queja.

A partir de que se tuvo conocimiento del evento adverso ocurrido a la recién nacida, se coordinaron actividades con las Subdirecciones Médica y de Enfermería con la Jefatura del Servicio de Pediatría y con la propia Dirección de Calidad, para ofrecer los medios disponibles para la atención de la recién nacida, asimismo, el Servicio de Pediatría informó sobre la evolución favorable de la menor, de igual forma, el jefe de servicio le informó al abuelo y a la mamá de la recién nacida sobre su evolución.

Ante el suceso ocurrido se efectuaron reuniones para la toma de acciones inmediatas para salvaguardar a la recién nacida y para evitar la repetición de ese tipo de sucesos.

Ese tipo de errores daba como consecuencia un evento adverso, es decir, era un incidente desfavorable que ocurría directamente asociado a la prestación de la atención médica y que daba como consecuencia lesiones iatropatogénicas.

Adjuntó al oficio, copias fotostáticas simples de:

1) Escrito de queja de fecha veintisiete de septiembre de dos mil trece, suscrito por ---, con número de folio Q-256;

2) Acuerdos de la reunión por la queja de la recién nacida ---, de fecha treinta de septiembre de dos mil trece;

3) Minuta de reunión de seguimiento de queja número 256, del uno de octubre de dos mil trece;

4) Ratificación de la queja suscrita por ---, de fecha dos de octubre de dos mil trece;

5) Escrito firmado por la enfermera ---, de fecha tres de octubre de dos mil trece, por medio del cual informó:

(...) que el veintisiete de septiembre de dos mil trece, ingresó al Servicio de Pediatría en el área de respiratorios a las ocho horas con veinticinco minutos, asignándole a su cargo cuatro pacientes con diferente patología, los cuales ameritaban cuidados específicos que inició de inmediato, haciendo mención de las actividades realizadas:

1.- Medición y valoración de signos vitales, finalizando a las ocho horas con cuarenta minutos;

2.- Verificó la dieta iniciada e inició a dar fórmulas finalizando a la nueve horas con treinta minutos;

3.- Administró y ministro farmacoterapia de acuerdo a indicaciones médicas finalizando a las nueve horas con cuarenta y cinco minutos;



4.- Comenzó con el aseo general, consistente en baños de esponja y de tarja, sí como asepsia y antisepsia de cunas de calor radiante, por lo que cuando le tocó darle el baño a la recién nacida ---, reparó el equipo, material y área física, por lo que comenzó retirándole el pañal a la recién nacida, motivo por el cual el sensor no fue necesario retirarlo, dado que era un baño de esponja, por lo que comenzó con el lavado gentil de cabeza y secado, procediendo a la utilización de esponja la cual humedeció lo necesario y talló gentilmente su cuerpo, nuevamente humedeció la esponja para el retiro de jabón y prosiguió a secarla, cambió el pañal e hidrató su piel con crema de la siguiente manera realizó asepsia y antisepsia de cuna térmica y posteriormente cambió la ropa de la cuna, colocando a la recién nacida en posición dorsal con rossier, después se dirigió al cuarto de baño de las diez horas con cuarenta y cinco minutos a las once horas, para seguir con el llenado de la hoja de enfermería de las once a las horas a las once horas con cinco minutos, percatándose que la recién nacida presentaba una coloración cianótica, rubicunda e hipoactiva, por lo que en ese momento iba entrando la madre de la recién nacida, quien mencionó que su bebé no tenía buena coloración, por lo que una vez que se percató de la situación, la primer medida que tomó fue recurrir inmediatamente por el equipo necesario para la aspiración de secreciones, y suministro de oxígeno, asimismo se colocaron gasas húmedas en el cuerpo de la recién nacida, se le administró solución salina y aplicación de lubricina en el cuerpo de la recién nacida para hidratar su piel, apoyándola en dicho suceso sus compañeras de trabajo, haciendo referencia que durante los dos años que llevaba laborando, había rotado por todos los servicios con los que contaba el hospital, incluyendo el área de Pediatría y nunca había tenido problema alguno siendo esta la primera vez.

6) Ratificación de la queja suscrita por --- de fecha cuatro de octubre de dos mil trece.

16.- El quince de junio de dos mil catorce, compareció en este Organismo protector de derechos humanos, ---, abuelo materno de --- quien declaró:

Que el veintidós de mayo de dos mil catorce, acudieron al Registro del Estrado Familiar del municipio de San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, en donde registraron a su nieta con el nombre de ---, asimismo informó que el dieciséis de enero de dos mil catorce, acudió con su hija ---, al hospital General de Pachuca de Soto, ya que tenía consulta su nieta, por lo que fue atendida por el médico de apellido ---, quien se negó a atender a la niña, ya que les mencionó que él no le había realizado la cirugía a su nieta, dado que quien la había intervenido quirúrgicamente había sido la médica ---, motivo por el cual tenía que revisarla dicha doctora, y fue en ese momento que discutió con el médico a quien le dijo que su obligación era atender a su nieta, pero le respondió a él y a su hija que eran unos mendigos perros, que no sabía agradecer, ya que la niña estaba viva gracias a él, porque había presentado quemaduras en un noventa por ciento de su cuerpo, pero le dijo que independientemente de ello tenía que revisarla y de mala gana el médico les dijo que le retiraran su ropa y únicamente medio la vio y le dijo que estaba bien. Posteriormente acudió al departamento de calidad del hospital, en donde se entrevistó con la señorita ---, a quien le hizo de su conocimiento de los malos tratos por parte del médico de apellido ---, quien minutos antes había revisado a su nieta, quien le respondió que le conseguiría una cita con la doctora ---, para que atendiera a la niña, por lo que le agendó una cita para el veinte de enero de dos mil catorce y fue cuando entonces dicha doctora revisó a su nieta, informándole que la evolución de la cirugía que se le había practicado a la niña iba bien y que posteriormente en seis meses volvería a revisarla para seguirla atendiendo, motivo por el cual el dos de julio de dos mil catorce, tenía cita con la cirujana nuevamente. Asimismo informó que su nieta ---, se encontraba muy bien de salud, mas sin embargo le preocupaba la cicatriz que le había quedado en su abdomen, de igual manera hizo de su conocimiento que los gastos económicos generados los había cubierto el Seguro Popular, del cual era beneficiaria su nieta, asimismo proporcionó copias fotostáticas simples del acta de nacimiento de su nieta, de su Clave Única de Registro de Población (CURP), de su carnet de citas médicas del hospital General de Pachuca de Soto y de su cartilla de vacunación. Por último pidió que se le elaborara un documento por medio del cual se le canalizara a la Agencia del Ministerio Público de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Hidalgo, ya que acudiría en compañía de su hija ---, para iniciar la correspondiente averiguación previa a efecto de denunciar las quemaduras que sufrió su nieta ---, el veintisiete de septiembre de dos mil trece, cuando se encontraba en una cuna de calor radiante, en el área de respiratorios del hospital General de Pachuca de Soto.

EVIDENCIAS

A).- Queja iniciada por comparecencia en las oficinas centrales de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo por a favor de su nieta, por las quemaduras que sufrió el veintisiete de septiembre de dos mil trece, cuando se encontraba en una cuna de calor radiante en el área de respiratorios del hospital General de Pachuca de Soto (fojas 3 a 6).

B).- Ratificación de la queja por parte de ---, madre de la menor --- (fojas 7 a 9).

C).- Oficio 04557, de fecha nueve de octubre de dos mil trece, por medio del cual se le notificó a los quejosos la radicación de su expediente de queja, interpuesta en contra del personal médico y de enfermería del hospital General de Pachuca de Soto (foja 10).

D).- Oficio 04558, de fecha nueve de octubre de dos mil trece, por medio del cual se le solicitó el informe de autoridad al doctor ---, director del hospital General de Pachuca de Soto (fojas 11 y 12).

E).- Oficio 001913, de fecha dieciséis de octubre de dos mil trece, por medio del cual rindió informe de autoridad el doctor ---, director del hospital General de Pachuca de Soto, al cual anexó copia certificada del expediente clínico de la menor --- (fojas 13 a 152).

F).- Oficio 04811, de fecha veinticinco de octubre de dos mil trece, por medio del cual la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, le solicitó al doctor ---, titular de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, la opinión médica, respecto de los hechos motivo del expediente de queja CDHEH-VGJ-3104-13 (foja 153).

G).- Acta circunstanciada por medio de la cual, personal jurídico de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, le tomó comparecencia y declaración al quejoso ---, quien informó que ya habían dado de alta a su nieta ---, del hospital General de Pachuca de Soto, asimismo aportó documentales y fotografías como pruebas (fojas 154 a 165).

H).- Oficio 38/2014, de fecha treinta y uno de enero de dos mil catorce, por medio del cual el doctor ---, titular de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, remitió la opinión médica con número de expediente 231/2013, a la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, respecto del expediente de queja CDHEH-VGJ- 3104-13, radicado en este Organismo protector de derechos humanos (fojas 167 a 196).

I).- Comparecencia y declaración de la enfermera ---, subjefa del área de Enfermería del hospital General de Pachuca de Soto, de fecha veintiuno de mayo de dos mil catorce (fojas 204 a 210).

J).- Comparecencia y declaración de la enfermera ---, subdirectora del área de Enfermería del hospital General de Pachuca de Soto, de fecha veintiuno de mayo de dos mil catorce (fojas 212 a 217).

K).- Comparecencia y declaración de la doctora ---, cirujana plástica adscrita al hospital General de Pachuca de Soto, de fecha veintiséis de mayo de dos mil catorce (fojas 222 a 225).

L).- Comparecencia y declaración del doctor ---, jefe del área de pediatría adscrito al hospital General de Pachuca de Soto, de fecha veintisiete de mayo de dos mil catorce (fojas 227 a 237).

M).- Comparecencia y declaración de la enfermera ---, adscrita al área de enfermería del hospital General de Pachuca de Soto, de fecha veintinueve de mayo de dos mil catorce (fojas 240 a 247).



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

N).- Previa solicitud, el diez de junio de dos mil catorce, mediante oficio, la doctora ---, directora de calidad del hospital General de Pachuca de Soto, informó a la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, respecto de la queja Q-256, iniciada por los quejosos --- y --- (fojas 251 a 265).

O).- Previa solicitud, el diez de junio de dos mil catorce, mediante oficio, la ingeniera ---, coordinadora de Proyectos del hospital General de Pachuca de Soto, informó a la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, respecto del mantenimiento preventivo y correctivo de la cuna de calor radiante en donde se encontraba la menor ---, sufriera quemaduras el veintisiete de septiembre de dos mil trece, cuando se encontraba en el área de respiratorios del hospital General de Pachuca de Soto (fojas 266 a 270).

P).- Previa solicitud, el once de junio de dos mil catorce, mediante oficio 12000, la licenciada en administración ---, directora del departamento de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo, informó a la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, respecto de la situación laboral de la enfermera --- (fojas 271 a 274).

Q).- Acta circunstanciada por medio de la cual, personal jurídico de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, el quince de junio de dos mil catorce, le tomó comparecencia y declaración al quejoso ---, quien informó que ya habían registrado a su nieta a quien le pusieron como nombre --- y apellidos ---, asimismo aportó documentales como pruebas (fojas 275 a 285).

R).- Oficio 02948, de fecha quince de junio de dos mil catorce, por medio del cual se canalizó al quejoso ---, a la Agencia del Ministerio Público de la Procuraduría General de Justicia del Estado de Hidalgo, para que iniciara su correspondiente averiguación previa por los hechos ocurridos a su menor nieta --- (foja 286).

S).- Nota periodística del Diario El Sol de Hidalgo, de fecha catorce de octubre de dos mil trece, por medio de la cual se dio a conocer lo ocurrido a la menor --- (foja 289).

VALORACIÓN JURÍDICA

I. La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, es competente en atención a lo dispuesto en los artículos 102, apartado B de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 9 bis de la Constitución Política del Estado de Hidalgo; 84, 85 y 86 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; esta Comisión es competente para conocer de la queja interpuesta por --- y ---, luego que de los hechos se presumen violaciones al derecho a violación a los derechos del niño, violación del derecho de los menores a que se proteja su integridad, lesiones, ejercicio indebido de la función pública, violaciones al derecho a la protección de la salud, negativa o inadecuada prestación de servicio público ofrecido por dependencias del sector salud y negligencia médica por parte del personal de enfermería del hospital General de Pachuca de Soto.

II. Consecuentemente y porque esta Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, debía contar con suficientes elementos de prueba y alcanzar convicción en torno a si la atención médica que se brindó en el hospital General de Pachuca de Soto, a la recién nacida ---, motivo por el cual se solicitó apoyo de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, emitiendo el veintisiete de enero de dos mil catorce, la correspondiente opinión médica el doctor ---, estableciéndose lo siguiente:

PROBLEMA PLANTEADO.

Dictaminar y/o determinar respecto de la atención médica otorgada de la Recién Nacida ---, por parte del actuar Médico adscrito al Hospital General de Pachuca de Soto, Hidalgo.

I.- ANTECEDENTES.

Recién nacida prematura de 31 semanas de gestación que es atendida en el Hospital General de Pachuca SSA en el servicio de Terapia intensiva. A los 20 días de vida sufre quemaduras de primer y segundo grado en torax, abdomen y extremidades y hasta de tercer grado en epigastrio con una lesión circular de 3 x 4 centímetros que ameritó tratamiento quirúrgico. La quemadura se presenta estando la paciente en cuna térmica, asumiendo como causa de este evento las radiaciones de dicho dispositivo médico. Al cierre de este análisis la paciente se encuentra hospitalizada.

A).- QUEJA.

27/09/13. Presentación de queja por el C. --- ante La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; en contra del personal médico y enfermería adscrito al Hospital General de Pachuca de Soto, Hidalgo, toda vez que considera que el 27/09/13 hubo negligencia médica, en la persona de la Recién Nacida ---, en el Hospital General de Pachuca de Soto, Hidalgo.

07/09/13 Llevó a su Hija --- quien cursaba la semana 30.2 de embarazo, presentó dolores de parto motivo por el cual fue ingresada al área de urgencias del Hospital General de Pachuca, de Soto, Hidalgo, donde se le informó que se le practicaría cesárea ya que presentaba trabajo de parto.

08/09/13 Aproximadamente a las 02:30 de la mañana nace la recién nacida por parto normal, sin embargo le comentaron, que la recién nacida necesitaba permanecer en la sala de terapia intensiva, en incubadora. A los seis días fue movida al área de respiratorios permaneciendo hasta el 27/09/13, fecha en que mi hija, la vió, percatándose de la presencia de dos practicantes del sexo femenino, y de que la bebé se puso de color morado por lo que de inmediato le habló a la enfermera y esta a su vez a los doctores. Después de media hora salió el Dr. ---, quien le dijo que la bebé tenía temperatura de 40° C y que solo habían logrado bajarla a 39.5° C, --- entró a ver a la bebé y se dio cuenta que la bebé tenía un casco colocado y gasas en todo el cuerpo. Posteriormente, en la visita de la tarde la bebé ya no estaba en la misma área, diciéndole que nuevamente estaba en terapia intensiva, donde la vió con gasas y pomadas en la mayor parte del cuerpo, sedada e intubada. La pediatra de la tarde le informó que la bebé presentaba quemaduras en el cuerpo como consecuencia de los 40° C de temperatura que presentó la niña y que al día siguiente iba a presentarse un cirujano plástico para determinar las quemaduras.

29/09/13 El Dr. --- Subdirector del Hospital, le solicitó que ingresara un escrito al área de calidad, para que le dieran seguimiento de lo ocurrido.

30/09/13 Le informan al papá de la bebé que le iban a realizar una revisión en quirófano, pero al día siguiente le informaron que la intervendrían el próximo miércoles, no nos solicitaron autorización para la intervención quirúrgica. A las 11 de la mañana del miércoles la Dra. ---



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

--- quien nos informó que la había intervenido. Hasta la fecha nos informan que está estable (31/09/13)

B).- ANTECEDENTES EN LA COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE HIDALGO. No existen dentro de la causa.

C).- DECLARACIONES. No existen dentro del expediente.

D).- INFORMES PERICIALES. (U otros en su caso)

30/09/13. Informe Hospital General S.S.A. Sin nombre ni firma de quien lo elabora. Síntesis. Ante el suceso ocurrido, se han realizado reuniones para la toma de acciones inmediatas para salvaguardar a la recién nacida --- y para evitar la repetición de este tipo de sucesos. Es un incidente desfavorable que ocurre directamente asociado con la prestación de la atención médica y da como consecuencia lesiones iatropatogénicas. La quemadura pudo ser ocasionada por el desprendimiento no visible del sensor al momento del baño de esponja o a la movilización de la recién nacida, cuando se hizo el cambio de sábana. En cuanto a la cuna de calor radiante se verificó el mantenimiento preventivo y el funcionamiento adecuado del equipo. Lo que da como conclusión que no fue una falla del equipo.

La queja la recibe la enfermera Alejandra Escudero de la señora ---. Se realiza reunión con el Dr. ---; Jefe de Servicio, la enfermera ---; subjefa de enfermería, la Doctora ---; Directora de Calidad, Gestión y Admisión Hospitalaria, la enfermera ---; enlace de calidad de enfermería y la Psicóloga ---; enlace de calidad. Se solicita apoyo a las practicantes de psicología del turno vespertino.

01/10/13. Las practicantes de psicología informan que no se presenta la mamá de la recién nacida en el pase de visita, se presenta el papá quien menciona que su hija tiene quemaduras por falla de la incubadora, razón por la cual la pasan a terapia intensiva muy grave. Citan a la mamá el día 02/10/13 a las 12 horas en área de calidad. Al informarle de dicha cita, manifestó molestia y deseo de que el hospital asuma las consecuencias.

02/10/13. Se recibe copia del reporte de revisión de funcionamiento de la cuna de calor radiante marca Thesa modelo Tonalli ISD, concluyendo que el equipo se encuentra funcionando correctamente y copia del mantenimiento preventivo y/o correctivo de cuna de calor radiante. La quejosa --- no asiste a la cita acordada con área de calidad. Se le localiza telefónicamente y asiste a las 16 horas su abuelo, al que se le hace ratificación de la queja y se le explica la necesidad de reiterarla con su hija ---, se convocó nuevamente al día siguiente.

03/10/13. Se recibe oficio de la Licenciada en Enfermería ----, en el que detalla sus actividades realizadas el día de las quemaduras de la recién nacida. No asiste la mamá de la recién nacida a la cita con área de calidad.

04/10/13. Se informa al Dr. --- de mantener en orden el expediente clínico. Se presentó la quejosa a las 12 horas momento en el que se entrevistó.

04/10/13. Informe. Hospital General Pachuca. En seguimiento a la queja CDHEH-VGJ-3-3104-13. Sin nombre ni firma de quien lo elabora. Síntesis. Se recibe queja el 30/09/13, se otorgó el registro Q 256. Ese mismo día se convocó a reunión con el Doctor ---, enfermera ---, Doctor ---, la Doctora ---, enfermera ---, la Psicóloga ---, se hicieron los siguientes acuerdos: el Jefe de Servicio de Pediatría realizará seguimiento a la cuna, el área de calidad ratificará la queja, la jefatura de enfermería citará a la enfermera que atendió a la recién nacida. La evolución de la menor ha sido favorable, se han proporcionado medicamentos e insumos necesarios. En ningún momento se ha negado ni ocultado el evento adverso.



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

16/10/13. Resumen clínico. Dra. ---, pediatría; Dr. ---, residente de pediatría. Síntesis. Femenina de 43 días de vida y estancia intrahospitalaria. El 27/09/13 a las 11:45 presenta quemadura en área interior de tórax, abdomen y extremidades con una superficie corporal calculada en 40% de primer a segundo grado por sobre-calentamiento de cuna de calor radiante, por lo que se envió a unidad de terapia intensiva pediátrica, para manejo con sedación, analgesia, relajación y fase III de ventilación, esquema de reposición de Parkland 48 horas, doble esquema antimicrobiano. Cirugía Plástica realiza aseo y debridamiento quirúrgico y colocación de piel cultivada y rotación de colgajo cutáneo. Evolución favorable, actualmente en caso cefálico, cardiorrespiratorio normal, tolerancia a la alimentación enteral, sin deterioro infectológico, con resolución del área de quemadura en un 80% y en un 20% continua con recolocación de piel cultivada.

16/10/13. Acta informativa. Servicios de Salud de Hidalgo. ---. Subdirectora de Enfermería. Síntesis. El Recién Nacido --- con diagnóstico de prematuridad más síndrome de dificultad respiratoria, se encontraba en cuna de calor radiante atendido por enfermeras que son parte del personal de la institución. No había ninguna practicante en el área. La enfermera que se encontraba a cargo responde al nombre de ---, con antigüedad de 2 años con cédula profesional emitida por La Secretaría de Educación Pública y egresada de La Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

E).- RESUMEN CLÍNICO.

Antecedentes heredofamiliares: abuelo con cardiopatía. Madre de 16 años, escolaridad bachillerato, vive en unión libre, ama de casa, religión católica. Padre de 19 años de escolaridad secundaria. Antecedentes perinatales: producto de gesta 1, con control pre-natal irregular de 4 consultas, embarazo normoevolutivo con ultrasonido el cual reporta anhidramnios. Antecedente de ruptura de membranas de 8 horas de evolución, nace vía vaginal por uteroinhibición fallida, vigoroso, se refiere con llanto y respiración espontánea, se califica con Apgar de 8-9 y Silverman de 1-3. A los 5 minutos se decide intubación por prematuridad y datos de dificultad respiratoria, se califica de 31 semanas de gestación, se aplica factor surfactante, con adecuada respuesta se extuba tempranamente y pasa a casco cefálico. Ingresa a UTIP (unidad de cuidados intensivos de pediatría) con diagnósticos de: prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria, peso adecuado para edad gestacional de 1600 gramos. El primer día de vida se diagnostica con sepsis temprana sin germen aislado e hiperbilirrubinemia por incompatibilidad ABO, se instala fototerapia profiláctica. En el segundo día de vida se emite el diagnóstico de hemorragia intraventricular grado I. Permanece en esta área durante 6 días y se moviliza a área de respiratorio, teniendo buena evolución hasta los 19 días de vida, presentándose el 27/09/13 a las 11:45 evento adverso consistente en quemadura en área de tórax, abdomen y extremidades con una superficie corporal calculada en 40% de primer a segundo grado por sobre-calentamiento de cuna de calor radiante, y falta de vigilancia de acuerdo a la nota médica, así como quemadura en epigastrio circular de 4 x 3 cm de hasta tercer grado, que abarcó hasta aponeurosis y que posteriormente ameritó debridamiento, rotación de colgajo cutáneo y colocación de piel cultivada. Al momento del evento, la paciente presenta estado crítico ameritando apoyo ventilatorio, sedación, analgesia, apoyo aminérgico, catalogándose como paciente muy grave con riesgo de fallas orgánicas y muerte. Es extubada electivamente el 03/10/13 pero presenta paro cardiorrespiratorio, por lo cual se reintuba durante cuatro días más. El día 11/10/03 se realiza valoración por el servicio de rehabilitación quien emite posibilidad alta de daño neurológico e inicia estimulación temprana. A los 37 días de vida se encuentra hospitalizada con estabilidad hemodinámica, fase 1 de ventilación, tolera la vía oral, heridas quirúrgicas limpias, se realiza nuevamente desbridamiento y recolocación de piel cultivada.

EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA RECIÉN NACIDA ---

DESTACAN LAS SIGUIENTES NOTAS:*(Cursiva y entre paréntesis es comentario propio en caso necesario)*

08/09/13. 2:33 horas. Historia Clínica Perinatal. Dra. ---. Síntesis. Peso 1600 gramos, sexo; femenino, talla; 45 centímetros, perímetro cefálico; 31 centímetros, perímetro abdominal; 25 centímetros, perímetro torácico 29 centímetros, segmento inferior: 18 centímetros, pie; 7 centímetros. Apgar 8-9. Silverman al minuto 1, y a los 5 minutos de 3. Capurro 31. Caput +, quejido respiratorio, tiraje y disociación, abdomen en batea, cadera no valorable, extremidades



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

con llenado capilar normal. Vitamina K; si, cloranfenicol oftálmico; si, oxígeno en nebulizador, surfactante 6.5 ml, radiografía y laboratorio en piso, solución glucosada al 10% 40 ml.

08/09/13. Hoja de identificación de recién nacido. Enfermera ---. Síntesis. Fecha de nacimiento: 08/09/13. Hora de nacimiento: 2:33 horas. Obtenido por vía vaginal.

08/09/13. Sin hora. Nota de ingreso a pediatría. Dr. (*ilegible*) Síntesis. A la exploración física se encuentra activa con quejido respiratorio, tórax con adecuada entrada y salida de aire con fase I de ventilación, abdomen blando depresible con catéter umbilical, extremidades con llenado capilar inmediato. Barlow y Ortolani negativos. Impresión diagnóstica: Recién nacido pretermino de 31 semanas de gestación, SDR (síndrome de distress respiratorio) tipo I. Se calculan líquidos a requerimiento, se solicitan biometría hemática, grupo y Rh, radiografía de tórax. Paciente bien, en espera de buena evolución.

08/09/13. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. Ayuno, solución glucosada 10%, Gluconato de Calcio, Omeprazol, peso diario.

