

Caso CONAMED

CONAMED case

L.E.O. Miguel Ángel Córdoba-Ávila¹, L.E.O. Patricia Torres-Sánchez², L.E.O. Silvia Hernández-Rosas²

1. Síntesis de la queja

Se presentó queja por el padre de un escolar de 7 años de edad, quien presume mala práctica por irregularidad de la atención médica prestada. Refiere que el menor fue llevado al Hospital 1 debido a presencia de dolor abdominal de dos días de evolución, diagnosticándole oclusión intestinal, por lo que fue trasladado al Hospital 2 donde lo mantuvieron en observación. El médico ordenó lavado gástrico; posterior a éste, la enfermera administró medicamento por vía intravenosa, al cual el paciente reacciona con gritos, convulsiones y posteriormente paro cardiorrespiratorio, mismo que ocasionó secuelas neurológicas. Solicita el padre que el hospital otorgue indemnización, atención médica y los insumos necesarios hasta el restablecimiento total del paciente.

2. Resumen Clínico

13 de Mayo 13:33 horas: Ingresar paciente del género masculino de 7 años de edad, a urgencias del Hospital 1 (2° Nivel de Atención), con antecedentes de crisis convulsivas al año y 3 años de edad. Apendicectomía un año antes.

Actualmente presenta cuadro de dolor abdominal moderado y ausencia de evacuaciones de dos días de evolución, náuseas y vómito de contenido gástrico. Se instala sonda nasogástrica drenando material café. A la exploración física se observa palidez de tegumentos, buena hidratación, abdomen globoso, duro a la palpación. La radiografía de abdomen muestra niveles hidroaéreos sugestivos de oclusión intestinal, por lo que es ingresado a piso a cargo del Servicio de Cirugía Pediátrica, con diagnóstico de oclusión intestinal secundaria a bridas postquirúrgicas.

14 de Mayo 9:00 horas: En la valoración por el servicio de cirugía pediátrica, se reporta abdomen ligeramente distendido, con resistencia muscular, timpanismo generalizado y peristalsis disminuida. La radiografía muestra niveles hidroaéreos en mesogastrio. Los resultados de exámenes de laboratorio dentro de parámetros normales.

20:30 horas: Paciente afebril, con sonda nasogástrica drenando líquido gástrico, incapacidad para canalizar gases y para evacuar. Continúa manejo conservador.

21:00 horas: Afebril, abdomen con leve distensión, blando, depresible, dolor leve a la palpación profun-

da, escasa peristalsis. La radiografía reporta franco cuadro obstructivo (con múltiples niveles hidroaéreos, distensión en asas). Indican vigilancia estrecha.

23:00 horas: Inicia con fiebre y leucocitosis (14,000) con neutrófilos de 80%, por lo que es enviado al Hospital 2 (también de 2° Nivel de Atención), para manejo quirúrgico, ya que no se cuenta con cirujano pediatra en el Hospital 1.

15 de Mayo 00:05 horas: En el Hospital 2, ya ingresado en el área de Cirugía Pediátrica, presenta súbitamente crisis convulsivas generalizadas, recibe tratamiento con diazepam sin respuesta por lo que fue trasladado a Cuidados Intensivos de Pediatría, persistiendo las crisis; posteriormente presenta paro cardiorrespiratorio, por lo cual se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar. Se intuba y responde a maniobras aproximadamente 3 minutos después. Se ingresa a Terapia Intensiva Pediátrica por encontrarse en condiciones críticas.

El padre comenta que el niño se encontraba en sueño fisiológico, cuando la enfermera le cambió la solución parenteral y permeabilizó la venoclisis en miembro superior izquierdo, al pasar la solución el paciente se quejó de

¹ Jefe de Departamento de Investigación, CONAMED.

² Diplomada en Enfermería Pericial.



tener mucho dolor y ardor, inmediatamente después presentó crisis convulsivas. No se cuenta con reporte de valores de electrolitos séricos.

Posterior a la reanimación se encuentra con apoyo ventilatorio, bajo efectos de sedación; pupilas midriáticas y dudosa respuesta a la luz, presión arterial de 110/40, SpO₂ de 95%, hipotermia, sonda nasogástrica drenando líquido claro, llenado capilar retardado, cianosis ungueal marcada, buena hidratación, tórax con buena ventilación, abdomen con peristalsis mínima.