08/09/13. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. Ayuno, solución glucosada 10%, Gluconato de Calcio, Aminofilina, Omeprazol, peso diario, vigilar patrón abdominal, casco con oxígeno a tres litros por minuto, vigilar condición ventilatoria, NPT (nutrición parenteral) 43 ml en infusión continua.

08/09/13. 12:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. Síntesis. Frecuencia cardiaca de 145 por minuto, frecuencia respiratoria 60 por minuto, temperatura 36.5° C, destrostix normal. No evacuaciones, uresis al corriente. Primeras horas de estancia hospitalaria y de vida, recién nacido pretermino hipotrófico. Síndrome de distress respiratorio por déficit de surfactante modificado por administración. Oxígeno en casco con nebulizador, hay quejido inconstante, en espera de control radiológico para valorar dosis de surfactante, control gasométrico con equilibrio y normoxemia, no hay peristalsis, discreta distensión, se inicia NPT. Neurologicamente hipoactiva, reactiva a estímulos externos. Condiciones aun graves, pronóstico reservado, riesgo de sepsis, choque, muerte, CID.

08/09/13. 22:00 horas. Nota de evolución. Dra. ---. Síntesis. Un día de vida. Frecuencia cardiaca 160 por minuto, frecuencia respiratoria 48 por minuto, temperatura 36.5° C, balance 20+, uresis 2.2 ml/k/hr. Destrostix 108 mg/dl, fase I de ventilación, 90% de oximetría de pulso, con tiraje intercostal y disociación toracoabdominal, adecuada entrada y salida de aire, ruidos cardiacos rítmicos e intensos, abdomen blando, depresible. Debido a la presencia de leucopenia se inicia antimicrobianos.

08/09/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dra. ---. Dra. ----. Síntesis. Ampicilina, Amikacina, tomar hemocultivo.

09/09/13. Indicaciones médicas. Dr. ---. Dr. ---. Síntesis. Ayuno, NPT, Omeprazol, Aminofilina, Amikacina, Ampicilina, destrostix, oxígeno con casco 3 litros por minuto, monitor continuo.

09/09/13. 10:45 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. Fototerapia continua con protección ocular, regresar a puritan (nebulizador) continuo 98% oxígeno.

09/09/13. 11:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. Dr. --- R3P (residente 3er año de pediatría). Síntesis. Dos días de vida. Recién nacida de 34.2 semanas corregidas (revalorada), probable síndrome de mala adaptación pulmonar con riesgo de infección por maniobras invasivas. Fase I de ventilación, saturación de 92% por oximetría de pulso. Hemodinámico estable con ligero tinte icterico. Silverman de II por retracción xifoidea..*ilegible*..se pasa a barboteador, normoglicemia. Se inicia fototerapia profiláctica. Abdomen blando depresible, sin deterioro neurológico hipoactiva, reactiva. Se solicita ultrasonido transfontanelar, fontanela anterior normotensa. Se retira catéter umbilical. Delicada con pronóstico reservado. Se tomará posteriormente control de bilirrubinas.

09/09/13. 15:15 horas. Dra. Ortega. Síntesis. LM "sic" o FEPP "sic" al 16% 2 ml cada tres horas tf y tr "sic"



09/09/13. 15:58 horas. Nota de evolución. Dra. ---; cédula profesional 5638225. R3P Pichardo. Síntesis. Diagnósticos de: recién nacida pretermino, 31 semanas de gestación, PBEG "sic", SDR (síndrome de distress respiratorios) tipo I, sepsis temprana sin germen aislado. Frecuencia cardiaca 144 por minuto, frecuencia respiratoria 48/60 por minuto, temperatura 36.5°C, balance hídrico 11.5 -, uresis 3.2. Adecuada oximetría, campos pulmonares bien ventilados. Silverman de II, llenado capilar de dos segundos, precordio normodinámica, peristalsis disminuida con reporte de gasto fecal, normoglicemia. Grave con dificultad respiratoria, riesgo de deterioro. Radiografía con 8EIC "sic" sin broncograma.

09/09/13. 20:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. R3P Pichardo. Síntesis. Tolerar tomas de 2 ml, uresis y excretas presentes, signos vitales normales. Fase I de ventilación, oximetría de pulso de 95%. Discreto tinte icterico bajo luminoterapia. Fase I, con puritan 60%. Silverman II, campos pulmonares ventilados. Con apoyo de NPT, abdomen blando, depresible con peristalsis. Neurológico: hipoactiva reactiva, sin movimientos anormales.

09/09/13. 20:05 horas. Nota. Dr. ---. R3P Pichardo. Síntesis. Femenina de 42 horas de vida extrauterina, que nace por vía vaginal con ruptura de membranas de 18 horas de evolución, anhidramnios, Apgar 8-9, Silverman 1/3, leucopenia, plaquetas normales. La radiografía de mala técnica pero no apoya SDR, dudoso infiltrado en hemitórax derecho, hemitórax izquierdo no valorable. El cuadro pudiera corresponder más a una neumonía que a SDR.

10/09/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. FEPP "sic" al 10%, tomas de 2 ml tf y tr "sic", Omeprazol, Metoclopramida, Aminofilina, Amikacina, ultrasonido transfontanelar, casco puritan FIO2 80%, monitor continuo, peso diario, doble fototerapia continua con protección ocular, destrostix cada 8 horas.

10/09/13. 11:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. R3P Pichardo. Síntesis. Tres días de vida. Peso 1450 gramos, frecuencia cardiaca de 150 por minuto, frecuencia respiratoria de 48 por minuto temperatura 37° C. Fase I ventilación, con nebulizador continuo FIO2 80% oximetría de pulso 96%, campos pulmonares ventilados, Silverman de II por retracción xifoidea y tiros intercostales, hiperbilirrubinemia secundaria a incompatibilidad a grupo ABO. Tinte icterico Kramer II, bajo fototerapia, abdomen blando, depresible, peristalsis presente. Sin datos de respuesta inflamatoria sistémica. Neurologicamente hipoactiva, reactiva, sin movimientos anormales fontanela anterior normotensa. Sin deterioro, se solicita ultrasonido transfontanelar y radiografía de tórax. Se reporta Combs directo negativo, bilis de ayer en 12.1, aún en rangos de fototerapia. Se indica doble fototerapia por riesgo de exanguineotransfusión.

10/09/13. 16:45 horas. Nota de evolución. Dra. ---. R3P Pichardo. Síntesis. Signos vitales normales, tolera sus 2 ml. Hemodinámicamente estable, tinte icterico Kramer II, bajo fototerapia, normohidratada, fase I de ventilación puritan con FIO2 40%, campos pulmonares ventilados, oximetría de pulso adecuada. Silverman II por retracción xifoidea y tiros intercostales. Normogluцемia. Abdomen blando, depresible con peristalsis presente. El día de hoy reporta el ultrasonido transfontanelar: hemorragia intraventricular grado I derecha. Por el momento sin deterioro neurológico, hipoactiva reactiva, sin movimientos anormales. Riesgo de deterioro neurológico.

10/09/13. 20:00 horas. Nota de evolución. Dra. ---. Síntesis. Síndrome de distress respiratorio por aplicación de surfactante. Signos vitales normales. Abdomen blando, depresible, peristalsis presente. Perímetro abdominal conservado de 24 cm. Continua con fototerapia.

11/09/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. Ayuno, sonda orogástrica a derivación, NPT, Vitamina K, Omeprazol, Aminofilina, Metoclopramida, Ampicilina, Amikacina, destrostix, oxígeno nebulizador al 28%, fototerapia continua con protección ocular.

11/09/13. Hora ilegible. Indicaciones médicas. Dra. ---. Síntesis. Retirar nebulizador y dejar barboteador a 3 litros por minuto.

11/09/13. 11:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. R3P Pichardo. Síntesis. Peso 1460 gramos. Signos vitales normales. Fase I de ventilación, oximetría de pulso con 95%. Ictericia Kramer II, bajo fototerapia. Silverman I a II. Campos pulmonares ventilados. Ayer dos residuos de tomas consecutivas del 100% y 50% rasgos en pozo de café, por lo que se deja en ayuno, sin datos de sangrado a ningún otro nivel, se toman TP Y TPT. Abdomen blando, depresible,



peristalsis presente. Biometría hemática con mejoría de leucocitos. Neurológico sin deterioro hipoaactiva, reactiva, sin movimientos anormales. Se agregas vitamina K. Pronóstico grave.

11/09/13. 15:43 horas. Nota de evolución. Dra. ---. R3P Pichardo. Síntesis. 4 días de vida. Frecuencia cardíaca 162/165 por minuto, frecuencia respiratoria 52/60 por minuto, temperatura 36.5°C. Oximetría 96-97%, uresis de 2 ml, gasto fecal 3.4 ml, perímetro abdominal 24 cm, peristalsis presente. Campos pulmonares bien ventilados. Llenado capilar de 2 segundos. Normodinámica. Grave con riesgo de deterioro neurológico.

11/09/13. 20:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. Síntesis. Frecuencia cardíaca de 150 por minuto, frecuencia respiratoria de 58 por minuto, temperatura 36.5° C, glicemia 73 mg/dl. Tinte icterico. Campos pulmonares bien ventilados,cardiaco con ruidos rítmicos, abdomen blando, depresible, perímetro abdominal de 23 cm, peristalsis disminuida, llenado capilar de 2 segundos. Se mantiene con doble esquema de antibióticos. Continua en fototerapia con protección ocular. Pronóstico reservado.

12/09/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. Ayuno, Omeprazol, Aminofilina, Metoclopramida, Amikacina, Ampicilina, destrostix, monitor continuo, peso diario, oxígeno casco cefálico, 3 litros por minuto, fototerapia continua con protección ocular, enema evacuante.

12/09/13. 10:45 horas. Nota de evolución. Dra. ---. R3P Pichardo. Síntesis. 5 días de vida. Signos vitales normales. En ayuno médico. Balance hídrico 36 +, destrostix 105 mg/dl, fase I de ventilación, oximetría 95%. Hemodinámicamente estable, tinte icterico Kramer II, bajo luminoterapia, caso cefálico dos litros por minuto. Silverman I, campos pulmonares bien ventilados. Con apoyo de nutrición parenteral. Abdomen blando, depresible, peristalsis presente. Hipoaactiva, reactiva, sin movimientos anormales. Por el momento sin deterioro se valorará en breve reinicio de vía oral. Grave con pronóstico reservado.

12/09/13. 10:45 horas. Nota de evolución. Dra. ---. R3P Pichardo. Síntesis. En ayuno médico. Balance hídrico 16+. Signos vitales normales, destrostix 89 mg/dl, oximetría de pulso de 95%, llenado capilar 2 segundos, fase I de ventilación. Hemodinámicamente bien, tinte icterico Kramer I, bajo fototerapia. Silverman I. Campos pulmonares bien ventilados. Con apoyo de nutrición parenteral. Abdomen blando, depresible, peristalsis presente. Hipoaactiva, reactiva, sin movimientos anormales. Se toma muestra para bilirrubina de control para valorar la continuación con fototerapia. Plan: mañana reiniciará vía oral. Grave con pronóstico reservado.

12/09/13. 20:00 horas. Nota de evolución. Dra. ---. R3P Pichardo. Síntesis. Frecuencia cardíaca 160 por minuto,.....ilegible oximetría de pulso con 98%. Reactiva en fototerapia, no distensión abdominal, no movimientos anormales.

13/09/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. Cuatepotzo. Síntesis. Previo lavado gástrico, dejar 3 ml de solución glucosada al 5%, NPT, Omeprazol, Metoclopramida, Aminofilina, Amikacina, Ampicilina, oxígeno casco 2 litros por minuto, fototerapia continua con protección ocular, monitor continuo.

13/09/13. 10:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. R3P Pichardo. Síntesis. Peso 1430 gramos + 5 gramos. Seis días de vida. Reinicia vía oral, posterior a ayuno de 48 horas. Frecuencia cardíaca 152 por minuto, frecuencia respiratoria 54 por minuto, destrostix 93 mg/dl, perímetro abdominal 23 cm, llenado capilar 2 segundos, fase I de ventilación, oximetría de pulso 96%. Hemodinámico estable, bien hidratada, tinte icterico Kramer II bajo luminoterapia. Casco con oxígeno a 2 litros por minuto. Silverman I. Campos pulmonares bien ventilados. Con apoyo de nutrición parenteral. Abdomen blando, depresible, peristalsis presente. Grave con pronóstico reservado.

13/09/13. ilegible horas. Nota de evolución. Dr. ---. R3P Pichardo. Síntesis. Tolera vía oral. Signos vitales normales, destrostix 93 mg/dl, oximetría 96%. Hemodinámico estable, tinte icterico Kramer II, bajo la luz de fototerapia, bien hidratada, campos pulmonares bien ventilados. Hipoaactiva, reactiva a estímulos, sin movimientos anormales.

13/09/13. 20:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. Síntesis. Signos vitales normales, balance hídrico 13+. Tórax con adecuada entrada y salida de aire, abdomen blando, depresible, llenado capilar inmediato. Tolera la vía oral.



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

14/09/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. LM o FEPRNPB 16 »sic« al 16, dar tomas de 4 ml cada tres horas por TF y TR »sic«, NPT, Omeprazol, Metoclopramida, Aminofilina, fototerapia con protección ocular continua.

14/09/13. 11:00 horas. Nota de evolución. Dra. --- RP (residente de pediatría) Dr. ---. Síntesis. 7 días de vida. Frecuencia cardíaca de 154 por minuto, frecuencia respiratoria de 65 por minuto, oximetría de pulso con 92%, destrostix de 100 mg/dl. Hemodinámicamente estable, con buena coloración de tegumentos, bien hidratada. Fase I de ventilación. Tolera la vía oral. Neurológico: activo, reactivo. Consideramos ultimo día con fototerapia. Su estado de salud, aún delicado con pronóstico reservado.

14/09/13. 20:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. MIP (médico interno de pregrado) ---. Síntesis. Signos vitales estables. Activa, reactiva, con adecuada coloración de tegumentos, fontanela anterior normotensa, tórax con adecuada entrada y salida de aire, abdomen blando, depresible, peristalsis permeable.

15/09/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Síntesis. LM o FERNBP al 116% tomas de 6 ml cada 3 horas por TF y TR, NPT, Omeprazol, Metoclopramida, Aminofilina, Amikacina, Ampicilina, destrostix oxígeno abocado en 2 litros por minuto.

15/09/13. 8:00 horas. Nota de evolución. Dr. --. MIP ---. Síntesis. Activa, reactiva, con adecuada coloración e hidratación de piel y tegumentos, fontanela anterior normotensa. Cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen blando, depresible, peristalsis presente. Tolera vía oral.

15/09/13. 20:00 horas. Nota de evolución. Dra. ---. MIP ---. Síntesis. 8 días de vida. Signos vitales estables. Reactiva, activa, con adecuada hidratación y coloración de tegumentos y mucosas, fontanela anterior normotensa, sin deterioro neurológico. Campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire. Abdomen blando, depresible con peristalsis presente. Tolera la vía oral.

16/09/13. 8:00 horas. Nota de evolución. Dra. ---. MIP ---. Síntesis. Nueve días. Signos vitales estables. Reactiva, activa, con adecuada hidratación y coloración de tegumentos. Cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, depresible, peristalsis presente. Tolera vía oral.

16/09/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. LM o FEPP al 16% »sic« dar 9 ml TF y TR »sic«NPT, Omeprazol, Metoclopramida, Aminofilina, suspender Fototerapia, destrostix, oxígeno abocado 1 litro por minuto.

17/09/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. LM o FERNBP al 13% »sic« dar tomas de 11 ml cada 3 horas por TF y TR »sic« NPT, Omeprazol, Aminofilina, Teofilina.

17/09/13. (Hora ilegible).Dra. ---. Síntesis. NPT infusión continua, agregar 30 ml de Abde para 24 horas.

16/09/13. 20:00 horas. Nota de evolución. MIP --. Síntesis. Reactiva, con buena coloración de piel y tegumentos. Cardiopulmonar normal, abdomen normal. Tolera vía oral.

17/09/13. 12:00 hora. Nota de evolución. Dr. --. Dra. ---. Síntesis. Reactiva, activa, hidratada, coloración adecuada, cardiopulmonar sin compromiso. Abdomen normal. En espera de ganancia ponderal, tolera tomas, así como incremento de las mismas. Manejada con nutrición parenteral parcial, con incrementos graduales. Hoy 1450 gramos, disminución de peso de 50 gramos. Sin tratamiento antimicrobiano.

17/09/13. 18:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. Dra. ---. Síntesis. Signos vitales normales. Se encuentra con reactividad, coloración adecuada, buena hidratación. Cardiopulmonar sin compromiso. Abdomen blando, depresible, peristalsis presente. Paciente con incremento ponderal. Continua con manejo antimicrobiano, solo a base de procinetico y teofilina.

18/09/13. 00:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---; pediatra neonatólogo. Dra. ---. Síntesis. Diez días de vida. Recién nacida pretérmino de 31 semanas de gestación/32



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

semanas de gestación corregidas, crecimiento y desarrollo, sepsis sin germen aislado, remitido. Reactiva, activa, hidratación y coloración normal, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, depresible, peristalsis presente. Se incrementan tomas con la vía oral en 70 ml/kg/día, así como disminución de nutrición parenteral. No ha presentado hiperglicemias. Estado de salud delicado.

18/09/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. LM o FERNPB por TF y TR, NPT »sic» Teofilina.

18/09/13. 10:00 horas. Nota de evolución. Dr ---. Dra. ---. Síntesis. Frecuencia cardiaca 130 por minuto, frecuencia respiratoria 40 por minuto, eutermica, uresis y evacuaciones presentes, se encuentra con drenaje biliar por sonda orogástrica. Reactiva, activa, coloración adecuada, buena hidratación. Campos pulmonares bien ventilados. Abdomen sin distensión, peristalsis disminuida. Llenado capilar inmediato. Cordón limpio. No ha presentado datos de respuesta inflamatoria sistémica. Continua en ayuno hasta mejorar condiciones abdominales. Grave con pronóstico reservado.

18/09/13. 13:30 horas. Indicaciones médicas. Dra. ---. Síntesis. Ayuno con sonda orogástrica a derivación, Cefepime, Vancomicina, retirar catéter umbilical, hemocultivo central y periférico, BHC, PCR »sic» al canalizar vena periférica solución glucosada 10%, fisiológica 0.9%, KCL, Vitamina K, Omeprazol, Teofilina,

18/09/13. 16:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---; Síntesis. Frecuencia cardiaca de 160 por minuto, frecuencia respiratoria de 60 por minuto, perímetro abdominal de 25 cm, con incremento. Se encuentra reactiva, coloración adecuada. Campos pulmonares bien ventilados, con incremento de perímetro abdominal y dibujo de asa. Presenta desprendimiento total de cordón. Se agrega el diagnóstico de sepsis sin germen aislado, se inicia tratamiento a base de Cefepime, Vancomicina, se toma muestra para hemocultivo. Presentó intolerancia a la vía oral. Se deja en ayuno.

18/09/13. 16:50 horas. Nota de evolución. Dr. ---. MRP; Dra. ---. Síntesis. Frecuencia cardiaca 140 por minuto, frecuencia respiratoria 40 por minuto, eutermica, uresis y evacuaciones presentes. Perímetro abdominal de 23 cm, peristalsis presente, cicatriz umbilical no supurativa. Estable, sin embargo cuenta con estado séptico, por lo que se mantendrá en ayuno. Drenaje de sonda orogástrica con disminución, de características gastrobilíares.

18/09/13. 20:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---; MIP. Síntesis. Hipoactiva, reactiva, bien hidratada, buena coloración. Fontanela anterior normotensa. Cardiopulmonar sin compromiso. Paciente que cursa con respuesta inflamatoria sistémica, motivo por el cual se incrementa esquema a base de Cefepime para cubrir gérmes intra-hospitalarios gram negativos, se agrega Vancomicina para cubrir E. Aureus resistente, de manera empírica. Esperamos resultados de hemocultivo para normar conducta.

19/09/13. 8.00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. Ayuno con sonda orogástrica a derivación, soluciones glucosada al 10% y salina, Kcl, Omeprazol, Cefepime, Vancomicina, Vitamina K, Aminofilina.

19/09/13. 9:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. Suspender Vancomicina, Teicoplanina.

19/09/13. 20:00 horas. Nota de evolución. Dra. ---. MIP; Dr. ---. Síntesis. Peso 1530 gramos. Signos vitales normales. Hipoactiva, reactiva a estímulos externos. Campos pulmonares bien ventilados. Precordio normal, abdomen blando, depresible, peristalsis presente. Sonda orogástrica con disminución de drenaje con características gastro-biliares.

20/09/13. 8:00 horas. Nota de evolución. Dr ---. Síntesis. Peso 1500 gramos. Signos vitales normales. Recién nacido pretérmino de 35 semanas de gestación. Tórax con adecuada entrada y salida de aire, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, abdomen blando, depresible. Llenado capilar inmediato. Se valora la vía oral, ya que continua con sonda orogástrica. Delicada.

20/09/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Dra. ---. Síntesis. Ayuno sin sonda nasogástrica a derivación, soluciones glucosada al 10%, solución salina, Kcl, Omeprazol, Cefepime, Teicoplanina, Vitamina K, Aminofilina.



20/09/13. 18:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. MRP. Dra. ---. Síntesis. 12 días de vida. Reactiva, activa, hidratada, coloración adecuada de tegumentos. Campos pulmonares bien ventilados. Condiciones abdominales estables, sonda orogástrica sin drenaje. Mejoría clínica, sin dependencia de oxígeno complementario, por lo que se decide valorar el inicio de la vía oral. Pendiente de colocación de catéter percutáneo.

20/09/13. 20:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. MRP. Dra. --. Síntesis. Signos vitales estables, con tendencia a taquicardia y taquipnea. Campos pulmonares bien ventilados, área cardiaca sin soplos, abdomen blando, depresible. Llenado capilar inmediato. El día de mañana se valorará inicio de vía oral.

20/09/13. 0:00 horas. Nota de colocación de catéter. Dr. --. MRP. Dra. --. Síntesis. En antebrazo izquierdo se localiza vena, se introduce catéter 2 Fr 14 cm, se fija y se solicita radiografía de control.

21/09/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dra. ---. Síntesis. Ayuno sin sonda orogástrica, soluciones glucosada al 10%, concentrado de sodio al 17.7%, Kcl, gluconato de calcio, Omeprazol, Cefepime, Teicoplanina, Vitamina K, Aminofilina, destrostix.

21/09/13. 12:30 horas. Nota de evolución. Dra. ---. MIP. ---. Síntesis. Peso 1500 gramos. Trece días de vida. Frecuencia cardiaca de 152 por minuto, frecuencia respiratoria de 54 por minuto, temperatura 35.5° C. Reactivo, irritable. Buena coloración e hidratación. Campos pulmonares bien ventilados. Área cardiaca sin compromiso. Abdomen blando, depresible.

21/09/13. 8:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. MIP; Dr. ---. Síntesis. Frecuencia cardiaca 150 por minuto, frecuencia respiratoria 55 por minuto, temperatura 36° C. Neurológicamente íntegro, activa, reactiva, movilidad de las cuatro extremidades, pupilas normoreflexivas. Adecuada hidratación y coloración de tegumentos y mucosas, campos pulmonares bien ventilados, adecuado patrón respiratorio, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad. Se encuentra con nutrición parenteral. Abdomen blando, depresible sin megalias.

22/09/13. 8:00 horas. Nota de evolución. Dra. ---. MIP; Dr. ---. Síntesis. Peso 1530 gramos. Catorce días de vida. Signos vitales normales. Neurológicamente íntegro, adecuada hidratación y coloración de tegumentos. Campos pulmonares bien ventilados, adecuado patrón respiratorio. Área cardiaca sin problema. Se encuentra con nutrición parenteral, abdomen blando, depresible sin megalias.

22/09/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dra. ---. Síntesis. Ayuno, sin sonda orogástrica, soluciones glucosada al 10%, concentrado de sodio al 17.7%, gluconato de calcio, NPT, Cefepime, Aminofilina, Omeprazol. Teicoplanina, Vitamina K.

22/09/13. 20:00 horas. Nota de evolución. Dra. ---. MIP; ---. Síntesis. Signos vitales estables. Campos pulmonares bien ventilados, área cardiaca sin compromiso. Abdomen blando, depresible, peristalsis presente, llenado capilar inmediato.

23/09/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. LM o FM al 13% dar tomas de 2ml cada 3 horas por TF y TR »sic« soluciones glucosada al 10%, solución salina al 17%, Kcal, Gluconato de Calcio, NPT, Cefepime, Teicoplanina, Aminofilina, Omeprazol.

23/09/13. 12:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. MRP; Dra. ---. Síntesis. Frecuencia cardiaca 134 por minuto, frecuencia respiratoria 40 por minuto. Estado adecuado de actividad. Reactiva, activa, bien hidratada, adecuada coloración de tegumentos, campos pulmonares bien ventilados, no agregados en áreas cardiaca, abdomen blando, depresible, peristalsis presente, perímetro abdominal estable, llenado capilar inmediato. Aporte de nutrición parenteral desde el día de ayer. Se inicia hoy la vía enteral para valorar tolerancia. Controles de paraclínicos del día 20/09/13 sin índices de infección. Continuará con el mismo manejo. Ganancia ponderal de 30 gramos.

23/09/13. Nota de evolución. Dr. ---. MIP; ---. Síntesis. Signos vitales estables. Cardiopulmonar y abdomen normal. Se encuentra bajo vigilancia enteral.



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

24/09/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. LM o FM al 13%, NPT, Metoclopramida, Cefepime, Teicoplanina, Aminofilina, Omeprazol.

24/09/13. 10:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. Síntesis. Dieciséis días de vida. Signos vitales estables, con intolerancia a la vía oral. Continuará con vigilancia de condiciones abdominales, se decide continuar con estimulación enteral a 1 mililitro, se agrega procinético. Mañana último día de tratamiento antimicrobiano, ya que resultados de hemocultivo sin (*ilegible*)

24/09/13. 18:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. Dra. ---. Síntesis. Estado clínico estable. Normoglicemia. Reactiva, activa. Ha tolerado tomas con procinético. Se vigilará patrón abdominal.

25/09/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Sin nombre ni firma de médico. Síntesis. Leche deslactosada, NPT, Metoclopramida, Cefepime.

25/09/13. 10:00 horas. Nota de evolución. Dr. --. Dra. --. Síntesis. Peso 1590 gramos. Diecisiete días de vida. Frecuencia cardíaca 140 por minuto, frecuencia respiratoria 52 por minuto, eutermica. Reactiva, activa, coloración adecuada, hidratada. No dependencia de oxígeno, campos pulmonares bien ventilados, condiciones abdominales estables. Con incremento en tomas con infusión. Último día de tratamiento antimicrobiano.

25/09/13. 10:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. --. Síntesis. LM o FM al 13% »sic« NPT, Metoclopramida, Cefepime, Teicoplanina, Aminofilina, Omeprazol.

25/06/13. Sin hora. Notas de evolución vespertina. Dr. --. MRP; Dra. --. Síntesis. Al momento reactiva, activa, sin cambios en la exploración de turno previo, no ha presentado incremento en patrón abdominal. Se reporta estable, no hay datos de respuesta inflamatoria sistémica ni deterioro clínico.

25/06/13. 20:00 horas. Nota de evolución. Dr. --. MIP; Dr. --. Síntesis. Signos vitales estables, fontanela anterior normotensa, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, ruidos precordiales de buen ritmo e intensidad, abdomen blando, depresible, peristalsis presente. Continua manejo de patrón respiratorio y vigilancia de perímetro abdominal.

26/09/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. --. Síntesis. LM o FM al 13% »sic« NPT, suspender Imipemen, Teicoplanina, Metoclopramida, Teofilina, suspender Aminofilina, Omeprazol.

26/09/13. 10:00 horas. Nota de evolución. Dr. --. Dra. --. Síntesis. Dieciocho días de vida. Signos vitales estables, campos pulmonares ventilados, no dependencia suplementaria de oxígeno, buenos patrones abdominales, llenado capilar inmediato. El día de hoy último día de tratamiento antimicrobiano. Continua con incremento ponderal e incremento de la vía oral 25ml/kg día, no datos de respuesta inflamatoria sistémica.

26/09/13. 18:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. MRP; Dra. ---. Síntesis. Coloración e hidratación adecuada, clínicamente sin índices de infección. Pendiente incremento de tomas. Paraclínicos sin índices de infección.

27/09/13. 9:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. LM fortificada o FM al 13% »sic« NPT, Metoclopramida, Teofilina, Omeprazol. Ácido ursodesocólico.

27/09/13. 12:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. MRP; Dra. ---. Síntesis. Peso 1650 gramos. Paciente que se encuentra con signos vitales estables al momento, con temperatura de 37° C. Reactiva, activa, con fase 1 de ventilación, hiperemia de piel, hidratada, campos pulmonares bien ventilados, no soplos, abdomen con peristalsis disminuida. Se encuentra con abdomen hipertérmico, coloración cianótica, extremidades con pulsos distales palpables. Se encuentra paciente grave. Problemas de control térmico de (*ilegible*) dispara temperatura y por la labilidad de la piel presenta quemaduras de (*ilegible*) grado. Manejado por medios físicos (*ilegible*) se deja en ayuno, se agregan soluciones y se mantendrá en vigilancia con (*ilegible*)

27/09/13.(Hora *ilegible*) Indicaciones médicas agregadas. Dr. ---. Síntesis. Ayuno, infusión NPT.



27/09/13. 14:00 horas. Nota de envío a terapia intensiva. Dr. ---. MRP; Dra. ---. Síntesis. Motivo de envío: quemaduras de primer y segundo grado superficial. Presenta el día 27/09/13 a las 11:45 horas quemaduras de primer y segundo grado con superficie corporal de 40%, secundario a falla de una cuna de calor radiante, ya que al no contar con con vigilancia de la misma, se dispara la temperatura y provoca elevación de temperatura de la misma. Se encuentra reactiva, activa, hidratada con fomentos de (itadermol) en cara anterior de tórax, así como en brazos, piernas y mejilla. Respiraciones superficiales. Adecuada saturación. Precordio rítmico, pulsos distales débiles, llenado capilar de 2 segundos. Extremidades con buen tono muscular, con limitación de la movilidad, genitales de acuerdo a edad y sexo sin afección .

27/09/13. 14:40 horas. Indicaciones médicas. Dra. ---. Dr. ---. Síntesis. Ayuno con sonda orogástrica a derivación, suspender NPT, soluciones glucosada al 10%, salina al 0.9%, Kcl, gluconato de calcio, Teofilina, Omeprazol, Aminofilina, Nalbufina, balance hídrico y uresis por turno, destrostix, sonda vesical a derivación, monitoreo continuo, oxígeno casco 3 litros por minuto, pasar a UTIP.

27/09/13. Turno matutino. Hoja de enfermería. Enfermera ---. Anotación íntegra. Neonato activa y reactiva a estímulos externos, campos pulmonares ventilados, abdomen blando, depresible por calentamiento de cuna térmica, que ocasiona quemaduras de primero y segundo grado. Se informa al médico. Medicas asistenciales: monitorización y valoración de signos vitales, baño, higiene de cuna, farmacoterapia, prevención de cuidados »sic«. Temperaturas reportadas durante este turno son: máxima 37° C y mínima 35° C.

27/09/13. 15:47 horas. Indicaciones médicas. Dra. ---. Síntesis. Suspender Aminofilina, Nalbufina, Midazolam, monitorización continua, majenar técnica de aislamiento, colocar sonda vesical. Solución Hartmann, Dobutamina, uresis horaria.

27/09/13. 16:55 horas. Indicaciones médicas. Dra. --- Síntesis. Norepinefrina.

27/09/13. 17:4(ilegible) Nota de recepción UTIP. Dra. --- MRP ---. Síntesis. Sin apoyo de oxígeno, con palidez de tegumentos y desaturación, respiración superficial, con frecuencia cardiaca de 146 por minuto, pulsos no palpables, llenado capilar de 4-5 segundos, mala perfusión. Precordio normodinámico, uresis de 1.57 ml, abdomen con distensión con dibujo de asas, peristalsis disminuida, sin gasto fecal. Presenta quemaduras de 40% de superficie corporal. Se realiza intubación electiva, con apoyo ventilatorio, oximetría mayor a 90%, campos pulmonares bien ventilados. Se agrega sedación y analgesia ante lesiones en la piel. PO2 de gasometría venosa de 56, Ph de 7.33, gasto urinario 0.9 ml/kg/hr en 10 horas, con lactato de 6.5, se agrega apoyo aminérgico a modificar de acuerdo a respuesta. En ayuno con sonda orogástrica a derivación con drenaje lácteo. Se solicita radiografía de abdomen a valorar condiciones abdominales, se coloca sonda vesical, hiperglicemia de 243. Sin respuesta inflamatoria sistémica. Paciente grave con quemaduras de 40% de segundo grado. Se inicia esquema de reposición de Parklan. Ya valorada por cirugía plástica, con aplicación de fórmula magistral. Se inicia cobertura de antibióticos ante riesgo de infección , se toman paraclínicos de control. Muy grave.

27/09/13. 18:44 horas. Indicaciones médicas. Dra. ---. Síntesis. Concentrado eritrocitario, bicarbonato de sodio, gluconato de calcio.

27/09/13. 19:58 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. Suspender soluciones de base, solución glucosada 10%, solución salina, Kcl, gluconato de calcio, norepinefrina pendiente, destrostix cada 2 horas, Midazolam, fórmula magistral en área afectada, furosemide, biometría hemática completa, plaquetas, electrolitos, urea y creatinina.

27/09/13. 20:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. MRP; Dr. ---. Síntesis. Frecuencia cardiaca 174 por minuto, frecuencia respiratoria 70 por minuto, temperatura 37.2° C, destrostix 243 mg/dl. En ayuno médico, uresis 0.9 ml/hora, sin gasto fecal. Fase III de ventilación , oximetría de pulso 95%. Hemodinámico con apoyo aminérgico con norepinefrina/dobutamina, palidez de piel y tegumentos con áreas cubiertas, hay datos de bajo gasto, cánula ototraqueal permeable, campos pulmonares ventilados. Abdomen globoso mínima peristalsis. Se reporta previamente acidosis metabólica, se tomará control de gasometría. Muy grave. Riesgos de fallas orgánicas y muerte.



27/09/13. 21:15 horas. Nota de revisión. Dr. ---. MRP; Dr. ---. Síntesis. Hace 10 horas se identifica quemadura de aproximadamente 40% de superficie corporal total predominantemente en tórax. Abdomen y miembros pélvicos, de segundo grado superficial. Actualmente intubada con parámetros bajos, hidratada, buena ventilación bilateral, corazón sin soplos con frecuencia cardíaca de 140 por minuto, abdomen distendido con silencio abdominal, llenado capilar de 3 segundos. Laboratorio reporta hiperglicemia, creatinina en límite superior, potasio alto e hipocalcemia. La gasometría después del paso de bicarbonato ya con equilibrio ácido-base. La radiografía de tórax aparentemente normal, el abdomen con distensión de asas y edema inter-asa. Tiene ya doble antimicrobiano, aminos, líquidos altos, calcio y disminución del aporte de glucosa, pero continua prácticamente anúrica y dado su estado de hidratación indicaremos furosemide, solicitaremos control de electrolitos por la mañana, vigileremos compromiso renal, abdominal y dérmico. Actualmente muy grave.

28/09/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dra. ---. Síntesis. Solución glucosadas al 10%, solución salina 0.9%, gluconato de calcio, Omeprazol, Nalbufina, Midazolam, Cefotaxima, Dicloxacilina, Dobutamina, aislamiento estricto de contacto, balance hídrico y diuresis horaria, destrostix cada 2 horas, sonda urinaria a derivación, monitoreo continuo, mínima manipulación.

28/09/13. 12:00 horas. Nota de evolución. Dra. ---. MRP; Dr. ---. Síntesis. Diecinueve días de vida. Frecuencia cardíaca 160 por minuto, frecuencia respiratoria de 38 por minuto, temperatura 36.3° C, perímetro abdominal de 29 cm, destrostix 100 mg/dl. Se encuentra en cuna radiante, se observa hipoactiva, bajo sedación, en fase III de ventilación, sin movimientos anormales, con palidez de tegumentos y cubierta en zonas de quemadura, campos pulmonares con entrada y salida de aire, con parámetros bajos de presión, saturación arriba de 90%. Estable hemodinámicamente, uresis de 3.3 ml/kg/hora, gasto fecal de 25 ml, sin agregados en área cardíaca. Con apoyo aminérgico con Dopamina a 10, el día de ayer se transfundió concentrado eritrocitario. Evolución lenta, paciente muy grave.

28/09/13. 20:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. Dr. ---. Síntesis. Frecuencia cardíaca de 151 por minuto, frecuencia respiratoria de 47 por minuto, perímetro abdominal de 29 cm, glucosa capilar de 67 mg/dl, bajo sedación y analgesia en fase III de ventilación. Control de gasometría con alcalosis respiratoria por lo que se disminuyen parámetros del ventilados. Luce pálida. Sin datos de respuesta inflamatoria sistémica. Sonda orogástrica con drenaje de características biliares. Se mantiene con Dopamina y Dobutamina. Paciente muy grave con riesgo de falla orgánica múltiple y muerte.

29/09/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dra. ---. Síntesis. Ayuno con sonda orogástrica a derivación, soluciones glucosada al 10%, salina, Kcl, gluconato de calcio, Furosemide, Omeprazol, Nalbufina, Midazolam, Cefotaxima, Dicloxacilina, Dobutamina, glicemia por turno, aspirado gentil de secreciones.

29/09/13. Sin hora. Indicaciones agregadas. Dra. ---. Síntesis. Concentrado de sodio al 17.7%, control de electrolitos a las 3 horas de iniciada la infusión.

29/09/13. 10:00 horas. Nota de evolución. Dra. (*ilegibles*). Síntesis. Veinte días de vida y de estancia. Frecuencia cardíaca de 154 por minuto, frecuencia respiratoria 42 por minuto, saturación 94%, balance hídrico +94, uresis 4.7 ml/kg/hora. Paciente en cuna radiante, bajo efecto de sedación, hidratada, coloración adecuada, quemadura cubierta con fórmula magistral, fase III de ventilación, con parámetros bajos, llenado capilar inmediato. Se deja con Midazolam con disminución de infusión para progresar a retiro. Pendientes de valoración del estado neurológico para valorar extubación en las próximas horas. Grave con pronóstico reservado.

29/09/13. 14:00 horas. Nota agregada. Dra. ---. Dra. ---. Síntesis. Se inicia corrección de sodio (llevar a 134 meq/l) tiene 125 meq/l.

29/09/13. 22:40 horas. Nota de evolución. Dra. ---. Dra. ---. Síntesis. Frecuencia cardíaca 152 por minuto, frecuencia respiratoria 30 por minuto, eutérmica, saturando al 96% por oximetría de pulso, uresis media horaria de 10.6 ml. Fase III de ventilación, con parámetros en descenso, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, cánula orotraqueal permeable, tórax y abdomen con curación con fórmula magistral y apósitos estériles, perímetro abdominal de 28 cm, no evacuaciones. Se encuentra en corrección de sodio por hiponatremia debido a uresis altas y balance negativo a pesar de aporte de líquidos. Se reporta grave.



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

29/09/13. 22:50 horas. Indicaciones médicas. Dra. ---. Síntesis. Tomar química sanguínea y electrolitos, mantener eutermia en cuna radiante, control de gasometría arterial, manejo dinámico del ventilador.

30/09/13. 6:30 horas. Indicaciones agregadas. Dra. ---. Síntesis. Suspender soluciones anteriores, continuar con soluciones glucosada al 10%, salina, Kcl, gluconato de calcio, continuar corrección de sodio, vigilar patrón ventilatorio.

30/09/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. Soluciones glucosada 10%, salina 0.9%. Kcl, gluconato de calcio, Omeprazol, Nalbufina, Midazolam, Cefepime, Vancomicina, , monitor continuo, fórmula magistral, aspiración por circuito cerrado, continuar corrección de sodio, revisión por cirugía reconstructiva.

30/09/13. 11:15 horas. Nota de evolución. Dr. ---. Dr. ---. Síntesis. 21 días de vida. En ayuno. Signos vitales (*ilegibles*) fase III de ventilación. Peso (*ilegible*). Sin datos de bajo riesgo o congestión, ligera palidez de piel y tegumentos, con zonas de quemaduras en extremidades, abdomen y tronco eritematosas cubiertas. Campos pulmonares bien ventilados. Con corrección aguda de sodio, con hipo-osmolaridad, abdomen blando, depresible, peristalsis disminuida, sin datos clínicos de respuesta inflamatoria sistémica. Se cambia manejo antimicrobiano por plaquetopenia persistente en 2 biometrias hemáticas y leucocitosis. Neurológico; se suspende Midazolam, no ha presentado movimientos anormales, hipoactiva, hiporeactiva. Se solicita valoración por cirugía plástica.

30/09/13. 15:25 horas. Valoración por cirugía plástica reconstructiva. Dra. ---. Síntesis. Quemaduras por calor radiante 40% de superficie corporal de 3 días de evolución. Localmente presenta lesiones no valorables en cuanto a profundidad en miembros torácicos y tórax por presencia de crema, sin embargo se aprecia epitelización incipiente, anivel de tórax y abdomen (epigastrio presenta lesión circular, con epidermolisis profunda, en formación de escara por lesión de tercer grado). Se solicitan preoperatorios, continuará con manejo a base de Italdermol y se pasará a aseo mecánico el próximo miércoles, una vez delimitada la lesión y durante el transoperatorio se decidirá de acuerdo a hallazgos la colocación temprana de injertos cutáneos o evolución conservadora.

30/09/13. 15:47 horas. Indicaciones médicas. Dra. ---. Síntesis. Suspender soluciones anteriores, soluciones glucosada al 10%, solución al 0.9%, gluconato de calcio, Kcl, Albumina.

30/09/13. 18:00 horas. Nota de evolución. Dra. ---. Dr. ---. Síntesis. En ayuno. Balance hídrico negativo 48.5, uresis media horaria de 6.8 ml, frecuencia cardiaca 140 por minuto, frecuencia respiratoria 40 por minuto, destrostix 65 mg/dl, perímetro abdominal 28 cm, fase III de ventilación. Sin datos de bajo gasto, edema de extremidades, campos pulmonares ventilados. Metabólicamente en corrección de sodio. Abdomen blando, depresible, peristalsis disminuida, zona de necrosis en abdomen, cubiertas áreas de quemaduras. Clínicamente sin datos de respuesta inflamatoria sistémica. Neurológico bajo efecto de analgesia, hipoactiva, hiporeactiva, sin movimientos anormales. En equilibrio ácido base, normocapnia, normoxemia. Se reporta grave.

30/09/13. 20:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. Dr. ---. Síntesis. En ayuno médico. Excretas normales, uresis alta 6.8 ml, destrostix 65 mg/dl. Hemodinámico estable, ya sin aminas. Fase III de ventilación, cánula orotraqueal permeable, adecuada saturación, campos pulmonares ventilados. Gasto biliar por sonda orogástrica, abdomen blando, depresible, peristalsis disminuida. Zona en piel de abdomen con necrosis, sin respuesta inflamatoria sistémica. Hipoactiva, hiporeactiva, sin movimientos anormales.

01/10/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. Ayuno con sonda orogástrica a derivación, soluciones glucosada al 10%, concentrado de sodio 17.7%, Kcl, gluconato de calcio, Omeprazol, Nalbufina, Cefepime, Vancomicina, mínima manipulación, monitoreo continuo, cubrir zonas afectadas con gasas con Italdermol, control biometría hemática, TP, TPT.

01/10/13. 11:30 horas. Nota de evolución. Dr. ---. Dr. ---. Síntesis. Vintiun días de vida y estancia hospitalaria, pretermino de 37 semanas corregidas. Uresis media horaria de 6.4 ml, frecuencia cardiaca 140 por minuto, frecuencia respiratoria 30 por minuto, destrostix 64



mg/dl, fase III de ventilación, oximetría de pulso con 95% de saturación. Hemodinámico estable, adecuada coloración e hidratación. Campos pulmonares ventilados. Hoy reiniciará con apoyo de nutrición parenteral. Abdomen blando, depresible, peristalsis presente. Sin respuesta inflamatoria sistémica. Neurológico: bajo analgesia, hipoactiva, hiporeactiva. Se toman preoperatorios y gasometría. Programada para aseo quirúrgico mañana. Se reporta grave con pronóstico reservado.

01/10/13. 12:30 horas. Atención tanatológica. Psicóloga ---. Cédula profesional 5486839. Síntesis. Se brinda atención tanatológica a los familiares de la paciente ---. Se realiza entrevista directa. Figura materna: estado mental, orientada en sus esferas cognitivas de persona, tiempo, espacio y circunstancialidad. En este momento emplea un tono de voz bajo y pausado con tendencia al llanto, juicio de realidad autocrítico y heterocrítico, parcialmente disminuido, sin alteraciones sensorio-perceptivas. Estado anímico: manifiesta ansiedad, temor, miedo ante la situación de su paciente, además de inquietud, irritabilidad, cambios de humor, desesperación, desesperanza, enojo, frustración, muestra una actitud agresiva y hostil durante la entrevista. Verbaliza estar molesta por la acción efectuada a su familiar. Impresión diagnóstica psicológica: estrés agudo moderado F43.01 C-10, reacción de duelo anticipado Z63- C-10. Plan: atención tanatológica durante la estancia hospitalaria.

01/10/13. 15:15 horas. Indicaciones médicas. Dra. ---. Síntesis. Al término de corrección de sodio para 16 horas suspender, agregar en "y", Kcl por vía periférica y mantener al iniciar NPT, mañana pasar a quirófano a aseo quirúrgico.

01/10/13. 16:18 horas. Nota de evolución. Dra. ---. Dr. ---. Síntesis. Frecuencia cardíaca 135-139 por minuto, frecuencia respiratoria 30-39 por minuto, temperatura 36° C, oximetría de 95-97%, uresis media horaria de 3.5 ml, gasto fecal de 0, perímetro abdominal de 27 cm, destroxix 64 mg/dl. En ventilación mecánica, campos pulmonares bien ventilados, predordio normodinámico. Hiponatremia; termina corrección, se agrega aporte con potasio con sérico de 2.8.

01/10/13. 17:20 horas. Indicaciones médicas. Dra. ---. Síntesis. Vitamina K, NPT.

01/10/13. 20:00 horas. Nota de evolución. Dra. ---. Dr. ---. Síntesis. Frecuencia cardíaca 146 por minuto, frecuencia respiratoria 44 por minuto, temperatura de 36°C, perímetro abdominal de 27 cm, glucosa capilar de 76 mg/dl. Paciente en cuna radiante, sin movimientos anormales, con adecuada coloración de piel, presencia de quemadura de tercer grado en región abdominal, cubierta con malla. En fase III de ventilación, con parámetros bajos de ventilación. Cardiopulmonar sin compromiso. Se reporta hemocultivo negativo, mañana pasará a sala de quirófano para lavado mecánico. Grave con pronóstico reservado.

01/10/13. 21:20 horas. Indicaciones médicas. Dra. ---. Síntesis. Mantener eutermia en cuna radiante, control de gasometría arterial y electrolitos séricos, mañana pasa a quirófano.

01/10/13. 22:00 horas. Nota preanestésica. Dr. ---. Dr. ---. Dra. ---. Síntesis. Paciente con intubación orotraqueal, fase III de ventilación, saturando 98%, frecuencia cardíaca 148 por minuto, frecuencia respiratoria 48 por minuto, campos pulmonares ventilados, ruidos cardíacos rítmicos sin agregados, abdomen blando con presencia de quemadura y escara circular. Anestesia sugerida; general balanceada. ASA EIIIA. Plan: ayuno, tener disponible 100 ml de concentrado eritrocitario. Pendiente firma de consentimiento informado.

02/10/13. 7:50 horas. Indicaciones médicas. Dra. ---. Síntesis. Pasa a quirófano.

02/10/13. 8:00 horas. Nota prequirúrgica. Dra. ---. Dr. ---. Síntesis. Quemaduras de 40% de superficie corporal. HIV G1 derecha. Tórax con quemaduras de segundo grado con epitelización incipiente. Cardiológico y respiratorio sin compromiso, con apoyo ventilatorio mecánico. Abdomen con lesión circular con epidermolisis profunda con formación de escara, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis presente, extremidades superiores con edema, pulsos inferiores presentes, llenado capilar de 4 segundos. Cirugía proyectada; aseo quirúrgico. Se cuenta con concentrados eritrocitarios.

02/10/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. Ayuno con sonda orogástrica a derivación, NPT, Kcl, Omeprazol, Nalbufina, Vitamina K, Cefepime, Vancomicina.



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

02/10/13. 9:00 horas. Nota trans y postanestésica. Dr. ---, Dr. ---, Dr. ---. Síntesis. Cirugía realizada: aseo quirúrgico más colocación de injerto. Técnica anestésica: anestesia general balanceada. Se recibe paciente ya intubada, se coloca monitoreo continuo tipo

I. Frecuencia cardíaca 120 por minuto, saturando a 99%, se conecta a circuito semi-abierto tipo Bent con flujo de oxígeno a 3 litros por minuto, dial al 3% de sovofluorano, Fentanilo 40 microgramos, Propofol 10 mg vía intravenosa. Trans-anestésico: hemodinámicamente estable. Ingresos: 60 ml. Egresos: 67 ml. Sangrado: 3 ml. Uresis: 4 ml. Balance 67 ml. Se termina procedimiento sin complicaciones, se pasa a cuna de calor radiante.

02/10/13. 10:00 horas. Dra. Nota post-quirúrgica. Estrada. Dra. ---. Síntesis. Diagnóstico pre-quirúrgico: quemadura de segundo grado profundo en 40% de superficie corporal total. Cirugía planeada: aseo quirúrgico. Cirugía realizada: aseo quirúrgico, debridamiento, rotación de colgajo cutáneo/injerto cutáneo/colocación de piel cultivada. Hallazgos: quemadura de tercer grado 4x3 cm en epigastrio, 4 x3 cm abarcando hasta musculo y aponeurosis superficial.

02/10/13. 10:00 horas. Indicaciones médicas. (*sin nombre del médico*). Síntesis. Sube a cargo de pediatría.