02:20 horas: Pupilas isocóricas que tienden a la miosis, cánula orotraqueal permeable, palidez distal e hipotermia de las extremidades pélicas y de la extremidad torácica derecha, la extremidad torácica izquierda con mejoría de la circulación distal y recuperación gradual del llenado capilar. En la radiografía, sin problema pulmonar, no se alcanza a visualizar la cánula orotraqueal. El abdomen con asas dilatadas y rechazadas a la izquierda.

7:00 horas: Enfermería reporta paciente hipoactivo con efectos de sedación. SpO₂ entre 91% y 96%, temperatura de 36.7 °C a 39 °C, tensión arterial media entre 70 y 90, frecuencia cardíaca entre 108 y 172 por minuto, frecuencia respiratoria entre 28 y 56 por minuto, pupilas midriáticas, reportan cánula endotraqueal permeable, faringe no valorable ya que no permite apertura bucal, ayuno por indicación médica, sonda nasogástrica drenando líquido hialino con pozos de café. Peristalsis ausente, antibioticoterapia (cefotaxima, metronidazol) y omeprazol.

Anestesiología reporta paciente pediátrico en mal estado general, con pupilas midriáticas, regular estado de hidratación, ventilación espontánea con Glasgow de 8, presencia de tubo endotraqueal en esófago, por lo que se retira previa aspiración de secreciones por sonda nasogástrica y tubo endotraqueal, se recoloca cánula orotraqueal corroborando presencia de amplexión y amplexación, SpO₂ 94%,

se conecta a ventilador de volumen. Solicitan valoración por los Servicios de Vascular Periférico y Cirugía.

10:22 horas: Gasometría con alcalosis respiratoria, la radiografía muestra dilatación de íleon y presencia de aire en ámpula rectal.

12:10 horas: Se realiza cirugía encontrándose íleon isquémico, dilatado, despulimiento de serosa y múltiples bridas, ameritando resección intestinal de 12 a 20 cm. de la válvula ileocecal, ileostomía doble "distal y proximal".

16 de mayo 3:30 horas: Rx reporta atelectasia, sonda nasogástrica con pozos de café, apoyo inotrópico y expansores de plasma.

22:30 horas: Interconsulta al Servicio de Angiología indica elevación de la extremidad torácica izquierda.

17 mayo 17:30 horas: Se retira cánula endotraqueal.

18 mayo 18:00 horas: Egreso de Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica.

19 de mayo 17:45 horas: Gasto fecal elevado por enterostomía e ileostomía posibilidad de haber desarrollado fístula enterocutánea. Inicia nutrición parenteral total.

20 de mayo: Se corrobora fístula enterocutánea y es enviado al servicio de gastroenterología.

19:25 horas: Alto gasto por ileostomía hasta de 1400 ml. en 24 hrs., secuelas neurológicas, hipofosfatemia e hipoalbuminemia, se impregna con difenilhidantoinato, corrección hidroelectrolítica y doble esquema antimicrobiano. Se solicita interconsulta a neurología por déficit neurológico secundario a hipoxia post paro.

12:30 horas: Neurología reporta, que no responde a estímulos auditivos, apertura ocular espontánea.

25 de mayo: Paciente se encuentra con espasticidad generalizada, persistencia de dolor abdominal, aún con antiespasmódico.

26 de mayo: Presenta irritabilidad, sin presencia de crisis convulsivas, encefalograma con ritmo lento sin actividad paroxística. Con secuelas de encefalopatía anoxo-isquémica.

31 de mayo: Inicia alimentación enteral con vivonex.

8 de junio 9:10 horas: Es valorado por neurología encontrando atrofia cortical. Presenta picos febriles y se corrobora síndrome de Stevens Johnson. Reingresa a Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica.

29 de junio: Se practica gastrostomía y funduplicatura tipo Niessen.

11 de junio: Fístula enterocutánea y síndrome de Stevens Johnson en remisión.

20 de julio: Endoscopia reporta esofagitis distal y gastroduodenitis manejo con sucralfato y omeprazol.

23 de julio: Egres de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica.

18 de agosto: Cierre de colostomía, estado neurológico sin cambios, desnutrición crónica y pobre movilización.

22 de agosto: Se practica cistoscopia y dilataciones por estenosis uretral.

24 de agosto 06:15 horas: Se decide su egreso y cita a consulta externa. Diagnóstico de egreso: Cuadriparesia espástica secundaria a encefalopatía hipoxico isquémica, secundaria a paro cardiorrespiratorio, postoperado de oclusión intestinal por bridas, ileostomía, gastrostomía y cierre de colostomía.

Análisis del Caso

En base a las notas obtenidas del expediente clínico el presente análisis pretende establecer:

- a) Si la atención médica prestada al menor en el Hospital 1 se apegó a la Lex Artis,
- b) Si la atención médica que se le otorgó al menor en el Hospital 2, se efectuó de conformidad con los principios científicos y éticos que orienta la práctica médica y,
- c) Si el daño del menor se derivó de una probable mala praxis.

Para tal efecto se presenta el siguiente sustrato teórico:

Por lo que respecta a los *niveles de atención*, la Ley General de Salud prevé el primer nivel para atender

padecimientos no complicados, de fácil solución, que requieren recursos y equipamiento poco complejos para proporcionar atención orientada a promocionar la salud, así como, el autocuidado y la prevención de enfermedades. Las unidades de salud de segundo nivel de atención, se consideran de mayor capacidad resolutoria, en las cuales se presta atención en cuatro especialidades básicas (cirugía, medicina interna, pediatría, ginecología) y hospitalización; sus recursos dependen del tamaño y complejidad del hospital. En el tercer nivel de atención se otorga atención de alta especialidad y está fundamentalmente orientado a la formación de recursos humanos especializados, así como, a investigación.

Los hospitales que prestan servicios médicos, tienen que cumplir a través de sus empleados, personal paramédico y cuerpo médico las siguientes obligaciones:

1. Realizar los servicios médicos.
2. Realizar el diagnóstico al paciente.
3. Realizar actuaciones previas a la elaboración del diagnóstico, como son:
 - a) Recopilación de datos para averiguar todos los síntomas con que se manifiesta la enfermedad, como su interpretación adecuada, mediante una exploración completa y concordante con los síntomas encontrados, utilizando todos los medios, procedimientos o instrumentos necesarios.
 - b) Interpretación de los datos obtenidos previamente, comparándolos con los diversos cuadros patológicos conocidos por las ciencias médicas.
4. Realizar el tratamiento al paciente.
5. Debe dar información por parte del médico al paciente y familiares de todas las contingencias que se produzcan con motivo del tratamiento.

El cuadro clínico de dolor abdominal, ausencia de evacuaciones durante dos días, las náuseas y el vó-

mito, son signos que de acuerdo a la literatura, se presentan cuando existe una obstrucción intestinal, la bibliografía al respecto nos dice, que una de las causas para que se presente este problema son hernias, adherencias postoperatorias o tejido cicatricial, cálculos biliares, procesos granulomatosos, etc.¹ Ante un síndrome obstructivo con antecedentes de laparotomía previa se debe pensar en una peritonitis fibroadhesiva (PFA) hasta no demostrar lo contrario. La obstrucción del intestino delgado por adherencias es una urgencia quirúrgica, por existir gran riesgo de isquemia, la tardanza en el diagnóstico e inicio del tratamiento redundará en una mayor morbilidad y mortalidad.

Cuando existe oclusión de la luz intestinal se presenta un aumento reactivo del peristaltismo, tanto proximal como distal del nivel de la obstrucción; si con esto no se consigue superar el obstáculo, el intestino se distiende progresivamente por gas y líquido, se presenta edema creciente de la pared intestinal y por consiguiente aumento de líquido libre peritoneal, ocasionando una pérdida hidroelectrolítica que constituye el principal trastorno fisiológico en este cuadro; junto con esto, al estar dañada la pared intestinal algunos agentes infecciosos la atraviesan con facilidad aumentando el riesgo de ocasionar sepsis.