02/10/13. Protocolo quirúrgico. Dra. ---. Dr. ---. Síntesis. Técnica quirúrgica: se realiza debridamiento de escara, se evidencia que llega hasta debajo de aponeurosis, se afronta aponeurosis, se disecciona piel, se procede a afrontar colgajos. Se coloca injerto de piel (alo-injerto de epidermis humana cultivada in vitro. Equivalente de piel humana viva). Se coloca apósito estéril compresivo.

02/10/13. 10:30 horas. Nota de evolución. Dr. ---. Dr. ---. Síntesis. Veintidos días de vida. En ayuno médico. Uresis presente, sin reporte de evacuaciones. Frecuencia cardíaca 150 por minuto, frecuencia respiratoria 49 por minuto, destrostix 64 mg/dl, llenado capilar 2 segundos. Fase III de ventilación, saturación de 96%. Peso 1900 gramos. Hemodinámico estable, sin requerir apoyo aminérgico, adecuada coloración de piel y tegumentos, región abdominal cubierta, así como extremidades. Se reporta hipoglicemia de 20 mg/dl al regresar de quirófano, se pasa bolo de glucosa, continua con aporte extra de potasio por hipokalemia. Reiniciamos nutrición parenteral, sin gasto por sonda orogástrica. Sin datos de respuesta inflamatoria sistémica. Neurológico: bajo efecto de sedación y analgesia.

02/10/13. 16:02 horas. Nota de evolución. Dra. ---. Dr. ---. Síntesis. Temperatura 35- 37° C, frecuencia cardíaca 130-140 por minuto, frecuencia respiratoria 28-30 por minuto, oximetría 96-98%, glicemia de 94 mg/dl. Con parámetros bajos de ventilación, drenaje escaso por sonda orogástrica. Sin respuesta inflamatoria sistémica.

03/10/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. Ayuno con sonda orogástrica a derivación, NPT, Omeprazol, Nalbufina, Vitamina K, Cefepime, Vancomicina, mínima manipulación, monitoreo continuo.

03/10/13. (*sin horario*). Indicaciones agregadas. Dr. ---. Síntesis. Dexametasona, Micronebulizaciones con Adrenalina o Epinefrina, Fluticasona, semifowler, continúa con Puritan nebulización continua, vigilar oximetría y automatismo respiratorio.

03/10/13. 9:00 horas. Dr. ---. Dr. ---. Nota de evolución. Síntesis. Veintitres días de vida. Pretermino 37.2 semanas corregidas. Signos vitales normales. Fase III de ventilación. Hemodinámico estable, adecuada coloración e hidratación. Campos pulmonares ventilados. Normoglicemia, con apoyo de nutrición parenteral. Región afectada por quemadura cubierta, peristalsis disminuida. Hipoactiva, reactiva, sin movimientos anormales, fontanela anterior normotensa. Se decide extubación electiva, pasará a fase I con vigilancia de patrón respiratorio.

03/10/13. 15:30 horas. Indicaciones médicas. Dra. ---. Síntesis. LM o FEPP al 16% dar 1 ml cada 3 horas TF y TR »sic« suspender dosis previa de Nalbufina, Nalbufina 100 microgramos intravenosos cada 4 horas.

03/10/13. 16:20 horas. Nota e evolución. Dra. ---. Dr. ---. Síntesis. Temperatura 37° C, frecuencia cardíaca 142-152 por minuto, frecuencia respiratoria 35-42 por minuto, oximetría de 96-99%, uresis media horaria de de 4.5, gasto fecal de 0 ml, perímetro abdominal 29 cm, destrostix de 88 mg/dl. Estado postextubación, control gasométrico: con equilibrio ácido-base, hiperoxemia. Se inicia estimulación enteral. Riesgo de re-intubación. Grave.



03/10/13. 19:30 horas. Nota de gravedad. Dr. ---. Dr. ---. Síntesis. Mala evolución, presenta cambios de coloración y respiración superficial. Se decide intubación orotraqueal por paro cardiorrespiratorio, se dan maniobras avanzadas de reanimación con masaje cardiaco, adrenalina intravenosa e intra-traqueal, bicarbonato, gluconato de calcio y dos cargas de cristaloides, con lo que se logra revertir el paro cardiorrespiratorio. Gasometría post-paro: acidosis metabólica, hiperoxemia. Corrección con bicarbonato al 50%, se dejan medidas post-paro con norepinefrina y dobutamina, sedación. Se retira nutrición parenteral, solución intravenosa sin aporte de potasio. Riesgo de falla orgánica, crisis convulsivas, falla renal, muerte, CID.

03/10/13. 20:30 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. Ayuno con sonda orogástrica a derivación, soluciones glucosada al 10%, salina 0.9%, Omeprazol, Nalbifina, Midazolam, Furosemide, Cefepime, Vancomicina, Dobutamida, Norepinefrina, mantener eutermia, posición semifowler, manipulación mínima, monitorización continua, destrostix por horario.

03/10/13. 21:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. Dr. ---. Síntesis. Balance hídrico + 59.8, uresis media horaria de 5.2 ml, gasto fecal 0 ml, temperatura 36°C, frecuencia cardiaca 120 por minuto, frecuencia respiratoria 40 por minuto, destrostix 143 mg/dl, perímetro abdominal 29 cm, oximetría 98%, fase III de ventilación. Hemodinámicamente con apoyo aminérgico con dobutamina y norepinefrina. Ligera palidez de piel y tegumentos, llenado capilar de 2-3 segundos, poliúrico. Campos pulmonares ventilados. Hiperglicemia. Peristalsis disminuida. Zona de injerto cubierta. Hipoactiva e hiporeactiva, sin movimientos anormales, bajo efecto de sedación y analgesia, pupilas hiporreflecticas. Se reporta muy grave.

03/10/13. 23:55 horas. Indicaciones médicas Dra. ---. Síntesis. Suspender soluciones previas, soluciones glucosada 10%, salina al 0.9%, micronebulizaciones con Salbutamol, Furosemide, solución glucosada 10% pasar 10 ml más insulina rápida.

04/10/13. (Hora ilegible). Nota de evolución. Dr. ---. Dr. ---. Síntesis. Peso 2000 gramos. Balance hídrico -60.3, uresis media horaria 8.8 ml, gasto fecal 0, temperatura 36°C, frecuencia cardiaca 165 por minuto, frecuencia respiratoria 50 por minuto, destrostix 71 mg/dl. Fase III de ventilación, oximetría de pulso 98%. Peso de 2000 gramos. Hemodinámico con apoyo aminérgico con dobutamina y norepinefrina, ligera palidez de piel y tegumentos, campos pulmonares ventilados. Sin gasto por sonda orogástrica, peristalsis disminuida, sitio de colgajo cubierto. Hipoactiva, hiporeactiva. Se reporta grave.

04/10/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. Ayuno con sonda orogástrica a derivación, soluciones glucosada al 10%, salina 0.9%, Omeprazol, Nalbufina, Midazolam, Cefepime, Vancomicina, Dobitamina, Norepinefrina, Furosemide, micronebulizaciones con Salbutamol, destrostix cada 8 horas, mínima manipulación, monitoreo continuo, manejo dinámico del ventilador.

04/10/13. 15:45 horas. Indicaciones médicas. Dra. ---. Síntesis. Ayuno con sonda orogástrica a derivación, soluciones glucosada al 10%, salina al 0.9%, Kcl, gluconato de calcio, Omeprazol, Nalbufina, Midazolam, Cefepime, Vancomicina, Dobutamida, Norepinefrina, monitorización continua, tensión arterial media dos veces por turno, aspiración gentil de secreciones.

04/10/10. 15:55 horas. Nota de evolución. Dra. ---. Dr. Pichardo. Síntesis. 24 días de vida. Temperatura de 37°C, frecuencia cardiaca de 152 por minuto, frecuencia respiratoria 42-49, oximetría de 91-95%, balance hídrico - 29.8, uresis de 3.9, gasto fecal de 0, perímetro abdominal 29 cm. Con parámetros bajos de ventilación, con alcalosis respiratoria. Precordio normodinámico, llenado capilar de 2 segundos, escaso drenaje por sonda orogástrica. Se suspende diurético y micronebulizaciones con Salbutamol.

04/10/13. 20:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. Dr. ---. Síntesis. Frecuencia cardiaca de 140 por minuto, frecuencia respiratoria de 36 por minuto, temperatura 36.7°C, glicemia de 100 mg, sin gasto fecal. En ayuno. Pálida, parámetros bajos de ventilación. Gasometría: alcalosis respiratoria. Sin arritmias. Abdomen con cobertura de venda estéril, llenado capilar de 2 segundos. Grave con riesgo de mayor deterioro.



05/10/13. Hora ilegible. Nota de evolución. Guardia especial. Dra. ---. Dra. ---. Dra. ---. Síntesis. Frecuencia cardíaca 142 por minuto, frecuencia respiratoria 32 por minuto, balance hídrico + 14.3, uresis + 3.5 ml, gasto fecal 0, perímetro abdominal 25 cm. En ayuno médico. Neurológico no valorable por efectos de sedación y relajación, fase III de ventilación, oximetría 96%. Abdomen cubierto por vendaje quirúrgico. Llenado capilar inmediato, no datos de hipoperfusión. Se reinicia el tratamiento con bolos de Midazolam.

05/10/13. 22:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. Dra. ---. Síntesis. Veinticinco días de vida. Frecuencia cardíaca 161 por minuto, frecuencia respiratoria de 36 por minuto, oximetría con 94%, perímetro abdominal 25 cm, destrostix 84 mg/dl., hipoactiva, hiporeactiva a estímulos, estado de hidratación regular, campos pulmonares ventilados, sin incremento de patrón ventilatorio, no hay datos de bajo gasto, herida quirúrgica limpia. Muy grave.

05/10/13. 22:20 horas . Nota de evolución. Dr. --. Dr.---. Síntesis. Signos vitales normales, hipoactiva, hiporeactiva a estímulos, subhidratada, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, abdomen blando, depresible, peristalsis presente. No hay cambios en el manejo.

06/10/13. 2:30 horas. Indicaciones médicas agregadas. Dra. ---. Síntesis. Concentrado eritrocitario, Furosemide.

06/10/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. Ayuno con sonda orogástrica a derivación, soluciones glucosada al 10%, salina al 0.9%, Kcl, gluconato de calcio, Omeprazol, Nalbufina, Midazolam, Cefepime, Vancomicina, Dobitamina, Norepinefrina, destrostix por turno, aspiración gentil de secreciones, cuidados de herida quirúrgica, no descubrir.

06/10/13. 10:00 horas. Nota de revisión de cirugía plástica y reconstructiva. Dra. ---. Síntesis. Se encuentra con apoyo dopaminérgico, disminuyendo sedación. Cardiopulmonar sin alteraciones. Presencia de colgajos viables con adecuado proceso de cicatrización, aunque con leve hiperemia en bordes por reacción a sutura, sin embargo aún no se pueden retirar hasta asegurar mejor cicatrización ; en área injertada se presenta epidermólisis superficial. Se deberá mantener en forma conservadora y esperamos a delimitación, solo se retiran tres puntos alternos.

06/10/13. 11:15 horas. Nota de evolución. Dra. (ilegible). Dr. ---. Síntesis. Veintiseis días de vida. Frecuencia cardíaca 154 por minuto, frecuencia respiratoria de 48 por minuto, oximetría 95%, fase III de ventilación. Coloración adecuada de piel y tegumentos. Pulmones con buena entrada y salida de aire, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, abdomen blando, depresible, cubierto por quemaduras. Sin datos de respuesta inflamatoria sistémica.

06/10/13. 18:20 horas. Indicaciones médicas agregadas. Dra. ---. Síntesis. Midazolam y Nalbufina misma dosis.

06/10/13. 20:00 horas. Nota de evolución. Dra. ---. Dr. ---. Síntesis. Se mantiene en ayuno. Uresis media horaria de 5 ml, gasto fecal 0 ml, frecuencia cardíaca 148 por minuto, frecuencia respiratoria 34 por minuto, destrostix 53 mg/dl, perímetro abdominal 25 cm, llenado capilar de 2 segundos, fase III de ventilación con parámetros bajos, oximetría 95%. Hemodinámicamente con apoyo aminérgico con dobutamina y norepinefrina. Adecuada coloración de piel y tegumentos. Campos pulmonares ventilados. Abdomen blando, depresible, peristalsis disminuida, sitio de injerto cubierto. Sin datos de respuesta inflamatoria sistémica. Bajo sedación y analgesia, se reduce intervalo a cada 6 horas. Hipoactiva, hiporeactiva. Por el momento sin deterioro. Grave con pronóstico reservado.

07/10/13. 1:50 horas. Indicaciones médicas. Dra. ---. Síntesis. Pinzar sonda orogástrica, Nalbufina suspender Dosis previa, continuar con 95 microgramos, suspender Norepinefrina y Midazolam, Dobutamina.

07/10/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. Ayuno con sonda orogástrica a derivación, soluciones glucosada al 10%, salina al 17.7%, Kcl, gluconato de calcio, NPT, Omeprazol, Nalbufina, Midazolam, Cefepime, Vancomicina, Dobutamida, Norepinefrina, monitorización continua,



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

07/10/13. 8:45 horas. Indicaciones agregadas. Dr. ---. Síntesis. Midazolam, retirar epinefrina, tomar electrocardiograma y solicitar valoración por cardiopediatría, Aminofilina, control radiográfico, exámen general de orina.

07/10/13. 10:45 horas. Nota de evolución. Dr. ---. Dr. ---. Síntesis. 27 días de vida. Temperatura 36.5°C, frecuencia cardiaca de 150 por minuto, frecuencia respiratoria de 60 por minuto, perímetro abdominal de 26 cm, glucosa capilar de 62 mg/dl. Se encuentra en cuna radiante, sin movimientos anormales, adecuada coloración de piel, fase III de ventilación con parámetros bajos, con alcalosis respiratoria. Campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, sin agregados en área cardiaca, sin variantes en abdomen. Se incrementa el aporte de nutrición parenteral, ya sin desequilibrio hidroelectrolítico. La evolución es lenta. Grave.

07/10/13. 15:14 horas. Nota de evolución. Dra. ---. Dr. ---. Síntesis. Temperatura de 36.5°C, frecuencia cardiaca 150-158 por minuto, frecuencia respiratoria 60 por minuto, uresis media horaria de 3 ml, gasto fecal de 0ml perímetro abdominal 25 cm, destrostix 61 mg/dl. En ventilación mecánica con parámetros bajos, adecuada oximetría de pulso, llenado capilar de 2 segundos, precordio normodinámico. Abdomen cubierto. Paciente grave, se suspende sedación, se modifica apoyo aminérgico, se indica pinzamiento de sonda orogástrica para vigilar condiciones abdominales.

07/10/13. 20:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. Dr. ---. Síntesis. Veintiocho días de vida. Temperatura de 36.7°C, frecuencia cardiaca de 154 por minuto, frecuencia respiratoria de 56 por minuto, perímetro abdominal 25 cm, glucosa capilar de 61 mg/dl, uresis media horaria de 3 ml, gasto fecal de 5.7 ml En cuna radiante, fase III de ventilación, adecuada coloración de piel, sin movimientos anormales, saturación arriba de 90%. Sin alteraciones a nivel cardiopulmonar. Activa, reactiva. Metabólicamente en ayuno y con aporte de nutrición parenteral.

07/10/13. 1:50 horas. Indicaciones médicas. Dra. ---. Síntesis. Pinzar sonda orogástrica, Nalbufina suspender Dosis previa, continuar con 95 microgramos, suspender Norepinefrina y Midazolam, Dobutamina.

08/10/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. Ayuno con sonda orogástrica a derivación, NPT, Omeprazol, Nalbufina, Cefepime, Vancomicina, Dobutamina, Aminofilina, monitorización continua,, aspiración gentil de secreciones, medir tensión arterial media dos veces por turno.

08/10/13. 8:45 horas. Indicaciones agregadas. Dr. ---. Síntesis. Retirar sonda a estómago y vigilar, micronebulizaciones con Epinefrina, Fluticasona, Combivent, continuará con Puritan con termostato al 98% de oxígeno, Nalbufina.

08/10/13. Hora (*ilegible*). Veintinueve días de vida. Lactante menor hipotrófico. Temperatura de 37°C, frecuencia cardiaca 140 por minuto, frecuencia respiratoria de 40 por minuto, perímetro abdominal de 25 cm, glucosa capilar de 122 mg/dl, sin movimientos anormales, adecuada coloración de piel. Activa, reactiva. En fase III de ventilación con parámetros bajos. Gasometría con alcalosis respiratoria, se decide pasar a fase II de ventilación, ya preparado previamente desde ayer con esteroides, la evolución parece favorable. Sin alteraciones cardiopulmonares. Injerto sin datos de infección. Se vigilará patrón ventilatorio y se solicitar 5a radiografía de control y gasometría post-extubación.

08/10/13. 10:00 horas. Tanatología. Psicóloga ---. Síntesis. A petición del servicio de UTIP se continua brindando atención tanatológica a los familiares de --- recién nacida. En este momento solo se encontró al abuelo materno, el cual se muestra cooperador, consciente de la situación. Impresión diagnóstica psicológica: Reacción de estrés agudo moderado, reacción de duelo anticipado.

08/10/13. 12:50 horas. Dra. ---. Síntesis. Suspender Dobutamina, LM o FEPRN al 13% dar tomas de 3 ml cada 3 horas por TF.

08/10/13. 13:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---; jefe de servicio de cirugía general. Dr ---. Síntesis. Activa, reactiva, en fase II de ventilación. Bien hidratada. Cardiopulmonar sin compromiso, abdomen con quemaduras. Hemodinamicamente estable. Pendiente el resultado de cultivo de quemadura.



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

08/10/13. 15:15 horas. Nota de evolución. Dra. ---. Síntesis. 29 días de vida. Temperatura 36-37°C, frecuencia cardíaca 134-142 por minuto, frecuencia respiratoria 38-39 por minuto, oximetría 96-99%, uresis media horaria de 2.8 ml, sin gasto fecal. Campos pulmonares adecuadamente ventilados, sin agregados. Silverman de I, moderadas secreciones. Precordio normodinámico, abdomen cubierto. Tolerando extubación.

08/10/13. 20:00 horas. Nota de evolución. Dra. ---. Dra. ---. Síntesis. Frecuencia cardíaca 138 por minuto, frecuencia respiratoria de 40 por minuto, saturación al 99%, perímetro abdominal de 26 cm, destrostix de 86 mg/dl, balance hídrico + 28.1 ml, uresis media horaria de 3.3 ml, gasto fecal de 0. Hipoactiva, reactiva a estímulos, palidez de piel y tegumentos. Campos pulmonares ventilados, sin agregados. Silverman II, se decide progresar a fase II de ventilación con CPAP nasal con FIO₂ al 60%, PEEP en 4. En lo hemodinámico sin compromiso, llenado capilar de 2 segundos, peristalsis disminuida, herida quirúrgica cubierta.

08/10/13. 20:04 horas. Indicaciones médicas. Dra. ---. Síntesis. Cpap "sic" nasal 80% FIO₂, con PEEP 5 cm de agua.

09/10/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. LM o FEPRN al 16% dar tomas de 5 ml cada 3 horas por TF »sic« NPT, Omeprazol, Nalbufina, Cefepime, Vancomicina, Aminofilina, micornebulizaciones con Flucitacasona, Combivent, CPAP "sic" nasal FIO₂ 60%, aspiración gentil de secreciones, monitorización continua.

09/10/13. 8:30 horas. Indicaciones agregadas. Dr. ---. Síntesis. Micronebulizaciones con Epinefrina y posteriormente continuar con programadas de Fluticasona y Combivent, continua con Puritan (nebulizador continuo) con termostato 98% a validar y en mascarilla facial, solución salina 3 gotas en cada poro nasal y aseo cada 8 horas con aspiración gentil de secreciones. , recopilar electroencefalograma e interconsulta a neuropediatría, realizar electrocardiograma.

09/10/13. 9:00 horas. Nota de Evolución. Dr. ---. Dr. ---. Síntesis. Treinta días de vida. Temperatura 36.7°C, frecuencia cardíaca 144 por minuto, frecuencia respiratoria 53 por minuto, perímetro abdominal de 26 cm, destrostix 74 mg/dl. En cuna radiante, sin movimientos anormales. Campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, área cardíaca sin alteraciones, abdomen blando, depresible. Herida con colgajo sin datos de infección con área central necrótica. Hoy 10 días de antibiótico. Evolución favorable, sin embargo se mantiene dependiente de oxígeno. Se nebuliza y se pasa de nuevo a fase I de ventilación.

09/10/13. Sin hora. Neurología pediátrica. Dr. ---. Síntesis. Actualmente reactiva, activa, responde a estímulos externos, apertura ocular espontánea, fontanela anterior normotensa, tono muscular activo y pasivo normal, rems normales, no clonus, respuesta plantar indiferente. Se realiza electroencefalograma, el cual considero que es normal, no se observan paroxismos ni actividades aberrantes. Neurológicamente estable.

09/10/13. 15:30 horas. Nota de evolución. Dra. ---. Síntesis. Temperatura 37°C, frecuencia cardíaca 160-172 por minuto, frecuencia respiratoria 60-64 por minuto, uresis media horaria de 2 ml, gasto fecal de 0 ml, perímetro abdominal de 26 cm, llenado capilar de 2 segundos. No hay datos de dificultad respiratoria, moderadas secreciones, continua con mascarilla facial.

09/10/13. 20:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. Síntesis. Frecuencia cardíaca de 168 por minuto, frecuencia respiratoria de 66 por minuto, oximetría de pulso de 94%, balance hídrico + de 47 ml, uresis media horaria de 2 ml, gasto fecal de 0 ml, glicemia capilar de 77 mg/dl. Tórax con adecuada entrada y salida de aire, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad. Tolerando tomas de 5 ml. Control radiológico sin atelectasia.

09/10/13. (*sin hora*). Indicaciones médicas. Dra. ---. Síntesis. Suspender Nalbufina.

10/10/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. LM o FEPRN, NPT, Dexametasona, Omeprazol, Cefepime, Vancomicina, Aminofilina, FLuticasona, Combivent, monitoreo continuo, solución salina 3 gotas en cada poro nasal, oxígeno por casco cefálico, nebulizador al 98%.

10/10/13. 9:30. Indicaciones agregadas. Dr. ---. Síntesis. Nebulización con Epinefrina, tomar electrocardiograma y revisión por cardiopediatra.



10/10/13. 10:30 horas. Nota de evolución. Dr. ---. Síntesis. Peso 1670 gramos. Treinta y uno días de vida. Temperatura 37°C, frecuencia cardiaca de 156 por minuto, frecuencia respiratoria de 68 por minuto, perímetro abdominal 26 por minuto, glicemia capilar de 74 mg/dl. Activa, reactiva, discreta palidez de piel, mucosas hidratadas, en fase I de ventilación, oximetría de pulso arriba del 90%, sin dificultad respiratoria, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, área cardiaca ruidos rítmicos de buena intensidad, abdomen blando, depresible. Vía oral con tomas de 7 ml cada tres horas. Mejoría en la cicatrización. Paciente estable pero grave.

10/10/13. 17:00 horas. Nota de evolución. Dra. ---. Dr. ---. Síntesis. Temperatura 36.8°C, frecuencia cardiaca de 156 por minuto, frecuencia respiratoria de 56 por minuto, perímetro abdominal de 26 cm, destrostix 98 mg/dl. En fase I de ventilación, con nebulizador, saturando arriba del 90%, con discreto tiraje intercostal, sin agregados pulmonares o cardiacos. Abdomen blando, depresible.

10/10/13. 20:00 horas. Dra. ---. Dr. ---. Síntesis. Frecuencia cardiaca 156 por minuto, frecuencia respiratoria 60 por minuto, temperatura 37°C, uresis media horaria 4.1 ml, gasto fecal 0. Hipoactiva, reactiva, bien hidratada, buena coloración. Ruidos cardiacos rítmicos, sin agregados, campos pulmonares limpios, bien ventilados. En fase I de ventilación, sin deterioro. Tolerancia la vía oral, con apoyo nutricional parenteral.

11/10/13. Nota de interconsulta a rehabilitación. Dra. ---. Síntesis. Treinta y dos días de vida. Responde a estímulo auditivo y visual, fija la mirada y seguimiento a 45°, cavidad oral con presencia de reflejo de búsqueda, succión débil, respuesta de tracción cefálica. AMP »sic« a cuatro extremidades completos, tono pasivo disminuido a cuatro extremidades, tono activo con ashworth de uno para codos bilateral, cadera sin alteraciones aparentes en este momento. REMS »sic« superiores disminuidos, inferiores no evocables. Disminuida la respuesta de presión palmar. Moro presente, Babinsky no evocable. Herida quirúrgica en abdomen afrontada sin datos de infección. Con alto riesgo de daño neurológico. Plan: se inicia estimulación temprana con enseñanza a familiar en cuanto a estimulación multisensorial; 1) alineación de segmentos y cambios de postura (en lo posible). 2) Movilizaciones pasivas gentiles no mayor a cinco por segmento. 3) presión muscular para aumentar tono a cuatro extremidades. 4) Manejo de cavidad oral para favorecer reflejo de succión. 5) Estimulación multisensorial.