La presencia de vómitos se relaciona con obstrucciones proximales que contribuyen a la deshidratación e hipocloremia, que pueden llevar a una profunda alcalosis metabólica. Esta situación hace necesaria la hidratación del paciente, ya que de no sustituirse el líquido perdido se puede ocasionar hemoconcentración progresiva, hipovolemia, insuficiencia renal, choque y muerte.

Por lo anterior, la primera medida en el tratamiento es la colocación de una sonda nasogástrica para la descompresión, aunada a una adecuada reposición hidroelectrolítica.

Las convulsiones constituyen un trastorno neurológico habitual en la edad infantil, reportándose una frecuencia de 4 a 6 casos por cada 1000 niños, la presencia de un trastorno convulsivo, no constituye un diagnóstico y la mayoría de las convulsiones no complicadas de los niños tienen buen pronóstico, sin embargo, un pequeño número de enfermos tienen crisis convulsivas repetidas y refractarias a los fármacos, constituyendo un desafío para el diagnóstico y tratamiento.

Para hacer un diagnóstico es importante concretar los factores que favorecen la convulsión. Los niños que tienen predisposición al desarrollo de epilepsia pueden sufrir la primera convulsión, coincidiendo con una infección viral o una fiebre ligera. Es necesario precisar qué signos y síntomas se manifiestan durante una convulsión; también es importante saber la duración y el estado de conciencia. Si la convulsión va precedida de una aura, observar presencia y distribución de cianosis, expresiones verbales, pérdida de control de esfínteres y el estado postictal; todo lo anterior ayudará a determinar si la crisis tiene un proceso focal o es generalizada. Además de la descripción del tipo de crisis se debe investigar frecuencia, momento del día y los cambios del desorden convulsivo. Crisis convulsivas, se definen como una alteración súbita de la función motora, social o cognitiva, causada por una alteración eléctrica del cerebro, los diferentes tipos de crisis dependen del sitio del cerebro donde se inicie la actividad eléctrica, crisis provocada: ocurre en respuesta a un insulto al sistema nervioso central (trauma craneano, infección, ictus) o en asociación con un daño sistémico severo (uremia, hipoglicemia y tóxicos).² Entre otras causas de crisis convulsivas está la alteración electrolítica y metabólica, así como la hipertermia en los niños.³

El "status epilepticus", es definido por la OMS como "condición caracterizada por crisis convulsivas continuas,



que duran al menos 30 minutos o convulsiones repetitivas, sin recuperación de la conciencia entre cada una y que tienen una duración mayor o igual a 30 minutos. La Liga Internacional contra la Epilepsia considera un *status epilepticus* a una crisis que no muestra signos clínicos de detención, después de una duración que va más allá del promedio de tiempo, para las crisis de este tipo. En la mayoría de los pacientes, no hay recuperación de la función basal interictal del sistema nervioso central.

La causa del *status epilepticus* varía de acuerdo al grupo de edad, en un estudio hecho por Alcardi y Chevrie reportaron que el 26% de los pacientes tuvo un evento agudo (infección del sistema nervioso central, trauma, anoxia, hemorragia) del sistema nervioso central o un desorden metabólico y que el 21% tuvieron un desorden convulsivo crónico o una encefalopatía estática, relacionada con la suspensión súbita de la medicación antiepiléptica y la fiebre. El 53% restante no tuvieron causa aparente, pero en ellos la fiebre fue la responsable del desencadenamiento de la mitad de los eventos.

El pronóstico de recuperación del *status epilepticus* varía de acuerdo a diversos factores, siendo los más importantes la edad del paciente, el origen del estatus y la duración del mismo. El status mayor de 60 minutos se considera de alto riesgo para desarrollar complicaciones e incluso la muerte. La tasa de mortalidad está entre el 6% y 30% y usualmente es debida a complicaciones respiratorias, cardiovasculares o metabólicas. Un número significativo de pacientes que se recuperan de un *status epilepticus*, muestran anormalidades neurológicas residuales.

Se debe comentar los objetivos de la administración de medicamentos durante el paro cardíaco, según lo recomienda la American Heart Association.

- Aumentar las presiones de perfusión y los flujos sanguíneos coronarios y cerebrales.

- Estimular la contractilidad miocárdica espontánea o más forzada.
- Acelerar la frecuencia cardíaca.
- Corregir acidosis metabólica.
- Suprimir o tratar arritmias.