11/10/13. 8:00 horas. Nota de evolución. Dr. ---. Síntesis. Peso 1680 gramos. Frecuencia cardiaca 168 por minuto, frecuencia respiratoria de 60 por minuto, glicemia de 83 mg/dl, perímetro abdominal 26 cm, temperatura 36.5°C. Fase I de ventilación, nebulizados al 80%, adecuada coloración e hidratación. Tórax con adecuada entrada y salida de aire, ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, abdomen blando, depresible, cicatriz de abdomen sin datos de infección. Tolerancia bien la vía enteral, se decide incremento ponderal. Se piensa llevar a 14 días de antibiótico.

11/10/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. LM o FEPRN al 16% »sic« NPT, Omeprazol, Cefepime, Vancomicina, Aminofilina, micronebulizaciones con Fluticasona, Combivent, interconsulta con retinología y rehabilitación, monitorización continua.

11/10/13. 15:55 horas. Nota de evolución. Dra. ---. Síntesis. Frecuencia cardiaca 160 por minuto, frecuencia respiratoria 56 por minuto, perímetro abdominal de 25 cm, destrostix 77 mg/dl. Activa, reactiva, con nebulizador; FIO2 98%. Silverman II, retracción xifoidea y tiros intercostales. Se solicita radiografía de tórax. Abdomen blando, depresible. Tolerancia la vía enteral. Se reporta grave con pronóstico reservado.

11/10/13. 20:00 horas, Nota de evolución. Dr. ---. Dr. ---. Síntesis. Frecuencia cardiaca de 150 por minuto, frecuencia respiratoria de 44 por minuto, temperatura de 36.5°C, uresis media horaria de 4.6 ml. Activa, reactiva a los estímulos externos, fase I de ventilación, tiraje costal, Silverman II. Abdomen blando, depresible, tolerancia vía oral.

12/10/13. 8:00 horas. Indicaciones médicas. Dr. ---. Síntesis. LM o FEPRN al 16% »sic« NPT, Metoclopramida, Omeprazol, Aminofilina, micronebulizaciones con Fluticasona, Combivent, Vancomicina, Cefepime, monitorización continua, oxígeno en casco con FIO2 al 80% con termostato.



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

12/10/13. 14:00 horas. Nota de evolución, turno especial. Dra. ---. Síntesis. Peso 1700 gramos. Frecuencia cardíaca 148 por minuto, frecuencia respiratoria de 44 por minuto, oximetría de 99%, temperatura 37°C, glicemia 68 mg/dl, balance hídrico de 2.5 ml, uresis media horaria de 4.6 ml, perímetro abdominal de 27 cm. Adecuada hidratación, buena coloración de piel y tegumentos. Fase I con nebulizador, se aprecian tiros intercostales. Abdomen blando, depresible. Durante la guardia se reporta presencia de residuos, por lo que el día de hoy se decide mantener con 9 ml. Se reporta grave con pronóstico reservado.

12/10/13. 21:00 horas. Nota de evolución. Dra. ---. Síntesis. Frecuencia cardíaca 137 por minuto, frecuencia respiratoria de 44 por minuto, oximetría de 99 %, balance hídrico + 4, uresis media horaria de 2.6 ml. Activa, reactiva, adecuada hidratación, adecuada coloración de piel y tegumentos. Fase I de ventilación con nebulizador, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, presencia de tiros intercostales. Abdomen blando, depresible, cicatriz con injerto de piel. Adecuada tolerancia a la vía enteral con tomas de 9 ml, con buena peristalsis.

13/10/13. 12:00 horas. Nota de evolución. Dr. (*ilegible*). Treinta y cinco días de vida. Temperatura de 36.4°C, frecuencia respiratoria de 63 por minuto, frecuencia cardíaca de 145 por minuto. Ayer se inició estímulo enteral., tolerando, por lo que se incrementa paulatinamente. Balance hídrico +25, uresis media horaria 4.6 ml, gasto fecal 0 ml. Buena coloración de tegumentos. Reactiva, responde a estímulos externos. Clínicamente sin alteraciones abdominales.

13/10/13. 20:00 horas. Nota de evolución. Dra. --. Dr. ---. Síntesis. Frecuencia cardíaca de 156 por minuto, frecuencia respiratoria 48 por minuto, temperatura 37°C, destrosrtix 80 mg/dl, uresis media horaria 3.5 ml, gasto fecal 0. Se encuentra en incubadora, bien hidratada, buena coloración de piel y tegumentos , con estabilidad hemodinámica, con buena entrada y salida en campos pulmonares, sin datos de dificultad respiratoria en estos momentos. En fase I de ventilación , saturaciones arriba del 85%. Se inició ayer estímulo enteral con TF sic” hasta este momento con adecuada tolerancia, sin modificaciones abdominales.

14/10/13. 10:00 horas. Nota de revisión de cirugía plástica reconstructiva. Dra. ---. Síntesis. Signos vitales estables, reactiva, sin datos de dificultad respiratoria. Abdomen con heridas quirúrgicas limpias, se retiran puntos de sutura de colgajos y se retira porción de injerto cutáneo desvitalizado, se realiza aseo, desbridamiento y recolocación de piel cultivada, se coloca conformador y se mantendrá por tres días, se deja Epifast en congelador para valorar recolocación en tres días más.

Los estudios de laboratorio se encuentran en anexo 1 y 2 de este documento.

II.- ANALISIS DEL CASO

El presente análisis está basado en los datos obtenidos del expediente. A juicio de esta Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, el asunto estriba en establecer:

Si la atención médica otorgada a la paciente --- se ajustó a *lex artis*.

Si el resultado (consecuencias) de la atención médica que se le brindó a la paciente ---, se debió a mala praxis.

EN LA EVALUACIÓN PERICIAL DEL PRESENTE EXPEDIENTE SE ENCUENTRA LA SIGUIENTE SECUENCIA DE HECHOS RELEVANTES:

(Discusión) “*entre comillas y cursiva contiene textual notas del expediente clínico*”

Se trata de paciente en estado crítico agudo ⁽²⁶⁾, con alto riesgo ⁽³⁶⁾: recién nacida pretermino (31 semanas de gestación), con inestabilidad térmica y respiratoria, agregándose en el primer día de vida el diagnóstico de sepsis temprana sin germen aislado, en el segundo día de vida, incompatibilidad a grupo ABO y hemorragia intraventricular derecha grado I. Por lo tanto



requirió de cuidados especializados. Fue ingresada correctamente y de acuerdo a criterios establecidos⁽³⁰⁾ a un área de cuidados intensivos de pediatría; neonatología. ⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾

Paciente que por sus características necesitó de cuidados de alta complejidad con atención especializada, en un área de atención específica e individualizada, con apoyo de equipos biomédicos de tecnología avanzada y personal de enfermería capacitado en la rama correspondiente. Siendo el nivel que le concernía para su atención lo que se denomina enfermera especialista en pediatría o nivel V. ⁽¹⁴⁾⁽⁵⁾⁽¹³⁾⁽¹⁸⁾⁽²⁶⁾⁽³⁷⁾.

La indicación en su manejo de la utilización de cuna térmica está totalmente justificada ya que se trató de una recién nacida pre-termino con problemas de termorregulación. ⁽³³⁾

La evolución de la paciente durante los primeros 19 días de vida fue hacia la mejoría, estando para este momento ya sin dependencia suplementaria de oxígeno, con suspensión de antibióticos, con incremento ponderal e incremento de la vía oral. ^(expediente clínico)

A los 20 días de vida, estando la paciente en la cuna térmica de calor radiante⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹¹⁾ (dispositivo médico)⁽²⁰⁾ se presentó evento adverso ⁽²¹⁾ consistente en quemaduras en el 40% de superficie corporal de primer, segundo grado en tórax, abdomen y piernas y hasta de tercer grado con una lesión circular en epigastrio de 4 cm por 3 cm que abarcó, hasta debajo de aponeurosis y que ameritó desbridamiento y aplicación de colgajo. ⁽²⁾

Como primer paso en el proceso de análisis corresponde hacer la asociación cuna térmica/quemadura (aclarando que no contamos con ninguna documental del equipo médico, ni de la reconstrucción de hechos) luego entonces estaríamos hablando de un caso de quemadura térmica, cuyo agente físico es el calor radiante.

La nota médica que hace referencia al incidente adverso menciona; que la causa de la quemadura fue por alta temperatura por falla en la cuna térmica y falta de vigilancia. En el análisis de esta nota arrojan solo datos objetivos al alcance que son los siguientes:

1. La cuna térmica de calor radiante, es un dispositivo médico que efectivamente contempla como uno de los riesgos en su uso la hipertermia extrema que puede llevar a consecuencias fatales. Sin embargo no contamos con ningún documento objetivo de este dispositivo. ⁽¹⁾⁽³⁾⁽¹⁰⁾
2. Respecto al personal de enfermería asignada al cuidado de la paciente en el momento de presentarse el evento adverso, encontramos que no tiene el perfil para las funciones a desempeñar, ya que se trata de una enfermera general (licenciada en enfermería) que por ser nivel IV, no cubre las competencias necesarias como es la realización de intervenciones especializadas emanadas del plan de cuidado[...]. ⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽¹³⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁸⁾

Considerando lo anterior la falta de deber de cuidado del personaje de enfermería (perfil IV) a cargo de la paciente en el momento de presentarse el evento adverso, no le era exigible por dicho perfil y por obediencia jerárquica. Sin embargo no puede dejarse de lado el incumplimiento con las normas de orden técnico en material laboral en el ámbito específico de su competencia como son: detectar, avisar y pedir ayuda respecto del alarma en un signo vital básico como es la temperatura, y los datos clínicos sobresalientes que da la hipertermia. ⁽¹⁷⁾

3. Coadyuvando al punto previo es necesario mencionar que son las autoridades del establecimiento de salud quienes designan al personal de acuerdo a sus competencias y perfil correspondiente, así como el proporcionar los recursos necesarios de material y equipo, verificando con oportunidad el buen funcionamiento de los mismos. ⁽¹⁷⁾⁽⁶⁾

4.- A continuación, el criterio expresado en este punto “4” es meramente subjetivo porque no tenemos a la vista la documental del dispositivo médico ni del acta de la reconstrucción de los hechos, pero debido a algunas coincidencias clínicas con este dicho relatado en un informe del Hospital General de Pachuca Hidalgo que dice; “ como causa posible de la quemadura; el desprendimiento no visible del sensor al momento del baño de esponja o a la movilización de la paciente”, así como también coincide la anotación de enfermería en medidas asistenciales que dice “baño”. De tal manera que en un intento de interpretar lo expresado anteriormente, es obligado asociarlo al tipo de lesión originada por electricidad, que clínicamente coincidiría con la lesión hasta de tercer grado que la paciente presentó en epigastrio, de forma circular con dimensiones de tres por cuatro centímetros. En este tenor esta quemadura por electricidad, se



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

agregaría como una segunda quemadura a la originada por calor radiante que se evidencia clínicamente por quemaduras de primer y segundo grado en el 40% de la superficie corporal en torax, abdomen y extremidades.⁽⁷⁾

En este tipo de evento “centinela” no podemos sustentar puntos específicos de lo ocurrido exclusivamente en la nota médica ni por lo expresado someramente en un informe, ya que en este tipo de acontecimientos es necesario realizar una seria y minuciosa investigación de los hechos. En este contexto, nos encontramos con omisiones que impiden conocer, el cómo, el porqué y la posibilidad de ponderar el punto crítico de lo sucedido. Dentro de estas omisiones se encuentran:

a) expediente del dispositivo médico (cuna térmica): antecedentes, sustitución de cantidad y características de consumibles, informe de rutina del personaje de mantenimiento asignado al área el día del acontecimiento, omisión de las acciones del servicio de mantenimiento ⁽²⁵⁾ y finalmente el diagnóstico técnico de la cuna de calor radiante.

b) bitácora ⁽²²⁾ del mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo del equipo médico, así como su manual de funcionamiento y evidencia documental de capacitación al personal ⁽²⁴⁾ (obligación del jefe del servicio)⁽²⁹⁾

c) omisión del acta referente al evento adverso con : versión de cada uno de los personajes operativos involucrados en el evento (pediatra adscrito al turno donde se dan los hechos, enfermera asignada al paciente, personaje de mantenimiento que realiza rutina del servicio)

d) informe de jefes de servicio de pediatría y/o terapia intensiva, jefe de servicio de mantenimiento, jefe de enfermería, subdirector médico, director, y resultado de todas las investigaciones al respecto, que tendrían que arrojar la ponderación del punto o puntos críticos que ocasionaron el evento. ⁽³²⁾

No contamos con elementos objetivos para determinar si se dio cumplimiento a lo obligado por la tecnovigilancia correcta.⁽¹²⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾

El manejo y limitación del daño del evento adverso fue inoportuno por retardo en la instauración del tratamiento, propiciando agravamiento de la paciente; a la evidencia de la lesión, en las indicaciones médicas solo se pone un agregado en cuanto a incrementar el aporte de líquidos, sin ninguna otra indicación dirigida al manejo de la lesión y las consecuencias de la misma, hasta que inicia el turno vespertino y se indica su traslado a terapia intensiva.^(expediente clínico)

En cuanto a un pronóstico claro y secuelas, no tenemos estudios ni elementos para determinarlo, ya que este análisis se concluye estando la paciente aún en manejo hospitalario y estando pendientes consulta a retinología y cardiopediatría. Deberá valorarse en forma multidisciplinaria y minuciosa tomando en cuenta todas las complicaciones que generó el evento adverso, tomando en consideración la alta posibilidad de daño neurológico.

Para finalizar expresamos que el accidente presentado en este caso queda calificado como un evento adverso ⁽²³⁾ específicamente un “evento centinela” definido este como: daño severo para la salud o la vida del paciente, con riesgo de muerte y de consecuencias graves, o la posibilidad de sufrirlas a futuro.⁽³⁴⁾ Así también queda calificado como prevenible, en el sentido que sus causas son conocidas y pueden ser modificadas.⁽³⁵⁾

III.- BIBLIOGRAFIA.

La información bibliográfica señala lo siguiente:

Quemaduras térmicas. Son las lesiones resultantes de la acción de agentes físicos, químicos o biológicos, que al actuar sobre los tejidos dan lugar reacciones locales o generales, cuya gravedad está en relación con su extensión y profundidad. Diversos agentes etiológicos producen lesiones de esta naturaleza, entre los que pueden citarse: a) agentes físicos: calor, electricidad, calor



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

radiante, radiaciones, b) agentes químicos: sustancias cáusticas y corrosivas, c) agentes biológicos: seres vivos (insectos, medusas, peces, batracios, ciertas plantas etc)⁽¹⁾

Clasificación clínica. Sigue siendo utilizada la clasificación clásica de Dupuytren, que establece diferentes grados según según la respuesta que se produce en la región quemada. Quemaduras de primer grado: se denominan eritema y consisten en un enrojecimiento de la piel resultante de la vasodilatación capilar local; se acompañan de prurito y dolor por la irritación nerviosa. La lesión queda localizada en la epidermis [...] Quemaduras de segundo grado: vienen definidas por la formación de vesículas o flictenas resultantes de la licuefacción del cuerpo mucoso de la dermis. Hacia este espacio se produce una liberación de histamina y del plasma que rellena las flictenas e infiltra el tejido vecino, dándole un aspecto edematoso. A menudo estas flictenas se desgarran [...]. Quemaduras de tercer grado: en ellas hay destrucción parcial de la piel, originando la lesión conocida como escara, que interesa la dermis y el tejido conjuntivo subyacente [...]⁽²⁾

Características de las quemaduras por los distintos agentes térmicos. Junto a las características generales, comunes a todos los agentes productores de quemaduras térmicas, cada uno de ellos origina lesiones con rasgos diferenciales que conviene conocer aun someramente. Calor radiante: las radiaciones, dependiendo de su naturaleza, de su intensidad y del tiempo que estén actuando, pueden producir quemaduras de cualquiera de los grados enumerados. Al efecto de la propia quemadura pueden sumarse trastornos bioquímicos y metabólicos muy severos ⁽³⁾

De la prestación del servicio de enfermería, aspectos generales. La prestación del servicio de enfermería se realizará en los establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, así como los que otorgan servicios de forma independiente, según su preparación académica o calificación requerida y el grado de responsabilidad para la toma de decisiones, de acuerdo a lo establecido en el apartado 6 de esta norma.

De la prestación de servicios de enfermería, aspectos particulares. De la prestación de servicios de enfermería con predominio de acciones independientes derivadas de la aplicación del proceso de atención de enfermería en los servicios especializados de la atención de salud, corresponde al personal de enfermería con estudios de post-grado en un área específica de la práctica profesional, debido a que cuenta con los conocimientos necesarios para desarrollar un plan de intervenciones independientes que pueda valorar, ejecutar y evaluar proporcionando cuidados de alta complejidad que se deriven de un plan terapéutico interdisciplinario. Su ámbito de aplicación son unidades hospitalarias o comunitarias. Aplica modelos tendientes a incrementar la calidad del cuidado, promueve la utilización de modelos y técnicas innovadoras en su especialidad, así como la investigación de su práctica y la aplicación de hallazgos, incluyendo relaciones o colaboraciones interdisciplinarias con profesiones vinculadas a la práctica de la enfermería o a un tema o área de investigación aplicada. Su función sustantiva es la asistencial y las adjetivas son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación.⁽⁴⁾

Enfermera (o) especialista: a la persona, que además de reunir los requisitos de licenciado en enfermería, obtuvo, el diploma de la especialización en términos de las disposiciones judiciales aplicables y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional de especialización correspondiente a un área específica de competencia.⁽⁵⁾

Las autoridades de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, así como los que prestan sus servicios de forma independiente, deberán utilizar el contenido de esta norma para definir las estructuras de empleo y servicios correspondientes a fin de lograr la homogenización en los diferentes sectores que emplean personal de enfermería. [...] Dar la inducción al puesto de todo el personal de nuevo ingreso a una institución o sujeto a movimiento, en un área específica, de acuerdo a las necesidades detectadas, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables. [...] Evitar emplear al personal de enfermería en funciones fuera de sus competencias y capacidades, salvo en caso de urgencia con la condición de que sea: a título provisional: que cuente con la experiencia suficiente; supervisión del personal médico o personal profesional de enfermería responsable de las actividades asignadas o de un experto del área de atención médica, ciencia o área de conocimiento, en su caso. ⁽⁶⁾

Descripción general cuna de color radiante. Son unidades diseñadas para proporcionar calor radiante a los neonatos, con el fin de que puedan mantener una temperatura corporal de 36°C a



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

37°C. [...] La importancia de ayudar al neonato en la manutención del equilibrio térmico, radica en proporcionar un “ambiente termoneutral”, en el cual el consumo de oxígeno, y su metabolismo se reduzcan al mínimo, de manera tal que las calorías y nutrientes que ingiera, se dediquen a la maduración, desarrollo y crecimiento del organismo. [...] Principios de operación: la energía calorífica puede ser transferida de tres maneras; conducción, convección o radiación. En este tipo de cuna la transferencia de calor se lleva a cabo principalmente por radiación, es decir la fuente de energía calorífica se encuentra separada del receptor de calor y éste (el calor) viaja por el aire en forma de ondas electromagnéticas.

Las cunas de calor radiante, normalmente están constituidas por tres bloques: el primer bloque lo constituye la fuente de calor que puede ser de varios tipos: a) tubos de cuarzo, cerámica o de luz infrarroja, b) difusores, c) lámparas incandescentes, etc. Un segundo bloque constituido por la unidad de control, que incluye: a) alarmas audibles y visibles, predeterminadas por fábrica o ajustables por el operador, b) control de calefactor manual, c) control servo controlado. Un tercer bloque constituido por: a) plataforma o base sobre la cual se encuentra el colchón, paredes transparentes que pueden o no ser abatibles, con canaletas para sujeción de venoclisis, tubos de ventilación, sensores, transductores, etc. b) portachis para placas de rayos X. (8)

Tipos de cuna de calor radiante: a) con control manual; el parámetro que se controla es la temperatura máxima que debe proporcionar la fuente de calor, la cual es fijada por el operador. Este tipo de control requiere una revisión constante del paciente por parte de los operadores, ya que de no realizar una supervisión adecuada, se presenta el riesgo de no mantener la temperatura deseada del paciente o bien tener una hipertermia, causándole quemaduras. A fin de disminuir este daño potencial, la mayor parte de los fabricantes ha incluido una alarma que recuerda al operador, en cierto intervalo de tiempo, que es necesario verificar la temperatura del paciente. b) cuna de calor radiante con control automático o servo controlado, y con control manual; el parámetro que se controla es la temperatura corporal del neonato. En este tipo de dispositivo los elementos de calefacción se encienden y se apagan en respuesta a los cambios en la temperatura del bebé, las cuales se detectan por medio de un sensor colocado sobre la piel del paciente y a través de él se retroalimenta al sistema para comparar con la temperatura de control que previamente fue seleccionada por el usuario, la intención final es mantener la temperatura corporal del neonato igual a la temperatura de control seleccionada. Sin embargo estas unidades, incluyen el modo de control manual, como una medida de seguridad, en caso de no poder operar la unidad de modo servo controlado o automático, principalmente por fallas en los sensores de temperatura corporales o bien por falta de los mismos.



(9)

Los neonatos que son sometidos a este tratamiento (cuna térmica) son: a) pacientes prematuros o pacientes de bajo peso que presentan problemas de termorregulación (incapacidad de compensar las variaciones de la temperatura) y en consecuencia son incapaces de mantener el equilibrio térmico, b) neonatos que presenten alguna enfermedad crítica que requiera una intervención constante de parte de personal médico, c) neonatos en tratamientos que tengan una exposición prolongada a ambientes fríos. (33)



Efectos secundarios y riesgos de la cuna de calor radiante. Los riesgos por efectos secundarios relacionados con la cuna de calor radiante son: 1) hipertermia extrema que podría dar como resultado quemaduras de piel, un daño cerebral parcial, permanente etc, o incluso la muerte, 2) daño a retina y cornea; la fuente de calor que genera energía radiante en la región alta de los infra rojos mayor de los 3 micrones puede causar daño a la retina y la cornea, por lo que es necesario el uso de protección de los ojos del paciente para evitar daño por la luz. Deben de estar muy bien colocados y sujetos para evitar el deslizamiento hacia la nariz y causar obstrucción respiratoria, 3) deshidratación derivada de la pérdida de líquidos por evaporación [...]⁽¹⁰⁾

Comercialmente existe una gran variedad de cunas de calor radiante, sin embargo existen algunas características que deben ser consideradas para lograr una adecuada selección. A) que incluya modo de control automático o servocontrolado, con despliegue numérico de la temperatura del paciente. B) que incluya bloque de alarma audible y visibles, que incorporen alarmas para: alta temperatura de piel, baja temperatura de piel, falla en el sensor de temperatura, falla en el sistema, alarma para indicar periodo de revisión del neonato al operador, cuando se opera en modo manual.⁽¹¹⁾

Los avances tecnológicos en el área médica han permitido en la medicina realizar cada vez más diagnósticos y tratamientos; esto ha incrementado el riesgo a que el paciente u operario presente incidentes adversos con los dispositivos médicos empleados.

Ante esta realidad surge la necesidad de supervisar el uso de los dispositivos médicos en las áreas operativas a fin de detectar y prevenir éstos incidentes adversos, para lo cual hay que detectarlos, clasificarlos, codificarlos, difundirlos, indicar alternativas de solución y verificar que estas se den o en su defecto sancionarlas.⁽¹²⁾

Perfiles de enfermería. Se conoce como perfil al conjunto de cualidades y características que de acuerdo a los conocimientos, habilidades, aptitudes y valores le permiten a una persona asumir las actitudes y competencias requeridas en una responsabilidad definida.

Conjunción del nivel de dominio disciplinar, resultado de una formación académica y del grado de competencia para el ejercicio laboral, traducido en una categorización de funciones, intervenciones y acciones que puede y debe realizar el personal de enfermería. Esta definición incluye tanto el conocimiento de la disciplina como los requerimientos de la práctica, traducidos en responsabilidades de enfermería. [...] Para cumplir con este propósito, el de diferenciar el trabajo profesional del no profesional, esta definición de perfiles, incluyó cinco niveles de dominio en orden de menor a mayor en función de la preparación académica. Así mismo, cada nivel contiene, una descripción general, los requisitos de formación académica, las aptitudes que definen su participación en la atención de los individuos sanos o enfermos en un medio hospitalario o comunitario; la ubicación laboral correspondiente, así como las funciones clasificadas en asistenciales, administrativas, docentes y de investigación, mismas que pueden ser calificadas como sustantivas o adjetivas dependiendo de la prioridad que tienen para cada uno de los niveles. La función asistencial comprende acciones relacionadas con la atención directa a los usuarios de los servicios de enfermería. La función administrativa corresponde al rol de gestor de recursos necesarios y complementarios para el logro de los objetivos de los usuarios, de la organización y de los prestadores de los servicios. La función docente, se refiere principalmente a las actividades para la salud y las relacionadas con la educación continua o formación de los nuevos recursos. La función de investigador [...] Las funciones a su vez se desglosan en intervenciones; consideradas como el tratamiento basado en el conocimiento y juicio que genera un profesional de enfermería en beneficio de los usuarios. Las intervenciones incluyen tanto cuidados directos como indirectos dirigidos a la persona, familia y comunidad, que tienen una connotación diferente, según el grado de responsabilidad y de toma de decisiones o autonomía en el cuidado que tiene el sujeto que las realiza, por lo que se denominan dependientes, interdependientes e independientes. A) dependientes: son aquellas que deben ser llevadas a cabo generalmente por personal no profesional o en formación y se realizan bajo supervisión del profesional de enfermería o por prescripción de otro profesional del área de la salud. B) interdependientes: son aquellas que el profesional de enfermería realiza en coordinación con otros de los profesionales del área de la salud. C) independientes: son aquellas que el personal de enfermería lleva a cabo bajo su propio juicio profesional y son asumidas exclusivamente por personal profesional. Las actividades con acciones específicas que se realizan



para operar una intervención, por tanto cada actividad de enfermería se convierte en una acción concreta, necesaria para llevar a la práctica una intervención, a través de una serie de actividades. Con base en este esquema de organización se presentan de forma sintética que definen a cada uno de los niveles de dominio.

Nivel I enfermera no profesional. Descripción genérica: es el personal de enfermería que colabora directamente con el profesional de nivel técnico o licenciatura en la atención del paciente, familia o comunidad. Se caracteriza por una formación incompleta en enfermería o por acreditar estudios mínimos no profesionales, por ello su nivel de dependencia técnica. Formación académica: de preferencia mínimo dos semestres en la carrera de enfermería de nivel técnico o licenciatura. Aptitudes: es competente para ejecutar procedimientos de mínima complejidad y siempre bajo la supervisión de la enfermera titulada. Ubicación laboral: auxiliar de enfermería. Función sustantiva: asistencial. Actividades: dependientes. Proporciona información general que contribuya a valorar el estado de salud de la persona, familia o comunidad, identifica datos que coadyuven en la formulación del diagnóstico de enfermería, aporta información para determinar el plan de atención de enfermería, participa en la ejecución de actividades menores delegadas por el personal titulado, colabora con la enfermera titulada en la provisión de cuidados generales para cubrir las necesidades de comodidad e higiene del paciente, colabora con la enfermera titulada en la realización del proceso de esterilización, conservación y distribución del material y equipo, colabora con la enfermera titulada en la ejecución de actividades de mínima complejidad en programas prioritarios de prevención, promoción de la salud, saneamiento básico, así como de educación para la salud en la comunidad, informa al personal profesional de enfermería de las actividades realizadas y de los resultados obtenidos.

Nivel II, enfermera técnica. Descripción genérica: es el personal de enfermería que, por su formación teórico-práctica, es responsable de ejecutar procedimientos derivados de la prescripción médica y de la aplicación del proceso de atención de enfermería en sus diferentes etapas. Su nivel de competencia está determinado principalmente por la realización de intervenciones dependientes e interdependientes en ambiente hospitalario o comunitario. Formación académica: tres años de estudios de enfermería a nivel técnico. Aptitudes: es competente para ejecutar cuidados generales de enfermería, así como de la aplicación de intervenciones emanadas de la función docente y administrativa. Ubicación laboral: enfermera técnica. Función sustantiva: asistencial. Funciones adjetivas: administrativa y docente. Intervenciones: dependientes e interdependientes. Participa en la identificación de necesidades y problemas de salud de la persona, familia o comunidad. Obtiene información sobre el estado de salud de las personas y utiliza instrumentos de recolección de datos para su conformación, colabora en la determinación de intervenciones correspondientes con los diagnósticos de enfermería, ejecuta el plan de cuidados a través de la aplicación de procedimientos básicos o de mediana complejidad, colabora en la evaluación de la atención y en el cumplimiento del plan de cuidados de los pacientes, colabora en la planeación y organización de las actividades administrativas relacionadas con el cuidado y con el funcionamiento de los servicios, colabora en la integración de equipos de trabajo interprofesional que garanticen la calidad de la atención, participa en la detección de necesidades de educación en la salud de las persona, familia y comunidad, colabora en la implementación de programas de enseñanza clínica y de educación continua, colabora en la ejecución de programas de mejora continua en los servicios de enfermería.

Nivel III enfermera técnica especializada. Descripción genérica: es el personal de enfermería que por su formación teórico-práctica en un área de especialidad médica o quirúrgica efectúa intervenciones interdependientes derivadas de la prescripción médica e intervenciones independientes como resultado de la aplicación del proceso de enfermería del área médica o quirúrgica. Formación académica: tres años de estudios de nivel técnico y un año de estudios posttécnicos de enfermería en un área de especialidad médica, quirúrgica, administrativa o docente. Aptitudes: es competente para valorar, planear y ejecutar cuidados de enfermería en personas sanas o enfermas con énfasis en la provisión de cuidados de enfermería técnico especializados en las áreas médico quirúrgicas, así como del desarrollo de intervenciones relacionadas con la gestión de los servicios de enfermería y con la educación continua en un medio hospitalario o comunitario. Ubicación laboral: enfermera técnica especializada. Función sustantiva: subordinada a la especialidad: asistencial, administrativa y docente. Funciones adjetivas: secundarias a la función sustantiva, administrativa, asistencial y docente. Intervenciones: interdependientes e independientes. Valora el estado de salud de la persona,



familia o comunidad e identifica necesidades relacionadas con la atención técnica especializada, formula diagnósticos de enfermería relacionados con las necesidades de atención técnico-especializada de enfermería de las personas bajo su cuidado, planea y desarrolla intervenciones técnico-especializadas independientes para el cuidado de las personas, realiza intervenciones de enfermería técnico-especializadas relacionadas con el cumplimiento del plan médico terapéutico, colabora en la implementación del proceso de gestión del cuidado, elabora informes y registros correspondientes al cuidado proporcionado y a las intervenciones sobre la gestión del cuidado [...]

Nivel IV enfermera general. Descripción genérica: es el profesional de enfermería formado con estudios de nivel superior que en el desarrollo de sus intervenciones aplica el pensamiento crítico y los conocimientos técnico-científicos y humanísticos. Sus decisiones son producto de la reflexión, análisis, interpretación de las relaciones causa – efecto. Su juicio clínico le permite prever y actuar anticipadamente ante cualquier situación que ponga en riesgo al paciente, familia o comunidad. Tiene aptitudes y habilidades para inducir a las personas hacia el mantenimiento de un estado de bienestar físico, mental y social. Formación académica: cuatro años de estudios de nivel superior en enfermería (Licenciatura en enfermería). Aptitudes: es competente para valorar, planear, ejecutar y evaluar el cuidado a las personas sanas o enfermas a través de la aplicación reflexiva del conocimiento en la detección oportuna de riesgos y daños a la salud, en la prevención de enfermedades, en la atención integral del individuo sano o enfermo y, en las complicaciones y rehabilitación física y emocional de los pacientes. Colabora en los procesos administrativo, educativo así como en la investigación. Ubicación laboral: enfermera general. Función sustantiva: asistencial. Funciones adjetivas: secundarias a la función sustantiva; administrativa, docente o de investigación. Intervenciones: independientes e interdependientes. Valora el estado de salud de las personas, familia o comunidad, identificando datos significativos que orienten la construcción de diagnósticos de enfermería. Formula diagnósticos de enfermería de las personas, familia o comunidad. Elabora planes de cuidados relacionados con los diagnósticos de enfermería de la persona, familia o comunidad, considerando la jerarquización y priorización de éstos. Realiza intervenciones para el cuidado integral de las personas, familias o comunidad. Evalúa los resultados de la implementación del plan de cuidados. Elabora informes y registros correspondientes al cuidado proporcionado. Elabora el plan de alta y enseña al paciente y familiares sobre los cuidados domiciliarios. Participa en la elaboración de protocolos de atención de enfermería. Identifica problemas relacionados con la práctica y propone temas de investigación. Participa y realiza estudios de caso en el ámbito hospitalario y en la comunidad. Analiza, interpreta y utiliza los resultados de la investigación en la práctica de enfermería. Colabora en la elaboración del diagnóstico situacional del servicio. Participa en los programas de educación continua del personal de enfermería. Asesora y supervisa a estudiantes de enfermería y de otras disciplinas del área de la salud. Planea y desarrolla programas de educación para la salud de la persona, familia y grupos comunitarios. Participa en la evaluación de la calidad de los servicios de enfermería y los programas de mejora continua. Colabora en la evaluación de las actividades realizadas en relación con el proceso educativo y administrativo. Participa en la evaluación de la productividad y efectividad de los programas comunitarios con base en indicadores de calidad de la atención a la salud.

Nivel V. enfermera especialista. Descripción genérica: es el personal de enfermería con estudios de especialidad de nivel superior en un área específica de la práctica profesional, que en sus intervenciones aplica el proceso lógico y reflexivo para desempeñarse competentemente en situaciones que demandan de la aplicación razonada del conocimiento técnico-científico y humanístico. Toma decisiones con base en la aplicación del proceso de enfermería y promueve la utilización de modelos innovadores y de nuevas técnicas en su especialidad para mejorar el cuidado, así como de la investigación de su práctica y la aplicación de hallazgos; tiene la capacidad para concertar cada una de sus intervenciones con otros profesionales que participan en el plan terapéutico. Formación académica: licenciatura en enfermería y de uno a dos años de estudios de una especialidad en enfermería. Aptitudes: es competente para valorar, planear, ejecutar y evaluar la atención de enfermería en un campo particular de la profesión, que le permite desempeñar roles como proveedor, investigador, educador y gestor del cuidado, en los procesos asistencial, de investigación, educativo y administrativo, con intervenciones independientes, en espacios de una mayor responsabilidad y autonomía, acordes con su formación profesional en la práctica especializada de enfermería. Ubicación laboral: enfermera especialista. Función sustantiva: determinada por el área de especialización; asistencial, administrativa, docente o de investigación. Funciones adjetivas: secundarias a la función



sustantiva; administrativa, asistencial, docente o de investigación. Funciones adjetivas: secundarias a la función sustantiva; administrativa, asistencial, docente o de investigación. Intervenciones: independientes e Interdependientes:valora el estado de salud de personas, familia o comunidad, reúne información significativa derivada de la percepción de las personas respecto de sus problemas de salud, de las prácticas sanitarias, y de las expectativas de los servicios de salud,formula diagnósticos de enfermería de la persona, familia o comunidad, involucrando a los usuarios y los documenta para elaborar el plan terapéutico,elabora planes de cuidados relacionados con los diagnósticos de enfermería de personas, familia y comunidad, jerarquizando y priorizando su implementación ,realiza intervenciones especializadas emanadas del plan de cuidados a personas, familias o comunidad, con problemas o necesidades de salud específicas, utiliza racionalmente la tecnología de acuerdo con la complejidad del cuidado,realiza protocolos o guías de intervenciones del cuidado especializado de enfermería,desarrolla y aplica modelos de atención hospitalaria y comunitaria para la provisión del cuidado especializado, desarrolla modelos de atención domiciliaria para la provisión de cuidados,supervisa las intervenciones realizadas por los colaboradores que integran el equipo de trabajo de enfermería, colabora en el desarrollo, implementación y evaluación del proceso de gestión del cuidado,evalúa las intervenciones comunitarias de enfermería,elabora informes y registros correspondientes a los procesos realizados, desarrolla procedimientos administrativos que permitan la optimización de recursos humanos, técnicos, materiales y financieros,desarrolla programas de educación para la salud de las personas, familias y comunidad. Participa en los programas de educación continua y capacitación del personal de enfermería, participa en la evaluación de la calidad de los servicios de enfermería y en los programas de mejora continua,evalúa la productividad y efectividad de los programas comunitarios con base en indicadores de calidad de la atención a la salud e identifica áreas de oportunidad en el servicio, participa en el desarrollo y coordinación de programas de mejora continua,asesora y supervisa al personal de enfermería en el proceso de atención de enfermería, en el proceso de gestión y en la metodología de la investigación al personal del servicio y al que se encuentra en formación,colabora en la elaboración del diagnóstico situacional del servicio,colabora en la integración y actualización de documentos técnico administrativo: diagnóstico situacional, programas, reglamentos, normas, , manuales, lineamientos etc, evalúa el cuidado especializado proporcionado con base en los objetivos de plan de atención y en la evolución del paciente,evalúa las intervenciones relacionadas con el proceso educativo y el de gestión,identifica problemas relacionados con la práctica profesional que requieran investigación,aplica la metodología de la investigación en la práctica de enfermería en el ámbito hospitalario y en la comunidad,incorpora hallazgos de la investigación en la práctica profesional

(13)

Cuidado de enfermería de alta complejidad: a los que se proporcionan al paciente que requiere de atención especializada. Usualmente, es en áreas de atención específica, donde comúnmente el cuidado es individualizado, se apoya con la utilización de equipos biomédicos de tecnología avanzada y personal de enfermería especializado en la rama correspondiente.

Cuidados de enfermería de baja complejidad: a los que se proporcionan al paciente que se encuentra en estado de alerta y hemodinámicamente estable, con mínimo riesgo vital o en recuperación de un proceso mórbido. El cuidado se enfoca a satisfacer las necesidades básicas de salud y de la vida cotidiana.

Cuidados de enfermería de mediana complejidad: a los que se proporcionan al paciente que se encuentra en un proceso mórbido que no requiere de alta tecnología; los cuidados se relacionan con el grado de dependencia de las personas para cubrir sus necesidades de salud. El personal de enfermería requiere contar con conocimientos, habilidades y destrezas para la atención integral del paciente, familia o comunidad. (14)

Intervenciones de enfermería dependientes: a las actividades que realiza el personal de enfermería por prescripción de otro profesional de la salud en el tratamiento de los pacientes, de acuerdo al ámbito de competencia de cada integrante del personal de enfermería.

Intervenciones de enfermería independientes: a las actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizado a realizar de acuerdo a su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren prescripción previa por otros profesionales de la salud.



Intervenciones de enfermería interdependientes: a las actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud; se llaman también multidisciplinarias, pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, entre otros.

Función asistencial: a las actividades que realiza el personal de enfermería acordadas, disponibles o posibles relacionadas con el cuidado directo o indirecto de las personas, familias o comunidades, según sea el caso y de acuerdo al ámbito de competencia del personal de enfermería.⁽¹⁵⁾

Enfermera (o) general: a la persona que obtuvo el título de licenciatura en enfermería expedido por alguna institución de educación del tipo superior, perteneciente al Sistema Educativo Nacional y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional correspondiente.

Enfermera (o) especialista: a la persona que además de reunir los requisitos de licenciado en enfermería, obtuvo el diploma de especialización en términos de las disposiciones jurídicas aplicables y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente, la cédula profesional de especialización correspondiente en un área específica de competencia.⁽¹⁶⁾

El personal de enfermería está obligado a: verificar oportunamente la existencia y funcionamiento óptimo que se utiliza para proporcionar el cuidado de enfermería y, en su caso, reportar los faltantes y las fallas que representen un riesgo para los usuarios de los servicios de salud o para el propio personal. En correspondencia, los establecimientos de atención médica proporcionarán los recursos necesarios de material y equipo, verificando con oportunidad el buen funcionamiento de los mismos. [...]

Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos, éticos y humanísticos de acuerdo a su ámbito de competencia.

Cumplir con las normas institucionales y de orden técnico en materia laboral, que apliquen el ámbito específico de su competencia, a fin de contribuir a la seguridad del usuario, la del equipo de salud, así como, para la conservación del medio ambiente.⁽¹⁷⁾

De la prestación de servicios de enfermería, aspectos particulares. Las actividades en apoyo a la atención de las necesidades básicas de comodidad e higiene del paciente o actividades relacionadas con la preparación de equipo y material, corresponden preferentemente al personal no profesional, quien debido a su nivel de capacitación debe ejecutar cuidados de baja complejidad delegados y supervisados por personal técnico o profesional de enfermería, su función primordial es de colaborador asistencial directo o indirecto de los profesionistas de la salud. El personal no profesional está facultado para realizar intervenciones de enfermería interdependientes.

La prestación de servicios de enfermería que corresponden a los profesionales técnicos de enfermería en el ámbito hospitalario y comunitario, dada su formación teórico-práctica son los cuidados de mediana complejidad, que los faculta para realizar acciones interdependientes derivadas del plan terapéutico e independientes como resultado de la aplicación del proceso atención enfermería. Su función sustantiva es asistencial y las adjetivas son de colaboración en las funciones administrativas y docentes. La prestación de servicios de enfermería de naturaleza independiente o interdependiente en un campo específico de la enfermería, corresponde a los técnicos especializados en enfermería, debido a que por su nivel académico, este personal está facultado para otorgar cuidados de mediana complejidad que han sido determinados como resultado de la valoración del equipo de salud y establecidos en el plan terapéutico. Su función sustantiva es asistencial en un campo específico y las adjetivas son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación.[...]

La prestación de los servicios de enfermería con predominio de acciones independientes derivadas de la aplicación del proceso de atención de enfermería en los ámbitos hospitalario o comunitario, corresponde al licenciado en enfermería, debido a que su formación de nivel superior lo faculta para desarrollar un plan de intervenciones que puede valorar, ejecutar y evaluar. Es capaz de interactuar de manera interdependiente y desarrollar acciones derivadas del plan terapéutico. Su nivel académico lo hace competente para otorgar cuidados de mediana



complejidad de predominio independientes. Cuenta con las competencias para colaborar en la formación de recursos humanos para la salud y para la realización de investigaciones de predominio operativo. Su función sustantiva es asistencial y las adjetivas son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación.

La prestación de servicios de enfermería con predominio de acciones independientes derivadas de la aplicación del proceso de atención de enfermería en los servicios especializados de la atención a la salud, corresponde al personal de enfermería con estudios de posgrado en un área específica de la práctica profesional, debido a que cuenta con los conocimientos necesarios para desarrollar un plan de intervenciones independientes que pueda valorar, ejecutar y evaluar proporcionando cuidados de alta complejidad que se deriven del plan terapéutico interdisciplinario. Su ámbito de aplicación son unidades hospitalarias o comunitarias. Aplica modelos tendientes a incrementar la calidad del cuidado, promueve la utilización de modelos y técnicas innovadoras en su especialidad, así como la investigación de su práctica y la aplicación de hallazgos, incluyendo relaciones o colaboraciones interdisciplinarias o multidisciplinarias con profesiones vinculadas a la práctica de enfermería o a un tema o área de investigación aplicada. Su función sustantiva es la asistencial y las adjetivas son las docentes, de administración y de colaboración en proyectos de investigación. (18)

Definiciones. Tecnovigilancia: contempla a todos los incidentes adversos y potenciales que se presenten en la República Mexicana con dispositivos médicos tanto de fabricación nacional como importados que ostenten registro sanitario, así como aquellos que ocurran fuera del territorio nacional siempre que conlleven a una acción correctiva relacionada con el dispositivo médico registrado en territorio nacional. (19)

Dispositivo médico: cualquier instrumento, aparato, implemento, máquina, artefacto, implante, material u otro artículo similar o relacionado, usado solo o en combinación, incluidos los accesorios y el software necesarios para su correcta aplicación propuesta por el fabricante en su uso con seres humanos para: a) diagnóstico, prevención, monitoreo, tratamiento del alivio de enfermedades y/o de una lesión, b) investigación, sustitución o soporte de la estructura anatómica de un proceso fisiológico, c) apoyo, sostenimiento de la vida, control de la natalidad, desinfección de dispositivos médicos, examen in-vitro de muestras derivadas del cuerpo humano, y que no cumple su acción básica en o sobre el cuerpo humano por medios farmacológicos, inmunológicos o metabólicos, pero que puede ser asistido en sus funciones por dichos medios. (20)

Incidente adverso. Evento no deseado que puede o no estar asociado casualmente con uno o más dispositivos médicos relacionado con la identidad, calidad, durabilidad y seguridad de los mismos que puede ocasionar o contribuir a la muerte o a un deterioro grave de la salud. No considera a los derivados del mal uso o de uno distinto al recomendado por el fabricante.

Clasificación de los incidentes adversos según la Organización Mundial de la Salud: graves; ponen en peligro la vida de la paciente, moderado; modifican las actividades diarias normales, leves; no modifican la calidad de vida del paciente ni sus actividades diarias normales. La COFEPRIS al igual que la FDA establecen la siguiente clasificación: 1) probabilidad de ocasionar eventos serios o de muerte cuando se uso o se está expuesto (graves), 2) Uso o exposición puede ocasionar condiciones adversas medicamente reversibles o temporales o consecuencias serias remotas (moderado), 3) Uso o exposición es mínimo probable que presente condiciones adversas (leves). (21)

Bitácora. Instrumento de registro, en donde se inscriben, en hojas foliadas consecutivas, las acciones de revisión o de servicio que realiza el personal encargado y la fecha de realización. (22)

Llevar a cabo el mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura física, instalaciones, equipamiento mecánico y electromecánico del establecimiento, de acuerdo con los estándares recomendados por el fabricante, su vida útil y las necesidades de la unidad operativa, asimismo, registrarlos en las bitácoras de control. El personal que opera los equipos, debe comprobar documentalmente haber recibido capacitación en el uso, conservación y mantenimiento de los equipos que opera, según corresponda. (24)

El mantenimiento preventivo y correctivo del equipo médico, electromédico y de alta precisión, deberá llevarse a cabo de acuerdo con los estándares recomendados por el fabricante, su vida útil



y las necesidades de la unidad hospitalaria, dichas acciones, deberán ser registradas en las bitácoras correspondientes.⁽²⁵⁾

Estado agudo crítico, a la existencia de alteraciones fisiológicas que ponen en peligro inmediato la vida de los pacientes que presentan enfermedades con posibilidades razonables de recuperación.

Paciente en estado agudo crítico, aquel que presenta alteración de uno o más de los principales sistemas fisiológicos, con pérdida de su autorregulación, que requiere soporte artificial de sus funciones vitales, asistencia continua y que es potencialmente recuperable.⁽²⁶⁾

Módulo de cuidados intensivos neonatales, al lugar delimitado físicamente con su respectiva área tributaria, donde se ubican el mobiliario y equipamiento necesarios para la atención del neonato en estado agudo crítico.

Neonatología, a la rama de la medicina que tiene como objetivo principal la atención de los estados fisiopatológicos que ponen en peligro inmediato la vida, una función o el desarrollo en la etapa neonatal.⁽²⁷⁾

Unidad de cuidados intensivos o terapia intensiva, al área de hospitalización, en la que un equipo multi e interdisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado agudo crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento. ⁽²⁸⁾

El médico responsable de la Unidad de Cuidados Intensivos tiene las siguientes obligaciones: dominar los aspectos técnicos de todo el equipo médico de la unidad: [...] Diseñar, elaborar y participar en los programas de capacitación, adiestramiento y actualización, dirigidos al personal profesional y técnico el área de la salud del servicio a su cargo. Establecer las políticas de calidad y seguridad correspondientes, supervisar la aplicación de instrumentos de control administrativo, para el aprovechamiento óptimo de los recursos humanos, materiales y tecnológicos disponibles; asegurar en dicho servicio, la vigencia y disponibilidad para consulta, en formato impreso o electrónico, los siguientes documentos: bitácora de mantenimiento predictivo, preventivo y correctivo del equipo [...] manuales de funcionamiento de los equipos del servicio.⁽²⁹⁾

Criterios generales de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos y pediátricos: [...] pacientes que tienen insuficiencia o inestabilidad de uno o más de los sistemas fisiológicos mayores, con posibilidades razonables de recuperación, pacientes que presentan alto riesgo: estabilidad en peligro de sistemas fisiológicos mayores con requerimiento de monitoreo, pacientes con la necesidad de cuidados especiales o especializados, que solo pueden ser brindados en la UCI, [...] Prioridad 1: paciente en estado agudo crítico, inestable, con la necesidad de tratamiento intensivo y monitoreo.⁽³⁰⁾

Se debe conocer y dirigir metodológicamente el análisis causa-raíz el evento adverso, seleccionar los participantes para el análisis: a) relacionados con el evento: personal operativo; personas de diferentes disciplinas para reconstruir los hechos, b) responsables del área c) directivos y líderes. Paso 1.- leer y evaluar el expediente clínico, hacer el mapa del proceso de atención del paciente, realizar recorridos en el área donde ocurrió el evento para detectar riesgos y problemas involucrados. Paso 2.- entrevista a los participantes en la versión de los hechos, completar el proceso de atención del paciente con los datos de la entrevista. 3.- analizar la información y las causas con los jefes de área, respaldarlo bibliográficamente, realizar un resumen del caso y retroalimentar a los directivos, establecer las soluciones [...]