Los cuatro tipos principales de fármacos utilizados para apoyar la circulación en el período postparo son:

- Inotrópicos: aumentan la contractilidad cardíaca y a menudo la frecuencia cardíaca.
- Vasopresores: aumentan la resistencia vascular y la presión arterial.
- Vasodilatadores: disminuyen la resistencia vascular y la poscarga del corazón y promueven la perfusión periférica.
- Inotrópicos: aumentan la contractilidad cardíaca y reducen la poscarga.⁴

La reanimación cardiopulmonar debe continuar hasta que se instauren todas las medidas terapéuticas, que permitan el buen funcionamiento hemodinámico del paciente y no solo con el restablecimiento de la circulación espontánea.

“De los pacientes que sufren un paro cardiorrespiratorio y logran recuperar la circulación espontánea, un porcentaje fallece posteriormente, el 50-60% por falla hemodinámica, el 40-50% por muerte cerebral o queda con secuelas graves, especialmente neurológicas”.⁵

“En una reanimación cardiopulmonar se produce una situación de hipoxia e isquemia, que afecta a todos los órganos. La intensidad del daño depende de la duración del paro, de la eficacia de la reanimación y del tiempo en que se tarde en conseguir una circulación espontánea eficiente.”⁶

Los pasos del diagnóstico neurológico en pacientes con paro son muy importantes, ya que existe una perfecta correlación entre los signos y síntomas del paciente y las estructuras anatómicas dañadas, además del establecimiento topográfico de la lesión, que constituye un gran avance en la etiología de la enfermedad, es por ello

que se requiere describir detalladamente aspectos de la anamnesis y exploración física.⁷ El examen de los ojos es el punto más importante para el diagnóstico diferencial de las patologías neurológicas, en el cual la enfermera debe explorar, tamaño, forma, reactividad de las pupilas; posición y motilidad espontánea y el fondo de ojo.⁸

De los puntos importantes que se deben mencionar en la ministración de fármacos para el personal de enfermería son los siguientes:

- Revisar la prescripción médica y en caso de duda, preguntar.
- Solicitar e identificar el nombre del medicamento por su nombre genérico.
- Revisar la fecha de caducidad y las características del medicamento.
- Verificar que la etiqueta corresponda al medicamento prescrito y en la concentración indicada.
- Preparar el medicamento con la posología indicada.
- Asegurarse de identificar correctamente al paciente verbalmente, llamándolo por su nombre y en forma visual por medio de la pulsera, expediente clínico o tarjeta de identificación.
- Verificar el tiempo de infusión de los medicamentos.⁹

Discusión

De acuerdo al análisis, hubo falta a las obligaciones de medios y de seguridad de las instituciones de salud, se considera que el Hospital 1, debiese contar con un cirujano pediatra para las urgencias que se presenten. El Hospital 2 falta a la obligación de medios porque ya que se había establecido un diagnóstico y se necesitaba la intervención quirúrgica de urgencia, para la solución del cuadro oclusivo, no se llevó a cabo, se debió tener más atención en el estado metabólico, neurológico e hidroelectrolítico del niño, para establecer el tratamiento preciso, dar seguimiento y evitar complicaciones.

Independientemente de la sospecha de cuadro oclusivo por bridas, el monitoreo abdominal no fue completo, ya que no se definen datos clínicos de perforación intestinal, ni hubo monitoreo de presión intraabdominal, el cual pudo haber indicado tempranamente la necesidad de cirugía, la cual estaba contemplada desde el Hospital ¹.

No se reporta el manejo del "estado epiléptico". El estado epiléptico refractario es indicativo de intubación temprana y coma barbitúrico, para controlar los efectos cerebrales y sistémicos de las convulsiones. Las crisis convulsivas que presentó el paciente se consideran de etiología metabólica. No se mencionan los valores de electrolitos séricos, siendo probablemente la disminución importante de sodio, lo que dificultó el control del evento convulsivo. Se debe considerar que se trata de un paciente con pérdidas incrementadas a nivel intestinal. Se habla de un "status epilépticus" y como tal se debe actuar.¹⁰

La evolución al *status epilépticus* confirma que el hecho de presentar paro cardiorrespiratorio es consecuencia de una deficiente acción en el control de las crisis convulsivas.

En el presente caso no se definen las causas del paro cardiorrespiratorio, ni los valores séricos de potasio y electrolitos, causas de secuela neurológica, *status epilépticus* e hipoxia isquémica. Se tiene duda con respecto al tiempo de reanimación y efectividad del mismo, ya que en tres minutos se puede revertir el paro cardiorrespiratorio sin secuelas.

Se debió descartar la presencia de crisis secundarias a émbolo, por antecedente de permeabilización de una vía venosa tromboflebítica. Debería haberse descartado cardiopatía, para corroborar la migración del émbolo a la circulación sistémica y realizar tomografía temprana; para descartar lesión cerebral isquémica atribuida a crisis convulsivas, sin embargo se observa que la tomografía axial computarizada se realizó hasta el 8 de junio, 25 días después del evento.

La lesión vascular que presentó el niño se debe a una tromboflebitis, a causa de una venoclisis poco observada, los accesos vasculares siempre deben estar en observación continua para evitar presencia de complicaciones.

- Al analizar los registros de enfermería, se notó que faltan registros y notas de algunos signos y síntomas, sobre todo en el momento crítico de las crisis y paro cardiorrespiratorio; así como, de las acciones realizadas por las enfermeras que atendieron al niño. Se recuerda, que el personal de enfermería tiene la responsabilidad de anotar todas las acciones que realiza con los pacientes, de acuerdo a la descripción que tiene las obligaciones de medios, en los registros clínicos de enfermería como son:
- Medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo de salud.
- Medidas terapéuticas indicadas por el médico y aplicadas por la enfermera.
- Medidas planeadas y ejecutadas por la enfermera.
- Conducta del paciente.
- Otras observaciones (estado de salud, respuestas específicas del paciente al tratamiento y los cuidados).

Es importante anotar en la historia clínica, todos los elementos necesarios para proporcionar una mejor atención al paciente, en este caso falta la ficha de identificación, antecedentes personales patológicos y datos para complementar la historia clínica. Todo el personal médico y paramédico que labora en un Hospital tiene la obligación de conocer y adherirse a lo que menciona la Norma Oficial Mexicana 168-SSA-1998 del Expediente Clínico.¹¹

Es de vital importancia realizar la exploración neurológica inicial del paciente, para conocer el estado neurológico y en caso de presencia de crisis convulsivas, determinar el trata-

miento de las mismas, en el caso en revisión, se observa que el médico no anotó desde cuando presenta las crisis, periodicidad, tipo y tratamiento prescrito; el personal de enfermería no anotó tipo, duración, hora de inicio y/o término de la convulsión y por último, las características de las crisis que presentó el niño.

En este caso, se puede observar que el personal de enfermería, no tuvo una secuencia de sus actividades en la atención brindada al niño, ya que no está descrito y registrado correctamente, como se llevó a cabo esta aplicación de cuidados. Se tuvo que haber llevado a cabo el proceso atención de enfermería correctamente, la enfermera debió observar los problemas que el niño presentaba, para realizar las medidas necesarias y resolverlos, de esta forma hubiese percibido que la venoclisis presentaba extravasación y tomar medidas idóneas para corregir el problema y no esperar hasta que se presentara una urgencia, para verificar permeabilidad de la vena. "El proceso enfermero es un método sistemático de brindar cuidados humanistas, centrados en el logro de objetivos de forma eficiente".¹² Es un proceso que nos ayuda a organizar el trabajo, identificar necesidades de los pacientes, priorizar actividades y resolver problemas, dando continuidad en los cuidados siempre basados en el método científico. Esto se logra cuando el personal de enfermería pone en práctica los pasos o etapas del proceso enfermero: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

El personal de enfermería omitió realizar algunos registros importantes durante la atención que se le brindó al niño. Los registros de enfermería forman parte esencial, que se integra al expediente clínico de cualquier institución hospitalaria, considerado como documento médico-legal.¹³ En las hojas de enfermería se llevan a cabo todas las anotaciones o registros



de las observaciones, acciones, actividades y cuidados que el personal de enfermería realiza con cada paciente.