Mediante la entrevista y la información mínimo se debe investigar: a) condiciones del paciente, b) factores individuales (de las personas involucradas en el incidente): factores psicológicos, relaciones en el trabajo, problemas personales, c) factores relacionados con las tareas: existencia o no de protocolos, documentos de procedimientos así como si están al día, d) factores relacionados con la comunicación: verbal, escrita, adecuada, confusa, tardía, e) factores relacionados con el equipo de trabajo: cohesión del equipo, estilo de dirección, estructura jerárquica, percepción de las funciones de cada uno, f) factores relacionados con la formación y el aprendizaje; competencia profesional, programas de formación continua: para el desarrollo de las tareas y para efectuar en circunstancias de emergencia, g) factores relacionados con el equipamiento y recursos, incluye el mantenimiento y almacenamiento del material, así como la



idoneidad del equipamiento para sus fines, el conocimiento de como usarlo, también la distribución del personal, h) factores relacionados con las condiciones de trabajo y del medio ambiente (entorno), se deben de investigar los factores que pueden afectar a la capacidad de desarrollar la función en óptimas condiciones en el lugar de trabajo, e incluye analizar si hubo distracciones, interrupciones, la temperatura, la luz, el ruido, el espacio disponible.⁽³²⁾

Lesiones originadas por electricidad: “quemadura”: puede tener tres orígenes: el calor que desarrolla el efecto Joule, las chispas eléctricas que se desprenden cuando el cuerpo de la víctima actúa como un arco voltaico [...] en estos casos, las quemaduras son análogas a las producidas por cualquier otra fuente de calor, pudiendo aparecer en cualquiera de sus grados: eritema, vesícula, escara etc. Estas quemaduras pueden alcanzar distinta profundidad: cutánea, muscular, visceral y ósea [...] Patogenia: la acción de la corriente es altamente compleja; en ella se pueden reconocer efectos térmicos, mecánicos, químicos etc..no siempre separables, ni identificables, en la víctima. Con independencia de su naturaleza íntima, los efectos de la electricidad sobre el organismo pueden agruparse en dos apartados: efectos locales y efectos generales. [...] Accidentes eléctricos. Se dice que un cuerpo tiene carga positiva, cuando predominan en él los protones sobre los electrones, y carga negativa, cuando por el contrario predominan los electrones sobre los protones. Cuando dos cuerpos de distinta concentración electrónica se unen por un conductor, los electrones al pasar de un átomo a otro dan lugar a la corriente eléctrica. [...] Por otra parte, cuando se produce una descarga eléctrica el individuo que la recibe se convierte en conductor, ofreciendo una resistencia [...] en consecuencia, serán tanto mayores los efectos generales de la corriente cuanto mayor sea el voltaje y menor la resistencia de la piel, que es la capa con la que primero contacta la corriente eléctrica. Si la piel está mojada o deteriorada, los efectos de la corriente son mucho más intensos. A su vez, el paso de la corriente eléctrica a través de un conductor genera calor, siendo este proporcional a la resistencia que el conductor opone, al cuadrado de la intensidad y al tiempo durante el cual pase el conductor; la producción de calor por este mecanismo se llama “efecto Joule”.

Lesiones originadas por electricidad: “marca eléctrica” es también llamada lesión electroespecífica” de Jellinek. Cuando la resistencia de la piel ha sido muy pequeña, aparece macroscópicamente insignificante, por lo que hay que buscarla con gran atención e incluso con lupa en toda la superficie corporal. Fue magistralmente descrita por Jellinek atribuyéndole unas características que se esquematizan a continuación: a) reproduce el objeto conductor causante de la marca, b) su color es blanco amarillento y su consistencia firme. Aparece como incrustada, a modo de la huella que dejaría un sacabocados, por lo que los bordes sobresalen y el centro está deprimido, c) hay ausencia de rubicundez e inflamación; es indolora, d) la placa se elimina con escasa secreción, de una vez o por fragmentos, e) la cicatrización es fácil, favorable. El tejido cicatrizal neoformado no tiene tendencia retráctil, f) la profundidad de la lesión es variable. En los casos extremos se producen enormes destrucciones que sobrepasan incluso el plano óseo y llegan a hacer desaparecer porciones completas de una extremidad. En el transcurso de la curación se sobrepasan de ordinario los límites de la lesión primitiva, tanto en extensión como en profundidad, eliminándose los tejidos afectados en forma de necrosis aséptica (gangrena) proceso en el que se afectan zonas que parecían indemnes al principio [...]⁽⁷⁾

Evento adverso: daño sufrido por el paciente, como consecuencia del proceso de atención. Cuando el daño sufrido por el paciente es particularmente grave, como para poner en riesgo crítico su salud o su vida y dejarle secuelas temporales, o permanentes, se denomina evento centinela y la Joint Commission on Health Care Accreditation lo define de la siguiente manera: Evento centinela: daño severo para la salud o la vida del paciente con riesgo de muerte y consecuencias graves, o la posibilidad de sufrirlas a futuro. ⁽²³⁾

Los eventos adversos[...] pueden presentarse por falla en la estructura y en los sistemas, incluyendo recursos físicos y tecnológicos, en el mantenimiento, organización, comunicación, personal, capacitación, procesos no estandarizados, falta de supervisión y otros.⁽³⁴⁾

Causas de eventos adversos y eventos centinela. En atención a las causas, los eventos adversos pueden ser prevenibles y evitables, o bien, inevitables: cuando sus causas no son conocidas, no pueden ser modificadas y pueden estar relacionadas o no con un error.⁽³⁵⁾

Pacientes que presenten alto riesgo: estabilidad en peligro de sistemas fisiológicos mayores con requerimiento de monitoreo.⁽³⁶⁾



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

Cuidados de enfermería de alta complejidad Son los que se proporcionan al paciente que requiere de atención médica o quirúrgica especializada. Usualmente su manejo es en áreas de cuidados intensivos o intermedios donde comúnmente utilizan equipos biomédicos de tecnología avanzada⁽³⁷⁾

CITAS BIBLIOGRÁFICAS.

M. Catellano Arroyo. Lesiones por agentes físicos. En Juan Antonio Gisbert Calabuig. Medicina Legal y Toxicología. 4ª ed. Barcelona: Salvat; 1992. p 336-356.

M. Catellano Arroyo. Lesiones por agentes físicos. En Juan Antonio Gisbert Calabuig. Medicina Legal y Toxicología. 4ª ed. Barcelona: Salvat; 1992. p 336-356.

M. Catellano Arroyo. Lesiones por agentes físicos. En Juan Antonio Gisbert Calabuig. Medicina Legal y Toxicología. 4ª ed. Barcelona: Salvat; 1992. p 336-356.

5.1 Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. DOF: 02/09/2013.

4.14.2 Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. DOF: 02/09/2013.

5.6, 5.7.2, 5.7.3 Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. DOF: 02/09/2013.

M. Castellano Arroyo. Lesiones por agentes físicos. Medicina Legal y toxicología de Juan Antonio Gisbert Calabuig. México. 1991. Ed 4ª Salvat. 336-356.

CENETEC. Guía Tecnológica No 2. Cuna de calor radiante. 2004.

CENETEC. Guía Tecnológica No 2. Cuna de calor radiante. 2004.

CENETEC. Guía Tecnológica No 2. Cuna de calor radiante. 2004.

CENETEC. Guía Tecnológica No 2. Cuna de calor radiante. 2004.

Tecnovigilancia. Sistema de vigilancia de dispositivos médicos. Mail: eescandón @salud.gob.mx. M.E.A. Escandón. B.G. Olbera. A. Velásquez. Secretaría de Salud/Subsecretaría de innovación y calidad. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en México (CENETEC).Subdirección de Ingeniería Biomédica.Distrito Federal México. 2007.

Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad.Perfiles de enfermería. 2005

4.2 Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. DOF: 02/09/2013.

4.7.1,4.7.2,4.7.3,4.9 Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. DOF: 02/09/2013.

4.13.1, 4.13.2 Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. DOF: 02/09/2013.

5.8, 5.8.1, 5.8.3, 5.9 Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. DOF: 02/09/2013.

6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. DOF: 02/09/2013

Tecnovigilancia. Sistema de vigilancia de dispositivos médicos. Mail: eescandón @salud.gob.mx. M.E.A. Escandón. B.G. Olbera. A. Velásquez. Secretaría de Salud/Subsecretaría de innovación y calidad. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en México (CENETEC).Subdirección de Ingeniería Biomédica.Distrito Federal México. 2007.



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

Tecnovigilancia. Sistema de vigilancia de dispositivos médicos. Mail: eescandón @salud.gob.mx. M.E.A. Escandón. B.G. Olbera. A. Velásquez. Secretaría de Salud/Subsecretaría de innovación y calidad. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en México (CENETEC).Subdirección de Ingeniería Biomédica.Distrito Federal México. 2007.

Tecnovigilancia. Sistema de vigilancia de dispositivos médicos. Mail: eescandón @salud.gob.mx. M.E.A. Escandón. B.G. Olbera. A. Velásquez. Secretaría de Salud/Subsecretaría de innovación y calidad. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en México (CENETEC).Subdirección de Ingeniería Biomédica.Distrito Federal México. 2007.

4.15. Norma Oficial Mexicana NOM Mexicana NOM 197-SSA1-2000. Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

Dr. Carlos Moreno Alatorre. Evento centínela y error médico en anestesiología. Rev mexicana de anestesiología; vol (34) p 246-250.

5.1.13 Norma Oficial Mexicana NOM - 016-SSA 3-2012. Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. D.O.F 08/01/13.

5.1.13.1. Norma Oficial Mexicana NOM - 016-SSA 3-2012. Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. D.O.F 08/01/13.

4.5, 4.9 Norma Oficial Mexicana-025-SSA3-2013. Para la organización y funcionamiento de cuidados intensivos. DOF 17/09/13.

4.7, 4.8 Norma Oficial Mexicana-025-SSA3-2013. Para la organización y funcionamiento de cuidados intensivos. DOF 17/09/13.

4.10 Norma Oficial Mexicana-025-SSA3-2013. Para la organización y funcionamiento de cuidados intensivos. DOF 17/09/13

5.3.1.5.3.1.1.5.3.1.3, 5.3.1.4.5.3.1.5.1.5.3.1.5.5 Norma Oficial Mexicana-025-SSA3-2013. Para la organización y funcionamiento de cuidados intensivos. DOF 17/09/13

5.5, 5.5.1.1.1, 5.5.1.1.1, 5.5.1.1.2, 5.5.1.1.3, 5.5.1.2.1. Norma Oficial Mexicana-025-SSA3-2013. Para la organización y funcionamiento de cuidados intensivos. DOF 17/09/13

Pedro Ruíz López. Análisis de causa raíz, útil para la prevención de errores. Rev Calidad Asistencial.2005; (20) 2: 71-8

CENETEC. Guía Tecnológica No 2. Cuna de calor radiante. 2004.

Héctor Gerardo Aguirre Gas. Felipe Vázquez Estupiñan. El error médico. Eventos adversos. Rev Cir Ciruj (74) 495-503

Héctor Gerardo Aguirre Gas. Felipe Vázquez Estupiñan. El error médico. Eventos adversos. Rev Cir Ciruj (74) 495-503

5.5.1.1.2 Norma Oficial Mexicana-025-SSA3-2013. Para la Organización y funcionamiento de cuidados intensivos. DOF 17/09/13

4.13 Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. DOF: 02/09/2013.

SUSTRATOTEÓRICO.

Antes de proceder al abordaje del caso a estudio, esta Comisión estima pertinente hacer algunas precisiones de índole metodológica, para la cabal comprensión del asunto motivo de la opinión



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

médica y así evitar falsas apreciaciones. El objeto del presente, es el de apreciar elementos periciales acerca del cumplimiento o incumplimiento por el personal de salud, de las obligaciones inherentes al servicio médico en la atención del paciente y de ninguna suerte pronunciarse respecto de responsabilidad. (Esto último es atribución de las autoridades).

De igual modo, es el propósito contribuir a la apreciación de hechos médicos para ilustrar a las autoridades, sin imputar a nadie hecho u omisiones en síntesis, el objetivo es coadyuvar desde el ángulo médico a esclarecer hechos.

No se trata del mero punto de vista del signatario (mero delegado institucional) sino del criterio institucional en uso de la autonomía técnica de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, al tenor del artículo 1º de su Decreto.

Las evidencias analizadas son las que puso a disposición de la Comisión la autoridad peticionaria.

En esta inteligencia, atendiendo a la correcta interpretación de la *lex artis* médica, hemos de ponderar que si bien, pueden plantearse objetivos médicos para cada etapa del proceso de atención e incluso a título de finalidad del tratamiento, no puede hablarse de exigibilidad de resultados: en efecto la medicina es una ciencia rigurosa, pero no exacta, por ello es imprescindible esclarecer, en el caso, y atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar del acto médico en concreto, si los medios empleados son los exigibles en términos de la literatura médica y si del estudio aparecen elementos que sugieran buena o mala praxis.

Es necesario enfatizar, que la normativa aplicable solo obliga a adoptar las medidas necesarias para alcanzar el objetivo planteado, en términos de la literatura médica, más no a obtener el objetivo, esto es un criterio universalmente aceptado en el derecho sanitario y la *lex artis* médica.

El paciente espera el resultado y podrá obtenerlo pero no exigirlo, aunque sí tiene derecho a que la atención médica sea prestada con pericia y diligencia.

En las obligaciones de medios como el personal de salud no puede prometer un resultado, solo se observará omisión cuando obró sin la pericia, diligencia o el cuidado que la naturaleza de la obligación exige tener.

Siempre existe un riesgo inherente al acto médico, quizás perfectamente evaluable estadísticamente, pero imprevisible en lo individual. Hay una zona progresiva de certidumbre que la diligencia y la pericia del médico logran vadear; pero existe así mismo una zona de incertidumbre, en la cual se mantiene el riesgo, sin existir por ello mala praxis.

A mayor abundamiento, la historia natural de la enfermedad, en principio, es la que genera las afecciones del paciente, y no siempre es posible con los alcances de la medicina, evitar la progresión de las complicaciones inherentes al proceso patológico o bien los procesos se encuentran en periodo subclínico (sin signos y síntomas específicos), incluso en algunos casos, nunca llegan a dar problemas.

Así también, es menester señalar que, en ocasiones, la propia historia natural de la enfermedad impide el uso de medios diagnósticos, terapéuticos y rehabilitatorios.

De lo anterior se sigue que no siempre el estado de salud del paciente depende del acto médico; por ello sería indebido atribuir invariablemente el personal de salud las manifestaciones orgánicas del paciente.

Los elementos estudiados en el presente informe quedarán sujetos a la apreciación de las autoridades correspondientes, en el entendido de que, habrán de sugerirse hipótesis médicas a comprobar durante la averiguación previa de base.

IV.- CONCLUSIONES.

Existió incumplimiento al deber de cuidado en la atención médica brindada a la paciente --- el 27/09/13, por parte del equipo multidisciplinario, así como del establecimiento de salud, teniendo como puntos críticos:



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

- a) La designación del personal de enfermería sin perfil competente para el área, por parte de las autoridades correspondientes del establecimiento de salud.
- b) No obstante, la no exigibilidad de la conducta de la enfermera por su perfil, en el cuidado de enfermería de alta complejidad, sí le era exigible la detección del evento.
- c) No se tienen elementos para poder ponderar el peso de incumplimiento del servicio de mantenimiento/equipo.

La presente opinión médica institucional se emite al leal saber y entender de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, y en ejercicio de su autonomía técnica contiene el criterio institucional, no se trata de la mera apreciación del signatario a título de perito persona física; debe ser evaluado por la parte peticionaria a la luz de sus atribuciones y en el contexto de las pruebas y alegaciones desahogadas durante el procedimiento.

Deberá tenerse por ratificada desde su firma, para efectos de ampliar la información será menester solicitarlo por escrito a fin de que éste órgano desconcentrado pueda obtener la información necesaria, agotar su protocolo institucional y dar respuesta a la solicitud de información ulterior por la misma vía; en el entendido de tratarse de un peritaje institucional, hacemos notar que la institución no tiene posibilidad de trasladar personal al interior del Estado y solo bajo la condiciones anteriores ha aceptado rendir en presente opinión.

El signatario del presente lo hace a título de Comisionado Institucional facultado expresamente para ello.

III. Por todo lo anterior, en el presente caso se transgredieron los siguientes ordenamientos legales e instrumentos internacionales:

1.- EN CUANTO AL DERECHO A LA SALUD:

El artículo 4º, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que:

Artículo 4º. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Adicionalmente, existen distintos tratados internacionales que forman parte de la normatividad aplicable en el Estado mexicano, en los que se reconoce el derecho a la salud como aquél que tiene toda persona al disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, para asegurar el ejercicio pleno de las capacidades del ser humano, lo cual permita tener una calidad de vida digna, entre ellos se encuentran en el artículo los artículos 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde se establece que dentro de las condiciones para el mejoramiento de vida de las personas, está el derecho a la salud, y en este rubro ocupa un lugar primordial, el derecho a la salud infantil:



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Pues en el mismo sentido también se prevé en los numerales 12, párrafos 1 y 2 inciso d), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹;

Artículo 12

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

De igual manera, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en su artículo XI, menciona:

Artículo XI. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

No obstante el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), establece:

Artículo 10

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

(...)

¹ Aprobado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, mediante Resolución 2200(XXI), el 16 de diciembre de 1966. Aprobado por el Senado de la República el 18 de diciembre de 1980 y publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de mayo del mismo año.



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

(...)

(...)

f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Es así que la protección a la salud implica que el Estado a través de sus distintos órganos debe llevar a cabo todas las medidas tendientes para su defensa, pues al respecto, la Observación General 14 de la Organización de las Naciones Unidas, relacionada con el derecho al disfrute del más alto nivel de salud señala que:

1. La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.

8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. (...) entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

11. El Comité interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. (...)²

Mientras que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales al interpretar el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales mediante la Observación General número 14, sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, aclara que se debe entender por servicios de salud de calidad:

12. (...) Calidad: Además de ser aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas. (...)³

² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, Observación General 14, El derecho al disfrute del más alto nivel (artículo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), Párr. 1, 8 y 11.

³ Observación General número 14 E/C.12/2000/4 del Consejo Económico, Social y Cultural de las Naciones Unidas sobre el Derecho al Disfrute del más Alto Nivel Posible de Salud (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales). Ginebra, Suiza. 25 de abril al 12 de mayo de 2000. Párrafo 12, inciso d.



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

Asimismo, los artículos 2º fracción II y V; así como 51, de la Ley General de Salud establece los propósitos del derecho a la protección de la salud.⁴

Artículo 2º. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

(...)

(...)

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

(...)

Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

2.- EN CUANTO A LOS DERECHOS DEL NIÑO:

La declaración de los Derechos del Niño indica⁵:

Principio 4.

El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y posnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

Inclusive, la Convención sobre los Derechos del Niño establece en su artículo 3⁶:

Artículo 3.

1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.

2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.

3. Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.

⁴ Ley General de Salud. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, artículo 2.

⁵ En 1959, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración de los Derechos del Niño. Este reconocimiento supuso el primer gran consenso internacional sobre los principios fundamentales de los derechos del niño.

⁶ Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989, Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49.



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

3.- EN CUANTO A LA RESPONSABILIDAD DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS:

Es así que esta Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, confirmó, sin lugar a dudas, que Juana Lorenza Pérez Cano, enfermera general adscrita a la Dirección General de los Servicios de Salud del Estado de Hidalgo, transgredió el derecho humano a la salud de ---, debido a su **impericia**, es decir a la falta de conocimientos técnicos básicos e indispensables que debía tener obligatoriamente para la atención de los pacientes neonatos, ya que se trata de una enfermera general (licenciada en enfermería) que por ser nivel IV, no cubría las competencias necesarias como era la realización de intervenciones especializadas emanadas del plan de cuidado, motivo por el cual, las quemaduras que sufrió --- fueron por la alta temperatura y falta de vigilancia, ya que la cuna térmica de calor radiante, es un dispositivo médico que efectivamente contempla como uno de los riesgos en su uso la hipertermia extrema que puede llevar a consecuencias fatales, lo cual pudo ser confirmado a través de la declaración de la enfermera ---, quien se encontraba en el área de respiratorios el veintisiete de septiembre de dos mil trece, al declarar ante esta Comisión, que había llegado una enfermera de nombre Edith, quien acudió a saludar a su compañera --- cuando se encontraba en el área de Respiratorios del hospital General de Pachuca de Soto y se puso a platicar con ella, motivo por el cual se descuidó y de no haber entrado al área de Respiratorios ---, madre de ---, la recién nacida hubiera convulsionado por hipertermia (aumento de la temperatura en su cuerpo), bronco aspiración por el exceso de saliva que tenía y la muerte por desequilibrio hidroelectrolítico, es decir muerte por deshidratación.

De igual forma, ---, subdirectora del área de Enfermería del hospital General de Pachuca de Soto, es responsable al designar personal de enfermería sin perfil competente para el área de respiratorios, donde se encontraban los recién nacidos, mencionando que son las autoridades del establecimiento de salud quienes designan al personal de acuerdo a sus competencias y perfil correspondiente, así como el proporcionar los recursos necesarios de material y equipo, verificando con oportunidad el buen funcionamiento de los mismos, motivo por el cual, mediante el oficio 433/2013, de fecha tres de octubre de dos mil trece, signado por el médico ---, jefe del Servicio de Pediatría del Hospital General de Pachuca de Soto, le solicitó a la subdirectora del área de Enfermería lo siguiente:

Como es de su conocimiento el evento centinela presentado el día viernes 27 de septiembre del año en curso, en el turno matutino, donde está involucrada una enfermera de contrato quien no tiene experiencia en el manejo de los pacientes pediátricos. Quiero solicitarle nuevamente que el



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

personal que asigne a las áreas pediátricas y sobre todo, en áreas donde se manejen recién nacidos, sean enfermeras pediátricas o en su defecto personal con perfil para la atención de ese tipo de pacientes. Ya que de lo contrario hay un alto riesgo de que ese tipo de eventos adversos se repitan, perjudicando directamente a los pacientes.

Por lo que en virtud que al descuidar su actuar, omitieron conscientemente no sólo cumplir con la función pública para la cual fueron designadas, por lo que incurrieron en responsabilidad la cual es la obligación que tiene toda persona de responder por los hechos o actos en que participe, cuando los mismos han sido origen de un daño en las personas o cosas; significando, reparar, satisfacer y compensar aquel evento negativo en el curso del quehacer diario con motivo de actos, omisiones y errores, ya sean voluntarios o involuntarios.

Al respecto el artículo 2606 del Código Civil para el Estado Libre y Soberano de Hidalgo establece:

Artículo 2606.- El que preste servicios profesionales, sólo es responsable, hacia las personas a quienes sirve, por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de las penas que merezca en caso de delito.

La responsabilidad civil objetiva, también llamada por riesgo creado, es de señalarse que su configuración esta ajena a toda calificación de culpa, es decir, se apoya sólo en un dato aparente, objetivo, como es el hecho de causar un daño, por la utilización de un objeto peligroso que crea un estado de riesgo para los demás, es decir, no interesa para la responsabilidad civil objetiva que exista una conducta ilícita de quien causa el daño, basta que se demuestre que por el uso de un objeto peligroso, que se produjo un daño a una persona y que exista nexo causal, para entonces dar lugar al reclamo de indemnización.

De igual manera la responsabilidad profesional se refiere a la obligación que tienen de responder por sus actos aquellos que ejercen una profesión determinada, entendiéndose por ésta, la realización habitual a título oneroso o gratuito de todo acto o la prestación de cualquier servicio propio de cada profesión, es decir, la capacidad calificada con la que la persona realiza su vocación dentro de un trabajo elegido y que tiene un reconocimiento oficial por parte del Estado.

Inclusive la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos para el Estado de Hidalgo, en su artículo 47, fracción I, establece:

Artículo 47.- Para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficacia que deben ser observadas en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, y cuyo incumplimiento diere lugar al procedimiento y a las sanciones que correspondan según la naturaleza de la



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

infracción en que se incurra, todo servidor público independientemente de las obligaciones específicas, tendrá las siguientes:

I.- Cumplir con diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión;

(...)

4.- EN CUANTO A LAS LESIONES:

---, el veintisiete de septiembre de dos mil trece, a las once horas con cuarenta y cinco minutos, presentó quemaduras en área de tórax, abdomen y extremidades con una superficie corporal calculada en 40 por ciento de primer a segundo grado por sobre-calentamiento de cuna de calor radiante, y falta de vigilancia de acuerdo a la nota médica, así como quemadura en epigastrio circular de de 4 x 3 centímetros de hasta tercer grado, que abarcó hasta aponeurosis y que posteriormente ameritó debridamiento, rotación de colgajo cutáneo y colocación de piel cultivada. Al momento del evento, la paciente presenta estado crítico ameritando apoyo ventilatorio, sedación, analgesia, apoyo aminérgico, catalogándose como paciente muy grave con riesgo de fallas orgánicas y muerte. Es así que fue extubada electivamente el tres de octubre de dos mil trece, pero presentó paro cardiorrespiratorio, por lo cual se reintubó durante cuatro días más. El día once de octubre de dos mil trece, se realizó valoración por el servicio de rehabilitación quien emitió posibilidad alta de daño neurológico e inicia estimulación temprana. A los treinta y siete días de vida se encuentra hospitalizada con estabilidad hemodinámica, fase 1 de ventilación, tolera la vía oral, heridas quirúrgicas limpias, se le realizó nuevamente desbridamiento y recolocación de piel cultivada.

Siendo muy importante recalcar que la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo, a través del expediente 231/2013, emitió la correspondiente opinión médica la cual fue solicitada por este Organismo protector de derechos humanos, en la cual se señaló que el manejo y limitación del daño del evento adverso fue inoportuno por retardo en la instauración del tratamiento, propiciando agravamiento de la paciente, a la evidencia de la lesión y en las indicaciones médicas solo se puso un agregado en cuanto a incrementar el aporte de líquidos, sin ninguna otra indicación dirigida al manejo de la lesión y las consecuencias de la misma, hasta que inicia el turno vespertino y se indica su traslado a terapia intensiva por lo que el tipo de lesión originada por electricidad, que clínicamente coincidiría con la lesión hasta de tercer grado que la paciente presentó en epigastrio, de forma circular con dimensiones de tres por cuatro centímetros. En este tenor esta quemadura por electricidad, se agregaría



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

como una segunda quemadura a la originada por calor radiante que se evidencia clínicamente por quemaduras de primer y segundo grado en el 40 por ciento de la superficie corporal en tórax, abdomen y extremidades.

Las lesiones originadas por electricidad (quemadura) pueden tener su origen por el calor que desarrolla el efecto Joule, o cuando las chispas eléctricas que se desprenden cuando el cuerpo de la víctima actúa como un arco voltaico, en estos casos, las quemaduras son análogas a las producidas por cualquier otra fuente de calor, pudiendo aparecer en cualquiera de sus grados: eritema, vesícula, escara etcétera, estas quemaduras pueden alcanzar distinta profundidad ya sea cutánea, muscular, visceral y ósea, la acción de la corriente es altamente compleja; en ella se pueden reconocer efectos térmicos, mecánicos, químicos, etcétera, no siempre separables, ni identificables, en la víctima.

Con independencia de su naturaleza íntima, los efectos de la electricidad sobre el organismo pueden agruparse en dos apartados: efectos locales y efectos generales, accidentes eléctricos. Se dice que un cuerpo tiene carga positiva, cuando predominan en él los protones sobre los electrones, y carga negativa, cuando por el contrario predominan los electrones sobre los protones. Cuando dos cuerpos de distinta concentración electrónica se unen por un conductor, los electrones al pasar de un átomo a otro dan lugar a la corriente eléctrica. Por otra parte, cuando se produce una descarga eléctrica el individuo que la recibe se convierte en conductor, ofreciendo una resistencia, en consecuencia, serán tanto mayores los efectos generales de la corriente cuanto mayor sea el voltaje y menor la resistencia de la piel, que es la capa con la que primero contacta la corriente eléctrica. Si la piel está mojada o deteriorada, los efectos de la corriente son mucho más intensos. A su vez, el paso de la corriente eléctrica a través de un conductor genera calor, siendo este proporcional a la resistencia que el conductor opone, al cuadrado de la intensidad y al tiempo durante el cual pase el conductor; la producción de calor por este mecanismo se llama “efecto Joule”.

Asimismo, las quemaduras térmicas, son las lesiones resultantes de la acción de agentes físicos, químicos o biológicos, que al actuar sobre los tejidos dan lugar reacciones locales o generales, cuya gravedad está en relación con su extensión y profundidad. Diversos agentes etiológicos producen lesiones de esta naturaleza, entre los que pueden citarse: a) agentes físicos: calor, electricidad, calor radiante, radiaciones; b) agentes químicos: sustancias cáusticas y corrosivas; c) agentes biológicos: seres vivos (insectos, medusas, peces, batracios, ciertas plantas etcétera.

Por otra parte, la cuna de color radiante es una unidad diseñadas para proporcionar calor radiante a los neonatos, con el fin de que puedan mantener una temperatura corporal de 36 grados centígrados a 37 grados centígrados para ayudar al neonato en la manutención del equilibrio térmico, en la cual el consumo de oxígeno y su metabolismo se reduzcan al mínimo, de manera tal que las calorías y nutrientes que ingiera, se dediquen a la maduración, desarrollo y crecimiento del organismo, teniendo en cuenta que los efectos secundarios y riesgos de la cuna de calor radiante son:

- 1) Hipertermia Extrema: que podría dar como resultado quemaduras de piel, un daño cerebral parcial, permanente o incluso la muerte.
- 2) Daño a retina y cornea: la fuente de calor que genera energía radiante en la región alta de los infra rojos mayor de los 3 micrones puede causar daño a la retina y la cornea, por lo que es necesario el uso de protección de los ojos del paciente para evitar daño por la luz, deban de estar muy bien colocados y sujetos para evitar el deslizamiento hacia la nariz y causar obstrucción respiratoria.
- 3) Deshidratación: derivada de la pérdida de líquidos por evaporación.

Por lo cual, es conveniente mencionar que la Ley General de Salud en su artículo 262, define como equipo médico: Los aparatos, accesorios e instrumental para uso específico, destinados a la atención médica, quirúrgica o a procedimientos de exploración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes, así como aquellos para efectuar actividades de investigación biomédica; motivo por el cual es evidente que no existe una responsabilidad civil objetiva específica para los riesgos creados por la actividad médica, sino que se debe sujetarse a lo establecido en los artículos 1897 y 1912 del Código Civil para el Estado Libre y Soberano de Hidalgo establece:

Artículo 1897.- Cuando una persona hace uso de mecanismos, instrumentos, aparatos o sustancias peligrosas por sí mismos, por la velocidad que desarrollen, por su naturaleza explosiva o inflamable, por la energía de la corriente eléctrica que conduzcan o por otras causas análogas, está obligada a responder del daño que cause, aunque no obre ilícitamente, a no ser que demuestre que ese daño se produjo por culpa o negligencia inexcusable de la víctima.

Artículo 1912.- El Estado y los Municipios tienen obligación de responder de los daños causados por sus funcionarios en el ejercicio de las funciones que les estén encomendadas. Esta responsabilidad es subsidiaria y sólo podrá hacerse efectiva contra el poder público, cuando el funcionario directamente responsable no tenga bienes, o los que tenga no sean suficientes para responder del daño causado.

A este respecto se enuncia la siguiente tesis:

Época: Novena Época
Registro: 168274
Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito
Tipo de Tesis: Aislada
Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta
Tomo XXVIII, Diciembre de 2008
Materia(s): Civil
Tesis: I.70.C.119 C
Página: 1079



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

RESPONSABILIDAD OBJETIVA Y DIRECTA DEL ESTADO. INTERPRETACIÓN DEL ARTÍCULO 1927 DEL CÓDIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN ARMONÍA CON EL ARTÍCULO 113, SEGUNDO PÁRRAFO DE LA CONSTITUCIÓN FEDERAL.

A partir de la reforma constitucional del artículo 113 en su párrafo segundo, se abandonó el sistema de responsabilidad subjetiva y subsidiaria del Estado, para ser objetiva y directa. Por lo tanto, ya no es necesario demostrar el dolo y la insolvencia del funcionario que causara los daños, sino que basta acreditar la existencia de: un daño, su imputación a la administración pública por efecto de su actividad irregular, y el nexo causal entre uno y otro. Por lo tanto, no tiene más aplicación el artículo 1927 del Código Civil para el Distrito Federal sobre la acreditación del dolo para condenar solidariamente al Estado. Pues de interpretar literalmente dicho precepto se estaría contrariando al ya citado artículo 113 constitucional. Además, representaría también un retroceso en la intención legislativa progresista, con miras a hacer efectivo el reclamo del afectado y significaría un obstáculo al derecho fundamental de acceso efectivo a la justicia, infringiendo también el principio pro homine aplicable en materia de derechos humanos.

SÉPTIMO TRIBUNAL COLEGIADO EN MATERIA CIVIL DEL PRIMER CIRCUITO.

Amparo directo 623/2008. Procuraduría General de la República y otras. 23 de octubre de 2008. Mayoría de votos; unanimidad en relación con el tema contenido en esta tesis. Disidente: Manuel Ernesto Saloma Vera. Ponente: Julio César Vázquez-Mellado García. Secretario: Benjamín Garcilazo Ruiz.

5.- EN CUANTO A LA PROTECCIÓN DE LA INTEGRIDAD DE LOS MENORES:

La Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes en el Estado de Hidalgo, en sus artículos 7, párrafo primero y 10, fracción II, mencionan⁷:

Artículo 7.- Corresponde a las Autoridades Estatales y Municipales, en el ámbito de sus atribuciones, asegurar a las niñas, niños y adolescentes. La protección y el ejercicio de sus derechos y la toma de medidas necesarias para su bienestar, tomando en cuenta los derechos y deberes de sus ascendientes, tutores y custodios u otras personas que sean responsables de los mismos. De igual manera y sin perjuicio de lo anterior, es deber y obligación de la comunidad a la que pertenecen y en general, de todos los integrantes de la sociedad, el respeto y el auxilio en el ejercicio de sus derechos.

Artículo 10.- Son deberes de los ascendientes, tutores y custodios que tengan a su cuidado niñas, niños y adolescentes:

II. Protegerlos contra toda forma de maltrato, perjuicio, daño, perjuicio, discriminación, agresión, abuso, engaño y tráfico o explotación de seres humanos. Lo anterior implica, que la facultad que tienen quienes ejercen la patria potestad o la custodia de las niñas, niños y adolescentes, no podrán al ejercerla, atentar contra su integridad física o mental, ni actuar en menoscabo de su desarrollo.

(...)

6.- EN CUANTO A LA INADECUADA PRESTACIÓN DE DEL SERVICIO PÚBLICO OFRECIDO POR EL SECTOR SALUD:

⁷ Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes en el Estado de Hidalgo. Última reforma publicada en periódico oficial el 19 de agosto de 2013. Ley publicada en el periódico oficial, el lunes 20 de octubre de 2003.

Se estableció que lo presentado en este caso quedó calificado como un evento adverso específicamente un “evento centinela” definido este como un daño severo para la salud o la vida del paciente, con riesgo de muerte y de consecuencias graves, o la posibilidad de sufrirlas a futuro, quedando de igual manera calificado como prevenible, en el sentido que sus causas son conocidas y pueden ser modificadas.

Los eventos adversos pueden presentarse por falla en la estructura y en los sistemas, incluyendo recursos físicos y tecnológicos, en el mantenimiento, organización, comunicación, personal, capacitación, procesos no estandarizados, falta de supervisión y otros. En atención a las causas, los eventos adversos pueden ser prevenibles y evitables, o bien, inevitables: cuando sus causas no son conocidas, no pueden ser modificadas y pueden estar relacionadas o no con un error.

Existió incumplimiento al deber de cuidado en la atención médica brindada a la paciente Cruz Ángeles el 27/09/13, por parte del equipo multidisciplinario, así como del establecimiento de salud, teniendo como puntos críticos:

- a)** La designación del personal de enfermería sin perfil competente para el área, por parte de las autoridades correspondientes del establecimiento de salud.
- b)** No obstante, la no exigibilidad de la conducta de la enfermera por su perfil, en el cuidado de enfermería de alta complejidad, sí le era exigible la detección del evento.

La Organización Mundial de la Salud define calidad de la atención médica como asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo, de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

Ello implica atención con los siguientes atributos:

- 1.- Oportuna:** que lleva implícito el compromiso de otorgar la atención de enfermería en el momento y con las características que el paciente la necesita.
- 2.- Integral:** de sus necesidades de salud en las esferas biológica, psicológica y social. Una acción debe sustentarse en un diagnóstico.
- 3.- Trato amable y respetuoso:** que la enfermera vea al paciente como un individuo en toda su extensión, un ser que piensa, siente, razona, observa, se enoja, llora, en suma que lo vean como una persona y no como un número de cama o como una patología.
- 4.- Segura:** lo que implica ausencia de daño como consecuencia de la atención misma; que esté libre de riesgos, de eventos adversos y que sea confiable.



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

5.- Continua: sin interrupciones que si el paciente requiere movilizarse cada dos horas o por turno para mantener su piel sana, libre de lesiones, de úlceras por presión se le movilice con la frecuencia que se requiere; o bien si el paciente requiere aspiración de secreciones cada 4 horas o por turno se le realice con la frecuencia indicada.

5.- Continua, sin interrupciones que si el paciente requiere movilizarse cada dos horas o por turno para mantener su piel sana, libre de lesiones, de úlceras por presión se le movilice con la frecuencia que se requiere; o bien si el paciente requiere aspiración de secreciones cada 4 horas o por turno se le realice con la frecuencia indicada.

6.- Competencia profesional: desde un enfoque científico y técnico, para ello es necesario contar con los conocimientos de enfermería vigentes y la pericia para llevar a cabo los procedimientos.

7.- Ética de la práctica de enfermería: partiendo del concepto de ética como “la disciplina que analiza fomenta la buena práctica médica, mediante la búsqueda del beneficio del paciente, dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida.

La calidad de la atención a la salud y la seguridad del paciente son prioridad nacional, objetivo común y responsabilidad compartida resaltadas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

ESTRATEGIA 2.2.

Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud

Líneas de acción:

2.2.1. Impulsar acciones de coordinación encaminadas a mejorar la calidad y seguridad del paciente en las instituciones de salud.

2.2.2. Impulsar el cumplimiento de estándares de calidad técnica y seguridad del paciente en las instituciones de salud.

2.2.3. Incorporar el enfoque preventivo en los servicios de salud para todos los niveles de atención.

2.2.4. Consolidar el proceso de acreditación de establecimientos de salud para asegurar calidad, seguridad y capacidad resolutoria.

2.2.5. Actualizar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud.

2.2.6. Fomentar el uso de las NOM, guías de práctica clínica, manuales y lineamientos para estandarizar la atención en salud.

2.2.7. Fortalecer la conciliación y el arbitraje médico para la resolución de las controversias entre usuarios y prestadores de servicios.

2.2.8. Consolidar los mecanismos de retroalimentación en el Sistema Nacional de Salud para el mejoramiento de la calidad.

2.2.9. Promover los procesos de certificación de programas y profesionales de la salud.

2.2.10. Establecer nuevas modalidades de concertación de citas y atención que reduzcan los tiempos de espera en todos los niveles.

La calidad en los servicios de enfermería se define como la atención oportuna, personalizada, humana, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definidos para su práctica profesional competente y responsable



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador del servicio. Hoy en día, la seguridad del paciente se considera una prioridad nacional en varios países, debido al alto índice de eventos adversos dentro del ámbito hospitalario, estos pueden ser causa de muerte, invalidez, daños económicos o juicios contra profesionales de la salud.

Por lo cual se incumplió con lo establecido en los puntos 5.7.3, 5.8.1 y 5.9. de la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, la cual establece⁸:

5.7.3. Evitar emplear al personal de enfermería en funciones fuera de sus competencias y capacidades, salvo en caso de urgencia con la condición de que sea: a título provisional; que cuente con la experiencia suficiente; supervisión, ya sea del personal médico o personal profesional de enfermería responsable de las actividades asignadas o de un experto del área de atención médica, ciencia o área de conocimiento, en su caso.

5.8. El personal de enfermería está obligado a:

5.8.1. Verificar oportunamente la existencia y funcionamiento óptimo del equipo que se utiliza para proporcionar el cuidado de enfermería y, en su caso, reportar los faltantes y las fallas que representen un riesgo para los usuarios de los servicios de salud o para el propio personal. En correspondencia, los establecimientos de atención médica proporcionarán los recursos necesarios de material y equipo, verificando con oportunidad el buen funcionamiento de los mismos;

5.9. Cumplir con las normas institucionales y de orden técnico en materia laboral, que apliquen en el ámbito específico de su competencia, a fin de contribuir a la seguridad del usuario, la del equipo de salud, así como, para la conservación del medio ambiente.

7.- ESTUDIO DE LA REPARACIÓN DEL DAÑO A LA VÍCTIMA DE LA VIOLACIÓN DE DERECHOS HUMANOS.

Se destaca entonces que los motivos de queja de --- y ---, se encauzan también a obtener la inscripción en el Registro Nacional de Víctimas, de la menor ---, por las actuaciones realizadas por el personal de enfermería del hospital General de Pachuca de Soto, haciéndose referencia a lo establecido en el artículo 1º, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que a la letra dice:

Artículo 1º

(...)

⁸ Diario Oficial de la Federación 02/09/2013. Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar (resaltado no parte de la original) las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.

(...)

A su vez, el artículo 113 párrafo segundo del mismo ordenamiento determina la responsabilidad objetiva y directa del Estado, cuando derivado de ella se produzcan daños particulares, que a la letra establece disposición señala:

Artículo 113

(...)

La responsabilidad del Estado por los daños que, con motivo de su actividad administrativa irregular, cause en los bienes o derechos de los particulares, será objetiva y directa. Los particulares tendrán derecho a una indemnización conforme a las bases, límites y procedimientos que establezcan las leyes.

Asimismo, la Ley General de Víctimas, en los artículos 1º, 4º dispone lo siguiente:

Artículo 1.- La presente Ley general es de orden público, de interés social y observancia en todo el territorio nacional, en términos de lo dispuesto por los artículos 10, párrafo tercero, 17, y 20 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Tratados Internacionales celebrados y ratificados por el Estado Mexicano, y otras leyes en materia de víctimas.

En las normas que protejan a víctimas en las leyes expedidas por el Congreso, se aplicará siempre la que más favorezca a la persona.

La presente Ley obliga, en sus respectivas competencias, a las autoridades de todos los ámbitos de gobierno, y de sus poderes constitucionales, así como a cualquiera de sus oficinas, dependencias, organismos o instituciones públicas o privadas que velen por la protección de las víctimas, a proporcionar ayuda, asistencia o reparación integral.

La reparación integral comprende las medidas de restitución, rehabilitación, compensación, satisfacción y garantías de no repetición, en sus dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica. Cada una de estas medidas será implementada a favor de la víctima teniendo en cuenta la gravedad y magnitud del hecho victimizante cometido o la gravedad y magnitud de la violación de sus derechos, así como las circunstancias y características del hecho victimizante.

Artículo 4. Se denominarán víctimas directas aquellas personas físicas que hayan sufrido algún daño o menoscabo económico, físico, mental, emocional, o en general cualquiera puesta en peligro o lesión a sus bienes jurídicos o derechos como consecuencia de la comisión de un delito o violaciones a sus derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado Mexicano sea Parte.

Son víctimas indirectas los familiares o aquellas personas físicas a cargo de la víctima directa que tengan una relación inmediata con ella.

(...).

Artículo 7. Los derechos de las víctimas que prevé la presente Ley son de carácter enunciativo y deberán ser interpretados de conformidad con lo dispuesto en la



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

Constitución, los tratados y las leyes aplicables en materia de atención a víctimas, favoreciendo en todo tiempo la protección más amplia de sus derechos.

Las víctimas tendrán, entre otros, los siguientes derechos:

(...)

II. A ser reparadas por el Estado de manera integral, adecuada, diferenciada, transformadora y efectiva por el daño o menoscabo que han sufrido en sus derechos como consecuencia de violaciones a derechos humanos y por los daños que esas violaciones les causaron;

(...)

VI. A solicitar y a recibir ayuda, asistencia y atención en forma oportuna, rápida, equitativa, gratuita y efectiva por personal especializado en atención al daño sufrido desde la comisión del hecho victimizante, con independencia del lugar en donde ella se encuentre, así como a que esa ayuda, asistencia y atención no dé lugar, en ningún caso, a una nueva afectación;

(...)

XXXIV. Los demás señalados por la Constitución, los Tratados Internacionales, esta Ley y cualquier otra disposición aplicable en la materia o legislación especial.

La reparación del daño en materia de derechos humanos debe ser integral de tal forma que comprenda, entre otras cosas, la indemnización del daño material y moral causado, incluyendo el pago de los tratamientos curativos que, como consecuencia, sean necesarios para la recuperación de la salud de la víctima, reconociéndose que el ideal para la reparación sería el restablecimiento de las cosas al estado al que se encontraban antes de las violaciones perpetradas; sin embargo, la afectación a la integridad personal en perjuicio de los agraviados impide por los daños ocasionados restablecer la condición que tenían antes de ocurrida la violación a sus derechos humanos, de ahí que sea necesario establecer otras formas a través de las cuales pueda reparar a las víctimas, entre las que se encuentran la:

1.- Indemnización: Es reconocida como una medida compensatoria y se refiere a los perjuicios materiales sufridos, entre ellos, el daño emergente, el lucro cesante e incluye también, el daño moral sufrido por las víctimas. debe concederse de forma apropiada y proporcional a la gravedad de la violación y a las circunstancias de cada caso, por todos los perjuicios económicamente evaluables que sean consecuencia de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos.

2.- Rehabilitación: Ésta debe incluir la atención médica y psicológica, y los servicios jurídicos y sociales.

3.- Compensación: Erogación económica a que la víctima tenga derecho.

4.- Satisfacción: La satisfacción debe incluir, cuando sea pertinente y procedente, la totalidad o parte de las medidas siguientes:

a) medidas eficaces para conseguir que no continúen las violaciones;

b) la verificación de los hechos y la revelación pública y completa de la verdad;



Comisión de Derechos Humanos
del Estado de Hidalgo

EXPEDIENTE: CDHEH-VGJ-3104-13

- c) una declaración oficial o decisión judicial que restablezca la dignidad, la reputación y los derechos de la víctima;
- d) una disculpa pública; y
- e) la aplicación de sanciones judiciales o administrativas a los responsables de las violaciones.

5.- Garantías de no repetición: Las garantías de no repetición consisten en implementar las medidas positivas para conseguir que los hechos lesivos como los que originaron la reparación no se repitan.¹ cumplir con la reparación del daño ocasionado a las víctimas por violaciones a los derechos humanos cometidas por parte de sus servidores públicos.

En el ámbito internacional, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha observado un importante proceso evolutivo que ha fortalecido el régimen de protección de los derechos humanos respecto de la responsabilidad internacional de los Estados por actos internacionalmente ilícitos, desarrollada con un amplio esfuerzo por la Comisión de Derecho Internacional de Naciones Unidas, y plasmada en el memorable documento denominado **Draft Articles on Responsibility of States for Internationally Wrongful Acts with Commentaries**, que ilustra cuales son las formas en que se debe resarcir a la víctima de la violación de derechos humanos con medidas entre las que se encuentran:

- 1) Cesar el acto, si este es un acto continuado;
- 2) Ofrecer seguridades y garantías de no repetición;
- 3) Hacer una completa reparación;
- 4) Restituir a la situación anterior, si fuere posible;
- 5) Compensación de todos los daños estimables financieramente, tanto morales como materiales; y
- 6) Satisfacer los daños causados que no son estimables financieramente.

En tales circunstancias es dable solicitar que se haga efectiva la reparación del daño y la indemnización por los perjuicios ocasionados a la menor ---, como parte de las consecuencias jurídicas aplicables al acreditarse que el veintisiete de septiembre de dos mil trece, sufrió quemaduras en el área de respiratorios del hospital General de Pachuca de Soto.

La reparación del daño ocasionado por la infracción de una obligación internacional consiste en la plena restitución (restitutio in integrum), lo que incluye el restablecimiento de la situación anterior y la reparación de las consecuencias que la

infracción produjo y el pago de una indemnización como compensación por los daños patrimoniales y extrapatrimoniales incluyendo el daño moral.

Por lo descrito en el cuerpo de la presente, habiéndose acreditado plenamente la violación a los Derechos Humanos de la menor --- y agotado el procedimiento regulado en el Título Tercero, Capítulo IX de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo, se:

RECOMIENDA

PRIMERO.- Verificar que en las áreas en donde se atienden a recién nacidos, haya el personal suficiente y necesario, totalmente capacitado y certificado, para que esté permanentemente pendiente de la evolución y tratamiento de los pacientes y del funcionamiento de todos los sistemas del área, incluyendo aparatos e incubadoras, para evitar con ello algún mal funcionamiento, accidente, daño o eventualidad en perjuicio de los recién nacidos, debiendo instalar las cámaras de seguridad necesarias que funcionen las veinticuatro horas y con capacidad de almacenamiento de treinta días.

SEGUNDO.- Realizar el mantenimiento necesario a las incubadoras, ya que con un funcionamiento óptimo se logrará una debida atención y recuperación de los pacientes, se evitarán alteraciones a la salud y la repetición de ese tipo de acontecimientos, además de verificar la colocación de sensores o alarmas que permitan detectar cualquier aumento de la temperatura, falta de oxigenación, administración de sustancias líquidas, suministro de medicamentos o cualquier otra circunstancia, que en caso de distracción del personal puede afectar a los pacientes, asimismo, tener comprobación permanente de que los sistemas y los aparatos, incluyendo las incubadoras, funcionen correctamente en el área de recién nacidos.

TERCERO.- Revisar los protocolos existentes para la atención de pacientes recién nacidos y verificar que contengan todos los aspectos necesarios para una cobertura integral del servicio, para el caso de no ser así, proceder a su reforma y actualización correspondiente, de igual forma, asegurarse que todo el personal relacionado con el o las áreas de recién nacidos, tengan los conocimientos, la preparación y las destrezas necesarias en cada una de sus responsabilidades.

CUARTO.- Reparar el daño de manera integral por la violación señalada en la presente recomendación.

QUINTO.- Brindar atención psicológica y médica gratuitas a las víctimas de la violación a derechos humanos, hasta su total recuperación.

SEXTO.- Continuar con la capacitación en derechos humanos del personal médico para lograr una mejora constante en el servicio.

SÉPTIMO.- Evaluar periódicamente esa capacitación, a efecto de verificar que esta se traduzca en un mejor servicio público en materia de atención a la salud y de respeto a los derechos humanos.

Notifíquese a los servidores públicos, conforme a lo estipulado en el artículo 91 de la Ley de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo; de igual manera cúmplase el artículo 92 del ordenamiento en cita, publicándose en el sitio web de este organismo la presente Recomendación.

De ser aceptada la presente Recomendación, deberán hacerlo de nuestro conocimiento, por escrito, en un plazo no mayor de diez días hábiles siguientes a la notificación; en caso de no ser aceptada, se hará saber a la opinión pública.

A T E N T A M E N T E

**LIC. JOSÉ ALFREDO SEPÚLVEDA FAYAD
PRESIDENTE.**