Existe controversia entre el médico de guardia y la enfermera, ya que una refiere que ordenó administrar diazepam al niño y la enfermera refiere que administró agua inyectable para permeabilizar la venoclisis. Es importante que tanto los médicos, como las enfermeras anoten en el expediente los medicamentos que se le administran a los pacientes (órdenes médicas y hoja de enfermería, respectivamente).

Conclusiones

Se observa mala práctica por parte del personal médico en no realizar la cirugía en el momento, tiempo y lugar adecuados, faltando a las obligaciones de medios y seguridad.

Se observa responsabilidad institucional, por no contar con médico cirujano pediatra para la atención de los pacientes quirúrgicos en el área de urgencias.

Se estima que la falta de registros clínicos tanto del área médica, como de enfermería, debieron hacer evidente tanto las acciones e indicaciones a realizar, como los cuidados y tratamientos realizados al paciente.

Se encuentra mala práctica por parte del profesional de enfermería debido a la falta de realización, segui-

miento y continuidad al proceso de atención de enfermería.

Se observa, una mala sistematización de cuidados de enfermería, en lo que se refiere al cuidado y vigilancia de la terapia endovenosa.

Se observa falta de ética profesional por parte de los profesionales de la salud, en el momento de las crisis convulsivas, ya que cada uno refiere algo diferente a lo administrado por vía endovenosa.

Se encuentra con omisión de datos clínicos, al profesional de enfermería en la de Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, debido a que no da a conocer al equipo de salud los signos de insuficiencia respiratoria posterior al paro cardiorrespiratorio.

El caso se encuentra con mala práctica profesional, así como de la institución que no cubre las obligaciones, por lo cual es también responsabilidad institucional.

Referencias

1. Juhn G, Eltz D, Stacy K. Oclusión intestinal. Enciclopedia Médica A.D.A.M., 2006. Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000260.htm>. Acceso 6-11-2008.
2. Anzures López MA. Fisiopatología y manejo actuales de la fiebre en niños. Bol Med Hosp Infant Méx. 2003; 66 (1): 48 – 57.
3. Iglesias E, Usano C. Crisis convulsivas afebriles benignas en gastroenteritis, Rev An Pediatr Esp; 2005; 63 (1): 82 – 83.
4. Apoyo vital avanzado pediátrico, Manual para proveedores. American Heart Association: Argentina, 2003. Pp: 146.

5. López-Herce Cid J, Carrillo Álvarez A, Calvo Macía C. Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal. Recomendaciones de reanimación cardiopulmonar básica, avanzada y neonatal. Estabilización posresucitación y transporte. An Esp Pediatr 2000; 52: 457-463.
6. López J, Carrillo A. Recomendaciones de reanimación cardiopulmonar básica, avanzada y neonatal. Estabilización posresucitación y transporte. Rev. An Pediatr Esp. 2000; 52 (5): 457 – 463.
7. Urbano Márquez A, Estruch Berciano R. Neurología. Estudio clínico del paciente con sintomatología neurológica. Rev. Neurología. Disponible en: <http://www.sepeap.es/libros/farreras13/SECCION/SEC12.PDE>. Acceso 6-11-2008.
8. Muñoz Sánchez F, Murillo Cabezas MA. Principios de Urgencias. Emergencias, Cuidados Críticos. Valoración del Enfermo en Coma. Disponible en: <http://www.uninet.edu/tratado/c040405.html>. Acceso 6-11-2008.
9. Fajardo-Dolci G, Meljem-Moctezuma J, Rodríguez-Suárez J, Córdoba-Ávila MA, Jiménez-Sánchez J, et al. Recomendaciones para enfermería en la ministración de medicamentos por vía oral. Rev CONAMED. 2008; 13 (supl): 38-40.
10. Shorvon S, Status Epilepticus. Its clinical features an treatment in children and adults. New York: Cambridge University. Press; 1994. Pp: 618-23.
11. Norma Oficial Mexicana, NOM 168-SSA-1998 Del Expediente Clínico. Revisado en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>. Acceso 6-11-2008.
12. Alfaro-LeFevre cols. La trascendencia que tienen los Registros de Enfermería en el expediente clínico. Rev Mex Enferm Cardiol. 2001; 9(1-4): 11-17.